

BOOK OF ABSTRACTS

LIBRO DE PONENCIAS

2022

PAMPLONA/IRUÑA

16th -18th NOVEMBER

16 -18 NOVIEMBRE

26TH

INTERNATIONAL NURSING RESEARCH CONFERENCE

XXVI ENCUENTRO INTERNACIONAL
DE INVESTIGACIÓN EN CUIDADOS



PATROCINADORES:



ELSEVIER

revista de
enfermería **ROL**

**Wiley
Online
Library**

icumedical
human connections

Mesa 1: Dolor

Session 1: Pain

AUTORES/AUTHORS:

SUSANA FERNÁNDEZ CARRASCO, INMACULADA ELIZARI RONCAL, ROSA MARÍA AGUERRE IRIGOYEN, MARÍA BELÉN GONZÁLEZ ODÉRIZ, MARÍA JOSEFA GONZÁLEZ GARCÍA, MARTA ORTIZ ZUBILLAGA

TÍTULO/TITLE:

PERCEPCIÓN PROFESIONAL SOBRE VALORACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR AGUDO POSTQUIRÚRGICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE NAVARRA

OBJETIVOS

Conocer previo a la implantación de la guía "Valoración y manejo del dolor" en las unidades diana del Hospital Universitario de Navarra (HUN), la percepción profesional sobre valoración y manejo del dolor agudo postoperatorio.

Seleccionar recomendaciones a implantar en base a los resultados de la encuesta.

MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo transversal. Se creó un cuestionario ad-hoc anónimo y autoadministrado mediante herramienta de formularios de Google, enviada por correo electrónico a profesionales de las unidades de implantación de la guía. La encuesta se envió mediante enlace a las Jefaturas de Unidad de Enfermería diana para su reenvío a las/os profesionales. De esta manera se facilitó el acceso al formulario desde cualquier dispositivo móvil.

Se elaboraron preguntas de estimación graduadas con escala Likert de 5 puntos para las referentes a percepción del manejo, otras dicotómicas, así como opciones de pregunta abierta destinado a opiniones. Se utilizaron preguntas de identificación para los datos sociodemográficos.

RESULTADOS

El periodo para su cumplimentación fue entre el 11/03/2021 y el 29/03/2021 recibándose 29 encuestas contestadas. Los datos sociodemográficos fueron: género femenino (96,5%), rango de edad 51-60 (37,9%), experiencia laboral > 20 años (51,7%), actividad profesional en hospitalización quirúrgica entre 0-5 años (37,9%).

El 72,4% considera que los pacientes reciben información sobre prevención, detección, valoración y tratamiento del dolor y además un 60,7% indica que se ofrece de manera verbal y escrita. Alrededor de un 80 % de las profesionales encuestadas conocen la existencia en el HUN de procedimiento y recomendaciones sobre valoración y manejo del dolor. El 89,7% utiliza escala de valoración de manera habitual siendo la escala EVA la utilizada por la totalidad de profesionales. El 55,1% valoran el dolor a demanda según la situación clínica del paciente y el 79,3% reevalúan tras la administración de analgesia. El registro de la valoración se realiza por un 62,1% de profesionales, aunque un 93,1% lo consideran importante por múltiples motivos. El 69% considera que las pautas analgésicas del centro deberían modificarse y solo un 10,3% considera que se utiliza de forma correcta la analgesia en movilizaciones, realización de higiene, cambios posturales etc. Además, en curas extensas se utiliza analgesia habitualmente en el 27,6%

DISCUSIÓN

Consideramos que el número de respuestas recibidas es muy bajo en relación al número de profesionales informados en las unidades de implantación de la guía.

Las implicaciones para la práctica se relacionan fundamentalmente con la necesidad de mejorar los registros de valoración y reevaluación que las profesionales entienden como fundamentales para la continuidad de cuidados y adecuado manejo del dolor. En ello se centraron los primeros objetivos. Además, aunque un elevado número de profesionales consideran que los pacientes reciben suficiente información antes y después de la intervención, habría que mejorar la entrega de recomendaciones de manera escrita para que los pacientes pudiesen tener la información disponible en todo momento. Las respuestas han servido como base para diseñar la estrategia de implantación de la guía.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Registered Nurses Association of Ontario (RNAO). Valoración y manejo del dolor [Internet]. Toronto: RNAO; 2013 [consultado 22 Abr

2022]. Disponible en: https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/2015_-_BPG_Pain_16_01_2015_-_3rd_Edition.pdf

AUTORES/AUTHORS:

Cristina Marín Perales, Claudia Morán del Pozo, Lara Mercado García, Almudena Rubio Matos, Montserrat Salcedo Guijarro, María Ascensión Manzano de Pedraza, Araceli Cadenas Casado

TÍTULO/TITLE:

Conocimientos y actitudes de las enfermeras sobre el dolor en un hospital de apoyo: qué no hacer.

Objetivo. Identificar el grado de conocimientos sobre el manejo del dolor en enfermeras según la encuesta "Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain (KASRP)".

Métodos. Estudio descriptivo transversal. La población de estudio fueron los profesionales sanitarios del centro. Como criterios de inclusión se contempló la voluntariedad. Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia. Las variables estudiadas fueron sociodemográficas (edad, sexo, ámbito trabajo, situación jurídica) y sobre conocimientos del dolor según 23 de los 37 ítems del cuestionario KASRP. Es un instrumento creado por Ferrel y McCaffery para determinar los conocimientos y actitudes sobre el dolor. Ha sido validada al español por ZuaZua-Rico (2018) con un alfa de Cronbach de 0.781. Desde la Comisión Clínica del Dolor, se decidió no incluir el cuestionario completo por la longitud y la falta de pertinencia de algunos ítems respecto al perfil del centro. Se elaboró un google form con 28 preguntas y fue difundido a través de un código QR. Este se encontraba incluido en los carteles informativos sobre el mes de "no hacer respecto al dolor", puesto en marcha en febrero-2022. Se realizó un análisis descriptivo para todas las variables; las cualitativas, a través de frecuencias relativas y porcentajes y las cuantitativas con media, DT y mínimo y máximo. Se analizó con el programa Excel Windows 10.

Resultados. El total fueron 64, de ellos, 32 enfermeras, que son el objeto de este análisis. El 90.6% son mujeres. El 25% tienen menos de 25 años, el 46.8% entre 25 y 45 años, y el 28.1% son mayores de 45 años. El 31.25% son temporales, 34.3% fijas y 31.25% interinas. El 37.5% trabaja en hospitalización médica, el 21.8% en quirúrgica y un 40.6% en otros servicios. La puntuación media de aciertos de la KASRP fue 73.57% con una DT \pm 12.29 puntos. La mínima puntuación ha sido un 52.17%, que implica 11 fallos, y la máxima puntuación un 100%. La pregunta más fallada ha sido la 23, seguida de la 4 y 36; y las más acertadas la 10, 11, 14 y 20. En cuanto a la distribución por unidades, se observa una media del 84%(DT \pm 0.20) de aciertos en las enfermeras quirúrgicas, un 75%(DT \pm 0.22) en las de hospitalización médica y un 66% (DT \pm 0.27) en otros servicios. El cuestionario establece un conocimiento bueno por encima del 80% de aciertos, siendo un 28% de las encuestadas, conocimiento medio (70-79% aciertos), siendo un 31% de nuestra muestra, y un conocimiento bajo (inferior al 70%), siendo un 41%.

Discusión e implicaciones para la práctica. Como limitantes encontramos una muestra pequeña que puede deberse a los problemas técnicos para acceder a través del código QR y el método de recolección de datos al ser un google form. A diferencia de la literatura revisada, encontramos una proporción mayor de conocimientos sobre el dolor en nuestra muestra. Asimismo, existe una proporción de enfermeras que deberían de mejorar sus conocimientos. Desde el centro se han propuesto dos estrategias para mejorar la práctica y conocimientos sobre la gestión del dolor: formación continuada y auditorías del manejo del dolor posquirúrgico. Se va a realizar una formación en mayo-2022 y se están realizando cortes transversales, que implican la revisión de la historia clínica, entrevista a enfermeras y pacientes.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Alkhatib, GS, Al Qadire, M. y Alshraideh, JA (2020). Conocimientos y actitudes en el manejo del dolor de los profesionales de la salud en los centros médicos primarios. *Enfermería del manejo del dolor* , 21 (3), 265-270.
2. Prieto, N. G. (2020). Conocimientos sobre el dolor en el paciente postquirúrgico del personal de enfermería de los servicios de Reanimación y Unidades de Recuperación Post-anestésica en un Hospital de tercer nivel. *RqR Enfermería Comunitaria*, 8(3), 5-15.
3. Maestro-Gonzalez, A., Mosteiro-Diaz, MP, Fernandez-Garrido, J., & Zuazua-Rico, D. (2021). Determinantes del conocimiento del

dolor entre enfermeras de un hospital de tercer nivel en España. *Enfermería del manejo del dolor* , 22 (3), 394-401.

4. Medrzycka-Dabrowka, W., Dębrowski, S., Gutysz-Wojnicka, A., Gawroska-Krzemińska, A. y Ozga, D. (2017). Barreras percibidas por enfermeras en el tratamiento óptimo del dolor postoperatorio. *Medicina Abierta* , 12 (1), 239-246.

5. Zuazua-Rico, D., Maestro-González, A., Mosteiro-Díaz, MP, & Fernández-Garrido, J. (2019). Versión en español de la encuesta de conocimientos y actitudes sobre el dolor. *Enfermería del manejo del dolor* , 20 (5), 497-502.

AUTORES/AUTHORS:

MARIA MONTEALEGRE SANZ, M^a ANTONIA CUBERO PÉREZ, ARACELI FARALDO CABANA, SARA GIL USEROS, SERGIO VARGA VAZQUEZ, BEATRIZ SOLAS GOMEZ, JULIANA GONZALEZ MARTIN, DANIEL MUÑOZ JIMENEZ

TÍTULO/TITLE:

VALORACIÓN DEL DOLOR EN PACIENTE HOSPITALIZADO: PROGRAMA DE CENTROS COMPROMETIDOS CON LA EXCELENCIA EN CUIDADOS (CCEC)

Introducción y Objetivos:

El dolor debe ser valorado como una quinta constante vital, así lo apoyo la Comisión Conjunta para la Acreditación de Organizaciones Sanitarias (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations) (1). A pesar de las múltiples iniciativas para su adecuado manejo se estima que su control es insuficiente en hasta un 50% de los pacientes, impactando en calidad de vida y funcionalidad (2). Se ha argumentado que el dolor es más que un síntoma y que el dolor crónico puede ser una enfermedad con su propio curso clínico (3) lo que hace cada vez más necesario un manejo adecuado por enfermería.

El Hospital Clínico San Carlos, como Centro Comprometido con la Excelencia en Cuidados (CCEC), promueve la implantación de guías de buenas prácticas y convirtió el control y valoración del dolor en una prioridad en todos sus servicios. La unidad de Oncología fue pionera, incorporándose posteriormente la Unidad de Geriátrica en la valoración y manejo del dolor (4).

Los objetivos de este estudio son:

- Describir la prevalencia del dolor de los pacientes ingresados.
- Evaluar la adherencia de los cuidados de enfermería al Programa CCEC.

Material y métodos:

Estudio descriptivo transversal en las Unidades de Hospitalización de Oncología Médica y Geriátrica. Siguiendo las instrucciones del Programa CCEC para la selección de la muestra se recogieron datos de los pacientes dados de alta de las respectivas Unidades de Hospitalización, durante cinco días de cada trimestre del año 2021.

Se recogen datos generales, datos sociodemográficos (edad, género, tipo de dolor, duración del ingreso, ámbito y factor desencadenante) datos de proceso (detección del dolor al ingreso o tras un cambio de situación clínica y su registro) y datos de resultado (valor numérico de la intensidad del dolor).

Resultados:

Se analizaron un total de 162 pacientes, 82 de la Unidad de Geriátrica (edad media 90 años) y 80 de la Unidad de Oncología (edad media 65 años); de los que el 57.4% (n=93) fueron mujeres.

En la Unidad de Geriátrica se evaluó el dolor en las primeras 24 horas al 98,8% (n=81), detectándose dolor en un 41,5% (n=34). En pacientes con dolor se realizó valoración integral del mismo al 8,8%; y tuvieron Plan de Cuidados dirigido al dolor un 5,9% (n=2).

En la Unidad de Oncología se evaluó el dolor en las primeras 24 horas al 90% (n=72), detectándose dolor en un 42,8% (n=33). En pacientes con dolor se realizó valoración integral del mismo al 2.5%; y tuvieron Plan de Cuidados dirigido al dolor un 57,6% (n=19).

Se identificó un proceso médico como factor desencadenante del dolor en el 42,4% de los casos, acto quirúrgico en el 6%, o procedimientos en el 12.1%.

Discusión:

Desde la implantación del programa CCEC la adherencia a los procesos de detección y valoración del dolor dentro de los cuidados de enfermería sigue siendo muy buena. Se observaron deficiencias en ambas unidades en lo que respecta a la valoración integral del dolor y la elaboración de planes de cuidados específicos. Aunque dichas debilidades pueden explicarse por problemas de registro de actividad o el impacto de la pandemia COVID19, la optimización del programa CCEC sigue siendo un área de mejora clave.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1.- R3 Report | Requirement, Rationale, Reference A complimentary publication of The Joint Commission Issue 11, August, 2017. (Consultado 9 de Mayo 2022) Disponible en: https://www.jointcommission.org/-/media/tjc/documents/standards/r3-reports/r3_report_issue_11_2_11_19_rev.pdf
- 2.- Smith TJ, Saiki CB: Cancer Pain Management. Mayo Clin Proc. 2015;90(10):1428–39. 10.1016/j.mayocp.2015.08.009
- 3.- Pérez Fuentes J. Versión actualizada de la definición de dolor de la IASP: un paso adelante o un paso atrás. Soc. Esp. Dolor. 2020;27(4):232-233.
- 4._ Registered Nurses Association of Ontario (RNAO). Valoración y manejo del dolor [Internet]. Toronto: RNAO; 2019 (Consultado 9 de Mayo 2022). Disponible en: https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/2015_-_BPG_Pail_16_01_2015_-_3rd_Edition.pdf.

AUTORES/AUTHORS:

NIEVES BLÁZQUEZ GÓMEZ, ESTELA MUÑOZ GONZÁLEZ, MARÍA REYES ÁVILA TATO, REBECA APARICIO SÁNCHEZ, SERGIO CÁRDENAS ILLANA, AURORA ROBLES ROBLES, ALEXANDRA GARCÍA ARAGÓN, ESTHER SÁNCHEZ SÁNCHEZ, ÁLVARO MORENO AJENJO

TÍTULO/TITLE:

¿La implantación de la guía Valoración y manejo del dolor ha mejorado los registros en un hospital de media estancia?

Introducción: El alivio del dolor es unas de las bases fundamentales del cuidado de las personas hospitalizadas y el manejo del mismo se considera un signo de buena práctica clínica y atención sanitaria de calidad (1,2). A pesar de ello, el dolor sigue estando presente de forma frecuente y el manejo dista mucho de ser excelente. Para llegar a este punto, es necesario que el manejo se realice de forma multidisciplinar y sea evaluado y cuantificado de una forma integral. Estudios han demostrado que es necesario mejorar la documentación de las características del dolor y su reevaluación. En este sentido, incluir el dolor en el plan de cuidados del paciente como problema de colaboración permite la continuidad en su atención, así como el abordaje multidisciplinar (2). La adecuada valoración del dolor, así como el establecimiento de su causa son fundamentales para conseguir su buen control (3). Se ha demostrado que, si el dolor se maneja de forma integral, aumenta la satisfacción de los usuarios que lo padecen y del equipo interprofesional que lo maneja (4). Es necesario recordar que la gestión del dolor, evaluado como subjetivo por parte del usuario, es un derecho, por lo que la valoración del mismo, su manejo, seguimiento, prevención y reducción es una de las principales prioridades en los sistemas de salud. Además, la mala gestión del dolor supone un perjuicio para las organizaciones ya que incrementa los costes asistenciales, en contraposición del manejo eficaz del mismo que mejora el bienestar de los usuarios, evita complicaciones secundarias, mejora la calidad asistencial y con todo ello los costes sanitarios (2). Los dolores no aliviados no solo tienen efectos físicos, si no lo más importante, efectos psicosociales y psicológicos que pueden influir en la recuperación de la enfermedad, y/o modificar el funcionamiento físico y emocional del sujeto, disminuyendo su calidad de vida y a largo plazo su capacidad de independencia. Dada la importancia de la gestión del dolor que se ha ido mostrando a lo largo del documento, se ha clasificado como la "quinta constante vital", al mismo nivel que pulso, tensión arterial, frecuencia respiratoria y temperatura (5). Estudios han demostrado que el dolor, además de ser inadecuadamente tratado por su carácter multifactorial, es un problema infravalorado, y que una de las causas de ambos problemas es la falta de formación e información por parte de los profesionales sanitarios (2). Las causas que llevan a una infravaloración del dolor y a una inadecuación en su gestión han demostrado ser de origen multifactorial, tales como: falta de precisión y adecuación en el uso de herramientas de evaluación del dolor, falta de información sobre el uso de estupefacientes, el desconocimiento sobre las actitudes y sistemas de afrontamiento del dolor y la falta de formación de los profesionales sanitarios sobre todos estos contenidos (6), así como el desconocimiento sobre la adecuada utilización de tratamientos de forma segura, efectiva y eficiente (5). Las actitudes y conocimientos, no solo de los profesionales, sino también de los usuarios, suponen una barrera en cuanto al uso de fármacos para el tratamiento del dolor o en la expresión del mismo, lo que dificulta su manejo (3). Las intervenciones educativas y formativas de los profesionales consiguen modificar el manejo del mismo a nivel de abordaje, calidad en el registro y evaluación del dolor (1). Es necesario que además de formar en manejo del dolor a nivel pregrado, sea una intervención de formación continua en los profesionales. No sólo mejoran conocimientos, si no también mejoran las actitudes en el trabajo, algo que tienen influencia sobre la calidad del servicio ofrecido (7). También cobra importancia la dificultad en la verbalización del dolor por parte del sujeto que lo padece, algo que la enfermera debe saber manejar y evaluar (6). Que un sujeto no sea capaz de describir el dolor, no significa que no lo esté experimentando. Alcanzar conocimientos suficientes para valorarlo es fundamental para unos cuidados adecuados (4). El manejo del dolor debe estar centrado en el sujeto que lo sufre, siendo multidimensional e integral y siendo las enfermeras las principales responsables para valorarlo y manejarlo, incluyendo a los sujetos que no pueden expresarlo. En este sentido, la implantación de guías de buenas prácticas sobre el manejo y valoración y dolor está

demostrando su eficacia ante la mejora de la gestión del mismo. Siguiendo esta línea, el programa de Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados® de la Registered Nurses Association of Ontario (RNAO®) liderado por enfermeras promueve desde una perspectiva multidisciplinar implantar guías de buenas prácticas, estando entre ellas la guía de Valoración y Manejo del dolor, cuyas recomendaciones están basadas en la mejor evidencia en cuidados (2, 4). Teniendo en cuenta todo lo descrito, el primer paso para comenzar el tratamiento del dolor es identificar el tipo de dolor y sus características, por lo que es necesario para ello conocer al usuario que lo padece, realizar un abordaje integral, con una anamnesis dirigida y adaptada a sus circunstancias, tanto en la fase de evaluación, como en el seguimiento y resolución, teniendo en cuenta la participación del sujeto, en la medida de lo posible (8). Finalmente, el alivio del dolor debe ser, y es, uno de los objetivos de la práctica asistencial, por lo que los sistemas sanitarios siguen orientando sus esfuerzos hacia este objetivo, un abordaje del dolor de calidad (9). Objetivos: Analizar la evolución de la implantación de las recomendaciones de la guía RNAO de Valoración y manejo del dolor por equipos multidisciplinarios dentro de las cuales se incluyen: Realizar una valoración integral del dolor en las personas a las que se les haya detectado la presencia de dolor, o el riesgo de cualquier tipo de dolor utilizando un enfoque sistemático y herramientas validadas apropiadas y Registrar las características del dolor.

Métodos: **Ámbito:** Hospital de media estancia, Hospital Guadarrama (Comunidad de Madrid). **Diseño:** Estudio descriptivo, casos-control, retrospectivo. **Sujetos:** Pacientes ingresados de rehabilitación funcional, realizando dos grupos casos (n:19; evaluados en abril de 2022) y control (n=25; evaluados en septiembre de 2018), dados de alta últimos 3-5 días laborales del mes. **Variables:** Valoración del dolor 24h tras ingreso. Valoración tipo y factores desencadenantes de dolor 24h tras ingreso. Máxima intensidad del dolor en cualquier momento del ingreso. **Obtención de datos:** Se siguió la metodología de la Herramienta de implantación de buenas prácticas de la RNAO, formando a los profesionales (médicos, enfermeras y auxiliares) a lo largo de los meses de la intervención. Modificando/añadiendo indicadores adaptados a las recomendaciones en los grupos de trabajo de los Impulsores del programa RNAO y nombrando a la figura “enfermero responsable del dolor” por unidad y por turno. Estos profesionales enfermeros recibieron una formación extra para servir de guía al resto de compañeros en la evaluación, registro y gestión del dolor. La recogida de datos se obtuvo de las mediciones mensuales siguiendo las variables de la Guía BPSO (Best Practice Spotlight Organization), tomando como control el primer mes de evaluación preimplantación y tomando el mes de abril de 2022, como casos. Se utilizó la Escala Visual Analógica (EVA) y PAINAD (Paint. Assessment in Advanced Dementia) (rango 0 a 10 puntos), siendo la última implantada como objetivo para evaluar el dolor en paciente con problemas de comunicación y trastorno neurocognitivo (escala que hasta la fecha no se utilizaba). **Análisis de datos:** Los datos fueron analizados valorando diferencias significativas con las pruebas t de Student (cuantitativos, nivel máximo de dolor en ingreso) y Chi Cuadrado de Pearson (cualitativos, fecha de la toma, presentar o no registro de dolor). **Resultados:** En el grupo control (n=25; media edad=80,7; media estancia=26,7), 10 sujetos presentaron dolor al ingreso, 0% tenía registro de características del dolor, la media de valor máximo de dolor en ingreso fue de 2,6/10 (dt=5,38; Mo=1). Grupo casos (n=19; media edad=80,5; media estancia=32,8) 5 sujetos presentaban dolor al ingreso, 60% de todos tenían registro de características del dolor, la media de valor máximo de dolor en el ingreso fue 5/10 (dt=4,57; Mo=6). En la evaluación estadística la T de Student de diferencia de medias (2,4/10) del valor máximo de dolor en estancia fue de 2,8334, con un nivel confianza del 95%, $p < 0,01$ (18g.libertad), lo que indica una diferencia estadísticamente significativa. Para los datos cualitativos, la Chi Cuadrada de Pearson para registros de características de dolor en pacientes con dolor al ingreso fue 7,5, con un nivel de confianza 95%, $p < 0,01$ (1g. libertad), con lo que las diferencias son estadísticamente significativas. **Discusión:** Antes de la entrada en el proyecto BPSO, existía la necesidad de mejorar registros de dolor, pues éstos eran insuficientes y se aproximaban a valor 0/10 en pacientes con dolor. Los resultados sobre el proceso de implantación de la guía muestran cambios estadísticamente significativos en los registros enfermeros de la detección del dolor, tanto en la estimación del valor real del dolor en el paciente, como en las características del dolor. Ha aumentado la media de dolor en los pacientes, algo que se ajusta más a la realidad que se describe en el hospital siendo éste un centro de rehabilitación funcional donde en mayor o menor medida, puntual o crónicamente los sujetos sufren dolor. Anteriormente, el dolor era infravalorado, así como sus registros. En cuando a la valoración integral del dolor, no existía una

herramienta de registro del mismo, por lo que no era posible evaluarlo, registrarlo ni hacer el seguimiento. Actualmente se cuenta con ella y como se ha observado es utilizada de forma adecuada. La formación estructurada de los profesionales llevada a cabo en el periodo de implantación de la guía ha demostrado efectos positivos sobre el manejo del dolor.

Implicaciones para la práctica: La implementación de la evidencia enfermera en la práctica habitual es un reto. La monitorización clínica de los resultados para identificar los efectos de las intervenciones requiere de un trabajo constante y de responsabilidad por parte de los profesionales. El método de implantación de las guías de buenas prácticas de la RNAO ha demostrado ser una herramienta eficaz en la valoración del dolor en nuestra organización. La figura de enfermero responsable de dolor ha impulsado los cambios en los registros y favorecido los mismos.

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Lorenzo Allege, L. Evaluación del efecto de una intervención sobre la valoración, evaluación y manejo del dolor en pacientes hospitalizados. TESIS DOCTORAL. UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID. FACULTAD DE ENFERMERÍA, FISIOTERAPIA Y PODOLOGÍA, 2020.
2. Sepúlveda-Sánchez, JM, Canca-Sánchez, JC Rivas-Ruiz, F, Martín-García, M, Pérez-González, M y Timonet-Andreu, EM. Gestión enfermera del dolor en pacientes hospitalizados con patologías médicas no oncológicas. *Enferm Clin.* 2016;26(2):137---141.
3. Sáez López, M.P. Sánchez Hernández N., Jiménez Mola, S. Alonso García N. y Valverde García J.A. Valoración del dolor en el anciano. *Rev Soc Esp Dolor* 2015; 22(6): 271-274.
4. Manejo y valoración del dolor. Guía de buenas prácticas en enfermería [Internet] RNAO, 2013. Disponible en https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/2015_-_BPG_Pain_16_01_2015_-_3rd_Edition.pdf
5. Bonilla-Marciales, A P; Jaimes-Valencia, M L; Serrano-Gómez, S E; Arenas-Luna, G I; Padilla-García, C I; Criado-Morales, M L. Implementación de la guía de valoración y manejo del dolor, de la Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO) en el programa de Enfermería de la Universidad Autónoma de Bucaramanga MedUNAB, vol. 20, núm. 2, 2017, -Noviembre, pp. 148-164 Universidad Autónoma de Bucaramanga Colombia DOI: <https://doi.org/10.29375/01237047.3245>
6. Saiz Vinuesa, MD, Albornos-Muñoz, L, M. Fernández Núñez, ML, López-García, M, Moreno-Casbas, MT y González Sánchez, JA en nombre del Grupo metodológico de Trabajo del programa de implantación de buenas prácticas en Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados®. Resultados de la implantación de la Guía de valoración y manejo del dolor en Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados (CCEC®) en España. *Enferm Clin.* 2020;30(3):212---221.
7. Ortega-López, RM, Aguirre-González, E, Pérez-Vega, ME, Aguilera-Pérez, P, Sánchez-Castellanos, MD, Arteaga-Torres, J. Intervención educativa para el manejo del dolor en personal de enfermería. ISSN 2007-7521. 12(2): 29-39 (Ene - Jun 2018).
8. Berrocoso Martínez, A de Arriba Muñoz, L y Arcega Baraza, A. Abordaje del dolor crónico no oncológico. *REV CLÍN MED FAM* 2018; 11(3): 154-159
9. López, P, Freijeiro, M, Torres, D, Baluja, A, Vidal, I y Álvarez, J. Avances en el tratamiento del dolor. *Aplicaciones clínicas. Medicine.* 2016;12(23):1350-8.

AUTORES/AUTHORS:

María Carrión Torre, Elena Regaira Martínez, Luisa Atanes Aritzia, Mónica Vázquez Calatayud

TÍTULO/TITLE:

IMPACTO DE UN PROGRAMA FORMATIVO ONLINE EN LOS CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE LAS ENFERMERAS RESPECTO AL DOLOR

OBJETIVO: (1) Evaluar el impacto de un programa formativo online sobre el nivel de conocimientos y las actitudes de las enfermeras respecto al dolor, en un hospital universitario de nivel terciario. (2) Analizar si existe relación entre las características socio-demográficas de las enfermeras y su nivel de conocimiento en dolor.

MÉTODOS: Estudio piloto pre-post cuasi-experimental exploratorio llevado a cabo en un hospital universitario altamente especializado, situado en el norte de España. La intervención fue diseñada por un grupo de expertos y consistió en un programa formativo online que incluía 3 módulos sobre la naturaleza multidimensional del dolor, su valoración y su manejo, con una carga lectiva de 15 horas. Este programa estuvo en abierto durante los dos primeros años de pandemia para todas las enfermeras asistenciales que prestaban cuidados directos al paciente, tanto a nivel hospitalario como en atención especializada. La recogida de datos se realizó a través del cuestionario sobre conocimientos y actitudes adaptado del Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain (KASRP) (Ferrel & McCaffery, 2014), en dos tiempos: T0 basal y T1 tras realizar el programa. Para el análisis de los datos, primero se realizó un análisis descriptivo de los datos: media (desviación estándar) para las variables continuas y mediana (rango intercuartílico) para las variables ordinales. También, se realizó un análisis comparativo antes y después de la intervención para determinar el impacto de la misma. Tras mostrar la prueba de Shapiro-Wilk que los datos no seguían una distribución normal, se utilizaron pruebas no paramétricas. En concreto, para el análisis comparativo se utilizó el test de Wilcoxon no paramétrico para muestras relacionadas. Asimismo, se calculó el coeficiente de correlación de Spearman para estudiar si existía alguna asociación entre las variables demográficas y los conocimientos y actitudes de las enfermeras. Los cálculos se realizaron con el programa estadístico SPSS 20.0. La significación estadística se fijó en el 5% ($p < 0,05$, basado en pruebas de dos colas). El estudio contó con la aprobación ética del centro.

RESULTADOS: Setenta y seis enfermeras completaron el programa formativo online, todas mujeres, con una edad media de 36 años \pm 11,3. Al comparar las puntuaciones del cuestionario antes y después del programa, se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,001$) entre T0 (Md: 7,2; RIQ: 3,7-10;) y T1 (Md: 10; RIQ: 8-10). Antes de la formación, el 2,4% de participantes mostraron el total de aciertos del test, frente al 72% de enfermeras tras la formación. Los ítems que mejoraron de forma más significativa tras la formación fueron aquellos relacionados con la valoración del dolor (ítem 1, "las constantes vitales son siempre indicaciones fiables del dolor" e ítem 4 "los pacientes pueden dormir a pesar del dolor intenso"), así como aquellos relativos a la medicación (ítem 5, "la depresión respiratoria rara vez ocurre en pacientes que han estado recibiendo dosis mantenidas de opioides durante meses" e ítem 6, "combinar analgésicos con diferentes mecanismos de acción, por ejemplo AINEs y opioides, puede resultar en un mejor manejo del dolor con menos efectos secundarios que usar un solo agente analgésico"). No se encontró ninguna asociación significativa entre las variables sociodemográficas y los conocimientos y actitudes de las enfermeras.

DISCUSIÓN: El programa formativo online demostró ser eficaz para mejorar los conocimientos y actitudes de las enfermeras respecto al dolor. En concreto, los resultados de este estudio indicaron una mejora significativa principalmente en lo que respecta a la valoración del dolor y al manejo de la medicación analgésica. Ambos son aspectos esenciales para que las enfermeras sean capaces de adecuar su juicio clínico a las necesidades del paciente que sufre dolor, de modo que se pueda abordar la situación

individual de cada paciente y proporcionar una atención adecuada.

Como implicaciones para la práctica, cabe destacar que las enfermeras han encontrado especialmente apropiada la metodología online, ya que les permite conciliar la formación continuada con sus horarios de trabajo. Particularmente, en el contexto de la pandemia por COVID-19, se ha puesto de manifiesto la necesidad de innovar en la forma de proporcionar la formación continuada a las enfermeras. La formación online ha sido especialmente idónea no solo en esta situación, sino que se ha erigido como un complemento eficaz a la tradicional formación presencial.

Es importante destacar que, aunque la metodología online puede ayudar a adquirir los conocimientos necesarios para manejar a los pacientes con dolor, tiene una efectividad limitada en cuanto al impacto sobre otras dimensiones, como son las habilidades y las actitudes. En este sentido, se considera relevante llevar a cabo futuros estudios para evaluar la eficacia de otras metodologías docentes innovadoras como la simulación para la adquisición de dichas competencias. Con este fin, y a partir de este estudio, se ha planteado un estudio piloto para evaluar el impacto de la simulación virtual en las habilidades y actitudes de las enfermeras con respecto a la valoración y el manejo del dolor.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO: Este estudio estuvo limitado por su técnica de muestreo no aleatorio, al limitar la representatividad de la muestra y disminuir la generalizabilidad de los resultados. No obstante, los métodos no aleatorios son habituales en la investigación educativa y los expertos consideran que no son inferiores a los ensayos clínicos aleatorios. Asimismo, el estudio estuvo basado en una herramienta auto-administrada, lo que puso haber introducido un sesgo de información, ya que este tipo de herramientas puede llevar a una sobreestimación o subestimación del constructo evaluado. En este sentido, los resultados deben interpretarse con cautela. No obstante, hubo una buena consistencia entre las respuestas analizadas, lo que sirve como punto de partida para el desarrollo de futuros estudios.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores no tienen ningún conflicto de intereses que declarar.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Ferrell, B., & McCaffery, M. (2014). Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain, revised 2014. Accessed June 30th 2022, [https://prc.coh.org/Knowledge%20%20&%20Attitude%20Survey%207-14%20\(1\).pdf](https://prc.coh.org/Knowledge%20%20&%20Attitude%20Survey%207-14%20(1).pdf)

Rahman MA, Hanna J, Zein BE, Badr LK. (2022). A Nonrandomized Pretest Posttest Study on the Impact of an Educational Pain Management Program on Nurses' Knowledge and Attitudes Regarding Pain in a Middle Eastern Country. *Pain management nursing: official journal of the American Society of Pain Management Nurses*, 23(3):324-329. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2021.07.003>

Voshall, B., Dunn, K. S., & Shelestak, D. (2013). Knowledge and attitudes of pain management among nursing faculty. *Pain management nursing : official journal of the American Society of Pain Management Nurses*, 14(4), e226–e235. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2012.02.001>

Mesa 2: Género y salud

Session 2: Gender and Health

AUTORES/AUTHORS:

MARIA FERNANDEZ MARTINEZ, CARMEN ALVAREZ NIETO, LUCIA ORTEGA DONAIRE, SEBASTIAN SANZ MARTOS

TÍTULO/TITLE:

Validación de una escala para medir las actitudes hacia el uso de los métodos anticonceptivos en población universitaria

Objetivo:

Desarrollar y validar una escala para medir las actitudes de los estudiantes universitarios hacia el uso de los métodos anticonceptivos para la prevención de conductas sexuales de riesgo.

Metodología:

Para dar respuesta a los objetivos se plantea un diseño descriptivo transversal. Los participantes, se seleccionaron mediante muestreo no probabilístico entre los estudiantes universitarios pertenecientes al Grado en Enfermería en la Universidad de Jaén con edades comprendidas entre 18 y 25 años que acepten participar mediante firma del consentimiento informado. El estudio se realizó en cuatro fases:

- 1) desarrollo del cuestionario
- 2) validación del contenido por un panel de expertos
- 3) prueba piloto
- 4) análisis de los ítems.

El cuestionario de recogida de la información es auto-administrado y se cumplimentará durante una hora lectiva del Grado en Enfermería de la Universidad de Jaén. Todos los ítems fueron redactados mediante escala Likert (1-5).

Resultados:

Se construyó un banco inicial de 29 ítems. Se realizó una primera valoración por parte del comité de expertos; varios ítems modificaron su redacción y otros fueron eliminados por obtener un valor para el grado de acuerdo calculado mediante V de Aiken, inferior a 0.80, quedando un total de 18 ítems.

La muestra piloto estuvo formada por 105 participantes seleccionados aleatoriamente entre todos los asistentes a clase en los 4 años del Grado en Enfermería. La muestra estuvo formada, mayoritariamente, por mujeres con un 81.1% del total y una edad media de $20,8 \pm 1,69$.

Se calculó la correlación entre los ítems y la escala para comprobar la capacidad discriminativa de cada ítem, eliminándose 4 ítems por no alcanzar valores aceptables de correlación, medida con el estadístico R de Pearson. La escala compuesta por 14 ítems mostró un valor aceptable de fiabilidad con 0.713, medida mediante el estadístico alfa de Cronbach.

Discusión:

El instrumento se mostró válido y fiable en la prueba piloto realizada para medir las actitudes hacia el uso de los métodos anticonceptivos en estudiantes universitarios. El desarrollo de actitudes positivas es un elemento clave para que los futuros programas formativos sean efectivos, pudiendo detectar resistencias o aspectos de abordaje prioritario, pudiendo conseguir mejores resultados tanto a nivel del conocimiento como a nivel de prevención de conductas de riesgo para su salud sexual.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

MachiyamaK Huda, Ahmmed F, Odwe G. Women`s attitudes and beliefs toward specific contraceptive methods in Bangladesh and Kenya. *Reprod Health*. 2018; 15(1).

León-Larios F, Gómez-Baya D. Diseño y validación de un cuestionario sobre conocimiento de sexualidad responsable en jóvenes. *Rev Esp Salud Pública*. 2018; 90-92.

Sanz-Martos S. Construcción y validación de la escala Sexuality and contraceptive knowledge instrument. Conocimiento sobre sexualidad y anticoncepción y actitudes hacia el uso de métodos anticonceptivos en jóvenes universitarios. Universidad de Jaén. Jaén; 2019.

Uribe Alvarado JI, Riaño Garzón ME, Bonilla Cruz NJ, Carrillo Sierra SM, Hernández Peña Y, Bahamón Muñetón MJ. Percepción de autoeficacia vs. rechazo del uso del condón en las prácticas sexuales de mujeres y hombres jóvenes. *Psicogente*. 2017; 20(37):25-35.

Morales E, Solanalles A, Mora S, Miranda O. Embarazo no deseado en alumnas universitarias. *Rev Cubana Med Mil*. 2013; 42(2):153-163.

Mesa 3: Adolescentes y telesalud

Session 3: Teenagers and m-Health

AUTORES/AUTHORS:

Carolina Rascon-Hernan, Ángel Romero-Collado, Edurne Zabaleta-del-Olmo, Nancy Navarro-Hernandez, Miriam Ferrer-Avelli, Dalmau Vila-Vidal

TÍTULO/TITLE:

Inteligencia emocional en estudiantes universitarios

Introducción: la Inteligencia Emocional (IE) en estudiantes universitarios se relaciona con bienestar físico, psicológico, satisfacción personal y mejor rendimiento académico. El objetivo fue determinar la IE y el perfil sociodemográfico al inicio y final de un año de experiencia universitaria en estudiantes de ocho carreras de ciencias de la salud.

Métodos: estudio cuantitativo descriptivo transversal relacional. Participaron 364 estudiantes de primer año de 8 grados universitarios del ámbito de la salud, quienes previa firma consentimiento informado; respondieron dos instrumentos al inicio y al finalizar del año académico: Sociodemográfico (ad hoc) y Test de Inteligencia Emocional Trait Meta-Mood Scale-24 (TMMS-24), (subescalas de atención, claridad y reparación emocional), con respuestas en escala Likert de 1 a 5 (muy desacuerdo-muy acuerdo). Se realizó análisis descriptivo y prueba t de Student ($p < 0.05$).

Resultados: participaron 26.4% hombres, 73.6% mujeres, la media de la puntuación total de IE fue de 79,5 al ingreso y de 81,2 al finalizar el año académico, evidenciando una correlación significativa ($p < 0.01$). En relación a las subescalas, se observa un aumento de la media estadísticamente significativa entre el inicio y el final, específicamente en "Atención Emocional" 24,97/26.45 ($p < 0.00$) y "Claridad Emocional" 25,48/26,20 ($p < 0.04$). A pesar de no existir diferencias significativas entre ambos sexos, se observó que los hombres tienen puntuaciones ligeramente más altas que las mujeres (excepto en subescala atención emocional). De las tres subescalas la de mayor puntuación es "reparación emocional" en todas las carreras.

Discusión: la IE total al ingreso a la educación universitaria y al finalizar el año académico, evidencia que es una habilidad susceptible de entrenamiento (1,2,3), que se desarrolla a través del aprendizaje y de la experiencia (1). Además, da cuenta que los estudiantes han aumentado la habilidad para afrontar de mejor manera situaciones académicas, lo que les favorecerá indudablemente una actitud positiva hacia el estudio y tareas mejorando el rendimiento académico (4).

Implicación a la práctica: un diagnóstico de la inteligencia emocional en el estudiantado que ingresa a la educación superior es útil para que las instituciones implementen estrategias de mejora tanto educacionales y personales para aquellos que lo necesiten, contribuyendo a un mejor afrontamiento en situaciones de cambio que será útil para su futura vida laboral en el ámbito de la salud.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Burguillos A. Sentido de coherencia e inteligencia emocional: efecto en la ansiedad social de estudiantes universitarios. *International Journal of Developmental and Educational Psychology* 2014; 1 (4): 295-302.
2. Ramírez L, Martín J. Significado del Proceso de Inserción a la Vida Universitaria: Desde una Perspectiva de Aprendizaje como Práctica Social. *Revista Latinoamericana de Educación Inclusiva* 2018; 12 (1): 149-162.
3. Manrique R. La cuestión de la inteligencia emocional. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 2015; 35 (128): 801-814. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352015000400008>
4. Rankin R. Emotional intelligence: enhancing values-based practice and compassionate care in nursing. *J. Adv. Nurs.* 2013; 69 (12): 2717-2725.

AUTORES/AUTHORS:

Lucía Martín Gómez, Elena Salas Pérez, Rosa María Cárdbaba García

TÍTULO/TITLE:

Consumo de alcohol y autoestima en jóvenes universitarios en Valladolid

El consumo de alcohol es uno de los principales problemas de salud pública en la actualidad a nivel mundial, que afecta principalmente a la juventud. Europa es la región del mundo donde este consumo es mayor; además de ser el alcohol la sustancia psicoactiva más consumida en España (1,2).

La enfermera de Atención Primaria se encuentra en una posición clave para realizar la promoción de la salud, así como la prevención y la detección precoz del consumo de alcohol. Existe controversia al clasificar la autoestima como un factor protector o de riesgo sobre este consumo. Conocer qué variables influyen en el consumo de esta población permitirá desarrollar estrategias preventivas efectivas (3).

1. OBJETIVO:

Indagar sobre el consumo de alcohol y el nivel de autoestima en los jóvenes universitarios pertenecientes a la Universidad de Valladolid.

2. MÉTODOS:

Estudio descriptivo, retrospectivo y transversal, con metodología de encuesta autocumplimentada. El muestreo realizado fue de conveniencia con extensión en bola de nieve. Estudio sin conflicto de intereses, con el dictamen favorable del CEIm del Área de Salud Valladolid Este.

Se estudió el nivel de consumo de riesgo de alcohol y el nivel de autoestima en una muestra de 281 estudiantes de la Universidad de Valladolid durante el curso 2021-2022, los cuales cumplieron los criterios de inclusión y aceptaron participar en el estudio.

Para conocer el nivel de riesgo de consumo excesivo de alcohol se empleó el Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), instrumento validado por la OMS y capaz de identificar a individuos con patrones de consumo sensato, dependiente y dañino. La puntuación total fluctúa de 0 a 40 puntos (4).

Para valorar el nivel de autoestima se utilizó la escala de autoestima de Rosenberg (RSES) y la puntuación total oscila entre 10 y 40. Una puntuación menor de 25 se considera autoestima baja, de 25 a 29 se considera autoestima moderada y mayor de 30, autoestima alta (5).

Para el análisis de datos se empleó el programa informático SSPS v26. Se utilizaron las pruebas paramétricas y no paramétricas: r de Pearson, ANOVA, t de Student y Chi Cuadrado. Se realizó un análisis bivalente y regresiones logísticas. Se consideraron estadísticamente significativos aquellos pvalores $\leq 0,05$.

3. RESULTADOS:

La edad media de la muestra se situó en 21,17 ($\pm 4,72$) años y un 70,8% (199) eran mujeres. Predominaron los estudiantes pertenecientes al 4º curso, la rama de conocimientos Ciencias de la Salud y en cuanto a la convivencia la mayoría vivía con padres o compañeros; aunque se ha obtenido participación de las distintas variables.

El 96,4% (271) de los encuestados habían consumido alcohol alguna vez en la vida y el 91,5% (257) en el último año, respectivamente. La edad media de inicio de consumo se encuentra en 15,66 ($\pm 1,69$). El 55,5% (156) de los participantes tenían riesgo bajo, 37,7% (106) riesgo moderado y 4,6% (13) riesgo alto de dependencia al alcohol. Además, se estima que un 2,1% (6) ya podían tener adicción a esta sustancia. El 44,5% (125) de la muestra afirmaba que sus padres y el 79,7% (224) de los amigos de los encuestados bebían alcohol de forma frecuente.

Aunque el 66,9% (188) de la muestra de estudio poseía una autoestima alta; el 16,4% (46) y el 16,7% (47) tenían una valoración de sí mismos moderada y baja, correspondientemente.

Para el test de AUDIT y la RSES, se obtuvo un índice de Cronbach de 0,81 y 0,89 respectivamente, lo que indica una buena fiabilidad.

4. DISCUSIÓN:

Las variables que han demostrado estar asociadas al consumo de alcohol son: género, rama de conocimiento del Grado, curso y rendimiento académico, personas con quién convive durante el curso académico, consumo de bebidas alcohólicas en el entorno, edad de inicio de consumo y la prevalencia de este.

De todas las variables estudiadas, se rechaza que exista relación entre el consumo de bebidas alcohólicas y la edad, el tamaño de la población de procedencia, la situación laboral y sentimental.

La prevalencia de consumo de alcohol es mayor en este estudio que en los realizado por las encuestas EESE y EDADES, en el que el rango de edad es mayor, lo que indicaría que este consumo es superior en los jóvenes (2,6).

Los resultados obtenidos del nivel de autoestima son similares a otros estudios realizados años atrás, lo que indica que las distintas estrategias utilizadas no fueron efectivas (7,8).

Los resultados muestran que la relación entre autoestima y alcohol es casual, influyendo más las cuestiones de índole social.

IMPLICACIONES A LA PRÁCTICA CLÍNICA:

De los resultados alcanzados con esta investigación, se demuestra la necesidad de realizar medidas de prevención en cuanto al consumo de alcohol en población joven y de intervenir en el fomento de una buena autoestima por medio de programas de salud específicos que pueden ser liderados por enfermeras.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Consumo de alcohol, sabías que... [Internet] Ministerio de Sanidad. Junta de Castilla y León. [consultado 31 octubre 2021]
Disponible en:
<https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/programas-guias-clinicas/programas-salud/prevencion-consumo-alcohol-informacion-profesionales-sanita>
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Informe 2021. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. [Internet] Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2021. [consultado 5 diciembre 2021]
Disponible en:
https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2019-20_Informe_EDADES.pdf
- Cartera de Servicios de Atención Primaria. [Internet] Valladolid. Junta de Castilla y León. 2019 [consultado 8 octubre 2021]
Disponible en:
<https://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/catalogo-prestaciones/cartera-servicios/cartera-servicios-atencion-primaria>
- Cibersam: Banco de instrumentos y metodologías de Salud Mental. Test para Identificar los Trastornos del Uso de Alcohol. [Internet] 2015 [consultado 2 noviembre 2021] Disponible en: <https://bi.cibersam.es/busqueda-de-instrumentos/ficha?id=113>
- Cibersam: Banco de Instrumentos y metodologías de Salud Mental. Escala de Autoestima de Rosenberg. [Internet] 2015 [consultado 4 noviembre 2021]. Disponible en: <https://bi.cibersam.es/busqueda-de-instrumentos/ficha?id=206>
- Instituto Nacional de Estadística. [Internet] Encuesta Europea de Salud en España. 2020. [consultado 29 abril 2022]. Disponible en: https://www.ine.es/prensa/eese_2020.pdf
- Muñoz M, Ruiz A. Nivel de autoestima y correlación con comportamientos de riesgo en alumnos de la Universidad de Almería. Enfermería clínica. [Internet]. 2008. [consultado el 9 octubre 2021]; 18 (2): 70-76. Disponible en:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2575704>
- Ballester Brage L, March Cerdà M, Otter S. Autoconcepto, estilo de afrontamiento y conducta del alumnado universitario. Aposta. Rev. De Cienc. Soc. [Internet]. 2006; [consultado 29 abril 2022]; (27): 1-22. Disponible en:

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=495950220001>

Mesa 4: Práctica Clínica

Session 4: Clinical Practice

AUTORES/AUTHORS:

Cristina Alfaro Díaz, Ana Canga Armayor, Nuria Esandi Larramendi, Rosana Goñi Vigura, María Carrión Torre, María Ángeles Soteras Ramírez, Patricia Beorlegui Murillo

TÍTULO/TITLE:

Validación psicométrica de la versión española del cuestionario FINC-NA

Introducción y objetivo

Las actitudes positivas de las enfermeras hacia la importancia de incluir a la familia en su práctica clínica se reconocen como un factor clave que influye en la calidad de la relación que se establece entre la enfermera y la familia (Alfaro-Díaz et al., 2022; Duhamel, 2017; Svavarsdottir et al., 2015). Las enfermeras que ven a la familia como unidad de cuidado y tienen actitudes positivas hacia la misma, son más propensas a incluirla en el cuidado. Por el contrario, las enfermeras que perciben a la familia como una amenaza para su conocimiento y profesionalidad, y no reconocen su importancia para la recuperación del paciente, muestran poco interés en involucrarla en el cuidado de enfermería (Saveman et al., 2011).

Debido al creciente interés que existe en examinar y mejorar las relaciones entre la enfermera y la familia en el contexto clínico, es necesario contar con instrumentos válidos y fiables que evalúen las actitudes de las enfermeras sobre la importancia de involucrar a las familias en el cuidado de enfermería (Alfaro Díaz et al., 2019). Por ello, el propósito de este estudio es validar las propiedades psicométricas de la versión refinada en español del cuestionario "Families Importance in Nursing Care: Nurses' Attitudes Scale (FINC-NA)", según la teoría clásica de los test y el modelo de Rasch.

Métodos

Se llevó a cabo un estudio descriptivo transversal en una muestra conformada por 263 enfermeras. Siguiendo la teoría clásica de los test, se analizó la aceptabilidad, la consistencia interna y la validez de constructo de la escala FINC-NA. Asimismo, se analizó el ajuste al modelo de Rasch, la multidimensionalidad, la fiabilidad (índice de separación de personas), la independencia local de los ítems y el funcionamiento diferencial de los ítems.

Resultados

La escala mostró una buena consistencia interna, el α de Cronbach para la escala total fue de 0,90, y superior a 0,70 para todas las subescalas, excepto para la subescala "La familia como una carga" ($\alpha = 0,64$). Además la escala presentó una adecuada confiabilidad test-retest, el coeficiente de correlación intraclase para la escala fue de 0,86 y para las subescalas osciló entre 0,72 y 0,86.

Los resultados del análisis de Rasch sugieren que la FINC-NA es una escala multidimensional con cuatro dimensiones y un esquema de respuesta más simple que la escala original. Excepto por un ítem, la escala FINC-NA estuvo libre de sesgos por edad y tiempo de experiencia.

Discusión y Conclusiones

Tras algunas modificaciones, la versión refinada de la escala FINC-NA es una medida válida y fiable que muestra un buen ajuste al modelo de Rasch y está lista para su uso en investigación y en la práctica clínica en el contexto español.

La versión refinada de la escala FINC-NA puede ser valiosa para evaluar las actitudes de las enfermeras, y medir la efectividad de las intervenciones educativas dirigidas a promover un Cuidado Centrado en la Familia en el contexto clínico. Esto puede ayudar a fomentar una atención más integradora hacia la propia experiencia de salud del paciente y su familia.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Alfaro-Díaz, C., Esandi, N., Canga-Armayor, N., Idoia Pardavila-Belio, M., Pueyo-Garrigues, M., & Canga-Armayor, A. (2022). Personal and Contextual Factors to the Successful Implementation of a Family Nursing Approach in Oncology Care. *Journal of Family Nursing*, 28(3), 277–291. <https://doi.org/10.1177/10748407221083071>

Alfaro Díaz, C., Esandi Larramendi, N., Gutiérrez-Alemán, T., & Canga-Armayor, A. (2019). Systematic review of measurement properties of instruments assessing nurses' attitudes towards the importance of involving families in their clinical practice. *Journal of Advanced Nursing*, 75(11), 2299–2312. <https://doi.org/10.1111/jan.14049>

Duhamel, F., Dupuis, F., Turcotte, A., Martinez, A. M., & Goudreau, J. (2015). Integrating the Illness Beliefs Model in clinical practice: A Family Systems Nursing Knowledge Utilization Model. *Journal of Family Nursing*, 21(2), 322–348. <https://doi.org/10.1177/1074840715579404>

Saveman, B. I., Benzein, E. G., Engström, Å. H., & Årestedt, K. (2011). Refinement and psychometric reevaluation of the instrument: Families' Importance in Nursing Care–Nurses' Attitudes. *Journal of Family Nursing*, 17(3), 312–329. <https://doi.org/10.1177/1074840711415074>

Svavarsdottir, E. K., Sigurdardottir, A. O., Konradsdottir, E., Stefansdottir, A., Sveinbjarnardottir, E. K., Ketilsdottir, A., Blondal, K., Jónsdóttir, A., Bergs, D., & Guðmundsdottir, H. (2015). The process of translating family nursing knowledge into clinical practice. *Journal of Nursing Scholarship*, 47(1), 5–15. <https://doi.org/10.1111/jnu.12108>

AUTORES/AUTHORS:

ANDREA GONZALEZ ZAMORANO, MARTA IGLESIAS SEMEDO, MARINA LOPEZ ALONSO, MARÍA SANZ GUIJO, ELENA JIMENEZ GARCÍA, MARIA ISABEL BUCETA TORO

TÍTULO/TITLE:

Conocimientos y actitudes de alumnos de Enfermería de la Facultad Salus Infirmorum sobre la donación de órganos

Objetivo general:

Determinar los conocimientos y actitudes que poseen los estudiantes de Enfermería de la Facultad Salus Infirmorum de Madrid sobre la donación de órganos.

Objetivos específicos:

- Analizar los conocimientos de los estudiantes de Enfermería sobre los tipos de donación en función del curso académico y los tipos de estudios previos del alumno.
- Detallar los conocimientos de los estudiantes de Enfermería sobre características generales de la donación en función de las variables establecidas.
- Evaluar los conocimientos de los estudiantes de Enfermería acerca del mantenimiento del donante y los órganos/tejidos en función de las variables anteriormente mencionadas.
- Determinar la actitud de los estudiantes de Enfermería ante la donación de órganos.

Material y método:

Se realizó un estudio descriptivo en el que se recogieron los datos a través de un cuestionario ad hoc en la Facultad Salus Infirmorum a los estudiantes de los cuatro cursos académicos de Enfermería, analizando los conocimientos por bloques en función de las variables establecidas. El análisis inferencial fue el chi-cuadrado y se estimó como significación estadística un valor de $p < 0,005$. Además, se planteó clasificar los conocimientos de la siguiente manera: insuficientes $< 50\%$ de aciertos, suficientes $> 50\%$, buenos $> 70\%$ y muy buenos $> 90\%$, baremando todas las preguntas con el mismo valor. El análisis de actitudes fue acorde a las conductas favorables y/o desfavorables que mostraron los estudiantes y en él, no se tuvieron en cuenta las variables.

Resultados:

La muestra estaba formada por 178 personas. Participaron un 28.1% (n=50) de 1º de grado, 27% (n=48) de 2º de grado, 26.4% (n=47) de 3º de grado y un 18.5% (n=33) de 4º grado de enfermería.

Los estudiantes sin estudios previos fueron 133 (n= 74.7%), con estudios previos del relacionados con ámbito sanitario supusieron un 21.9% (n=39) y un 3.4% (n=6), corresponden con estudios previos no sanitarios.

Discusión:

Los conocimientos mostrados respecto al bloque de preguntas tipos de donación se clasifican como suficientes según curso académico y tipos de estudios previos. Existen diferencias estadísticamente significativas que afirman la relación que, a mayor curso, mayor grado de conocimientos sobre la donación.

Asimismo, respecto a los conocimientos de los bloques, características generales de la donación y mantenimiento del donante, se categorizan como insuficientes.

En relación al bloque del mantenimiento del donante, se observa que, es el cuarto curso quien obtiene una mayor tasa de respuestas correctas, por lo que se afirma la relación previamente comentada.

Se objetivan actitudes favorables hacia el pensamiento propio de donación y las actitudes desfavorables mostradas hacia el proceso de donación de médula ósea y el registro de donante de órganos, se relacionan con el desconocimiento hacia el mismo.

Como implicaciones para la práctica clínica, se podrían trasladar los resultados a los responsables de la realización de los planes de estudio de la Facultad para reforzar temas relacionados con la donación de órganos y por tanto, aumentar los conocimientos y

mejorar la percepción de la donación a futuros enfermeros que jugarán un papel importante en el cuidado de pacientes receptores, donantes y sus familiares.

además se podrían implementar jornadas formativas sobre el ámbito de estudio descrito.

Conflicto de intereses:

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Plan de estudios Fisiología II Grado en Enfermería. Disponible en:
<https://saluscampusdemadrid.com/wp-content/uploads/2021/10/Fisiologia-II.pdf>
- Plan de estudios Enfermería Clínica II Grado en Enfermería. Disponible en:
<https://saluscampusdemadrid.com/wp-content/uploads/2021/10/Enfermeria-Clinica-II.pdf>
- Plan de estudios Legislación y ética profesional Grado en Enfermería. Disponible en:
<https://saluscampusdemadrid.com/wp-content/uploads/2021/10/Legislacion-y-Etica-Profesional.pdf>
- Montero Salinas A. Conocimientos y actitudes ante la donación de órganos de los profesionales sanitarios de un hospital de tercer nivel. Rev Esp Salud Pública 2018. Disponible en:
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272018000100205
- Sebastián-Ruiz MJ. Actitud y conocimiento sobre donación de órganos de estudiantes de medicina de una universidad pública del noreste de México. Disponible en: www.anmm.org.mx
- Acedos M. Donación en asistolia en España: situación actual y recomendaciones. 2012. Disponible en:
<http://www.ont.es/infesp/DocumentosDeConsenso/DONACION%20EN%20ASISTOLIA%20EN%20ESPA%20C3%91A.%20SITUACION%20ACTUAL%20Y%20RECOMENDACIONES.pdf>
- Gómez-Rázuri K. Myths about organ donation on health personnel, potential recipients and relatives of potential donors in a peruvian hospital: A qualitative study. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica. 2016 Jan.
- Padilla-Cuadra JI, Actitudes y conocimientos sobre la donación de órganos, trasplante y muerte cerebral en estudiantes de ciencias de la salud. Disponible en: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022015000400179
- Bispo CR. La donación de órganos: una perspectiva de los estudiantes de enfermería. Revista Bioética. 2016 Aug Disponible en:
<http://www.scielo.br/j/bioet/a/5kBxZzkLyyvhxcQhnNxZz3t/?lang=es>
- L MA. Nursing Students' Knowledge About Organ Donation and Transplantation: A Spanish Multicenter Study. Transplant Proc 2019 Nov 1 Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31627911/>
- A R. Information About Donation and Organ Transplantation Among Spanish Medical Students. Transplant Proc 2020 Mar 1. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32057497/>
- L MA. Exploring Health Science Students' Notions on Organ Donation and Transplantation: A Multicenter Study. Transplant Proc. 2020 Jun 1 Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32252996/>

AUTORES/AUTHORS:

NURIA DE ARGILA FERNANDEZ-DURAN

TÍTULO/TITLE:

Percepción de las enfermeras sobre la mejora de su competencia clínica en cuidados específicos en contexto hospitalario

OBJETIVO

Valorar la percepción de las enfermeras sobre la mejora de su competencia clínica en cuidados específicos (contenciones en paciente agitado, accesos vasculares y terapia intravenosa, prevención y tratamiento de heridas) después de recibir una formación teórico-práctica gestionada por la supervisora de formación continuada enfocada a la adquisición de herramientas para la toma de decisiones clínicas en el contexto hospitalario.

MÉTODO

Estudio transversal realizado en el año 2019 en el Hospital Central Cruz Roja San José y Santa Adela, hospital perteneciente al Servicio Madrileño de Salud. Los sujetos de estudio fueron 88 enfermeras de las Unidades de Hospitalización de Medicina Interna, Geriátrica y Cirugía General, que obtuvieron una formación teórico-práctica de 15 horas en base a sus necesidades de mejora de competencia clínica en un tema concreto (Tema específico= Curso específico. Cada curso contaba con un máximo de 30 plazas): los cursos fueron "Uso de contenciones en paciente agitado" (C1), Curso de "Cuidados de enfermería en los Accesos vasculares y terapia intravenosa" (C2) y curso de "Actualización en prevención y tratamiento de los pacientes con heridas" (C3).

Se diseñó un Cuestionario con 9 ítems: edad, antigüedad en la Unidad, 6 preguntas (con respuestas: nada, poco, bastante, mucho) sobre la percepción de la enfermera respecto a: Aprendizaje de nuevos conocimientos, Aumento de la capacidad de trabajo, Grado de aplicación de lo aprendido, Facilidad en aplicar lo aprendido en su práctica diaria, Motivación por lo aprendido, Contexto de trabajo favorece la aplicación de lo aprendido; 1 pregunta (con respuesta: si, no, en ocasiones) sobre la percepción de la enfermera en Aumento de la competencia en la actividad profesional.

Recogida de datos: se envió el enlace al cuestionario creado en google forms por correo electrónico a las enfermeras a los 6 meses finalizada la formación. Análisis descriptivo.

RESULTADOS

Participaron 68 enfermeras (77,3%); C1: 25, C2: 22, C3: 21. El 58,8% (n=40) tenían 40-49 años, 47% (n=32) contaban con 10-19 años de experiencia en la Unidad. Los resultados sobre la percepción de las enfermeras respecto a los distintos ítems en función del curso fueron los siguientes: (P1) Aprendizaje de nuevos conocimientos: C1 91,3% / C2 95,5% / C3 100%; (P2) Aumento de la capacidad de trabajo: C1 91,3% / C2 77,3% / C3 100%; (P3) El grado de aplicación de lo aprendido: C1 91,3% / C2 81,9% / C3 100%; (P4) Facilidad en aplicar lo aprendido en su práctica diaria: C1 95,7% / C2 86,4% / C3 95,3%; (P5) Motivación por lo aprendido: 100% en C1, C2 y C3; (P6) El contexto de trabajo favorece la aplicación de lo aprendido: C1 95,7% / C2 72,7% / C3 95,2%; (P7) Aumento de la competencia en la actividad profesional: C1 91,3% / C2 90,9% / C3 100%.

DISCUSIÓN

La mayoría de las enfermeras percibieron la mejora de su competencia clínica en cuidados específicos después de recibir una formación enfocada a la adquisición de herramientas para la toma de decisiones clínicas en el contexto hospitalario. El 100% se sintió altamente motivada por lo aprendido. Los resultados obtenidos en relación al manejo y cuidados de accesos venosos y terapia intravenosa pueden estar relacionados con la menor autonomía de la enfermera en la toma de decisión clínica, a pesar de mejorar su competencia.

Las implicaciones para la práctica: adecuar la oferta formativa a las necesidades clínicas demandadas determinantes para favorecer la mejora de las competencias en cuidados específicas permitiendo optimizar los recursos.

No existe ningún conflicto de interés, relacionado con este estudio.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

(1) Formación continuada y Acreditación. Ministerio de Sanidad. Disponible en:

<https://www.sanidad.gob.es/profesionales/formacion/formacionContinuada/home.htm>

(2) Comisión de formación continuada de las profesiones sanitarias. Comunidad de Madrid. Instrucciones y normas de tramitación de las solicitudes de acreditación de actividades de formación continuada de las profesiones sanitarias en la Comunidad de Madrid.

Versión 10-2017. Disponible en:

file:///C:/Users/07223981A/Downloads/instrucciones_proveedor_d.g.investigacion_docencia_documentacion_20220530.pdf

(3) Lizcano Álvarez Á; Villar Espejo T; López Köllmer L; Gómez Menor C; Ledesma Rodríguez R; Fernández Zarataín G. Efectividad de un programa de capacitación en cuidados integrales para la prevención secundaria cardiovascular en enfermeras de atención primaria. *Enferm Clínica* 2021; 31 (5), 303-312.

(4) Marqués Andrés S. Formación continuada: herramienta para la capacitación. *Enferm. glob.* 2011 Ene; 10 (21). Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412011000100020&lng=es

(5) Carballo Santaolalla R. Biencinto López C. Determinación del impacto de la formación continua en el sector sanitario: diseño de un modelo de relaciones entre dimensiones. *Revista Complutense de Educación*. 2006.17 (1), 77-88.

<https://revistas.ucm.es/index.php/RCED/article/view/RCED0606120077A>

Mesa 5: Cuidados en el sueño

Session 5: Sleep care

AUTORES/AUTHORS:

Rosa M Sánchez Cabrera, Rosa Soldevila Cases, Susana Asensio Flores, Jordi Adamuz Tomás, Ana Redondo Noya, Ana Álvarez Soto, Patricia Oliva Serrano, Silvia Millat Servent, Cristina Capdevila Aguilera

TÍTULO/TITLE:

CALIDAD DEL SUEÑO DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN PLANTAS DE HOSPITALIZACIÓN EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

El sueño es un factor fundamental en el mantenimiento de la salud. La Organización Mundial de la Salud (OMS), considera el ruido "es uno de los principales riesgos tanto para la salud mental como la física y el bienestar". Los pacientes ingresados en los hospitales son más susceptibles a presentar alteraciones del sueño, debido a factores extrínsecos o intrínsecos derivados algunos de ellos del propio proceso.

Una de las herramientas que utiliza el Servei Català de la Salut (CatSalut), es la encuesta PLAENSA®, donde se evalúa la calidad y el grado de satisfacción de los usuarios, en diferentes ámbitos de los servicios sanitarios.

Basándonos en los resultados de la encuesta, del Hospital Universitari de Bellvitge (HUB), nos planteamos valorar el ruido existente en las unidades de hospitalización y como afectaba a nuestros pacientes

- OBJETIVOS:

O.General: Evaluar la calidad del sueño de los pacientes hospitalizados en un hospital de 3r nivel

O.Específicos: (i) Identificar el nivel de presión sonora equivalente en tiempo de referencia que existe en las unidades de hospitalización (ii) Identificar qué factores y fuentes de ruido son los más influyentes en la alteración del sueño de los pacientes hospitalizados. (iii) Identificar el grado de descanso o calidad del descanso de los pacientes hospitalizados.

MÉTODOS: Estudio descriptivo transversal en 3 fases: La 1ª fase se utilizó como referencia los resultados obtenidos respecto al ruido y descanso nocturno de la encuesta PLAENSA® 2018. La 2ª registro de decibelios (dB) durante 48h en unidades seleccionadas . La 3ª fase administración del cuestionario del Sueño de Richards- Campbell (RCSQ). El tamaño muestral se calculó en base actividad de ingresos hospitalarios (n 119) entre junio y julio de 2019, se excluyeron las unidades de corta estancia, semicríticos urgencias y cuidados intensivos. Se realizó un análisis descriptivo a través del programa SPSS utilizando parámetros de concentración y dispersión. Para las variables cuantitativas y para las cualitativas en forma de porcentajes y frecuencias. Con un nivel de confianza del 95%, precisión del 8 % , frecuencia hipotética del 50% de alteración de la calidad del sueño y un 5% de pérdidas esperadas. Este estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación.

3-RESULTADOS:

Durante el período de estudio se incluyeron 119 pacientes. Se registraron frecuencias elevadas (LAFmax > 85 - 110 Db), en diferentes unidades y turnos. En cuanto a las encuestas, el 56% de pacientes presentaron un sueño ligero, el 57% se dormían casi inmediatamente y un 63% consideraba que dormía bien. Los artefactos que más afectaban a los pacientes fueron los timbres, alarmas teléfonos y voces de personas.

Respecto a la satisfacción de la calidad en cuanto a la tranquilidad y descanso nocturno que recoge PLAENSA® los resultados del año 2018 fueron: 81,5% globales y 66,3% nuestro centro y para el 2022 resultados globales 88% y 82,9% para nuestro centro.

4-DISCUSIÓN E IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA.

Debido al impacto generado por la Covid-19, el equipo investigador ha desarrollado e implantado diferentes intervenciones de mejora entre las que se destaca: difusión de resultados del estudio a la organización, adhesión al proyecto SueñOn®, creación de grupos con lead professionals y cambios organizativos como la adaptación de horarios de reposición de materiales y limpieza, instalación de sonómetros, adaptación de tratamientos farmacológicos, cambios de ruedas de carros, reguladores de luz, hojas informativas.

Por este motivo y como todavía queda un margen de mejora deseable, nos planteamos continuar desarrollando intervenciones y realizar una réplica del estudio en año 2023.

Los autores declaran no tener ningún tipo de intereses.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1-Jurado Luque, M.J. Sueño saludable: evidencias y guías de actuación. Documento oficial de la Sociedad Española de Sueño. Rev Neurol 2016; 63 (Supl 2): S1-S27. ISSN 0210-0010. <http://ses.org.es/docs/rev-neurologia2016.pdf>
- 2-Observatorio de Salud y Medio Ambiente (OSMAN). Guía de Ruido y Salud. Junta de Andalucía. Depósito Legal GR 2669-2011 ISBN 978-84-694-5930-0
https://www.diba.cat/c/document_library/get_file?uuid=bda326e7-1ed2-4817-8de7-d15d7b1da494&groupId=7294824
- 3- Servei Calalà de la Salut . Plan de Encuestas de Satisfacción.
[https://catsalut.gencat.cat/ca/coneix-catsalut/presentacio/instruments-relacio/valoracio-serveis-atencio-salut/enquestes-satisfaccio/index.html#googtrans\(ca|es\)](https://catsalut.gencat.cat/ca/coneix-catsalut/presentacio/instruments-relacio/valoracio-serveis-atencio-salut/enquestes-satisfaccio/index.html#googtrans(ca|es))
- 4-World Health Organization® .Guidelines for Community Noise. Guideline Values
<https://www.who.int/docstore/peh/noise/Commnoise4.htm> [consultado mayo 2019]
- 5-SueñOn®. Coord. Instituto Juan Carlos III . Copyrights © 2016 <http://suenon.recursosencuidados.es/quees.html>
- 6- Richards KC, O'Sullivan PS, Phillips RL. Medición del sueño en pacientes críticos.J Nurs Meas . 2000 Otoño-Invierno; 8 (2): 131-44
- 7-Chen LX, Ji DH, Zhang F, Li JH, Cui L, Bai CJ, Liu H, Liang Y. Richards-Campbell sleep questionnaire: psychometric properties of Chinese critically ill patients. Nurs Crit Care. 2018 Jul 30. doi: 10.1111/nicc.12357.
- 8- España. Real Decreto 286/2006, de 10 de marzo, sobre la protección de la salud y la seguridad de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición al ruido. Ministerio de la Presidencia BOE núm. 60, de 11 de marzo de 2006 .BOE-A-2006-4414

AUTORES/AUTHORS:

M^a Teresa Roldán Chicano, M^a Dolores Meroño Rivera, M^a José Vicente Pérez, José Martín Rodríguez, Antonio José Sánchez Bustos, M^a Mercedes Conesa López, Francisca Martínez Selma, M^a Fuensanta Hellín Gil, Rafaela Camacho Bejarano

TÍTULO/TITLE:

CALIDAD PERCIBIDA DEL SUEÑO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON DOLOR, NICTURIA Y/O PROBLEMAS RESPIRATORIOS.

OBJETIVO.

Describir la prevalencia de problemas para dormir relacionados con el dolor, disnea y nicturia en pacientes hospitalizados, y analizar su asociación con la calidad percibida del sueño, características de los pacientes y centro hospitalario al que pertenecen.

MÉTODOS.

Estudio multicéntrico, observacional, descriptivo, prospectivo realizado entre 2019-2022 en 12 hospitales del Sistema Nacional de Salud (Estudio Chronohospi). Las variables analizadas, a través del programa estadístico JAMOV, fueron: calidad percibida de sueño (variable categórica con 4 opciones: calidad de sueño muy buena, buena, mala o muy mala) y frecuencia de problemas para dormir (sufrir dolor, tener que levantarse para ir al servicio o no poder respirar bien). El análisis descriptivo de las variables cuantitativas se realizó utilizando estadísticos de centralización y dispersión, y el de las variables cualitativas a través de frecuencias y porcentajes. Para analizar la asociación entre variables categóricas se utilizó la prueba de Chi cuadrado de Pearson o prueba exacta de Fisher según procediera. El nivel de significación para las pruebas estadísticas se estableció en el 5% ($p < 0,05$).

RESULTADOS.

Fueron analizados los datos de 343 pacientes, 143 (41,69%) mujeres y 199 (58,02%) hombres.

El número de pacientes que se despertó 3 o más veces durante la noche fue de 98 (28,2%) por necesidad de ir al baño, 91 (26,2%) por dolor y 33 pacientes (9,5%) por problemas para respirar bien.

162 pacientes (47,9%) informaron de una calidad de sueño "bastante mala" o "muy mala".

Uno de los hospitales de la muestra, era un Centro Comprometido con la Excelencia en Cuidados (CCEC) que ha implantado 3 guías de buenas prácticas clínicas publicadas por la Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO) relacionadas con los problemas para dormir analizados: "Valoración y manejo del dolor", "Cuidado de enfermería para la disnea: la sexta constante vital en personas con EPOC", y "Abordaje proactivo para el manejo vesical e intestinal en adultos". El ser paciente de este hospital, sólo supuso una ventaja para la nicturia. El porcentaje de pacientes con necesidad de ir al baño 3 o más veces, fue menor en el CECC que en el conjunto del resto (19,4% vs 41,3%, $p < 0,01$).

Los pacientes de las unidades quirúrgicas, en comparación con las unidades médicas, tuvieron en mayor porcentaje 3 o más episodios de nicturia durante la noche (33,9% vs 23,9%, $p < 0,001$), y de problemas respiratorios (14,1% vs 5%, $p < 0,001$). En cambio, los pacientes de las unidades médicas, sufrieron 3 o más episodios de dolor durante la noche, en un porcentaje superior a los pacientes de las quirúrgicas (58,7% vs 41,3%, $p = 0,015$).

El número de episodios de nicturia y problemas respiratorios no se relacionó con la calidad percibida de sueño, pero si lo hizo el dolor. El porcentaje de los pacientes con 3 o más episodios de dolor durante la noche, que manifestaron tener una calidad de sueño buena o muy buena, fue inferior al que manifestó tener una calidad de sueño mala o muy mala (31,5% vs 68,5%, $p < 0,001$).

DISCUSIÓN.

Los resultados se alinean con los estudios que demuestran que la calidad y la cantidad del sueño suelen estar afectadas en el paciente hospitalizado, y que uno de los factores asociados más frecuentes es el dolor 1-4.

El hallazgo de que, en nuestra muestra, el dolor esté peor controlado en unidades médicas que en quirúrgicas, puede explicarse porque en las unidades quirúrgicas está muy protocolizada la analgesia, sobre todos los días posteriores a la cirugía. En las

unidades médicas sería necesario revisar los protocolos de analgesia nocturna e identificar otros factores que puedan estar influyendo en el dolor y descanso del paciente durante la noche.

La nicturia, el problema más prevalente en la muestra analizada, se asocia en la literatura a un mayor riesgo de comorbilidades y caídas.

La poliuria nocturna, parece inducida por el deterioro del ciclo sueño-vigilia y la interrupción del sueño, además puede estar relacionada con algunas patologías, medicamentos y con el hecho de que en personas mayores la capacidad vesical suele estar disminuida. Las personas con nicturia y estos factores de riesgo pueden tener un aumento de la diuresis nocturna que ocurre al mismo tiempo que la urgencia urinaria, y estas condiciones pueden desencadenar una mayor vulnerabilidad en la marcha y el equilibrio al intentar llegar al WC.

Rose, et al (2018), informaron en un análisis retrospectivo de 12 meses sobre caídas en un hospital que el 34 % de las caídas se relacionaron con el uso del baño y al menos el 44 % de estas caídas ocurrieron durante la noche. Los mismos autores señalan que la nicturia podría ser el principal factor de riesgo potencialmente modificable en las personas mayores con riesgo de sufrir caídas durante la noche.

La función de la vejiga durante la noche suele ser poco evaluada en el entorno hospitalario. La alta prevalencia de nicturia detectada, su relación con el ciclo sueño-vigilia y los efectos adversos que ésta puede generar, hacen conveniente su monitorización y manejo, sobre todo en pacientes frágiles y de edad más avanzada.

Los autores del trabajo declaran que en la realización del mismo no ha habido conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

BIBLIOGRAFÍA

- 1.-Hm W, Es van den E, J A, Jc TM, Sce S, Pm S, et al. Quality and Quantity of Sleep and Factors Associated With Sleep Disturbance in Hospitalized Patients. *JAMA internal medicine* [Internet]. 9 de enero de 2018 [citado 26 de agosto de 2022];178(9). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30014139/>
- 2.-Young JS, Bourgeois JA, Hilty DM, Hardin KA. Sleep in hospitalized medical patients, Part 1: Factors affecting sleep. *Journal of Hospital Medicine*. 2008;3(6):473-82.
- 3.-Dobing S, Frolova N, McAlister F, Ringrose J. Sleep Quality and Factors Influencing Self Reported Sleep Duration and Quality in the General Internal Medicine Inpatient Population. *PLoS One*. 2016;11(6):e0156735.
- 4.-Pilkington S. Causes and consequences of sleep deprivation in hospitalised patients. *Nurs Stand*. 7 de agosto de 2013;27(49):35-42.
- 5.-Dolan R, Huh J, Tiwari N, Sproat T, Camilleri-Brennan J. A prospective analysis of sleep deprivation and disturbance in surgical patients. *Annals of Medicine and Surgery*. 1 de marzo de 2016;6:1-5.
- 6.-Rose G, Decalf V, Everaert K, Bower WF. Toileting-related falls at night in hospitalised patients: The role of nocturia. *Australas J Ageing*. marzo de 2020;39(1):e70-6.
- 7.-Kamperis K, Hagstroem S, Radvanska E, Rittig S, Djurhuus JC. Exceso de diuresis y natriuresis durante la privación aguda del

sueño en adultos sanos. Soy J Physiol Physiol renal. 2010;299(2):F404-F411.

Mesa 6: Cuidados en enfermedades infecciosas

Session 6: Infectious disease care

AUTORES/AUTHORS:

ISABEL SAN MARTÍN ERICE, PAULA ESCALADA HERNANDEZ, NELIA SOTO RUIZ, YOLANDA LIBERAL ARANDA, CRISTINA GARCÍA VIVAR, LETICIA SAN MARTÍN RODRÍGUEZ

TÍTULO/TITLE:

IMPACTO DE LA COVID-19 EN PERSONAS ANCIANAS INSTITUCIONALIZADAS DE LA COMUNIDAD FORAL DE NAVARRA

INTRODUCCIÓN

El 11 de marzo de 2020, el director general de la OMS, en su alocución durante la rueda de prensa sobre el COVID-19, determinó que, “profundamente preocupada por los alarmantes niveles de propagación y gravedad y por los alarmantes niveles de inacción, la OMS llega a la conclusión en su evaluación de que el COVID-19 puede considerarse una pandemia” (1). En España, el 14 de marzo, se estableció el estado de alarma trayendo consigo el confinamiento de la población. De manera oficial y durante más de dos meses, la población en general, y los ancianos residentes en centros sociosanitarios en particular, vieron restringida su movilidad, así como la posibilidad de establecer contacto con sus familiares, siendo sometidos a distintos grados de aislamiento como medida preventiva para la propagación de la epidemia. La población anciana residente en centros sociosanitarios en Navarra ascendía en aquel momento, según datos del Departamento de Derechos Sociales del Gobierno de Navarra, a 5835 personas. Según el informe “Efectos del COVID-19 en residencias de mayores en Navarra” (Observatorio de la Realidad Social, 2020) a fecha 15 de mayo de 2020, el número de personas contagiadas en estos centros era de 1.262, lo que supone el 16,37% del total de casos confirmados en Navarra y el 21,6% del total de plazas residenciales. Según este mismo informe, la mortalidad se sitúa en torno al 34% si se tiene en cuenta los fallecidos con diagnóstico confirmado de COVID y los fallecidos con sintomatología compatible, lo que supone el 84% de todos los fallecidos en Navarra en esa fecha (2).

Existe escasa evidencia que evalúe las consecuencias que la pandemia de COVID-19 ha tenido en centros sociosanitarios analizándolas desde el punto de vista de las personas ancianas residentes, y que aborden las áreas física y cognitiva, y también emocional. Existen estudios que se aproximan a la realidad de las personas mayores, pero sin llegar a profundizar en ella. Existen estudios que evaluaron el efecto a nivel cognitivo, funcional y nutricional, sin recabar la experiencia personal vivida por los ancianos residentes (3); u otros, que realizaron un estudio cualitativo sobre el impacto en la salud mental de personas mayores de 55 años con cierto grado de deterioro cognitivo que pasaron el confinamiento en sus domicilios, no en centros residenciales (4). Por lo tanto, se conoce poco sobre el efecto de la enfermedad por SARS-CoV-2 en los ancianos institucionalizados que han sobrevivido a la pandemia.

Considerando lo anterior, es necesario seguir profundizando sobre el impacto que el aislamiento y la propia enfermedad han tenido en ancianos institucionalizados durante la pandemia por COVID-19. En particular, es necesario proporcionar una radiografía clara sobre los efectos en la salud física, cognitiva y emocional, pudiendo así corregir deficiencias actuales, y posibilitando la creación de un entorno seguro para los ancianos. En este sentido, se pretende aportar un marco de evidencia científica en el contexto de la Comunidad Foral de Navarra que ayude a la creación de políticas públicas dirigidas a mejorar la calidad de vida, minimizando el riesgo de desarrollo de enfermedades crónicas como la demencia de los residentes, pudiendo extender los resultados hallados en Navarra a otras comunidades autónomas. Se tratará de responder a preguntas como: ¿qué se podría haber hecho mejor?, ó: ¿qué se puede aprender de la situación vivida para que no vuelva a ocurrir?

HIPÓTESIS

Las personas ancianas institucionalizadas que han padecido COVID-19 presentan un impacto negativo en el estado cognitivo y funcional, en comparación la población anciana institucionalizada que no han sufrido la enfermedad.

OBJETIVOS

Objetivo principal

Explorar el impacto de la pandemia COVID-19 en los ancianos institucionalizados en las residencias sociosanitarias de la Comunidad Foral de Navarra.

Objetivos secundarios

1. Analizar las consecuencias de la enfermedad COVID-19 en el estado cognitivo y funcional de los ancianos institucionalizados en

centros sociosanitarios de la Comunidad Foral de Navarra.

2. Explorar las experiencias de los ancianos institucionalizados sobre la situación de pandemia, incluido el confinamiento y aislamiento impuesto, en los centros sociosanitarios de la Comunidad Foral de Navarra (este segundo objetivo se completará en la fase cualitativa del estudio, desarrollada en un segundo término de la investigación)

MÉTODO

Diseño:

Estudio descriptivo multicéntrico y longitudinal, con dos grupos: (1) grupo con antecedentes de diagnóstico de COVID-19 y (2) grupo sin antecedentes de COVID-19, realizándose una comparación del estado físico y cognitivo de los participantes en dos momentos diferentes: antes de la primera ola de la pandemia, (marzo de 2020), con los resultados tras el confinamiento y las medidas restrictivas (año 2021).

Ámbito de estudio:

Se realizará en centros sociosanitarios ubicados en Navarra y acreditados como centros sanitarios por el Departamento de Salud de Navarra, ubicados tanto en áreas urbanas como en zonas rurales.

Los participantes en el estudio fueron seleccionados por la enfermera responsable o la persona del equipo directivo que conocía los objetivos y características del estudio, y siguiendo los criterios de inclusión de este. Se contó con el permiso del equipo directivo de todas las instituciones para la entrada al centro, cumpliendo todas las medidas de seguridad que la situación sanitaria planteaba.

Participantes:

Criterios de inclusión:

- Tener 65 años o más.
- Una puntuación en la Escala de Deterioro Global (GDS) entre 1 y 4,
- Estar institucionalizado en alguno de los centros participantes (y haberlo estado durante el confinamiento por la pandemia COVID-19, durante la primera ola), y haber prestado consentimiento para participar en el estudio, que, en el caso de las personas incapacitadas legalmente o con deterioro cognitivo, lo prestará la persona de referencia.

Criterios de exclusión:

- Las personas en la última fase de su ciclo vital en tratamiento paliativo u hospitalizadas.

La población participante se distribuyó en dos grupos diferenciando entre los residentes con y sin antecedentes de diagnóstico de COVID-19, estimándose un tamaño muestral de 140 sujetos (70 en cada grupo).

Variables:

Los datos se recogieron de la historia clínica del residente (previo consentimiento firmado), para lo cual se solicitó la colaboración de una enfermera del centro participante. En caso de no disponer de los datos requeridos para el estudio actualizados se realizó la valoración de estado cognitivo y funcional en el momento de la recogida.

Variables sociodemográficas y clínicas: sexo, edad, estado civil y nivel de estudios. Los datos clínicos que serán registrados son el tiempo de permanencia en el centro, diagnósticos médicos (diagnóstico primario y diagnósticos secundarios según la clasificación CIE-11) y antecedentes de diagnóstico de COVID-19.

Estado cognitivo: La función cognoscitiva será valorada mediante el Mini Examen Cognoscitivo (MEC), que es una prueba de cribado para el deterioro cognoscitivo en las enfermedades mentales, que se usa en la práctica clínica de forma rutinaria (5,6). Se recogerá la valoración previa a marzo de 2020, y una posterior realizada durante el año 2021.

Estado funcional: El nivel de independencia del paciente con respecto a la realización de las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) será valorado mediante el Índice Barthel (7,8). Para ello se compararán los resultados en la escala Barthel antes de marzo de 2020, con puntuaciones posteriores al confinamiento, obtenidas durante el año 2021.

Análisis estadístico:

En primer lugar, se procedió al análisis descriptivo de las distintas variables a estudio. En segundo lugar, el análisis inferencial, realizando en primera instancia un estudio de la homogeneidad de los grupos (ancianos con y sin antecedentes de diagnóstico de COVID-19) en cuanto a las variables sociodemográficas y clínicas. Se analizaron las diferencias entre los dos grupos de participantes (ancianos con y sin antecedentes de diagnóstico de COVID-10) en cuanto a las variables de interés (estado cognitivo y estado funcional). Para ambas variables, se comparó la puntuación obtenida en la última valoración registrada antes de la pandemia (previa a marzo 2020), con una valoración posterior, fechada ésta en 2021. Se utilizó para ello una regresión lineal múltiple, con el objetivo de controlar el efecto del tiempo transcurrido entre la medida pre y la media post, y cualquier otra variable que haya demostrado la falta de homogeneidad entre grupos. Los datos se acompañaron de sus correspondientes intervalos de confianza al 95%. En todos los casos la significación estadística se estableció en 0,05.

RESULTADOS

Los resultados aquí presentados son preliminares y corresponden a uno solo de los centros participantes: La Casa de Misericordia de Pamplona en donde participaron un total de 110 sujetos, por lo que no se alcanzó el tamaño muestral definitivo. El grupo con antecedentes de COVID-19 se configuró con 61 residentes (55,45%), frente a los 49 del grupo sin antecedentes de enfermedad. El 63,27% y 62,30% fueron mujeres en cada uno de los grupos, respectivamente. La edad media fue de 85,49 y 85,87 años respectivamente. Del grupo de residentes con diagnóstico previo de COVID-19, un 49,20% sufrió un empeoramiento en su puntuación del Mini Examen Cognoscitivo (MEC), mientras que en el grupo NO-COVID-19 fueron un 46,90%. Por su parte, en lo que se refiere al estado funcional (Índice Barthel), en el grupo COVID-19 se detectó un empeoramiento de los resultados en un 44,30% de los residentes, frente al 40,80% del grupo NO COVID-19.

DISCUSIÓN

Durante los primeros meses de la pandemia, el número de fallecidos en centros sociosanitarios ascendió a 631 personas. Teniendo en cuenta que una proporción importante de la muestra que hubiera podido determinar otros resultados en cuanto a impacto en las capacidades físicas y/o cognitivas falleció, es importante señalar que es en los ancianos supervivientes en los que no se ha observado afectación cognitiva y/o funcional, como indican los resultados.

Se espera que este estudio aporte un mayor conocimiento y comprensión sobre las repercusiones que tuvo la pandemia en las personas ancianas, desarrollando evidencia científica que pueda incorporarse en la atención sanitaria que se les presta y que, en definitiva, consiga una mejora tanto en su salud como en su calidad de vida. Para ello, la segunda parte del estudio se centrará en conocer las experiencias de los ancianos institucionalizados durante la pandemia. Cuantificando el impacto que ha tenido en su estado físico o en sus capacidades cognitivas, junto con el análisis cualitativo de las experiencias vividas, se pretende objetivar los aspectos más negativos y positivos de la experiencia, y pondrá de manifiesto aquellos factores que podrían haber resultado de ayuda para favorecer un mejor cuidado de los ancianos. Conocer estos resultados es clave para prevenir y combatir los efectos a corto y largo plazo de la pandemia en las personas ancianas, así como para ayudar a los gobiernos y autoridades sanitarias a planificar y ejecutar acciones dirigidas a proteger la salud de la población anciana y prevenir futuras secuelas psicológicas. Se requiere un sistema sociosanitario más resiliente para hacer frente al desafío actual y futuro de esta u otras pandemias venideras.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. OMS. Cronología de la respuesta de la OMS a la COVID-19; [Internet]. 2021. Available from: <https://www.who.int/es/news/item/29-06-2020-covidtimeline>
2. Fresno, J.M. et al. Auditoría de los centros residenciales en Navarra antes la crisis de la COVID-19. Obs la Real Soc [Internet]. 2020;106. Available from: <https://www.observatoriorrealidadsocial.es/es/estudios/auditoria-de-los-centros-residenciales-en-navarra-ante-la-tesis-de-la-covid-19/>

es-556293/

3. Sepúlveda-Loyola W, Rodríguez-Sánchez I, Pérez-Rodríguez P, Ganz F, Torralba R, Oliveira D V., et al. Impact of Social Isolation Due to COVID-19 on Health in Older People: Mental and Physical Effects and Recommendations. *J Nutr Heal Aging* [Internet]. 2020; Available from: <http://10.0.3.239/s12603-020-1469-2>
4. Portacolone E, Chodos A, Halpern J, Covinsky KE, Keiser S, Fung J, et al. The Effects of the COVID-19 Pandemic on the Lived Experience of Diverse Older Adults Living Alone With Cognitive Impairment. Vol. 61, *The Gerontologist*. 2021. p. 251–61.
5. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*. 1975;12(3):189–98.
6. Lobo A, Saz P, Marcos G, Día JL, De la Cámara C, Ventura T, et al. Revalidación y normalización del Mini-Examen Cognoscitivo (primera versión en castellano) del Mini-Mental Status Examination) en la población general geriátrica. *Med Clin (Barc)*. 1999;112(29):767-774.
7. Cid-Ruzafa J, Damián-Moreno J. Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. *Rev Esp Salud Publica*. 1997;7(2):127–37.
- 8 Mahoney F, Barthel D. Functional evaluation: the Barthel index. *Md State Med J*. 1965;14(61):5.

AUTORES/AUTHORS:

Margarita Ramírez, Azucena Pedraz, Isabel Gutiérrez, Saray Corral, Camila Fredes

TÍTULO/TITLE:

Retraso en la derivación de nuevos diagnósticos de infección por VIH e inicio del TAR ¿Dónde podemos mejorar?

Objetivo

Conocer el tiempo de derivación de pacientes con nuevo diagnóstico de infección por VIH al especialista así como el tiempo transcurrido desde el diagnóstico al inicio del tratamiento antiretroviral (TAR).

Métodos

Se han revisado las historias clínicas de todos los pacientes con un nuevo diagnóstico de infección por VIH entre el 1/01/2015 y el 31/12/2020 en el HGU Gregorio Marañón. Se recogieron las principales características clínicas, analíticas y epidemiológicas, el lugar y el día donde se realizó el diagnóstico, el día de valoración por el servicio de Enfermedades Infecciosas y el inicio de TAR.

Resultados

En total se incluyeron 296 pacientes. El 19,2% eran mujeres, la mediana de edad fue 35 años (28-44), 67,7% habían adquirido la infección vía HSH y 27% por transmisión HTX y el 46,6% había nacido fuera de España. La mediana de CD4 al diagnóstico fue 336 (141-542) y el 52% fueron diagnóstico tardío (DT). La mediana del tiempo de derivación a EEII del total de pacientes fue de 8 días (2-32). En el caso de los pacientes diagnosticados en centros de salud el tiempo de derivación fue de 19 (11-36) días, los pacientes diagnosticados en centros comunitarios tardaron 32 (16-75) días y los diagnosticados en el propio hospital fueron valorados por el servicio de EEII en 2 (1-7) días. La derivación fue mas rápida en mujeres 4 (1-29) días que en hombres 8 (2-32) días, en personas con adquisición HTX 5 (2-32) días que HSH 9 (2-32) días y con DT 4 (1-29) días vs no DT 8 (2-32) días. Existió una tendencia a su disminución a lo largo de los años: 13 (2-55) días en 2015, 5 (1-21) días en 2016, 10 (2-32) días en 2017, 11 (3-33) días en 2018, 8 (2-27) en 2019 y 3 (0-7) en 2020.

El tiempo al inicio del TAR desde la valoración por EEII fue 9 días (2-21), con una clara disminución a lo largo del tiempo: 16 días (5-30) en 2015, 14 (5-35) en 2016, 9 (2-24) en 2017, 8 (2-15) en 2018, 7 (0-14) en 2019 y 6 (0-8) en 2020.

Discusión

El tiempo de derivación al especialista para la valoración inicial es muy variable dependiendo del lugar en que se realice el diagnóstico inicial. Es necesario mejorar los mecanismos de derivación desde los CS y CC. Cada vez el inicio del TAR es más rápido tras su valoración por el especialista, conforme a las recomendaciones de inicio del TAR

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Unidad de Vigilancia de VIH, ITS y hepatitis. Vigilancia Epidemiológica del VIH y sida en España 2019: Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de VIH y Registro Nacional de Casos de Sida. Plan Nacional sobre el Sida - D.G. de Salud Pública / Centro Nacional de Epidemiología - ISCIII. Madrid; Nov 2020
2. Center for Disease Control and Prevention. Monitoring Selected National HIV Prevention and Care Objectives by Using HIV Surveillance Data—United States and 6 Dependent Areas, 2018. HIV Surveillance Supplemental Report 2020;25. Available at: <http://cdc.gov/hiv/library/reports/hiv-surveillance.html>
3. Eisinger RW, Dieffenbach CW, Fauci AS. HIV viral load and transmissibility of HIV infection: Undetectable equals untransmittable. JAMA 2019;321:451–452
4. Rendina HJ, Talan AJ, Cienfuegos-Szalay J, Carter JA, Shalhav O. Treatment Is More Than Prevention: Perceived Personal and Social Benefits of Undetectable= Untransmittable Messaging Among Sexual Minority Men Living with HIV. AIDS

Patient Care STDS. 2020 Oct;34(10):444-451

5. Ford N, Migone C, Calmy A, et al. Benefits and risks of rapid initiation of antiretroviral therapy. AIDS 2018; 32:17-23

6. Lundgren JD, Babiker AG, Gordin F, et al. Initiation of antiretroviral therapy in early asymptomatic HIV infection. N Engl J Med 2015; 373:795-807.

7. Gallego N, Iniesta C. Identificando objetivos fast-track: oportunidades perdidas en el diagnóstico de VIH en la Comunidad de Madrid, Enferm Infecc y Microbiol Clín. 2021; 40 (3): 138-141.

8. Agustí C, Martín-Rabadán M, Zarco J, et al. Early diagnosis of HIV in Primary Care in Spain. Results of a pilot study based on targeted screening based on indicator conditions, behavioral criteria and region of origin. Aten Primaria 2018; 50: 159-65.

9. Guía de recomendaciones para el diagnóstico precoz del VIH en el ámbito sanitario. Plan Nacional del Sida. MSSSI 2014.

Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/GUIA_DX_VIH.pdf

10. Gesida/Semfyc. Documento de manejo compartido del paciente con infección por VIH entre atención primaria y hospitalaria. Febrero 2022

Mesa 7: Investigación en Cuidados

Session 7: Nursing research

AUTORES/AUTHORS:

Claudia Morán del Pozo, Cristina Marín Perales, Nuria de Argila Fernández Durán, Lucía Serrano Molina

TÍTULO/TITLE:

Unidades de Apoyo: creando cultura en investigación en cuidados

En el artículo 4 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias se proclama que "corresponde a todas las profesiones sanitarias participar activamente en proyectos que puedan beneficiar la salud y el bienestar de las personas en situaciones de salud y enfermedad, especialmente en el campo de la prevención de enfermedades, de la educación sanitaria, de la investigación y del intercambio de información con otros profesionales y con las autoridades sanitarias, para mejor garantía de dichas finalidades".

Para lograr el desarrollo de la función investigadora en la profesión enfermera, en 2016, la Dirección de Enfermería del Hospital Central de la Cruz Roja (HCCR), creó el perfil de la Enfermera Responsable de Investigación, siguiendo la iniciativa de otros centros como los Hospitales Universitarios Puerta de Hierro y Gregorio Marañón. El HCCR es un hospital de apoyo de la Comunidad de Madrid, con una plantilla orgánica dependiente de la Dirección Enfermera de 367 profesionales (178 enfermeras, 23 fisioterapeutas/logopedas, 6 terapeutas ocupacionales, 162 técnicos). Para la creación de la Unidad de Apoyo a la Investigación Enfermera se elaboró un procedimiento y se acordaron las funciones principales de: brindar apoyo metodológico en investigación en cuidados, promover el trabajo investigador a través de la difusión de formaciones y eventos científicos y coordinación de estudios multicéntricos en los que participe el hospital. En este documento se incluyeron indicadores de estructura, proceso y resultado para la evaluación de la unidad.

Objetivos.

Describir la creación y consolidación de la Unidad de Investigación de Enfermería de un Hospital de Apoyo de Madrid.

Conocer la satisfacción de las personas asesoradas por la Unidad.

Métodos.

Estudio descriptivo longitudinal. El ámbito es el marco de la unidad de investigación de enfermería (UIE) y las profesionales asesoradas. Se han evaluado los indicadores propuestos en el documento de creación de la unidad:

- Indicadores estructura: tiempo de dedicación de la responsable de Investigación y espacio físico para ello.
- Indicadores proceso: actividad científica difundida, colaboración estudios multicéntricos, organización de eventos.
- Indicadores resultado: satisfacción de las profesionales asesoradas. Esta evaluación se realiza a través de un cuestionario ad hoc con escala de Likert (1-10 puntos). El cuestionario era entregado al finalizar el proceso de asesoramiento. La difusión fue mixta (online y en papel) según preferencias del profesional.

Se realizó un análisis descriptivo de los indicadores y cuestionarios a través de frecuencias relativas, porcentajes, mediana y rango.

Resultados.

Indicadores de estructura:

- En 2016 la enfermera dedica 28 horas mensuales, un 20% de jornada. Despacho itinerante según necesidades de asesoramiento. Se reservan salas pero no se dispone de espacio permanente.
- En 2017 la enfermera responsable dedica 35h mensuales, un 25% de jornada. Se reservan salas pero no se dispone de espacio permanente.
- En 2018, la responsable dedica 50h, un 35% de jornada. Se reservan salas pero no se dispone de espacio permanente.
- En 2019, la responsable dedica 70h a funciones de la UIE y 70h a la normalización de los registros en la historia clínica electrónica y explotación de indicadores de cuidados. Se consigue un espacio físico permanente compartido con responsable de Recursos Materiales, cercano a Dirección de Enfermería.
- En 2020, la responsable continua con la dedicación y espacio anteriormente nombrado hasta la declaración del estado de alarma, que disminuye la actividad investigadora y se combina con actividad asistencial.
- En 2021, se retoma actividad de investigación y manejo historia clínica electrónica. Traslado a espacio compartido con Enfermera de Enlace, cercano al bloque de hospitalización con el fin de favorecer la interacción con profesionales asistenciales.
- En 2022, se divide puesto en dos responsables: un perfil dedicado a manejo de historia clínica y explotación de indicadores de cuidados y otro perfil dirigido a la Unidad de Investigación de Enfermería.

Indicadores proceso:

- 2016. Se organizó una jornada científica en cuidados.
- 2017. Se presentó un artículo de revisión y dos póster (estudios descriptivos en jornada autonómica e internacional). Se organizó una jornada de investigación en cuidados donde se presentaron 8 comunicaciones externas.
- 2018. Se colaboró en la recogida de datos para un estudio multicéntrico, basado en la validación de un cuestionario adaptado al castellano. Se presentaron 3 trabajos: dos procedimientos y un caso clínico en congresos nacionales. Se organizó una jornada centrada en los cuidados al mayor con sociedades científicas.
- 2019. Se organizaron dos jornadas: una dirigida al paciente quirúrgico y otra a las TCAEs focalizada en los cuidados al mayor y al final de la vida. Enfermeras del hospital presentaron 8 trabajos observacionales y uno de ellos fue premiado.
- En 2020, se presentaron 3 trabajos observacionales en un encuentro internacional, estando dos de ellos realizados durante la primera ola de COVID-19.
- En 2021, se presentaron 5 trabajos, dos fueron premiados en congresos nacionales.
- En 2022, se han iniciado líneas de investigación sobre nuevos procedimientos enfermeros implementados: canalización ecoguiada de catéter PICC y uso adecuado de absorbentes. Se ha colaborado en el estudio CHRONHOSPI para evaluar la salud circadiana en el ingreso hospitalario. Se van a presentar 4 trabajos científicos en un Encuentro Internacional.

Indicadores de resultado:

- 25 profesionales han contactado con la UIE (2017-22) para realizar un proyecto; 20 han respondido a la encuesta de satisfacción.
- Edad media: 37.25 años, 85% mujeres, 45% máster oficial.
- El 60% contactaron para apoyo metodológico, 10% para documentación relativa al Comité de Ética de Investigación, y 30% para difusión de resultados.
- El 100% recomendaría servicio.
- Satisfacción global Me=9 Rango=4; Resolución del motivo de asesoría Me=9.5 Rango=5; Metodología utilizada Me=9 Rango=4;

Interés despertado por la investigación Me=9, Rango=4.

- El 100% se encontraba de acuerdo en que la existencia de la UIE facilitó la realización de su proyecto.

Implicaciones para la práctica.

La falta de tiempo para formarse en investigación en cuidados y para la realización de estudios o lectura crítica de artículos en la jornada laboral, la falta de referentes en el centro, la falta de apoyo y la falta de conocimientos son barreras a las que se debe enfrentar una enfermera asistencial cuando se plantea un proyecto o si quiera la participación en uno. Positivamente, cada año aumentan las publicaciones de enfermería y la organización de eventos científicos de cuidados; el grado en enfermería está equiparado a otros grados y junto con la formación de especialista o máster oficial, se puede acceder al doctorado. Las publicaciones en Medline de la palabra "nursing" han ido creciendo en los últimos años desde el 33.122, en 2016 a 53.896, en 2021.

Las Unidades de Apoyo a la Investigación en cuidados son parte de la estrategia que puede ponerse en marcha desde centros asistenciales. La coordinación y apoyo de los mandos intermedios, responsables de unidad, directivos y otros profesionales es fundamental para ir desarrollando redes de información. Disponer de espacios donde las enfermeras puedan acudir (para recibir asesoramiento epidemiológico, apoyo metodológico, o ayuda para organizar la recogida de datos de estudios multicéntricos), promover la investigación en enfermería desde una estrategia estructural (donde las supervisoras y responsables de unidad faciliten la formación y dedicación de las profesionales a fines científicos) y la organización de jornadas científicas en el hospital (que favorezcan al intercambio de experiencias); son los pilares fundamentales para poder crear cultura de investigación a nivel micro, desde el propio centro. El reto de implementar Guías de Buenas Prácticas Clínicas y aumentar la difusión de resultados en investigación a través de artículos científicos son retos que pueden contribuir a que la investigación en cuidados y la práctica basa en evidencia forme parte de la práctica asistencial diaria.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Página Web. Unidad Investigación en Cuidados Hospital Puerta de Hierro.

<https://investigacionpuertadehierro.com/unidad-de-apoyo-a-la-investigacion-en-cuidados/>

- Página Web. Unidad Investigación en Cuidados Hospital Central Cruz Roja

Hierro <https://www.comunidad.madrid/hospital/cruzroja/profesionales/servicios-enfermeros-0>

- Página Web. Unidad Investigación en Cuidados Hospital Gregorio Marañón

<https://www.comunidad.madrid/hospital/gregoriomaranon/profesionales/enfermeria>

- Cobo Sánchez JL. Unidad de apoyo a la investigación en Enfermería: una herramienta para mejorar la gestión del conocimiento en las organizaciones sanitarias. *Enferm Nefrol* [Internet]. 2017 Dic [citado 2022 Sep 27]; 20(4): 289-290. Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842017000400289&lng=es <https://dx.doi.org/10.4321/s2254->

- 28842017000400001.

- Castro M. Simian D. LA ENFERMERÍA Y LA INVESTIGACIÓN. *REV. MED. CLIN. CONDES* - 2018; 29(3) 301-310. DOI.

10.1016/j.rmcl.2018.04.007

- Moreno-Casbasa MT, Fuentelsaz-Gallegoa C, González-María E A, Gil de Miguel A. Barreras para la utilización de la investigación. Estudio descriptivo en profesionales de enfermería de la práctica clínica y en investigadores activos. *Enfer Clin* 2010; [citado 2022 Sep 27]; 20 (3)153-164. DOI. 10.1016/j.enfcli.2010.01.005.

Mesa 8: Cuidados Paliativos

Session 8: Paliative care

AUTORES/AUTHORS:

Cristina Lasmarías, Nathália Rosa, Amor Aradilla-Herrero, Jordi Trelis

TÍTULO/TITLE:

Creencias, percepciones y experiencias de profesionales de oncología sobre la Planificación de Decisiones Anticipadas

Introducción

El proceso de Planificación de decisiones anticipadas (PDA) se define como un proceso deliberativo y estructurado mediante el cual una persona expresa sus valores, deseos y preferencias y, de acuerdo con estos y en colaboración con su entorno afectivo y su equipo asistencial de referencia, formula y planifica como querría que fuera la atención que tiene que recibir ante una situación de complejidad clínica o enfermedad grave que se prevé probable en un plazo de tiempo determinado y relativamente corto, o en situación de final de vida, especialmente en aquellas circunstancias en que no esté en condiciones de decidir. Este proceso permite responder a los objetivos y preferencias de estos pacientes, en coherencia con su sentido de vida.

La PDA ha demostrado beneficios en la atención a personas con enfermedades oncológicas avanzadas. Se reconoce este proceso como una herramienta más de la buena praxis asistencial y como indicador de calidad asistencial. Sin embargo, es frecuente hallar descritas las barreras para la puesta en práctica de la PDA, también en el ámbito de la onco-hematología. Un determinante en el desarrollo de procesos de PDA es la actitud y predisposición de los profesionales en relación su puesta en práctica. En un trabajo de Barnes et al., los pacientes expresaron que deberían ser los profesionales los que iniciaran el proceso de comunicación, pero perciben que no están preparados para hacerlo por falta tiempo o porque desconocen cuál es el mejor momento para iniciarlo. El conocimiento de las creencias, valores, actitudes y conductas, experiencias y perspectivas ante la PCA por parte de los profesionales involucrados en el proceso asistencial de los pacientes onco-hematológicos es clave para comprender qué aspectos favorecen o limitan su puesta en práctica (13). En estos momentos existe poca evidencia en España en general sobre el fenómeno de la PDA, y específicamente, en el contexto de la enfermedad oncológica. Esto suscita la necesidad de profundizar en el conocimiento de los elementos más relevantes que faciliten su implementación en la práctica. En un centro monográfico de cáncer se planteó conocer las creencias, valores, actitudes, percepciones y experiencias de los profesionales asistenciales en relación al fenómeno de la PDA de cara a identificar fortalezas y oportunidades de su implementación en la práctica.

Objetivo

Explorar las creencias, valores, actitudes, conductas, experiencias, percepciones y expectativas en relación a la puesta en práctica de la PDA en los procesos asistenciales a pacientes en un contexto de enfermedad oncológica por parte de los profesionales de onco-hematología de las unidades de un centro monográfico de cáncer.

Metodología

El diseño se planteó desde una perspectiva fenomenológico de tipo exploratoria utilizando como técnica de recogida de datos las entrevistas grupales semiestructuradas. Los criterios de selección fueron: profesionales de medicina o enfermería que trabajasen en servicios de consulta externa u hospitalización de oncología médica, oncología radioterápica o hematología clínica; que tuvieran más de 5 años de experiencia profesional y que estuvieran en contacto frecuente con pacientes. Se envió un correo electrónico a todas las personas que cumplieron los criterios de inclusión, invitándoles a participar y pidiendo que cumplimentasen una encuesta donde se exploraban el resto de los criterios de inclusión (formación previa en PDA, voluntad de participar).

Para la distribución de los grupos se intentó mantener un criterio de proporcionalidad, de modo que siempre hubiese médicos/enfermeras y profesionales de las tres disciplinas. Se estimaron unos 6-8 participantes por grupo, que se llevaron a cabo entre septiembre y octubre de 2021.

Se utilizó la técnica de entrevistas grupales para explorar el discurso de los profesionales respecto al objeto del estudio y estimular la interacción entre las personas. Las sesiones se llevaron a cabo por zoom, tuvieron una duración de entre 75 y 90 minutos y fueron videograbadas para su posterior transcripción literal en el procesador de texto Word para Windows. El trabajo de campo de completó con notas de observación y reuniones del grupo investigador, que se llevaban a cabo tras cada sesión, con el fin de precisar aspectos relevantes hallados durante las entrevistas grupales.

Se llevó a cabo un análisis de contenido temático, con el objetivo de construir un mapa conceptual sobre las creencias, percepciones y experiencias que tienen los/las profesionales onco-hematológicos sobre el fenómeno de la PDA. Fue realizada una primera codificación de la información, por medio de la identificación de fragmentos (citas) con similares sentidos. De esta codificación inicial de las unidades de sentido, emergieron 20 categorías temáticas a medida que se realizaba el análisis (categorización abierta). Este primer nivel interpretativo, posteriormente, fue agrupado en 4 categorías superiores que configuraron los temas principales que han permitido crear un marco explicativo respecto al objeto de estudio. En el análisis se utilizó el programa Atlas.Ti. El estudio obtuvo el aval del comité de ética en investigación de referencia (PR112/21).

Resultados

Se realizaron 4 grupos de discusión donde participaron 14 enfermer@s y 12 médic@s (8 Oncología Médica; 1 Oncología Radioterápica; 3 Hematología) de los 4 centros. La media de edad fue de 41 años. El 84% de participantes fueron mujeres. En este estudio se han analizado las creencias, valores, conductas y actitudes de los profesionales de oncología y hematología ante el proceso de planificación de decisiones anticipadas con los pacientes con enfermedad oncológica. Es el primer estudio en nuestro país que refleja estos aspectos sobre un grupo de profesionales sanitarios de onco-hematología.

Emergieron 20 categorías temáticas (CT) que se agruparon en 4 grandes temas: Desconocimiento sobre la PDA como herramienta (4 CT), Percepción de los profesionales sobre el proceso de PDA: Conocimientos adquiridos a partir de la práctica (5 CT); Barreras y Facilitadores para la implementación de la PDA (8 CT); La comunicación como aspecto esencial para la PDA (3 CT).

Los profesionales entrevistados valoran muy positivamente el proceso como herramienta de intervención precoz que facilita la promoción de autonomía de las personas, aunque reconocen que el proceso de PDA no forma parte de su modelo de atención. Existe confusión entre la PDA y el documento de voluntades anticipadas y desconocen los mecanismos para llevar a cabo ambos (PDA y DVA) con las personas que atienden. Perciben dificultades al abordar la PDA por falta de conocimiento, formación y tiempo. Establecer un vínculo previo con la persona, el trabajo en equipo y las habilidades comunicativas son imprescindibles para la calidad del proceso. Finalmente, reconocen que los profesionales de cuidados paliativos aportan un valor añadido en el soporte de la conducción de la PDA e identifican que un abordaje multidisciplinar aporta valor al proceso.

Se muestran a continuación algunas de las citas obtenidas más significativas dentro de los grandes temas:

Desconocimiento sobre la PDA como herramienta

“Entendemos un poco el sentido que pueda tener, pero yo creo que ni profesionales ni pacientes reciben ningún tipo de formación al respecto”. MED_suj13

Percepción de los profesionales sobre el proceso de PDA: Conocimientos adquiridos a partir de la práctica

“Pero es duro, no es fácil. Y nos ponemos todos un poco la coraza para que no te acabe afectando a ti”. MED_suj06

Barreras y Facilitadores para la implementación de la PDA

“El problema que tenemos es la carga asistencial. Y es que esto no nos lo están solucionando. Entonces nos dicen de... Pues vamos a intentar hacer un documento de PCA. Vamos a mirar de hacer un curso, de comunicar, de habilidades de comunicación. Pero claro, es que todo esto es muy bonito, pero la práctica clínica es que luego nos encontramos entonces con consultas de 25 pacientes”. MED_suj19

“Y la continuidad y el equipo que sea el mismo, que todo sepamos y vayamos hacia la misma dirección, o que sepamos registrar o detectar nuevas vías o enfoques que a veces se nos han pasado por alto. A veces ha habido familia que tienes la percepción de una cosa, y de golpe pasa algo y dices ‘por eso no me lo esperaba, era lo último que me esperaba de esto’”. ENF_suj08.

La comunicación como aspecto esencial para la PDA

“Yo creo que esto parece que todos lo hacemos y que escuchar lo hacemos todos, pero no es fácil. Y saber escuchar y en una

escucha activa, estar pendiente de lo que está diciendo no es fácil y no todo el mundo tiene la facilidad de hacerlo y ni la oportunidad, que es lo que el día a día, no ayuda". ENF_suj25

Discusión

Varias ideas subyacen en este trabajo. La PDA no es parte de la agenda de los profesionales, lo cual parece común en el contexto oncológico. La PDA no es considerada como un proceso sistemático y estructurado, ni como un proceso más amplio y holístico de decisiones anticipadas, parte de un modelo de atención centrada en la persona. Asociar el proceso de PDA a elecciones sobre tratamientos y decisiones médicas en general, sin tener en consideración elecciones o preferencias de tipo psicosociales, confronta con la importancia que estos aspectos tienen para las personas enfermas, tal como se apunta en la literatura. Las dimensiones a explorar en el proceso de PDA han sido claramente recogidas en la literatura, e incluyen aspectos biopsicosociales entre los aspectos médicos, que evidentemente deben ser discutidos.

Conclusiones

El conocimiento sobre las creencias, actitudes y percepción que tienen los profesionales médicos y enfermeros del ámbito onco-hematológico en el entorno español ofrece la oportunidad de explorar estrategias para mejorar la implicación de estos profesionales en la incorporación del proceso en la práctica diaria. Se han identificado barreras y facilitadores en el ámbito onco-hematológico que contribuirán a desarrollar planes formativos y programas de implementación exitosos.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Lasmarias C, Delgado Giron S, Rietjens JA, Korfage IJ, Gómez-Batiste X. Definición y recomendaciones para la Planificación de Decisiones Anticipadas: un consenso internacional apoyado por la European Association for Palliative Care (EAPC). *Med Paliativa*. 2019;26(3):236-49.
- Kitta A, Hagin A, Unseld M, Adamidis F, Diendorfer T, Masel EK, et al. The silent transition from curative to palliative treatment: a qualitative study about cancer patients' perceptions of end-of-life discussions with oncologists. *Support Care Cancer*. 2020;
- Laryionava K, Heußner P, Hiddemann W, Winkler EC. Framework for timing of the discussion about forgoing cancer-specific treatment based on a qualitative study with oncologists. *Support Care Cancer*. 2015;23(3):715-21.
- Green MJ, Schubart JR, Whitehead MM, Farace E, Lehman E, Levi BH. Advance care planning does not adversely affect hope or anxiety among patients with advanced cancer. *J Pain Symptom Manage*. 2015;49(6):1088-96.
- Korfage IJ, Carreras G, Arnfeldt Christensen CM, Billekens P, Bramley L, Briggs L, et al. Advance care planning in patients with advanced cancer: A 6-country, cluster-randomised clinical trial. *PLoS Med*. 2020;17(11):1-16.
- Barnes KA, Barlow CA, Harrington J, Orndel K, Tookman A, King M, et al. Advance care planning discussions in advanced cancer: Analysis of dialogues between patients and care planning mediators. *Palliat Support Care*. 2011;9(1):73-9.
- Johnson SB, Butow PN, Kerridge I, Tattersall MHN. Patient autonomy and advance care planning: a qualitative study of oncologist and palliative care physicians' perspectives. *Support Care Cancer*. 2018;26(2):565-74.
- Kuusisto A, Santavirta J, Saranto K, Korhonen P, Haavisto E. Advance care planning for patients with cancer in palliative care: A scoping review from a professional perspective. *J Clin Nurs*. 2020;29(13-14):2069-82.
- Geerse OP, Lamas DJ, Sanders JJ, Paladino J, Kavanagh J, Henrich NJ, et al. A Qualitative Study of Serious Illness Conversations in Patients with Advanced Cancer. *J Palliat Med*. 2019;22(7):773-81.
- Granero-Moya N, Frías-Osuna A, Barrio-Cantalejo IM, Ramos-Morcillo AJ. Dificultades de las enfermeras de atención primaria en los procesos de planificación anticipada de las decisiones: un estudio cualitativo. *Aten Primaria*. 2016;48(10):649-56.

AUTORES/AUTHORS:

Julia Acuña-Rojas, Jame Rebolledo-Sanhueza, Verónica Aliaga-Castillo, Kurt Kirsten-Toro, Maria Luz Bascuñán-Rodríguez, Gabriela Huepe-Ortega

TÍTULO/TITLE:

Preparación para la muerte: significados y prácticas en equipos de salud de atención primaria en Santiago de Chile

Objetivo: Describir significados y prácticas respecto de la preparación para la muerte de personas mayores en fin de vida, según equipos de salud de atención primaria de la Región Metropolitana de Santiago de Chile. Metodología. Investigación cualitativa interpretativa en base a 8 grupos focales, con pautas semi-estructuradas, en los cuales participaron un total de 45 trabajadores de salud, equipos de salud de la atención primaria de 8 comunas de la Región Metropolitana, seleccionadas de acuerdo a índice de priorización social [indicador empleado para gestión de programas y recursos], lo cual permite tener diversidad de experiencias en el tema investigado. Se realizó un análisis de contenido cualitativo guiado por la teoría del interaccionismo simbólico. Resultados. La preparación para la muerte es reconocida por los profesionales participantes como un tema importante pero difícil de abordar. El acercamiento al tema del morir, y en etapas de fin de vida se hace en base al trabajo directo con los cuidadores con quienes tienden a establecer una relación de ayuda próxima. Es a través de esta relación que se puede tener una visión general de los procesos implicados. De acuerdo al análisis realizado, se establecieron las siguientes dimensiones: Significado de “estar preparado para la muerte” Las respuestas de los equipos aparecen luego de insistir en proponer el tema. Destacan la escasa preparación con la que se cuenta, es un tema que no se aborda... siento que no hay una preparación para un evento así... pero también porque es un tema poco cercano ... en la edad que uno está, no me toca morirme todavía. Acciones de preparación para la muerte de la persona mayor. Se reconoce que no hay iniciativas planificadas, no lo veo como que exista algo muy programado, sino que uno... se ve enfrentado a estas situaciones y uno las va tratando de abordar de la mejor manera posible... Cada uno lo enfrenta con los recursos personales... como un proceso de contención solamente, hasta el minuto que el familiar fallece, pero más allá de eso no hay como un lineamiento de algo que hacer (El Bosque Recoleta) uno las enfrenta o trata de enfrentarlas o de contener... pero algo que esté como estructurado...yo creo que no está tan definido. Acciones centradas en aspectos afectivos del paciente: Es importante propiciar instancias para que el paciente pueda conversar y hacer todo lo que se puede considerar como pendiente, ... trato de decir siempre a nuestros pacientes, de que digan todo lo que tengan que decir,... decir que los quieren, pedir perdón... despedirse, no sé, un beso, porque hay... no sé po', hay hijos hombres que jamás le han dado un beso a su padre, es como decirle "ya pue', abrace a su papá, abrace a su mamá, perdónelo", es como eso, no tener cuentas pendientes, por lo menos. Porque eso creo que es lo principal.” (La Granja, K- TENS). Facilitar el dialogo en diferentes temas de la vida materiales y afectivos para que se cubra todo lo que puede estar pendiente. ... digan todo lo que tengan que decir, ...que los quieren, pedir perdón,... despedirse, (T La Granja). Propiciar instancias de disfrute para el paciente, sobre todo en sus últimos momentos, incluso si estuviese contraindicado por temas de salud... yo siempre les digo a las familias, por ejemplo, “¡ay! es que mi papá, mi mamá es diabética, quiere comerse un pastel”, “dele todo lo que necesite, dele todo lo que quiera”, es como así, si no importa si ya... que disfruten, que lo disfruten...” (La Granja, K- TENS). Los profesionales participaron entregando diferentes sugerencias de posibles acciones como parte de los cuidados en etapa de fin de vida. Desde el punto de vista del equipo de salud, frecuentemente la entrega los cuidados de fin de vida en el programa dependientes severos (PDS) ocurre cuando los pacientes ya no están conscientes o con poca capacidad de interacción por lo cual las posibilidades de intervenciones con ellos es casi nula: Normalmente mis pacientes en cuidados de fin de vida no tienen ninguno mucha conciencia. Están todos ya en estado de sopor o en otros estados mentalmente que ya no responden (La Granja, C- Encargada PDS). En contraposición a esta realidad, sugieren tendríamos que estar nosotros haciendo ciertas estrategias...ojalá multidisciplinariamente para poder intervenir o ayudar no sólo en el proceso individual de la persona, sino el proceso familiar, ...bueno, hay consejerías que se pueden hacer, consejerías familiares, individuales con un equipo multidisciplinario

... espiritualidad de las personas...nos permitiría a lo mejor visualizar de otra forma o ponernos en el lugar de la persona, para que nuestros planes de intervención sean más acorde a las necesidades que la persona tiene Es decir plantean adecuar y usar los recursos disponibles en vista a visibilizar temas de fin de vida en las diferentes etapas del ciclo vital. Es posible hacerlo pero exigiría equipos trabajando integrados en torno a un objetivo común, y que organizados de manera sectorizada pudieran hacer una intervención múltiple, a través de los recursos disponibles. Discusión. Los equipos de salud reconocen que si bien esta tarea es importante, no existe ninguna preparación a nivel institucional. Se asigna la tarea pero sin ninguna preparación. Dentro de las acciones personales desarrolladas por los participantes del estudio, algunas van orientadas a la comunicación; se sugiere que haya comunicación entre familiares y cercanos con el adulto mayor en fin de vida; según McLeod-Sodjan (2013) la PPM implica una comunicación facilitada por trabajador de salud que lleva a la toma de conciencia y/o aceptación del fin de vida, a planes facilitadores de las relaciones más importantes del paciente, lo cual aportará a una mejora en calidad de la muerte y dignidad al final de la vida. Interesante resulta observar que estas acciones son desarrolladas por los equipos de salud de propia iniciativa. Se podría decir de manera intuitiva. Se puede plantear que trataría entonces de un proceso que en la perspectiva de acciones sanitarias en etapa de fin de vida y sus familias debería investigarse a partir de la propia persona de profesional y luego si se estaría preparado/a para servir de ayuda a la persona adulta mayor en etapa de fin de vida. Se destaca en la realidad investigada en Santiago de Chile, que los equipos de salud hacen sugerencias y refieren las acciones que ellas/os han realizado y que dada la importancia del tema, y al ejercer sus acciones prioritariamente en los cuidadores, sería recomendable pudiera existir una preparación de estos equipos y disponer de planes intervención de acuerdo a diferentes escenarios. Previo a ello y en consonancia a lo propuesto por Alvariza et al (2020), sería conveniente disponer de evaluaciones, como lo sugiere Durepos P, et al (2021) de las disposiciones y recursos potenciales de los equipos de salud, para que a su vez puedan desarrollar esta importante pero exigente y de alto costo función en la persona del cuidador a cargo de personas mayores en etapa de fin de vida. Esto porque en nuestro estudio, el principal recurso para propiciar una buena calidad de cuidados en fin de vida como también el mayor bienestar de personas mayores en fin de vida, es el equipo de salud. Son ellos quienes pueden ocuparse de estas funciones a través de los/as cuidadores/as. Pero además y no menos importante, pueden hacer prevención en la persona de el/la cuidador/a tanto en términos de salud física como salud mental. Cuando se pregunta acerca del significado de la muerte, los profesionales más jóvenes plantean que por la edad no es algo que correspondería que ellos se hayan preguntado. Están lejos de esa etapa que es más propia de los adultos mayores. Esto pudiera ser interpretado como una justificación surgida de los estilos de vida que llevan las generaciones del milenio, en una sociedad de vida vertiginosa con exigentes y extensas jornadas laborales. Que viven la globalización a través de medios de comunicación "a la mano". Les parece un tema demasiado lejano a la realidad cotidiana. Los participantes en el estudio plantean que la "espiritualidad podría ser un vehículo para acercar al persona mayor en etapa de fin de vida .

Implicaciones para la práctica clínica. Ante una demanda creciente en cuidados de fin de vida, se debería priorizar la capacitación en APS de la PPM en apoyo a cuidados de fin de vida en personas mayores. De esa forma se podría ofrecer servicios de calidad en vista al acompañamiento de personas mayores en etapa de fin de vida. El equipo de salud tiene acceso indirecto a la persona mayor en etapa de fin de vida; si se quiere realizar una acción que impacte, se debe plantear funciones claramente definidas: estrategias, puntos importantes a manejar con el/la cuidador/a en relación al proceso de muerte de adultos mayores: cuidadores, la familia y el propio adulto mayor en fin de vida. Se deberían tener presente cuáles son los procesos o escenarios posibles de observar, hacer una evaluación de la situación en los casos específicos y a partir de allí proponer estrategias que procuren el mayor bienestar de personas mayores en fin de vida y que sirvan de prevención de problemas de salud mental en cuidadores y/o familia cercana. Además debería tener presente que las acciones posibles de desarrollar con cuidadores/as y a través de ellas/os con el paciente y su familia, resultan fundamentales para la evolución de los procesos emocionales de esta etapa, en la perspectiva de procesos de duelo. Se debe considerar que lo sanitario en este caso incluye un fuerte componente psicológico emocional y que por lo tanto más allá de los cuidados físicos de la persona mayor en fin de vida, que siendo muy importantes, necesarios y valorados por los cuidadores y suelen estar muy fácilmente asumidos y aprendidos por los cuidadores, la asesoría y servicio a cuidadores y pacientes

en fin de vida debe tener incorporado los factores emocionales y de estrés psicológico pertinente.

Favorecer la calidad de los servicios sanitarios a personas mayores en fin de vida: *Disponer de evaluaciones de los equipos a cargo de cuidados de fin de vida en personas mayores; de acuerdo a ello, preparar a los equipos para desempeñar esta función de acuerdo al estado del conocimiento y las mejores prácticas.

*Considerar evaluaciones de los equipos de salud: disposiciones y habilidades para desempeñar esta función.

*Desarrollar un programa inicial

(piloto) como insumo de un proceso de desarrollo y mejoramiento permanente.

*Desarrollar planes de intervención de acuerdo a diferentes escenarios, teniendo claro los recursos necesarios.

- *Respondiendo de mejor

manera a las necesidades (físicas y emocionales) de cuidadoras/es se podrá ofrecer una mejor calidad de cuidados a la persona mayor en fin de vida y su familia.

* La persona mayor será acogida de mejor manera en sus necesidades, por tanto se le

ofrecerá mayor bienestar físico y emocional

*Se debe prevenir

problemas de salud física y mental de los cuidadores

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Alvariza A, Hägger-Tibell L, Holm M, et als (2020) Increasing preparedness for caregiving and death in family caregivers of patients with severe illness who are care for at home study protocol for a web based intervention BMC Palliative Care 19(1)

DOI:10.1186/s12904-020-0530-6

Archbold PG, Stewart BJ, Greenlick MR, Harvarth T. Mutuality and preparedness as predictors of caregiver role strain Res Nurs Health. 1990; 13(6):375-84

Durepos P, Akhtar-Danish N, Sussman T, Ploeg J, Boerner K, Kaasalainen Sh. Evaluation of the caring ahead: preparing for end of life with dementia questionnaire. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2021.06.032>

McLeod-Sordjan Renee (2013) Death preparedness: a concept analysis. Journal of Advanced Nursing Volume 70; 5: 1008-1019 <https://doi.org/10.1111/jan.12252>

Norinder M, Goliath I, Alvariza A. Patients experiences of care and support at home after a family member's participation in an intervention during palliative care. Palliative support care . 2017;15(3):305-12

Mesa 9: Práctica Clínica

Session 9: Clinical Practice

AUTORES/AUTHORS:

M. Elena Solà Miravete, Eva M. Torondel Capdevila, Yolanda Doménech Cid, Irene Miró Duran, M. Carmen Montañés Roig, Esteban Monforte Farnós, Gessamí Rabada Fernández, José Fernández Sáez, Alessandra Queiroga Gonçalves

TÍTULO/TITLE:

Identificación y valoración de riesgos para la Seguridad del paciente desde la participación de los profesionales

1. Introducción y objetivos

La detección de los eventos adversos es fundamental para medir y mejorar la Seguridad del Paciente (SP). La gestión del riesgo está orientada a la identificación y análisis de los riesgos asociados a la atención sanitaria, así como al desarrollo de planes de acción para prevenirlos. En la Estrategia nacional para la Seguridad del paciente se describen las recomendaciones para la gestión de riesgos en los centros. En esta monografía se indican estrategias específicas a desarrollar por los centros sanitarios para una adecuada gestión de los riesgos sanitarios. Algunas de las recomendaciones para una buena gestión de riesgos son: promover diferentes métodos para la identificación de riesgos relacionados con la seguridad, promover la formación de todos los profesionales en la gestión de riesgos y en el uso de herramientas de valoración del riesgo aplicables a su ámbito y desarrollar acciones específicas para la gestión del riesgo que incluyan la adopción de una actitud proactiva.

Los sistemas de notificación (SN) voluntaria de incidentes de SP relacionados con la asistencia sanitaria se consideran una buena herramienta para la gestión de riesgos. Son una oportunidad de aprender de la experiencia de otros para prevenir los errores. En cambio, no permiten determinar la incidencia de los incidentes o eventos adversos, debido a que existe una mayor sensibilidad hacia algunos problemas en detrimento de otros. Además, diferentes estudios identifican barreras y dificultades en la implantación y uso de los sistemas de notificación.

Objetivos

- Proporcionar un método válido de valoración y gestión de riesgos para toda la tipología de Incidentes Relacionados con la Seguridad del paciente (IRSP).
- Identificar y clasificar los IRSP según Gravedad (G) y Frecuencia (F) y construir una matriz de riesgos SAC (Método Severity Assesment Code).
- Comparar riesgos para la SP entre 2 períodos (antes/durante la pandemia).

2. Métodos

- Tipo de estudio: cuantitativo y retrospectivo a partir de las respuestas a un cuestionario (inventario) sobre percepción de riesgos (gravedad y frecuencia de los incidentes).
- Muestra: muestreo consecutivo intencionado.
- Instrumento: diseño de un cuestionario de valoración de incidentes, a partir de las 13 categorías de IRSP de la clasificación internacional para la SP (CISP) de la OMS (OMS, 2009). Por el rigor en la construcción de un nuevo test/cuestionario de valoración de riesgos se detalla el procedimiento seguido para su diseño: a) Finalidad del test/cuestionario. Definir la variable objeto de estudio: Percepción del riesgo en seguridad de los pacientes. b) Características del cuestionario (inventario de SP). Contenido: Revisar las investigaciones publicadas y el consenso de expertos en terminología de SP y gestión del riesgo sanitario, matrices de riesgo y otras clasificaciones ya preestablecidas e incluidas en SN. Definición de las categorías a incluir para la clasificación de riesgos, ordenación y jerarquía de contenidos. Formato de los ítems: Ítems de elección. Respuestas de elección sobre una escala de clasificación (rating scales). Longitud del test/cuestionario. c) Redacción de los ítems. d) Revisión por expertos. e) Confección prueba piloto. Instrucciones de administración. Formato de presentación y registro de respuestas. f) Aplicación de la prueba piloto. g) Corrección de la prueba y asignación de puntuaciones.
- Ámbito y población: 11 Equipos de Atención Primaria (EAP) de la gerencia Terres de l'Ebre del Institut Català de la Salut.
- Variables:
Tipo de incidente (13 categorías IRSP y subcategorías): Administración clínica, Procedimientos, Documentación, Infección, Medicamentos, Sangre, Nutrición, Dispositivos, Comportamiento, Accidentes de pacientes, Infraestructuras y Recursos organización.
Gravedad (6 categorías): 1 No llega al paciente - 6 Catastrófico.

Frecuencia (5 categorías): 1 Muy infrecuente - 5 Frecuente.

Antes y después pandemia COVID.

Otras variables estudiadas: sexo, años experiencia, categoría laboral y EAP.

-Procedimiento de diseño del cuestionario según se ha especificado. Formación previa: curso sobre conceptos básicos de seguridad del paciente y gestión del riesgo sanitario.

-Análisis: estadística descriptiva, inferencial Test no paramétrico de Wilcoxon ($p < 0,05$).

-Aspectos éticos: evaluación favorable del CEIC de referencia.

3. Resultados

-Han completado la formación previa: 118 profesionales de los 11 EAP.

-Respuestas cuestionario_ N: 108 profesionales (tasa respuesta: 91,53%).

-N profesionales según experiencia (exp) laboral (lab) en AP de 1 año o menos: 10 prof.- De 2-4 años exp.lab.: 19-- De 5-9 años exp. lab.: 12 -- De 10-14 años exp. lab.: 6 -- De 15-19 años exp. lab.: 17-- De >20 años exp. lab.: 21. Un 62,6% (58 de los profesionales) cuentan con >5 años de experiencia laboral en AP.

-Sexo: Mujeres 96 _Hombres 11.

-Categoría laboral: personal Administrativo GiS: 33 _Enfermeras: 52 _Médicos: 8 _TCAI: 14. Otros 1.

-Comparación GRAVEDAD etapa COVID. Gravedad: en las 13 categorías estudiadas de tipos de incidentes han habido diferencias significativas ($p < 0,05$) en mayor gravedad durante la pandemia.

-Comparación FRECUENCIA etapa COVID. Frecuencia: diferencias significativas en mayor frecuencia en 9 de las 13 categ de tipos de incidentes: Administración clínica, Procedimientos, Documentación, Infección, medicamentos, Sangre, Dispositivos, Comportamiento, Infraestructuras.

-Media_ Matriz de riesgo

X 6,58 producto de Gravedad/ Frecuencia de los incidentes (GxF) ANTES de la pandemia por COVID.

X 8,28 producto de Gravedad/ Frecuencia de los incidentes GxF DURANTE pandemia COVID 8,28 ($p < 0,05$).

4. Discusión

La estrategia previa de formación ha favorecido una alta tasa de respuesta a los ítems del cuestionario y asegura su veracidad.

Tanto la percepción de gravedad como la frecuencia ha sido valorada como más elevada en la etapa COVID.

La matriz de riesgo resultante, indica nivel de riesgo bajo (SAC 4) en la etapa COVID y entre riesgo Bajo- y- Medio (SAC 3 y 4) de los incidentes valorados durante la pandemia COVID.

Añadir que el producto resultante entre gravedad x frecuencia (ponderación del riesgo) es más elevado para todos los tipos de incidentes en la etapa actual COVID.

Este método de evaluación de gravedad y matriz de clasificación resultante nos proporciona un criterio uniforme, desde una perspectiva de cultura de mejora, para priorizar y guiar las acciones de mejora con el fin de poder aplicar los recursos más eficientemente en áreas con mayores oportunidades de mejora para la SP. Añadir que esta valoración de riesgos desde la "experiencia/as" profesional también es útil para los incidentes que todavía no se han producido (valor añadido: la proactividad).

Muy alineada con la Estrategia Nacional para la SP de promover la formación de todos los profesionales en la gestión de riesgos y en el uso de herramientas de valoración del riesgo aplicables. Esta metodología seguida: formativa y participativa de análisis de riesgos para todos los IRSP, puede complementar otros métodos (como los sistemas de notificación) y se ofrece como un sistema válido, completo y a tiempo real en gestión de riesgos para la priorización de planes de mejora en SP.

La estrategia seguida podría desarrollarse como metodología válida y proactiva de gestión de riesgos para la identificación y clasificación previa de los incidentes. Esto nos permite priorizar los problemas o áreas de mayor riesgo para la SP, analizar sus

causas y desarrollar acciones de mejora que disminuyan su repetición e impacten en la mejora de la seguridad de los pacientes.

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

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Astier-Peña MP, Torijano-Casalengua ML. Atención Primaria Setting priorities for patient safety in Primary Care. Aten Primaria [Internet]. 2016;48(1):3–7. Available from: www.elsevier.es/ap
- Cooper J, Williams H, Hibbert P, Edwards A, Butt A, Wood F, et al. Classification of patient-safety incidents in primary care. Bull World Health Organ. 2018 Jul 1;96(7):498–505.
- World Health Organization. Más que palabras. Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Versión 1.1 Informe técnico. [Internet]. 2009. Available from: <http://www.who.int/about/copyright/es/index.html>
- Ministerio de Sanidad SS e I. Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud [monografía en línea]. Período 2015-2020. [Internet]. SANIDAD, editor. Vol. Monografía en línea. Madrid; 2016 [cited 2022 Apr 5]. Available from: <https://seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2015/Estrategia%20Seguridad%20del%20Paciente%202015-2020.pdf?cdnv=2>
- Carrillo I, Mira J, Pilar Astier-Peña M, Pérez-Pérez P, Caro-Mendivelso J, Olivera G, et al. Atención Primaria Eventos adversos evitables en atención primaria. Estudio retrospectivo de cohortes para determinar su frecuencia y gravedad. Aten Primaria [Internet]. 2020;52(10):705–11. Available from: www.elsevier.es/ap
- Gens-Barberà M, Hernández-Vidal N, Castro-Muníain C, Hospital-Guardiola I, María Oya-Girona E, Bejarano-Romero F, et al. Atención Primaria Incidentes de seguridad del paciente notificados antes y después del inicio de la pandemia de COVID-19 en atención primaria en Tarragona. Atencion Primaria [Internet]. 2021;53:102217. Available from: www.elsevier.es/ap
- Sarkar U. Tip of the iceberg: patient safety incidents in primary care. Available from: http://www.who.int/patientsafety/summary_report_of_
- Wang Y, Coiera E, Runciman W, Magrabi F. Using multiclass classification to automate the identification of patient safety incident reports by type and severity. BMC Medical Informatics and Decision Making. 2017 Jun 12;17(1).

AUTORES/AUTHORS:

Catarina Peixoto, Rui Novais, Fátima Martins

TÍTULO/TITLE:

Necesidades de comodidad de los pacientes críticos sometidos a ventilación mecánica a la luz de la teoría de Kolkaba

Objetivos: Explorar las necesidades de comodidad de los pacientes en estado crítico sometidos a ventilación mecánica invasiva.

Métodos: Se desarrolló un estudio exploratorio, descriptivo y cualitativo. Se utilizaron entrevistas no estructuradas como herramienta de recogida de datos dirigidas a nueve participantes que habían sido sometidos a ventilación mecánica invasiva en una unidad de cuidados intensivos que cumplan los siguientes criterios de elegibilidad: (i) Tener 18 años o más; (ii) Haber sido sometido a ventilación mecánica invasiva en el año 2019; (iii) Tener capacidad cognitiva para participar en el estudio.

En la entrevista, se invitó y alentó al participante a hablar libremente y a expresar su experiencia con la mayor claridad y detalle posibles, hasta que no recordara nada más y no tuviera nada más que añadir. La entrevista sólo se interrumpió para aclarar o validar alguna idea, ya que cuanto menos intervenga el entrevistador, mayor será la riqueza del material recogido (Guerra, 2006).

Las narrativas fueron analizadas mediante la técnica de análisis de contenido según Bardin (2016) y ancladas en los supuestos teóricos de la Teoría de la comodidad de Kolkaba. El análisis de contenido se organiza en tres etapas: i) preanálisis - identificada como una fase de organización. En ella se establece un esquema de trabajo que debe ser preciso, con procedimientos bien definidos, aunque flexibles; ii) la exploración del material - corresponde a la elección de las unidades de codificación y la categorización, y iii) el tratamiento de los resultados, la inferencia y la interpretación - en la que el investigador busca interpretar y dar sentido a los datos brutos.

Se tuvieron en cuenta los procedimientos éticos basados en la Declaración de Helsinki y el Convenio de Oviedo. El estudio fue aprobado por el Subcomité de Ética para las Ciencias de la Vida y la Salud de la Universidade do Minho.

Resultados: Los participantes expresaron necesidades de comodidad en los contextos físico, psicoespiritual, ambiental y sociocultural de la experiencia, es decir, a nivel de autocuidado, esperanza, temperatura, responsabilidad económica y social y relación interpersonal con el equipo de salud, entre otros, que pueden ser abordados a través de intervenciones que promuevan el alivio y la tranquilidad. También se destaca que, con la ayuda de los profesionales de enfermería y anclados en la trascendencia personal, los participantes alcanzan un estado de calma y, con fuerza de voluntad y superación personal, superan los problemas.

Discusión: La identificación de las necesidades de comodidad permite conocer el valor atribuido por los pacientes a sus experiencias, proporcionando datos que permiten una eficaz planificación y la puesta en práctica intervenciones apropiadas para alcanzar el estado de comodidad, que varía de una persona a otra. Satisfacer las necesidades de comodidad ayuda a reducir la ansiedad y fomenta la confianza del paciente.

El contexto físico se refiere a las sensaciones corporales y abarca aspectos que afectan al estado físico, como la relajación y el descanso, los niveles de eliminación e hidratación, la oxigenación, el dolor, el posicionamiento, los diferentes indicadores metabólicos y también otros aspectos relacionados con el tratamiento y las condiciones médicas (Kolkaba, 1992).

El concepto de comodidad es más que la ausencia de incomodidad, siendo multidimensional, idiosincrático, dinámico y depende del contexto en el que se inserta la persona (Bland, 2007) y se asocia también al contexto psicoespiritual (Kolkaba, 1997). Este contexto es inherente a la conciencia interna del self, que incluye la autoestima, el autoconcepto, la sexualidad y su significado, así como la relación de la persona con un orden o ser superior. Ser un paciente en la UCI significaba, a veces, una lucha constante por mantener la conciencia y la conexión con el mundo real.

La comodidad es una necesidad básica y se enfatiza en las personas que experimentan una estancia hospitalaria, y proporcionar comodidad requiere varias condiciones, concretamente un entorno adecuado (Sousa et al., 2011). Según Kolkaba (1997), el contexto ambiental abarca los elementos naturales o artificiales del entorno, las condiciones e influencias externas y su influencia en la

persona. Hajjabadi et al. (2018) consideran que la ventilación mecánica y la presencia de profesionales sanitarios crean un ambiente ruidoso e incómodo en la UCI, lo que desencadena sentimientos de ira, desorden, angustia, estrés psicológico, malestar e insomnio en los pacientes. Kisorio y Langley (2019) informaron de que los pacientes recuerdan la UCI como un servicio ruidoso, en el que la mayor parte del ruido era generado por los profesionales sanitarios, mientras que Baumgarten y Poulsen (2015) descubrieron que los pacientes apreciaban el hecho de que cuando el personal de enfermería les proporcionaba un ambiente más tranquilo y silencioso, mitigaba las consecuencias del ruido circundante.

El contexto sociocultural se entiende como inherente al universo de las relaciones interpersonales, familiares y sociales (por ejemplo, finanzas, educación, atención sanitaria), pero también a la necesidad de información, así como a las tradiciones familiares, los rituales y las prácticas religiosas (Kolcaba, 1997). Las subcategorías responsabilidad económica/social, relación interpersonal con el equipo de salud, comunicación, apoyo social y vida social corresponden a las subcategorías agregadas al contexto sociocultural de este estudio.

El estado de comodidad tiene una ausencia subyacente de cualquier molestia y un grado elevado y duradero de alivio de esa molestia. Cuando el enfermero proporciona comodidad mediante la aplicación de intervenciones adecuadas y oportunas, el paciente con necesidades alteradas experimenta satisfacción, empoderamiento y control sobre su proceso de enfermedad. La persona que ve aumentar su comodidad dispone de herramientas para superar o adaptarse al proceso de la enfermedad, lo que se traduce en un aumento de ganancias en salud. Por lo tanto, sólo el cuidado humano puede ser reconfortante.

El enfermero es el profesional que tiene las habilidades para identificar las necesidades de comodidad y aplicar las intervenciones de comodidad y guiar a la persona para lograr un cuidado reconfortante. Para ello, es importante establecer una relación terapéutica con la persona que recibe los cuidados, demostrar habilidades específicas en técnicas de comunicación y adaptar estrategias de intervención coherentes y articuladas con el fin de proporcionar calidad de vida y comodidad, gestionando el dolor y el bienestar de la persona.

La práctica clínica anclada en la teoría de Kolcaba permite al enfermero, en el contexto de los cuidados intensivos, una mejor comprensión de las necesidades reales del paciente, además de conducir su intervención hacia el cuidado individualizado, humanista y reconfortante.

Así, se favorece una mejor calidad de los cuidados de enfermería a esta población, para suavizar el sufrimiento de los pacientes, reducir su ansiedad y sus preocupaciones.

Conflictos de intereses: No hay conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

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

Baumgarten, M., & Poulsen, I. (2015). Patients' experiences of being mechanically ventilated in an ICU: A qualitative metasynthesis. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29(2), 205–214. <https://doi.org/10.1111/scs.12177>

Bland, M. (2007). Betwixt and between: A critical ethnography of comfort in New Zealand residential aged care. *Journal of Clinical Nursing*, 16(5), 937–944. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01756.x>

Guerra, I. C. (2006). *Pesquisa Qualitativa e Análise de Conteúdo - Sentidos e Formas de Uso* (1st ed.). Principia.

Hajjabadi, F., Heydari, A., & Manzari, Z. S. (2018). Enclosed in the synergistic rings of suffering: The experience of conscious patients under mechanical ventilation in the intensive care unit of the causes of suffering. *Electronic Physician*, 10(4), 6697–6706. <https://doi.org/10.19082/6697>

Kisorio, L. C., & Langley, G. C. (2019). Critically ill patients' experiences of nursing care in the intensive care unit. *Nursing in Critical Care*, 24(6), 392–398. <https://doi.org/10.1111/nicc.12409>

Kolcaba, K. (1992). The concept of comfort in an environmental framework. *Journal of Gerontological Nursing*, 18(6), 33–40.

<https://doi.org/10.3928/0098-9134-19920601-07>

Kolcaba, K. (1997). The Confort Line. <https://www.thecomfortline.com/>

Sousa, P., Marques, R., Costa, M., & Dixe, M. (2011). O conforto do doente idoso com doença crónica e de cuidadores informais em contexto de hospitalização. *International Journal of Developmental and Educational Psychology: INFAD. Revista de Psicología*, 1(3), 457–466. <https://www.redalyc.org/pdf/3498/349832330049.pdf>

Mesa 10: Profesión

Session 10: Profession

AUTORES/AUTHORS:

Laura Lafarga Molina, Josep-Oriol Casanovas-Marsal, Delia González de la Cuesta, Pilar Gallardo Doñate, Marta Manero Solanas

TÍTULO/TITLE:

Perspectivas de los enfermeros en Urgencias y Medicina Interna en el manejo del Síndrome Confusional Agudo.

Objetivos: Conocer la implicación de los enfermeros, relacionar los años de experiencia profesional y formación recibida, así como describir las medidas de orientación más utilizadas en el manejo del síndrome confusional agudo (SCA) en el paciente geriátrico

Métodos

Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo mediante cuestionario estructurado y distribuido ad-hoc en fase inicial (FI) y fase final (FF) del proyecto delirium (siguiendo la metodología del Instituto Johanna Briggs- Evidence-Based Clinical Fellowship Program) a las enfermeras de los servicios de urgencias y medicina interna del Hospital Universitario Miguel Servet (Zaragoza, España) durante 2021-2022. El cuestionario comprendía 7 ítems de respuesta única y múltiple y se valoraba la preparación y la formación sobre el manejo del SCA.

Como variables dependientes se registró la encuesta sobre preparación del manejo del SCA en el trabajo diario y como variables independientes se registraron la edad, sexo, experiencia laboral, percepción de carga de trabajo por SCA, la formación recibida, utilización de intervenciones no farmacológicas y tipología de intervenciones utilizadas (Agrupación de intervenciones).

El análisis estadístico se realizó mediante el software Jamovi 1.2. Las variables cualitativas se presentan mediante distribución de frecuencias de los porcentajes. La asociación entre las variables estudiadas (cualitativa-cualitativa/cuantitativa-cualitativa) se investigaron mediante pruebas de contraste de hipótesis (chi cuadrado, prueba exacta de Fisher, t de Student o U de Mann-Whitney). Los efectos se consideraron significativos si $p < 0,05$.

Resultados

En la fase inicial participaron 94 enfermeros (38 de medicina interna y 57 de urgencias) y en la fase final 86 (14 de medicina interna y 72 de urgencias). El tiempo de experiencia media es de 12,1 y 11 años en la encuesta inicial y final, respectivamente. El 100% de los encuestados afirma que el SCA supone una carga de trabajo para el personal de enfermería. La intervención supuso una mejora en la preparación de los enfermeros, ya que en la encuesta inicial un 53,2% declaraba no estar preparado para abordar al paciente con SCA y en la encuesta final se reduce a un 48,8%. Al inicio, ninguno de los encuestados había recibido formación para el manejo del delirio y tras la intervención, un 11,6% consideraba que se había formado en el abordaje de SCA. Tras la intervención aumentó un 16,8% el porcentaje de enfermeros que usaron medidas de prevención de SCA no farmacológicas, entre las que se encontraron: Orientar al paciente en espacio (54,3% FI; 48,8% FF), Dirigirse al paciente por su nombre (16% FI; 7% FF), Control del entorno lumínico (8% FI; 11,6 FF).

Discusión

Este estudio permite sistematizar las medidas no farmacológicas en la continuidad de la prevención del SCA desde el servicio de urgencias, hasta que los pacientes llegan a las unidades de hospitalización, ya que se ha demostrado que este periodo de tiempo influye en el desarrollo de un SCA.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. American Psychiatric A. DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2014.
2. Marin T. JBI Evidence Summary. JBI Connect+. Delirium (Adults): Risk Screening, Assessment and Management. JBI; 2019. Available from: connect.jbiconnectplus.org/ViewDocument.aspx?0=21433.
3. Marcantonio ER. Delirium in Hospitalized Older Adults. N Engl J Med 2017; 377:1456-1466. DOI: 10.1056/NEJMc1605501
4. Gómez-Traveso T, Briongos-Figuero LS, Hernanz Román L, Pérez-Castrillón JL. Assessment of acute confusional syndrome in elderly patients admitted to an internal medicine ward. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2013;48(2):95-6.
5. Gorski S, Piotrowicz K, Rewiuk K, Halicka M, Kalwak W, Rybak P, et al. Nonpharmacological Interventions Targeted at Delirium

Risk Factors, Delivered by Trained Volunteers (Medical and Psychology Students), Reduced Need for Antipsychotic Medications and the Length of Hospital Stay in Aged Patients Admitted to an Acute Internal Medicine Ward: Pilot Study. *Biomed Res Int.* 2017;2017:1297164. DOI: 10.1155/2017/1297164.

6. Piotrowicz K, Rewiuk K, Górski S, Kałwak W, Wizner B, Pac A, et al. The "Wholesome Contact" non-pharmacological, volunteer-delivered multidisciplinary programme to prevent hospital delirium in elderly patients: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials.* 2018;19(1):439. DOI: 10.1186/s13063-018-2781-6.

7. Lim XM, Lim ZHT, Ignacio J. Nurses' experiences in the management of delirium among older persons in acute care ward settings: A qualitative systematic review and meta-aggregation. *Int J Nurs Stud.* 2022;127:104157.

8. Martins S, Pinho E, Correia R, Moreira E, Lopes L, Paiva JA, et al. What effect does delirium have on family and nurses of older adult patients? *Aging Ment Health.* 2018;22(7):903- 11.

AUTORES/AUTHORS:

IRENE LLAGOSTERA-REVERTER, DAVID LUNA-ALEIXOS, MARTA AQUILUÉ-BALLARÍN, GEMA MECO-MONTOLIU, DESIRÉE MENA-TUDELA, ÀGUEDA CERVERA-GASCH, M JESÚS VALERO-CHILLERÓN, LAURA ANDREU-PEJÓ, VÍCTOR M GONZÁLEZ-CHORDÁ

TÍTULO/TITLE:

Mejorando la cumplimentación de las escalas de valoración de enfermería

Objetivo: Analizar el impacto de una estrategia desarrollada en el marco de un proyecto de investigación para fomentar el uso de las escalas de valoración de enfermería en el momento del ingreso hospitalario.

Métodos: Se llevó a cabo un análisis secundario de datos. La población a estudio fueron las valoraciones de enfermería realizadas en las primeras 24h a usuarios de las unidades de hospitalización en los periodos octubre a diciembre de 2020 (previo a estrategia) y octubre a diciembre de 2021 (posterior a estrategia). La estrategia para fomentar el uso de las escalas de valoración se ejecutó en septiembre de 2021. Se realizaron reuniones con dirección de enfermería para explicar objetivos y metodología del proyecto, también se reunió a los equipos de enfermería de las unidades implicadas para explicar la importancia de realizar la valoración en el momento del ingreso y los beneficios que se obtendrían al optimizar estas escalas. Un equipo de champions fomentó el uso de las escalas. Se solicitaron los datos pseudonimizados al servicio de documentación. Se comparó el porcentaje global de cumplimentación de las escalas Barthel, Braden y Downton en las unidades entre ambos periodos. Se establecieron criterios para valorar la mejora en la cumplimentación de las escalas, como esperar que hubiese diferencias en las puntuaciones medias de las escalas entre ambos periodos al reducir la cumplimentación sistemática y que aumentase el porcentaje de coincidencias entre el resultado de cada escala y la valoración de enfermería. Se realizó un análisis descriptivo y bivariante de los datos con JAMOVI.

Resultados: Se incluyeron el 48.7% (n=2561) de las valoraciones en 2020 y el 51.3% (n=2700) en 2021. La unidad con más valoraciones fue la 2ª C (18%; n=894) y la 2º D la que cumplimentó menos valoraciones (9.6%; n=476). La escala más cumplimentada fue Braden (79.1%; n=4161), seguida de Downton (74.2%; n=3905) y Barthel (44.1%; n=2320). Hubo un incremento significativo en el porcentaje de cumplimentación global en las tres escalas al comparar ambos periodos (p<0,05). El porcentaje de cumplimentación de Braden mejoró significativamente en 6 de las 7 unidades, siendo significativa en 2. Downton mejoró en 5 unidades, siendo significativa en 1 y Barthel mejoró en 5 de las 7 unidades (p<0,05). Braden tuvo el mayor porcentaje de coincidencia entre puntuación total de la escala y la valoración de enfermería (92.5%; n=3847), seguida de Barthel (91.2%; 2116) y Downton (74.2%; n=3905). Barthel fue la escala que mejoró significativamente en más unidades (p<0,05). Hubo diferencias significativas en las puntuaciones medias de las tres escalas entre ambos periodos (p valor <0.001).

Discusión e implicaciones para la práctica clínica: Las mejoras observadas en la cantidad y cumplimentación de valoraciones realizadas evidencian el éxito de la estrategia empleada para fomentar el uso de las escalas de Braden, Barthel y Downton. La metodología empleada estaba basada en hacer partícipes a enfermería de los beneficios que supone realizarlas con rigor. Así, se obtienen resultados fiables que repercuten directamente sobre los usuarios, mejorando la relación entre valoración y cuidados a prescribir.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Mesa 11: Salud mental

Session 11: Mental Health

AUTORES/AUTHORS:

María Paz Matellan Hernández, Elena Pastor Benito, Rosa María Cárdbaga García, Henar Onrubia Baticón, Noemi García Santa Basilia, María Molina Oliva, Raúl Soto Cámara, Susana Navalpotro Pascual, Vinita Mahtani Chugani

TÍTULO/TITLE:

Experiencias y significados de la pandemia desde la perspectiva de profesionales de extrahospitalaria con depresión

Objetivo

Explorar la experiencia vivida durante la pandemia y su significado desde la perspectiva de profesionales del ámbito extrahospitalario con depresión

Métodos

Estudio cualitativo fenomenológico de vivencias e impacto psicológico de los profesionales de los Servicios de Emergencias Médicas (SEM) en relación al inicio de la COVID-19. Está anidado a un estudio cuantitativo más amplio de impacto psicológico e incidencia de Depresión, Ansiedad y Estrés, medido por la escala DASS21, de donde se tomó la muestra. Fue población de referencia los trabajadores españoles de los SEM; la población de estudio, los profesionales que participaron en el estudio de incidencia con valor > 25 en depresión, a los que se invitó a compartir sus narrativas. Aceptaron participar 7 personas, conformando la muestra 3 médicos, 1 enfermero y 3 técnicos.

Se trianguló por dos técnicas de recogida de datos: entrevista semiestructurada online grabada (plataforma Jitsi), y relato narrativo voluntario de los participantes sobre su experiencia durante los meses de junio y julio de 2021.

Herramientas utilizadas: documento reflexivo del investigador previo a la entrevista; guion orientativo consensuado para dar homogeneidad entre entrevistadores; confidencialidad firmada por los investigadores y solicitud de consentimiento a participantes al inicio de la grabación. Aprobado por Comité de Ética de Valladolid Este PI21-2318, 20-05-2021.

Análisis de datos: tras la transcripción verbatim de las entrevistas, se procedió a codificar con perspectiva EMIC triangulando entre 7 miembros del equipo. La información se agrupó en dimensiones, realizando un análisis temático con ATLAS.Ti

Resultados

Ser y trabajar como profesional en el ámbito extrahospitalario durante la pandemia ha implicado una afectación importante del estado de ánimo. Los factores identificados como influyentes en esta experiencia son: estrategias de afrontamiento internas y externas; impacto en la situación laboral del profesional; cambio en la relación profesional-paciente (culpabilidad, concepto de muerte); vivencias negativas durante la pandemia (sentimientos); impacto en la situación socio-familiar; gestión salud mental del profesional sanitario

Discusión

Estudios de países como China, Malasya, Singapur o Reino Unido coinciden en el impacto en la salud mental de los profesionales de primera línea. Los retos han sido abordados gracias a la implicación personal y vocacional, el sentido de la responsabilidad y el apoyo entre colegas. Sin embargo, no siempre las estrategias de manejo de la situación han prevenido del impacto dramático en la salud mental de los trabajadores. Necesidad de formación y estrategias de apoyo institucional son algunos aspectos deficientes a tener en cuenta. La principal limitación es la baja participación, pero el material narrativo alcanzó profundidad y recurrencia de contenido suficiente para alcanzar la saturación teórica de los datos

En la práctica, A través de las experiencias vividas, este trabajo permite comprender una serie de lecciones aprendidas como son la detección precoz de la depresión; elaborar planes estratégicos de actuación en su vida personal y profesional; prevenir y adecuar los apoyos en acontecimientos similares del futuro

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

coronavirus: un estudio de metanálisis. J. Epidemiol. Salud de la comunidad. 2021; 75 :836–842. doi:

10.1136/jech-2020-215927--Fan FC, Zhang SY, Cheng Y. Incidencia de enfermedades psicológicas después del brote de

- Soto Cámara R, García Santa Basilia N, Honrubia Baticón H, Cárdbaga García RM, Jimenez Alegre JJ, Reques Marugán AM, Molina Oliva M, Fernandez Domingo JJ, Matellán Hernandez MP, Morales Sanchez A, Navalpotro Pascual S. Impacto psicológico de la pandemia de COVID-19 en los profesionales de la salud fuera del hospital: una revisión sistemática viva. J. Clin. Med. 2021, 10(23),

5578; <https://doi.org/10.3390/jcm10235578>

- Martínez-Caballero, C.M.; Cárdbaga-García, R.M.; Varas-Manovel, R.; García-Sanz, L.M.; Martínez-Piedra, J.; Fernández-Carbajo, J.J.; Pérez-Pérez, L.; Madrigal-Fernández, M.A.; Barba-Pérez, M.Á.; Olea, E.; et al. Analizar el impacto del trauma por COVID-19 en el desarrollo del trastorno de estrés postraumático entre los trabajadores de urgencias médicas en España. *Int. J. Environ. Res. Salud Pública* 2021, 18, 9132.

- García-Iglesias JJ, Gómez-Salgado J, Martín-Pereira J, Fagundo-Rivera J, Ayuso-Murillo D, Martínez-Riera JR y Ruiz-Frutos C. Impacto del SARS-COV-2 (COVID-19) en la salud de mental de los profesionales sanitarios: una revisión sistemática. *Esp Salud Pública*. 2020; Vol. 94: 23 de julio e1-20.

- Mehrdad Eftekhari Ardebili, Morteza Naserbakht, Colleen Bernstein, Farshid Alazmani-Noodeh, Hamideh Hamiki, Hadi Ranjbar. Experiencia de trabajo de los proveedores de atención médica durante la pandemia de COVID-19: un estudio cualitativo. *Control de infecciones Am J. Mayo* 2021;49(5):547-554. doi: 10.1016/j.ajic.2020.10.001

AUTORES/AUTHORS:

Irache Casadamón-Munárriz, Ana Marañon Marañon-Echeverría, Marta Ancín-Pagoto, Maria Jose Gonzalez-García

TÍTULO/TITLE:

CAMBIOS NEUROPSIQUIÁTRICOS EN PACIENTES CON DEMENCIA EN EL CONTEXTO DE UNA FRACTURA DE CADERA.

OBJETIVO: Describir y comparar las alteraciones neuropsiquiátricas que presentan los pacientes con diagnóstico de demencia y fractura de cadera, durante la hospitalización y al mes del alta.

MÉTODOS: Descriptivo observacional. Muestra (66), grupo control de pacientes con diagnóstico de demencia hospitalizados por fractura de cadera en el Hospital Universitario de Navarra. Fuente de datos: Inventario Neuropsiquiátrico de Cummings. Se recogieron al ingreso, en el hospital y al mes del alta, telefónicamente. Periodo: agosto 2018 - noviembre 2019. Se excluyeron los pacientes del grupo control que fallecieron o que abandonaron el estudio. Se han obtenido los resultados de la atención habitual previos a la implantación mediante modelo Balance of Care. Para comparar la presencia o ausencia de cada una de las alteraciones entre los dos momentos de medida, se ha realizado el test exacto de McNemar. La comparación de la gravedad y grado de malestar psicológico se ha evaluado mediante el test McNemar-Browker. Se llevó a cabo un análisis estadístico para detectar diferencias entre los datos recogidos en los dos periodos de tiempo mencionados. Este trabajo se engloba en una investigación más amplia multicéntrica becada por el FIS(PI17/01049).

RESULTADO: N36(55%). Al alta, conductas nocturnas 19(52.8), agitación y agresividad 15(41.7), ansiedad 12(33.3), apetito y alimentación 12(33.3), fueron las más prevalentes. Al mes del alta, estas alteraciones siguieron siendo las más frecuentes: Conductas nocturnas 17(47.2), agitación y agresividad 13(36.1), apetito y alimentación 13(36.1), ansiedad 9(25). Mejoran 17(42.2) pacientes, 13(36.1) pacientes se mantienen con el mismo grado y malestar psicológico y la minoría, 6(16.7), empeoran. Mediante mediana y rango intercuartílico, número total de alteraciones en el ingreso: 2.0(1.0 to 4.0), al mes del alta: 1.5(0.8 to 3.0). La suma global de alteraciones: 99 al inicio del estudio y a los 30 días, 78.

DISCUSIÓN: Las alteraciones neuro-psiquiátricas aumentan en número, gravedad y malestar psicológico durante el tiempo de hospitalización. Pasado un mes del alta, estas alteraciones o se mantienen o disminuyen, en la mayoría de los casos. Esto puede deberse a que el paciente no se encuentre en su entorno habitual, no pueda llevar a cabo su rutina y los cambios derivados del proceso quirúrgico, el dolor, la polifarmacia, la inmovilidad y la disminución de la autonomía. La evolución en cambios neuropsiquiátricos, según el grado y el malestar que le produce al paciente, muestra que la mayoría de pacientes se mantienen estables al mes. Es llamativo ver cómo estas variables mejoran con el paso del tiempo. Aunque la tendencia general es hacia una mejoría en las alteraciones neuropsiquiátricas estudiadas, no se ha detectado ningún cambio estadísticamente significativo en la presencia, gravedad y malestar psicológico para ninguna de las alteraciones individuales o globales. Esto podría deberse a una falta de potencia derivada del escaso tamaño muestral. En cuanto a la implicación para la práctica, durante la hospitalización, este tipo de pacientes empeora, lo cual hace plantearse la necesidad de una atención más especializada.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Guía de práctica clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de alzhéimer y otras demencias guías de práctica clínica en el SNS. Ministerio de Ciencia e Innovación.

2. Travers C, Byrne G, Pachana N, Klein K, Gray. Prospective observational study of dementia in older patients admitted to acute hospitals. *Australasian Journal of Ageing*. March 2014;33(1):55-58.
3. NICE. National Institute for Health and Care Excellence Guidelines. Dementia Overview Pathways 2017.
4. Risco E, Zabalegui A, Miguel S, Farré M, Alvira C, Cabrera E. Aplicación del modelo Balance of Care en la toma de decisiones acerca del mejor cuidado para las personas con demencia. *Gaceta Sanitaria*, 2016.
5. Kaufer, D.I.; Cummings, J.L.; Ketchel, P.; Smith, V.; MacMillan, A.; Shelley, T. Validation of the NPI-Q, a brief clinical form of the Neuropsychiatric Inventory. *J. Neuropsychiatry Clin. Neurosci.* 2000, 12, 233–239.
6. Chang C, Yu-Hung L, Shu-Hui Y, Li-We L. Managing Problem Behaviors in Cognitively Impaired Older People: The Competence and Preparedness of Healthcare Providers in Long-Term Care Facilities. *Journal of Nursing Research* 2010;18 (3):164-173.
7. Garriga M, Cardete L, Vieta E. Protocolo de Atención a pacientes con agitación psicomotora. Hospital Clínic Barcelona, 2016.
8. Sampson E, White N, Leurent B, Scott S, Lord K, Round J, Jones L. Behavioural and psychiatric symptoms in people with dementia to the acute hospital: prospective cohort study. *The British Journal of Psychiatry* 2014;205:189-196.
9. Mosk et al. Dementia and delirium, the outcomes in elderly hip fracture patients. *Clinical Interventions in Aging* 2017;12: 421-430.

Mesa 12: Seguridad del paciente

Session 12: Patient safety

AUTORES/AUTHORS:

Judith Reina Gutiérrez, Montserrat Gutiérrez Gallego, Tamara Cabañero Contreras, Germán Tornero Tendero, Ana Isabel Alcañiz Mesas, María Victoria Ruíz García, Verónica Ortíz Díaz, María Pilar Córcoles Jiménez

TÍTULO/TITLE:

Prevalencia y factores asociados al uso de barandillas en unidades de hospitalización. Estudio piloto.

Objetivo: conocer la prevalencia de uso de barandillas y los factores que se relacionan con su utilización en pacientes hospitalizados. **Métodos.** Estudio de prevalencia y asociación cruzada. **Ámbito:** Hospital de segundo nivel. **Población y muestra.** Pacientes ≥ 18 años ingresados en unidades de hospitalización. **Exclusión:** Unidad de Tocología (pacientes jóvenes, sanas y estancia corta); no consentir participar. **Variables:** edad, sexo, días de estancia; uso de barandillas (sí/no), turno de recogida de datos (mañana/tarde-noche); registro de barandillas (sí/no); unidad de hospitalización; conocimiento del paciente sobre el uso de barandillas (sabe o no por qué las tiene); uso a petición de paciente/familiar; uso de otras contenciones mecánicas; riesgo de caídas (escala Downton); estado de agitación psicomotriz (escala RASS-pacientes críticos; escala BARS-no críticos); deterioro cognitivo (test de Pfeiffer). **Recogida de datos:** dos días (aleatorizados) y dos turnos cada día, con intervalo de 15 días para no repetir pacientes. Los datos se recogieron mediante observación directa y acceso a la historia clínica. **Aspectos éticos:** aprobación CEIm del Área Sanitaria; consentimiento informado; datos anonimizados. **Análisis estadístico:** Descriptivo: frecuencias absolutas y relativas (variables categóricas), media y desviación típica (dt) en cuantitativas; cálculo de IC95%. **Bivariante:** Comparación de proporciones (Chi-cuadrado), U-Mann Whitney comparación variables cuantitativas en dos grupos. **Significación estadística:** $p < 0,05$. **Resultados:** 66 pacientes, 36(54,5%) ingresados en Medicina Interna; 37(56,1%) hombres, edad media 72,1(dt=16,5), IC95%[68_76,2], estancia media 4,4días (dt=2,5), IC95%[3,7_5]. Un 30,2%(20) tienen deterioro cognitivo moderado/severo; 63,6%(42) alto riesgo de caídas. Se realizaron 132 observaciones. Prevalencia uso barandillas 61,4%(81), todas estaban registradas en la historia clínica; no se encontraron otro tipo de contenciones mecánicas. En 10 observaciones se encontró cambio en el uso de barandillas entre los turnos de mañana y tarde/noche. En un 51,2%(41) se habían colocado a petición del paciente/familiar. Un 79,5%(62) conocía las razones por las que las llevaba. Se ha encontrado asociación estadísticamente significativa entre el uso de barandillas, la edad (75,7 vs 66,4), el tipo de unidad de hospitalización, la existencia de algún grado de deterioro cognitivo, riesgo alto de caídas y alteración psicomotriz. **Discusión.** La prevalencia es superior a la que señala la bibliografía (44%) para residencias sociosanitarias. Las barandillas se aplican en pacientes mayores con alto riesgo de caídas, un perfil que las demanda en su estancia. El registro de barandillas se encontró en el formulario de cuidados auxiliares de Enfermería; con un cierto sobrerregistro. **Implicaciones para la práctica clínica.** El uso de barandillas supone una contención que limita la autonomía de los pacientes y puede ser un factor que provoca lesiones. **Objetivar** la frecuencia de su utilización en el medio hospitalario e identificar los factores de los pacientes que determinan la misma ayudaría a identificar áreas de mejora que contribuyan a la promoción de la autonomía y al uso adecuado de esos dispositivos. Se abre una línea para replicar el estudio en otros hospitales.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Acevedo-Nuevo M, González-Gil MT, Solís-Muñoz M, Arias-Rivera S, Toraño-Olivera MJ, Carrasco Rodríguez-Rey LF, et al. La contención mecánica en unidades de cuidados críticos desde la experiencia de los médicos y técnicos en cuidados auxiliares de enfermería: buscando una lectura interdisciplinar. *Enferm Intensiva*. 2020;31(1):19–34. DOI: 10.1016/j.enfi.2019.01.004
- Confederación Española de Organizaciones de Mayores – CEOMA [Internet]. Madrid: ceoma.org.; 2018 [consultado 29 Marzo 2022]. Bases para la elaboración de un Protocolo: Seguridad en la Cama. Uso de barandillas. Disponible en: http://ceoma.org/wp-content/uploads/2018/05/Seguridad_en_la_Cama-barandillas-
- Ferrão SADS, Bleijlevens MHC, Nogueira PJ, Henriques MAP. A cross-sectional study on nurses' attitudes towards physical restraints use in nursing homes in Portugal. *Nurs Open*. 2021; 8(4):1571-1577. doi: 10.1002/nop2.769.
- López López MT, de Montalvo Jääskeläinen F, Alonso Bedate C, BellverCapella V, BellverCapella F, de los Reyes López M, et al. Consideraciones éticas y jurídicas sobre el uso de contenciones mecánicas y farmacológicas en los ámbitos social y sanitario [Internet]. Comité de Bioética de España. 2016 [citado 1 Marzo 2022]. Disponible en: <http://assets.comitedebioetica.es/files/documentacion/Informe%20Contenciones-CBE.pdf>

- Macho-Perez O, Arroyo-Huidobro M, Giménez Buendía MDC, Gálvez-Barrón C. ¿El usuario sanitario considera las barandillas como una sujeción física?. *RevEspGeriatrGerontol*. 2021;56(1):59-60. doi: 10.1016/j.regg.2020.06.008.
- Mesas AI, Caballero MJ, Córcoles P, Ruiz MV, Gómez V, Flores AB, et al. Recomendaciones para la prevención de caídas en usuarios del Complejo Hospitalario Universitario De Albacete [Internet]. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete (CHUA); 2019 [consultado 18 Mayo 2022]. Disponible en: <http://www.chospab.es/publicaciones/protocolosEnfermeria/documentos/e16faaec77d5e943d6515699ca107e3.pdf>
- O Flatharta T, Haugh J, Robinson S, O'Keeffe S. Prevalence and predictors of bedrail use in an acute hospital. *Age and Ageing* [Internet]. 2014 [citado el 10 de junio 2022];(43):801–805. disponible en: <http://doi: 10.1093/ageing/afu081>
- Via-Clavero G, Claramunt-Domènech L, García-Lamigueiro A, Sánchez-Sánchez MM, Secanella-Martínez M, Aguirre-Recio E, et al. Análisis de una encuesta sobre conocimientos en contenciones mecánicas de las enfermeras de unidades de críticos. *Enferm Intensiva*. 2019;30(2):47–58. DOI: 10.1016/j.enfi.2018.09.003.

AUTORES/AUTHORS:

Almudena Medrano Andrés, Julio González Luis, Luis Nocete Navarro, Daniel Cuesta Lozano

TÍTULO/TITLE:

Sujeción mecánica: impacto de las intervenciones ambientales en una unidad de hospitalización breve de Psiquiatría

1. OBJETIVOS

El objetivo general del estudio fue valorar el efecto de intervenciones ambientales instauradas en una unidad de psiquiatría en el uso de las sujeciones mecánicas.

Fueron objetivos secundarios describir las intervenciones ambientales introducidas, detallar el número y la duración de los episodios de sujeciones realizadas, conocer las características basales, clínicas y ambientales de los sujetos en los que se ha llevado a cabo los diferentes episodios de sujeción mecánica y analizar las relaciones entre las intervenciones ambientales y el uso de esta técnica.

2. MÉTODOS

Se trata de un estudio observacional retrospectivo en la unidad de hospitalización de Psiquiatría del Hospital Universitario Príncipe de Asturias (Madrid, España) durante el periodo comprendido entre marzo de 2018 a febrero de 2020.

La población de estudio estuvo compuesta por aquellas personas ingresadas en dicha unidad en las que se llevó a cabo sujeción mecánica. El criterio de inclusión fue ser mayor de 18 años y el de exclusión que el episodio de sujeción no se hubiera iniciado en la unidad.

Los datos se obtuvieron de formularios heteroadministrados (hojas de registro de sujeción mecánica) que fueron almacenados en un fichero, pudiendo consultar así mismo la historia clínica del paciente en caso necesario.

Las variables independientes del estudio resultaron: sexo, edad, causa de sujeción mecánica, diagnóstico principal, primer ingreso o no, e intervenciones ambientales. Las intervenciones ambientales incluyeron si el episodio tuvo lugar en festivo o fin de semana, la frecuencia de visitas de familiares o allegados del paciente y, por último, la incorporación a la dinámica del trabajo de la supervisión de equipo. Las variables dependientes fueron el número de episodios de sujeción mecánica y la duración en minutos de cada uno. Las variables cuantitativas se expresaron como mediana y su rango intercuartílico, las variables cualitativas como número y porcentaje ajustado. Para el contraste de hipótesis se realizó el test de Chi al cuadrado para las variables cualitativas y el test de la U de Mann-Withney para las cuantitativas. Se realizó el análisis de las tendencias temporales en el número y duración de las sujeciones mecánicas mediante regresión lineal. El programa estadístico utilizado fue el SPSS versión 25.

El estudio se realizó de acuerdo a las normas éticas internacionales y cuenta con la aprobación del comité ético correspondiente. Los autores declaran no haber recibido financiación para la realización del mismo ni presentar conflictos de interés.

RESULTADOS:

Descripción general de la muestra:

Durante el periodo de estudio se recogieron un total de 168 episodios de sujeción mecánica; dichos episodios correspondían a un total de 39 sujetos.

La mediana de la edad en los sujetos que fueron sometidos a sujeción mecánica fue de 53 (45-59) años, con una edad mínima de 19 años y máxima de 89 años. Al categorizar la edad en tramos, la mayoría de los episodios (114, un 67,9%) correspondían al tramo de edad de 46 a 60 años. La sujeción mecánica se llevó a cabo con mayor frecuencia en los hombres, con 122 de los episodios

(72,6%).

La mediana de la duración de las sujeciones fue de 610 (263-1.091) minutos, siendo el episodio más breve de 10 minutos y el más duradero de 8.520 minutos.

Analizando el estado que presentaba el sujeto y que desencadenó el evento de sujeción mecánica, 115 de los episodios (69,7%), se llevaron a cabo por agresividad y 101 (61,2%) por violencia, siendo los motivos más comunes en la muestra.

En cuanto a los diagnósticos principales que presentaban los sujetos, los más frecuentes fueron episodio psicótico (acumulando un 37,1% (62) de los eventos) y esquizofrenia, con un total de 55 de los 168 episodios (32,9%). Veinte de ellos (12%) tuvieron lugar en el primer ingreso del sujeto, frente a 148 episodios (88%) que sucedieron tras uno o varios ingresos en alguna unidad de hospitalización.

Una de las intervenciones para tratar de mejorar el ambiente terapéutico del servicio fue la implantación de la supervisión de equipo. En los 12 meses previos a su inicio se llevaron a cabo 106 episodios de sujeción (63,1%), y en los siguientes 12 meses tras comenzar la actividad (febrero de 2019) tuvieron lugar 62 episodios (36,9%).

Teniendo en cuenta la frecuencia con la que los sujetos sometidos a sujeción mecánica recibían visitas durante su ingreso en la unidad por familia o allegados, encontramos que sólo 38 de los episodios (22,8%) tuvieron lugar en sujetos visitados frecuentemente. Por tanto, la mayor parte de los eventos sucedieron en personas que recibían visitas ocasionalmente o casi nunca.

A lo largo de los meses de estudio se observó una reducción del número de episodios de sujeción mecánica, con una mayor incidencia durante los meses de septiembre a noviembre en ambos años y una reducción de la misma en los meses de verano. Al analizar mediante regresión lineal la asociación entre el número de sujeciones y el tiempo, se observó una relación inversa con un descenso de dos episodios al trimestre (R^2 de 0,22).

En cuanto a la duración de los diferentes episodios llevados a cabo durante el periodo de estudio, comparando dos periodos de 12 meses, se observó una reducción de más del 50% de los minutos totales. La tendencia temporal observada en el número de sujeciones mecánicas se mantiene en la duración acumula de los mismos, con un descenso medio de 2.713 minutos al trimestre (R^2 de 0,18).

Análisis por duración de los episodios:

Se realizó un análisis por duración del episodio en función de varios factores. Tras este análisis, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el tiempo mediano de sujeción por sexo, con una mayor duración entre los varones (668 vs 450 minutos; $p=0,013$). Además, se observaron diferencias importantes en la duración del evento según la edad, con tendencia a una mayor duración en minutos a mayor edad del paciente (asociación lineal por lineal $p=0,001$).

Teniendo en cuenta el diagnóstico principal de los sujetos, también se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la duración de los episodios ($p=0,000$), siendo más largos entre los diagnosticados de episodios psicótico. Por último, relacionando los minutos de sujeción mecánica con las visitas que recibieron los sujetos de estudio, se observó episodios más duraderos en aquellos con una frecuencia de visitas menor, sin alcanzarse la significación ($p=0,056$).

Análisis exploratorios secundarios:

Se realizó un análisis en función del sexo, al encontrar diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la duración de los episodios de sujeción mecánica en función del mismo. En dicho análisis, se encontró que los sujetos varones en comparación con las mujeres, se sujetaban más frecuentemente por violencia (71,4% vs 34,8%; $p=0,000$) y por impulsividad autolesiva (21% vs 6,5%; $p=0,026$). Además, observó una tendencia a recibir visitas con menos frecuencia en los hombres que en las mujeres (asociación lineal por lineal $p=0,000$). En cuanto a los diagnósticos principales de los sujetos estudiados, se encontraron diferencias estadísticamente significativas por sexo, detectándose una mayor presencia de diagnóstico psicótico y esquizofrenia en varones y de trastorno afectivo bipolar en mujeres ($p=0,000$).

Después de realizar un análisis de los episodios de sujeción mecánica con el objetivo de caracterizar mejor dichos eventos, se realizó un análisis por pacientes, para estudiar si existían factores que se asociaran a un mayor número de sujeciones. No se encontraron diferencias significativas al analizar las variables epidemiológicas ni clínicas, si bien se observó que 93 de los episodios de sujeción mecánica correspondían solamente a tres sujetos, es decir, el 7,7% de la población de estudio, acumuló en 55% de todos los episodios.

DISCUSIÓN:

El uso de la sujeción mecánica va acompañado de una limitación importante de los derechos humanos. Esta y otras medidas coercitivas han sido objeto de estudio y debate durante los últimos años, tratando de avanzar hacia la toma de conciencia sobre ello, ya que, a pesar de estar ampliamente extendidas, no han demostrado resultados clínicos favorables en cuanto a la remisión de sintomatología o al proceso de recuperación (1,2). En este sentido nuestro grupo de trabajo ha hecho un esfuerzo por caracterizar los episodios de sujeción mecánica y trabajar para su disminución.

Respecto a las características basales de los sujetos, la edad media fue de 45 años, coincidiendo con los descrito en estudios previos, donde se describe mayor frecuencia de sujeciones mecánicas en personas por debajo de los 50 años (3,4-6).

En cuanto al sexo, los episodios fueron considerablemente más numerosos en los hombres que en las mujeres. Según las hipótesis de la bibliografía consultada, esa diferencia podría explicarse por la existencia de un umbral más alto hacia las mujeres a la hora de recurrir a la sujeción mecánica ante conductas agresivas, existiendo por tanto, una mayor sensación de amenaza ante este patrón de conducta en hombres (4-6). Al igual que lo encontrado en la bibliografía, encontramos una mayor probabilidad de sufrir este procedimiento en los sujetos diagnosticados de episodio psicótico o esquizofrenia (4,6).

La duración mediana de los episodios se estableció en 10 horas y 30 minutos, siendo considerablemente más duraderas en los sujetos del sexo masculino, coincidiendo esto último con lo encontrado en estudios anteriores (6,7). En cuanto a la duración total que las personas permanecen sujetas en unidades de agudos, se ha encontrado gran variabilidad de datos entre países. Por ejemplo, en Reino Unido los episodios rara vez superan los 20 minutos (3); en Victoria (Australia) un estudio retrospectivo informa de una duración mediana de alrededor de cuatro horas (7), y otro llevado a cabo en Dinamarca identifica una duración similar a la del presente estudio con una mediana de nueve horas y 40 minutos (8). A nivel nacional, un estudio de Mayoral et al. (9) realizado en 23 centros de diferentes comunidades, refleja notables diferencias entre unas y otras, probablemente debido a la falta de normativas y protocolos comunes y describe un rango de duración de los episodios de sujeción mecánica entre las ocho y las 72 horas.

La reducción del número y duración de los episodios de sujeción mecánica tras la incorporación progresiva de intervenciones ambientales, podrían hacernos pensar en su eficacia y en la importancia de seguir trabajando sobre ello para reducir o eliminar este tipo de práctica. Los resultados de diferentes estudios llevados a cabo en entornos similares han demostrado los beneficios de implementar modelos o programas de intervención sobre el ambiente terapéutico, como el modelo Safewards o el Six Core Strategies, en la reducción de las situaciones de conflicto y el uso de la sujeción mecánica (10-13).

A pesar de que la utilización de estos modelos o programas estructurados están demostrando importantes avances, a nivel nacional y desde la perspectiva enfermera, aún es escasa la investigación. A través de este estudio se ha pretendido conocer el impacto de intervenciones sencillas, que fomenten la mejora del ambiente terapéutico, en la frecuencia y duración de las sujeciones mecánicas. Asimismo, se ha resaltado la importancia de la introducción de un registro estandarizado para los episodios de sujeción mecánica, ya que, además de permitir su análisis y reflexión, ha demostrado un aumento en la toma de conciencia del personal implicado sobre esta medida de coerción.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Beviá B, Girón M. Poder, estigma y coerción. Escenarios para una práctica no autoritaria en salud mental. *Rev Asoc Esp Neuropsiq.* 2017;37(132):321-9.
2. Gleerup CS, Østergaard SD, Hjuler RS. Seclusion versus mechanical restraint in psychiatry-a systematic review. *Acta Neuropsychiatr.* 2019;31(5):237-245.
3. AEN. Coerción y salud mental. Revisando las prácticas de coerción en la atención a las personas que utilizan los servicios de salud mental. Madrid: Cuadernos técnicos;2017.
4. Kalisova L, Raboch J, Nawka A et al. Do patient and ward-related characteristics influence the use of coercive measures? Results from the EUNOMIA international study. *Soc Psychiatr Epidemiol.* 2014;49(10):1619-29.
5. Guzmán J, Guzik J, García JA et al. Characteristics of psychiatric hospitalizations with multiple mechanical restraint episodes versus hospitalization with a single mechanical restraint episode. *Psychiatry Res.* 2016;244:210-3.
6. Reitan SK, Helvik AS, Iversen V. Use of mechanical and pharmacological restraint over an eight-year period and its relation to clinical factors. *Nordic J Psychiatr.* 2018;72(1):24-30.
7. McKenna B, McEvedy S, Maguire T et al. Prolonged use of seclusion and mechanical restraint in mental health services: A statewide retrospective cohort study. *Int J Ment Health Nurs.* 2017;26(5):491-9.
8. Kodal JS, Kjær JN, Larsen ER. Mechanical restraint and characteristics of patient, staff and shifts in a psychiatric ward. *Nord J Psychiatry.* 2018;72(2):103-108.
9. Mayoral F, Torres F, Hernández C, Barrios LF. Coercitive measures in Spanish psychiatric units (EUNOMIA). *BMC Psychiatry.* 2007;7(Suppl1):S45.
10. Väkiparta L, Suominen T, Paavilainen E, Kymä J. Using interventions to reduce seclusion and mechanical restraint use in adult psychiatric units: an integrative review. *Scand J Caring Sci.* 2019;33(4):765-778.
11. Guzmán J, Aguilera C, García JA et al. Effectiveness of a Multimodal Intervention Program for Restraint Prevention in an Acute Spanish Psychiatric Ward. *J Am Psychiatr Nurses Assoc.* 2016;22(3):233-241.
12. Stensgaard L, Andersen MK, Nordentoft M, Hjorthøj C. Implementation of the safewards model to reduce the use of coercive measures in adult psychiatric inpatient units: An interrupted time-series analysis. *J Psychiatr Res.* 2018;105:147-152.
13. Duxbury J, Baker J, Downe S et al. Minimising the use of physical restraint in acute mental health services: The outcome of a restraint reduction programme ('REsTRAIN YOURSELF'). *Int J Nurs Stud.* 2019;95:40-8.

AUTORES/AUTHORS:

Miren Arantza Burzaco Pérez, Urko Aguirre Larracochea, Itziar Atxxutegi Cárdenas, Yolanda López Puente, Catalina Echeandia Malaxechevarria

TÍTULO/TITLE:

Seguridad del paciente: valor predictivo del enfoque poblacional en la prevención de eventos adversos.

1. INTRODUCCIÓN

La estratificación del riesgo es una estrategia en seguridad del paciente que a través del análisis ayuda a identificar subgrupos poblacionales con necesidades y expectativas comunes con diferentes necesidades asistenciales.

2. OBJETIVOS

- Evaluar si la complejidad clínica asociada a los niveles de estratificación junto a la condición de paciente alertado puede predecir el suceso de un (EAE) relacionado con la dependencia y la fragilidad.
- Evaluar la capacidad predictiva de la aplicación de la metodología enfermera para la prevención de EAE.

3. MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes ingresados en un centro hospitalario de agudos entre el 1 de enero y hasta el 31 de diciembre de 2021 en base a la metodología NANDA, NIC, NOC. La extracción de la información del programa corporativo de cuidados de enfermería se obtuvo con Oracle Analytics Server®. Se utilizaron la media y desviación estándar para valores continuos; frecuencias y porcentajes para valores categóricas. Para la asociación entre las variables y el número de alertas que cada paciente tenía asignada, se utilizó el test no paramétrico de Kruskal-Wallis y el test de la chi-cuadrado. Para la predicción de: (1) caídas; (2) riesgos potenciales y (3) aparición de úlceras por presión (UPP), se desarrollaron modelos multivariantes de regresión logística. La medida de asociación fue el odds ratio (OR), con un intervalo de confianza al 95% (95% IC). Se evaluó la capacidad de discriminación de los modelos mediante el área bajo la curva ROC (AUC, siendo un AUC >,7 una discriminación aceptable) así como la calibración mediante el test de Hosmer-Lemeshow.

Todos los cálculos se han hecho mediante el programa estadístico SAS System v9.4. Se asumió significación estadística para p-valores <0,05.

4. RESULTADOS

Se analizaron 17458 pacientes [H 52,62 %; M 47,38%], de los cuales 7183 (41,14%)

[H 38,99% y un M 43,53%] no tienen ninguna alerta. De la muestra analizada, 1381 pacientes (72,80%) que tienen ≥ 3 alertas están en el primer nivel de estratificación, 437 (23,04 %) en 2º, 75(3,95%) en el 3º y un 4 (0,21%) en el 4º, (p< 0,001).

La edad media de los pacientes con alertas ≥ 3 es de 75,52 (DE: 13,43) años y de 61,12 (DE: 19,19) para los que no tenían ninguna alerta; p< 0,001).

La aplicación de la metodología enfermera, identifica el ser hombre (OR (95% IC): 1,17 (1,10 – 1,26)); edad >65 años; estar en el escalón 1 o 2, residenciado con alerta ICC y PPP como factores predominantes de predecir un EA relacionado con la dependencia y fragilidad.

Las variables predictores de la presencia de UPP son: la edad, ser residenciado, tener 2 o más alertas y presentar 5 o más riesgos relacionados.

la predicción de potenciales caídas se relaciona con los pacientes > 80 años, estar en el nivel 1 de estratificación, ser residenciado, sin alertas y tener más de 5 riesgos potenciales.

Todos los modelos presentaron valores de AUC superiores a 0,70, y mostraron buenas propiedades de calibración.

5. DISCUSIÓN

El nivel de estratificación junto a la activación de alertas en la Historia Clínica a diferentes poblaciones con una enfermedad o situación determinada, orienta al profesional sobre la repercusión funcional de la misma, los riesgos asociados y el desarrollo de un plan de cuidados para prevenir los EAE.

Para la prestación de unos cuidados seguros y de calidad es básico establecer un enfoque poblacional de los mismos establecer que permita identificar las necesidades de las personas, prevenir los eventos adversos evitables y elaborar un plan de cuidados basado en la evidencia existente, que se traduzca en resultados de salud y en calidad de vida.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- (1) Trabajo fin de grado Seguridad del paciente en los cuidados de enfermería (Nursing care in patient safety) .LuciaSolarRuiz
<https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/5108/SolarRuizL.pdf>
- (2) OMS Seguridad del paciente
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
- (3) Estrategia Nacional de la cronicidad 2010
- (4) Arcelay A, Martinez C, Iruretagoyena M. L, Aguirrebena J, Gonzalez R. M, Sancho J.A, Olascoaga A, Marques M. L, Ortueta P.J, Saenz de Ormijana A, Almeida V, Ezeizabarrena A, Garcia J. C, Irastorza L, Irurzun J, Lopez de Gauna P, Ruiz M. C y Del Valle M. L. La coordinación entre atención primaria y especializada desde la perspectiva de los profesionales. Investigación Comisionada. Vitoria-Gasteiz. Departamento de Sanidad y Consumo, Gobierno Vasco, 2009. Informe no: Osteba D-09-07.
- (5) Taxonomía NANDA, NOC, NIC
- (6) <https://www.bmj.com/content/372/bmj.m4786>
- (7) Rush JL, Ibrahim J, Saul K, Brodell RT. Improving Patient Safety by Combating Alert Fatigue. J Grad Med Educ. 2016;8(4):620-621. doi:10.4300/JGME-D-16-00186.1

Mesa 13: Estudiantes de enfermería

Session 13: Nursing student

AUTORES/AUTHORS:

Carmen Álvarez-Nieto, Cristina Álvarez-García, Laura Parra-Anguita, Sebastián Sanz-Martos, Isabel M López-Medina

TÍTULO/TITLE:

Sostenibilización curricular en el Grado en Enfermería: una intervención educativa.

Objetivos:

Los efectos del calentamiento global y el cambio climático pueden afectar negativamente a la salud pública y se están convirtiendo en importantes y urgentes problemas de salud pública (1). La realidad del cambio climático es inextricable de la salud humana. La crisis climática pone de manifiesto la necesidad de estar preparados para emergencias relacionadas con el clima, de contar con sistemas sanitarios sostenibles que puedan resistir estos desafíos y de comprender mejor los vínculos entre el clima y la salud. Los profesionales de la salud deben reconocer que la salud del medio ambiente es intrínseca a la salud humana y deben tratar de influir como individuos, como colectivo y a nivel político en beneficio de toda la humanidad (2). Las enfermeras tienen tres ventajas esenciales en este ámbito (3). En primer lugar, constituyen alrededor del 60% de los profesionales sanitarios de todo el mundo. En segundo lugar, las enfermeras gozan de confianza, ya que suelen ser el primer proveedor de atención sanitaria con el que se encuentra la gente cuando busca atención. En tercer lugar, están cerca de las personas más vulnerables al cambio climático. Las enfermeras son fundamentales para alcanzar los objetivos de desarrollo sostenible que, al igual que el marco de salud planetaria, se centran en la sostenibilidad medioambiental y el bienestar humano.

La enseñanza de la enfermería debe dotar a los estudiantes de los conocimientos y las habilidades que necesitan para promover de forma sostenible la salud y el bienestar de las generaciones actuales y futuras, así como del planeta (4).

Los escenarios interactivos han permitido a los estudiantes mejorar su conciencia, actitudes y comportamientos sobre los efectos del cambio climático en la salud más allá de la adquisición de conocimientos. La Universidad de Plymouth ha integrado la educación sanitaria sostenible en el plan de estudios de enfermería para reforzar la práctica clínica y las aptitudes de liderazgo, utilizando los recursos gratuitos y en línea de alfabetización y competencia en materia de sostenibilidad en la enseñanza de la enfermería (NurSusTOOLKIT) (<http://nursus.eu/>). El uso de estudios de casos, grupos de discusión, juegos de rol, simulaciones y sesiones de habilidades con escenarios de sostenibilidad y salud se utiliza para trabajar con grupos multidisciplinares que discuten temas de sostenibilidad (5). Además, pedagogías como el aprendizaje basado en problemas, en la práctica, en la indagación y en los proyectos, que abarcan los retos reales del cambio climático y sitúan a los estudiantes en el centro de la identificación y evaluación de las soluciones, pueden ayudar a facilitar el aprendizaje interdisciplinar (6). El uso de la realidad aumentada (RA) también ayuda a enriquecer los escenarios educativos con más información visual, sonora y virtual. La RA se está incorporando al sector educativo por su capacidad para transmitir visualmente conceptos abstractos y proporcionar información en 3D con objetos reales. La RA permite un aprendizaje activo y participativo al enriquecer los escenarios educativos reales, aumentar la motivación de los estudiantes y, como complemento a la simulación clínica, es eficaz para adquirir competencias de enfermería y se considera una oportunidad para promover el aprendizaje centrado en el estudiante (7).

Evaluar la efectividad de una intervención educativa usando aprendizaje basado en escenarios y realidad aumentada sobre el nivel de actitudes y concienciación hacia el cambio climático y la sostenibilidad en estudiantes del Grado en Enfermería.

Métodos:

Se diseñó un estudio cuasi experimental pre-post. La población de estudio fueron estudiantes de Grado en enfermería de la Universidad de Jaén durante tres cursos académicos consecutivos comenzando en 2019. Se impartieron sesiones usando el aprendizaje basado en escenarios y realidad aumentada para crear conciencia medioambiental y desarrollar competencias en sostenibilidad, cambio climático y salud (materiales de aprendizaje: <http://nursus.eu/>). Se usó el cuestionario validado "Sustainability Attitudes in Nursing Survey" (SANS_2) (8) para evaluar las actitudes de los estudiantes hacia la sostenibilidad medioambiental y adicionalmente preguntas sobre concienciación ambiental y sobre la utilidad, realidad percibida y pertinencia del enfoque pedagógico de sesiones y escenarios. El alumnado completó el cuestionario online en cuatro ocasiones: en la primera semana de su primer curso de grado, y tras 3 sesiones en los cursos 2º y 3º. Los cuestionarios fueron codificados para ser emparejados, manteniendo el anonimato del alumnado. Se realizó una comparación de las puntuaciones mediante el test de Wilcoxon para muestras pareadas.

Resultados:

La muestra estuvo formada por 96 estudiantes. El nivel de actitudes hacia el cambio climático y la sostenibilidad aumentaron significativamente ($p > 0,05$) a medida que los estudiantes recibían las sesiones de aprendizaje durante los tres años resultando excelente en los alumnos de 2º y 3º. Después de su primer periodo de formación clínica, los estudiantes mostraban una gran conciencia de las prácticas insostenibles en su entorno de trabajo, con un incremento estadísticamente significativo en las cuestiones de la escala SANS_2 antes y después de asistir a las prácticas sanitarias asistenciales (6.05 vs 6.70; 5.79 vs 6.46; $P < 0.01$) sin embargo, todavía les costaba aplicar la sostenibilidad y abordar las prácticas insostenibles en los entornos sanitarios. La mayoría de los estudiantes (90%) consideraron que este enfoque de aprendizaje basado en escenarios y usando realidad aumentada les ayudó a establecer vínculos entre el cambio climático, los recursos y la salud.

Discusión:

En el presente estudio se observó un aumento significativo de las actitudes generales. A medida que aumenta su formación, mejoran las actitudes hacia la importancia del cambio climático y la sostenibilidad en su formación como enfermeras, un hallazgo que coincide con los de otros autores (9). Con el fin de aumentar la conciencia y las actitudes medioambientales, temas como la gestión de residuos o el uso sostenible de los recursos durante el desempeño de la práctica enfermera deberían ser incorporados en los programas de formación de la titulación de enfermería. Las sesiones sobre sostenibilidad, cambio climático y salud implementadas para los estudiantes de enfermería pretenden resaltar su relevancia para una práctica profesional enfermera sostenible y aumentar la conciencia y las actitudes medioambientales para actuar contra el cambio climático y sus efectos en la salud. El uso del aprendizaje basado en escenarios y la realidad aumentada ha resultado muy útil para la adquisición de competencias en cuidados climáticamente inteligentes.

Como futuras líneas de investigación, proponemos seguir evaluando las actitudes y la conciencia ambiental de los estudiantes tras la finalización de todas las prácticas clínicas, especialmente para evaluar las competencias para cuestionar el impacto ambiental de las prácticas que encuentran durante su formación. Además, es necesario diseñar y realizar estudios cualitativos para explorar las experiencias y percepciones de los estudiantes al aplicar estas competencias ambientales en el ámbito clínico.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Referencias

- 1- Ergin E, Altinel B, Aktas E. A mixed method study on global warming, climate change and the role of public health nurses from the perspective of nursing students. *Nurse Educ Today*. 2021;107:105144. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2021.105144>
- 2- Norman I, Griffiths P. Nurses save the planet. *Int J Nurs Stud*. 123. England 2021. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.104061>
- 3- Butterfield P, Leffers J, Vasquez MD. Nursing's pivotal role in global climate action. *BMJ-Brit Med J*. 2021;373:5. <https://doi.org/10.1136/bmj.n1049>
- 4- Shaw E, Walpole S, McLean M, Alvarez-Nieto C, Barna S, Bazin K, et al. AMEE Consensus Statement: Planetary health and education for sustainable healthcare. *Med Teach*. 2021;43(3):272-86. <https://doi.org/10.1080/0142159x.2020.1860207>
- 5- Lopez-Medina IM, Álvarez-Nieto C, Grose J, Elsbernd A, Huss N, Huynen M, et al. Competencies on environmental health and pedagogical approaches in the nursing curriculum: A systematic review of the literature. *Nurse Educ Pract*. 2019;37:1-8. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2019.04.004>
- 6- Thew H, Graves C, Reay D, Smith S, Petersen K, et al. Mainstreaming Climate Change Education in UK Higher Education Institutions 2021.
- 7- Mendez KJ, Piasecki RJ, Hudson K, Renda S, Mollenkopf N, Nettles BS, et al. Virtual and augmented reality: Implications for the future of nursing education. *Nurse Educ Today*. 2020;93:104531. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2020.104531>
- 8- Richardson J, Heidenreich T, Álvarez-Nieto C, Fasseur F, Grose J, Huss N, et al. Including sustainability issues in nurse education: A comparative study of first year student nurses' attitudes in four European countries. *Nurse Educ Today*. 2016;37:15-20. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.11.005>

9- Aronsson J, Clarke D, Grose J, Richardson J. Student nurses exposed to sustainability education can challenge practice: A cohort study. *Nurs Health Sci.* 2020;22(3):803-11. <https://doi.org/10.1111/nhs.12734>

AUTORES/AUTHORS:

Margarita Garrido, Rosa María Fuentes, M^a José Díaz, M^a José Simón

TÍTULO/TITLE:

¿SABEN ESCUCHAR NUESTROS ESTUDIANTES A LOS PACIENTES?

Introducción: La capacidad de escuchar a los pacientes, determina la calidad de la atención y la percepción de satisfacción que estos sienten. En la literatura se describen distintos estilos de escucha (centrados en la persona, contenido, acción o tiempo), que podrían tener influencia sobre la competencia empática de las enfermeras y sin embargo su efecto no ha sido suficientemente estudiado.

Objetivo: evaluar la capacidad empática y el estilo de escucha predominante, así como la relación entre ambas variables, en una muestra de estudiantes de enfermería.

Metodología: estudio trasversal, realizado en una muestra de conveniencia de estudiantes de enfermería matriculados en la Facultad de Enfermería del campus de Cuenca. Criterio de inclusión: experiencia clínica por haber realizado prácticas. Se evaluaron: variables sociodemográficas (edad y sexo), así como la capacidad de empatía mediante la escala "Jefferson Scale of Empatía para profesionales de la salud" (1) y los estilos de escucha predominantes con la escala "The Listening Styles Profile" (2). Se hicieron análisis descriptivos y correlaciones para testar la asociación entre empatía y los estilos de escucha.

Resultados: la muestra fue 446 estudiantes de enfermería (20,4 % fueron hombres), con una media de edad de 22,8±4 años. La media de empatía fue 118,0±12,2 y con respecto a los estilos de escucha encontramos: estilo centrado en las "Persona" (12,5 ±1,8), en el "Contenido" (9,1±2,2), en la "Acción" (7,5±2,7) y en el "Tiempo" (4,8±2,8). Las correlaciones entre empatía y estilos de escucha señalan una asociación positiva con el estilo centrado en la "Persona" (0,298**) y negativa con los estilos de "Acción (-0,123*) y Tiempo (-0,319**).

Discusión: coincidimos con la literatura que señala que los estudiantes de enfermería puntúan mejor en empatía que los de otras ciencias de la salud (3). y que se aprecia una relación directa entre un estilo centrado en la persona y empatía (4). El estilo de escucha centrado en "Persona" implica tener interés y preocupación en las emociones de la persona que se está escuchando, respondiendo a sus problemas y preocupaciones, razón por la que está estrechamente relacionado con la capacidad empática, incluso algunas investigaciones lo consideran predictor de empatía (5). Una estrategia dirigida a fomentar la empatía puede ser entrenar a los estudiantes para que sean conscientes de su forma de escuchar.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- [1] Hojat M, LaNoue M. Exploration and confirmation of the latent variable structure of the Jefferson scale of empathy. *Int J Med Educ.* 2014; 5 :73–81.
- [2] Bodie GD, Worthington DL. Revisiting the listening styles profile (lsp-16): A confirmatory factor analytic approach to scale validation and reliability estimation. *Int J List.* 2010; 24(2):69–88.
- [3] Díaz MJ: Validation to the Spanish of the Jefferson empathy scale health professions students version and its psychometric, properties in nursing students. *Nurse education and practice.* 2019; 40:
- [4] Brown T, Boyle M, Williams B, Molloy A, Palermo C, McKenna L, et al. Predictors of empathy in health science students. *J Allied Health.* 2011; 40 (3):143–9.
- [5] Ward J. The empathy enigma: Does it still exist? Comparison of empathy using students and standardized actors. *Nurse Educ.* 2016;41(3):134–8.

AUTORES/AUTHORS:

Marta Berenguer-Poblet, José Fernández Sáez, Elisenda Reixach Espauella, Erik Andrés Reig, Natividad Cañellas Reverté, Silvia Reverté-Villarroya, Daniel Pérez Soriano, Núria Albacar-Rioboó, Gerard Mora-López

TÍTULO/TITLE:

Prueba piloto en competencias digitales de los alumnos de grado de enfermería

Objetivos

Analizar el nivel actual de competencias digitales de los estudiantes del Grado de enfermería del Campus Terres de l'Ebre de la Universidad Rovira i Virgili (URV).

Métodos

Estudio observacional descriptivo de la aplicación de un test en competencias digitales basado en el nivel medio de la Acreditación de competencias en tecnologías de la información y la comunicación (ACTIC) de la Generalitat de Catalunya, mediante una prueba piloto. Se realizó a través de la plataforma digital Moodle durante los meses de marzo y abril de 2022.

La población objeto de estudio se compuso por los 309 alumnos/as de los cuatro cursos del Grado de enfermería de la URV (Campus Terres de l'Ebre) del curso académico 2021-22 que aceptaron participar voluntariamente en el estudio. Se administró un instrumento ad-hoc en un entorno virtual que recogió las variables sociodemográficas, académicas y competenciales sobre las TIC: Edad (clasificada en 17-25, 26-35, 36-45, >45), sexo (hombre, mujer, no binario), curso (1º, 2º, 3º, 4º), asignatura de Tecnologías de la Información y comunicación (TICSIC) (si/no), estudios previos (si/no), actividad laboral (si/no), autopercepción competencias digitales (básico, medio, avanzado, sin conocimientos), certificación ACTIC-2 (si/no/otros/no sé qué es), entre otros.

El criterio de selección de la muestra fue haber cursado la asignatura TICSIC en la URV.

La descripción de las variables se realizó mediante frecuencia y porcentaje. Para detectar diferencias estadísticamente significativas se usó el test de diferencia de proporciones y se utilizó el paquete estadístico SPSS v.22 (licencia URV).

Se aplicaron las directrices de la declaración de Helinsky. Todos los participantes incluidos en el estudio aceptaron voluntariamente la participación en el mismo. Se obtuvo el dictamen favorable del Comité ético de investigación en personas, sociedad y medio ambiente de la URV (CEIPSA-2021-PR-0053).

Resultados

La muestra se conformó por 146 alumnos representando el 47,24% del total, de los cuales el 86,6% fueron mujeres. La mayoría de las participantes se situaron en el intervalo de edad de 17-25 años. La vía de acceso mayoritaria a la universidad fue mediante las PAU (73,2 %).

Seguendo la clasificación ACTIC, los alumnos se autopercebieron en un 52,1% usuario básico, el 43,7% usuario medio y el 4,2% usuario avanzado. Tan solo el 2,1% reportó tener la certificación ACTIC-2.

Los resultados de la prueba piloto indicaron que, del total de la muestra, el 80% de los alumnos tenían un nivel de competencias digitales básico, mientras que el 20% lo tenía medio, de cual, el 75% eran menores de 35 años. De los cuatro cursos académicos los que tuvieron mejores resultados fueron los alumnos de primer y segundo año. Los de primero en nivel medio y los de segundo en nivel básico. El 24% de los alumnos con nivel medio manifestó haber trabajado en el sector salud.

No se encontraron diferencias significativas en cuanto al sexo ($p=0,889$). Aunque, se encontraron diferencias estadísticamente significativas con la edad, presentando un nivel de competencias medio los alumnos entre 26-35 años ($p=0,039$).

Discusión

El objetivo del trabajo fue analizar el nivel actual de competencias digitales mediante una prueba piloto y los resultados indicaron que las mejores puntuaciones las obtuvieron los alumnos de 1º y 2º curso probablemente influido por haber cursado más recientemente la asignatura de TICS.

Los resultados preliminares indican que no existen diferencias significativas en cuanto al sexo, rompiendo así algunos prejuicios que todavía pueden permanecer en algunos sectores de la sociedad.

Cabe destacar que la edad puede ser un factor importante, los alumnos entre 26 y 35 años presentan unos niveles competenciales mejores que los alumnos más noveles (17-25 años) o los seniors (>45 años). Pudiendo estar relacionado según los resultados con haber trabajado en el sector salud y poseer el certificado ACTIC.

No obstante, cabe resaltar la diferencia entre la autopercepción de las competencias digitales y las competencias digitales que realmente tienen según los resultados obtenidos en el cuestionario.

Así pues, los resultados del nivel de competencia digitales obtenido podrá orientar la formación de la asignatura TICs, incluida en el plan de estudios del grado de enfermería y así garantizar un nivel adecuado de competencias digitales en los futuros profesionales sanitarios.

Son necesarios estudios longitudinales de una misma cohorte y multicéntricos que permitan reforzar los resultados obtenidos.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. (2022). Fòrum de diàleg professional.

https://salutweb.gencat.cat/ca/el_departament/eixos-xiv-legislatura/forum-dialeg-professional/

Generalitat de Catalunya. (2022). ACTIC. Competències, nivells i certificats.

https://actic.gencat.cat/ca/actic_informacio/actic_competencies_i_nivells/

Tic Salut Social. Generalitat de Catalunya. (n.d.). Projecte COMPDIG-Salut/Repte 4 FDP. Retrieved September 26, 2022, from

https://ticsalutsocial.cat/es/project/compdig_salut/

Universitat Rovira i Virgili. (2022). Grau d'infermeria.

<https://www.urv.cat/ca/estudis/graus/oferta/plans/ciencies-salut/infermeria-grau-2016/>

AUTORES/AUTHORS:

Kenza Laroussy, Yolanda Castellano, Ariadna Feliu, Marcela Fu, Mercè Margalef, Olena Tigova, Esteve Fernandez, Cristina Martínez

TÍTULO/TITLE:

Cambios en el patrón de consumo de tabaco en una cohorte de estudiantes de enfermería de Cataluña.

Introducción: Los jóvenes pueden transitar por diversos estados en relación con el uso del tabaco incluyendo la iniciación, abandono y mantenimiento de diversos productos de tabaco.

Objetivos: Analizar los cambios en el patrón de consumo de tabaco en una cohorte de estudiantes de enfermería y describir las transiciones en el consumo de productos de tabaco.

Métodos: Estudio de cohortes prospectivo realizado en estudiantes de enfermería de Cataluña. La cohorte se inició en el curso 2015-2016 (n=4.381) y el seguimiento se realizó tres años más tarde (n=1.252). Las principales variables de estudio fueron las transiciones en el consumo entre los participantes que eran fumadores en el inicio del estudio y en el seguimiento: (i) de fumador diario a fumador ocasional; (ii) de fumador ocasional a fumador diario y; (iii) reducción del consumo de tabaco (de al menos 5 cigarrillos al día). Se realizaron modelos de regresión logística (odds ratio – OR– e intervalos de confianza – IC– al 95%) para determinar los predictores del cambio.

Resultados: En la cohorte de estudiantes de enfermería, se identificaron a 198 participantes que eran fumadores en el estudio basal y que continuaron fumando en el seguimiento. El 12,1% (n=17) de los fumadores diarios en el estudio basal transitaron a fumadores ocasionales en el seguimiento. De los fumadores ocasionales, el 36,2% (n=21) pasaron a ser fumadores diarios en el seguimiento. Del total de los fumadores (diarios y ocasionales juntos), el 60,8% (n=115) redujeron su consumo de tabaco en al menos 5 cigarrillos al día. En cuanto a los cambios en el consumo de los diversos productos de tabaco, el 21% y el 28% de los que fumaban sólo cigarrillo manufacturado o sólo tabaco de liar, respectivamente, pasaron a consumir ambos productos simultáneamente en el seguimiento.

Discusión: Los estudiantes fumadores de esta cohorte han experimentado diversos cambios en su patrón de consumo del tabaco tras tres años de seguimiento, reduciendo el número de cigarrillos y aumentando el consumo de cigarrillos de liar. La universidad puede ser el contexto ideal para impulsar la cesación tabáquica en los estudiantes, especialmente en los alumnos de ciencias de la salud, dado su importante rol en el control del tabaco.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (US) Office on Smoking and Health. (2012). Preventing Tobacco Use Among Youth and Young Adults: A Report of the Surgeon General. Centers for Disease Control and Prevention (US).

Mesa 14: Mujeres y niños

Session 14: Women and Children

AUTORES/AUTHORS:

Junyang Song, Paloma Madrid Prieto, Azucena Pedraz Marcos

TÍTULO/TITLE:

Cross-cultural adaptation of the Perinatal Bereavement Care Confidence Scale (PBCCS) to the Spanish context

Objective: To carry out the cross-cultural adaptation of the scale (PBCCS) to the Spanish context, as well as to evaluate its content validity.

Method: Improving the confidence of midwives and nurses can help improve the quality of perinatal bereavement care. In Spain, there are still no tools to measure the self-confidence of healthcare workers involved in perinatal bereavement care. The Perinatal Bereavement Care Confidence Scale (PBCCS) with adequate psychometric properties developed by Dr Felicity Kalu in Ireland appears to be linked to measuring the confidence of midwives and other healthcare professionals.

According to Epstein, from the review of 31 guidelines for cross-cultural adaptation of a scale, there is no standard method for adaptation. A method was designed based on the proposal of Beaton et al., which consists of four stages: Translation, expert review and synthesis of translations, back-translation and content validity. The evaluation of content validity was carried out by the same group of experts, the content validity index (CVI), the Kappa statistic (K) and the content validity ratio (CVR) were calculated.

Results: The Spanish version obtained (ECCDP: Escala de confianza frente al cuidado del duelo perinatal) has an S-CVI/Ave of 0.93 and consists of 43 total items, classified into four dimensions (1. Perinatal bereavement knowledge, 2. Skills for providing perinatal bereavement support, 3. Self-awareness, 4. Organizational support), maintaining the same structure as the original scale. 37 of 43 items showed an I-CVI with values above 0.78. Forty-two items had a positive CVR value. The only item one with a negative CVR (-0.25) was "I can provide spiritual care to bereaved parents". The purpose of this item was to assess confidence in providing spiritual care to parents. For more than half of the experts, providing spiritual care to parents was not a necessary skill for health professionals.

Discussion: The ECCDP scale preserves the equivalence with the original version and is an instrument with adequate content validity to measure the level of confidence of nurses (midwives and neonatal nurses) in perinatal bereavement care in Spain. Healthcare professionals can identify gaps in their own knowledge or skills through the confidence assessment, thus identifying educational and support needs. Also, the result of the evaluation of confidence for perinatal bereavement care can encourage institutions to reflect and improve the support provided to health professionals in perinatal death care. A pilot test with large, multidisciplinary sample to determine construct validation is recommended. The authors declare that they have no conflict of interest.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures: Spine [Internet]. diciembre de 2000 ;25(24):3186-91.

Doherty J, Cullen S, Casey B, Lloyd B, Sheehy L, Brosnan M, et al. Bereavement care education and training in clinical practice: Supporting the development of confidence in student midwives. Midwifery [Internet]. 1 de noviembre de 2018;66:1-9.

Epstein J, Santo RM, Guillemin F. A review of guidelines for cross-cultural adaptation of questionnaires could not bring out a consensus. J Clin Epidemiol [Internet]. abril de 2015 ;68(4):435-41.

Fehring R. Methods to validate nursing diagnoses. Heart Lung [Internet]. 1987; No.6(16).

Kalu FA, Larkin P, Coughlan B. Development, validation and reliability testing of 'Perinatal Bereavement Care Confidence Scale (PBCCS)'. Women Birth [Internet]. julio de 2020 ;33(4):e311-9.

Lawshe CH. A QUANTITATIVE APPROACH TO CONTENT VALIDITY. Pers Psychol. diciembre de 1975;28(4):563-75.

Lynn MR. Determination and Quantification Of Content Validity: Nurs Res [Internet]. noviembre de 1986 ;35(6):382-5.

Martínez-Serrano P, Pedraz-Marcos A, Solís-Muñoz M, Palmar-Santos AM. The experience of mothers and fathers in cases of stillbirth in Spain. A qualitative study. Midwifery. octubre de 2019; 77: 37-44.

Shakespeare C, Merriel A, Bakhbaki D, Banaszova R, Barnard K, Lynch M, et al. Parents' and healthcare professionals' experiences of care after stillbirth in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-summary. BJOG Int J Obstet Gynaecol

[Internet]. 2019 ;126(1):12-21.

Shrotryia VK, Dhanda U. Content Validity of Assessment Instrument for Employee Engagement. SAGE Open [Internet]. enero de 2019 ;9(1):215824401882175.

AUTORES/AUTHORS:

ANA BELÉN DÍEZ ÁLVAREZ, JOAQUÍN MENCHACA MUÑIZ, M^aANTONIA JIMÉNEZ MARTOS, MARTA EVA LAIZ RODRÍGUEZ, ANDREA SUÁREZ BANCIELLA, SILVIA MARTÍNEZ VILLAMEA

TÍTULO/TITLE:

INTERVENCIONES ENFERMERAS EN LA ATENCIÓN AL DUELO PERINATAL A TRAVÉS DE LOS REGISTROS DE LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA

INTRODUCCIÓN

El proceso del DUELO perinatal y/o gestacional es complejo; incluye respuestas y conductas emocionales, físicas, espirituales, sociales e intelectuales mediante las cuales las familias deben afrontar en su vida diaria situaciones complejas ante una pérdida real, anticipada o percibida de un ser querido, incluso nonato (1). El concepto de pérdida perinatal, incluye las pérdidas ocurridas en cualquier momento de la gestación hasta los primeros 28 días de vida (2). La Organización Mundial de la salud establece las siguientes definiciones:

- Muerte fetal temprana: la referida a fetos menores de 22 semanas de gestación y/o 500gramos de peso. Refiriéndose así a los “abortos”.
- Muerte fetal intermedia: comprende los fetos de entre 22-28 semanas de gestación y/o peso entre 550-999 gramos.
- Muerte fetal tardía: incluye muertes fetales a partir de los 1000gramos de peso y/o mayores de 28 semanas completas de gestación.

Existen varias intervenciones que han demostrado ser eficaces a la hora de facilitar el proceso natural del duelo por el que deben pasar las familias (3), para lo que es necesario formar a los profesionales presentes en el momento del fallecimiento (4), que no siempre tienen los recursos necesarios.

Los expertos abogan por que exista un protocolo para el abordaje de este tipo de evento (5). En España, en el año 2011, se introduce por primera vez la atención a la muerte y al duelo perinatal en las estrategias nacionales (6). Sin embargo, son muy pocas todavía las Comunidades Autónomas que han desarrollado protocolos de actuación a pesar de la transcendencia de estos, ya que la muerte perinatal/gestacional afecta no solo a las familias que lo sufren sino también a los profesionales sanitarios implicados en el proceso (7).

Dado el impacto social que supone un duelo para el entorno familiar y el impacto en los profesionales, parece interesante realizar un estudio que analice las intervenciones enfermeras que se están realizando en el Área IV en estas situaciones y, recoger información sobre las necesidades de mejora para favorecer el trato humanizado en las situaciones de duelo perinatal y/o gestacional mejorando la satisfacción tanto de los usuarios como de los profesionales implicados, así como aplicar los cuidados, con la mayor evidencia científica disponible, en el abordaje del duelo perinatal/gestacional.

OBJETIVOS

Objetivo principal:

-Identificar las intervenciones documentadas a través del plan de cuidados para el abordaje de las situaciones de duelo perinatal y/o gestacional.

Objetivos secundarios:

-Conocer las características de las pacientes que sufren una pérdida gestacional o perinatal, identificando aquellas que son diagnosticadas de “Duelo” y “Duelo (familia)” en la HCE.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo retrospectivo, mediante la revisión de Historias Clínicas Electrónicas de aquellas pacientes que sufrieron una pérdida gestacional o perinatal, y fueron ingresadas en el Hospital Universitario Central de Asturias, entre el 1 de enero de 2015 y el 31 de diciembre de 2019.

Para cada una de las pacientes, se exploraron las siguientes variables: edad, edad gestacional, embarazos y abortos previos y número de hijos, además del motivo de fallecimiento. De la valoración enfermera se recogieron las siguientes variables: detección de signos de riesgo social y creencias religiosas. En cuanto a los Diagnósticos Enfermeros, se recogió en cada paciente el Diagnóstico “Duelo” y “Duelo (familia)”, los NOC asociados a cada diagnóstico “Equilibrio emocional” y “Resolución de la aflicción” y las intervenciones “Facilitar el duelo”, “Apoyo emocional” y “Presencia”.

Para todas las variables se realizó un análisis descriptivo de la muestra, con frecuencias y porcentajes. En cuanto al análisis inferencial, se intentó relacionar la edad de la madre y la edad gestacional con la activación del Diagnóstico “Duelo”, para lo que se utilizó la prueba T-Student; y los signos de riesgo social y creencias religiosas con la activación de dicho diagnóstico, para lo que se utilizó la prueba chi-cuadrado.

Para la realización del estudio, se solicitó autorización al Comité de Ética de la Investigación con Medicamentos (CEIM) del Principado de Asturias. En todo momento se cumplió la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales y los investigadores del estudio obtuvieron los datos de las HCEs previamente pseudonimizados.

RESULTADOS

Se contabilizaron un total de 773 abortos, con una media de 154 abortos/año. El porcentaje de abortos por debajo de la semana 22 de gestación fue de 79,2%. En lo que se refiere a la población de mujeres que abortaron, la edad media de dichas mujeres fue de 35,04 +/- 5,8. El diagnóstico más habitual fue el aborto retenido, seguido de la interrupción voluntaria del embarazo y del aborto espontáneo incompleto. Un 53% de las mujeres habían tenido abortos previos. En lo que se refiere a la Valoración de Enfermería, en un 34,6% de las HCE se había registrado la existencia de signos de riesgo social, y en un 43,2% estaba cubierta la existencia de creencias religiosas que deberíamos respetar. Sólo un 7,7% de las mujeres obtuvieron un diagnóstico de Duelo, y en un porcentaje similar recibieron la intervención de Apoyo Emocional y de Presencia. Ninguna de las mujeres obtuvo el diagnóstico de Duelo (Familia), ni ninguna de sus intervenciones.

En cuanto a los neonatos, se contabilizaron un total de 34 fallecidos, lo que supone una media de 7 neonatos fallecidos/año. Entre la población de neonatos fallecidos, el motivo principal del fallecimiento fue la inmadurez extrema. Dentro de la Valoración de Enfermería, un 35,3% tenían registrados los signos de riesgo social y un 23,5% tenían registrada la existencia de Creencias Religiosas que se debieran respetar. Sólo en un 17,2% aparecía el diagnóstico de Duelo, en todos los cuales se había activado el NOC Facilitar el duelo a través de las intervenciones Apoyo emocional y Presencia. En ninguno de los casos aparecía el diagnóstico de Duelo (familia).

Finalmente, se contabilizaron un total de 69 mortinatos, lo que supone una media de 13,8 nacidos muertos cada año. El motivo principal del fallecimiento fue la muerte intrauterina, no aplicable o no especificado. El 43% de los fallecimientos se produjeron a partir de la semana 38 de gestación. Dentro de la valoración de enfermería, ninguna de las madres tenía registrada la presencia o no de signos de riesgo social, y tan sólo el 6,7% tenían registradas sus creencias religiosas. En un 20,3% de las madres se había activado el diagnóstico de duelo, en todos los cuales se había activado el NOC Facilitar el duelo a través de las intervenciones Apoyo emocional y presencia. En un 2,9% de las madres se había activado también el diagnóstico de Duelo (Familia), con las NOC e intervenciones asociadas al diagnóstico.

En cuanto a la relación entre las variables, no se encontraron diferencias significativas entre ninguna de las variables (edad de la

madre, edad gestacional, signos de riesgo social y creencias religiosas) y la activación del Diagnóstico "Duelo".

DISCUSIÓN E IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA

El diagnóstico de Duelo se utiliza de forma muy limitada en el Hospital. El mayor porcentaje de activación del Diagnóstico y sus intervenciones está entre la población de madres de hijos mortinatos. En nuestro estudio, no existieron variables asociadas a las madres que pudieran favorecer la activación del diagnóstico. Se puede relacionar el escaso registro con la inexistencia de protocolos específicos de atención al Duelo Perinatal. Entre las limitaciones del estudio se incluye la falta de registros adecuados en algunas historias clínicas.

Tanto la intensidad como la complejidad de la atención al Duelo Perinatal hacen que se deba considerar esta situación de interés especial (8). Este estudio evidencia una falta de protocolos específicos que favorezcan un trato humanizado, y ha contribuido a elaborar un protocolo de aplicación en todo el Servicio de Salud de Asturias.

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Cassidy P. La vida social del bebé no-nato: la comprensión de la naturaleza del duelo perinatal. Rev Muerte y Duelo Perinatal. 2017; 2: 29-36.
2. Varios autores. Para que cada bebé cuente: auditoría y examen de las muertes prenatales y neonatales. Suiza. Organización Mundial de la Salud. 2017. ISBN: 978-92-4-351122-1
3. Paraiso Pueyo E, Gonzalez Alonso A V, Botigué T, Masot O, Escobar Bravo M Á, Lavedan Santamaria A. Nursing interventions for perinatal bereavement care in neonatal intensive care units: A scoping review. Int Nurs Rev. 2021; 68(1): 122-137.
4. Doherty J, Cullen S, Casey B, Lloyd B, Sheehy L, Brosnan M, Barry T, McMahon A, Coughlan B. Bereavement care education and training in clinical practice: Supporting the development of confidence in student midwives. Midwife. 2018; 66:1-9.
5. Páez Cala M L, Arteaga Hernández L F. Duelo por muerte perinatal. Necesidad de una atención diferencial e integral. Arch. Med. 2019; 32-45.
6. VVAA. Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. España. 2011.
7. Steen SE. Perinatal death: bereavement interventions used by US and Spanish nurses and midwives. Int J Palliat Nurs. 2015;21(2):79-86.
8. Wool C, Catlin A. Perinatal bereavement and palliative care offered throughout the healthcare system. Ann Palliat Med. 2019; 8(1):S22-S29.

AUTORES/AUTHORS:

Sara Monteiro, Ernestina Silva, Daniel Silva

TÍTULO/TITLE:

Estrategias que promueven el sueño del recién nacido en unidades de cuidados intensivos neonatales: Revisión de alcance

1. Objetivo:

Mapear las estrategias que promueven el sueño de los recién nacidos (RN) en la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN).

2. Criterios de inclusión y exclusión de estudios:

Criterios de inclusión: artículos que mencionen en el título y resumen estrategias que promueven el sueño en RN hospitalizados en la UCIN, independientemente de la edad gestacional al nacer, disponibles en texto completo, publicados entre 2017-2022, en portugués, inglés o español.

Criterios de exclusión: artículos cuya población tuviera más de 28 días de vida y como objetivo el sueño de enfermeros o padres de RN hospitalizados en la UCIN.

3. Plan y estrategia de búsqueda:

La estrategia de investigación y la identificación de los estudios se llevó a cabo en dos fases. En el primero, se realizó una búsqueda en las bases de datos CINAHL Complete e PubMed, con el fin de identificar los descriptores sobre la promoción del sueño en RN. En la segunda fase, se realizó una búsqueda en las bases de datos PubMed, LILACS, CINAHL Complete e B-On en título y resumen, utilizando la expresión (newborn or neonate or premature or preterm) AND (sleep) AND (intensive care units, neonatal).

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

Esta revisión scoping se llevó a cabo basándose en el método propuesto por el Instituto Joanna Briggs (Peters et al., 2020) y se redactó utilizando Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR) (Tricco et al., 2018).

Tras la búsqueda, todas las citas identificadas se transfirieron a Endnote V7.7.1 (Clarivate Analytics, PA, USA) y se eliminaron los duplicados. Para evaluar su elegibilidad, los títulos y resúmenes fueron revisados por dos revisores independientes.

Obtuvimos 178 artículos. De estos, 43 fueron excluidos por ser duplicados y 108 por lectura del título o resumen. Fueron elegibles 27 para leer el artículo completo y 19 fueron excluidos en esta etapa por no responder al objetivo. Se incluyeron 9 artículos para la extracción de datos.

5. Métodos para extraer y sintetizar los datos de la revisión:

Los datos fueron extraídos por revisores independientes. Extraídos fueron: autor y año, país, título, tipo de estudio, objetivos del estudio y resultados.

Finalmente, los resultados se agruparon en una tabla y se acompañaron de una síntesis narrativa para lograr el objetivo de la revisión.

6. Resultados:

De la síntesis de los estudios, surgió lo siguientes estrategias para promover el sueño del RN en la UCIN: control de la luz y el ruido, concentración del cuidado, respeto al sueño y vigilia del RN, contención, succión no nutritiva, masaje, posicionamiento adecuado, método canguro, técnica Yakson y suave toque humano.

7. Discusión:

La evidencia destaca que las estrategias de promoción del sueño más comunes en los RN son aquellas relacionadas con el mantenimiento del ambiente de la UCIN, con especial énfasis en la reducción del ruido y la luz. Destacamos la importancia de utilizar intervenciones de enfermería dirigidas a los cuidados neuroprotectores, planificando los cuidados para ser prestados de forma personalizada y combinar los cuidados médicos y de enfermería, respetando el desarrollo y ritmo del RN.

Palabras clave: enfermagem pediátrica; recém-nascido pré-termo; recém-nascido; sono; unidades de cuidados intensivos neonatais.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Altimier, L., & Phillips, R. (2016). The neonatal integrative developmental care model: Advanced clinical applications of the seven core measures for neuroprotective family-centered developmental care. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 16(4), 230–244. <https://doi.org/10.1053/j.nainr.2016.09.030>
- Peters, M. D., Godfrey, C., McInerney, P., Munn, Z., Tricco, A. C., & Khalil, H. (2020). Chapter 11: Scoping Reviews (2020 version). In Aromatitaris E., & Munn, Z. (Edits.). *JB I Manual for Evidence Synthesis*, (pp. 406-450). JBI. <https://synthesismanual.jbi.global>
- Tricco, A. C. et al. (2018). PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Ann Intern Med*, 169(7), 467-473. <https://doi.org/10.7326/M18-0850>
- Valizadeh, S., Hosseini, M., Jafarabadi, M., Mirnia, K., Saeidi, F., & Jabraeeli, M. (2017). Comparison of 2 methods of light reduction on preterm Infants` sleep pattern in NICU: A randomized controlled trial. *Crescent Journal of Medical and Biological Sciences*, 4(4), 211-216. eISSN 2148-9696
- Zores, C., Dufour, A., Pebayle, T., Dahan, I., Astruc, D., & Kuhn, P. (2018). Observational study found that even small variations in light can wake up very preterm infants in a neonatal intensive care unit. *Acta Paediatrica*, 107(7), 1191–1197. <https://doi.org/10.1111/apa.14261>

AUTORES/AUTHORS:

María Gema Cid Expósito, Almudena Alameda Cuesta, M^a Teresa Alcolea Cosín, Ana Talavera Saez, Cristina Oter Quintana

TÍTULO/TITLE:

VALIDACIÓN DE LAS INTERRELACIONES DEL DIAGNÓSTICO ENFERMERO CONDUCTA DESORGANIZADA DEL LACTANTE CON 15 RESULTADOS NOC

OBJETIVO

Según datos de la Organización Mundial de la Salud cada año nacen quince millones de niños de forma prematura, es decir, antes de las 37 semanas de gestación. Si bien es cierto que los avances científicos y tecnológicos en la asistencia neonatal, han conseguido disminuir la tasa de mortalidad de este grupo heterogéneo (prematuros extremos con edades gestacionales inferiores a 28 semanas, grandes prematuros entre 28 y 32 semanas, prematuros moderados entre 33 y 34 semanas y prematuros tardíos entre 35 y 36 semanas de gestación), se pueden producir secuelas, sobre todo en áreas del neurodesarrollo, que pueden generar discapacidades cognitivas, motoras y conductuales a corto, medio y largo plazo (1, 2).

El ambiente de una unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN) impacta de forma nociva y estresante sobre los recién nacidos prematuros a nivel del macroambiente y del microambiente. Éstos no sólo ven interrumpidos sus procesos normales de desarrollo intrauterino, si no que han de enfrentarse a múltiples estímulos desfavorables extraútero. La autorregulación, entendida como la capacidad del RN para ajustarse con su entorno que permita/favorezca su crecimiento y desarrollo, ha de encontrar un equilibrio entre la gestión de los estímulos ambientales y la capacidad de generar conductas organizadas en ese ambiente, de forma que se produzca el desarrollo de las distintas funciones ejecutivas y un crecimiento adecuado (3).

La literatura indica que la documentación sistemática del proceso de atención enfermero a través de clasificaciones estandarizadas como las taxonomías NANDA-I y NOC, puede evaluar de forma más precisa los resultados de salud (4).

A su vez, los instrumentos de medida han de ser los adecuados para la situación que se pretende medir: deben mostrar validez, medir lo que quiere medir; deben ser fiables, libre de errores en la medición; deben ser sensibles al uso en diferentes personas y al paso del tiempo (5).

El objetivo de este trabajo es validar las interrelaciones del diagnóstico NANDA-I Conducta desorganizada del lactante (00116) con 15 resultados NOC de una base de datos clínica.

Este trabajo forma parte de un proyecto de investigación financiado por la Conferencia Nacional de Decanos de Enfermería (CNDE) de España: 1^a Convocatoria de proyectos de investigación para profesores de centros miembros de la CNDE, código: PI_016CNDE. Las autoras de este trabajo confirman que no tienen ningún conflicto de interés.

MÉTODO

Se ha llevado a cabo un estudio multicéntrico de escala nacional (España) de validación de contenido por expertos, según el método propuesto por Fehring (6). Se ha comprobado el nivel de validez del contenido diagnóstico en relación con sus características definitorias (CD), así como la validez de las interrelaciones entre diagnóstico y resultados e indicadores.

La selección de profesionales expertos se ha realizado según criterios propuestos por Quatrini y colaboradores (7), siguiendo un reclutamiento por "bola de nieve" que persiguió alcanzar las máximas coberturas a nivel geográfico y de perfil profesional.

Los datos se han recogido mediante un cuestionario autoadministrado en la herramienta online LimeSurvey.

Se han recogido las siguientes variables sociodemográficas: edad, sexo, nivel académico, puesto de trabajo y experiencia clínica, docente e investigadora, concretando sobre docencia e investigación sobre metodología enfermera.

Las variables dependientes han sido dos. La primera, el grado en que el resultado mide la resolución del diagnóstico, mediante una escala Likert que puntuaba de 1, nada congruente a 5, muy congruente. La segunda, el grado en que cada indicador medía cambios de las características definitorias, mediante una escala Likert que puntuaba de 1, no permite medirlos a 5, permite medirlos

perfectamente.

Se calculó la puntuación media para cada interrelación, asignando las siguientes equivalencias de puntuación de 0 a 1 a la escala Likert 1=0.0, 2=0.25, 3=0.50, 4=0.75 y 5=1. Puntuaciones superiores a 0.8 indicaron alto peso de la interrelación entre diagnóstico y resultado, caracterizándolo como resultado principal; puntuaciones entre 0.5-0.8, resultado complementario y las inferiores a 0.5 descartaban la interrelación. Las interrelaciones entre característica definitoria e indicador se consideraron válidas sobre 0.5 puntos. El estudio ha sido aprobado por el Comité de Ética de la Investigación de la Universidad Rey Juan Carlos. Los participantes han firmado un consentimiento informado de participación. Se ha garantizado la confidencialidad de los datos y la anonimización de los participantes.

RESULTADOS

La tasa de respuesta fue de 53.68% (51 respuestas recibidas de 95 enviadas), que representaban 13 de las 17 comunidades autónomas participantes en el estudio (76,47%).

La muestra estaba formada por un 78.43% de mujeres (n=40) y un 21.57% de hombres, con una edad media de 46.86 años (DE 8.74). El 35.29% desempeña labor asistencial y un 27.45% labor docente. El 45.10% eran especialistas o nivel máster y el 27.45% habían defendido su tesis doctoral. El 80.39% había trabajado en la práctica con programas informáticos que incluían lenguajes enfermeros, colaborando en la implementación y mantenimiento de estos, un 56.86%. Los expertos, habían impartido docencia (80.39%) y realizado investigaciones (50.98%) y publicaciones (52.94%) relacionadas con metodología enfermera.

De las 25 características definitorias propuestas para este diagnóstico en la base de datos, 10 se caracterizaron como CD mayores y 15 como menores. La media de las puntuaciones de las CD genera una puntuación de 0.78 como puntuación general de validez de contenido diagnóstico.

De las 15 interrelaciones diagnóstico-resultado propuestas como congruentes para valorar la resolución del diagnóstico, 12 se validaron como resultados principales, con puntuaciones superiores a 0.8 y 3 se validaron como resultados complementarios.

De las 23 interrelaciones característica definitoria-indicador propuestas para evaluar el seguimiento y los cambios en las CDs, todas se validaron con puntuaciones ≥ 0.85 .

DISCUSIÓN

Las interrelaciones propuestas en la base de datos se han confirmado por la validación por expertos, paso previo al proceso de validación clínica. La necesidad de poder disponer de herramientas específicas para poblaciones concretas está fuera de toda duda, pero las investigaciones en cuanto a la validación clínica de este diagnóstico enfermero y de sus posibles interrelaciones con los resultados e indicadores NOC no se han encontrado en la literatura revisada. La validación de las interrelaciones propuestas permite trabajar con precisión la evolución de la respuesta humana del neonato, aumentando calidad y seguridad de los pacientes.

Como limitaciones caben destacar dos cuestiones relativas a la disminución de la tasa de respuesta: el cuestionario fue enviado durante la pandemia por SARS-CoV-2 y la cumplimentación media tuvo una duración de 3 horas.

IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA

Tener elementos de evaluación de los cuidados validados constituye un elemento primordial para asegurar la validez de las bases de datos clínicas; esto redundará en una atención de calidad y aumenta la seguridad del paciente. Las interrelaciones entre estos elementos favorecen una práctica basada en la evidencia, facilitando la evaluación y seguimiento de los cuidados planificados para el diagnóstico.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1.- Perin J, Mulick A, Yeung D, Villavicencio F, Lopez G, Strong KL, Prieto-Merino D, Cousens S, Black RE, Liu L. Global, regional, and national causes of under-5 mortality in 2000-19: an updated systematic analysis with implications for the Sustainable Development Goals. *Lancet*. 2022; 6(2):106-15. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(21\)00311-4](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(21)00311-4)
- 2.- Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra; [actualizado 19 Feb 2018; citado 29 Sep 2022]. Disponible:

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>

3.- Ream MA, Lehwald L. Neurologic consequences of preterm birth. *Current Neurology and Neuroscience Reports*. 2018;18:48.

<https://doi.org/10.1007/s11910-018-0862-2>

4.- Marcotullio A, Caponnetto V, La Cerra C, Toccaceli A, Lancia L. NANDA-I, NIC, and NOC taxonomies, patients' satisfaction, and nurses' perception of the work environment: an Italian cross-sectional pilot study. *Acta Biomed* [Internet]. 2020 Jun. 20 [citado 2022 Sep. 29];91(6-S):85-91. Disponible en: <https://www.mattioli1885journals.com/index.php/actabiomedica/article/view/8951>

5.- Mokkink LB, Terwee CB, Patrick DL, Alonso J, Stratford PW, Knol DL, et al. The COSMIN study reached international consensus on taxonomy, terminology, and definitions of measurement properties for health-related patient-reported outcomes. *J Clin Epidemiol* [Internet]. 2010 Jul [cited 2022 Sep 30];63(7):737–45. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20494804/>

6.- Fehring R. Methods to Validate Nursing Diagnoses. *Heart & Lung* 1987; 16(6): 625-9.

7.- Quatrini Carvalho Passos Guimarães HC, Pena SB, Lopes Jde L, Lopes CT, Bottura Leite de Barros AL. Experts for Validation Studies in Nursing: New Proposal and Selection Criteria. *Int J Nurs Knowl*. 2016 Jul;27(3):130-5.

AUTORES/AUTHORS:

M^º JOSÉ RAMOS CARBAJO, MARÍA GONZÁLEZ GALLEGU, MAITE ANDRÉS TRABAJO, DIANA VILLACORTA MARTÍN, HENAR BOBILLO DE LAMO, ROSARIO LÓPEZ PÉREZ, LUIS MANUEL FERNÁNDEZ BLANCO, MARÍA ESTEVEZ VILLANUEVA, ANDREA GARCÍA DOMÍNGUEZ

TÍTULO/TITLE:

LA VOZ DE LAS MADRES LACTANTES SOBRE NUESTROS CUIDADOS DIEZ AÑOS DESPUÉS: ENTORNO DE LACTANCIA

INTRODUCCIÓN

En el Centro de Salud Ponferrada II nos encontramos en la actualidad aportando sostenibilidad a la implantación de la Guía de Buenas Prácticas RNAO (Registered Nurses' Association of Ontario): "Lactancia materna. Fomento y apoyo al inicio, la exclusiva y la continuación de la Lactancia Materna para recién nacidos, lactantes y niños pequeños". En esta línea de trabajo, en el año 2012, una de las primeras recomendaciones implantadas fue la 1.1 "...abogar por entornos que favorezcan la lactancia..." de esta manera pusimos en marcha la sala de lactancia en la planta de pediatría del Centro de Salud, para madres lactantes y sus parejas abierta las 24 horas del día los 365 días del año, por encontrarse el PAC (punto de atención continuada) de Ponferrada en este Centro de Salud. Para dar continuidad a la implantación de las recomendaciones de esta guía, en el año 2018 creamos un espacio educativo en la sala de espera de pediatría denominado "Un paseo saludable". Con el fin de informar, motivar, educar y apoyar a nuestra población sobre hábitos saludables en la infancia utilizando la decoración de las paredes de la sala de espera de pediatría de nuestro Centro de Salud como medio de comunicación.

OBJETIVOS

- Conocer el grado de satisfacción de las madres lactantes y sus parejas con la Sala de Lactancia diez años después de su creación, valorando posibles áreas de mejora
- Conocer la opinión de las madres lactantes y sus acompañantes sobre los murales educativos de la sala de espera "Un paseo saludable"

MÉTODO

Ámbito: Atención Primaria.

Diseño: Estudio observacional descriptivo. Sujetos de estudio: Madres y parejas receptoras de nuestros cuidados que utilizan la Sala de Lactancia.

Muestra: Obtenida por oportunidad y compuesta por las madres y sus parejas que utilizaron la Sala de Lactancia durante el periodo 01/02/2022 al 20/05/2022. Se obtuvieron 119 casos.

Recogida de datos. Libro de opinión anónima de la Sala de Lactancia que recoge preguntas cerradas: crees necesaria la S L (si/no), en que horario la utilizas (mañana), cambiarías algo (si/no), y abiertas: sugerencias/mejoras, opinión del entorno/ paseo saludable.

Análisis de los datos con estadística descriptiva: frecuencias absolutas y relativas. Se utilizó SPSS y Microsoft Excel 2007.

RESULTADOS

- El 100% de las madres/parejas encuestadas consideran necesaria la Sala de Lactancia
- El 100% de los encuestados la utiliza en horario de mañana y un 6,7% además de tarde
- El 85,71% no cambiaría nada en la sala ni en el entorno

- Los aspectos de mejora están relacionados con el mobiliario dentro de la sala de lactancia: confort sillas, cambiador bebé poco adaptado a las necesidades, mejoras en la decoración y necesidad de ofertar caliente-biberones
- Opinión sala de espera “ un paseo saludable”: educativa, bonita, necesaria, acogedora con un mensaje muy acorde, algo nunca visto en ningún otro sitio, felicidades a los profesionales por este trabajo y el trato recibido, muy bien para el futuro cuando crezca nuestro hijo

DISCUSIÓN Experiencia ya realizada hace 10 años en nuestro Centro para escuchar la voz de las madres, valorar la utilidad y planificar mejoras de la Sala de Lactancia

A la vista de los resultados concluimos:

- La aceptación de la Sala de Lactancia es alta, se sigue considerando necesaria.
- Se usa principalmente en horario de mañana y tan solo un 14,29% de los usuarios solicita cambios.
- La sala de espera muy bien valorada por las familias y cuidadores considerándola muy instructiva

IMPLICACIÓN PARA LA PRÁCTICA Es evidente que sigue siendo importante mantener un espacio para lactancia siendo muy buena la valoración,. Hace 10 años, la solicitud de un reloj para esta sala , demanda por un 12,8% de los encuestados, era un indicador de necesidad de mejora en la práctica del amamantamiento ya que la Lactancia Materna es a demanda del lactante. En la actualidad ninguna madre menciona este recurso.

Desde nuestro ámbito solicitaremos en el plan de necesidades nuevos sillones, mejoras en la decoración de la sala y caliente-biberones para facilitar el amamantamiento con lactancia mixta o fórmula y un nuevo cambiador.

Apostamos por un nuevo método de educación sanitaria en la pediatría de atención primaria utilizando la expresión plástica - arteterapia- como mecanismo de humanización de los espacios pediátricos, complementando así los métodos tradicionales. Se pretende aportar información a la vez que formación buscando la concienciación y la adquisición de habilidades hacia la mejora de los hábitos de vida saludable en el ámbito familiar y de la comunidad.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

BIBLIOGRAFÍA

- 1.-Espín Jaime B, Martínez Rubio A. El paso de la teta a la mesa sin guión escrito. Baby led weaning: ¿ventajas?, ¿riesgos? En: AEPap (ed.). Curso de Actualización Pediatría 2016. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2016. p. 59-66.
- 2.- Guía de Lactancia para madres y padres. El camino natural. Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León. Dirección General de salud Pública. DL VA 882-2021
- 3.- Guía de Práctica Clínica sobre Lactancia Materna. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Vitoria - Gasteiz, 2017
- 4.-Rodríguez Delgado J. Recomendaciones nutricionales y evidencia científica: ¿hay más dudas que certezas? Rev Pediatr Aten Primaria. 2019;21:69-75.
- 5.-Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2018). Lactancia materna. Fomento y apoyo al inicio, la exclusiva y la continuación de la Lactancia Materna para recién nacidos, lactantes y niños pequeños. Toronto (ON), Canadá: Registered Nurses' Association of Ontario.
- 6.-Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2014). Prevención primaria de la Obesidad Infantil, Toronto (ON), Canadá: Registered Nurses' Association of Ontario.
- 7.-.http:// faros.hsjdbcn.org
- 8.- Video “ Un paseo saludable por tu centro de salud”- <https://youtu.be/s22YnmCpKnU>

AUTORES/AUTHORS:

Ana Rosa Pinto, Inês Pinto, Mara Almeida, Maria Fernanda Lucas, Ernestina Silva

TÍTULO/TITLE:

Beneficios del Método Canguro para el recién nacido prematuro en una unidad de cuidados neonatales: Revisión de alcance

1. Objetivo

Mapear los beneficios del Método Canguro (MC) para el recién nacido prematuro (RNPT) en una unidad de cuidados neonatales.

2. Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión: estudios originales de carácter primario, revisiones de literatura cuyo título y resumen incluyeran al menos dos de los descriptores, disponibles en texto completo, publicados entre 2016-2021, en portugués o inglés.

Criterios de exclusión: estudios publicados en literatura gris, en RN de término y que omitieron el procedimiento de muestreo.

3. Plan y estrategia de búsqueda

La estrategia de investigación y la identificación de los estudios se llevó a cabo en dos fases. En el primero, se realizó una búsqueda en las bases de datos B-On y PubMed, con el fin de identificar las palabras clave y descriptores que orientaron la investigación sobre el tema. En la segunda fase, se realizó una búsqueda en la B-On, PubMed y CINAHL Complete, en título o resumen, utilizando los descriptores MeSH combinados con el operador booleano AND: (“Kangaroo-mother care method” AND “Infant, premature” AND “Intensive care unit, neonatal”).

4. Métodos para seleccionar los estudios y evaluación de la calidad

La revisión se llevó a cabo basándose en el método del Instituto Joanna Briggs (Peters et al., 2020) y se redactó utilizando Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR) (Tricco et al., 2018).

Tras la búsqueda, todas las citas identificadas se transfirieron a Endnote V7.7.1 (Clarivate Analytics, PA, USA) y se eliminaron los duplicados. Para evaluar su elegibilidad, los títulos y resúmenes fueron revisados por dos revisores independientes. A falta de consenso, se incluyó un tercer revisor.

Obtuvimos 1916 artículos, 1872 de B-On, 36 de PubMed y 8 de CINAHL. Luego de la identificación y exclusión por lectura del título o resumen (1771), de los duplicados (68), 77 artículos fueron enviados para evaluación en función de los criterios de inclusión.

Después de la lectura de los artículos, se eliminaron 64 por no responder al objetivo y se incluyeron 13 artículos.

5. Métodos para extraer y sintetizar los datos

Por los revisores se extrajeron: autor y año, país, objetivos del estudio, participantes y resultados.

Los resultados se agruparon en una tabla y se acompañaron de una síntesis narrativa para lograr el objetivo de la revisión.

6. Resultados

De los 13 artículos se mapearon los beneficios agrupados en siete áreas: Lactancia materna; Respuesta a estímulos externos; Parámetros fisiológicos; Desarrollo físico y cognitivo; Unión; Prevención de infecciones; Disminución de la tasa de mortalidad. El éxito de la lactancia materna, la estabilización/regulación de la temperatura corporal, frecuencia cardíaca y respiratoria y la promoción del desarrollo físico y cognitivo del RNPT fueron los beneficios más evidentes.

7. Discusión

La evidencia destaca los beneficios del MC en la regulación de la respiración y el pulso del RNPT, con un impacto en las necesidades de oxígeno suplementario y reducción de las apneas. Promover esta técnica es promover la humanización del cuidado y brindar condiciones para una más rápida recuperación del RNPT y, en consecuencia, mayor tranquilidad y satisfacción familiar.

Palabras clave: método mãe canguru; recém-nascido prematuro; unidade de cuidados intensivos neonatais.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Brasil, Ministério da Saúde. (2017). *Atenção humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso: Método Canguru* (3ª ed.).

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_metodo_canguru_manual_3ed.pdf

Ferreira, D., Silva, M., Galon, T., Goulart, B., Amaral, J., & Contim, D. (2019). Método canguru: percepções sobre o conhecimento, potencialidades e barreiras entre enfermeiras. *Escola Anna Nery*, 23(4), 5-7.

https://www.scielo.br/pdf/ean/v23n4/pt_1414-8145-ean-23-04-e20190100.pdf

Peters, M. D., Godfrey, C., Mclnerney, P., Munn, Z., Tricco, A. C., & Khalil, H. (2020). Chapter 11: Scoping Reviews (2020 version).

In Aromatitaris E., & Munn, Z. (Edits.). *JB1 Manual for Evidence Synthesis*, (pp. 406-450). JBI. <https://synthesismanual.jbi.global>

Tricco, A. C. et al. (2018). PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Ann Intern Med*, 169(7), 467-473. <https://doi.org/10.7326/M18-0850>

Mesa 15: Cuidados oncológicos y cronicidad

Session 15: Oncology care and chronicity

AUTORES/AUTHORS:

Paula San Martín González, María Hinojal Benavante Cuesta, María Paz Quevedo Aguado, Estefanía Coello Gonçalves Canedo, Carla Alonso Bernárdez, Cristina Rivera Picón

TÍTULO/TITLE:

Teorías implícita de la Autoestima del paciente oncológico en una muestra de estudiantes, población general y sanitaria

En primer lugar, cabe destacar que la sociedad, se encuentra influenciada por variables culturales e intangibles, basadas en creencias y valores que modifican las actitudes y los estilos de afrontamiento de las personas. Por lo tanto, estas creencias, denominadas representaciones sociales, son constructos que surgen y nacen de la sociedad y que pueden afectar directamente a la forma del cuidado prestado por parte de los profesionales de la salud, como miembros activos de la misma (Del Olmo, 2005; Piqueras, 2017).

Debido a ello, dentro del campo de la sanidad, la representación social que tienen los profesionales sanitarios del enfermo oncológico y del cáncer resulta crucial y, como sucede con otras enfermedades crónicas estigmatizadas, es fundamental conocer las creencias de los profesionales de la salud para que puedan realizar una buena intervención durante el proceso de enfermedad y fomentar la prevención y el abordaje psicológico tan esencial en estos pacientes (Flores-Palacio y Leyva-Flores, 2003; Morant, 2006; Reynolds et al., 2009).

Objetivos:

A continuación, se exponen los principales objetivos de esta investigación:

1. Analizar la representación social de la Autoestima del paciente oncológico.
2. Identificar la creencia que tienen los estudiantes, los profesionales sanitarios y la población general no sanitaria, en relación al desarrollo de sentimientos positivos y negativos del paciente oncológico.

Métodos:

Se ha llevado a cabo un estudio descriptivo observacional, de corte transversal y correlacional formado por una muestra de 795 sujetos. De ellos, 306 sujetos son estudiantes de grado universitario de enfermería y psicología, 252 profesionales sanitarios y 237 sujetos de la población general no sanitaria. A los mismos, les fue aplicado el cuestionario de Autoestima de Rosenberg y la Escala de Experiencias Positivas y Negativas (SPANE) de Diener.

Los sujetos fueron seleccionados por un muestreo no probabilístico y cumplían con los siguientes criterios de inclusión: ser mayor de edad, no haber padecido una enfermedad oncológica y aceptar de forma voluntaria participar en el estudio. Además, en el caso de la muestra formada por profesionales sanitarios el principal criterio de inclusión era ser médico/a o enfermero/a y en el caso de la población general no sanitaria, no poseer formación sanitaria.

Antes de iniciar la recogida de datos, el estudio contó con la autorización del Comité de Ética de la Universidad Pontificia de Salamanca y, además, la participación de los sujetos fue voluntaria, asegurando la confidencialidad y el anonimato de los participantes, a los que se les aportaba las instrucciones y la información del estudio por escrito.

La muestra de estudiantes se recogió en la Universidad Pontificia de Salamanca y la muestra de profesionales sanitarios en diferentes hospitales y centros de Atención Primaria de la geografía española.

El resto de la muestra, formada por población general no sanitaria, se completó con sujetos voluntarios que cumplían los criterios de inclusión y decidían participar en el estudio.

El método de recogida de la muestra se realizó, en primer lugar, a través de un muestreo incidental, en el que, aquellos sujetos que aceptaban participar en el estudio dedicaron un tiempo que oscilaba entre 30 y 45 minutos para completar todos los cuestionarios.

Tras obtener la muestra de sujetos universitarios y profesionales sanitarios, se seleccionó la muestra de población general no sanitaria siguiendo un muestreo por cuotas con rangos de edad y sexo, con el objetivo de conseguir submuestras homogéneas. Se definió que cada una de las submuestras tuviese un tamaño equivalente.

En relación al procesador de datos, todos los análisis estadísticos se realizaron utilizando el programa estadístico Statistical Package for the Social Science (SPSS, versión 25).

Resultados:

En base a nuestro estudio, la muestra formada por estudiantes presentan una creencia más negativa en relación a la Autoestima del paciente oncológico que la población general y que los profesionales sanitarios.

También, el grupo de sujetos estudiantes, contemplan que los pacientes oncológicos experimentan con más frecuencia sentimientos positivos en comparación con la creencia que existe en la población general (Estudiantes-General=1,11, ES=0,400, IC(95%)=[-0,17, 2,05]).

En cuanto a la frecuencia de sentimientos negativos, los estudiantes sostienen que los pacientes oncológicos los padecen de manera más frecuente que esa misma valoración hecha por sanitarios (Estudiantes-Sanitaria=0,89, ES=0,360, IC(95%)=[0,04, 1,74]) y por la población general (Estudiantes-General=1,40, ES=0,410, IC(95%)=[0,44, 2,37]).

Discusión:

En nuestros resultados, los estudiantes consideran que los pacientes oncológicos presentan mejor Autoestima con mayor frecuencia de desarrollo de Sentimientos Positivos respecto a los profesionales y la población general.

Del mismo modo, en otro estudio llevado a cabo, los profesionales sanitarios también destacaron en mayor medida el desarrollo de emociones y Sentimientos Negativos, en relación a los Positivos y, por tanto, que la creencia más extendida sea la falta de sentimientos positivos por parte de los pacientes, puede provocar sentimientos de inseguridad y baja Autoestima en los mismos, que, en ocasiones, generan conductas de aislamiento y reducción de las relaciones sociales (Piqueras, 2017).

Por tanto, la creencia que los profesionales sanitarios muestren a sus pacientes es importante, porque tal y como señalan Rodríguez y Palacios-Espinosa (2013), los profesionales que se encargan de la intervención con pacientes con cáncer son influenciados por sus propias representaciones acerca de la enfermedad, lo que puede dar lugar a que presenten actitudes que afecten a la forma en que los pacientes perciben su experiencia (Zayas, 2015). En relación a la frecuencia de desarrollar Sentimientos Positivos, en nuestro estudio, destacamos que fue el grupo de sujetos estudiantes los que consideraron que los pacientes oncológicos los experimentan con más frecuencia en comparación con la creencia que existe en la población general, pero, en relación a la frecuencia de Sentimientos Negativos, los estudiantes sostienen que los pacientes oncológicos los mantienen de manera más frecuente que esa misma valoración hecha por sanitarios y la población general. Una conclusión que se puede extraer de estos resultados es que los estudiantes consideran que los pacientes oncológicos presentan con mayor frecuencia Sentimientos respecto a lo que consideran los profesionales y la población general.

En otro estudio llevado a cabo, los profesionales sanitarios también destacaron en mayor medida el desarrollo de emociones y Sentimientos Negativos, en relación a los positivos y, por tanto, que la creencia más extendida sea la falta de Sentimientos Positivos por parte de los pacientes, puede provocar sentimientos de inseguridad y baja Autoestima en los mismos, que, en ocasiones, generan conductas de aislamiento y reducción de las relaciones sociales (Piqueras, 2017). Por tanto, la creencia que los profesionales sanitarios muestren a sus pacientes es importante, porque tal y como señalan Rodríguez y Palacios-Espinosa (2013), los profesionales que se encargan de la intervención con pacientes con cáncer son influenciados por sus propias representaciones acerca de la enfermedad, lo que puede dar lugar a que presenten actitudes que afecten a la forma en que los pacientes perciben su experiencia (Zayas, 2015).

Cabe destacar que, actualmente, la creencia más global en la sociedad es el concepto de cáncer como sinónimo de muerte y

sufrimiento (SEOM,2021), tratándose de una percepción difícil de modificar y durante el desarrollo del proceso de enfermedad, afecta de forma negativa a la Autoestima y equilibrio emocional del paciente oncológico (Cerezo y Rueda, 2020). Bien es cierto que, un mayor conocimiento de estas representaciones facilitaría un acercamiento más asertivo con el paciente y su familia, favoreciendo el afrontamiento de las demandas cotidianas relacionadas con el cuidado y, en consecuencia, la adherencia al tratamiento y la actitud activa, dinámica y positiva del paciente durante el proceso de enfermedad (Stagno, 2009). A modo de conclusión, las teorías de las representaciones sociales permiten estudiar e investigar la conexión entre la transmisión social de ideas y la cognición de los individuos, provocando creencias específicas sobre la enfermedad oncológica y los pacientes en sí. Esta creencia se origina y consolida de forma continua por la propia influencia sociocultural, debido a que las personas comparten información sobre la salud y la enfermedad en su interacción diaria (Murray y Flick, 2002). No obstante y en congruencia con lo planteado por Gomes et al. (2002), así como por Salcedo (2008) a pesar de los múltiples avances científicos y de los nuevos métodos de manejo de la enfermedad oncológica, la población general y los propios profesionales sanitarios, influidos por el contexto social y cultural, la siguen interpretando de forma negativa, de manera que es imperativo encontrar maneras más eficaces de difundir el conocimiento médico a la población en general y con ello lograr, entre otras cosas, que numerosas enfermedades crónicas dejen de ser objeto de estigmatización. Por ello, es necesario el desarrollo de más investigaciones, dado que los profesionales que se encargan de la intervención con pacientes oncológicos, pueden estar influenciados por una imagen cognitiva acerca de la enfermedad que altera la relación de ayuda con los pacientes y puede provocar el desarrollo de actitudes y situaciones de evitación durante el proceso de enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Cerezo, M. V. y Rueda, P. (2020). Resiliencia y Cáncer: Una relación necesaria. *Psychological Writings*, 13(2), 90-97. <https://doi.org/10.24310/epsiesepsi.v13i2.10032>
- Del Olmo, M. (2005). Prejuicios y estereotipos: un replanteamiento de su uso y utilidad como mecanismos sociales. *En-Clave Pedagógica*, 7(2), 13-23. <http://www.uhu.es/publicaciones/ojs/index.php/xxi/article/view/672>
- Flores-Palacios, F. y Leyva-Flores, R. (2003). Representación social del SIDA en estudiantes de la Ciudad de Méjico. *Salud pública de México*, 45(5), 624-631. <https://bit.ly/3RF2H99>
- Gomes, R., Mendonca, E. A. y Pontes, M. L. (2002). Social representations and the experience of illness. *Cad Saude Publica*, 18(5), 1207-14. doi: 10.1590/S0102- 311X2002000500013.
- Morant, N. (2006). Social representation and profesional knowledge: the representation of mental illness among mental health practitioners. *British journal of Social Psychology*, 45(4), 817-838. doi: 10.1348/014466605x81036
- Murray, M. & Flick, U. (2002). Social representations of health and illness: Qualitative methods and related theories-an introduction. *Social Science Information*, 41(4), 555-558. <https://doi.org/10.1177/0539018402041004003>
- Reynolds, N. R., Sanzero, L., Nicholas, P. K., Corless, I. B., Kirksey, K., Hamilton, M. J., Kempainen, J. K. & Holzemer, W. L. (2009). HIV illness representation as a predictor of self-care management and health outcomes: a multi-site, cross-cultural study. *AIDS and behavior*, 13(2), 258-267. doi: 10.1007/s10461-007-9297-5.
- Rodríguez A. M. y Palacios-Espinosa, X. (2013). Representaciones sociales del cáncer y de la quimioterapia. *Psicooncología*, 10(1), 79-93. doi: 10.5209/rev_PSIC.2013.v10.41949.
- Stagno, D. (2009). Social and private representations of cancer: a clinician's point of view. *Psycho-oncologie*, 36(3), 38-42. doi: 10.1200/EDBK_156686.
- Salcedo, H. (2008). Representaciones sociales y metáforas del cáncer en los siglos XVII y XVIII: una antología de lugares comunes. *Antipoda*, 6(1), 199-213. <https://bit.ly/3z47g5H>
- Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) (2021). *Las Cifras del Cáncer en España 2021*. <https://bit.ly/3PcQ3wH>
- Zayas, A. (2015). Factores psicoemocionales y ajuste psicológico asociados al cáncer de mama. [Tesis doctoral, Universidad de

Sevilla]. Archivo digital. <http://hdl.handle.net/11441/39459>

Piqueras, Á. (2017). El cáncer y el enfermo de cáncer: su representación social en el personal sanitario. [Tesis doctoral, Universidad de Valencia]. <https://bit.ly/3aCnQAs>

AUTORES/AUTHORS:

Florentino Nieto Franco, Estíbaliz Luque Muñoz, Alba Moral Zamorano, Lorena Martínez Domingo, Rosa Gómez Quevedo, Juan Carlos Jiménez Blasco

TÍTULO/TITLE:

Fragilidad y cuidado en Atención Primaria: aproximación desde su registro en Historia Clínica

1. Objetivos

Principal: Conocer el porcentaje de población frágil, mayor o igual de setenta años incluida en el "Servicio 420: Atención a la persona mayor, con fragilidad o con deterioro funcional" de la Cartera de Servicios de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid, en el Centro de Salud Nuestra Señora del Pilar en el año 2020.

Secundarios:

- Describir características demográficas.
- Estudiar condiciones de salud asociadas: capacidad de autocuidado, riesgo de desnutrición, capacidad funcional, caídas en el último año, riesgo de caídas, adherencia al tratamiento farmacológico, deterioro cognitivo, alteraciones del estado emocional.
- Conocer el porcentaje de pacientes frágiles en los que se ha realizado metodología enfermera.
- Detectar las necesidades de cuidados que presentan en base a la taxonomía NANDA.
- Identificar los resultados en salud expresados según taxonomía NOC.
- Conocer el tipo intervenciones de cuidado reflejadas con taxonomía NIC.

2. Métodos

Estudio descriptivo transversal realizado en la Zona Básica de Salud circunscrita al Centro de Salud Nuestra Señora del Pilar, perteneciente a la DA Este de Atención Primaria de Madrid, siendo el periodo de estudio el año 2020. La población de estudio fueron pacientes con edad a partir de 70 años que han acudido a consulta en el año 2020 e incluidos en el servicio 420 de la cartera de servicios de Atención Primaria.

El cálculo del tamaño muestral se realizó en base a la prevalencia estimada de ancianos frágiles, según estudios previos realizados en población similar. Para un porcentaje esperado de 11%, una precisión de 5 e IC 95%, se precisaron 151 sujetos.

El método de muestreo utilizado fue muestreo probabilístico sistemático. La recogida de datos se realizó a través de la revisión de la Historia Clínica electrónica.

Para el análisis estadístico se utilizaron medidas de tendencia central (media y mediana) y de dispersión (desviación estándar, mínimo y máximo, con un intervalo de confianza del 95%) en el análisis de variables cuantitativas, y estudios de frecuencias absolutas y relativas (porcentaje) en el análisis de variables cualitativas.

Los datos fueron recogidos y tratados según la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Se garantizó la confidencialidad mediante la disociación de datos. El trabajo fue aprobado por la Comisión Local de Investigación Este de la Gerencia Asistencial de Atención Primaria del SERMAS. Código de proyecto: 11/21_E, con informe favorable emitido el 24 de noviembre de 2021 según consta en el Acta 05/2021.

3. Resultados

La muestra de estudio estuvo formada por 151 sujetos. Para la obtención de dicha muestra, fue preciso la revisión de 400 historias clínicas, siendo 249 los sujetos excluidos por no cumplir los criterios de inclusión.

De dicha muestra, 15 de los sujetos fueron clasificados como frágiles, lo que supone un 9,9% de la muestra, 63 habían sido caracterizados como no frágiles (41,7%) y en 73 sujetos no había sido recogida dicha condición (un 48,3%).

Las características demográficas de la muestra fueron:

Población a estudio (n = 151): Edad (años): Media \pm DE = 76,97 \pm 5,16. Sexo: Porcentaje (n): mujeres = 64,2% (97); hombres = 35,8% (54).

Frágiles (n = 15): Edad (años): Media \pm DE = 76,27 \pm 4,20. Sexo: Porcentaje (n): mujeres = 86,7% (13); hombres = 13,3% (2).

No frágiles (n = 63): Edad (años): Media \pm DE = 75,78 \pm 4,41. Sexo: Porcentaje (n): mujeres = 50,8% (32); hombres = 49,2% (31).

Los resultados obtenidos para las condiciones de salud fueron:

Adecuación de la capacidad de autocuidado

Población a estudio. Porcentaje (n): Adecuada = 64,9% (98); Inadecuada = 4,6% (7); No recogido = 30,5% (46).

Frágiles. Porcentaje (n): Adecuada = 66,7% (10); Inadecuada = 26,7% (4); No recogido = 6,7% (1).

No Frágiles. Porcentaje (n): Adecuada = 87,3% (55); Inadecuada = 0% (0); No recogido = 12,7% (8).

Riesgo de desnutrición (MNA-SF)

Población a estudio. Porcentaje (n): Estado de nutrición normal = 3,3% (5); Riesgo de desnutrición = 0,7% (1); Desnutrición = 0,7% (1); No recogido = 95,4% (144).

Frágiles. Porcentaje (n): Estado de nutrición normal = 6,7% (1); Riesgo de desnutrición = 6,7% (1); Desnutrición = 0% (0); No recogido = 86,7% (13).

No Frágiles. Porcentaje (n): Estado de nutrición normal = 5% (3); Riesgo de desnutrición = 0% (0); Desnutrición = 0% (0); No recogido = 95% (60).

Capacidad funcional (Barthel)

Población a estudio. Porcentaje (n): Independiente = 76,8% (116); Dependencia escasa = 8,6% (13); Dependencia moderada = 12,6% (19); Dependencia grave = 0,7% (1); Dependencia total = 1,3% (2).

Frágiles. Porcentaje (n): Independiente = 33,3% (54); Dependencia escasa = 0% (0); Dependencia moderada = 53,3% (8); Dependencia grave = 6,7% (1); Dependencia total = 6,7% (1).

No Frágiles. Porcentaje (n): Independiente = 86% (54); Dependencia escasa = 14% (9); Dependencia moderada = 0% (0); Dependencia grave = 0% (0); Dependencia total = 0% (0).

Caídas en el último año

Población a estudio. Porcentaje (n): Sí = 12% (18); No = 43% (65); No recogido = 45% (68).

Frágiles. Porcentaje (n): Sí = 40% (6); No = 46,7% (7); No recogido = 13,3% (2).

No Frágiles. Porcentaje (n): Sí = 8% (5); No = 65% (41); No recogido = 27% (17).

Riesgo de caídas (Downton)

Población a estudio. Porcentaje (n): Alto riesgo = 17,9% (27); Bajo riesgo = 52,3% (79); No recogido = 29,8% (45).

Frágiles. Porcentaje (n): Alto riesgo = 66,7% (10); Bajo riesgo = 26,7% (4); No recogido = 6,7% (1).

No Frágiles. Porcentaje (n): Alto riesgo = 10% (6); Bajo riesgo = 79% (50); No recogido = 11% (7).

Adherencia al tratamiento Farmacológico (Morisky-Green)

Población a estudio. Porcentaje (n): Cumplidor = 75,9% (114); No cumplidor = 2% (3); No recogido = 22,5% (34).

Frágiles. Porcentaje (n): Cumplidor = 80% (12); No cumplidor = 6,7% (1); No recogido = 13,3% (2).

No Frágiles. Porcentaje (n): Cumplidor = 88,9% (56); No cumplidor = 1,6% (1); No recogido = 9,5% (6).

Deterioro cognitivo (MEC de Lobo 30)

Población a estudio. Porcentaje (n): Normal = 17,2% (26); Borderline = 4% (6); Deterioro cognitivo = 2% (3); No recogido = 76,8% (116).

Frágiles. Porcentaje (n): Normal = 6,7% (1); Borderline = 13,3% (2); Deterioro cognitivo = 13,3% (2); No recogido = 66,7% (10).

No Frágiles. Porcentaje (n): Normal = 31,7% (20); Borderline = 3,2% (2); Deterioro cognitivo = 0% (0); No recogido = 65,1% (41).

Estado emocional: Síntomas de ansiedad

Población a estudio. Porcentaje (n): Sí = 4,6% (7); No = 47,7% (72); No recogido = 47,7% (72).

Frágiles. Porcentaje (n): Sí = 12% (18); No = 43% (65); No recogido = 45% (68).

No Frágiles. Porcentaje (n): Sí = 12% (18); No = 43% (65); No recogido = 45% (68).

Estado emocional: Síntomas de depresión

Población a estudio. Porcentaje (n): Sí = 3,3% (5); No = 48,3% (73); No recogido = 48,3% (73).

Frágiles. Porcentaje (n): Sí = 13,3% (2); No = 66,7% (10); No recogido = 20% (3).

No Frágiles. Porcentaje (n): Sí = 3,2% (2); No = 63,5% (40); No recogido = 33,3% (21).

Estado emocional: Adaptación a la etapa vital

Población a estudio. Porcentaje (n): Sí = 42,4% (64); No = 5,3% (8); No recogido = 52,3% (79).

Frágiles. Porcentaje (n): Sí = 53,3% (8); No = 20% (3); No recogido = 26,6% (4).

No Frágiles. Porcentaje (n): Sí = 61,9% (39); No = 4,8% (3); No recogido = 33,3% (21).

Con respecto a la aplicación de la metodología enfermera a partir de la elaboración de planes de cuidados en la población frágil, un 53,3% (n=8) tenía realizado/actualizado un Plan de Cuidados en 2020, mientras que el 46,7% (n=7) no lo tenía. Encontrándose las siguientes necesidades de cuidados identificadas (NANDA), resultados de salud propuestos (NOC) e intervenciones de cuidados realizados (NIC):

Diagnósticos NANDA: Deterioro de la integridad cutánea 4,6% (n=2); Manejo efectivo régimen terapéutico 47,7% (n=3); Riesgo de caídas 47,7% (n=8).

Resultados NOC: Conducta de cumplimiento 22,2% (n=2); Conducta de seguridad: prevención de caídas 33,3% (n = 3); Conducta terapéutica: enfermedad o lesión 11,1% (n = 1); Control del riesgo 11,1% (n = 1); Curación de heridas: por segunda intención 11,1% (n = 1); Integridad tisular: piel y mucosas 11,1% (n = 1).

Intervenciones NIC: Aumentar el afrontamiento 13% (n = 1); Cuidados de las heridas 13% (n = 1); Facilitar el aprendizaje 13% (n =

1); Prevención de caídas 13% (n = 1); Guías del sistema sanitario 13% (n = 1); Identificación de riesgos 13% (n = 1); Manejo ambiental: seguridad 25% (n =2).

4. Discusión

El porcentaje de población mayor de 65 años que en 2020 se situaba en el 19,6%. Mantener una buena calidad de vida en la población anciana frágil implica una creciente necesidad y demanda de cuidados y de recursos sanitarios (1). La fragilidad, podríamos conceptualizarla como un síndrome resultado de una mayor vulnerabilidad y capacidad para mantener la homeostasis con poca tolerancia a los factores estresantes en ancianos (2).

Se estima que la prevalencia comunitaria de fragilidad a nivel europeo es de un 12% (IC 95% 10-15%), a nivel nacional de un 18% (IC 95% 12-28%) (3), y en Madrid del 10,5% [IC del 95%: 8,9-12,3] (4).

A nivel interindividual, se ha observado una relación entre factores sociodemográficos y la prevalencia de fragilidad: la fragilidad aumenta con la edad y las mujeres son más propensas que los hombres a presentar fragilidad. Existe una relación inversa entre la fragilidad y la calidad de vida percibida y hay una relación positiva entre fragilidad y multimorbilidad y otras condiciones de salud negativas (5).

En el territorio español el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud hay un documento destinado a la prevención de la fragilidad y promoción de la salud en población mayor de 70 años (6). La Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid plasmó dicha forma de "atención a la persona mayor, con fragilidad o con deterioro funcional" en el Servicio 420 de la Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid (7).

La fragilidad es contemplada por la NANDA-I con el diagnóstico "Síndrome del anciano frágil" (00231) (8). Por otra parte, hay una serie de asociaciones/relaciones entre diagnósticos, resultados NOC e intervenciones NIC que permitan evaluar situaciones específicas de los pacientes ante una necesidad con el propósito de mejorar la toma de decisiones clínicas y mejorar los resultados en salud (9) (10). Propósito al que también contribuyen los estudios epidemiológicos sobre diagnósticos enfermeros al permitir documentar la prevalencia de las necesidades de cuidados de una población determinada (11).

Dada la atención continua que prestan las enfermeras de Atención Primaria a lo largo del ciclo vital, supone de gran interés la detección temprana de la fragilidad, permitiendo prestar los cuidados acordes a las necesidades específicas de estas personas.

El presente estudio ha permitido estimar el porcentaje de población frágil en la Zona Básica de Salud correspondiente al Centro de Salud Nuestra Señora del Pilar, situándose en un 9,9%. También aporta, al agrupar los datos relativos a condiciones de salud de interés en la población estudiada que, por lo general, condiciones de salud positivas se daban en mayor porcentaje en los pacientes no frágiles, mientras que condiciones de salud negativas se daban en mayor porcentaje en frágiles. Hay que interpretar con cautela estos resultados, dada la tipología del estudio, que hay ciertas condiciones que no quedan reflejadas en la historia clínica frente a otras y que hacen sospechar que, al menos en el registro, no se engloba la compleja totalidad que supone la fragilidad en sus dominios biopsicosociales y su relación con el entorno. También que el periodo de estudio tuvo lugar durante la pandemia Covid-19.

No se ha declarado ningún conflicto de interés por parte de los autores. Todos los autores aprobaron el manuscrito y declararon que este manuscrito no se ha publicado antes y no ha recibido financiación.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. García-Nogueras I, Aranda-Reneo I, Peña-Longobardo LM, Oliva-Moreno J, Abizanda P. Use of health resources and healthcare costs associated with frailty: The FRADEA study. *The journal of nutrition, health & aging*. 2017; 21: p. 207-214.
2. Shamliyan T, Talley KM, Ramakrishnan R, Kane RL. Association of frailty with survival: A systematic literature review. *Ageing Research Reviews*. 2013; 12(2): p. 719-736.
3. Ministerio de Sanidad, editor. Recomendaciones para abordaje de la fragilidad en situación de crisis sanitaria generada por la COVID-19 España; 2021.
4. Castell MV, Sánchez M, Julián R, Queipo R, Martín S, Otero Á. Frailty prevalence and slow walking speed in persons age 65 and older: implications for primary care. *BMC Family Practice*. 2013 Junio; 14(86).
5. O Hoogendijk E, Afilalo J, Ensrud KE, Kowal P, Onder G, Fried LP. Frailty: implications for clinical practice and public health. *Lancet*. 2019 Octubre; 394(10206): p. 1365-1375.
6. 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 Madrid; 2014.
7. Consejería de Sanidad Servicio Madrileño de Salud Dirección General del Proceso Integrado de Salud. Servicio 420: Atención a la persona mayor, con fragilidad o con deterioro funcional. Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid Actualización 2018. 092020th ed. Madrid; 2020. p. 104-108.
8. NANDA International. Diagnósticos Enfermeros: definiciones y clasificación, 2021-2023. Undécima ed. Herdman TH, Kamitsuru S, Lopes CT, editors. España: Elsevier; 2021.
9. Lucena A, Argenta C, de Abreu Almeida M, Moorhead S, Swanson E. Validation of nursing outcomes and interventions to older adults care with risk or frail elderly syndrome: proposal of linkages among NOC, NIC, and NANDA-I to clinical practice. *International Journal of Nursing Knowledge*. 2019 Julio; 30(3): p. 147-153.
10. Herramienta online para la consulta y diseño de Planes de Cuidados de Enfermería. [Online].; 2015. Available from: <https://www.nnnconsult.com/>.
11. González-Rodríguez R, Martelo-Baro MdlÁ, Bas-Sarmiento P. Diagnostic labels of NANDA-I in a southern region of Spain. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2017; 25: p. e2911.

Mesa 16: COVID-19**Session 16: COVID-19****AUTORES/AUTHORS:**

Rocío Bocero Espigares, Celso Prieto Parra, Nabil Amahdar, Usue Pons Iturbe

TÍTULO/TITLE:

Relación del Uso de Internet y Redes Sociales con la Autoestima en Estudiantes Universitarios de Enfermería post-Covid19

En la era global actual, la información digitalizada y el acceso al conocimiento es relativamente fácil, inmediato y económico, esto nos permite acceder a toda la información de la que se dispone en este espacio de manera desmedida y sin control (Lahti et al., 2021) (Rojas et al., 2018).

Durante el confinamiento por la pandemia de la Covid-19, según los estudios analizados y realizados, observamos que hay un incremento sobre los problemas de salud mental; adicciones y ansiedades, en consecuencia, del uso de internet y las redes sociales (Elbilgahy et al., n.d.). El incremento de la incidencia sobre este uso ha sido debido, a las demandas de este recurso por parte de los estudiantes universitarios a la hora de estudiar de forma asincrónica y a consecuencia, desencadenando una serie de afectaciones en su vida social, familiar e individual en su estilo de vida (Fernández de la Iglesia et al., 2020).

Este medio en una herramienta indispensable para los universitarios y jóvenes en general, siendo una de las fuentes principales para el desarrollo del conocimiento y habilidades individuales y colectivas, generando una interacción constante de intercambio de información y disminución del tiempo implicado en la búsqueda de la misma (Fernández de la Iglesia et al., 2020). De la misma manera, puede llegar a ser un gran medio de desinformación para el colectivo, generando controversias, dependencia a los medios de comunicación u otra serie de necesidades adictivas. En consecuencia, a este uso desmesurado, puede dañar sensiblemente la salud de los jóvenes universitarios (Carpio-Fernández et al., 2021).

Por este motivo, hemos decidido realizar este trabajo enmarcado dentro de la asignatura de metodología y bioestadística de primer curso de Enfermería y conocer los efectos que puede causar el uso de internet y las redes sociales sobre la autoestima y como ha afectado este uso tras la anterior pandemia vivida de la Covid 19.

Como objetivo, analizamos el uso de internet y redes sociales en los estudiantes universitarios de enfermería, evaluando su relación con la autoestima, la repercusión que ha comportado la posterior pandemia generada por la Covid-19 y describir otros factores de riesgo que se hayan por este uso respecto a su salud.

El Método realizado en este estudio es cuantitativo, observacional, descriptivo, mediante el corte transversal de una muestra total de 318 estudiantes, correspondientes a los cursos de 1º y 2º de Enfermería. Se ha realizado un cuestionario relacionado con el uso de internet y las redes sociales, calidad y percepción de la salud y por último, valoración y puntuación sobre la Autoestima mediante la Escala Rosemberg.

Observamos como resultados tras el análisis de los datos que, el 41,2% de los encuestados, tiene una conexión de 2 - 4 horas diarias.

El 94% lo hacen a redes sociales, siendo un 82,7% pertenecientes del género femenino. Tras la pregunta "Tienes adicción a internet", el 44,5% de mujeres y el 36,4% de los hombres, afirman presentar adicción a internet, siendo mayoritario el género femenino en notaria.

Por otro lugar, observamos que un 53,8% de mujeres y un 59,3% hombres afirman padecer de ansiedad en los últimos meses, dando lugar a otra serie de condicionantes y alteraciones en la salud. Por lo que respecta al aislamiento, el 25,9% del total de estudiantes, afirma haber padecido de aislamiento en estos últimos meses, siendo un 27,1% mujeres y un 25,9% hombres.

Respecto a la post-pandemia de la Covid-19, se destaca una afección del 25,9% de los estudiantes, siendo el género femenino un

26,7% y el masculino un 22,2% donde afirman tener falta de salud tras la pandemia.

El 100% de los universitarios presentan una autoestima media/alta con una puntuación de 30 sobre 40 frente a un 12,96% presentan una autoestima baja con la puntuación de 21,94 en la escala de Rosenberg.

Como Conclusión, observamos que, alrededor de un 75% de la población estudiada, han tenido acceso a internet en el móvil, entre las edades comprendidas desde los 10 años hasta los 15 años. Este hecho convierte que prematuramente, en una edad preadolescente, es cuando empiezan a tener contacto con el mundo de las redes sociales, así afectando directamente en la manera de relacionarse socialmente y perder las habilidades comunicativas con el entorno.

Los estudiantes no se consideran adictos, y curiosamente tienen una conexión a internet entre 2 y 6 horas diarias. También alrededor de un 71% de estudiantes, usan las redes sociales más de tres veces al día. Podemos observar que aunque no se consideren adictos, si hay adicción y además relacionada con la autoestima. Por ende, hemos podido comprobar que la prevalencia, afección y adicción a estos medios se encuentra en el género femenino, siendo un mayor porcentaje de uso y consumo del mismo.

Otros datos de interés sugieren que un 99% de estudiantes tiene una red social, el cual solamente un 1% carece de ella. Este dato nos muestra que todos y todas, están inmersas en el mundo y el uso del internet.

Alrededor de un 84% de la muestra total, cree que las redes sociales en parte tienen una aportación negativa, como puede ser la muestra de realidades falsas, divulgación de información no contrastada o evidenciada, afecto en la falta de autoestima, estigma de la belleza corporal, entre otras.

Las búsquedas más frecuentadas en internet tratan de aspecto físico, seguido de actividad física, estar en forma. Casi la totalidad de los estudiantes, lo usan para aclarar dudas que tienen sobre temas que les preocupan. Se identifican algunos casos donde existen factores de riesgo en la salud de los estudiantes relacionado con el uso de este medio.

Debido a estos factores, más de la mitad de los estudiantes asocia que tiene falta de salud tras la pandemia de la Covid-19, tratándose de cefaleas, dolores articulares, insomnio y todas derivadas y causadas por el uso adicto de internet y redes sociales.

En los últimos 6 y 12 meses, más de la mitad, ha mostrado haber padecido ansiedad relacionada con el uso de las redes sociales e internet. Los problemas que más les preocupan, son el alcohol y los aspectos de belleza. También evidencian problemas secundarios como es la adicción al alcohol y la belleza, repercutiendo y afectando negativamente a la persona.

Como intervención enfermera observamos que la aprobación social e idea de belleza, causantes de la percepción y autoconcepto sobre sí mismas, generan una serie de afectaciones en la salud como es el caso de la ansiedad, inseguridad, aislamiento.

Debido a los factores de riesgo que padece la persona, se genera una dependencia hacia estos medios de comunicación con el objetivo de sentirse complaciente, por lo que, aplicando una buena educación para la salud y compartiendo esta serie de datos en los centros educativos con el objetivo de obtener una prevención respecto a la utilidad de los mismos, reduciría los factores de riesgo y posteriormente, la adicción de las mismas. Esta intervención comporta la reducción de los causantes, la mejora y el bienestar de la persona.

Pensamos a visión futura como enfermeras/os que se puede aplicar una promoción y prevención por la salud de manera objetiva, abarcando la adicción a las redes sociales y el manejo de las emociones y conductas causantes de la afectación de autoestima mostrando los estudios realizados y evidenciado su factor de riesgo y causante.

Se necesita intervenir realizando una buena educación sanitaria, sobre los buenos usos de las redes sociales, para tal de evitar trastornos psicoemocionales. Para paliar los efectos en la población, opinamos que, un papel de la enfermería escolar será clave para poder abordar de manera holística todos estos aspectos.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Carpio-Fernández, M. V., García-Linares, M. C., Cerezo-Rusillo, M. T., & Casanova-Arias, P. F. (2021). Covid-19: uso y abuso de internet y teléfono móvil en estudiantes universitarios. *Revista INFAD de Psicología. International Journal of Developmental and Educational Psychology.*, 2(1);107–116. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2021.n1.v2.2123>
- Elbilgahy, A. A., Sweelam, R. K., Eltaib, F. A., Bayomy, H. E., & Elwasefy, S. A. (2021). Effects of Electronic Devices and Internet Addiction on Sleep and Academic Performance Among Female Egyptian and Saudi Nursing Students: A Comparative Study. *SAGE open nursing*, 7,23779608211055614. <https://doi.org/10.1177/23779608211055614>
- Fernández de la Iglesia, J. C., Casal Otero, L., Fernández Morante, M. C., & Cebreiro, B.(2020). Actitudes y uso de Internet y redes sociales en estudiantes universitarios/as de Galicia: implicaciones personales y sociales. *Revista Prisma Social*, (28);145-160.
- Lahti, H., Lyyra, N., Hietajärvi, L., Villberg, J., & Paakkari, L. (2021). Profiles of internet use and health in adolescence: A person-oriented approach. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(13). <https://doi.org/10.3390/ijerph18136972>
- Rojas, D. G., Jiménez-Fernández, S., & Serna Rodríguez, R. M. (2018). Management of time and use of ICT in university students. *Pixel-Bit, Revista de Medios y Educación*, 53, 109–121. <https://doi.org/10.12795/pixelbit.2018.i53.07>

AUTORES/AUTHORS:

Joana Maria Servera Puigserver, Gemma Lorente Fernández, Juana María Vanrell Berga, Antònia Garí Bibiloni, Jessica Seguí Cobo, Antonio Nicolau Riutort

TÍTULO/TITLE:

Análisis descriptivo de los brotes laborales COVID-19 en las Illes Balears

Objetivo

Describir las variables básicas de los brotes laborales de COVID-19 detectados en las Illes Balears desde marzo 2020 a diciembre 2021. Se establecen dichas variables en función de su utilidad para valoración de impacto, identificación de los grupos poblacionales de mayor riesgo y apoyo a las medidas de prevención y control de la pandemia.

Métodos

Estudio descriptivo retrospectivo con revisión de historias clínicas por el Servicio de Epidemiología para verificar cumplimiento de criterios. Clasificación de ámbitos incluyendo el "ámbito mixto" como aquel en que se identifican cadenas de transmisión afectando a más de un ámbito. Validación de variables básicas: Fechas de diagnóstico de primer y último caso, ámbitos involucrados, perfil de los casos, distribución geográfica y estado clínico.

Resultados

Desde el comienzo de la notificación de brotes hasta el final de 2021 se detectaron un total de 14.447 casos en 1.868 brotes. Los dos primeros ámbitos, tanto en número de brotes como de casos son el mixto (987 brotes; 53% del total; 8.262 casos; 27% del total) y el social (258 brotes; 14 %; 1.705 casos; 12%). El tercer ámbito en número de brotes es el familiar (215 brotes; 11,5%; 1.125 casos; 8%)

El primer caso asociado a un brote laboral en Baleares se diagnosticó el 21/5/2020. Con ámbito exclusivamente laboral fueron comunicados 206 brotes (11.03 % del total de brotes detectados) con 1.117 casos asociados (7.73% del total de casos; media de 5.42 casos/brote). 922 casos fueron sintomáticos (10 casos hospitalizados) y 195 asintomáticos. No se verificó ninguna defunción. 145 brotes (733 casos) fueron detectados en la isla de Mallorca, 46 (319 casos) en Ibiza, 11 (51 casos) en Formentera y 4 brotes (14 casos) en Menorca. La mayoría de estos brotes laborales (203) tenían un origen autóctono (adquisición de la infección del caso primario en Baleares) mientras que sólo 3 se clasificaron como importados (generados en Reino Unido, Francia y Alemania). Los subámbitos más frecuentes fueron la restauración y la hostelería y su distribución temporal reflejó las oscilaciones de la incidencia en la Comunidad Autónoma evidenciándose 2 picos en el tiempo: agosto 2020 (23 brotes) y Julio 2021(52 brotes) coincidiendo con el auge de la temporada turística. En el contexto de brotes mixtos (con una gran mayoría de brotes con perfil inicial de tipo familiar) un total de 140 (14%) se generaron en ámbitos laborales como ámbito primario. Así mismo, el ámbito laboral se detectó como secundario en 103 brotes (10%).

Discusión

Las relaciones entre convivientes y familiares, así como los contactos en contextos sociales suponen el mayor peso en la generación de brotes tanto de brotes limitados a sus ámbitos como de aquellos con extensión secundaria a otros entornos como el laboral. Los autores declaran no tener ningún tipo de conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Cifras recogidas del Servicio de Epidemiología de la DGSPiP de les Illes Balears de los años 2020 y 2021.

<https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/situacionActual.htm>

<https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos.htm>

<https://www.who.int/es/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>

https://www.who.int/es/health-topics/coronavirus#tab=tab_1

AUTORES/AUTHORS:

Leisly Sofia Beleño Pinedo, Kendy Paola Madero Zambrano, Zorayda Barrios Puerta

TÍTULO/TITLE:

SATISFACCIÓN DE PACIENTES Y FAMILIARES CON EL CUIDADO RECIBIDO POR ENFERMERIA DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19, 2021

La emergencia desatada por la pandemia por COVID-19 representó una crisis mundial en salud pública. En este escenario los profesionales de Enfermería desempeñaron un rol protagónico proporcionando cuidados a los infectados. Pese a las adversidades que surgen en la atención en salud a consecuencia de la pandemia, el personal de enfermería ha permanecido en la primera línea, poniendo en riesgo su vida y la de sus familiares por el contacto con los pacientes y el riesgo potencial de contagio que esto ocasiona, se destaca que sin importar la carga emocional y las situaciones críticas y económicas que enfrenta el personal de la salud, los enfermeros no han dejado de proporcionar largas noches de tratamiento y desvelo en aras de dignificar la existencia de sus pacientes [1]. Siendo así, el profesional de enfermería sigue sujeto a cumplir con su código deontológico trabajando bajo las exigencias de la emergencia para lograr los estándares de producción necesarios y velar por el bienestar de sus pacientes [2]. Respecto a la situación descrita, de aquellos factores que potencian la disminución de la satisfacción de los cuidados y realizando una mirada en el panorama internacional, se evidenció que en Perú, Solís T [3], afirma que los pacientes con COVID-19 están en el 70% muy satisfechos con la atención recibida, el 30% está satisfecho y no se evidencia ningún tipo de insatisfacción por parte de los usuarios que recibieron la atención primaria como consecuencia de la neumonía por COVID-19 en el Centro de Salud de Acolla. Mientras tanto, en el panorama nacional en la investigación titulada “Cuidados de enfermería frente al manejo del paciente diagnosticado con covid-19 en el área de hospitalización” se mencionan las condiciones adversas de la atención en salud, en cuanto a la falta de recursos, la sobrecarga laboral, la sobresaturación del sistema, las precarias condiciones de la gran mayoría de trabajadores en salud, la discriminación a la que está sometido el personal sanitario, y a la falta de conciencia en relación con el aislamiento social y el confinamiento en los hogares, y se dan recomendaciones como la actualización constante de los profesionales de enfermería que permita tener conocimiento para establecer acciones concretas de cuidado para los pacientes hospitalizados por COVID-19, además del fortalecimiento de las medidas de aislamiento y cuidado del equipo interdisciplinar para disminuir el riesgo de contagio y propagación [4]. Sumado a lo anterior, en el panorama local, durante el Foro Internacional de Medicina Interna realizado en la Universidad de Cartagena, se generó un llamado en base a las constantes agresiones verbales, psicológicas y físicas y a la discriminación constante a la que es sometido el personal sanitario como respuesta a la ignorancia y el miedo social que genera la pandemia por COVID-19, los participantes del foro enfatizaron en que es necesario reforzar las tareas de difusión para prevenir y erradicar los casos de discriminación, estigmatización y/o violencia que se presentan en el periodo considerado, además de garantizar el aporte de insumos en todos los centros hospitalarios o lugares de atención y responder al personal de salud con un seguro para la educación de sus hijos y la subsistencia de su familia si se llega a morir por las agresiones mencionadas o por el contagio de COVID-19 [5]. Con respecto a lo anterior surgió la siguiente pregunta problema: ¿cuál ha sido la satisfacción de los pacientes y sus familiares frente a los cuidados enfermeros recibidos durante la atención por Covid-19 en un hospital de Cartagena, durante el 2021?

Objetivo: Determinar el grado de satisfacción de los pacientes y sus familiares frente a los cuidados enfermeros recibidos durante la atención por Covid-19 en un hospital de Cartagena -Colombia durante el 2021. Métodos: Estudio cuantitativo, tipo descriptivo retrospectivo. La población fue de usuarios atendidos durante la emergencia por la COVID-19 en un hospital de Cartagena. Se consideraron pacientes (423) y familiares (240). Se estimó una muestra de 243 sujetos. Se aplicó un instrumento sociodemográfico y el Caring Assessment Instrument (CARE-Q) las pruebas de validación han arrojado que el instrumento es confiable (alfa de Cronbach: 0,8) [6,7]. Por otro lado, el estudio éticamente se fundamentó en la Resolución 8430 de 1993 [8], fue catalogado como sin

riesgo debido a que los datos se obtuvieron sin llevar a cabo experimentos sobre los sujetos.

Resultados: hubo pacientes (57,2%) y familiares (42,8%), con 20 – 29 años (35%), mujeres (50,2%) y hombres (49,8%), salteros (33,3%) y en unión libre (33,3%), urbanos (83,1%), con estudios técnicos/tecnológicos (38,7%), estrato 2 (42,4%), de familias nucleares (41,2%), con 0 hijos (34,2%), y empleados (35%). Por la enfermedad estuvieron hospitalizados 1 – 9 días (39,2%) y 10 – 19 días (26,7%), tuvieron síntomas moderados (51,4%) y no fueron aislados en UCI (84,8%). Prevalció la alta satisfacción con los cuidados enfermeros, en especial con el factor monitorear y hacer seguimiento (media: 0,83, IC95%: 0,8 - 0,87) este factor desveló la mejor calificación, en el sentido de que fue el único en donde la alta satisfacción fue lo más prevalente, alcanzando un 52,3%. Con la desagregación de la información se mantuvo este patrón en las distribuciones de frecuencias, pues tanto pacientes como familiares tuvieron alta satisfacción (48,9% y 56,7%, respectivamente) sobre la realización de monitoreo y de seguimiento de parte de los profesionales de enfermería. Y, en menor medida, con confortar (media: 0,76, IC95%: 0,72 - 0,79) que significó, comparativamente, la menor satisfacción frente a los cuidados enfermeros recibidos durante la atención por COVID-19, tanto en pacientes (promedio: 0,75, IC95%: 0,73 - 0,78) y familiares (promedio: 0,75, IC95%: 0,72 - 0,78). Es de resaltar y advertir que se trata de una puntuación relativa a los demás factores evaluados, eso no implica que haya sido baja o escasa la puntuación de satisfacción, solo que el promedio resultó más reducido respecto a los otros cinco factores considerados. Estadísticamente se determinó que la satisfacción no resultó independiente a diversas variables sociodemográficas ($p < 0,05$). Un aspecto importante observado fue el hecho de que la cantidad de días que el sujeto estuvo hospitalizado mantuviera relación estadística con la satisfacción tanto de manera general como en cuanto a cada uno de los factores considerados esto podría entenderse en el sentido de que el tiempo que pasa un paciente hospitalizado puede tener una mejor aproximación a los modos de cuidar de los profesionales de enfermería y, con ello, puede proporcionar un juicio sobre la satisfacción que tales atenciones les representan. También, se pudo evidenciar que En el caso de las relaciones evidenciadas en lo que respecta a los familiares de los pacientes objeto de estudio, no cabe duda de que su percepción con los cuidados enfermeros podría catalogarse como más difusa, con respecto a las variables consideradas. Esto se sustentaría en el hecho de que fueron relativamente menos la cantidad de variables significativas detectadas con el procedimiento estadístico.

Discusión: con respecto al análisis de la satisfacción percibida sobre el cuidado de los enfermeros mostró que resultó ser alta (55,6%) y moderada (37%), con un promedio relativamente alto (0,78 (en escala 0 a 1), IC95%: 0,75 - 0,82). Similar al 60,8% de personas satisfechas que encontró Gundogdu y colaboradores, al 68,9% de pacientes satisfechos con los cuidados según Parizad y colaboradores [9], así como al 58% de pacientes que valoran como excelente el cuidado recibido según García y colaboradores [10], al 81,7% de pacientes que expresaron sentirse muy satisfechos con la atención recibida de acuerdo al estudio de Pérez y colaboradores [11], Y también consistente con el alto promedio (4,6 en escala de 1 a 5) que estiman Blanco y colaboradores.

Conclusión: Se concluyó que prevaleció la alta satisfacción percibida con los cuidados enfermeros recibidos durante la pandemia por COVID-19. El factor evaluado más positivamente resultó ser el hecho de que el profesional de Enfermería monitoreó e hizo un seguimiento adecuado del paciente con la infección. En cambio, el factor que representó comparativamente la menor satisfacción fue el acto de confortar como parte de la provisión de cuidados.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1.Mosquera C, Vasallo J. Organización del trabajo de enfermería adaptado a unidades de pacientes ingresados con la COVID-19. World Health. 2020; 3-5
- 2.Quesada A. Calidad de vida laboral del profesional de Enfermería en la pandemia por COVID 19, en la Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital especializado de Lima. 2020.
- 3.Solis T. Satisfacción de pacientes con COVID-19 en la atención primaria del Centro de Salud de Acollla 2020. Universidad César Vallejo. 2020
- 4.Almanza G. Cuidados de enfermería frente al manejo del paciente diagnosticado con COVID-19 en el área de hospitalización. Rev.

Fac. Med. Hum. 2020 ;696-699.

5. Abuabara Y. Ataque al personal de la salud durante la pandemia de Covid-19 en Latinoamérica. Acta Med Col. 2020; 1-15.
6. Sepúlveda CG, Rojas CL, Cárdenas JO, Guevara RE, Castro HA. Estudio piloto de la validación del cuestionario CARE-Q en versión al español en población colombiana. Rev. Colomb. Enferm. 2009; 1-17
7. Amed E, Villareal G, Alvis C. Calidad del cuidado de Enfermería brindado por profesionales en una ciudad colombiana. Revista Ciencia y Cuidado. 2019; 108-119; 75-79. 1615
8. Ministerio de Salud de la República de Colombia. Resolución 8430 de 1993: Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá: Ministerio de Salud; 1993
9. Parizad N, Goli R, Mirzaee R, Baghaie R, Habibzadeh H. Satisfaction with nursing care and its related factors in patients with COVID-19: A descriptive correlational study. J Edu Health Promot 2021;437-440
10. García K, Hernández C, Pérez A, Villar S. Nivel de satisfacción de los pacientes con COVID-19 acerca del cuidado de enfermería recibido en un hospital del área metropolitana de Barranquilla. Universidad del Norte; 2021
11. Pérez J, Berrio J, Pérez Y, Rodríguez N, Fernández S, Aranguren D. Evaluación de la satisfacción de pacientes atendidos por la COVID-19 en el Hospital Universitario Clínico Quirúrgico Cmdte. Manuel Fajardo Rivero. Medicent Electrón. 2020; 630-642

Mesa 17: Cuidados a pacientes quirúrgicos

Session 17: Care of surgical patients

AUTORES/AUTHORS:

Rocio Tabernero Gallego, Neus Pelay Panes , Carmen Fernández Vargas , Daniel Andres Escobedo, Esperanza Zuriguel Perez, Roser Lara Fernández, Laura Vidal Tarrason , Ana Elena Ruiz Alcaraz, Laura Gonzalez Gilarte

TÍTULO/TITLE:

Valorar la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con traqueostomía y describir factores sociodemográfico

Métodos

Estudio prospectivo de cohorte realizado desde septiembre 2020 a marzo de 2022. Se reclutaron 96 pacientes, permanencia de 6 meses de su traqueostomía, en seguimiento en consultas externas del servicio de Otorrinolaringología de un hospital terciario y que consintieran participar.

Se analizaron variables sociodemográficas; laborales; académicas; antropométricas; hábitos tóxicos; cuidador; indicación de la traqueostomía y tratamiento coadyuvante recibido y la CVRS.

Para evaluar la CVRS se empleó un cuestionario específico de calidad de vida del paciente con traqueostomía Tracheostomy Specific Quality of Life Questionnaire (TQOL-versión española), consta de 22 ítems y 12 dimensiones, la puntuación global de 0 a 103, a mayor puntuación peor calidad de vida. Para este estudio el alfa de Cronbach del TQOL fue de 0,813.

Se analizaron los datos recogidos en RedCap, utilizando frecuencias relativas y absolutas, medidas de tendencia central, dispersión y posición según la distribución de cada variable (test Kolmogorov-Smirnov <0,05). Para los análisis bivariantes se utilizaron Rho de Spearman para las variables continuas y U Mann-Whitney o Kruskal-Wallis para las variables cualitativas. Se estableció $p < 0.05$ como nivel de significación y todos los análisis se realizaron con el programa estadístico SPSS v.24

Resultados

Se incluyeron N=96 pacientes, siendo n=84 (87,5%) hombres, con una edad media de $65,28 \pm 10,36$ años, siendo 43 (rango 22-74) la mediana de la puntuación total del TQOL.

No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre la puntuación TQOL y sexo ($p=0,973$). La etiología de la traqueostomía fue por un proceso oncológico en el 88% de los casos y el resto (12%) patología no oncológica. Se hallaron diferencias significativas entre la puntuación total del TQOL y la indicación de la traqueostomía, obteniéndose una puntuación mediana menor los pacientes con traqueostomía no oncológica ($p=0,032$) y los pacientes que no precisaban cuidador ($p=0,036$).

Discusión

La realización de una traqueostomía supone impacto en la calidad de vida (CV) de los pacientes, sin embargo las investigaciones sobre el tema son limitadas.

Se ha realizado un análisis de la CV de los pacientes tras 6 meses de traqueostomía permanente. Siendo el primer estudio conocido que ha utilizado el cuestionario específico TQOL versión en español.

En relación con los factores asociados, la indicación de la traqueostomía y la presencia de cuidador son factores que se asocian con la CV, resultados similares a los reportados por otros estudios en la misma línea.

Los resultados obtenidos aportaran conocimiento para el desarrollo de estrategias de promoción de la CV en pacientes con traqueostomía permanente. Sería interesante considerar el diseño de proyectos de intervención enfermera de las dimensiones que comprende la CV de las personas, para mejorar su percepción.

A la hora de analizar las limitaciones del presente trabajo, destacar que se trata de un trabajo unicéntrico con la limitación que ello supone a la hora de generalizar las conclusiones.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Official Records of the World Health Organization. 1948, Nº 2, 100.
2. WHO, Quality of life group. Foro Mundial de la Salud 1996; 17(4): 385-7.
3. Urzua A. Calidad de vida relacionada con la salud: elementos conceptuales. Rev Med Chile 2010; 138: 358-65.
4. A Pilot Study Kristine A. Smith, , John Douglas Bosch, Guy Pelletier, Marianne MacKenzie, Monica Y. Hoy, The Development of a Tracheostomy- Specific Quality of Life Questionnaire.

5. Nakarada-Kordic I, Patterson N, Wrapson J, Reay SD. A Systematic Review of Patient and Caregiver Experiences With a Tracheostomy Patient 2018; 11 (2), 175-191
7. WARE JE, GANDEK B, AND THE IQOLA PROJECT GROUP. The SF-36 health survey: Development and use in mental health research and the IQOLA Project. Int J Ment Health 1994; 23: 49-73.
8. AARONSON NK, CULL A, KAASA S, SPRANGERS M. The EORTC modular approach to Quality of Life assessment in Oncology. Int J Ment Health. 1994; 23: 75-96.
9. NAZAR G, PLATZER L, GONZÁLEZ J ET AL. Evaluación de la calidad de vida en pacientes tratados por cáncer de laringe. Rev. Otorrinolaringol. Cir Cabezacuello, 2004; 64:194-8.
10. MC QUELLON RP, HURT GJ. The psychosocial impact of the diagnosis and treatment of laryngeal cancer. Otolaryngologic Clinics of North America. 1997; 30(2): 231 - 241.

AUTORES/AUTHORS:

Sofía Calatayud Pérez, Clara Hurtado Navarro, Rosa Simó Sanchis, Paz Rodríguez Castellano, Isidro García Salvador, María José Hidalgo Sevilla, Encarna Chisbert Alapont, Neus Bosch

TÍTULO/TITLE:

COMPLICACIONES DE LAS OSTOMÍAS DE ALIMENTACIÓN EN UN HOSPITAL TERCIARIO

Introducción y objetivos

Las ostomías de alimentación permiten la nutrición de personas que, por motivos mecánicos o neurológicos, no pueden alimentarse por vía oral. El objetivo de este estudio fue describir las características de las personas con estas ostomías, las complicaciones a causa de las mismas y los factores relacionados con la aparición de complicaciones.

Metodología

Estudio observacional retrospectivo en un hospital terciario. Se estudian personas portadoras de ostomías de alimentación del 06/04/2018 al 17/03/2021.

Se revisaron historias clínicas recogiendo variables relacionadas con las personas, la técnica de la ostomía y las complicaciones. El análisis descriptivo utilizó mediana y rango intercuartílico para variables cuantitativas y frecuencias para variables categóricas. Las diferencias entre grupos se analizaron con la U de Mann-Whitney y el Chi-Cuadrado. El nivel de significación se estableció en 0.05. Se obtuvo la autorización del CEIC del Departamento en abril del 2022.

Resultados

Se estudian 50 casos (66% hombres), de edad mediana de 67 años y rango intercuartílico de 59-78 años. Las principales comorbilidades fueron la radioterapia en hombres (63,6%) y las cardiopatías en mujeres (29,4%). El 48% presentó desnutrición grave antes de la realización de la gastrostomía. El diagnóstico principal fue el cáncer de cabeza y cuello (63,6%) en hombres y la disfagia orofaríngea y los accidentes cerebrovasculares (29,4%) en mujeres ($p < 0,05$). Las mujeres presentaron más dependencia grave en las actividades básicas de la vida diaria (70,6% vs 24,2%), más deterioro cognitivo con un Pfeiffer severo (52,9% vs 15,2%), y más riesgo de tener úlceras por presión (52,9% vs 24,2%) que los hombres ($p < 0,05$).

La técnica más utilizada fue la gastrostomía radiológica percutánea (90%), con sonda Pigtail (88%) y brida como método de fijación. El 74% de los pacientes tuvieron al menos una complicación. Las más frecuentes fueron la dermatitis periestomal (44%), seguida de infecciones y fugas (22%). Las complicaciones no se relacionan con las variables estudiadas, a excepción de la extracción accidental de la sonda (16%), relacionada con mayor deterioro cognitivo ($p < 0,05$).

Conclusiones

Las personas incluidas son adultas con cáncer de cabeza y cuello (hombres) y enfermedades neurodegenerativas e ICTUS (mujeres). Presentan desnutrición severa o grave en el momento de la realización de la ostomía. Las mujeres con alta prevalencia de deterioro cognitivo, dependencia para las actividades básicas de la vida diaria y riesgo de úlceras por presión.

Las complicaciones son frecuentes y no se relacionan con las variables estudiadas, a excepción de la extracción accidental de la sonda que se relaciona con mayor deterioro cognitivo.

Esto nos hace plantearnos que la formación en manejo y cuidados de las gastrostomías a pacientes y cuidadores/as es fundamental, ya que proporciona competencias para la detección precoz de las complicaciones, potenciando el autocuidado y por tanto una mayor autonomía.

De esta forma se podrá valorar en futuros estudios el efecto que la formación de pacientes y sus cuidadores/as principales tiene en la aparición de estas complicaciones que, aun siendo leves, afectan a la calidad de vida de estas personas.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Clavé Civit P, García Peris P, editors. GUÍA DE DIAGNÓSTICO Y DE TRATAMIENTO NUTRICIONAL Y REHABILITADOR DE LA DISFAGIA OROFARÍNGEA. 3a. Barcelona: Editorial Glosa, S.L.; 2015.
2. Mohamed AAL, Fernández OAL, Fernández JS, Arroyo JP, Alonso AG. Vías de acceso quirúrgico en nutrición enteral. Cirugía Española [Internet]. 2006 Jun 1 [cited 2022 Mar 9];79(6):331–41. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-articulo-vias-acceso-quirurgico-nutricion-ental-13089028>
3. Vila S. Manual_de_nutricion_artificial_domicilio.pdf [Internet]. 2008. p. 642. Available from: booksmedicos.org
4. Del Carmen Navarro Falcón M, Campos AP, Cunill JLP, Luna PPG. Gastrostomías percutáneas radiológicas (GRP), 17 años de experiencia, serie de casos del Hospital Universitario Virgen del Rocío. Nutr Hosp. 2015;31(1):321–5.
5. Olalla MA. Manejo de gastrostomías en Atención Primaria. Formación Contin. 2008;34(4):177–82.
6. Chicharro L, Puiggrós C, Cots I, Pérez-Portabella Planas CM, Chicharro Serrano L. Complicaciones inmediatas de la gastrostomía percutánea de alimentación: 10 años de experiencia. Nutr Hosp. 2009;24(1):73–6.
7. Muñoz-Dávila MJ, Xandri Graupera JM, Yagüe Guirao G, Salvador García C, Segovia Hernández M. Sondas de gastrostomía: Indicaciones y complicaciones infecciosas en un hospital terciario. Rev Esp Quimioter [Internet]. 2017;30(5):334–40. Available from: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85038407597&partnerID=40&md5=6db9e835a6754e182c507a1783473b55>

AUTORES/AUTHORS:

Carla Pérez Ingidua, Ana Belén Rivas Paterna, Natalia Rodríguez Galán, Miriam Castro Castro, Leonor Laredo Velasco, Ana Ascaso del Río, Antonio Portolés Pérez, Emilio Vargas Castrillón

TÍTULO/TITLE:

Comparación de dos métodos de causalidad en un estudio de monitorización de RAM perioperatorias liderado por Enfermería

Objetivo:

El objetivo principal del estudio fue el de conocer el nivel de concordancia existente entre los resultados de evaluación obtenidos a partir de un análisis de causalidad-imputabilidad llevado a cabo por medio de dos algoritmos de decisión: Método de Naranjo y Colaboradores y el algoritmo modificado de Karch-Lasagna, en un grupo de sospechas de reacciones adversas a medicamentos detectadas en estudio prospectivo de monitorización de RAM, liderado por enfermería, en una muestra de pacientes pediátricos sometidos a intervención quirúrgica, entre agosto de 2019 y octubre de 2021, en un hospital de nivel terciario de la comunidad de Madrid.

Métodos:

Se llevó a cabo un estudio transversal de concordancia entre 2 métodos de evaluación de causalidad de sospechas de RAM: Método de Naranjo y Colaboradores y el Algoritmo modificado de Karch-Lasagna, a partir de las sospechas detectadas en una muestra de pacientes pediátricos sometidos a intervención quirúrgica entre agosto de 2019 y octubre de 2021 en el Hospital Clínico San Carlos de Madrid.

Fueron incluidas en el estudio todas las sospechas de RAM detectadas en una muestra de 158 pacientes que formaban parte de un estudio observacional, descriptivo y prospectivo de detección de RAM perioperatorias en pediatría.

Tanto la recogida de la información como la identificación de cada sospecha fue realizada por una enfermera de investigación del servicio de farmacología clínica del Hospital Clínico San Carlos. Tras la identificación de cada reacción, ésta fue puesta en conocimiento de un panel de expertos compuesto por personal de enfermería y médicos especialistas en farmacología clínica, cuidados intensivos pediátricos y anestesia, con la finalidad de discutir las posibles discrepancias y consensuar la evaluación en la identificación de la sospecha de RAM.

La decisión de evaluar la causalidad por dos métodos se tomó como consecuencia de la falta de un algoritmo de causalidad adaptado al contexto de la anestesia. Tanto el método de Naranjo y Colaboradores, orientado a la evaluación de la causalidad en pacientes hospitalizados, como el algoritmo de Karch-Lasagna, más adecuado para el estudio de la causalidad en el entorno de la investigación con medicamentos, resultaban, individualmente, insuficientes para el estudio de esta.

Asimismo, de acuerdo con el Método de Naranjo y Colaboradores, la causalidad fue categorizada en: Cierta, probable, posible y dudosa. De acuerdo con el Método de Karch-Lasagna, esta se clasificó en: Definitiva, probable, posible y condicional/no clasificada. Para poder realizar adecuadamente la evaluación de la sospecha de RAM se recogieron datos sociodemográficos (sexo y edad), datos clínicos (peso, antecedentes personales, alergias y RAM previas) y datos farmacológicos (tratamiento habitual, tratamientos recibidos durante los últimos 6 meses, tratamiento recibido durante la intervención y tratamiento en el postoperatorio). Por otro lado, se recogió información relativa a la propia reacción: Sujeto implicado en la detección de la RAM, principales fármacos implicados de acuerdo a la clasificación química anatómica terapéutica (ATC), sistemas orgánicos afectados, inicio y fin de la RAM, tipo de RAM (de acuerdo a la clasificación de Rawlins y Thompson ampliada por Aronson y Edwards), frecuencia de aparición de la RAM (según la FT del fármaco), mecanismo de producción de la misma, acciones emprendidas tras su identificación, resultado y gravedad de la RAM (según los criterios de Venulet y del SEFV).

Todos los datos fueron procesados y analizados en el software estadístico SPSS V20.0. Inicialmente se estudiaron y resumieron las

características de las RAM mediante el empleo de técnicas de estadística descriptiva y posteriormente, para estudiar el acuerdo entre los diferentes métodos de análisis de causalidad-imputabilidad se utilizó la prueba estadística Kappa de Cohen (k). Asimismo, para la interpretación de Kappa, se utilizó la escala propuesta por Landis y Koch.

Desde el punto de vista ético, el estudio fue autorizado por el Comité de Ética de Investigación con medicamentos (CEIm) del Hospital Clínico San Carlos, quién dictó aprobación para su realización en agosto de 2019. Por otro lado, dado el carácter prospectivo del estudio, fue obtenido el consentimiento informado de todos los padres de los menores. Además, el estudio no obtuvo ninguna financiación, fue realizado con recursos propios y todos los autores manifiestan que no existen conflictos de interés.

Resultados:

Entre las 48 RAM estudiadas, las más frecuentes fueron las gastrointestinales (42%; N=20), donde las náuseas representaron el 25% (N=12) del total de RAM. Éstas fueron seguidas por las reacciones vasculares que estuvieron representadas por episodios de Hipotensión (25%; N=12),

Los grupos terapéuticos más reportados como causantes de las RAM fueron los Hidrocarburos Halogenados (ATC: N01A B08), donde el Sevoflurano, que fue el agente más utilizado, ocasionó el 52% (N=25) de las reacciones y los Anestésicos opioides (ATC: N01AH01), entre los que el Fentanilo fue el principal fármaco responsable, ocasionaron el 46% de las mismas (N=22).

Atendiendo a la gravedad de las RAM en base a acuerdo con los criterios de Venulet, un 75% (N=36) fueron consideradas leves, un 22,9% (N=11) fueron consideradas moderadas y un 2,1% (N=1) severas. Asimismo, de acuerdo con los criterios del Sistema Español de Farmacovigilancia (SEFV), también solo el 2.1% (N=1) de las RAM fueron consideradas graves.

En lo relativo a la causalidad, una RAM fue excluida del análisis dado que no se disponía de información suficiente de la misma para ejecutar la evaluación. El estudio de esta a través del método de Naranjo y colaboradores reveló que un 79% (N=37) de las RAM podían ser clasificadas como "probables", un 21% (N=10) como "posibles". Cuando el análisis se realizó mediante el empleo del algoritmo de Karch-Lasagna modificado, un 45%(N=21) como fueron clasificadas como "probables", un 49%(N=23) como "posibles", el 2%(N=1) como "condicional/no clasificada" y el 4%(N=2) como "definitivas".

En el análisis de concordancia entre ambos métodos de evaluación, se obtuvo un índice Kappa=0,335.

Discusión:

El grado de concordancia entre ambos métodos de evaluación, de acuerdo con los parámetros de Landis y Koch, tan solo obtuvo la categoría de "aceptable". Probablemente la dificultad para evaluar algunas categorías como la secuencia temporal en el contexto de la cirugía, en el que un número elevado de fármacos se administra de forma concomitante, o al hecho de que el método de Karch-Lasagna establece un mayor número de opciones de respuesta, puedan justificar el bajo nivel de concordancia entre ambos métodos.

En este sentido, como conclusión, es preciso que se diseñe un algoritmo que permita realizar la evaluación en el contexto de la cirugía y la anestesia, en el que múltiples fármacos se administran de forma concomitante y donde, además, con frecuencia se administran productos que interaccionan entre sí, para que en el futuro sea posible realizar una evaluación de causalidad adecuada que permita prevenir la aparición de algunas RAM.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Naranjo C, Busto U, Sellers E, Sandor P, Ruiz I, Roberts E, et al. A method for estimating the probability of adverse drug reactions. Clin Pharmacol Ther. 1981;30(2):239-45. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7249508/>

2. Karch FE, Lasagna L. Toward the operational identification of adverse drug reactions. *Clin Pharmacol Ther.* 1977;21(3):247-54. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/837643>
3. Rawlins M, Thompson J. Mechanisms of adverse drug reactions. En: Davies D, editor. *Textbook of adverse drug reactions.* Oxford: Oxford University Press; 1991. p. 18-45.
4. Edwards IR, Aronson JK. Adverse drug reactions: Definitions, diagnosis, and management. *Lancet.* 2000;356(9237):1255-9.
5. Venulet J, Ciucci, Berneker C. Standardized assessment of drug-adverse reaction associations – rationale and experience. *Int J Clin Pharmacol Ther Toxicol.* 1980;18:381-8.
6. Hallas J, Harvald B, Gram LF, Grodum E, Brøsen K, Haghfelt T, et al. Drug related hospital admissions: the role of definitions and intensity of data collection, and the possibility of prevention. *J Intern Med.* 1990;228(2):83-90.
7. López de Ullibarri Galparsoro I, Pita Fernández S. Medidas de concordancia: el índice de Kappa. *Cad Aten Primaria.* 1999;169-71. Disponible en: https://www.mvclinic.es/wp-content/uploads/López-de-Ullibarri-Medidas-de-concordancia_-el-índice-Kappa.pdf
8. Cerda JL, Villarroel Del LP. Evaluación de la concordancia interobservador en investigación pediátrica: Coeficiente de Kappa. *Rev Chil pediatría.* 2008;79(1):54-8. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rcp/v79n1/art08.pdf>

AUTORES/AUTHORS:

Ana García del Castillo, Ana Turrión León, Claudia Morán del Pozo, Ignacio Durán Giménez-Rico

TÍTULO/TITLE:

Sesiones de fisioterapia y grado de ROM articular al alta en pacientes intervenidos de artroplastia total de rodilla

La artrosis es una de las enfermedades reumáticas más frecuentes. La prevalencia de artrosis en España en una o más de las localizaciones estudiadas (manos, rodillas y caderas) en el Estudio EPISER2016 sobre Prevalencia de Enfermedades Reumáticas en España, es del 29,35%. La gonartrosis ocupa el segundo lugar respecto a la prevalencia de enfermedades artrósicas, afectando a un 10,2% de la población española. Su aparición se asocia al sexo femenino, sobrepeso y obesidad, e interfiere a gran escala en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, causando disminución de la calidad de vida, dolor e invalidez.

Aunque se debe individualizar el tratamiento según la localización y la evolución de la gonartrosis, existen medidas generales útiles para la mayoría de los pacientes. En primer lugar, es imprescindible, en los casos que exista una sobrecarga ponderal, la corrección de la misma, a través de un abordaje interdisciplinar basado en la adquisición de nuevos hábitos nutricionales y actividad física, haciendo hincapié en la tonificación de cuádriceps y la reeducación de la marcha. Asimismo, las guías recomiendan evitar: la bipedestación prolongada, largas caminatas, sedestación mantenida con las piernas cruzadas y soportar grandes pesos, entre otros.

El dolor es el primer motivo de consulta en las enfermedades osteoarticulares y uno de los síntomas más invalidantes en esta patología. El tratamiento farmacológico recomendado para el control del dolor está basado en escalones terapéuticos; iniciándose con la prescripción de analgésicos, si estos fracasan se combinarían con antiinflamatorios no esteroideos de forma discontinua en los períodos críticos. Otros de los fármacos que son utilizados habitualmente pero que tiene una eficacia dudosa son los condroprotectores sistémicos. Las infiltraciones intraarticulares son una alternativa que ayuda a enlentecer el proceso evolutivo de la gonartrosis, cuando los tratamientos orales no han tenido éxito, aunque debe realizarse más estudios experimentales al respecto.

La fisioterapia antiinflamatoria puede utilizarse como coadyuvante en los períodos más dolorosos.

Una vez que el abordaje higiénico-dietético no ha conseguido el resultado deseado, se recomienda en última instancia la Artroplastia Total de Rodilla (ATR) (referencia de la sociedad de trauma y ortopedia). Esta intervención no se encuentra completa si no implica una rehabilitación post-cirugía, fundamentada en técnicas manuales y de electroterapia, para permitir la realización de AVD.

La sustitución de la articulación de rodilla, es uno de los diez GRD (Grupo Relacionado Diagnóstico) quirúrgicos más frecuentes y que más consumo de recursos conlleva en el Hospital Central de la Cruz Roja. Sin embargo, los datos referentes a la rehabilitación que realizan estos pacientes no han sido estudiados.

Objetivo:

Describir las sesiones de fisioterapia recibidas y el grado de ROM articular conseguido al alta hospitalaria en pacientes intervenidos de artroplastia total de rodilla en 2017 y 2018.

Métodos:

Estudio descriptivo retrospectivo cuya población fueron los pacientes intervenidos de ATR en 2017 y 2018 en un hospital de apoyo de Madrid. Se incluyeron todos los pacientes intervenidos y se excluyeron para el análisis aquellos sujetos que no tuvieran registradas las variables de estudio. Se estudiaron las variables de edad, peso, altura, estancia, antecedentes de hipertensión y diabetes tipo II, nº sesiones recibidas, y grados de flexión y extensión articular (ROM) al alta hospitalaria. Se elaboró una base de datos para recoger dichas variables y se utilizó la historia clínica electrónica para acceder a la información. El estudio fue aprobado por el comité de ética de La Paz. Para describir la muestra se calcularon las frecuencias relativas para las variables cualitativas, expresadas en porcentajes y la media, mediana y DT para variables cuantitativas. Para el análisis inferencial se realizó T de student (sexo, HTA, DM II) y regresión múltiple (estancia y número de sesiones) con las variables de resultado: flexión y extensión articular al alta. Se analizaron con el programa estadístico R.4.0.3

Resultados:

Se revisaron 198 historias clínicas, de las cuales de las cuales se analizaron 188 según criterios de exclusión. El 76.1% (143) eran mujeres. En el 97.8% (184) el motivo de la intervención fue por gonartrosis. El 72.9%(135) tenían HTA y el 24,3%(45) DM II. La media de edad fueron 71.62 años, con DT \pm 7.97. La media de IMC es de 30.85 m²/kg con DT \pm 4.45. La estancia media fueron 10.87 días, con DT \pm 6.33. La media de sesiones recibidas fueron 4.88 por paciente, la mediana 3 sesiones/paciente, con DT \pm 3.93. La media de flexión al alta fueron 89.63° y de extensión -3.17°, siendo la DT \pm 10.97° y 5.07° respectivamente. Se encontró una relación estadísticamente significativa respecto a la asociación de estancia y grado de flexión. Este efecto era positivo, por lo que la flexión de los pacientes mejoraba en 0.62 puntos a medida que aumentaba su estancia en el hospital y por tanto, el número de sesiones recibidas. No se encontraron otras relaciones estadísticamente significativas respecto a ROM articular (flexión y extensión) al alta con edad, sexo, IMC, HTA o DM II.

Discusión:

Los resultados obtenidos son satisfactorios en cuanto a la funcionalidad articular con la que son dados de alta los pacientes. Es llamativo que prolongar la estancia únicamente suponga un aumento escaso de la flexión teniendo en cuenta lo que conlleva extender el ingreso (infecciones, riesgos, costes...). Sería interesante poder analizar el impacto social y emocional que tiene en el paciente el recibir estas sesiones de fisioterapia durante su ingreso versus la prescripción de intervenciones domiciliarias dirigidas a la mejora nutricional, de sobrecarga ponderal y de ejercicio terapéutico. En el trabajo de Gil Galán (2021), donde estudian la efectividad del tratamiento domiciliario en pacientes intervenidos de ATR, los sujetos recibían 2.1 sesiones durante el ingreso y en domicilio mantenían pautas de ejercicio que les habían sido recomendadas.

Las artroplastias de rodilla son procedimientos quirúrgicos efectivos que mejoran la calidad de vida de los pacientes, incrementan su capacidad funcional, reducen el dolor y representan uno de los procedimientos quirúrgicos más frecuentes en el Sistema Nacional de Salud. Asimismo, programas de ejercicios específico e intervenciones higiénico-dietéticas han demostrado un impacto positivo en el retraso de las cirugías e inclusive la cancelación de algunas de estas por mejoría del paciente. Estos hallazgos son positivos para el abordaje de este problema de salud a través de profesionales como fisioterapeutas y enfermeras, que pueden participar en estrategias interdisciplinarias conservadoras.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Blanco FJ, et al. Prevalencia de artrosis sintomática en España: Estudio ESPISER 2016. Estudio Episer 2016. Reumatol Clin. 2020, 17 (8):461-470. DOI: 10.1016/j.reuma.2020.01.008
- Sánchez Labraca N. Eficacia de un tratamiento precoz de fisioterapia durante la fase de hospitalización en pacientes con artroplastia total de rodilla. Granada. 2011. Disponible en: <https://digibug.ugr.es/handle/10481/18529>
- Gil Galan S. Efectividad del tratamiento de fisioterapia domiciliario mediante trabajo isométrico y propioceptivo en pacientes con artroplastia de rodilla entre el periodo postquirúrgico inmediato. fisioGia 2021,8(1):10-14.
- Poley Gonzalez A, Ortega Blanco JA, Pedregal González M, Martín Azofra M, Hermsoilla Camacho C, Mora Moreno F. Prevalencia de enfermedades osteoarticulares y consumo de recursos. Calidad de vida y dependencia en pacientes con artrosis. SEMERGEN - Medicina de Familia, 37(9); 2011. 462-467,ISSN 1138-3593.
- Kane RL, Saleh KJ, Wilt TJ, et al. Total Knee replacement. Evidence Report/Technology Assesment Number 86. Agency for Healthcare Research and Human Services. 2003. AHRQ Publication No 04-E006-2.
- Skou ST, Roos EM, Laursen MB, Rathleff MS, Arendt-Nielsen L, Simonsen O, Rasmussen S. A Randomized, Controlled Trial of Total Knee Replacement. N Engl J Med. 2015 Oct 22;373(17):1597-606. doi: 10.1056/NEJMoa1505467. PMID: 26488691.
- Katz JN. Parachutes and Preferences--A Trial of Knee Replacement. N Engl J Med. 2015 Oct 22;373(17):1668-9. doi: 10.1056/NEJMe1510312. PMID: 26488698.

Mesa 18: Seguridad del paciente y agudos

Session 18: Patient safety and acute care

AUTORES/AUTHORS:

José Fernández de Maya, Mireia Ladios Martín, María José Cabañero Martínez, Adrián Belso Garzas, Francisco Javier Ballesta López

TÍTULO/TITLE:

Rendimiento de modelos predictivos de riesgos de úlceras por presión y de caídas

OBJETIVO

El uso de técnicas de inteligencia artificial permite modelizar grandes volúmenes de datos mediante técnicas de “Data Mining” y “Machine Learning” obteniendo por ejemplo modelos predictivos de ocurrencia de eventos adversos como son las caídas hospitalarias y las úlceras por presión. Estos modelos son creados tras la identificación de variables significativas, mediante entrenamiento y validación retrospectiva seguida de una validación prospectiva y otra externa.

Las principales variables que influyen en los modelos se relacionan con los factores de riesgos propios de las upp y las caídas identificados en la literatura, junto a variables relacionadas con las acciones preventivas realizadas por enfermería.

El rendimiento de estos modelos, que se basan en la información extraída de la historia clínica, es sensible a cambios en los hábitos de registro, calidad de los datos y cambios en la práctica clínica como son las actividades preventivas en el caso de modelos de identificación de riesgos.

En el siguiente trabajo nos propusimos valorar el rendimiento en el tiempo de los modelos de riesgo implementados en un hospital de tercer nivel: caídas (pacientes de especialidades médicas y pacientes de especialidades quirúrgicas) y upp (pacientes de UCI, pacientes de especialidades médicas y pacientes de especialidades quirúrgicas)

METODOS

Se realiza comparación de año de inicio del modelo con el año 2021 de los estadísticos de sensibilidad, especificidad, F1 score, AUC de cada modelo. Todos los modelos implementados en un hospital de tercer nivel sobre población mayor de 16 años.

RESULTADOS

La evolución del modelo predictivo de upp en UCI ha mejorado su rendimiento desde su inicio. En cambio los modelos predictivos de upp y los de caídas en hospitalización empeoran rendimiento con el paso de los años

Upp UCI (2017-2019): sensibilidad 0,90-1; especificidad 0,74-0,65, F1 score 0,21-0,30, AUC 0,89-0,95

Upp MI (2017-2019): sensibilidad 0,69-0,79; especificidad 0,81-0,66, F1 score 0,09-0,04, AUC 0,84-0,80

Upp Qx (2017-2019): sensibilidad 0,91-0,61; especificidad 0,77-0,76, F1 score 0,02-0,008, AUC 0,84-0,80

Caídas MI (2019-2021): sensibilidad 0,85-0,83; especificidad 0,70-0,67, F1 score 0,10-0,009, AUC 0,84-0,79

Caídas Qx (2019-2021): sensibilidad 0,76-0,87; especificidad 0,76-0,73, F1 score 0,07-0,06, AUC 0,84-0,81

DISCUSION

En la mayoría de los modelos empeora el rendimiento a lo largo del tiempo. Entre las posibles causas está que estos modelos se basan en la información extraída de la historia clínica, que es sensible a cambios en los hábitos de registro y la calidad de los datos. Además, la mejora de la identificación del riesgo dirige a mejorar la práctica clínica como son las actividades preventivas, lo que provoca pérdida de eficacia de la predicción. Es por ello que se precisa de revisar periódicamente los modelos, valorando el impacto de las variables, con especial atención a aquellas nuevas que puedan estar influenciando, así como introducir variables relacionadas con la prestación de medidas preventivas.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Suriadi, Sanada H, Sugama J, Thigpen B, Subuh M. Development of a new risk assessment scale for predicting pressure ulcers in an intensive care unit. Nurs Crit Care. 2008;13(1):34-43.
- Cho IS, Chung E. Predictive bayesian network model using electronic patient records for prevention of hospital-acquired pressure

ulcers. J. Korean Acad. Nurs. 2011; 41(3): 423–431

- Wang, L., Xue, Z., Ezeana, C. F., Puppala, M., Chen, S., Danforth, R. L., Yu, X., He, T., Vassallo, M. L., & Wong, S. (2019). Preventing inpatient falls with injuries using integrative machine learning prediction: a cohort study. NPJ digital medicine, 2, 127. <https://doi.org/10.1038/s41746-019-0200-3>

- Cho, I., Boo, E. H., Chung, E., Bates, D. W., & Dykes, P. (2019). Novel Approach to Inpatient Fall Risk Prediction and Its Cross-Site Validation Using Time-Variant Data. Journal of medical Internet research, 21(2), e11505. <https://doi.org/10.2196/11505>

AUTORES/AUTHORS:

Eva M. Torondel Capdevila, M. Elena Solà Miravete, Yolanda Doménech Cid, Gessamí Rabadá Fernández, Mireia Adell Lleixà, Gerard Mora López, Irene Miró Duran, Esteban Monforte Farnós, M. Angeles Morales López

TÍTULO/TITLE:

Análisis de riesgos para la seguridad del paciente desde la experiencia de la persona atendida

INTRODUCCIÓN

La Declaración de Londres "Pacientes en defensa de su seguridad", puso de manifiesto que los pacientes tienen derecho a una atención de salud segura, y aboga por superar la cultura del error y la negación. Este documento aboga por la implicación de los propios pacientes en la consecución de un sistema de salud más seguro.

OBJETIVOS

- Explorar las opiniones y creencias de los pacientes atendidos sobre su seguridad de todo su proceso de atención en los centros sanitarios.
- Identificar a partir de los relatos de experiencias vividas los distintos tipos de incidentes relacionados con la seguridad de los pacientes.

METODOLOGIA

Tipo de estudio. Estudio cualitativo basado en teoría fundamentada con grupos focales de pacientes frecuentadoras y frecuentadores, y cuidadores/cuidadoras de personas dependientes.

Periodo y ámbito. Se ha realizado entre junio de 2021 y abril de 2022. Los participantes han sido usuarios y usuarias de diferentes Equipos de Atención Primaria.

Procedimiento. Por el interés del tema y coincidiendo con la pandemia, la investigación se ha desarrollado igualmente respetando las recomendaciones definidas y establecidas en los protocolos vigentes. El hecho de participar en el estudio no les ha comportado mayor riesgo añadido.

Los participantes de los grupos focales se seleccionaron por conveniencia, buscando la comprensión y experiencias vividas según el fenómeno y objetivo. Para asegurar incluir personas con experiencia y conocedores del proceso y circuitos de atención a la en su elección se siguieron los siguientes criterios: de cada unidad básica asistencial (UBA), se extrajeron listados de pacientes:

1. Tratamiento activo con anticoagulante oral (ACO) y 2. listados de pacientes incluidos en el programa de atención domiciliaria (AtDOM). Su selección fue por medio de informantes clave (enfermera referente de cada UBA). El tamaño se determinó por el criterio de saturación.

Como guion y protocolo de los grupos se siguió la tipología de las 13 categorías de tipos de incidentes relacionados con la SP incluidas en la clasificación de la OMS (CISP, 2009).

Aspectos éticos: Evaluación favorable por el CEIC de referencia (consentimientos informados y de grabación sesiones).

RESULTADOS

Se han formado y analizado 8 Grupos F de entre 6 -7 personas: 53 en total (4 G pac ACO: 29 personas: 15 hombres_ y 4 G Cuid ATDom_ 24 personas: 22 mujeres.

Duración media sesiones grupales: 85 minutos. La información se ha agrupado en categorías según guion, objetivos y marco explicativo. Las dimensiones y categorías con citas textuales: "verbatim" (que no se incluyen en el resumen) han sido:

-Medicación prescripción farmacológica. Justifican algunos incidentes como que los profesionales se equivocan por la complejidad de los tratamientos crónicos e interacciones con otros tratamientos (ACO). Seguimiento de los tratamientos lo consideran correcto. La receta electrónica suele estar accesible, pero a veces falla su actualización por no ser automática (no se mantiene la vigencia en

tratamientos crónicos). No disponer la receta en papel (solo electrónica) también supone un riesgo por no disponer de la pauta a seguir. La conservación de medicamentos pero desconocen la condiciones de conservación segura. Algunos utilizan pastillero.

-Accesibilidad. Se nombran las visitas virtuales como un inconveniente para recibir un trato y tratamiento de calidad. Coinciden en que es un riesgo por la pérdida de contacto con sus referentes. Les preocupa cuando a veces piden cita y no se les llama o tardamos mucho a contactar con el paciente. Identifican lista de espera para las citas presenciales en general lo valoran muy negativo. Citas al centro tiempos de espera por saturación. Esto parece que con la pandemia las citas previas han mejorado. Salas de espera vacías y retrasos cosa que no se entiende. Falta controlar e informar al paciente. Las derivaciones al especialista listas de espera de meses y a veces el problema ha cambiado: mejorado o evolucionado con riesgo para la salud. Algunos optan por recurrir a la vía privada. También expresan demoras en pruebas diagnósticas e intervenciones quirúrgicas. En general se valoran muy bien los procedimientos clínicos. Explican algún error de identificación en documentación.

-Comportamiento paciente/profesional muy importante la relación médico-enfermera- paciente en la sensación de seguridad.

-Gestión de servicios y atención recibida en general hay confianza. Comentan cambios frecuentes de médico por bajas o vacantes. Instalaciones y edificios nombran mejorar la información y aprovechar las pantallas y monitores.

-Riesgos PRE y DURANTE pandemia

Dificultad en el acceso a los servicios puede peligrar el diagnóstico o necesidad. Falta agilizar las listas de espera. Pérdida de información clínica: telefónicas y exploración muy focalizada por la protección de los profesionales en las presenciales. En general reconocen que la pandemia ha empeorado muchos aspectos de la accesibilidad a los servicios.

CONCLUSIONES

En general, los informantes realizan una buena valoración de los servicios sanitarios y de la atención que les han prestado los profesionales de su centro de primaria. Los aspectos mejor valorados tienen que ver con el seguimiento de las patologías crónicas que sufren y el control periódico por parte del personal de enfermería, así como el trato. Se sienten bien atendidos, bien controlados y su seguimiento es exhaustivo y muy frecuente. Lo que peor valoran son las listas de espera habituales para conseguir hora de visita con su médico de familia, especialistas y pruebas diagnósticas. Estas demoras suponen un riesgo para la salud de las personas, frente a la posibilidad de sufrir alguna patología que necesite atención urgente como son algunos de los casos que relatan los informantes.

La alternativa que toman es ir a realizar la consulta por privado, donde les han acelerado el proceso ante un diagnóstico y la necesidad urgente de intervenir.

Tampoco les gustan las visitas telefónicas, porque necesitan el contacto presencial con el profesional, poder explicarse y expresarse de cara a cara y poder consultar dudas e inquietudes. En línea con esta necesidad de tener un profesional referente que les aporte confianza, comentan que ha habido cambios últimamente en los médicos o asignación de nuevos. Ante esta situación se han sentido inseguros e incómodos.

La pandemia ha incrementado estos riesgos asociados a la falta de contacto y acceso a los profesionales y las listas de espera. Este aspecto de la confianza creen que es clave en el buen devenir de la atención y seguimiento de los pacientes y en la sensación de seguridad hacia el cuidado de la propia salud.

-Implicaciones para la práctica clínica

Este análisis fenomenológico desde las vivencias del PAC, es una fuente muy valiosa de información. Valora sus experiencias y expectativas. Resulta válido para identificar riesgos y problemas de SP. Puede complementar otras metodologías de análisis de riesgos y poder priorizar los planes de mejora.

-Conflicto de Intereses. Los autores declaran NO tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Carrillo I, Mira J, Pilar Astier-Peña M, Pérez-Pérez P, Caro-Mendivelso J, Olivera G, et al. Atención Primaria Eventos adversos evitables en atención primaria. Estudio retrospectivo de cohortes para determinar su frecuencia y gravedad. *Aten Primaria* [Internet]. 2020;52(10):705–11. Available from: www.elsevier.es/ap
- Gens-Barberà M, Hernández-Vidal N, Castro-Muniain C, Hospital-Guardiola I, Maria Oya-Girona E, Bejarano-Romero F, et al. Atención Primaria Incidentes de seguridad del paciente notificados antes y después del inicio de la pandemia de COVID-19 en atención primaria en Tarragona. *Atencion Primaria* [Internet]. 2021;53:102217. Available from: www.elsevier.es/ap
- Griffen FD. The impact of transparency on patient safety and liability. *Bull Am Coll Surg*. 2008 Mar; 93(3):19-23.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. [Seu web]. Disponible a:http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Declaracion_pacientes.pdf
- Ministerio de Sanidad SS e I. Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud [monografía en línea]. Período 2015-2020. [Internet]. SANIDAD, editor. Vol. Monografía en línea. Madrid; 2016 [cited 2022 Apr 5]. Available from: <https://seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2015/Estrategia%20Seguridad%20del%20Paciente%202015-2020.pdf?cdnv=2>
- Organización Mundial Salud. Declaración de Londres. OMS. Disponible en: http://www.errorenmedicina.anm.edu.ar/pdf/pacientes/Declaracion_londres.pdf
- OMS. Más que palabras. Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Versión 1.1 Informe técnico. [Internet]. 2009. Available from: <http://www.who.int/about/copyright/es/index.html>
- OMS. [Seu Web]. Pacientes por la seguridad de los pacientes. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/patients_for_patient/es/index.html
- Patient Safety and Quality Improvement Service Health Service and Clinical Innovation Division. Best Practice Guide to Clinical Incident Management. Published by the State of Queensland; Department of Health; 2014
- Ruiz Pérez R et al. Seguridad del paciente: percepción de los pacientes en atención primaria de un distrito sanitario urbano. *Medicina de Familia. SEMERGEN* (2021) 47(7) 465-471
- Sarkar U. Tip of the iceberg: patient safety incidents in primary care. Available from: http://www.who.int/patientsafety/summary_report_of_

AUTORES/AUTHORS:

Juan Carlos Fernández-Domínguez, Ketty Ruiz-López, Albert Sesé-Abad, Elisa Bosch-Donate, Enma lluch-Ferrer, Mariona Rechac-Font, Clara Carbonell-Crespí, Natalia Romero-Franco

TÍTULO/TITLE:

Efecto inmediato de la radiofrecuencia no ablativa sobre el prolapso vaginal: estudio piloto

Introducción: El prolapso vaginal constituye un tipo de disfunción del suelo pélvico caracterizado por un descenso de una o varias de las siguientes estructuras desde la posición anatómica normal: pared vaginal anterior (cistocele), pared vaginal posterior (rectocele), útero (cuello uterino), ápex de la vagina (o cúpula vaginal tras histerectomía. La terapia por radiofrecuencia (RF) no ablativa consiste en la aplicación de ondas electromagnéticas de alta frecuencia sobre los tejidos corporales. Ha sido utilizada en diversas patologías, especialmente en el campo de la estética y para el tratamiento de distintas afecciones cutáneas. Más recientemente se ha empezado a utilizar para el abordaje de diversas indicaciones ginecológicas, en concreto, síntomas derivados de las disfunciones del suelo pélvico.

Este estudio forma parte de un estudio más amplio sobre seguridad y efectividad de la radiofrecuencia (RF) sobre distintos parámetros anatómicos y clínicos del prolapso vaginal.

Objetivo: Evaluar el efecto inmediato de la aplicación de RF no ablativa sobre el prolapso vaginal medido mediante el POP-Q simplificado que permite la descripción cuantitativa de la posición de los órganos pélvicos), i.e. los valores numéricos en cm de los diversos segmentos vaginales.

Métodos: Estudio piloto experimental, aleatorizado, doble ciego con dos intervenciones: grupo intervención (GI), al que se le aplicó el tratamiento habitual estandarizado del prolapso vaginal (ejercicios y terapia manual) sumado a la aplicación de radiofrecuencia (RF) activa versus grupo control (GC) al que se le aplicó el tratamiento habitual estandarizado con aplicación de RF sham.

La captación de mujeres se llevó a cabo mediante un muestro no probabilístico de conveniencia (voluntarios).

La asignación de las mujeres de la muestra a cada uno de los grupos de estudio se realizó de forma aleatoria individualizada, a partir de la tabla de números aleatorios generada de forma previa al inicio del estudio a través del software EPIDAT v.4 (Galicia, España).

La secuencia de aleatorización se mantuvo oculta, mediante el uso de sobres cerrados y opacos previamente preparados por el investigador principal del proyecto (JCFD) que se introdujeron en una caja a disposición de las fisioterapeutas que realizan cada una de las intervenciones.

En la intervención (tanto en el caso del GI como del GC), no es posible cegar a los profesionales fisioterapeutas que realizan la intervención. Sin embargo, se cegó la asignación de las mujeres a los grupos de tratamiento (al haber incluido también un tratamiento con RF "RF sham" en el GC) y se mantuvo el cegamiento en el análisis de datos (evaluación de resultados), de manera que solo se identificarán los grupos, sin que la persona que realiza el análisis sepa a qué corresponde cada identificación del grupo.

Se llevó a cabo en la Clínica de Fisioterapia pelviperineal Ketty Ruiz, en Palma entre los meses de enero-marzo de 2022.

El estudio ha sido aprobado por el Comité de Ética de la Investigación (CEI) de las Islas Baleares: nº registro 04/21y ha sido incluido en Registro Europeo de Ensayos Clínicos (nº eudraCT 2021-000310-42).

Se incluyeron 12 sujetos, 6 en cada uno de los dos grupos (control y experimental) con prolapso vaginal GII y GIII. Se utilizaron los siguientes de selección. Como criterios de inclusión: Mujeres entre 18 y 75 años y Mujeres que manifiesten síntoma de prolapso vaginal, definido como "sensación de masa o bulto" y/o "sensación de arrastre en la vagina" y que además tenga presencia de prolapso vaginal), es decir, descenso de una de las paredes vaginales anterior, posterior o útero (cérvix) diagnosticado bajo criterios clínicos y cuantificado mediante el sistema de valoración del POP-Q simplificado. Como criterios de exclusión: Prolapso vaginal de

GIV (según estadio de prolapso POP-Q), prolapso vaginal menor de GI de cérvix o menor o igual de GI de pared vaginal anterior y/o posterior, asintomáticos, mujeres con enfermedades crónicas de tejido conectivo y mujeres que presenten algún tipo de contraindicación a la aplicación de la terapia de RF: embarazo,....

Las intervenciones (tanto en el GC como en el GI, se realizaron en forma de sesiones supervisadas por fisioterapeuta de forma individualizada en función de los resultados obtenidos en la exploración física previa de las participantes. El tratamiento habitual estandarizado incluía ejercicio terapéutico, así como el uso de técnicas de terapia manual e instrumental tanto para el tratamiento de puntos gatillo detectados como para la aplicación de electroestimulación muscular intravaginal en caso de que el valor de la fuerza de los músculos del suelo pélvico fuese inferior a 3 en la escala de Oxford modificada. El tratamiento de RF activa se aplicó por vía intracavitaria durante la realización de los ejercicios en camilla (decúbito supino) de activación refleja del transverso del abdomen y de la musculatura del suelo pélvico en aplicación monopolar, alcanzando en los tejidos una temperatura de entre 42-45°C (según tolerancia del paciente), y con una potencia del 50% hasta alcanzar la temperatura deseada. Además, se aplicó con una frecuencia que se individualizó en función del máximo nivel de absorción de energía por parte de los tejidos del paciente (entre 0.8-1.2MHz) y con una dosis de aproximadamente entre 3-4 KJ en función del tiempo de aplicación (20 minutos/sesión). En la aplicación de RF sham se siguió el mismo procedimiento de actuación que el que se aplica en la "RF activa" con la única diferencia de que en este caso no se aplica ningún tipo de parámetros al aparato de RF (en cuanto a temperatura, potencia, frecuencia y dosis); es decir, que este permanece apagado durante toda la duración de la sesión. En ambos grupos, además de las sesiones supervisadas se incluyeron consejos de hábitos de vida e higiene hídrica, miccional, alimentaria, defecatoria, postural y de actividad física para su generalización a domicilio, así como de información sobre fisiología miccional y defecatoria y la importancia de mantener una higiene correcta en cada uno de estos campos.

Se recogieron variables sociodemográficas, antecedentes ginecológicos y quirúrgicos y obstétricos.

Como variable resultado se midió el grado de prolapso mediante el POP-Q simplificado que permite la descripción cuantitativa de la posición de los órganos pélvicos, i.e. los valores numéricos en cm de diversos puntos en distintos segmentos vaginales: segmento vaginal anterior (punto Aa y Ap), posterior (punto Ba y Bp), cérvix (punto C) y ápex (punto D).

Para la recogida de variables se empleó un cuestionario estandarizado.

Se realizó un análisis descriptivo de todas las variables, tanto categóricas como cuantitativas. Se realizaron pruebas de comparación de medias entre los grupos con la prueba U de Mann-Whitney para cada uno de los 6 puntos. Se analizó la correlación entre las diferencias detectadas en los distintos puntos de cada uno de los segmentos vaginales mediante el coeficiente de correlación de Spearman.

Resultados: No se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en las variables control pre-intervención. Las pruebas de comparación de medias entre las diferencias promedio halladas para cada punto (Aa, Ap, Ba, Bp, C y D) resultan no significativas en todos los casos ($p > 0.05$). Existe una correlación estadísticamente significativa entre las diferencias detectadas de los puntos situados en la pared anterior (Aa y Ba) ($r = 1.00^{**}$) y de los puntos situados en la pared posterior (Ba y Bp) ($r = 0.764^*$). No existe ninguna correlación entre los puntos situados a la altura del fondo vaginal (C y D) ($r = 0.316$).

Discusión: Se debe tener en cuenta que lo que se ha querido valorar es si la RF de forma inmediata consigue una mejora de los parámetros "morfológicos", es decir, de la posición de los órganos pélvicos cuando se añade al tratamiento habitual, el cual ya ha demostrado, en distintos estudios previamente publicados, efectividad en el tratamiento del POP GI y GIII.

Debemos reseñar que en ambos grupos se aprecia una mejora general visual de la posición estática de los órganos pélvicos, sin embargo no se aprecian diferencias significativas entre ambos grupos en la medición del grado de prolapso en condiciones de esfuerzo estandarizado mediante el uso del sistema de clasificación del prolapso POP-Q validado.

Existen diversos estudios científicos que han analizado la efectividad de la RF en relación a síntomas de IU tanto femenina como masculina postprostatectomía, disfunción sexual, especialmente en relación al síntoma de laxitud vaginal y también en relación a los síntomas derivados del síndrome genitourinario de la menopausia. En líneas generales, los resultados de todos estos estudios

parecen indicar mejorías en las diversas aplicaciones de esta intervención; sin embargo, la mayoría de los estudios analizados presentan claras deficiencias metodológicas que impiden extraer conclusiones definitivas. En nuestro conocimiento no existen estudios previos publicados no existen estudios previos que hayan abordado el efecto inmediato o en forma de un programa de tratamiento de la RF no ablativa en el POP (ni de forma aislada ni combinada con otros tratamientos)

Como limitación del estudio debemos tener en cuenta el pequeño tamaño muestral, de modo que no se pueden extraer conclusiones definitivas. Además, también desconocemos la efectividad que podría tener la aplicación de la RF empleado de forma aislada en comparación con un grupo control en que no se hiciese ningún tipo de intervención o únicamente comparada con RF sham.

Implicaciones para la práctica: La aplicación de RF no ablativa no parece aportar ningún beneficio inmediato (post 1ª sesión) adicional al que se consigue con la aplicación del tratamiento habitual, en el prolapso vaginal. Se deberá realizar un seguimiento de las diferencias del efecto de ambas intervenciones una vez finalizado el tratamiento completo (8 sesiones de RF) para evaluar el efecto de la RF en el POP

Conflicto de intereses: Los autores del presente trabajo declaran conflicto de intereses, en base a que el dispositivo de radiofrecuencia ha sido prestado para su uso en actividades de investigación, como sobre la que actualmente se presentan resultados, en la Clínica de Fisioterapia pelviperineal Ketty Ruiz.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Nygaard I., Barber MD., Burgio KL., Kenton K., Meikle S., Schaffe, J., et al. Pelvic Floor Disorders Network. (). Prevalence of symptomatic pelvic floor disorders in US women. *JAMA* 2008;300(11):1311–6
2. Haylen BT, Maher CF, Barber MD, Camargo S, Dandolu V, Digesu A, et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic organ prolapse (POP). *Int Urogynecol J.* 2016;27(4):655-84
3. Kumaran B., Watson T. Radiofrequency-based treatment in therapy-related clinical practice—a narrative review. Part I: acute conditions. *Phys Ther Rev.* 2015;20(4):241–54.
4. Pereira TRC., Vassão PG., Venancio MG., Renno ACM., & Aveiro MC. Non-ablative radiofrequency associated or not with low-level laser therapy on the treatment of facial wrinkles in adult women: A randomized single-blind clinical trial. *J Cosmet Laser Ther.* 2017;19(3):133-139
5. Lalji S., & Lozanova P. Evaluation of the safety and efficacy of a monopolar nonablative radiofrequency device for the improvement of vulvo-vaginal laxity and urinary incontinence. *J Cosmet Dermatol.* 2017;16(2):230–4
6. Sodr  DSM., Sodr  PRS., Brasil C., Teles A., D ria M., Caf  LE., et al. New concept for treating urinary incontinence after radical prostatectomy with radiofrequency: phase 1 clinical trial. *Lasers Med Sci.* 2019;34(9):1865–71
7. Krychman M., Rowan CG., Allan BB., Durbin S., Yacoubian A., & Wilkerson D. Effect of Single-Session, Cryogen-Cooled Monopolar Radiofrequency Therapy on Sexual Function in Women with Vaginal Laxity: The VIVEVE i Trial. *J Women’s Heal.* 2018;27(3):297–304
8. Digesu GA., Tailor V., Preti M., Vieira-Baptista P., Tarcan T., Stockdale C., et al. The energy based devices for vaginal “rejuvenation,” urinary incontinence, vaginal cosmetic procedures, and other vulvo-vaginal disorders: An international multidisciplinary expert panel opinion. *Neurourol Urodyn.* 2019;38(3):1005– 8
9. Vicariotto F, & Raichi M. Technological evolution in the radiofrequency treatment of vaginal laxity and menopausal vulvo-vaginal atrophy and other genitourinary symptoms: first experiences with a novel dynamic quadripolar device. *Minerva Ginecol.* 2016;68(3):225–36.
10. Romero-Otero J., Lauterbach R., Aversa A., Serefoglu EC., Garc a-G mez B., Parnhan A., et al. Radiofrequency-Based Devices for Female Genito-Urinary Indications: Position Statements From the European Society of Sexual Medicine. *J Sex Med [Internet].*

2020;17(3):393-9

Mesa 19: Investigación en Cuidados

Session 19: Nursing research

AUTORES/AUTHORS:

Almudena Alameda-Cuesta, M. Gema Cid-Expósito, Cristina Oter-Quintana, Ángel Lizcano-Álvarez, Ana Talavera-Sáez, Pedro Ruymán Brito-Brito

TÍTULO/TITLE:

Validación de interrelaciones NANDA-NOC para siete diagnósticos psicosociales

OBJETIVOS: los lenguajes enfermeros estandarizados deben ser capaces de nombrar los fenómenos de interés disciplinar, definidos a través del metaparadigma enfermero. Esto implica la identificación de las respuestas de las personas a problemas de salud y procesos vitales, así como del efecto de las intervenciones enfermeras para minimizar o hacer desaparecer respuestas humanas desadaptativas o disfuncionales. La identificación de estas respuestas humanas, a través de los diagnósticos enfermeros (DE), es especialmente compleja en el caso del área psicosocial. Por ello, sería de gran interés disponer de indicadores que permitan valorar las manifestaciones clínicas críticas de los DE psicosociales.

El objetivo de este trabajo es validar las interrelaciones entre siete diagnósticos de la clasificación NANDA-I y 34 resultados NOC. Los DE son: Trastorno de la imagen corporal-00118, Baja autoestima situacional-00120, Desesperanza-00124, Afrontamiento ineficaz-00069, Impotencia-00125, Ansiedad-00146 y Temor-00148. Este trabajo forma parte de un estudio más amplio dirigido a la validación de una base de datos clínica que utiliza taxonomías NANDA-NOC-NIC. Las personas firmantes de este trabajo no tienen ningún conflicto de interés que ponga en duda los resultados que aquí se muestran.

MÉTODOS: estudio descriptivo, multicéntrico, nacional (España), de validación de interrelaciones entre los DE seleccionados y resultados e indicadores NOC. Se utilizó el modelo de validación de contenido diagnóstico propuesto por Fehring.

Participantes: enfermeras/os, seleccionadas según criterios de Quatrini y cols. El reclutamiento se llevó a cabo mediante la técnica de bola de nieve, realizando inicialmente un muestreo por conveniencia, seguido de un muestreo intencional, para alcanzar la máxima cobertura geográfica e incluir profesionales de perfil asistencial, docente/investigador, y gestor. No existe consenso respecto al número de participantes necesarios para realizar validaciones de estas características, por lo que se estimó un tamaño muestral de 60 profesionales, siguiendo las recomendaciones de De Oliveira Lopes y cols.

Variables sociodemográficas: edad, sexo, Comunidad Autónoma, nivel académico, puesto de trabajo, años de experiencia clínica y/o docente, publicaciones científicas en metodología y/o lenguajes enfermeros, participación en proyectos de investigación sobre metodología y/o lenguajes enfermeros. Estos datos también se utilizaron para confirmar que todas las personas participantes cumplieran los criterios de expertía establecidos.

Variables dependientes: congruencia entre las definiciones de resultado y diagnóstico (de "1-nada congruente" a "5-muy congruente"); grado en el que cada indicador de resultado permite medir los cambios en una característica definitoria (CD) (de "1-no permite medirlos" a "5-permite medirlos perfectamente").

Recogida de datos: cuestionario electrónico autoadministrado, diseñado con la herramienta LimeSurvey®. Tras un pilotaje con 15 expertos, se modificaron algunos aspectos de formato del cuestionario. La recogida de datos se realizó entre enero y mayo de 2021.

Análisis: las características sociodemográficas y profesionales de los participantes se describieron utilizando frecuencias y porcentajes, medidas de tendencia central y dispersión. Para el análisis de las interrelaciones entre diagnóstico y resultado se asignó a cada punto de la escala Likert la siguiente equivalencia: 1=0; 2=0.25; 3=0.50; 4=0.75 y 5=1, calculando las puntuaciones medias para cada interrelación entre diagnóstico y resultado, y entre CD e indicador. Para las interrelaciones entre diagnóstico y resultado, si la media fue ≥ 0.8 , se consideró que el resultado era principal para ese diagnóstico; si la media fue < 0.8 pero > 0.5 , se consideró como resultado complementario; si ≤ 0.5 , se consideró que la interrelación no era válida. En las interrelaciones entre CD e indicador, si la media fue ≤ 0.5 , se consideró que la interrelación no era válida. Se calcularon las tasas de cobertura de las interrelaciones (global, para cada diagnóstico, y parciales, para cada resultado), es decir, la proporción de CD de cada diagnóstico con interrelación a algún indicador NOC, respecto al número total de CD de ese diagnóstico.

Consideraciones éticas: El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación de la Universidad Rey Juan Carlos, y todas las personas participantes dieron su consentimiento informado. Se garantizó el anonimato durante el proceso de recogida y análisis de datos.

RESULTADOS: La tasa de respuesta fue del 60%; de las 95 invitaciones enviadas, se recibieron respuestas de 57 profesionales de 12 Comunidades Autónomas. 45 mujeres (78.9%) y 12 hombres (21.1%), con una edad media de 47.9 años (DE 6.7). Un 42.1% ocupaba puestos asistenciales y un 29.82% docentes. El 42.1% eran especialistas o máster, el 24.6% habían realizado el doctorado. El 86% habían realizado durante más de 5 años labor asistencial con registros en programas informáticos que incluían lenguajes enfermeros, participando en su puesta en marcha y mantenimiento un 59.6%. Los participantes habían impartido docencia (84.2%), realizado investigaciones (61.4%) y publicaciones (50.98%) referidas al proceso enfermero.

En el nivel diagnóstico-resultado se propusieron 39 interrelaciones, siendo todas válidas: 29 resultados principales y 10 complementarios. Cada diagnóstico se relacionó con entre cinco y siete resultados NOC. En el nivel CD-indicador, se propusieron 85 interrelaciones para las 96 CD de los diagnósticos seleccionados, resultando también todas ellas válidas. 48 CD habían sido validadas como mayores o críticas en una fase anterior del estudio en el que se encuadran los resultados que aquí se presentan. De estas 48 CD mayores, solo cinco no disponían de interrelación con ningún indicador NOC. Las tasas de cobertura globales para cada diagnóstico estuvieron entre el 68.4% (Trastorno de la imagen corporal) y el 100% (Afrontamiento ineficaz, Desesperanza y Temor). Las puntuaciones medias de las interrelaciones diagnóstico-resultado oscilaron entre 0.70 y 0.98; entre 0.73 y 0.97 en el caso de las interrelaciones CD-indicador.

Para cada diagnóstico, los resultados NOC con mayor puntuación media fueron:

- 1302 Afrontamiento de problemas, para el diagnóstico Afrontamiento ineficaz (media 0.94; DE 0.14. Tasa de cobertura parcial: 25%).
- 1200 Imagen corporal, para Trastorno de la imagen corporal (media 0.98; DE 0.10. Tasa de cobertura parcial: 36.8%).
- 1205 Autoestima, para Baja Autoestima situacional (media 0.95; DE 0.14. Tasa de cobertura parcial: 30.0%).
- 1208 Nivel de depresión, para Desesperanza (media 0.89; DE 0.15. Tasa de cobertura parcial: 36.4%).
- 1702 Creencias sobre la salud: percepción de control, para Impotencia (media 0.88; DE 0.17. Tasa de cobertura parcial: 41.7%).
- 1211 Nivel de ansiedad, para Ansiedad (media 0.97; DE 0.15. Tasa de cobertura parcial: 50.0%).
- 1404 Autocontrol del miedo, para Temor (media 0.96; DE 0.09. Tasa de cobertura parcial: 16.7%).

En todos los diagnósticos, excepto en Temor, el resultado NOC con mayor puntuación media fue también el que proporcionó mayor tasa de cobertura parcial. En el caso del diagnóstico Temor, el resultado con mayor tasa de cobertura parcial (58.3%) fue 1210 Nivel de miedo, cuya interrelación alcanzó la segunda mayor puntuación media para este diagnóstico (0.94; DE 0.17).

DISCUSIÓN: Las interrelaciones entre diagnósticos-resultados y CD-indicadores de la base de datos han alcanzado un alto grado de validez, mostrando además una elevada congruencia entre el grado de validez y las tasas de cobertura parcial de los resultados. Para el 95.6% de las CD mayores de estos diagnósticos se ha validado una interrelación con algún indicador NOC, lo que permite la valoración y seguimiento de las manifestaciones clínicas críticas de estos diagnósticos psicosociales. No se han localizado experiencias de validación de las interrelaciones NANDA-NOC para estos diagnósticos, por lo que estos resultados resultan de gran interés para la práctica clínica.

Como limitación, destaca la disminución de la tasa de respuesta respecto a fases anteriores del estudio, en las que se alcanzaron tasas superiores al 90%. Esta disminución es atribuible a la extensión del cuestionario (aproximadamente tres horas para su cumplimentación) y a la carga de trabajo enfermero sobrevenida durante la pandemia por SARS-CoV-2.

IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA: Los DE psicosociales son difíciles de identificar, resultando problemático su seguimiento clínico. Disponer de resultados NOC validados para este tipo de diagnósticos facilita su valoración y seguimiento. Su utilidad clínica se encuentra en que los indicadores de resultado permiten identificar y medir los cambios en las características clínicas críticas de estos DE, mejorando la precisión diagnóstica y permitiendo valorar el efecto de las intervenciones enfermeras en el manejo de los

mismos.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Brito Brito PR, Rodríguez Álvaro M, García Hernández AM, Hernández Pérez R, Sicilia Sosvilla I, Aguirre-Jaime A y Grupo CdePS. El cuestionario para el Diagnóstico enfermero psico-social, CdePS. Qué es y cómo se utiliza. ENE. Revista de Enfermería 2012; 6(2): 11-23.

De Oliveira Lopes, M. V., Da Silva, V. M., & De Araujo, T. L. Methods for establishing the accuracy of clinical indicators in predicting nursing diagnoses. International Journal of Nursing Knowledge 2012; 23(3): 134-9.

Fehring R. Methods to Validate Nursing Diagnoses. Heart & Lung 1987; 16(6): 625-9.

Herdman TH, Kamitsuru S, Tajáo Lopes C. NANDA International. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación, 2021-2023, 12ª ed. Barcelona: Elsevier; 2021.

Lopes JL, de Barros ALB, Michel JLM. A pilot study to validate the priority nursing interventions classification interventions and nursing outcomes classification outcomes for the nursing diagnosis "excess fluid volume" in cardiac patients. Int J Nurs Terminol Classif. 2009 Apr; 20(2):76-88.

Lopes MV, Silva VM, Araujo TL. Methods for Establishing the Accuracy of Clinical Indicators in Predicting Nursing Diagnoses. Int J Nurs Knowl. 2012; 23(3):134-9.

Moorhead S. Investigación sobre vínculos entre diagnósticos, resultados e intervenciones de enfermería. In: Echevarría, P. (dir.). Investigación en metodología y cuidados enfermeros. Barcelona: Elsevier, 2016.

Moorhead S, Swanson E, Johnson M, Mass M. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC), 6th ed. Barcelona: Elsevier; 2018.

Moreira RP, Guedes NG, Lopes MVO, Cavalcante TF, Araújo TL. Nursing diagnosis of sedentary lifestyle: expert validation. Texto contexto – enferm [online] 2014; 23(3): 547-54.

Quatrini Carvalho Passos Guimarães HC, Pena SB, Lopes Jde L, Lopes CT, Bottura Leite de Barros AL. Experts for Validation Studies in Nursing: New Proposal and Selection Criteria. Int J Nurs Knowl. 2016 Jul;27(3):130-5.

Paloma-Castro O, Romero-Sánchez JM, Paramio-Cuevas JC, Pastor-Montero SM, Castro-Yuste C, Frandsen AJ, Albar-Marín MJ, Bas-Sarmiento P, Moreno-Corral LJ. Nursing Diagnosis of Grieving: Content Validity in Perinatal Loss Situations. Int J Nurs Knowl. 2014 Jun;25(2):102-9.

Šerková D, Marešková J. Validation of NANDA International diagnoses at an intensive care unit. Cent Eur J Nurs Midw 2019;10(2):1041-51.

AUTORES/AUTHORS:

Silvia Del Jesus Quirós, Lucía Ortega Donaire, Sebastián Sanz Martos

TÍTULO/TITLE:

Ansiedad de los profesionales sanitarios: comparación medio extrahospitalario frente a intrahospitalario.

OBJETIVO:

La ansiedad y el estrés laboral siempre han estado muy presentes en la profesión enfermera. Todo personal sanitario está expuesto a un grado de estrés y ansiedad relacionado con su práctica asistencial, que puede derivar no solo en consecuencias relacionadas con el área laboral, sino también con la personal o social. Además, el grupo sanitario con mayor probabilidad de sufrirlo son los/as profesionales de enfermería, debido a la gran responsabilidad a la hora de administrar los cuidados, al bajo ratio enfermera/paciente y a las situaciones críticas a las que se enfrenta. Normalmente, estos síntomas son consecuencia de un desajuste entre el trabajo que se desempeña según el puesto, y la organización sanitaria directiva¹.

Innumerables estudios han puesto de manifiesto la importancia de estos datos a lo largo de la historia. Algunos de ellos nos muestran cómo las variables sociodemográficas influyen en mayor o menor grado de vulnerabilidad a la hora de padecer este estrés. Además de estas variables, el servicio en el que se trabaja también va a influir a la hora de padecer más o menos ansiedad. Por ejemplo, mientras que los profesionales enfermeros del área pediátrica tienen un nivel de ansiedad más elevado relacionado con los cuidados y las situaciones críticas dependientes de la edad, los/as enfermeros/as de Atención Primaria manifiestan predominantemente baja ansiedad^{2,3}.

A raíz de la pandemia por SARS-CoV-2, estos datos han empeorado considerablemente, especialmente, en los servicios que han estado más expuestos y sobrecargados como han sido las urgencias y las UCIs. Las emociones y pensamientos negativos asociados a la descomunal carga de trabajo, falta de recursos y situaciones deshumanizadas de alta mortalidad, han contribuido de manera negativa en la salud mental de los profesionales de enfermería. Las tres condiciones más prevalentes, ordenadas de mayor a menor, en la mayoría de los estudios que se realizaron fueron la ansiedad, depresión y estrés, todas ellas asociadas al sexo femenino de forma dominante. La ansiedad que padecieron estaba significativamente relacionada con la carga de trabajo, la escasez de recursos humanos y materiales a la hora de realizar las actividades de cuidados, el aumento de la ratio paciente/enfermera debido a esa falta de profesionales, los periodos de cuarentena derivados del contacto con enfermos de SARS-CoV-2, el riesgo vital para ellos mismos y sus seres queridos, y sobretodo la incertidumbre y el miedo a lo desconocido³.

Es por ello, por lo que el objetivo de nuestra investigación es medir y comparar el nivel de ansiedad de los profesionales de enfermería de los servicios de urgencias intra- y extrahospitalarias (Soporte Vital Avanzado-SVA y Soporte Vital Avanzado de Enfermería –SVAE) de la provincia de Jaén.

METODOLOGÍA:

Se realizó un estudio descriptivo transversal-correlacional. La población fueron los profesionales de enfermería de los servicios urgencias intra- y extrahospitalarias de la provincia de Jaén.

Una vez firmado el consentimiento informado y explicado el proceso, se administraron los instrumentos de medida (variables sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, años de experiencia en el servicio de urgencias, lugar de trabajo y tiempo trabajado en el servicio actual) y la escala de ansiedad de Hamilton) tanto en formato papel como Google Forms.

Recogidos los datos se procedió a analizarlos mediante un análisis descriptivo de las variables de estudio, con medidas de frecuencia para las cualitativas y de tendencia central y dispersión para las cuantitativas. A continuación, se realizó un análisis bivariado estableciendo como variable dependiente la puntuación en la escala de ansiedad y como independientes las variables sociodemográficas. Para los contrastes de hipótesis empleamos pruebas estadísticas no paramétricas (U de Mann-Whitney, H de Kruskal Wallis y Rho de Spearman).

RESULTADOS:

La muestra estuvo formada por 37 personas, de las cuales 28 eran mujeres. La edad media fue de 45,5 (Desviación estándar: 9,8) años. Respecto a las diferentes unidades o servicios en los que se llevó a cabo el estudio, cabe resaltar que han participado 30 profesionales del servicio de Urgencias intrahospitalarias, (81,1%), 5 de SVA de EPES 061 (13,5%) y 2 de SVAE de EPES 061 (5,4%).

En lo que respecta a la puntuación total obtenida en la escala de Hamilton que mide intensidad y frecuencia de ansiedad, y teniendo en cuenta que la puntuación máxima posible en la misma es de 56 puntos, los profesionales del servicio de urgencias obtuvieron 14,7 puntos de media, los de SVA 061 10,7 puntos, y SVAE 061 6 puntos. Con el fin de lograr el objetivo propuesto para este estudio, se estudió la correlación que existía entre las variables dependientes (las variables sociodemográficas) y la independiente (ansiedad, medida en la escala Hamilton) a través del coeficiente de correlación de Spearman. De esta manera se obtuvo que teniendo en cuenta el lugar de trabajo, no se encontraron diferencias significativas en esta variable en función de la puntuación total de ansiedad obtenida a través de la escala de Hamilton ($H=2,42$, $p=0,29$).

Atendiendo al sexo, tampoco encontramos diferencias estadísticas significativas entre esta variable y la puntuación de ansiedad total ($U=83,00$, $p=0,13$). En lo referente al estado civil, tampoco encontramos diferencias significativas con respecto a la ansiedad total ($H=3,56$, $p=0,17$).

En cuanto al análisis correlacional entre las variables no paramétricas (edad, tiempo trabajado y experiencia en meses) encontramos que no existe relación en ninguna de las variables cuantitativas, con respecto a la puntuación total obtenida en la escala de Hamilton.

DISCUSIÓN:

Los profesionales de enfermería son el colectivo más vulnerable a padecer mayores niveles de ansiedad y estrés ya que están sometidos reiteradamente a estresores, cuya cronicidad puede derivar en la aparición o aumento del síndrome de Burnout. En el caso de enfermería de Urgencias intra y extrahospitalaria, este se eleva porque existe una exposición diaria y constante a situaciones críticas⁴⁻⁶.

Los estudios revisados concluyen que los/as enfermeros/as de Urgencias y UVI tienen una prevalencia alta de Burnout. Además, nos muestran qué factores sociodemográficos juegan un papel primordial en la aparición de este síndrome, entre ellos: la edad, sexo, antigüedad laboral y estado civil. Observamos que las mujeres tienen mayor puntuación en ansiedad y estrés. Que la edad y los años de experiencia disminuyen el estrés y la ansiedad. Y que la presencia de altos niveles de Burnout coincide con altos niveles de ansiedad^{7,8}.

Estos datos son significativos para nuestro estudio porque como se mencionó anteriormente, nuestro objetivo era medir y comparar el nivel de ansiedad de los/as enfermeros/as de urgencias intrahospitalarias y extrahospitalarias.

Tras una búsqueda exhaustiva en las diversas bases de datos científicas, observamos que son inexistentes los estudios nacionales en los que se plantee el problema que hemos estudiado, por lo que creímos oportuno poder ofrecer datos reales de la situación de ansiedad de este personal sanitario, siendo esta la primera evidencia al respecto.

A la hora de comparar nuestros datos con los de otros autores se nos presentaron varias limitaciones, las cuales, a su vez, son sesgos que posee nuestra investigación:

- No se encontraron estudios nacionales ni internacionales que aportarán datos sobre ansiedad de enfermeros de urgencias intra y extrahospitalarias debido a la innovación del tema.
- Escasa participación debido al límite de tiempo, por la tardía obtención del permiso del Comité de Bioética, que deriva en una muestra incidental.
- Escasa participación a consecuencia de la pandemia por SARS-CoV-2 y del síndrome de Burnout que los profesionales sanitarios atraviesan.

Podemos concluir, por tanto, en la necesidad de un mayor número de investigaciones para crear directrices personalizadas según cada servicio que orienten la actuación ante este problema, de manera que se favorezca la disminución de la ansiedad de dichos

profesionales.

Declaración de conflictos: No existen conflictos de interés.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

REFERENCIAS:

- Troyo-Sanromán R, Barbosa MA, Vega-López M. Ansiedad y estrés en la práctica del personal de enfermería en un hospital de tercer nivel en Guadalajara [Internet]. Unam.mx. [citado el 10 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol13num1/Art1Vol13No1.pdf>.
- Obando R, Arévalo-Ipanaqué JM, Aliaga RA, Obando M. Ansiedad, estrés y depresión en enfermeros de emergencia Covid-19. *Index enferm* [Internet]. 2020 [citado el 18 de mayo de 2022];29(4):225–9. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962020000300008
- Pedroso RM, Izquierdo EDM. Síntomas de Ansiedad y Depresión en Personal de Salud que Trabaja con Enfermos de COVID-19. *Int. J. Med. Surg. Sci.* [Internet]. [citado el 16 de mayo de 2022];8(1):1–12. Disponible en: <http://portal.amelica.org/ameli/jatsRepo/478/4782042007/>
- Albendín L, Gómez JL, Cañadas-de la Fuente GA, Cañadas GR, San Luis C, Aguayo R. Prevalencia bayesiana y niveles de burnout en enfermería de urgencias. Una revisión sistemática. *Rev Latinoam Psicol* [Internet]. 2016;48(2):137–45. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0120053415000394>
- García LA. Niveles y factores de riesgo de Burnout en profesionales de enfermería de urgencias. UNED. Universidad Nacional de Educación a Distancia; 2016.
- Journalprosciences.com. [citado el 2 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://journalprosciences.com/index.php/ps/article/view/367>
- Nespereira-Campuzano T, Vázquez-Campo M. Inteligencia emocional y manejo del estrés en profesionales de Enfermería del Servicio de Urgencias hospitalarias. *Enferm Clin* [Internet]. 2017;27(3):172–8. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862117300244>
- Castro NM. Influencia de la inteligencia emocional percibida en la ansiedad y el estrés laboral de enfermería. *Ene* [Internet]. 2019 [citado el 2 de mayo de 2022];13(3). Disponible en: <http://www.ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/919>

Mesa 20: Práctica Clínica Basada en la Evidencia

Session 20: Evidence Based Practice

AUTORES/AUTHORS:

MARÍA GONZÁLEZ GALLEGU, M^a JOSÉ RAMOS CARBAJO, OSVAL CORRAL VÁZQUEZ, M^a ENCINA BLANCO ARIAS, GUADALUPE MARCOS PEÑARNANDA, CRISTINA CARBAJO RODRÍGUEZ, MAITE ANDRÉS TRABAJO, NATALIA DE ARAUJO PÉREZ, ANA M^a LÓPEZ TEJEDOR

TÍTULO/TITLE:

SOSTENIBILIDAD EN LA IMPLANTACIÓN DE LAS GUÍAS RNAO EN AP: REALIZANDO PLANES DE CUIDADOS... A PESAR DE LA PANDEMIA

INTRODUCCIÓN

Desde el año 2017 en la Historia Informatizada Medora CYL está operativa una nueva herramienta informática de última generación que permite la realización de planes de cuidados individualizados a los pacientes del SACYL (Sanidad de Castilla y León) garantizando su continuidad es "el módulo de cuidados". Permite utilizar un lenguaje estandarizado en los profesionales de enfermería: diagnóstico-intervención-resultados, más conocido por las siglas NANDA- NIC-NOC, que proceden de las definiciones y metodologías de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA); Nursing Interventions Classification (NIC) y Nursing Outcomes Classification (NOC). Los profesionales de enfermería realizan la valoración del paciente siguiendo los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon: percepción y manejo de la salud; eliminación; actividad/ejercicio; sueño/descanso; cognitivo/perceptual; autopercepción; relaciones; sexualidad/reproducción; adaptación/tolerancia al estrés, y valores/creencias. La valoración orienta hacia los diagnósticos más prevalentes y a los resultados e intervenciones pertinentes, finalmente permite medir los resultados para valorar la efectividad del plan de cuidados.

En el año 2012 nuestro Equipo de Salud, Ponferrada II, fue seleccionado como Centro Comprometido con la Excelencia en Cuidados (CCEC) por implantar Guías de Buenas Prácticas RNAO (Registered Nurses' Association of Ontario). Estamos acreditados como CCEC desde el año 2015, actualmente nos encontramos en periodo de sostenibilidad dando continuidad a la implantación de cinco Guías de Buenas Prácticas RNAO: Lactancia materna. Fomento y apoyo al inicio, la exclusiva y la continuación de la Lactancia Materna para recién nacidos, lactantes y niños pequeños; Prevención primaria de la Obesidad Infantil; Valoración y manejo de las úlceras del pie diabético; La disminución de las complicaciones del pie en las personas diabéticas y Prevención de caídas y disminución de las complicaciones derivadas de las caídas.

OBJETIVOS:

- Analizar los resultados en la implantación de Planes de Cuidados estandarizados para mejorar los objetivos marcados en las recomendaciones de las Guías RNAO.
- Valorar si la pandemia SARS-CoV-2 afectó a la realización de Planes de Cuidados en nuestro Centro de Salud.

MÉTODO:

Ámbito: Atención Primaria.

Diseño: Estudio observacional descriptivo, efectuando comparativa de los Planes de Cuidados realizados por los profesionales de enfermería a lo largo de los años: 2019, 2020 y 2021 en los Centros de Salud del Área de Asistencia Sanitaria del Bierzo (GASBY) y del resto de los Centros de Salud de la Comunidad Autónoma Castilla y León.

Sujetos de estudio: Usuarios de las 11 áreas de Salud de la Comunidad Autónoma de Castilla y León a los que los profesionales de enfermería ha realizado Planes de Cuidados estandarizados en Historia Clínica Informatizada- Medora CYL.

Análisis de los datos. Análisis con estadística descriptiva: frecuencias absolutas y relativas. Se utilizó SPSS y Microsoft Excel 2007.

RESULTADOS:

Usuarios con Planes de Cuidados realizados en las 11 Áreas de Salud de la Comunidad Autónoma de Castilla y León:

Planes de Cuidados totales en el año 2019 74.741.

Por Áreas de Salud: Avila 5.639 ; Burgos 821; León 5.217 ; Palencia 1.652; Bierzo 770; Salamanca 3.834; Segovia 11.952; Soria

2.603; Valladolid Este 14.076; Valladolid Oeste 13.702; Za 14.475).

Panes del Cuidados totales en el año 2020 66.526.

Por Áreas de Salud: Avila 4.769 ; Burgos 378; León 3.250; Palencia 879; Bierzo 1.159; Salamanca 15.479; Segovia 9.018; Soria 1.347; Valladolid Este 7.798; Valladolid Oeste 3.705; Za 18.942).

Panes del Cuidados totales en el año 2021 49.824.

Por Áreas de Salud: Avila 3.679 ; Burgos 277; León 1.969 ; Palencia 364; Bierzo 1.624 Salamanca 3.670; Segovia 8.058; Soria 964; Valladolid Este 6.227; Valladolid Oeste 1.209; Zamora 11.803.

Planes de Cuidados realizados en el Área de Salud Bierzo :

-De los 770 realizados en el año 2019, desglosados por Centros de Salud:

Bembibre 24, Cacabelos 81, Fabero 44, Ponferrada I 36, Ponferrada II 336 -un 43,63% del total-, Ponferrada III 11, Ponferrada IV 5, Puente Domingo Florez 10, Toreno 11, Villablino 188, Villafranca 0.

-De los 1.159 usuarios con Planes de Cuidados realizados en el año 2020, desglosados por Centros de Salud:

Bembibre 9, Cacabelos 32, Fabero 64, Ponferrada I 20, Ponferrada II 688

-un 59,36% del total-, Ponferrada III 109, Ponferrada IV 2, Puente Domingo Florez 1, Toreno 0, Villablino 224, Villafranca 10 .

-De los 1.624 usuarios con Planes de Cuidados en 2021 desglosados por Centros de Salud :

Bembibre 5, Cacabelos 54, Fabero 5, Ponferrada I 10, Ponferrada II 1.208 -un 74,38% del total-, Ponferrada III 133, Ponferrada IV 5, Puente Domingo Florez 0, Toreno 1, Villablino 157, Villafranca 45.

DISCUSIÓN.

Es evidente que, a pesar de partir de una formación semejante impartida desde la Gerencia Regional de Salud a los responsables de Cuidados de cada área de Salud, la puesta en marcha del módulo de Planes de Cuidados estandarizados ha tenido una implantación muy variada según el Área y Centro de Salud de la Comunidad Autónoma Castilla y León dependiendo de la formación impartida a los profesionales de enfermería de los Centro de Salud y la implicación de cada uno de ellos.

La pandemia por SARS-COV-2 ha hecho que disminuya considerablemente el número de usuarios con Planes de Cuidados del año 2019 al 2021 excepto en el Área de Salud Bierzo donde los datos han subido a expensas de manera muy evidente del Centro de Salud Ponferrada II con porcentajes del 43,63% en el año 2019; 59,36% en 2020 y 74,38% en 2021 respectivamente.

Estar concienciados para trabajar con cuidados estandarizados, parece estar directamente relacionado con la motivación para dar sostenibilidad a las guías RNAO implantadas en el Equipo de Atención Primaria Ponferrada II.

IMPLICACIÓN PARA LA PRÁCTICA:

La Estandarización de Planes de Cuidados:

- Favorece la continuidad y mejora de los cuidados.
- Unifica el lenguaje enfermero
- Facilita el registro en la Historia Informatizada MEDORA CYL
- Contribuye a minimizar la variabilidad de la practica asistencial.
- Da validez a nuestras intervenciones mejorando la calidad asistencial que recibe nuestra población.
- Incentiva la investigación y la docencia
- Ayuda a dar continuidad a la implantación de las guías RNAO. y fomenta su sostenibilidad.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

BIBLIOGRAFÍA

-Diagnósticos enfermeros . Definiciones y clasificación. 2021-2023. 12ª edición.

-NNN consult Manual de uso Taxonomías NANDA, NOC, NIC Planes de Cuidados. Nueva edición 2012-2014 www.nnnconsult.com

-Silvino Arroyo-Lucas, Rocío Vásquez-Cruz, Marina Martínez-Becerril y María Paula Nájera-Ortiz. Patrones funcionales: una experiencia en el camino de la construcción del conocimiento. *Rev Mex Enf.* 2018;6:97-102

-Registered Nurses´ Association of Ontario (RNAO). (2018). Lactancia materna. Fomento y apoyo al inicio, la exclusiva y la continuación de la Lactancia Materna para recién nacidos, lactantes y niños pequeños. Toronto (ON), Canadá: Registered Nurses´ Association of Ontario

-Laguna Mallada P, Díaz-Gómez NM, Costa Romero M, San Feliciano Martín L, Gabarrell Guiu C. Impacto de la pandemia de Covid-19 en la lactancia y cuidados al nacimiento. Importancia de recuperar las buenas prácticas. *Rev Esp Salud Publica.* 2020;94:e202007083.

-Registered Nurses´ Association of Ontario (RNAO). (2014). Prevención primaria de la Obesidad Infantil, Toronto (ON), Canadá: Registered Nurses´ Association of Ontario.

-Registered Nurses´ Association of Ontario (RNAO). (2013). Valoración y manejo de las úlceras del pie diabético, Toronto (ON), Canadá: Registered Nurses´ Association of Ontario.

-Registered Nurses´ Association of Ontario (RNAO). (2007). La disminución de las complicaciones del pie en las personas diabéticas. Toronto (ON), Canadá: Registered Nurses´ Association of Ontario.

-Registered Nurses´ Association of Ontario (RNAO). (2017). Prevención de caídas y disminución de las complicaciones derivadas de las caídas. Toronto (ON), Canadá: Registered Nurses´ Association of Ontario

-Intranet SACYL- Profesionales- intranet profesionales – MedoraCYL 4 - Módulo de Cuidados

Mesa 21: Cuidados cardiovasculares

Session 21: Cardiovascular care

AUTORES/AUTHORS:

Raúl López Jiménez, M^a Isabel Rihuete Galve, Ruth Esther Maillo de Pablo, Juncal Claros Ampuero, Elena Escalera Martín

TÍTULO/TITLE:

Trombosis venosa profunda asociada a catéteres centrales de inserción periférica (PICC) en el Servicio de Oncología

INTRODUCCIÓN: La trombosis consiste en la formación de un coágulo en un vaso. Puede ser particularmente grave cuando el trombo migra, lo cual puede desembocar en una embolia pulmonar. La trombosis relacionada con cateterismo significa que el tramo en el cual está insertado el catéter presenta una trombosis venosa debida a una lesión del endotelio causada por la penetración del catéter en la vena o por el trauma mecánico y/o químico que provoca la punta del catéter sobre el endotelio. La clínica de la trombosis suele tener edema del brazo donde está colocado el PICC, eritema, dolor, impotencia funcional, dificultad para sacar sangre del catéter, incluso obstrucción del catéter.

La trombosis es una complicación importante en el uso y mantenimiento de los catéteres centrales de inserción periférica PICC, el empleo de PICC se ha incrementado en los últimos años debido a su fácil inserción por parte de la Enfermería y a la innovación en la Enfermería Oncológica, en la habitación del paciente, mediante la técnica MicroSeldinger guiada por ultrasonidos, posteriormente con la comprobación radiológica para ver la locación y recorrido del PICC, con escasas complicaciones inmediatas y la sencillez de manejo de forma ambulatoria, por su repercusión en la seguridad de los pacientes y en el retraso de los tratamientos. La incidencia es muy variable dependiendo en gran parte de los estudios realizados.

OBJETIVOS: Los objetivos principales fueron analizar las trombosis venosas profundas producidas por la utilización de catéteres centrales de inserción periférica en Oncología diagnosticados mediante Eco Doppler y realizar un algoritmo de prevención y actuación ante trombosis asociada a catéter PICC. Siendo objetivos secundarios analizar las variables relacionadas con el diagnóstico y tratamiento de los pacientes, determinar las variables sociodemográficas de edad y sexo, y comprobar la existencia de anticoagulación previa.

METODOLOGIA: Para llevar a cabo los objetivos se diseñó un estudio prospectivo transversal desde enero de 2019 hasta el 31 de marzo de 2022. Fueron incluidos en el estudio de forma consecutiva los pacientes oncológicos que presentaron trombosis asociada al catéter PICC durante el periodo comprendido entre enero de 2019 al 31 de marzo de 2022. El ámbito de estudio fue la Unidad de Hospitalización de Oncología de Salamanca. Fueron excluidos los pacientes que, aunque fueran portadores de un catéter PICC no presentaban un diagnóstico de cáncer (fueron pacientes que precisaban terapia intravenosa en su domicilio como nutrición parenteral, generalmente derivados del servicio de Medicina Interna). Las variables estudiadas fueron: trombosis, diagnóstico anatomopatológico, tratamiento oncológico, anticoagulación previa, enfermedad trombotica previa, IMC. El análisis estadístico se realizó mediante estadística descriptiva. Tras la comprobación de la normalidad de las variables, se utilizó la media para las variables que seguían una distribución gaussiana y la mediana para aquellas que no seguían esa distribución, utilizando para medir las variables discretas frecuencias y porcentajes. Para el procesado de los datos se utilizó una base de datos específica para este estudio en Excel versión 16.16.27 (201012).

RESULTADOS: Se incluyeron en el estudio 559 pacientes portadores de un PICC con válvula distal, de los cuales 15 de ellos (9 mujeres y 6 hombres) presentaron trombosis, representando un 2,68%. La mediana de edad de 55 años. El 47% de los pacientes diagnosticados de trombosis presentaban obesidad un IMC superior a 25, presentaban obesidad 7 pacientes, peso normal 3 y una paciente tenía bajo peso. El 67% no tenía antecedentes de enfermedad trombotica previa, los que presentaban enfermedad trombotica era varices en miembros inferiores e insuficiencia venosa. El 94% de los pacientes con trombosis tenían tratamiento anticoagulante tras el diagnóstico, un 3% tenían tratamiento anticoagulante de forma profiláctica y el otro 3% lo tenía de manera terapéutica. El diagnóstico más frecuente fue el del cáncer de mama y el tratamiento más utilizado fue Epirubicina. Según la histología se sigue el siguiente orden de frecuencia CDI, ADC, Seminoma y en último lugar Epidermoide. Por orden de frecuencia de los tratamientos citostáticos son Epirubicina, FOLFIRI, FOLFOX, Transtuzumab en combinación con Pertuzumab, Abraxane junto a Carboplatino, Cetuximab y Cisplatino como último lugar.

DISCUSION: Nuestros resultados coinciden con la literatura consultada, siendo el sobrepeso el factor que podríamos considerar común con otras series, así como el tratamiento con Epirubicina y los diagnósticos de cáncer de mama y de colon, aunque estos son los tipos de tumor más frecuentes en la muestra total ya que suelen necesitar un catéter PICC por el tipo de tratamiento o por la

dificultad de acceso venoso.

Conclusiones y recomendaciones para la práctica:

- La inserción del PICC guiada por ultrasonidos puede ser realizada por enfermeras a pie de cama del paciente, valorando los factores de riesgo se conseguirá una mejor técnica en la inserción.
- El lado del brazo para PICC no fue predictor de riesgo de trombosis.
- Se recomienda realizar una evaluación de los pacientes que se va a canalizar un PICC, prestando mucha atención a los pacientes con riesgo de trombosis. Sería adecuado realizar un plan individualizado y supervisado por el profesional de enfermería sobre cuidados del PICC tanto en el hospital como en su domicilio.
- No se recomienda la retirada del PICC, salvo en casos que se asocien a complicaciones infecciosas, fracaso de la anticoagulación y situación de gravedad (embolia de pulmón masiva con inestabilidad hemodinámica, riesgo de pérdida de la extremidad).
- No se aconseja la profilaxis rutinaria de la trombosis.
- El tratamiento de la TVP, se realizará de igual modo que el tratamiento de la TVP en MMII. Recomendando el empleo de HBPM a dosis terapéuticas durante un periodo mínimo de 3 meses.
- Cuando se decide retirar el catéter, aunque no hay datos respecto al momento idóneo para retirarlo y el inicio de anticoagulación, pero en la práctica clínica, se recomienda retirar el catéter a los 5-7 días del inicio de la anticoagulación para evitar el desprendimiento de algún trombo, y mantener el tratamiento al menos 3 meses tras la retirada del PICC.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Bibliografía:

- Smith SF, Duell DJ, Martin BC, Gonzalez L, Aebersold M. Central vascular access devices. In: Smith SF, Duell DJ, Martin BC, Gonzalez L, Aebersold M, eds. *Clinical Nursing Skills: Basic to Advanced Skills*. 9th ed. New York, NY: Pearson; 2016:chap 29.
- Herring W. Recognizing the correct placement of lines and tubes and their potential complications: critical care radiology. In: Herring W, ed. *Learning Radiology: Recognizing the Basics*. 4th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2020:chap 10.
- Profilaxis y tratamiento de la trombosis asociada al catéter venoso central. © 2017 SEOM (Sociedad Española de Oncología Médica)
- The risk of venous thromboembolism associated with peripherally inserted central catheters in ambulant cancer patients Jones et al. *Thrombosis Journal* 2017
- Peripherally inserted central catheter (PICC)-related thrombosis in critically ill patients Zochios et al *J Vasc Access* 2014;
- The Michigan Risk Score to Predict Peripherally Inserted Central Catheter-Associated Thrombosis Chopra, J *Thromb Haemost.* 2017
- The GAVeCeLT Manual of PICC and Midline Pittiruti y Scoppettuolo 2017
- Ponencia Deep Vein Thrombosis and Vascular Access, a difficult coexistence Nancy Moureau – Congreso SEINAV 2019
- Peripherally inserted central catheter (PICC)-related venous thrombosis Chopra 2020
<https://www.uptodate.com/contents/peripherally-inserted-central-catheter-picc-related-venous-thrombosis>
- Entrevista a Mauro Pittiruti 2019 <https://www.youtube.com/watch?v=10m2TdbLru0>
- Ponencia The GAVeCeLT bundle for prevention of catheter-related upper extremities and central venous thrombosis Mauro Pittiruti
https://www.improvepicc.com/uploads/5/6/5/0/56503399/gavecelt_bundle_for_prevention_of_thrombosis.pdf

AUTORES/AUTHORS:

Ana Barrio Hernández, Ainhoa Bermejo Aranguren, María Carmen Bustos Martínez, María José Elizari Roncal, Ana Carmen Sanz Aznarez

TÍTULO/TITLE:

Nutrición y Disfagia en paciente con Ictus en el HUN. Guía BPSO Valoración del Ictus.

1-Objetivos:

- Detectar pacientes con desnutrición o riesgo de padecerla mediante la Escala MUST.
- Conocer el número de pacientes con disfagia tras la realización del Test de agua y del MECV-V.

2-Métodos:

Hemos realizado un estudio descriptivo transversal observacional retrospectivo en base a datos recogidos durante el 2º semestre del año 2021, en el Servicio de Neurología del Hospital Universitario de Navarra (Unidad de Ictus y Hospitalización), para implementación de la recomendación 7.0 de la Guía BPSO "Valoración del Ictus mediante atención continuada"¹.

La población diana se trata de pacientes ingresados en el Servicio de Neurología del HUN-A seleccionados mediante muestreo no probabilístico a criterio.

Variables a estudio:

- Tipos de ictus: cualitativa nominal.
 - Isquémico, hemorrágico y AIT.
- Valoración de la disfagia: cualitativa nominal
 - MECV-V y test del agua.
- Tipos de dieta: cualitativa nominal
 - Disfágica, absoluta, nutrición enteral y dieta libre.
- Escala MUST: cuantitativa discreta
 - Valor del 0 a 2 o +.
- Control de ingesta: cuantitativa nominal
 - Realizado o no.

En junio de 2021 se dio a conocer al personal de la Unidad la propuesta de implantar la recomendación. Se impartió formación continuada a enfermeras y TCAEs para el conocimiento y manejo de Escala MUST. Se implantaron esquemas de actuación en cuanto a realización de escalas, tipos de dieta según los resultados y actividades de seguimiento.

También se revisaron las actividades asociadas con las Escalas correspondientes².

3-Resultados:

Se han recogido datos de 407 pacientes correspondientes a las altas del 2º semestre de 2021 con diagnóstico de ictus hemorrágico el 14%(57), ictus isquémico el 73%(301) y AIT el 12%(49). A un 73%(297) se les valoró la disfagia.

La disfagia fue valorada con el MECV-V en un 54,9%(163) y el test del agua en un 45,1%(134).

A un 30%(89) de los pacientes valorados les salió el test alterado.

Al 31,7%(129) se les pautó dieta de disfagia, al 8,9%(36) dieta absoluta, al 0,7%(3) se le administró nutrición enteral y el 58,7%(239) tuvo dieta libre sin relación con la disfagia.

Se realizó la escala MUST a 47 pacientes de los cuales 10 se encontraban en riesgo de desnutrición.

Se realizaron controles de ingesta a 67 pacientes. En cambio, no se realizó a 50 pacientes de los que presentaban alteración de la deglución y tomaban dieta de disfagia.

4-Discusión:

El ictus se asocia con un riesgo de desnutrición elevado, condicionado por la existencia de disfagia, que se asocia a un mayor riesgo de morbi-mortalidad e incapacidad. Es importante realizar una valoración del estado nutricional y de la eficacia y seguridad de la deglución en todos los pacientes, ya que nos ayuda en la realización de un plan terapéutico específico.³

La disfagia orofaríngea tiene una prevalencia, según los estudios, del 55% de los pacientes que han padecido un ictus. Un porcentaje elevado de los pacientes con disfagia presentará broncoaspiración o problemas nutricionales, situaciones ambas que empeoran claramente el pronóstico de recuperación, ya que dificultan la rehabilitación e incrementan la mortalidad.^{4,5,6} Aumentaremos la seguridad del paciente detectando precozmente alteraciones en la deglución. Para ello se utilizará una herramienta segura como es el MECV-V fácilmente aplicable en el ámbito hospitalario evitando así la broncoaspiración, suponiendo un aumento de la mortalidad en pacientes con ictus.

“La valoración del paciente con disfagia basada en los datos de exploración clínica y el MECV-V resulta en un cribaje de bajo coste, de fácil aplicación y muy sensible. El MECV-V presenta mayor sensibilidad, especificidad y eficiencia, permitiendo ajustar dietas precozmente y decidir si precisa de una valoración instrumentada.”⁷ “La modificación de la viscosidad del bolo mejora la seguridad y la eficacia de la deglución”.⁸

Una detección precoz de la desnutrición relacionada con la enfermedad (DRE) utilizando la herramienta MUST evita complicaciones y ayuda en la recuperación de pacientes con ictus.

Presentar disfagia al ingreso no se asocia con mayor riesgo de desnutrición. En cambio, sí se aumenta el riesgo después de la primera semana.³

Muchos pacientes necesitan apoyo nutricional en la fase aguda del ictus y también más adelante si persiste la disfagia.⁹ Para ello, obtendrán ayuda, información y educación sanitaria por parte del personal sobre los problemas detectados y se derivarán a profesionales especializados (logopeda, nutricionista, etc.) si precisara.

Se fomentará la independencia del paciente para mejorar su autoestima.

El personal sanitario mantendrá actualizados sus conocimientos, mediante la mejor evidencia, para evitar posibles complicaciones en el paciente. Actualmente se está trabajando con la guía BPSO de Valoración del Ictus mediante la atención continuada. Se debe seguir haciendo una evaluación continua de los resultados que nos permita detectar aspectos de mejora y corregir errores para prestar cuidados de calidad a los pacientes con ictus.

Conflicto de intereses:

Las autoras declaran no tener ningún conflicto de intereses en su trabajo.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1- Registered Nurses Association of Ontario [RNAO]. Investén- isciiii. Valoración del ictus mediante la atención continuada. Disponible en: https://www.bpsos.es/wp-content/uploads/2020/01/D0024_ValoracionIctus_spp_2011.pdf
- 2- Butcher, Bulechek, Dochterman & Wagner. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC), 7e. <https://www.nnnconsult.com/nic/cam>
- 3- Carrasco, M. L., Velasco, C., Bretón, I., García-Peris, P., Cambor, M., Frías, L., Higuera, I., Cuerda, C. Nutrición en el paciente con ictus. Nutrición Hospitalaria [en línea]. 2013, 6(1), 39-48[fecha de Consulta 25 de Septiembre de 2022]. ISSN: 0212-1611. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309228933005>
- 4- Martino R, Foley N, Bhogal S, Diamant N, Speechley M, Teasell R. Dysphagia alter stroke. Incidence, diagnosis, and pulmonary complications. Stroke 2005; 36:2756-2763.
- 5- Clavé P, Terré R, de Kraa M, Serra M. Approaching oropharyngeal dysphagia. Rev Esp Enferm Dig 2004; 96: 119-131. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082004000200005&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- 6- Lendinez-Mesa et al. Prevalencia de disfagia orofaríngea en pacientes con patología cerebrovascular en una unidad de

neurorrehabilitación. Rev Cient Soc Esp Enferm Neurol. 2017; 45(C): 3-8

<https://www.elsevier.es/es-revista-revista-cientifica-sociedad-espanola-enfermeria-319-articulo-prevalencia-disfagia-orofaringea-pacientes-con-S2013524616300113>

7- Guillén-Solà, A., et al. "Cribaje de la disfagia en el ictus: utilidad de los signos clínicos y el método de exploración clínica de volumen viscosidad en comparación con la videofluoroscopia." Rehabilitación 45.4 (2011): 292-300.

8- P. Clavé, M. de Kraa, V. Arreola, M. Girvent, R. Farre, E. Palomera, et al. The effect of bolus viscosity on swallowing function in neurogenic dysphagia. *Aliment Pharmacol Ther.*, 24 (2006), pp. 1385-1394 <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2036.2006.03118.x>

9- Corrigan ML, Escuro AA, Celestin J, Kirby DF. Nutrition in the stroke patient. *Nutr Clin Pract.* 2011 Jun;26(3):242-52. doi: 10.1177/0884533611405795. PMID: 21586409.

AUTORES/AUTHORS:

Josefa Rodríguez Moreno, Yolanda Lladó Maura, Magdalena Lucia Berga Figuerola, Verónica Lluch Garvi, Enric Limón Cáceres, Alexander Almendral González, Ester Fusté Domínguez

TÍTULO/TITLE:

IMPACTO DEL PROYECTO FLEBITIS ZERO ASOCIADO AL USO DE CATÉTER VENOSO PERIFÉRICO

1. OBJETIVOS

Analizar la incidencia acumulada (IA) de flebitis asociada a catéter venoso periférico (CVP) en pacientes ingresados en las unidades de hospitalización (UH) del Hospital Universitario Son Llàtzer (HUSLL) adheridas al programa Flebitis Zero (FZ) desde el año 2018 hasta el año 2022.

1.1 Objetivos específicos:

- Comparar si existen diferencias significativas entre las UH Médicas (UHM) y UH Quirúrgicas (UHQ).
- Analizar el número de profesionales formados en la plataforma FZ.

2. METODOS

Estudio observacional retrospectivo. Inicio en el 2018, año de adhesión al programa FZ con 2 UH (UHM y UHQ). Posteriormente se fueron añadiendo progresivamente más UH hasta completar la totalidad de la institución, 9 UH: 6 médicas y 3 quirúrgicas. Siguiendo la metodología del proyecto multicéntrico, basado en fomentar las buenas prácticas para prevenir y reducir los eventos adversos relacionados con el uso de CVP, la recogida de datos se estableció durante el corte anual de IA. Se analizaron durante quince días todos los pacientes portadores CVP, insertados en las UH. Como herramienta de trabajo se utilizó la escala Maddox para la valoración del grado de flebitis, paquetes de medidas o bundles de la intervención estandarizada (elección adecuada del tipo de catéter, higiene de manos, uso de clorhexidina en la preparación de la piel, mantenimiento aséptico de los catéteres, retirada de los CVP innecesarios) y la plataforma FZ para la formación de los profesionales. Se contó con la unidad de acceso vascular del HUSLL responsable de liderar el proyecto, en las unidades participantes.

Criterios de exclusión: unidad de observación de urgencias, unidad de cirugía mayor ambulatoria, hospital de día y pacientes con CVP insertados fuera de las unidades de estudio.

Las variables estudiadas fueron:

Variables independientes: características sociodemográficas del paciente, características del CVP (calibre, apósito de fijación, tiras de fijación y días de mantenimiento del catéter) y periodo de estancias unidades.

Variable dependiente: la variable principal del estudio fue la incidencia acumulada de flebitis. Además se consideró también como variable dependiente, la tasa de incidencia de flebitis y los motivos de retirada por el cual se retira el CVP: fin de tratamiento, al alta, dolor, flebitis, obstrucción, extravasación y retirada accidental.

2.1 Definiciones:

FLEBITIS: Inflamación de la pared de la vena debido a una alteración del endotelio y caracterizada por la presencia de signos y síntomas: dolor, eritema, sensibilidad, calor, hinchazón, induración, purulencia o cordón venoso palpable.

ESCALA MADDIX: Escala visual de valoración de flebitis. Permite parametrizar la identificación de flebitis, gradúa la severidad de flebitis de acuerdo con el número de señales presentes, su intensidad y extensión:

0: sin dolor, eritema, hinchazón o ni cordón palpable. No signos de flebitis, observe punto de inserción.

1: dolor sin eritema, hinchazón o ni cordón palpable en la zona de inserción. Posible flebitis, observe punto de inserción.

2: dolor con eritema, y/ o hinchazón sin cordón palpable en la zona de inserción. Inicio de flebitis, retire el catéter.

3: dolor, eritema, hinchazón, endurecimiento o cordón palpable < 6 cm por encima de la zona de inserción. Etapa media de flebitis, retire el catéter y valore el tratamiento.

4: dolor, eritema, hinchazón, endurecimiento o cordón palpable >6 cm por encima de la zona de inserción y/o purulencia. Etapa avanzada de flebitis, retire el catéter y valore el tratamiento.

5: trombosis franca, con todos los signos anteriores y/o dificultad de la perfusión. Tromboflebitis, retire el catéter e inicie tratamiento.

DÍAS DE CATÉTER: suma de días que han estado colocados los catéteres.

DÍAS DE ESTANCIA: suma de las estancias de todos los pacientes ingresados en las unidades evaluadas durante el periodo de estudio.

ESTANCIA: unidad media de permanencia del paciente en régimen de hospitalización ocupada en una cama en un intervalo de tiempo. Su cálculo se realiza mediante la diferencia entre la fecha del alta y la de ingreso.

2.2 Análisis estadístico

El cálculo de la proporción de incidencia acumulada de flebitis, se realizó dividiendo el número de casos de flebitis documentadas en paciente portadores de CVP, entre el número de CVP registrados multiplicado por 100.

Se calculó también la tasa de incidencia, dividiendo el número de casos de flebitis entre el sumatorio de días de CPV en el periodo estudiado y multiplicando por 1.000 (incidencia de flebitis por cada 1.000 días de CVP).

Para analizar las diferencias entre el 2018 y 2022 se ha aplicado el test two-proportion z-test (test exacto de Fisher), dando como resultados los valores de P. También se ha aplicado el test de tendencia de Cochran-Armitage que nos indica si hay una tendencia significativa o no, a través de los años 2018, 2019, 2020, 2021 y 2022.

Todos los análisis estadísticos se realizaron a través del software de estadísticas IBM SPSS v23.0

2.3 Consideraciones éticas

El estudio se realizó de acuerdo a las normas de la Buena Práctica Clínica y Guías de la Conferencia Internacional de Armonización [ICH].

Todos los datos son tratados manteniéndose la confidencialidad de acuerdo con la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales 3/2018. Los sujetos se identificaron únicamente por código, manteniendo la anonimización, de forma que no se pueda identificar a los sujetos de estudio.

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

3. RESULTADOS

Durante los cortes del año 2018 al año 2022 se estudiaron 531 paciente de los cuales el 51,98% fueron hombres y un 48,02% mujeres, un 34,84% se situaba entre la franja de edad >de 60 años. Con antecedentes patológicos en su gran mayoría de Hipertensión arterial 38,81%, diabetes 19,40%, y neoplasia 13,98%. Los motivos de ingresos más frecuentes fueron por patología del sistema respiratorio (15%), sistema digestivo (14%) y neoplasias (11,48%).

Durante el periodo de estudio se insertaron 763 CVP, el calibre 20G fue el más utilizado (60%) con un tiempo medio de uso de 2 días. El apósito más utilizado fue el parcialmente reforzado 97,5 % utilizando las tiras de aproximación alejadas del punto de inserción 91,35%.

Como complicación principal en la utilización de estos dispositivos, fue la flebitis 112 episodios (14,68%) con una tasa de incidencia de flebitis del 63% por cada 1000 días de catéter.

En estos últimos 5 años de adhesión al proyecto, se ha observado una disminución de la IA acumulada de flebitis 22,5% al 14,68%.

Se comparó la IA de flebitis de las UHM que fue un 17,80% (con una media de 2.066 días de estancias) vs 11,03% (con una media de 1.039 días de estancias) en las UHQ, siendo estadísticamente significativo, $p < 0,0108$. En el último corte quincenal del 2022 ya incorporadas todas las UH se vio que unidades con periodos de estancias medias >350 días aumentaba la IA de flebitis (11,36 % al

20,69%).

En cuanto a los motivos de retirada del CVP, se constató un aumento significativo, del 20% al 43,98% ($p < 0,001$) por fin de tratamiento, que a su vez conllevó a una disminución de los catéteres retirados al alta del 32,5% al 10,9% siendo este resultado, también estadísticamente significativo, $p < 0,001$. En la variable retirada de CVP por dolor, hubo una reducción del porcentaje de un 8,75% al 4,13% al igual que la variable obstrucción del 7,5% al 3,62%. El resto de variables estudiadas en los motivos de retirada por complicación como, extravasación 12% o retirada accidental 7,1% mostraron ser una de las complicaciones más frecuentes en el último cohorte.

La instauración del proyecto FZ dio lugar a la formación de 574 profesionales.

4. DISCUSIÓN

Según los resultados de nuestro estudio retrospectivo, el impacto del proyecto FZ asociado al uso de CVP en los pacientes hospitalizados, ha conseguido reducir la elevada IA de flebitis del 22,5 % al 14,68% porcentaje similar al estudio español aleatorizado pre-post intervención (12,3%) Ferraz-Torres.M et al¹. Lo que podría favorecer alcanzar progresivamente niveles de IA $< 5\%$, estándar recomendado por la Internacional Infusion Nurse Society(INS)². No solamente ha habido una disminución de la incidencia, si no que se ha obtenido una diferencia significativa en la retirada de los catéteres al alta 32,5%/10,9% ($p < 0,001$), y una reducción de complicaciones como la obstrucción (7,5%/3,62%).

En el estudio realizado por Palese et al³ observan como existe una relación entre el apósito totalmente reforzado vs reducción de complicaciones como la extravasación y retirada accidental de catéter. En los resultados de nuestro estudio ponen de manifiesto que aún hay que reducir complicaciones como la extravasación (12%) y retirada accidental del catéter (7,1%) y fomentar en la utilización de apósitos totalmente reforzados. En relación al calibre de los CVP, en la literatura científica existe consenso que un mayor calibre hay una mayor incidencia de flebitis seguramente causado por un trauma mecánico en el endotelio de la vena^{4,5}. Por este motivo es razonable reducir nuestras cifras en la utilización de catéteres 20G (60%), pero valorando el uso que se le va a dar, otras complicaciones y comodidad del paciente, tal y como recomiendan las guías internacionales⁶.

En nuestra serie se observó que las variables independientes, de pacientes perteneciente a las UHM y periodos de estancias, fueron significativas en la aparición de casos nuevos de flebitis 17,80% vs UHQ 11,03%.

Debemos continuar con la formación como parte de una estrategia multimodal, el proyecto FZ ha dado la posibilidad de formar durante estos años a 574 profesionales siendo clave en la mejora de los cuidados, hecho que también se corrobora con otros estudios^{7,8}. Ya que permite disminuir la variabilidad en los cuidados de pacientes portadores de CVP, estableciendo prácticas de enfermería que mejoren la seguridad del paciente.

Finalmente, vemos como en nuestra organización instaurar programas en la prevención de las complicaciones asociadas al uso de estos dispositivos, permite implantar intervenciones educativas y de vigilancia continuada de cómo se comporta dicho evento adverso, asegurando así la adherencia de las recomendaciones científicas, hechos que han puesto de manifiesto significativamente en los resultados del estudio sobre la recomendación de la "retirada de los catéteres innecesarios por fin de tratamiento".

Como limitación del estudio no se puede descartar cierto riesgo de sesgo de selección en las unidades de estudio, ya que tuvieron que ser adaptadas para atender a pacientes con Covid-19.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1-Ferraz M, Corcuera M.I, Aldonza M, Maali S, et al. Estudio experimental aleatorizado para la evolución de la efectividad del proyecto Flebitis Zero en Navarra. An.Sist.Sanit.Navarra.2021, Vol.44, Nº3, septiembre-diciembre.
- 2-Infusion Nurses Society. Infusion Nursing Standards of Practice. J Infs Nurs.2016;45(1S):S 95-S96
- 3-Palese A, Ambrosi E, Fabris F, Guaranier A, et al. Nursing care as predictor of phlebitis related to insertion of peripheral venous cannula in emergency departments: findings from prospective study. J Hosp Infect 2016

;92:280-286.<https://doi.org/10.1016/j.jhin.2015.10.201>.

4-Walis MC,McGrail M,Wester J,Mars N, et al.Risk factors for peripheral intravenous catheter failure: A multi variate analysis of data from randomized controlled trial.Infect Control Hosp Epidemiol.2014;35:63-8.

5-Cicolini G,Manzoli I, Simonetti V,Flacco ME et al .Phlebitis risk varies by peripheral venous catheter site and increases after 96 hours: A large multi-centre prospective study.J Adv Nurs.2014;70:2539-49

6-Loveday HP, Wilson JA, Pratt RJ, Golsorkhi M, Tingle A, Back A , et al.epi3National evidence-based guidelines for preventing healthcare –associated infections in NHS hospital in England. J Hosp Infect.2014; 86 Suppl 1:S1-70

7-León C, Ariza J. Guías para el tratamiento de las infecciones relacionadas con catéteres intravasculares de corta permanencia en adultos: conferencia de consenso Sociedad Española De Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica, Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEIMC-SEMICYUC) Enferm Infec Microbiol Clin 2004;22(2):92-101

8- Martínez C, Suárez B, coordinadoras. Proyecto piloto multicéntrico estrategia multifactorial “Flebitis Zero” [Internet]. Oviedo: Hospital Universitario Central de Asturias, 2015. Disponible en: <http://flebitiszero.com/app> [último acceso enero 2022].

Mesa 22: COVID-19 y profesión

Session 22: COVID-19 and nursing profesion

AUTORES/AUTHORS:

Noélle de Oliveira Freitas, Julianne Galvão de Oliveira, Thamires Laet Cavalcanti e Silva, Meline Rossetto Kron-Rodrigues

TÍTULO/TITLE:

Estrés ocupacional de los profesionales de la salud en la pandemia de COVID-19 en Brasil

Objetivos: evaluar el estrés ocupacional de los profesionales de la salud durante la pandemia de COVID-19 en Brasil. Método: Estudio transversal. Participaron profesionales de la salud que trabajaron o trabajan en la primera línea frente de la pandemia de COVID-19 en Brasil. Se invitó a los participantes a acceder al enlace de Google Forms® que contenía el cuestionario de caracterización y la Job Stress Scale (JSS) que contiene 17 preguntas y tres dominios (Demanda, Control y Soporte)(1). La recogida de datos fue on-line en el Google Forms®. La muestra fue no probabilística del tipo bola de nieve. Inicialmente, una invitación fue enviada por correo electrónico con el enlace de la investigación a una red de contacto de los investigadores, además de grupos en Whatsapp® y redes sociales. Se invitó a los participantes a reenviar el enlace a otros profesionales generando un muestreo de bola de nieve. Estudio aprobado por un Comité de Ética en Investigación. Todos los participantes firmaron el Formulario de Consentimiento Libre e Informado. Los datos se analizaron de forma descriptiva y las comparaciones de las puntuaciones de los instrumentos entre los subgrupos se realizaron mediante pruebas de comparación y correlación. El nivel de significación estadística adoptado fue de 0,05. Resultados: 198 profesionales de la salud, 78,2% mujeres, 49,7% blancos, 41,1% trabajaban en atención primaria, 54,3% trabajaban en la lucha contra la COVID-19, 47% eran enfermeros y/o técnicos de enfermería y 20% fisioterapeutas. El 32 % sufrió una reducción de salario durante la pandemia y el 39,6 % tenía COVID-19. Los profesionales mostraron un nivel de estrés con valores de los dominios JSS por encima de la media. Hubo diferencia significativa en las dimensiones Demanda ($p=0,046$) y Control ($p=0,048$) de la JSS entre los profesionales que trabajaban o no en primera línea, pero no en el dominio de Soporte ($p = 0.143$). Correlación significativa entre puntajes en la dimensión Demanda del JSS y la carga de trabajo semanal ($p=0.357$, $p<0.001$). Discusión: El estrés de los profesionales de la salud fue afectado, especialmente del equipo de enfermería, que comprende casi la mitad de la muestra de este estudio. Entendemos la necesidad de más estudios sobre el estrés laboral, ya que pueden interferir directamente en las habilidades técnicas de los profesionales de la salud, así como influir en las relaciones de trabajo y causar pérdidas relacionadas con el acto de cuidar. Acerca de las implicaciones para la práctica clínica, este estudio apunta a la necesidad de implementar medidas para mejorar la calidad del trabajo del equipo de enfermería durante la pandemia de la COVID-19.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Alves MGM, Chor D, Faerstein E, Lopes CS, Werneck GL. Versão resumida da "Job Stress Scale": adaptação para o português. Rev. Saúde Pública. 2004; 38(2): 164-171.

AUTORES/AUTHORS:

Ana Maria López Delgado, Georgina Casanova Garrigós, Josep Barceló Prats, Elsa Gil Mateu, Núria Albacar Rioboó, Silvia Reverté Villarroya

TÍTULO/TITLE:

Ser enfermera en tiempos de coronavirus: un estudio cualitativo

Objetivo

Conocer la experiencia vivida por las enfermeras que trabajaron en primera línea de la asistencia durante la pandemia por COVID-19.

Método

Se utilizó un diseño cualitativo descriptivo con un enfoque fenomenológico. Un total de 21 enfermeras que trabajaron tanto en el ámbito hospitalario como en atención primaria de centros asistenciales ubicados en el sur de Cataluña participaron en el estudio. El trabajo de campo se realizó de septiembre de 2020 a julio de 2021. Se realizaron entrevistas en profundidad cara a cara y, tras la transcripción, fueron analizadas por el equipo investigador. Se siguieron los criterios consolidados para el reporte de investigaciones cualitativas COREQ.

Resultados

Del análisis de los datos se desprenden cuatro categorías: 1) Humanización del cuidado (N= 177), 2) Vocación enfermera (N= 173), 3) Apoyo (N= 318), 4) Repercusiones en los profesionales (N= 372).

Discusión

En relación a la humanización del cuidado, la mayoría de informantes coinciden en que la pandemia ha mejorado la humanización; las enfermeras se sienten responsables, no solo del cuidado ofrecido, sino también de brindar confianza y apoyo a las personas afectadas y a sus familias, esforzándose por ofrecer unos cuidados enfermeros de máxima calidad desde la compasión, entendida como la voluntad de querer ayudarles a mitigar su sufrimiento.

Respecto a la vocación enfermera, la mayoría de los informantes consideran que, siendo fieles a la esencia de su profesión y, a pesar de la complejidad de las circunstancias, no podían claudicar en un momento tan crucial. El afán por cumplir con su trabajo, a pesar de los riesgos evidentes derivados de la pandemia, muestra el gran compromiso por la profesión y por la atención a los pacientes.

Los informantes también coinciden, en su mayoría, en que uno de los mejores apoyos que tuvieron fue el equipo de trabajo. Describen con orgullo el trabajo en equipo y cómo se forjó entre ellos una relación más sólida y con mayor confianza. Por otro lado, algunos participantes verbalizan una falta de apoyo por parte de sus superiores y, aunque reconocen el trabajo que hacían y las dificultades inherentes a la gestión, expresan que el refuerzo o reconocimiento de los superiores les hubiera ayudado a sobrellevar mejor la situación.

Finalmente, muchas de las enfermeras manifiestan haber padecido ansiedad, síntomas de depresión, estrés, cansancio, miedo al contagio, culpabilidad e incertidumbre por la nueva situación y por el dinamismo de los protocolos, lo cual aumenta la falta de seguridad y de confianza en el trabajo realizado y el riesgo de dañar a los pacientes por una mala praxis, repercutiendo todo ello de manera negativa en la salud física y mental de los informantes.

Conocer estas vivencias nos permite concluir que las enfermeras han ofrecido unos cuidados de calidad, tanto a los pacientes como a sus familias. Por otra parte, el trabajo en equipo ha sido un factor clave para superar las adversidades y mejorar la seguridad de las personas afectadas, por lo tanto, es importante introducir y potenciar habilidades y actividades que fomenten el mismo. Por último, se ha hecho patente la importancia de cuidar a los que cuidan, ya que, sin ellos y ellas, no se habría podido hacer frente a la situación

vivida.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Elsevier Connect. Año 2020: el mundo rinde homenaje a los profesionales de Enfermería [Internet]. 2020 [consultado el 13 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.elsevier.com/es-es/connect/enfermeria/ano-2020-el-mundo-rinde-homenaje-a-los-profesionales-de-enfermeria>
2. Organización Mundial de la Salud. Año del Personal de Enfermería y de Partería [Internet]. 2020 [consultado el 13 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/campaigns/year-of-the-nurse-and-the-midwife-2020>
3. Consejo Internacional de Enfermeras: llevando al mundo hacia la salud | ICN - International Council of Nurses [Internet]. [consultado el 13 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.icn.ch/es/noticias/consejo-internacional-de-enfermeras-llevando-al-mundo-hacia-la-salud>
4. Martínez Martín ML, Chamorro Rebollo E. Historia de la enfermería: Evolución histórica del cuidado enfermero. Barcelona: Elsevier España; 2017.
5. Nightingale F. Notas de enfermería. Qué es y que no es. Barcelona: Masson; 2002.
6. González JS. Historia de la Enfermería. Madrid: Difusión Avances de Enfermería; 2011.
7. Pfetscher SA. Florence Nightingale: la enfermería moderna. En: Raile Alligood M, Marriner Tomey A. Modelos y teorías en Enfermería. 8 a . Barcelona: Elsevier España; 2018. p. 60.
8. Fernández Fernández MA, Santo Tomás Pérez M. De la vocación a la profesión enfermera: Florence Nightingale y Marey Seacole. En: Fernández Fernández MA, Santo Tomás Pérez A. Fundamentos Históricos, teóricos y metodológicos de la enfermería. Difusión Avances de Enfermería; 2016. p.115-126.
9. Delumeau J. El miedo en Occidente: (Siglos XIV-XVIII). Una ciudad sitiada. Madrid: Taurus; 1989.
10. Organización Mundial de la Salud. Nuevo coronavirus 2019 [Internet]. 2020 [consultado el 13 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019>
11. Raurell-Torredà M, Martínez-Estalella G, Frade-Mera MJ, Carrasco Rodríguez-Rey LF, Romero de San Pío E. Reflections arising from the COVID-19 pandemic. Enferm Intensiva. [Internet] 2020 [consultado el 13 de mayo del 2020]; 31 (2): 90-93
12. Catton H. Global challenges in health and health care for nurses and midwives everywhere. Int Nurs Rev [Internet] 2020 [consultado el 13 de mayo de 2020];67(1):4-6. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/inr.12578>

AUTORES/AUTHORS:

Noëlle de Oliveira Freitas, Thamires Laet Cavalcanti e Silva, Julianne Galvão de Oliveira, Meline Rossetto Kron-Rodrigues

TÍTULO/TITLE:

Calidad de vida de los profesionales de la salud durante la pandemia de COVID-19 en Brasil: un estudio transversal

Objetivos: Evaluar la calidad de vida de los profesionales de la salud durante la pandemia de COVID-19 en Brasil y verificar posibles asociaciones entre la calidad de vida y las características sociodemográficas y profesionales. Método: Estudio transversal. Este estudio incluyó a profesionales de la salud que trabajaron o trabajan en la primera línea frente la pandemia de COVID-19 en hospitales públicos y privados, unidades de atención primaria y clínicas privadas, hospitales de campaña, además de profesionales que no tuvieron contacto directo con la atención de pacientes infectados con COVID-19. La muestra fue no probabilística del tipo bola de nieve. El cuestionario de caracterización y el instrumento World Health Organization Quality of Life instrument – Abbreviated Version (WHOQOL-BREF)(1,2) fueron administrados. La recogida de datos fue on-line en el Google Forms®. Inicialmente, una invitación fue enviada por correo electrónico con el enlace de la investigación a una red de contacto de los investigadores, además de grupos en Whatsapp® y redes sociales. El estudio fue aprobado por un Comité de Ética en Investigación con Seres Humanos y todos los participantes firmaron el Término de Consentimiento Libre e Informado. El análisis se realizó de forma descriptiva utilizando la media y la desviación estándar o las frecuencias absolutas y relativas. Las comparaciones de puntuaciones del WHOQOL-BREF entre diferentes subgrupos de la muestra se realizaron mediante las pruebas de Mann-Whitney y Kruskal-Wallis. Las correlaciones entre variables continuas se investigaron utilizando el coeficiente de Spearman. El nivel de significación estadística adoptado fue de 0,05. Resultados: Fueron entrevistados 196 profesionales de la salud, 78,2% mujeres, involucrando 19 estados brasileños. Al analizar el lugar de trabajo, el 41% trabajaba en la atención primaria de salud. 47% eran enfermeros y/o técnicos de enfermería, el 32% tenía reducción de salario y el 48,2% tenía más de una relación laboral. El promedio de los dominios de WHOQOL osciló entre 58,9 y 65,5, con el promedio más bajo en el dominio de medio ambiente. En cuanto a las comparaciones de los puntajes del WHOQOL con las variables, solo se identificó diferencia significativa entre el dominio calidad de vida general y género ($p=0,19$). Correlación negativa significativa entre la calidad de vida general y la jornada laboral semanal ($p = -0,21$; $p = 0,002$). Discusión: Los profesionales de la salud mostraron cambios en la calidad de vida, según el lugar de trabajo y profesión. Los profesionales de la salud tuvieron una peor calidad de vida en relación con el dominio del medio ambiente, y además la carga de trabajo semanal influyó en la calidad de vida durante el período de la pandemia. Un estudio realizado con una muestra de profesionales de la salud, en los primeros días de la pandemia, evaluó la calidad de vida a través del WHOQOL-BREF e identificó que, al inicio de la pandemia, el dominio relaciones sociales era el más afectado(3). A diferencia de los resultados de este estudio, que se realizó en 2021, período señalado como la segunda ola de COVID-19, en Brasil, que identificó una peor puntuación en el dominio medio ambiente (promedio: 58,94). Acerca de las implicaciones para la práctica clínica, hay una necesidad de mirar la creación de políticas/programas que inviertan en la salud de los trabajadores, especialmente de enfermería.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. The Whoqol Group. Development of theWorld Health Organization WHOQOL-bref. Quality of Life Assesment. Psychological Medicine. 1998; 28:551-8.
2. Fleck MPA, louzada S, Xavier M, Chamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref”. Rev Saúde Pública. 2000; 34 (2):178-183. doi: 10.3390/ijerph17051729.

3. Zhang,HH et. al. Research Paper Depression and its relationship with quality of life in frontline psychiatric clinicians during the COVID-19 pandemic in China: a national survey., China 2021 (2): 683-688.

AUTORES/AUTHORS:

Elsa Pla Canalda, Estrella Martínez Segura, José Fernández Sáez, Pablo Concha Martínez, Elsa Gil Mateu, María Jiménez Herrera

TÍTULO/TITLE:

Evaluación de competencias Enfermeras en el paciente crítico en tiempos de CoVID-19

Objetivo: describir el nivel competencial y el grado de seguridad percibido de los estudiantes en prácticas clínicas IV del paciente crítico, los estudiantes en contrato de auxilio sanitario y los profesionales de nueva incorporación a la UCI en tiempos de pandemia de CoVID-19 según los 6 dominios competenciales del COM-VA ©

Métodos: Estudio descriptivo transversal con metodología cuantitativa con el uso de cuestionarios como instrumento de recogida de datos. Las variables independientes se recogieron mediante un cuestionario ad-hoc de datos sociodemográficos y laborales. Las variables dependientes se obtuvieron a través del cuestionario validado de valoración de Competencias Enfermeras, COM-VA©. El estudio fue llevado a cabo en la Universidad Rovira y Virgili y el Hospital Tortosa Verge de la Cinta durante los meses de octubre 2020-marzo 2021.

Resultados: 66 candidatos participaron en el estudio que permitieron detectar diferencias significativas entre las medianas del COM-VA© supervisor/tutor ($p < 0,001$) pero no entre las medianas del COM-VA de los participantes ($P = 0,488$).

De los resultados obtenidos en la evaluación de las diferentes competencias por el supervisor/tutor se observan diferencias significativas en las 6 competencias del COM-VA© ($P < 0,001$) a diferencia de los resultados obtenidos de los participantes en que solo se observan diferencias significativas en la competencia 2, elemento competencial 4 ($p = 0,026$): identificar y ejecutar correctamente y a tiempo actuaciones en caso de extrema urgencia con riesgo para la vida del paciente; y la competencia 3, elemento competencial 3 ($p = 0,039$): realizar de forma adecuada procedimientos de alta complejidad o situaciones complejas o administrar multiterapia de alto riesgo simultáneamente. Elementos competenciales más específicos del paciente crítico.

No se observan diferencias significativas en el grado de seguridad en el abordaje del paciente crítico de los participantes ($P = 0,625$) ni de los supervisores/tutores. Si se observa, sin embargo, que el grupo de los estudiantes en prácticas clínicas IV del paciente crítico, presenta una media en el grado de seguridad de 5,36 (ds: 2,62) más alta que la media de los profesionales de nueva incorporación 5,28 (ds: 1,99) y estudiantes en contrato de auxilio sanitario 4,84 (ds: 2,32).

Discusión: Los resultados de este estudio muestran que todos los estudiantes y profesionales noveles sobrevaloran su nivel competencial respecto a la evaluación realizada por sus supervisores/tutores sobre el abordaje del paciente crítico con CoVID-19. Los elementos competenciales relacionados con el perfil de paciente crítico, evidencian una posible carencia competencial de los participantes para su abordaje poniendo en riesgo su seguridad. El hecho de estar supervisados por los tutores y profesionales expertos, durante este periodo, podría explicar la sensación de seguridad en el abordaje del paciente crítico de los participantes. En este sentido la simulación clínica es una herramienta que podría mejorar las competencias de profesionales y estudiantes, así como también ayudarles en la autopercepción de sus capacidades. En una segunda fase del estudio se valorará esta posibilidad.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Carrillo, A. J., Paula, A., Martínez, C., Steffany, P., & Taborda Sánchez, C. (2018). Aplicación de la Filosofía de Patricia Benner para la formación en enfermería Application of Patricia Benner's Philosophy in nursing training. *Revista Cubana de Enfermería*, 34(2), 421–432.

Eulàlia Juvé, M., Huguet, M., Monterde, D., José Sanmartín, M., Martí, N., Cuevas, B., de la Fuente, C., & Alvarez, G. (2007). Marco

- teórico y conceptual para la definición y evaluación de competencias del profesional de enfermería en el ámbito hospitalario. Parte I. *Nursing (Ed. Española)*, 25(4), 56–61. [https://doi.org/10.1016/s0212-5382\(07\)70907-x](https://doi.org/10.1016/s0212-5382(07)70907-x)
- Gómez, M. (2013). Evaluación de competencias en el Espacio Europeo de Educación Superior (Tesis doctoral). <https://eprints.ucm.es/id/eprint/21343/>
- González-Gil, M. T., Oter-Quintana, C., Martínez-Marcos, M., Alcolea-Cosín, M. T., Navarta-Sánchez, M. V., Robledo-Martín, J., Palmar-Santos, A., Pedraz-Marcos, A., González-Blázquez, C., Parro-Moreno, A. I., & Otero-García, L. (2021). The value of human resources: experience of critical care nurses during the COVID-19 epidemic. *Enfermería Intensiva*, 33(2), 77–88. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2021.09.005>
- González-Méndez, M. I., & López-Rodríguez, L. (2017). Seguridad y calidad en la atención al paciente crítico. *Enfermería Clínica*, 27(2), 113–117. <https://doi.org/10.1016/J.ENFCLI.2017.02.006>
- Helena, S., & Camelo, H. (2012). Article Professional competences of nurse to work in Intensive Care Units: an integrative review 1 Competência profissional do enfermeiro para atuar em Unidades de. www.eerp.usp.br/rlae
- Huang, L., Lei, W., Xu, F., Liu, H., & Yu, L. (2020). Emotional responses and coping strategies in nurses and nursing students during Covid-19 outbreak: A comparative study. *PLOS ONE*, 15(8), e0237303. <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0237303>
- Meléndez Chávez, S. (2020). La importancia de la práctica en la formación de enfermería en tiempos de Covid-19: experiencias de alumnos. *Dilemas Contemporáneos: Educación, Política y Valores*. <https://doi.org/10.46377/dilemas.v8i.2479>
- Swift, A., Banks, L., Baleswaran, A., Cooke, N., Little, C., Mcgrath, L., Meehan-Rogers, R., Neve, A., Rees, H., Tomlinson, A., Williams, & Grace. (2020). COVID-19 and student nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 29(18), 3111–3114. <https://doi.org/10.1111/jocn.15298>
- WHO. (2020). WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19-11 March 2020.

AUTORES/AUTHORS:

Victoria Delicado-Useros, Sandra Cebada-Sánchez, Carmen Ortega-Martínez, Antonia Alfaro-Espín, Marta Carolina Ruiz-Grao

TÍTULO/TITLE:

Metodologías docentes implementadas en pandemia por COVID-19. Satisfacción del alumnado de enfermería: estudio final

Antecedentes:

La enseñanza universitaria ha cambiado en las últimas décadas como consecuencia de la irrupción y generalización de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) que han facilitado el acceso al conocimiento, a la vez que han modificado las metodologías, las formas de comunicación y la relación entre los miembros de la comunidad universitaria. En el actual siglo se ha generalizado el uso de plataformas digitales para favorecer entornos virtuales de aprendizaje tanto como soporte y apoyo de las enseñanzas de fuerte contenido presencial (los estudios de Enfermería entre ellos) como para favorecer cursos, enseñanzas y programas formativos en línea (online learning o e-learning) o de enseñanzas bimodales o mixtas (blended learning o b-learning) (Gómez-Escalonilla et al., 2011; Li et al. 2019).

En la segunda mitad del curso 2019-2020 (apenas unas semanas tras el inicio del segundo cuatrimestre) toda la universidad española vivió una coyuntura excepcional a causa de la pandemia de la COVID-19. El estado de alarma, y el confinamiento impuesto, interrumpió bruscamente toda la actividad presencial en las universidades españolas, y conllevó el tránsito a una formación exclusivamente, online, lo que implicó una drástica y brusca transformación de las enseñanzas. Por su parte, en el curso 2020-21 se planteó un sistema mixto (b-learning), al reconocer la mayor calidad de la enseñanza presencial, que se denominó “presencialidad adaptada” manteniendo actividades online (reuniones, tutorías y ciertas actividades docentes), junto a enseñanzas presenciales tanto teóricas como prácticas, siguiendo las recomendaciones del Ministerio de Sanidad y de Universidades. La tremenda transformación que ha sufrido la propuesta formativa en estos cursos vividos bajo pandemia, en lo referido a metodologías docentes y sistemas de evaluación, tiene, sin duda, repercusión en el aprendizaje y formación del alumnado de Enfermería. La satisfacción de los estudiantes se ha convertido en una de las dimensiones de calidad más aceptadas en la evaluación de la educación superior (Chiva et al., 2017). Ante la situación vivida, nos planteamos evaluar la satisfacción de nuestros estudiantes con las metodologías e-learning y b-learning adoptadas en estos dos cursos afectados por la pandemia de la COVID-19. **Objetivos:** Comparar la satisfacción del estudiantado de enfermería de una universidad pública española tras realizar cambios en la metodología docente por la pandemia COVID-19. Identificar oportunidades de mejora en las metodologías docentes empleadas. **Métodos:** Estudio observacional descriptivo que midió la satisfacción de los estudiantes con las metodologías docentes implantadas en los cursos académicos 2019-2020 y 2020-2021. La población de estudio fueron los alumnos de la Facultad de Enfermería objeto de estudio matriculados en el 2019-20 que recibieron docencia basada en metodología online y los alumnos matriculados en 2020-21 que siguieron una metodología docente b-learning. Un total de 240 estudiantes respondieron una encuesta validada constituida por 30 ítems medidos en una escala tipo Likert cuyas puntuaciones oscilaron entre 0 puntos (baja satisfacción) a 4 puntos (muy alta satisfacción). Los ítems del cuestionario se encuentran agrupadas en 5 dimensiones: estructura de las asignaturas, aspectos docentes y de profesorado, contenidos impartidos en las asignaturas, comunicación docente/disciente, y entorno virtual de aprendizaje. Las principales variables del estudio fueron: el tipo de metodología de aprendizaje implementada (on-line o b-learning/semipresencial) como variable independiente, y la satisfacción de los estudiantes como variable dependiente, la cual fue también categorizada en alta, modera y baja. Se incluyeron covariables de estudio (sexo, edad, curso y recursos disponibles para acceso a docencia). Se realizaron análisis estadísticos descriptivos y bivariantes. **Aspectos éticos:** Se solicitó el cumplimiento libre y voluntario, así como previamente informado del mencionado cuestionario por parte del alumnado. Los datos fueron anonimizados. Se han seguido las recomendaciones sobre tratamiento de datos personales de la Ley Orgánica 3/2018. El proyecto recibió el informe favorable de la Comisión ética de investigación clínica (CEIm) del Área de Salud de Albacete (Proyecto 26-2021).

Resultados: La tasa de respuesta fue del 37,4% en el curso 2019-2020 (metodología docente online) y del 41,2% en el curso 2020-2021 (metodología b-learning). La satisfacción global del alumnado fue de 2,75 puntos (DE 0,56) y 2,94 puntos (DE 0,49) con el aprendizaje on-line y el aprendizaje b-learning, respectivamente ($p < 0,01$). En cuanto a la satisfacción con la metodología de aprendizaje b-learning, se observaron diferencias según el curso de pertenencia de los estudiantes (2º curso vs. 3º curso), siendo superior la satisfacción en los alumnos de 3º curso ($p = 0,002$). Por su parte, al evaluar la satisfacción con la metodología online se encontraron diferencias significativas por sexo ($p = 0,003$), resultado más alta la proporción de estudiantes con alta satisfacción en mujeres que en varones. Las dimensiones mejor valoradas fueron las relativas al entorno virtual de aprendizaje y a la comunicación docente/discente, aunque sin diferencias significativas entre ambas metodologías. Por otro lado, la dimensión peor valorada fue la relativa a los contenidos impartidos en las asignaturas, donde existieron diferencias en puntuación entre la metodología online (2,60 puntos) y la metodología b-learning (2,92 puntos) ($p < 0,001$).

Discusión: La satisfacción de los estudiantes de enfermería con el aprendizaje recibido durante los dos cursos afectados por los cambios metodológicos debidos a la pandemia COVID-19 fue moderada-alta. La metodología b-learning, que incluía un cierto grado de asistencia presencial con interacción entre iguales y con los docentes, fue mejor valorada al igual que en estudios semejantes (Puljak et al. 2020, Abbasi et al. 2020). Algunas de las dimensiones analizadas que mostraron una satisfacción más alta, como es la relativa al entorno virtual de aprendizaje, coinciden con el estudio de Dutta et al 2021). Las dimensiones consideradas menos satisfactorias por los estudiantes suponen una oportunidad de mejora en estas metodologías docentes. Sería deseable poder seguir midiendo la satisfacción con este tipo de metodologías en otros contextos y/o estudios.

Conclusiones: El nivel de satisfacción de los estudiantes de enfermería con el aprendizaje recibido durante los dos cursos afectados por los cambios metodológicos debidos a la pandemia COVID-19 fue moderado en nuestra universidad y ligeramente superior durante el curso con la metodología b-learning en comparación con el semestre con la metodología exclusivamente online implantada cuando comenzó la pandemia.

Consideramos preciso realizar más estudios sobre este tema, en diferentes condiciones en las que las metodologías no sean impuestas.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Abbasi, M.S.; Ahmed, N.; Sajjad, B.; Alshahrani, A.; Saeed, S.; Sarfaraz, S.; Alhamdan, R.S.; Vohra, F.; Abduljabbar, T. E-learning for health sciences amid the COVID-19 pandemic. *Work* 2020, 67, 549–556

Chiva Sanchís, I. Ramos Santana, G. & Moral Mora, AM. (2017). Análisis de la satisfacción de los estudiantes del grado de Pedagogía de la Universitat de València. *Rev Complut. Educ.* (28) (3), pp: 755-772.

Dutta, S.; Ambwani, S.; Lal, H.; Ram, K.; Mishra, G.; Kumar, T.; Varthya, S.B. The Satisfaction Level of Undergraduate Medical and Nursing Students Regarding Distant Preclinical and Clinical Teaching Amidst COVID-19 Across India. *Adv. Med. Educ. Pract.* 2021, 2, 113–122.

Gómez Escalonilla, G. Santín, M. & Mathieu, G. (2011) La educación universitaria on-line en el Periodismo desde la visión del estudiante. *Comunicar.* (19) (37), pp: 73-80. doi.org/10.3916/C37-2011-02-07

Li, C. He, J. Yuan, C. Chen, B. & Sun, Z. (2019) The effects of blended learning on knowledge, skills, and satisfaction in nursing students: A meta-analysis. *Nurse Educ Today*, (82), pp: 51-57. doi:10.1016/j.nedt.2019.08.004

Puljak, L.; Ivjak, M.; Haramina, A.; Mališa, S.; Avić, D.; Klinec, D.; Aranza, D.; Mesarić, J.; Skitarelić, N.; Zoranić, S.; et al. Attitudes and concerns of undergraduate university health sciences students in Croatia regarding complete switch to e-learning during COVID-19 pandemic: A survey. *BMC Med. Educ.* 2020, 20, 416.

Mesa 23: Envejecimiento y fragilidad

Session 23: Aging and frailty

AUTORES/AUTHORS:

Alberto Salas Cañizares, Solanger Hernández Méndez, María Ruzafa Martínez

TÍTULO/TITLE:

Perfil sociosanitario del usuario de los programas de Gerontogimnasia del municipio de Lorca

1. Objetivos:

1.1 Objetivo General.

Analizar el perfil sociosanitario de los usuarios mayores de 65 años participantes de un programa de gerontogimnasia en el término municipal de Lorca.

1.2 Objetivos Específicos.

- Determinar las características sociodemográficas de los usuarios mayores de 65 años del término municipal de Lorca que acuden a un programa de gerontogimnasia.
- Evaluar la capacidad funcional, capacidad cognitiva y patrones del sueño en mayores de 65 años participantes de programas de gerontogimnasia.

2. Metodología:

2.1 Diseño del estudio.

Para el desarrollo del estudio se ha empleado una metodología analítica, tratándose de un estudio observacional y transversal en el tiempo de la población mayor de 65 años, del término municipal de Lorca, que participa en un programa de gerontogimnasia.

2.2 Población y marco temporal.

La población de estudio han sido 103 adultos mayores de 65 años del término municipal de Lorca. El área en 2021 tenía una población total de 96.236 habitantes, de los cuales 14.615 son mayores de 65 años (6415 hombres y 8200 mujeres).

Selección de la muestra: Todos los participantes de un programa de gerontogimnasia.

Los datos se recogieron mediante encuestas y test con acceso exclusivo a los resultados por parte del investigador principal.

El periodo de recogida de datos fue el comprendido entre los meses de abril y mayo de 2022.

2.3 Criterios de Inclusión y Exclusión:

2.3.1 Criterios de Inclusión: Mayores de 65 años, ambos sexos, ausencia de deterioro cognitivo o deterioro cognitivo leve (Pfeiffer > a 7 puntos) y movilidad conservada (ausencia de enfermedad incapacitante que impida la de ambulación con o sin ayuda de dispositivos de soporte como bastones).

2.3.2 Criterios de exclusión: Presencia de deterioro cognitivo avanzado (Pfeiffer < a 7 puntos), incapacidad funcional avanzada o inmovilidad (imposibilidad de ambulación autónoma con o sin ayuda de dispositivos de soporte como bastones).

2.4 Instrumentos de recogida de datos.

Para el desarrollo del estudio se creó un formulario unificado que englobara tanto aspectos sociodemográficos, como test validados y avalados sanitariamente para la medición del deterioro mental, fragilidad o calidad del sueño. De este modo se establecieron las siguientes variables:

Variables independientes: a) Características demográficas (edad, sexo, estado civil) b) Estado de salud: IMC, dolor crónico

Variables dependientes: a) Deterioro mental Cuestionario de Pfeiffer b) Nivel de Fragilidad: SPPB (Short Physical Performance Battery) c) riesgo de caídas: Test "Get up and Go". d) Índice de Calidad del sueño de Pittsburgh (PSQI)

Previo a la realización del estudio, a todos los participantes se les dio información acerca del cuestionario y se les solicitó que firmarán un consentimiento informado acerca de los datos a recoger y las escalas de valoración a realizar.

Todos los datos han sido anonimizados con el fin de que no puedan identificarse o relacionarse con los sujetos a estudio, sin perjuicio de la comunicación individualizada a cada individuo de sus posibles logros o valores.

3. Resultados:

Un total de 103 cuestionarios fueron realizados al completo de los usuarios de un programa de gerontogimnasia del término municipal de Lorca.

3.1 Datos sociodemográficos:

- La edad media de los usuarios participantes de los programas de gerontogimnasia se situó en 74,89 años, con un espectro de edad que va desde los 65 a los 94 años.
- El sexo femenino fue mayoritario, siendo el 88,3% mujeres y el 11,7% hombres.
- En momento de la recogida de datos el 39,8% eran viudos y el 38,8% se encontraban casados, el resto eran solteros.

3.2 Resultados relacionados con la salud:

- En relación al Índice de Masa Corporal resultó que el 29% presentaron normopeso, el 47,7% sobrepeso y 20% obesidad tipo 1. No se encontró ningún usuario con obesidad tipo 2 u obesidad mórbida.
- En relación al padecimiento de dolor o molestia de carácter crónico el 70% indicó padecer algún tipo de dolor crónico, siendo las localizaciones más frecuentes en la espalda, hombro o rodilla.

3.3. Resultados relacionados con el estado cognitivo:

- El 60 % de los usuarios (60) obtuvo una valoración cognitiva normal, mientras que el 40% de los usuarios (43) presentaron sospecha de un deterioro cognitivo leve para el Test de Pfeiffer.

3.4. Resultados relacionados con la Fragilidad:

- En relación al test SPPB el 60 % de los usuarios (61) presentan Limitación Leve (Prefragil), el 8,2% (9) Limitación moderada (Frágil), mientras que el 31,8 % (33) no tienen ningún tipo de limitación. Si desglosamos los resultados de este test en los 3 componentes que mide: equilibrio, velocidad en la marcha y levantarse de la silla sin apoyo, nos encontramos con: El 100% de los usuarios mantuvo el equilibrio en la posición de bipedestación, el 87% en semi-tándem y sólo el 49% en tándem completo. El 28% consigue alcanzar los 4 metros en menos de 3,63 segundos, el 58% entre 3,63 y los 4,65 segundos, el 16% entre 4,66 y 6,53 segundos y el resto emplea más de 6,54 segundos. En cuanto al test de levántate de la silla el 43% consiguió levantarse y sentarse de la silla sin apoyo en menos de 11.19 segundos, el 42 % tardó entre 11.2 y 13.69 segundos el 7% entre 13.7 y 16.69 segundos y el resto más de esta marca o no pudo completar las 5 veces.
- El 68 % de los usuarios (69) se clasificaron como "Bajo riesgo de caídas" según Test GET UP AND GO, mientras que el 32% de los usuarios (34) presentan "Fragilidad: riesgo de caídas" para el mismo test.

3.5 Resultados relacionados con la Calidad subjetiva del sueño:

Según cuestionario de Calidad Subjetiva del Sueño de Pittsburg el 98,61% de los usuarios presenta Problemas Relacionados con el Sueño, frente al 1,39% que obtienen una Calidad Óptima del Sueño.

- Solo el 24,3% de los encuestados refirió conciliar el sueño en menos de 15 minutos, necesitando entre 15 a 30 minutos el 41% de los participantes en el estudio. El 14,65% indicó no alcanzar el sueño profundo pasados los 60 minutos de meterse en la cama.
- La mayoría duerme una media de entre 6 y 7 horas diarias, siendo muy pocos el 5% los que no alcanzan las 5 horas mínimas

diarias de sueño.

- Casi el 75% de los encuestados refirió despertarse durante la noche o de madrugada, generándole un problema de sueño.
- El 76% de los participantes valoraron la calidad del sueño como buena o muy buena, frente al 4,9% que indico ser muy mala.
- El 70,9% no toma ningún tipo de medicamento para conciliar el sueño, el 7,8% lo toma una vez a la semana, el 8,2 % de 2 a 3 veces semanales y el 12,6 % de manera diaria.
- EL 44% duerme solo, el 42% acompañado en la misma cama y el resto en la misma habitación, pero en camas separadas.

4. Discusión:

La edad media de los participantes en el estudio 74,89 años, y los buenos resultados de los datos alcanzados en las escalas de valoración empleados, van en la línea de otros estudios publicados¹⁻³ de cómo el mantenimiento de una actividad física regular contribuye a un envejecimiento saludable y reduce el riesgo de fragilidad en el anciano. En este mismo sentido, existen múltiples programas a nivel europeo, como sería el caso del programa Vivifrail⁴ y documentos del sistema nacional de salud⁵ que intentan promocionar la actividad física cómo un medio para mejorar la capacidad física y funcional.

Si bien es cierto que la esperanza de vida en el sexo femenino es mayor y progresiva según las pirámides de edad para la población de referencia,⁶ resulta significativo que en la población estudiada el porcentaje de mujeres (88,3%) sea tan elevado respecto al de hombres (11,7%) que deciden participar en grupos de gerontogimnasia cómo medio para mantenerse activos.

Respecto al índice de masa corporal, los participantes en el estudio presentaron valores similares a los publicados en el informe elaborado por el CSIC para “envejecimiento en red”.⁷

Tras la valoración del test de Pfeiffer ningún usuario presento un deterioro cognitivo moderado o grave, este resultado era esperable dado la autonomía de los usuarios y el carácter voluntario de participar en los programas de ejercicio físico.

Los valores obtenidos en los diferentes test que miden la Fragilidad (SPPB) y el riesgo de caídas (GET UP AND GO) hacen pensar que estos datos se relacionan entre sí, coincidiendo el bajo riesgo de caídas con la limitación leve (prefragil). Este hecho, coincide con los resultados obtenidos por Alhambra-Borras et al.⁸ en los que, a mayor puntuación en el SPPB, menor tiempo empleado en el test Get Up and Go, y viceversa.

Resulta paradójico que a pesar de que el 98,61% de la población estudiada presenta problemas relacionados con el sueño, a la pregunta si toman algún tipo de medicamento o tratamiento para ello, menos del 30% respondieron de manera afirmativa. Estos datos, contrastan con lo que se afirma en la Guía de Buenas Prácticas Clínica en Geriatria acerca de que “se puede considerar que el insomnio en el anciano está infradiagnosticado, pero sin embargo se encuentra farmacológicamente sobretreadado”.⁹ Por otro lado, a pesar de los resultados, el 76% valora su calidad del sueño como buena o bastante buena, lo que podría justificar que no hayan solicitado ayuda al respecto.

Finalmente, estos resultados nos ayudan a adaptar las sesiones de gerontogimnasia futuras y elaborar nuevos programas de entrenamiento físico en con el fin de prevenir la fragilidad y disminuir el riesgo de caídas en las personas mayores.

5. Conflicto de intereses:

Los autores participantes en este estudio declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Unnithan VB. The effect of functional circuit training on physical frailty in frail older adults: A randomized controlled trial. J Aging Phys Act. 2010;18(4):401–24.
2. Viladrosa M, Casanova C, Ghiorghies AC, Jürschik P. El ejercicio físico y su efectividad sobre la condición física en personas

- mayores frágiles. Revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorizados. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2017;52(6):332–41.
3. Casas Herrero Á, Cadore EL, Martínez Velilla N, Izquierdo Redin M. El ejercicio físico en el anciano frágil: Una actualización. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2015;50(2):74–81.
 4. Izquierdo M., Casas-Herrero A., Zambom-Ferraresi F., Martínez-Velilla N., Programa de ejercicio físico multicomponente. VIVIFRAIL. 2017
 5. Abizanda Soler P., Espinosa Almendro J., Juaréz Vela R., López Rocha A., Martín Lesende I., Megido Badía M. Documento consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2014.
 6. Pérez Díaz, J.; Abellán García, A.; Aceituno Nieto, P.; Ramiro Fariñas, D. “Un perfil de las personas mayores en España, 2020. Indicadores estadísticos básicos”. Madrid, Informes Envejecimiento en red nº 25, 39p. 2020
 7. Abellán García A. La obesidad en las personas mayores, un problema de salud pública. *Blog Envejecimiento [en-red]*, 10 de noviembre, 2016. ISSN 2387-1512. Disponible en: <http://bit.ly/2eIYzMw>
 8. Alhambra-Borrás T, Durá-Ferrandis E, Ferrando-García M. Effectiveness and estimation of cost-effectiveness of a group-based multicomponent physical exercise programme on risk of falling and frailty in community-dwelling older adults. *Res Public Health.* 2019 Jun 2;16(12).
 9. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Guía de buena práctica clínica en geriatría. Insomnio. 2015

AUTORES/AUTHORS:

LAURA MARTIN LOSADA, ANA ISABEL PARRO MORENO, MONTSERRAT SOLIS MUÑOZ, MARTA SANCHEZ GARCIA, MARIA HUERTA RUIZ, NURIA GONZALEZ ALVARO, JORGE ROBERTO DE SOUZA LUCIO, MARIA ELENA CARRILLO ALCALA

TÍTULO/TITLE:

MEJORA DEL ESTADO DE INCONTINENCIA URINARIA EN ADULTOS MAYORES HOSPITALIZADOS CON UN PROGRAMA DE EVACUACION INDUCIDA

La incontinencia urinaria definida como la pérdida involuntaria de orina, es un problema de salud relevante que ocasiona limitaciones en las actividades cotidianas y en la autonomía de las personas, disminuyendo la calidad de vida de aquellos que la padecen (1). Se trata de un problema de salud poco consultado e infravalorado, que supone una carga económica para el sistema sanitario (2). La prevalencia de incontinencia urinaria en adultos mayores es elevada y aumenta durante los procesos de salud que requieren hospitalización debido al uso de catéteres vesicales, el uso injustificado de pañales en personas mayores, así como la calidad de la asistencia (3). Los datos de prevalencia en incontinencia urinaria al ingreso del Hospital Guadarrama son superiores al 70%. Es un hospital de media estancia que pertenece al Servicio Madrileño de Salud, cuya actividad principal es la recuperación funcional de personas incapacitadas que han sufrido un proceso agudo de salud. Como consecuencia de la magnitud del problema y para mejorar los cuidados intrahospitalarios en incontinencia urinaria, se implementó un programa de evacuación inducida. La terapia evacuación inducida, es una intervención que recomiendan las guías de práctica clínica para el manejo de la incontinencia urinaria en adultos mayores (4). Fue estudiada en residencias de ancianos fundamentalmente en la década de los noventa y obtuvo buenos resultados en cuanto a la disminución de los episodios de incontinencia urinaria (5) pero existen pocos estudios en el ámbito de la hospitalización. El programa de evacuación inducida forma parte de la implementación de la guía "Un abordaje proactivo para el manejo vesical e intestinal en adultos" (4) dentro de Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados (CCEC)/Best Practice Spotlight Organization (BPSO) (6), un proyecto de alcance internacional para la transferencia de la evidencia científica a la práctica clínica del que forma parte el Hospital Guadarrama.

Objetivo: Evaluar el grado de incontinencia urinaria después de aplicar un programa de evacuación inducida.

Método: Ámbito. Unidad de Recuperación Funcional del Hospital Guadarrama (Servicio Madrileño de Salud). Diseño.

Cuasiexperimental, pre-post intervención. Sujetos: 60 pacientes ingresados en la Unidad de Recuperación Funcional con

incontinencia urinaria reversible. Muestreo no probabilístico. Criterios inclusión: edad ≥ 65 años, incontinencia urinaria inferior a 1

año evolución. Criterios exclusión: sondaje vesical, incontinencia urinaria permanente, deterioro cognitivo moderado-severo

(Pfeiffer ≥ 4), que no colaboren en el programa de evacuación inducida, pacientes con restricción hídrica. Outcome principal: Grado

de incontinencia urinaria al alta (continente/incontinente urinario nocturno/incontinente urinario 24h). Variables: edad, sexo, nivel de

estudios, convivencia, cuidador principal, acompañado durante el ingreso, motivo ingreso, nivel de dependencia, riesgo de caídas,

riesgo de desarrollo de lesiones cutáneas por presión, deterioro cognitivo, días de estancia, tiempo de evolución de la incontinencia

urinaria, tipo de incontinencia urinaria, antecedentes de riesgo para desarrollo de incontinencia urinaria, fármacos de riesgo,

IMC ≥ 25 , grado de incontinencia urinaria al ingreso, frecuencia pérdidas de orina/día, cantidad de orina perdida, tipo de absorbente,

número de veces que el paciente acude al baño al ingreso y al alta. Instrumentos: Valoración al ingreso y al alta de enfermería,

entrevista, historia clínica, escalas Barthel, Norton, STRATIFY, Test Pfeiffer. Procedimiento: (a) Captación sujetos primeras 48h (b)

Valoración y diario miccional (c) Aplicación programa de evacuación inducida hasta el alta (d) Recogida y análisis datos. Análisis:

Univariante, bivariante, contraste de hipótesis para muestras pareadas, test paramétricos Chi cuadrado y ANOVA. Intervalos

confianza 95%. Programa SPSS 19.

Resultados: edad 82,1 (DE 9,4) años, 86% (n=48) mujeres. Antecedentes riesgo 77,2% (n=44), obesidad/sobrepeso 70,9% (n=34),

fármacos riesgo 82,5% (n=47), siendo 68,4% sedantes/hipnóticos y 43,9% diuréticos. Predominó incontinencia urinaria mixta 56,1%

(n=32), inicio reciente 2,8 (DE 2,9) meses. Estancia 40,5 (DE 14,7) días. Después de la aplicación del programa de evacuación inducida se objetivaron los siguientes resultados al alta: mejora del grado de incontinencia urinaria ($p=0,038$), menor frecuencia y cantidad de escapes de orina diario ($p\leq 0.001$), mayor independencia y menor riesgo de desarrollar lesiones cutáneas por presión ($p\leq 0.001$). Menos días de ingreso en los continentes 35,1 (DE 9,3) frente a los totalmente incontinentes 46,3 (DE 16) ($p=0.012$). Mejor pronóstico según la situación del paciente al ingreso: incontinencia más leve ($p=0.038$), frecuencia inferior de escapes ($p\leq 0.001$), menor cantidad de la pérdida ($p=0.009$), mayor independencia ($p=0.025$), mayor frecuencia para acudir al baño al ingreso ($p\leq 0.001$). La toma de diuréticos tuvo un impacto negativo ($p=0.056$).

Discusión: Un programa de evacuación inducida en personas mayores hospitalizadas en una Unidad de Recuperación Funcional, disminuyó el grado de incontinencia urinaria al alta y sus complicaciones asociadas, a pesar de los factores de riesgo de la muestra. La incontinencia urinaria leve al ingreso, así como la mayor autonomía del paciente se asoció a una mejor respuesta del programa de evacuación inducida. La toma de diuréticos dificulta la mejoría. Implicaciones para la práctica: Un programa de evacuación inducida en personas mayores con incontinencia urinaria mejora el control de la continencia, disminuye la morbilidad asociada a ella, mejora su recuperación funcional y disminuye el coste sanitario.

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

Financiación: Este estudio ha sido financiado por el Instituto de Salud Carlos III (ISCIII) mediante el proyecto "PI19/00168" y cofinanciado por la Unión Europea.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Batmani S, Jalali R, Mohammadi M, Bokaei S. Prevalence and factors related to urinary incontinence in older adults women worldwide: a comprehensive systematic review and meta-analysis of observational studies. *BMC Geriatr.* 2021;21(1):1–17.
2. Chow J.S. (2019) Stress urinary incontinence: An undertreated problem which deserves attention. *Current Opinion in Biomedical Engineering.* 11, 124-129. <https://doi.org/10.1016/j.cobme.2019.10.006>.
3. Góes RP, Pedreira LC, David RAR, Silva CFT, Torres CAR, Amaral JB do. Hospital care and urinary incontinence in the elderly. *Rev Bras Enferm.* 2019;72(Suppl 2):284–93. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0273>
4. Registered Nurses' Association of Ontario. A Proactive Approach to Bladder and Bowel Management in Adults. Toronto, Canada, 2020. Registered Nurses' Association of Ontario. https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/bpg/Bladder_and_Bowel_Management_FINAL_WEB.pdf
5. Newman DK. Prompted Voiding for Individuals With Urinary Incontinence. *J Gerontol Nurs.* 2019 Feb 1;45(2):14-26. doi: 10.3928/00989134-20190111-03.
6. 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; Grupo de líderes de las instituciones. The implementation of Best practice guidelines in Spain through the Programme of the Best Practice Spotlight Organizations®. *Enferm Clin (Engl Ed).* 2020 May-Jun;30(3):136-144. English, Spanish. doi: 10.1016/j.enfcli.2019.09.018.

AUTORES/AUTHORS:

Marta Isabel Postigo de Diego, Adrián Hervás Moñux, Lourdes Jiménez Navascués

TÍTULO/TITLE:

INTERVENCIONES ENFERMERAS PARA EL CONTROL DE LAS ALUCINACIONES VISUALES EN PACIENTES CON SÍNDROME DE CHARLES BONNET.

1. OBJETIVOS

General:

Establecer el nivel de evidencia científica y el grado de recomendación de las intervenciones enfermeras en el control de las alucinaciones visuales de los pacientes con Síndrome de Charles Bonnet (SCB).

Específicos:

- Identificar el perfil de los pacientes con SCB.
- Describir las consecuencias en la vida diaria de los pacientes con SCB.
- Determinar la efectividad de las terapias para el abordaje de los pacientes con SCB.
- Valorar el grado de recomendación de las intervenciones enfermeras para el abordaje y control de las alucinaciones de pacientes con SCB.

2. MÉTODOS

Revisión bibliográfica sistemática en las bases de datos CUIDEN, Scopus, SciELO, Dialnet, CINAHL y PubMed. Se seleccionan un total de 12 artículos publicados entre los años 2012 y 2022. Se evalúa la calidad metodológica de los mismos con el Programa CASPe y se analiza el nivel de evidencia y grado de recomendación de los estudios mediante la propuesta de Sackett.

3. RESULTADOS

Los datos indican que es un síndrome que se desarrolla con mayor frecuencia entre las mujeres. En cuanto al tipo de alucinaciones y el factor etiológico, los pacientes con SCB sufren alucinaciones visuales, que pueden ser simples o complejas. Los factores de riesgo para padecer SCB, identificados en los estudios son: la discapacidad visual, el daño cerebral, el aislamiento social, la privación sensorial y la baja iluminación y la edad.

Las reacciones de los pacientes ante las alucinaciones, según se describe en los trabajos analizados, fueron desde una sensación agradable (6%), hasta reacciones negativas como el miedo, el estigma de padecer una enfermedad mental o la ansiedad. Si bien, la respuesta del paciente parece estar mediada por el tipo de alucinación, duración de las alucinaciones y episodios repetitivos. El aislamiento social, unido a la soledad, parece afectar negativamente a las personas con SCB y puede influir en la manifestación de los síntomas. Estos pacientes, se han visto especialmente afectados por la pandemia por COVID-19, el 56% hizo referencia a una mayor frecuencia de las alucinaciones visuales durante el confinamiento, el 47% de ellos con cambios en la naturaleza de las alucinaciones y el 53% con cambios en la respuesta emocional.

El tratamiento que se indica a estos pacientes una vez realizado el diagnóstico diferencial, por medio de interconsultas con oftalmología, neurología, psiquiatría o con el servicio de psicología, dependiendo de los recursos, se centran en los factores modificables que inciden en las alucinaciones. Los artículos analizados muestran suficiente evidencia sobre la indicación del tratamiento de la patología visual, el abordaje conductual y la necesidad de modificaciones del entorno para el control de síntomas

en pacientes con SCB. No existe evidencia suficiente sobre la indicación de un tratamiento farmacológico concreto como procedimiento terapéutico.

Los profesionales de Enfermería a través de la educación sanitaria pueden empoderar al paciente, con la finalidad de fomentar el autocuidado y de esta forma ayudar a que el paciente gestione adecuadamente su enfermedad a través de las herramientas que se conocen para reducir los factores de riesgo y/o efectos negativos asociados al síndrome. Las intervenciones susceptibles de ser llevadas a cabo por las enfermeras, corresponden a medidas de prevención de las alucinaciones visuales, se recomienda la educación sanitaria dirigida al paciente, y parece que, en muchos casos, es suficiente para remitir los síntomas del síndrome. Explicar en qué consiste el SCB y asegurarles que sus alucinaciones no indican un trastorno mental, reduce significativamente el miedo y la ansiedad. Otras intervenciones para prevenir las alucinaciones según los estudios analizados son: enseñar técnicas de distracción, fomentar el incremento de la interacción social, motivar a mejorar la iluminación del hogar y gestionar la disponibilidad de ayudas visuales.

4. DISCUSIÓN

El perfil de los pacientes con SCB se caracteriza por predominar el sexo femenino, edad superior a 65 años, estado cognitivo conservado y baja agudeza visual. Los pacientes padecen alucinaciones visuales que pueden afectar o no a su calidad de vida. La asociación de las alucinaciones con una enfermedad mental y la información insuficiente por parte de los profesionales sobre el SCB al inicio de los síntomas han tenido un impacto negativo en los pacientes.

El SCB debe ser uno de los diagnósticos a tener en cuenta en pacientes de 65 años o más, con estado cognitivo conservado, con patología ocular y disminución de la agudeza visual, que soliciten atención médica por alucinaciones visuales. Es una enfermedad a menudo infradiagnosticada y de difícil manejo, debido a que requiere un abordaje multidisciplinar entre oftalmología, neurología y psiquiatría. La intervención prioritaria es tratar la patología visual, junto con el tratamiento conductual y las modificaciones del entorno.

La efectividad de las terapias analizadas en los artículos está limitada por el escaso número de pacientes incluidos en los estudios y por la metodología que no sustenta una elevada evidencia científica. Son necesarios más estudios con metodología que aporte suficiente evidencia científica para recomendar las intervenciones enfermeras en la práctica clínica con pacientes con Síndrome de Charles Bonnet.

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Rodríguez R, Saiz MD, Santos E, Díaz M. Síndrome de Charles Bonnet: la alucinación visual en el anciano. *Alzheimer. Real Invest Demenc.* 2013; 54: 28-34.
2. Padilla P, López T, Romero C. Síndrome de Charles Bonnet: importancia de realizar un buen diagnóstico diferencial de las alucinaciones visuales en ancianos. *Psicogeriatría.* 2021; 2(12).
3. Santos E, Serrador M, Porta J, Rodríguez O, Martínez JM, García J, et al. Síndrome de Charles Bonnet. Serie de 45 casos. *Rev Neurol.* 2015; 60(8): 337-340.
4. Cardoso T, Chaves L, Caramelli P. Charles Bonnet syndrome: characteristics of its visual hallucinations and differential diagnosis. *Arq Neuropsiquiatr.* 2014; 72: 333-336.
5. Niazi S, Krogh M, Singh A, Lykke TS, Subhi Y. Prevalence of Charles Bonnet Syndrome in patients with age-related macular

degeneration: systematic review and meta-analysis. *Acta Ophthalmol.* 2020; 98(2): 121-131.

6. Cox TM, Ffytche DH. Negative Outcome Charles Bonnet Syndrome. *Br J Ophthalmol.* 2014; 98: 1236–1239.

7. Jones L, Ditzel-Finn L, Potts J, Moosajee M. Exacerbation of visual hallucinations in Charles Bonnet syndrome due to the social implications of COVID-19. *BMJ Open Ophthalmol.* 2021; 6(1): 1-8.

8. Guisado P, Trueba A, Barrancos C, Cano M. Aproximación al manejo diagnóstico y terapéutico del Síndrome de Charles Bonnet en un servicio de urgencias: una serie de 10 casos. *Emergencias.* 2014; 26: 133-137.

9. Hughes DF. Charles Bonnet syndrome: a literature review into diagnostic criteria, treatment and implications for nursing practice. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2013; 20(2): 169-175.

10. Hamedani AG, Pelak VS. The Charles Bonnet Syndrome: a Systematic Review of Diagnostic Criteria. *Curr Treat Options Neurol.* 2019; 21(9): 1-13.

11. Kratochwil M, Birgit D, Sifari L, Hirschall N, Findl O. Benefit of psychiatric evaluation on anxiety in patients with Charles Bonnet syndrome. *BMJ Open Ophthalmol.* 2021; 6(1).

12. Sáez Á, Vázquez C, Laborda MA. Alucinaciones visuales y funcionamiento cognitivo en pacientes con déficit visual adquirido. *Panamerican Journal of Neuropsychology.* 2017; 11(1): 68-81.

AUTORES/AUTHORS:

Natalia Bagué Martínez, Noelia Galera Linares, Laura Lahuerta Valls

TÍTULO/TITLE:

Perfil del paciente geriátrico que precisa contención mecánica en una Unidad de Geriátrica de Agudos

OBJETIVO

Describir el perfil del paciente geriátrico que precisa contención mecánica, ingresado en la Unidad de Geriátrica de Agudos (UGA) de un hospital comarcal de segundo nivel.

MÉTODOS

Para dar respuesta a los objetivos se planteó un estudio descriptivo retrospectivo. Mediante un muestreo no probabilístico se hizo una revisión de las historias clínicas de 107 pacientes de la Unidad de Geriátrica de Agudos (UGA) ingresados durante el mes de enero del 2022 en un hospital comarcal de segundo nivel.

Se contempló aspectos sociodemográficos de los pacientes, así como si habían sido tributarios de contención mecánica, qué tipo de CM se había utilizado y su localización. También se analizó si habían recibido visitas, con qué horario y con qué frecuencia. Se hizo un análisis estadístico de los datos mediante Rstudio. Las variables categóricas se describen mediante unas tablas de frecuencias con porcentajes y las numéricas, mediante conceptos estadísticos descriptivos. Para comparar los resultados de las variables cualitativas se realizó mediante la prueba Chi Cuadrado.

RESULTADOS

La edad media de los pacientes fue 87 años. Un 58% eran Mujeres. El 53.1% de los pacientes presentaban antecedentes de deterioro cognitivo, delirium o demencia; siendo la demencia la más habitual (27,10%). El 86,1% de los pacientes recibieron visitas, de las cuales el 44,8% fue durante las comidas.

En relación con el uso de la CM se aplicó en el 31,7% de los pacientes, siendo la continua (58.8%) y la abdominal (82.3%) las más usadas. Su uso solo se ha asociado a padecer antecedentes de demencia y delirium, obteniendo un p valor<0.05. No se ha encontrado relación con el sexo ni con el régimen de visitas de los pacientes, obteniendo valores p por debajo del nivel de significancia.

DISCUSIÓN

Tras la realización del estudio, en el que la CM abdominal y continua han sido las más usadas en la UGA. Se están realizando protocolos y formación al personal sanitario para su correcta aplicación, teniendo en cuenta que se debe de aplicar sólo el tiempo estrictamente necesario. Además, al poder detectar que padecer antecedentes de demencia o delirium son un indicador para el uso de CM, los profesionales sanitarios están llevando a cabo modelos de cuidados que promueven el limitar al máximo el uso de la CM, impulsando la puesta en marcha de alternativas, para conseguir suprimir su uso.

Los autores no tienen conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. BOE.es - BOE-A-2022-2221 Instrucción 1/2022, de 19 de enero, de la Fiscalía General del Estado, sobre el uso de medios de contención mecánicos o farmacológicos en unidades psiquiátricas o de salud mental y centros residenciales y/ o sociosanitarios de personas mayores y/o con discapacidad [Internet]. Boe.es. [citado el 25 de febrero de 2022]. Disponible en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2022-2221.
2. Josep Bové, Xavier Cardona, Joan Rodríguez, Antonia Segura, Laura Vergés, Mercè Vidal. Comité de Ética de los Servicios Sociales de Cataluña. Documento de reflexión sobre contenciones [Internet]. 2015. Disponible en:

<http://www.acpgerontologia.com/documentacion/ReflexionesContencionesCEticaCatalunya.pdf>

3. Rubio Domínguez J. Contención mecánica de pacientes. Situación actual y ayuda para profesionales sanitarios. Rev Calid Asist [Internet]. 2017 [citado el 25 de febrero de 2022];32(3):172–7. Disponible en:

<https://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-contencion-mecanica-pacientes-situacion-actual-S1134282X16301488>

4. Científica N, Pilar M, Poncela D, Alexandra M, Romero G, Gándara M, et al. La contención mecánica en el ingreso hospitalario agudo [Internet]. Index-f.com. [citado el 25 de febrero de 2022]. Disponible en: <http://www.index-f.com/nuberos/2016pdf/2043.pdf>

5. Suárez AA, Ortega MCA, Rivera EF, Aja BG. Estudio sobre la utilización de la contención mecánica en una población geriátrica. Nuberos científica. 2012;1(7):31–41.

6. Font R, Quintana S, Monistrol O. Impacto de las restricciones de visitas de familiares de pacientes por la pandemia de COVID-19 sobre la utilización de la contención mecánica en un hospital de agudos: estudio observacional. J Health Qual Res [Internet]. 2021 [citado el 25 de febrero de 2022];36(5):263–8. Disponible en:

<https://www.elsevier.es/es-revista-journal-healthcare-quality-research-257-articulo-impacto-restricciones-visitas-familiares-pacientes-S260364792100049X>

Mesa 24: Práctica Clínica

Session 24: Clinical Practice

AUTORES/AUTHORS:

Clara Pijoan Lara, Montserrat Cantero Cano, Jaume Fatjó Rios, David Perez Cruz, Maribel Vila, Verónica Cordero Luque, Anna Cruz Oliveras, Jonathan Bowen, Maria del Mar Martí-Ejarque

TÍTULO/TITLE:

La terapia asistida por perros como apoyo a la rehabilitación del paciente frágil; prueba piloto.

1. Objetivo

El objetivo principal del estudio fue conocer si el soporte del animal durante la sesión de rehabilitación influye en la ansiedad del paciente.

2. Métodos

Prueba Piloto de estudio cuasi-experimental a partir de la intervención de terapia asistida por perros. El contexto de estudio fue la unidad "Paciente Frágil" del Hospital Universitari Sagrat Cor, que consta de 30 habitaciones y una unidad de rehabilitación con gimnasio. Participaron 25 pacientes ingresados, que cumplían criterios de fragilidad y que realizaban terapia de rehabilitación. Los instrumentos de estudio fueron, la escala EVA para valoración del dolor, la Rehabilitation Engagement Rating Scale - Reablement Version (HRERS-RV) adaptada para valorar la percepción del terapeuta en cuanto a la sesión realizada, la versión corta de la escala STAI, para valorar la ansiedad estado del paciente durante la sesión y la escala modificada de soporte, que analiza cómo percibe el paciente el soporte que le da el animal durante la sesión. Todos los pacientes participaron en una sesión de terapia acompañados con el animal y otra sin él.

El estudio fue evaluado y aprobado por el CEIC Quirónsalud Catalunya.

3. Resultados

Los análisis realizados no mostraron diferencias significativas en cuanto a la evaluación del dolor. Sí que se encontró, según la prueba de Wilcoxon, que la presencia del perro reduce la ansiedad estado asociada al inicio de la sesión ($p = 0.0081$, $W = -107$). En cuanto a los resultados de la escala HRERS-RV, sugieren que el terapeuta percibe que la presencia del perro supone una ayuda para que la persona se muestre más positiva y participativa durante la sesión de rehabilitación. La puntuación STAI-S7 posterior a la sesión fue significativamente diferente en el grupo con perro. La prueba t para datos apareados, resultó $p = 0.0002$, que sugiere que la ansiedad al final la sesión fue también menor en el grupo que contaba con la compañía del animal.

Por último, el análisis de correlaciones entre la escala de apoyo social y la puntuación HRERS-RVC con las puntuaciones STAI-S7 sugiere que la mejora observada por el terapeuta se correspondía, desde la perspectiva del paciente, con una sensación de mayor seguridad y apoyo derivado de la presencia del perro.

4. Discusión

Los resultados preliminares indican que la presencia del perro supone un apoyo para la persona que se enfrenta a la sesión de rehabilitación y anima a innovar en recursos para el envejecimiento saludable dentro de las unidades de fragilidad.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

5. Bibliografía

1. Fine AH, (Ed.). (2010). Handbook on animal-assisted therapy: Theoretical foundations and guidelines for practice. academic press.
2. Mayhew E, Beresford B, Laver Fawcett A, Aspinall F, Mann R, Bechtold K, Kanaan M. (2019). The Hopkins Rehabilitation Engagement Rating Scale–Reablement Version (HRERS–RV): Development and psychometric properties. Health & Social Care in the Community, 27(3), 777-787.
3. Perpiñá-Galvañ J, Richart-Martínez M, Cabañero-Martínez M J. (2011). Fiabilidad y validez de una versión corta de la escala de medida de la ansiedad STAI en pacientes respiratorios. Archivos de Bronconeumología, 47(4), 184-189.

AUTORES/AUTHORS:

Néstor Montoro Pérez, Miguel Richart Martínez, Raimunda Montejano Lozoya

TÍTULO/TITLE:

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO, FORMA DE ACCESO Y PERTINENCIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS PEDIÁTRICAS

OBJETIVOS

Evaluar la pertinencia de demanda de padres y madres que acuden con sus hijos/as al servicio de urgencias hospitalarias pediátricas (SUHP).

MÉTODOS

-Diseño del estudio: Se realizó un estudio observacional descriptivo de tipo transversal, durante los meses de Septiembre de 2021 a Enero de 2022, en el Servicio de Urgencias Pediátricas de un hospital de nivel 3. Para la consecución del objetivo se seleccionó un muestreo no probabilístico de conveniencia.

-Participantes: La muestra estuvo constituida por un total de 270 participantes. Los criterios de inclusión fueron: (1) padres y madres que acudieron con sus hijos al Servicio de Urgencias Hospitalarias Pediátricas (SUHP) durante el periodo de estudio, (2) que de forma voluntaria aceptaron participar en el proyecto de investigación y (3) que dominasen la lengua castellana. Se excluyeron los acompañantes del niño/a con otro grado de parentesco distinto al de padre o madre.

-Instrumentos de evaluación y variables de estudio: Para la recogida de datos se diseñó un documento "ad hoc", en el cual se incluyeron variables de los padres y madres e hijos/as que demandaron asistencia al SUHP. Se recogieron variables sociodemográficas (sexo, edad, estado civil, número de hijos/as, nivel de estudios, unidad familiar), variables económicas (ingresos económicos de la unidad familiar y dificultades económicas mensuales), variables clínicas (modo de llegada, nivel de triaje, gravedad de la patología del hijo/a según los progenitores); También se recogió la percepción sobre la pertinencia de la demanda, tomando en consideración la definición propuesta por Alele et al. (2019).

-Análisis estadístico: El análisis de datos incluyó un análisis descriptivo sobre los factores sociodemográficos, económicos y clínicos, recogidos en una encuesta "ad hoc". Las variables continuas se expresaron mediante media (desviación típica) y mediana (rango) y las variables categóricas mediante frecuencias y porcentajes. Se comprobó la distribución de la normalidad de la muestra mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov y la igualdad de la varianza mediante la prueba de Levene. Para el análisis bivariado, se optó por utilizar el test Chi cuadrado o el estadístico exacto de Fisher para muestras pequeñas, en el caso de variables categóricas (siempre que las limitaciones de cálculo del paquete estadístico lo permitan), el estadístico t-student para variables continuas normalmente distribuidas y el estadístico U de Mann-Whitney para variables continuas que no admitían la hipótesis de normalidad. Posteriormente, se realizó una regresión logística calculando Odds Ratio, incluyendo todas aquellas variables significativas en el análisis bivariado. En todos los casos, se consideró estadísticamente significativa una $p < 0.05$. El análisis de los datos se realizó mediante el programa estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS, versión 20.0 para OS X).

-Aspectos éticos: El estudio obtuvo el informe favorable del comité de ética de investigación del centro (Nº de registro: 2020-486-1).

En lo concerniente a la confidencialidad de los datos, se garantizó la privacidad y la confidencialidad de los mismos según lo descrito en el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos.

RESULTADOS

El estudio se realizó sobre un total de 270 personas (n=270), de los cuales 209 (77.4%) fueron madres. La edad media de todos los participantes fue de 37,9 años (mediana=38; rango=20-54). La mediana de los padres fue de 42 años (rango=29-54) y la de las madres de 37 años (rango=20-54). La mayoría de los encuestados eran de nacionalidad española (85.2%), existen diferencias entre madres y padres de otra nacionalidad diferente a la española (17.7% y 4.9% respectivamente) (p=0.013). Un 63% de las personas encuestadas estaban casadas o tenían pareja estable, con una mediana de dos hijos. De las categorías familiares establecidas en nuestro estudio, el 80.7% de los participantes tenían una unidad familiar tradicional nuclear. Respecto al nivel de estudios, casi la mitad (46.7%) tenía estudios superiores. Respecto a los ingresos mensuales de la unidad familiar, un 25.1% ingresaban menos de 1.200 euros, un 51.5% menos de 3000 euros y el 23.8% más de 3000 euros, existiendo diferencias significativas (p=0.003). El 78.9% respondió que no tenía problemas económicos para llegar a final de mes. Un 54.1% tenía trabajo estable a tiempo completo, observando diferencias significativas entre ambos sexos (p=0.001), siendo la proporción de mujeres sin trabajo estable (26.8%) mayor que la de los hombres (9.9%). Destaca que el 36.3% de los encuestados abandonó su lugar de trabajo para asistir con sus hijos al SUHP (un 54.1% de padres y un 64.1% de madres). El 61.9% de la muestra total disponía de flexibilidad horaria para acompañar a sus hijos e hijas al SUHP. En lo referente a la crianza del hijo/a destaca que un número mayor de madres (62.2%) se encarga de la mayor parte de cuidados de los hijos/as frente los padres (19.7%) (p=0.000). Con respecto a la red de soporte psicológico y apoyo en la asistencia al SUHP, el 86.7% identificó que tenía con quien hablar de sus preocupaciones y sentimientos.

El perfil clínico del hijo/a que precisó atención es preescolar, con una edad media de 3 años.

Con respecto a la gravedad percibida por los progenitores y la gravedad objetiva, evaluada por los profesionales sanitarios, destaca que el nivel de triaje asignado por los profesionales fue la clasificación de "no urgente" (nivel verde) en el 80.4% de los casos. La valoración percibida de gravedad baja por parte de los progenitores fue del 40%. En lo relativo a las re-asistencia al SUHP un 72.2% había accedido al menos una vez en el último año al servicio. Con respecto a la demanda de asistencia con otros hijos/as en el último año, casi un tercio (31.5%) había asistido. Destaca que un 73.3% de los encuestados percibieron y consideraron que el SUHP prestaba una mejor atención que los servicios médicos de APS. La mayoría de los progenitores encuestados suelen llegar desde su domicilio (70.4%), sin pasar antes por otros servicios médicos.

Las variables estadísticamente significativas tras realizar el análisis bivariado fueron: el nivel de triaje asignado por la enfermera (p=0.003), la gravedad de la patología percibida según los progenitores (p=0.019), enfermedad crónica del hijo/a que precisa atención (p=0.012), hijo/a único (p=0.012) y la convivencia habitual entre el niño/a que precisa atención y el progenitor (p=0.010).

Finalmente, tras realizar regresión logística incluyendo las variables significativas en análisis bivariado, se hallaron como variables independientes asociadas a la demanda pertinente: tener un solo hijo y convivir con él; de tal forma que la probabilidad de demanda no pertinente se multiplicaba por dos (OR=2.807; IC 95%: 1.383-5.699; p=0.004) en padres/madres que acudían con su primer y único hijo con respecto a los progenitores que tenían más de un hijo; y por nueve (OR=9,986; IC 95%: 2.310-43.167; p=0.002) en los padres/madres que convivían con el hijo/a en el mismo domicilio con respecto a los no convivientes.

DISCUSIÓN

La enorme afluencia a los servicios o dispositivos de urgencias hospitalarias pediátricas es un fenómeno sobradamente conocido y constatado. Se han descrito varios factores asociados al posible uso inadecuado de los SUHP. Así, variables sociodemográficas y psicológicas como la edad, el nivel de estudios, nivel económico, la denominada “necesidad percibida” o cultura de la rapidez, parecen influir de manera importante en la demanda y frecuentación de estos servicios por parte de los padres y madres (Butun et al., 2019; 2018; Guyon-Harris et al., 2021).

Los resultados obtenidos en el estudio coinciden con otras investigaciones. Las madres acuden con sus hijos/as de forma más habitual que los padres a los SUHP. Al analizar el perfil de madres y padres acompañantes, predomina un perfil joven, 37 años, con estudios primarios y medios. Este perfil obtenido, es semejante al propuesto en otros estudios donde se identifica que corresponde al perfil de la madre que lleva a sus hijos/as a urgencias (Akbar et al. 2020; Expo-Ruiz et al., 2017). En el análisis realizado, hallamos que el 55.9% de la muestra total que acudía al SUHP solo tenían un hijo/a, además de considerarse un factor consistente y predictor en la demanda no pertinente al SUHP. Este hecho, se corrobora con los estudios realizados por Pomerantz et al. (2002). Estos autores defienden que la falta de experiencia puede llevar a las madres primíparas a mal interpretar los signos físicos y los síntomas de enfermedad, provocando una visita inadecuada al servicio, motivo a partir del cual se puede explicar el aumento de afluencia a estos servicios. Esto va en consonancia con otras investigaciones realizadas (Butun et al. 2019; 2018).

El perfil clínico de los niños/as atendidos es un pre-escolar, con una mediana de edad de 3 años. La demanda de asistencia en este grupo de edad también se observa en las investigaciones realizadas por Piñeiro-Pérez et al. (2017).

El 80.4% de la demanda de asistencia por parte de los padres/madres, no coincide con la clasificación del triaje realizado por el personal sanitario, los cuales la clasifican como “no urgente”. La valoración percibida por los padres y madres como “gravedad baja” es de un 40% y de un 43.7% como “gravedad moderada-grave”. Esto también lo identifican otros autores, los cuales determinan como uno de los factores de demanda no pertinente el “errar como precaución” (Barwise-Munro et al., 2018). Igualmente, se han identificado estudios donde se argumenta que uno de los factores que predispone al aumento la demanda “no urgente” al SUHP, por parte de padres y madres, es el sentimiento de ansiedad, preocupación, intranquilidad y la gravedad en la urgencia percibida (Butun et al., 2019; 2018).

La mayoría de los progenitores encuestados suelen llegar desde su domicilio (70.4%), sin pasar antes por otros servicios médicos; hecho que se refuerza porque casi dos tercios de la muestra (73.3%) considera que en el SUHP se da una mejor asistencia sanitaria que en APS. Estos resultados van en la misma línea de otras investigaciones (Piñeiro-Pérez et al., 2017; Richier et al., 2014). Concretamente, en el estudio de Piñeiro-Pérez et al. (2017), un alto porcentaje de las personas entrevistadas declararon que usan los SUHP porque se atiende más rápido y mejor que en los centros de salud, aunque manifestaron no abusar de ellos. En la sociedad actual, el acceso a estos servicios es fácil, obteniendo una respuesta rápida y eficaz, con la posibilidad de ser valorados por un especialista (Alele et al., 2018; Butun et al. 2019; 2018).

Como limitaciones se halla el escaso tamaño muestral. Al ser un estudio descriptivo transversal, los resultados únicamente muestran una fotografía del perfil sociodemográfico de los asistentes al SUHP en el período de estudio. También deben considerarse las limitaciones inherentes a este tipo de encuestas y recogida de datos.

Como implicaciones prácticas se desprende la necesidad de crear programas de acción centrados en educación sanitaria dirigida a padres y madres, con el objetivo de conocer la estructura del sistema sanitario e identificar y diferenciar las diversas situaciones clínicas sobre las enfermedades de sus hijos e hijas. El objetivo final de estos programas es realizar un uso racional de los SUHP para evitar consultas innecesarias, la sobre-masificación de los mismos y la pérdida de calidad en la atención.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Akbar, H. T., & Coskun, E. (2020). Paediatric emergency department visits for non-urgent conditions: Can family medicine prevent this?. *European Journal of General Practice*, 26(1), 134-139. doi: 10.1080/13814788.2020.1825676.

Alele, F. O., Emeto, T. I., Callander, E. J., & Watt, K. (2019). Non-urgent paediatric emergency department presentation: a systematic review. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 55(3), 271-277. doi: 10.1111/jpc.14352

Barwise-Munro, R., Morgan, H., & Turner, S. (2018). Physician and Parental Decision—Making Prior to Acute Medical Paediatric Admission. *Healthcare*, 6(3).

Butun, A., & Hemingway, P. (2018). A qualitative systematic review of the reasons for parental attendance at the emergency department with children presenting with minor illness. *International emergency nursing*, 36, 56-62. doi: 10.1016/j.ienj.2017.07.002

Butun, A., Linden, M., Lynn, F., & McGaughey, J. (2019). Exploring parents' reasons for attending the emergency department for children with minor illnesses: a mixed methods systematic review. *Emergency Medicine Journal*, 36(1), 39-46. doi: 10.1136/emmermed-2017-

Expósito-Ruiz, M., Sánchez-López, J., Ruiz-Bailén, M., & Rodríguez del Águila, M. D. M. (2017). Factores relacionados con la utilización de los servicios de urgencias en la población pediátrica española. Resultados de la Encuesta Nacional de Salud. *Emergencias (St. Vicenç dels Horts)*, 117-121.

Guyon-Harris, K. L., Bogen, D. L., & Huth-Bocks, A. C. (2021). Maternal psychological well-being and infant emergency department utilization. *Academic pediatrics*, 21(5), 885-891. doi: 10.1016/j.acap.2021.01.021

Piñero-Pérez, R., Muñoz-Archidona, C., Mora-Sitjà, M., Hernández-Martín, D., Casado-Verrier, E., & Carabaño-Aguado, I. (2017). Hiperfrecuentadores en Urgencias Pediátricas: ¿es toda la culpa de los padres?. *Pediatría Atención Primaria*, 19(74), 137-145.

Pomerantz, W. J., Schubert, C. J., Atherton, H. D., & Kotagal, U. R. (2002). Characteristics of nonurgent emergency department use in the first 3 months of life. *Pediatric emergency care*, 18(6), 403-408.

Richier, P., Gocko, X., Mory, O., Trombert-Paviot, B., & Patural, H. (2014). An epidemiological study of early consultations of newborns in pediatric emergency units. *Archives de Pediatrie: Organe Officiel de la Societe Francaise de Pediatrie*, 22(2), 135-140.

AUTORES/AUTHORS:

Goreti Navega, Ernestina Silva, Daniel Silva

TÍTULO/TITLE:

El niño con hemofilia y la percepción de los padres sobre la enfermera de referencia

1. Objetivos:

Caracterizar a los niños con hemofilia; Identificar la percepción de los padres sobre la enfermera de referencia en el cuidado de niños con hemofilia.

2. Métodos:

Se trata de un estudio transversal, exploratorio, descriptivo, cuantitativo, con una muestra no probabilística de 27 padres de niños de 1 a 17 años, afiliados a la Asociación Portuguesa de Hemofilia (APH). Como instrumento de recolección de datos se utilizó un cuestionario ad hoc, compuesto por preguntas cerradas respecto a los objetivos de la investigación y que fue revisado por dos expertos. La recolección de datos fue realizada por la APH, previo protocolo establecido, en lugar reservado, habiendo obtenido el consentimiento informado de los padres. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de IPV (N.º 37A/SUB/2021).

3. Resultados:

La edad media de los niños fue de 8,37 años ($\pm 4,82$). Todos son varones y predomina la hemofilia A sobre la B. La mayoría de los niños vive con sus padres (85,2%), el 11,1% con su madre y el 1,37% con sus padres y hermanos. Los padres son los cuidadores en el 92,6% de los niños y en el 7,4% solo la madre. Los niños con articulaciones diana son más altas (51,8%) que los que no las tienen. El tobillo es la articulación más afectada (48,1 %), seguido del codo con un 25,9 %, la rodilla con un 14,8 % y las articulaciones de la muñeca, el cuello, el brazo y la cadera con un 3,7 %. En los últimos dos años, el 51,9% de los niños presentaron hemorragias. La administración de la terapia profiláctica en el hogar (factor de coagulación) en la mayoría de los niños la realiza la madre (40%), en el 20% la realiza la enfermera y solo un niño se autoadministra (4%). También se puede observar que la mayoría no practica deporte (51,9%). La percepción de los padres sobre la calidad de vida de sus hijos es buena o muy buena, prevaleciendo una percepción de buena con un 51,9%.

En cuanto al papel de la enfermera de referencia en el cuidado del niño, encontramos que el 70,4% dice que es muy bueno, el 11,1% dice que es bueno y el 18,5% lo considera ni bueno ni malo. La mayoría de los padres (70,4%) refieren estar muy satisfechos con la enfermera de referencia, por la importancia de la información transmitida (61%) y el seguimiento de la enfermera (59,3%), favoreciendo su autonomía. Del análisis de contenido de los discursos de los padres surgió la categoría satisfacción con el enfermero de referencia en profilaxis, empoderamiento en el cuidado y relación.

4. Discusión:

La caracterización sociodemográfica y de salud de los niños es similar a la de otros estudios (Lipe et al. 2016; Santos et al., 2020; Wagner et al., 2019; Young et al., 2019; Srivastava et al., 2020; Pinto & Almeida, 2020). Se destaca la percepción de una buena calidad. La satisfacción de los padres con la enfermera de referencia está muy ligada a la presencia de la enfermera y la relación que establece con padres e hijos, y estos datos están en consonancia con Khair & Pelentsov (2019), Rossnagel et al. (2019) y Khair (2021). Para mejorar la atención de enfermería, sugerimos más (in)formación, la existencia de una enfermera de referencia, consultas de enfermería y el uso de la teleconsulta para apoyo y orientación.

Palabras clave: rol de la enfermera; padres; niño hospitalizado; trasplante de hígado.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Associação Portuguesa de Hemofilia (2019). Hemorragias 0. Perceções sobre a hemofilia: impacto, gestão do tratamento,

envolvimento e informação. Recuperado de

https://www.newsfarma.pt/images/Percecoes_sobre_a_Hemofilia_-_Relatorio_final_33e25.pdf

Khair, K. (2021). Hemofilia: diagnóstico, manejo e cuidado de enfermagem ao paciente. *Nursing times* [online], 117(10), 34-38.

Khair, K., & Pelentsov, L. (2019). Avaliação das necessidades de cuidados de suporte de pais com uma criança com distúrbio hemorrágico usando a Escala de Necessidades Parentais para Doenças Raras (PNS-RD): um estudo piloto de centro único.

Haemophilia, 25(5), 831-837. doi:10.1111/hae.13826

Lipe, C., Frich, J., Harris, A., & Solbrække, K. (2016). Treatment of hemophilia: A qualitative study of mothers' perspectives. *Pediatr. Blood & Cancer*, 64(1), 121-127. doi:10.1002/pbc.26167.

Pinto, P., & Almeida, A. (2020). Prevalência de dor, características e impacto entre pessoas com hemofilia: achados da primeira pesquisa portuguesa e implicações para o gerenciamento da dor. *Pain Med*, 21(3), 458-471. doi:10.1093/pm/pny309.30812031

Rosnagel, E., Oliffe, J., Jackson, Y., & Bartholomew, C. (2019). Haemophilia home care: A qualitative evaluation study of the Be Involved infusion program. *Haemophilia*, 25(5), 807-813. doi:10.1111/hae.13780

Santos, M., Macedo, N., Silva, A., Rocha, A., Alves, B., & Nogueira, L. (2020). Avaliação da qualidade de vida do paciente hemofílico infantil e adolescente. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 12(10). doi.org/10.25248/reas.e4290.2020

Srivastava, A., Santagostino, E., Dougall, A., Kitchen, S., Sutherland, M. ... Pierce, G. F. (2020). Diretrizes da WFH para o tratamento da hemofilia (3.^a ed.). *Haemophilia*, 26(S6), 1-158. doi:10.1111/hae.14046

Wagner, B., Seuser, A., Krüger, S., Herzig, M., Hilberg, T., Ay, C., ... Crevenna, R. (2019). Establishing an online physical exercise program for people with hemophilia. *Wien Klin Wochenschr.* 131, 558-566. doi:doi.org/10.1007/s00508-019-01548-1

Young, G., Liesner, R., Chang, T., Sidonio, R., & Oldenburg, J. (2019). Um estudo multicêntrico e aberto de fase 3 da profilaxia de emicizumabe em crianças com hemofilia A com inibidores. *Blood*, 134(24), 2127-2138. doi:10.1182/blood.2019001869.

AUTORES/AUTHORS:

LAURA MARTIN LOSADA, MARTA SANCHEZ GARCIA, JORGE ROBERTO DE SOUZA LUCIO, MARIA ELENA CARRILLO ALCALA, BEATRIZ PARRON MARTIN, NURIA GONZALEZ ALVARO, EVA MARIA LOPEZ RUIZ, MARIA HUERTA RUIZ, ESTER SANCHEZ SANCHEZ

TÍTULO/TITLE:

SITUACION POST-PANDEMIA DE LAS RECOMENDACIONES DE LA GUIA MANEJO VESICAL EN ADULTOS EN UN HOSPITAL DE MEDIA ESTANCIA

Introducción: La Incontinencia urinaria es un problema que afecta a millones de personas en el mundo. Tiene grandes repercusiones para la calidad de vida relacionada con la salud de las personas que la padecen y para sus cuidadores. Los adultos mayores son el grupo de edad con mayor prevalencia y ésta aumenta durante los procesos que requieren hospitalización (1,2). En el Hospital Guadarrama ingresan personas para realizar recuperación funcional después de sufrir un proceso agudo de salud que ha necesitado hospitalización en una unidad de agudos. La prevalencia de incontinencia urinaria al ingreso es elevada, en 2021 fue del 71,25%, por ello se realizan cuidados específicos, protocolizados e individualizados. En 2018 el Hospital Guadarrama inició la candidatura para Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados (CCEC)/Best Practice Spotlight Organization (BPSO), un proyecto de alcance internacional para la transferencia de la evidencia a la práctica clínica (3). Se implementaron recomendaciones de la guía "Manejo de la Incontinencia Urinaria mediante evacuación inducida" de Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO), modificada en diciembre de 2020 por la guía "Un abordaje proactivo para el manejo vesical e intestinal en adultos". La pandemia COVID-19 originó cambios tanto en el tipo de paciente que ingresó durante los años 2020 y 2021, como en las dinámicas de trabajo de los profesionales. Se consideró conveniente conocer el estado de las recomendaciones de esta guía después de este período a fin de retomar la normalidad en el proyecto CCEC/BPSO y establecer las medidas necesarias para mantener y afianzar las recomendaciones implementadas previamente.

Objetivo: Evaluar la situación post-pandemia de la implementación de recomendaciones de la guía "Un abordaje proactivo para el manejo vesical e intestinal en adultos".

Método: **Ámbito.** Unidad de Recuperación Funcional (URF) del Hospital Guadarrama, Servicio Madrileño de Salud. **Diseño.** Estudio descriptivo. Se realizó auditoría de las historias clínicas correspondientes a las altas de los últimos 5 días hábiles de cada mes en el año 2021. Los indicadores de la guía se compararon con los resultados obtenidos en 2019. **Sujetos.** De 146 historias clínicas, 68 cumplieron criterios de evaluación (>=65 años, incontinencia urinaria, alta por mejoría, URF). **Variables.** Edad, género. Deterioro cognitivo, Escala Barthel, Escala Norton, dispositivo de evacuación, tipo de incontinencia urinaria (IU), prevalencia IU al alta, sujeción mecánica, estancia. **Indicadores guía (2021 Vs. 2019):** historial basal de 3 días de evacuaciones (historial 3 días). Prueba de evacuación inducida (EI) completa durante un mínimo de 2 días (Prueba EI), Plan individualizado de EI programada completado durante 3 semanas (Plan EI). IU que empeoró. **Instrumento:** Historia clínica (registros enfermería, Escalas: Barthel, Norton), carevid. **Análisis:** Descriptivo, representación con medias y desviaciones estándar (cuantitativas), porcentajes (cualitativas). El análisis se realizó con Excel 2013.

Resultados: Edad=81,06 (DE:7,92), género: mujer=42 (61,76%), deterioro cognitivo=28 (41,18%), Barthel ingreso=25,81 (DE:19,39)/alta=58,71 (DE:27,79), Norton ingreso=13,97 (DE:2,27)/alta=15,97 (DE:2,58), tipo IU: No aplicable (Sonda Vesical)=11 (16,18%), Funcional=12 (17,65%), Mixta=42 (61,76%), Esfuerzo=1 (1,47%), Urgencia=2 (2,94%), dispositivo de evacuación al ingreso: Pañal continuo=54 (79,41%), Pañal nocturno=1 (1,47%), Compresa=2 (2,94%), Sonda vesical=11 (16,18%), dispositivo de evacuación al alta: Ninguno=11 (16,18%), Compresa=13 (19,12%), Pañal continuo=38 (55,88%), Sonda Vesical=6 (8,82%); sujeción mecánica: Ninguna=64 (94,12%), Cinturón silla y cama=1 (1,47%), Cinturón silla=3 (4,41%); estancia=39,41 (DE:18,44) días. Prevalencia IU al alta: Sí=57 (83,82%), no=11(16,18%). **Indicadores guía:** historial 3 días 2021: n=38 (69,09%) Vs. 2019: n=31

(24,22%); Prueba EI 2021: n=38 (100%) Vs. 2019 n=31 (100%), Plan EI 2021: n=37 (97,37%) Vs. 2019 n=20 (64,52%). IU que empeoró 2021: n=1 (2,63%) Vs. 2019 n=0.

Discusión: Los pacientes ingresados en la Unidad de Recuperación Funcional son longevos, mayoritariamente mujeres. Un 41,18% presentó deterioro cognitivo, las sujeciones con cinturón se utilizaron en casos puntuales para evitar caídas, hubo un predominio incontinencia urinaria mixta, con uso de pañal continuo, tenían un nivel de dependencia severo y riesgo evidente de desarrollo de lesiones cutáneas por presión al ingreso. El 16,18% portaba una sonda vesical en el momento del ingreso. Se realizó el historial de evacuaciones al 69,09% de los pacientes, todos completaron la prueba de evacuación inducida y el 97,37% completó el Plan de evacuación inducida al menos durante tres semanas. La incontinencia urinaria empeoró en un único paciente, recuperaron la continencia al alta el 16,18%. Al alta, se redujo el uso del pañal continuo en un 23,53% y el uso de la sonda vesical en un 7,36%. También mejoró el nivel de dependencia evaluado con la escala de Barthel, aunque continuó siendo severo y en la escala de Norton modificada se alcanzó riesgo mínimo para desarrollar lesiones cutáneas por presión. El estado de las recomendaciones implementadas previamente a la pandemia COVID-19 ha mejorado a pesar de las dificultades que ocasionó ésta, ya que durante el año 2020 y 2021 se ingresó a pacientes que no cumplían el perfil habitual para su ingreso en la unidad de recuperación funcional y la organización de los cuidados se adaptó en función de las necesidades de cada momento. Se puede considerar que existe una cultura sólida en cuanto a la valoración y manejo de la incontinencia urinaria en el Hospital Guadarrama. Además, los pacientes mejoraron su situación clínica relacionada con la incontinencia urinaria y disminuyeron el riesgo de desarrollar lesiones cutáneas por presión al finalizar su ingreso. Implicaciones para la práctica: La implementación de recomendaciones en la práctica clínica nos permite aplicar los mejores cuidados disponibles y tiene una repercusión positiva en los resultados en salud de los pacientes.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Milsom I, Gyhagen M. The prevalence of urinary incontinence. *Climacteric*. 2019 Jun;22(3):217-222. doi: 10.1080/13697137.2018.1543263
2. World Health Organization. Integrated care for older people (ICOPE). Evidence profile: urinary incontinence. 2017. Available on <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MCA-17.06.08>
3. 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; Grupo de líderes de las instituciones. The implementation of Best practice guidelines in Spain through the Programme of the Best Practice Spotlight Organizations®. *Enferm Clin (Engl Ed)*. 2020 May-Jun;30(3):136-144. English, Spanish. doi: 10.1016/j.enfcli.2019.09.018.

POSTER 2

AUTORES/AUTHORS:

Ivan Hellín Pijuan, Òscar Gil Jiménez, Luna Gómez Hernández, Biel Sabadell Carrasco, Melani Vicente Durán

TÍTULO/TITLE:

La adicción a Internet y redes sociales en la toma de decisiones sobre la salud en estudiantes de Enfermería.

Las adicciones a internet y las redes sociales se han convertido en una de las herramientas de comunicación básicas para la interacción social entre iguales, en estos últimos años la COVID-19 y el confinamiento ha provocado un aumento de este uso de acuerdo con Ozturk y Ayaz-Alkaya (2021), la adicción a las redes sociales crea una dependencia mostrando en muchas ocasiones síntomas conductuales, afectivos y de adicción de las personas hacia ellas. Las personas que presentan síntomas adictivos pueden tener una serie de problemas relacionados con la salud y sobre la toma de decisiones respecto a su propia salud. Como futuras enfermeras, conocer estos factores de riesgo y sus síntomas nos pueden ayudar a identificar cuáles son la prevalencia e incidencia de la afectación para la salud por el abuso a ellas.

Partimos de la hipótesis si este uso o abuso de Internet puede estar relacionado con la toma de decisiones sobre la salud en los estudiantes de grado de enfermería dese una perspectiva de género.

Objetivo. Analizar el uso de Internet, horas conectados y búsqueda de información para la salud.

Método. El diseño del estudio tiene un enfoque cuantitativo, y el estudio es observacional descriptivo de corte transversal, mediante un cuestionario "Ad-hoc" a través de Google forms, para conocer el uso de internet y redes sociales respecto a su salud, de los estudiantes de grado en enfermería, los participantes fueron 486 estudiantes de 1º a 4º y el estudio se desarrolló entre febrero y mayo de 2022 dentro del marco de la asignatura de metodología y bioestadística de primero de grado.

Se llevó a cabo un muestreo aleatorio sistemático, junto con el consentimiento informado por la protección de datos y del centro universitario.

Resultados. El 83.3% de la muestra fueron de género femenino. La edad media fue de 22.2 años. Un 60.3% de los estudiantes utilizan más de 20 horas a la semana Internet. El 43.6% de los estudiantes utiliza más de 20 horas las redes sociales a la semana. El 41.3% de los alumnos utilizan más de 20 horas semanales los sistemas de mensajería. Mediante estos resultados, podemos deducir que más del 70% según los estudios revisados es adicto a Internet. El 42.2% de los estudiantes busca información en Internet relacionada con la salud, mensualmente, y el 28.6% semanalmente. Un 82,7% de los estudiantes afirman ser adictos a internet. Desde una perspectiva de género un 33,8%de mujeres afirman no estar seguras de los resultados, mientras que el 63,6% de los hombres si le son útiles.

Un 46,9% de los alumnos afirman sentirse seguros al tomar decisiones mediante la información que han obtenido en Internet sobre algún tema de salud en los últimos 30 días.

Conclusión. Según los resultados obtenidos, podemos afirmar que existe relación entre el uso o abuso de internet en la toma de decisiones sobre la salud en los estudiantes de enfermería.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1- Bermúdez-Tamayo, C., Negrín, M. Á., Álvarez-Dardet, C., López Franco, M. A., & Latasa Zamalloa, P. (2020). Collaboration between public health journals in Spain. *Gaceta Sanitaria*, 34(3), 223–224. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.03.001>

2- Blázquez Barba, M., Gómez Romero, D., Frontaura Fernández, I., Camacho Ojeda, A., Rodríguez Salas, F. M., & Toriz Cano, H. (2018). Use of new technologies by adolescents in the search for health information. *Atencion Primaria*, 50(9), 547–552. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.06.005>

- 3- Marin-Torres, V., Valverde Aliaga, J., Sánchez Miró, I., Sáenz Del Castillo Vicente, M. I., Polentinos-Castro, E., & Garrido Barral, A. (2013). Internet as an information source for health in primary care patients and its influence on the physician-patient relationship. *Atencion Primaria*, 45(1), 46–53. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2012.09.004>
- 4- Ozturk, F. O., & Ayaz-Alkaya, S. (2021). Internet addiction and psychosocial problems among adolescents during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study. *Archives of Psychiatric Nursing*, 35(6), 595–601. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2021.08.007>
- 5- Peñafiel, C., Ronco, M., & Echegaray, L. (2016). ¿Cómo se comportan los jóvenes y adolescentes ante la información de salud en Internet? *REVISTA ESPAÑOLA DE COMUNICACIÓN EN SALUD*, 0(0). <https://doi.org/10.20318/recs.2016.3444>
- 6- Romero-Rodríguez, J. M., Martínez-Heredia, N., Campos, M. N., & Ramos, M. (2021). Influence of internet addiction on the personal well-being of university students. *Health and Addictions / Salud y Drogas*, 21(1), 171–185. <https://doi.org/10.21134/HAAJ.V21I1.559>
- 7- Weinstein, A., Curtiss Feder, L., Rosenberg, K. P., & Dannon, P. (2014). Internet Addiction Disorder: Overview and Controversies. *Behavioral Addictions: Criteria, Evidence, and Treatment* (pp. 99–117). Elsevier Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-407724-9.00005-7>

POSTER 5

AUTORES/AUTHORS:

ALICIA DIEZ RODRIGUEZ

TÍTULO/TITLE:

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN: LA CONSTRUCCIÓN DEL ROL PARENTAL DURANTE LA PANDEMIA

OBJETIVO

En los dos últimos años los nuevos padres han tenido que construir un hecho social como el embarazo, parto y convertirse en padres-madres, en una situación de aislamiento, siendo una de las principales preocupaciones de las madres la socialización y el poder compartir cómo manejar determinadas situaciones a partir de las experiencias de otras mujeres con las mismas preocupaciones. Durante la pandemia, en nuestro contexto apenas hay estudios que hayan abordado el proceso de embarazo y parto desde la perspectiva de esta dimensión de percepción de una transición vital saludable en la construcción del rol parental. (1,2,3,4)

El sistema sanitario ha hecho adecuaciones para mantener el proceso de atención y los protagonistas han incorporado prácticas de conexión y comunicación que contrarrestaran y compensaran las necesidades de contacto y socialización con otros. Pero ¿en qué medida estos recursos han sustituido la forma natural de socialización de determinados procesos vitales? ¿Han suplido la falta de apoyo y las expectativas en cuanto a las necesidades de apoyo respecto a momentos antes de la pandemia?

Por todo lo mencionado anteriormente, resulta relevante plantear un objetivo que permita abordar cuáles han sido los procesos de construcción del rol parental en tiempos de pandemia desde la perspectiva de los nuevos padres, al tratarse de procesos vitales vinculados necesariamente a procesos de socialización y relación con el sistema sanitario.

MÉTODO

Se llevará a cabo un estudio exploratorio con un abordaje cualitativo (5) cuyo diseño se propone bajo el marco teórico de la aproximación constructivista (6). El ámbito del estudio será la Comunidad de Madrid, más concretamente centros públicos y privados de la zona noroeste.

La población de estudio serán madres y padres que hayan pasado por un embarazo y parto durante la pandemia por COVID-19 y cuyos criterios de inclusión son haber pasado por primera vez por una gestación y un parto entre marzo de 2020 y enero de 2022 y aceptar su participación voluntaria. Los criterios de exclusión son ser menor de edad, el embarazo de riesgo y haberse contagiado de COVID-19 durante el embarazo. También formarán parte de la población de estudio matronas que pertenezcan al sistema de salud y zona seleccionada y familiares que hayan vivido de cerca procesos de embarazo y parto en la pandemia pero que no hayan convivido con la pareja.

El muestreo será intencional por propósito y en un primer momento se realizará a través del muestreo teórico (7) con el objetivo de conseguir participantes que cumplan los criterios y las características expuestas y que sean accesibles para el investigador.

Posteriormente se llevará a cabo un muestreo en bola de nieve (5).

La captación tendrá lugar a partir de los responsables de las unidades en los diferentes centros a través del acceso a las historias clínicas de los posibles participantes.

En cuanto a la recogida de datos, se llevarán a cabo cuatro grupos de discusión (5,8) de madres y padres de los nuevos hijos, teniendo en cuenta los siguientes criterios de homogeneidad interna: madres o padres, vivir sola o acompañada. Además, uno de los grupos será mixto ya que incluirá a madres y padres (con el criterio de exclusión de no ser la pareja de otro participante del mismo grupo). Se tratará de que haya criterios de heterogeneidad en todos los grupos: seguimiento del embarazo en sistema público o privado y situación laboral (teletrabajo / trabajo presencial / desempleo).

Por otro lado, se realizarán entrevistas en profundidad a matronas de los hospitales y centros de salud de la zona seleccionada ya que son los profesionales claves durante todo el proceso del embarazo y parto. También se utilizará esta técnica para recoger la perspectiva de familiares o personas allegadas que han seguido el apoyo a su familiar.

El proceso de análisis de datos constará de las siguientes fases basadas en las expuestas por Braun y Clarke (9): familiarizarse con los datos, codificación, búsqueda, revisión y denominación de temas y elaboración del informe.

DISCUSIÓN

Según marcan los objetivos para la salud en el siglo XXI, es preciso mejorar las transiciones vitales que permitan favorecer las

condiciones para el desarrollo de la identidad personal y el proyecto de vida, adecuar las necesidades a los recursos, ofertas de apoyo y entorno sociocultural de las comunidades. Del mismo modo, es preciso ofrecer capacitación adecuada para el afrontamiento de estos procesos naturales.

Este estudio, por tanto, puede ayudar a mejorar la atención del cuidado en este colectivo en esta transición vital, fortaleciendo así la parentalidad positiva. Considera, además, comprender la posición de ambos (padre y madre) de forma que sea posible incluir al padre en todo el proceso y también atender a las necesidades de cada uno sobre el apoyo que va a recibir, individualizando cada caso.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Vico P, Iglesias J, Morillas RM. Impacto emocional y percepción de la calidad asistencial en la mujer embarazada durante la pandemia por Covid-19. *Parainfo Digital* [Internet] 2021; XV (33): e33026d. Disponible en: <http://ciberindex.com/p/pd/e33026d>
2. Awad-Sirhan N, Simó-Teufel S, Molina-Muñoz Y, Cajiao-Nieto J, Izquierdo-Puchol MT. Factores asociados al estrés prenatal y la ansiedad en gestantes durante el COVID-19 en España. *Enfermería clínica* [Internet] 2021 [Consultado 26 Ene 2022]. doi: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2021.10.006>
3. Rossetto M, Souza JBd, Fonsêca GS, Kerkhoff VV, Moura, Juliana Romanoski Alves e. Flowers and thorns in pregnancy: experiences during the COVID-19 pandemic. *Rev. Gaúcha Enferm.* [Internet] 2021 [Consultado 22 Feb 2022]; 42: e20200468. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200468>
4. Sanders J, Blaylock R. "Anxious and traumatised": Users' experiences of maternity care in the UK during the COVID-19 pandemic. *Midwifery* [Internet] 2021 [Consultado 22 Feb 2022]; 102: 103069. doi: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103069>
5. Pedraz A, Zarco J, Ramasco M, Palmar AM. *Investigación cualitativa. Travessera de Gràcia* (Barcelona): Elsevier; 2014
6. Rosas R, Sebastián C. Piaget, Vigotski y Maturana. *Constructivismo a tres voces* [Internet]. Buenos Aires: Aique Grupo Editor; 2008 [Consultado 29 Abr 2022]; Disponible en: <https://www.uv.mx/rmipe/files/2016/08/Piaget-Vigotski-y-Maturana-Constructivismo-a-tres-voces.pdf>
7. Glasser B, Strauss A. El muestreo teórico [Internet]. En: Llanos MJ, editor. *The Discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. Universidad de Buenos Aires; 1967. p. 45-77.
8. Patton MQ. *Qualitative Interviewing* [Internet]. En: Deborah C, Axelsen DE, Journey K, Peterson K, editores. *Qualitative research and Evaluation Methods*. 3ª ed. Sage Publications; 2001. p. 339-427. Disponible en: <https://aulasvirtuales.files.wordpress.com/2014/02/qualitative-research-evaluation-methods-by-michael-patton.pdf>
9. Braun Virginia, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*; 2006 [Consultado 15 Sept 2022]. 3 (2). p.77-101. doi: 10.1191/1478088706qp063oa

POSTER 38

AUTORES/AUTHORS:

Glòria Reig-Garcia, Maria del Carmen Malagón-Aguilera, Anna Bonmatí-Tomàs, Sandra Gelabert-Vilella, Cristina Bosch-Farré, David Camara-Liebana, Susana Mantas-Jimenez, Marta Roqueta-Vall-Ilosera, Belén Pérez-Jimenez

TÍTULO/TITLE:

Experiencia de aprendizaje-servicio en estudiantes del Grado en Enfermería en los Institutos de formación secundaria

Objetivo:

Evaluar una actividad de promoción de hábitos saludables en un instituto de secundaria realizada mediante la metodología docente de aprendizaje Servicio (APS).

Métodos:

Estudio cualitativo retrospectivo durante el curso académico 2021-2022. Han participado 12 estudiantes de 1r curso del Grado de Enfermería de la Universidad de Girona (UdG) y 124 estudiantes de 2n curso de la ESO del Instituto Salvador Espriu (Salt, Girona). El reclutamiento de los 12 participantes se realizó en función de la nota de la actividad sobre Hábitos Saludables que realizaron en la asignatura de Atención a la Persona Sana a lo largo del ciclo vital. El instituto donde se realizó la actividad fue seleccionado por la enfermera del programa Salud y Escuela de Atención Primaria de forma aleatoria de entre más de 70 centros. Finalmente 3 estudiantes realizaron la actividad sobre hábitos saludables a los alumnos del instituto. La actividad se realizó en formato de taller teórico práctico de 45-60 minutos de duración. Como instrumentos de recogida de datos se utilizó un diario reflexivo individual (estudiantes de enfermería) y un documento ad hoc con preguntas abiertas sobre las modificaciones de hábitos saludables (estudiantes de secundaria). Se analizaron los datos según la metodología de contenido de análisis con el apoyo de Atlas- Ti v.8.

Resultados:

Después de la actividad, los estudiantes de secundaria manifiestan la necesidad de mejorar sus hábitos relacionados con la alimentación (aumentar el consumo de fruta y verdura), el ejercicio físico (utilizar menos el transporte privado y público y coger menos el ascensor), el descanso (no utilizar el móvil antes de dormir) y la salud emocional (ganar en seguridad y gestionar la rabia). La actividad sobre hábitos saludables mediante la metodología de Aprendizaje Servicio obtuvo una alta valoración (5/5) por los estudiantes del Grado en Enfermería. Estos reportan que la actividad les permitió un aprendizaje efectivo sobre los hábitos saludables y mejorar la competencia de comunicación. También valoran positivamente la experiencia de realizar una actividad enfermera dentro de la comunidad en un entorno real en el primer año de formación y se sienten preparados y cómodos para hacerlo.

Discusión:

La metodología APS requiere de una red que promueva y garantice la articulación de las instituciones, que intervienen en la realidad sobre la que se pretende incidir a través del desarrollo del servicio [1]. Para este estudio se ha establecido una red entre la universidad, el instituto y el entorno de atención primaria de salud del territorio.

Los resultados del estudio mostraron que la actividad de promover hábitos saludables en un instituto a través de la metodología de aprendizaje servicio proporciona beneficios para los estudiantes de enfermería y también para los estudiantes de secundaria. Estudios previos han demostrado los beneficios de esta metodología en términos de contenidos de aprendizaje, habilidades y valores de las personas que la ponen en práctica [1]. Los estudiantes aprenden a través de la aplicación de los conceptos teóricos y la práctica reflexiva [2,3]. Y esto favorece los resultados de aprendizaje [4]. Además, el aprendizaje servicio tiene una utilidad social [1].

Los comportamientos positivos de estilo de vida son la base de una buena salud [5-7], y en este sentido los resultados de estudio indican que los estudiantes de secundaria que participan en la actividad podrían identificar algunos hábitos de salud a mejorar, tales como: dieta, actividad física, descanso y salud emocional. En relación a la dieta, los estudiantes de secundaria coincidieron en la necesidad de aumentar el consumo de verduras, frutas y pescados diarios y disminuir el consumo de comida rápida, azúcar y bebidas con cafeína. Resultados en línea de las recomendaciones de la OMS para una dieta saludable [8]. El sedentarismo se asocia con muchas enfermedades no transmisibles [9]. Y para ello se están desarrollando estrategias como el Plan Global de Actividad Física 2018-2030 [10]. Los resultados de estudio muestran que los adolescentes detectan la necesidad de ser más activos

[11]. Según Tarokh [12], el sueño influye en la función cerebral y el comportamiento de los adolescentes. Y evitar la cafeína y no usar el teléfono móvil antes de acostarse son medidas para mejorar el descanso [13]. Los participantes de nuestro estudio proponen disminuir el uso del teléfono antes de acostarse.

Participar en una actividad de APS aumenta la percepción de conocimiento sobre el estilo de vida saludable de los estudiantes de enfermería, y esto es positivo tanto para su propia salud como para la salud de la población [14]. A través de la actividad de APS, también se mejora la habilidad de comunicación, elemento vital en enfermería [15], y se estrecha la brecha entre la teoría y la práctica, hecho fundamental para un buen aprendizaje [1,16]. El conocimiento de los resultados de esta actividad puede orientar a los docentes de enfermería, así como, a otros docentes universitarios a desarrollar actividades similares y promover y motivar acciones para fomentar estrategias de aprendizaje que favorezcan un mejor aprendizaje de los estudiantes universitarios.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1-Definició del Centre Promotor d'Aprenentatge Servei. Disponibel a: www.aprenentatgeservei.cat
- 2-Bassi S. Percepcions dels estudiants d'infermeria de l'aprenentatge servei a través d'un projecte comunitari basat en l'escola. *Infermeria Edu Perspect*. 2011; 32(3):162-167.
- 3-Condon B, Grimsley C, Knaack L, Pitz, J, Stehr H. L'art de l'aprenentatge servei. *Infermeria Sci Quart*. 2015; 28(3): 195-200.
- 4-Evans H. K. Aprenentatge servei i compromís polític, eficàcia i apatia: un cas d'estudi a la Universitat Estatal de Sam Houston. *Edu, ciudanía y justicia social*. 2015; 10(2): 107-117.
- 5-Mozaffarian, D.; Wilson, P.W.F.; Kannel, W.B. Beyond established and novel risk factors: Lifestyle risk factors for cardiovascular disease. *Circulation* 2008, 117, 3031–3038.
- 6-Rippe, J.M. Lifestyle medicine: The health promoting power of daily habits and practices. *Am. J. Lifestyle Med*. 2018, 12, 499–512.
- 7-Li, Y.; Schoufour, J.; Wang, D.D.; Dhana, K.; Pan, A.; Liu, X.; et al. Healthy lifestyle and life expectancy free of cancer, cardiovascular diseases, and type 2 diabetes: Prospective cohort study. *Br. Med. J*. 2020, 368.
- 8-WHO. Alimentación Sana. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>
- 9-Ding D, Lawson KD, Kolbe-Alexander TL, et al. The economic burden of physical inactivity: a global analysis of major non-communicable diseases. *Lancet*. 2016;388(10051):1311–24.
- 10-World Health Organisation. Global action plan on physical activity 2018–2030: more active people for a healthier world. Geneva: 2018.
- 11-Guthold R, Stevens GA, Riley LM, Bull FC. Global trends in insufficient physical activity among adolescents: a pooled analysis of 298 population-based surveys with 1.6 million participants. *Lancet Child Adolesc Health*. 2020;4(1):23–35
- 12-Tarokh L, Saletin JM, Carskadon MA. Sleep in adolescence: Physiology, cognition and mental health. *Neurosci Biobehav Rev*. 2016 Nov;70:182-188..
- 13-Carskadon MA. In: *The Encyclopedia of Sleep*. Kushida C, editor. Academic Press; 2013. pp. 86–87.
- 14-American Hospital Association. For the 17th year in a row, nurses top Gallup's poll of most trusted profession. 2019.
- 15--Fakhr-Movahedi A, Salsali M, Negarandeh R, Rahnavard Z. Exploring contextual factors of the nurse-patient relationship: A qualitative study. *Koomesh*. 2011;13(1):23–34
- 16-Boswell C, Cannon S. *Introducció a la investigació infermera: Incorporació de la pràctica basada en l'evidència*. Jones & Bartlett

Aprender.

POSTER 39**AUTORES/AUTHORS:**

Fernanda Príncipe, Liliana Mota, António Ferreira, Henrique Pereira

TÍTULO/TITLE:

Competencias para el ejercicio de la profesión de enfermería en una institución de educación superior promotora de salud

Objetivo: Evaluar la contribución del proceso de transformación de una escuela superior de enfermería en una institución de educación superior promotora de la salud en la adquisición de competencias para el ejercicio de la profesión

Metodología: Estudio de investigación acción participativa en salud. Los estudiantes participantes fueron finalistas del curso de enfermería que siguieron el proceso de transformación de la escuela en una institución de educación superior promotora de la salud durante 4 años. La recolección de datos se realizó a través de un grupo focal (worldcafé). Los datos registrados por los participantes fueron analizados mediante el método de análisis de contenido propuesto por Bardin (2015). Se cumplieron los procedimientos éticos y solicitud de autorización para el estudio.

Resultados: Los resultados se inscriben en el marco de las competencias de las enfermeras de cuidados generales reguladas por la Ordem dos Enfermeiros (2012). Se constató que de las 132 unidades de registro, 28 (21,2%) pertenecen al dominio "A - Responsabilidad profesional, ética y jurídica". El dominio "B - Provisión y gestión del cuidado" incluye 87 (65,9%) unidades de registro. El dominio "C-Desarrollo Profesional" incluye 17 (12,9%) unidades de registro.

Discusión: De acuerdo con el Reglamento del Perfil de Competencias del Enfermero de Cuidados Generales de la Ordem dos Enfermeiros (2012), las descripciones que informan estas competencias atienden las fases de implementación del proceso de transformación de una escuela superior de enfermería en una institución de educación superior promotora de la salud en la adquisición de competencias para el ejercicio de la profesión ya que refieren que el enfermero, apoyado en el conocimiento técnico-científico, capacita al individuo, familia y comunidad para promover la salud, movilizando recursos comunitarios, a través de la metodología del proceso de enfermería.

Conflictos de interés: nada que declarar.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Bardin, L. (2015). Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70.

Fertman, C. I., & Allensworth, D. D. (2010). Health Promotion Programs: From Theory to Practice. USA: Wiley

Lederer, A. M., & Oswalt, S. B. (2017). The Value of College Health Promotion: A Critical Population and Setting for Improving the Public's Health. American Journal of Health Education, 48, 215-8.

Ordem dos Enfermeiros. (2012). Regulamento do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais. Lisboa: Divulgar.

POSTER 40

AUTORES/AUTHORS:

Carolina Rascon-Hernan, Àngel Romero-Collado, Edurne Zabaleta-del-Olmo, Concepcio Fuentes-Pumarola, David Ballester-Ferrando, Dalmau Vila-Vidal

TÍTULO/TITLE:

Valoraciones mediante las ECOEs de las competencias de la enfermera pediátrica en el ámbito universitario.

Introducción: la ECOE (evaluación de competencia objetiva estructurada) es una herramienta educativa utilizada en la educación superior para evaluar las competencias clínicas de los estudiantes de enfermería. A través de estaciones de simulación, el estudiante se acerca a la profesión enfermera, dónde debe demostrar sus habilidades, conocimientos y actitudes delante de situaciones cotidianas del ámbito asistencial.

Objetivo: Evaluar las competencias de la enfermería pediátrica, en 2 estaciones simuladas, por estudiantes de último año del grado de Enfermería.

Resultados: Participan 119 estudiantes de cuarto año del grado, en 2 escenarios, RCP pediátrico y revisión de 2 meses. En la revisión del lactante obtienen una nota media del 53% (n=70). En relación a la seguridad del paciente, se presentan a la madre el 93% del alumnado, así como el 94% identifica al paciente y explica el procedimiento a seguir. En relación a la anamnesis, el 75% se dejan preguntan sin hacer como por ejemplo “si el bebé había tenido alguna enfermedad antes de la visita”, tan solo el 15% realiza una anamnesis completa. En relación a las preguntas dirigidas a valorar el desarrollo psicomotor (sociabilidad, lenguaje y postural) son pocos estudiantes que las llevan a cabo en su totalidad: 15%, 40% y un 16% respectivamente. El 94% de los estudiantes realizan el control de parámetros antropométricos al lactante y el 88% administran correctamente las vacunas según el calendario vacunas. Sin embargo, el 58% no explica a la familia los posibles problemas adversos que pueden ocasionar. En relación a los consejos de salud infantil, los estudiantes de enfermería dan algunos consejos, pero no todos los que derivan según el protocolo de seguimiento del niño sano. En el escenario de la RCP infantil obtienen una media del 78% (n=41). La evaluación según apartados es: inicio RCP 82%, A: vía aérea 87%, B: respiración 72%, aviso 112: 100%, información familia 100%.

Discusión: los hallazgos muestran la necesidad de mejora en la revisión del niño sano que puede ser debido a su complejidad como lo sería el asesoramiento en lactancia materna (1). Estudiantes de medicina son evaluados sobre vacunación con resultados similares (2). El RCP pediátrico parece ser un algoritmo asimilado por el estudiantado al finalizar el grado. La ECOE es una buena herramienta para detectar las competencias asimiladas por los estudiantes (4). La implicación a la práctica viene determinada por la validez de la ECOE que ayuda a formar de manera real y segura al estudiantado para su futura práctica asistencial.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1.- Villegas N, Cianelli R, Fernandez M, Henderson S, Sierra S, Alfonso Y, Jackson C. Evaluación de las habilidades clínicas de lactancia materna entre los estudiantes de enfermería utilizando el Examen Clínico Objetivo Estructurado (ECO). RIEM.2019; 5(20):244-52.
- 2.- Kelekar A, Rubino I, Kavanagh M., et al. Asesoramiento sobre la vacilación de las vacunas: una intervención educativa para enseñar una habilidad crítica a los estudiantes de medicina preclínica. Med Sci Edu. 2022; 32: 141–147 (2022).
- 3.- Almodóvar-Fernández. El Examen Clínico Objetivo Estructurado (ECO), una oportunidad para el aprendizaje en Enfermería. Índice de enfermería. 2021; 30(4): 1-2.

POSTER 41

AUTORES/AUTHORS:

ROSA AGUERRE IRIGOYEN, MARTA FERRAZ TORRES, GEMA MUÑOZ CARREIRA, BERTA IRIARTE IRIGOYEN, AMAIA MELERO LACASIA, JUDITH FERNANDEZ PEREZ, ENRIQUE SAINZ DE MURIETA GARCIA DE GALDEANO

TÍTULO/TITLE:

ESTUDIO DEL IMPACTO QUE LAS ACCIONES FORMATIVAS TIENEN EN EL DESARROLLO PROFESIONAL DE ENFERMERIA SOBRE EL MANEJO DEL DOLOR

INTRODUCCION.

El dolor es un sufrimiento innecesario, de alta prevalencia, que puede prevenirse, controlarse o aliviarse en la mayoría de casos. A pesar de disponer de métodos que permiten su tratamiento, son numerosos los estudios que demuestran un mal control del dolor en nuestro entorno.

Los cursos de formación son un pilar fundamental en la adquisición de conocimientos de profesionales de la salud. Contar con estas formaciones elaboradas y basadas en la evidencia científica vigente y asentadas en las recomendaciones de la guía BPSO manejo del dolor, constituyen una exigencia y un aumento de calidad en la atención de los pacientes.

OBJETIVO GENERAL

- Evaluar el impacto de la formación de los profesionales en el nivel de conocimientos, control y manejo del dolor agudo postoperatorio de los pacientes en una unidad de hospitalización quirúrgica del hospital terciario HUN.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Constatar que el personal adquiera los conocimientos y habilidades necesarias para valorar y manejar el dolor postoperatorio
- Mejorar los resultados relacionados con el buen manejo del dolor, con la seguridad y calidad de atención sanitaria adecuada.

METODOLOGIA

Estudio piloto cuasi experimental pre-post intervención formativa en una muestra representativa de profesionales de enfermería de una unidad de hospitalización quirúrgica del hospital terciario HUN. Se llevará a cabo un proceso de intervención formativo sobre manejo del dolor agudo en pacientes postquirúrgicos vinculado al programa de BPSO Guía valoración y manejo del dolor.

Para la recolección de datos, se cumplimentará un cuestionario con 15 ítems (11 preguntas sobre valoración y registro del dolor y 4 sobre medidas del manejo de dolor no farmacológico) para reconocer el nivel de formación basal de los participantes (pre-test) y reconocer el nivel formativo adquirido (post-test), al cabo de 5 meses tras la finalización de la formación.

La intervención de la formación se llevará a cabo mediante la realización de un curso presencial de 3 horas de duración impartido por un equipo multidisciplinar de expertos en el manejo y valoración del dolor (enfermera y fisioterapeuta).

Se medirá el nivel de adquisición de conocimientos de los profesionales ante la intervención formativa y la valoración del manejo del dolor de los pacientes postquirúrgicos, con la cumplimentación de la escala de valoración analógica.

RESULTADOS

Del total de las 15 respuestas registradas, 7 forman parte del grupo pre y 8 del grupo post. El 69,2% de los profesionales cuestionados presentaron una experiencia laboral de más de 3 años. Del grupo de enfermeras que dieron respuesta en el estudio pre, un 68% respondió correctamente al total de los ítems de la parte del cuestionario sobre valoración y registro del dolor, frente a un 76% del post.

El 39% de los profesionales tanto del pre como del post contestaron correctamente al total de los ítems sobre las medidas del tratamiento no farmacológico del cuestionario.

El registro y realización de la Escala de valoración analógica de la valoración del dolor (EVA) presentó un claro incremento de forma

inmediata tras la formación, apreciándose una disminución posterior (tendencia descendente que puede estar influenciada por la variabilidad de profesionales del periodo vacacional) y un posterior incremento a los 4 meses tras la intervención.

CONCLUSIÓN

Se evidencia una mejora clara en los conceptos relacionados con el manejo en la valoración del dolor y el registro del mismo a largo plazo tras la intervención, siendo la parte de manejo no farmacológico del dolor un apartado pendiente a mejorar.

Se confirma que las intervenciones formativas influyen en la cumplimentación y registro de la Escala de valoración del manejo del dolor, de forma inicial, pero a la larga no se mantienen los niveles de registro, siendo necesario implementar medidas que sirvan de recordatorios.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Caba F., Núñez-García A., Tejedor M., Echevarría M.. Valoración de la actividad de una Unidad de Dolor Agudo Postoperatorio por los cuidadores del paciente quirúrgico. Rev. Soc. Esp. Dolor [Internet]. 2004 Dic [citado 2022 Sep 06]; 11(8): 27-37.

Ortega-García J. L., Neira-Reina F.. El tratamiento del dolor postoperatorio. ¿Un problema sin resolver?. Rev. Soc. Esp. Dolor [Internet]. 2018 Abr [citado 2022 Sep 06]; 25(2): 63-65.

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]. 2021 Ago [citado 2022 Sep 06]; 28(4): 232-238

Ortega-López Rosa Margarita, Aguirre-González Ma. Elena, Pérez-Vega María Elena, Aguilera-Pérez Paulina, Sánchez-Castellanos María Dolores, Arteaga-Torres Jilema. Intervención educativa para el manejo del dolor en personal de enfermería. CienciaUAT [revista en la Internet]. 2018 Jun [citado 2022 Sep 06]; 12(2): 29-39.

POSTER 42

AUTORES/AUTHORS:

MARTA FERRAZ TORRES, ANA MARIA MATEO CERVERA, MARIA JOSE GONZALEZ GARCIA, SUSANA FERNANDEZ CARRASCO, MARTA ORTIZ ZUBILLAGA, ELENA REGAIRA MARTINEZ, MONICA VAZQUEZ CALATAYUD

TÍTULO/TITLE:

Experiencia de los profesionales sanitarios en la tutela de estudiantes

INTRODUCCIÓN: La formación sanitaria de los profesionales de enfermería tienen una alta carga asistencial, debido al gran valor que presenta la formación en las capacidades y habilidades prácticas para el correcto cuidado de nuestros pacientes.

OBJETIVO: Reconocer el nivel de compromiso en la labor de tutela de los profesionales del HUN según edad del profesional.

METODOLOGÍA: Se realizó un estudio observacional longitudinal prospectivo. La recogida de datos se llevó a cabo tras la información al profesional y la aceptación del consentimiento informado mediante la cumplimentación de un cuestionario online. La obtención de los datos se llevó a cabo durante 4 meses, entre los meses de febrero a mayo de 2022.

RESULTADOS: De las 173 respuestas obtenidas, un 94,2% (163) fueron mujeres. La edad media fue de 42,65 años, con una distribución mayor en los grupos de 41-50 años (33,5%, 58). El análisis de los items de compromiso presentó niveles más elevados en los grupos de edades inferiores a 30 años y 31-40, siendo los más bajos en los grupos de edad >60 años. La creencia de que la tutela del estudiante en prácticas es una función del profesional enfermero estuvo totalmente de acuerdo en el 51,4% (89).

Asimismo, el 49,7% de los encuestados informaron de que estaban totalmente de acuerdo en la necesidad de realizar cursos de Formación para tutores de prácticas.

CONCLUSIONES:

Se observan niveles elevados de compromiso en los profesionales enfermeros con labor de tutoría, mayoritariamente en los profesionales más jóvenes.

Se debería trabajar sobre planes formativos propios para los profesionales con labores de tutoría clínica que permita mejorar su compromiso y motivación.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Chan, H. Y., So, W. K., Aboo, G., Sham, A. S., Fung, G. S., Law, W. S., Wong, H. L., Chau, C. L., Tsang, L. F., Wong, C., & Chair, S. Y. 2019. Understanding the needs of nurse preceptors in acute hospital care setting: A mixed-method study. *Nurse education in practice* 38, 112–119. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2019.06.013>

Colthart, I., Bagnall, G., Evans, A., Allbutt, H., Haig, A., Illing, J., & McKinstry, B. 2008. The effectiveness of self-assessment on the identification of learner needs, learner activity, and impact on clinical practice: BEME Guide no. 10. *Medical teacher* 30 (2), 124–145. <https://doi.org/10.1080/01421590701881699>

Cotter, E., Eckardt, P., Moylan, L., 2018. Instrument development and testing for selection of nursing preceptors. *J. Nurses Prof. Dev.* 34 (4), 185–193.

Cusack, L., Thornton, K., Drioli-Phillips, P. G., Cockburn, T., Jones, L., Whitehead, M., Prior, E., & Alderman, J. 2020. Are nurses recognised, prepared and supported to teach nursing students: Mixed methods study. *Nurse education today* 90, 104434. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2020.104434>

Giroto, L. C., Enns, S. C., de Oliveira, M. S., Mayer, F. B., Perotta, B., Santos, I. S., & Tempski, P. 2019. Preceptors' perception of their role as educators and professionals in a health system. *BMC medical education* 19 (1), 203. <https://doi.org/10.1186/s12909-019-1642-7>

Hallin, K., & Danielson, E. 2010. Preceptoring nursing students: registered nurses' perceptions of nursing students' preparation and study approaches in clinical education. *Nurse education today* 30 (4), 296–302. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2009.08.004>

Lisa C. Smith, Heather Watson, Linda Fair, Grace Carter, Periwinkle Mackay, Kelly Lykens, Jackie Bradstock, Kristen Arnold, Madeleine Whalen. 2022. Evidence-based practices in developing and maintaining clinical nurse preceptors: An integrative review.

Nurse Education Today 117 (2022) 105468.

Mikkonen, K., Tomietto, M., Cicolini, G., Kaucic, B. M., Filej, B., Rikliene, O., Juskauskene, E., Vizcaya-Moreno, F., Pérez-Cañaveras, R. M., De Raeve, P., & Kääriäinen, M. 2020. Development and testing of an evidence-based model of mentoring nursing students in clinical practice. Nurse education today 85, 104272. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2019.104272>

POSTER 43

AUTORES/AUTHORS:

Ruth Esther Maillo de Pablo, Raul López Jiménez, M^a Isabel Rihuete Galve, Elena Escalera Martín, Juncal Claros Ampuero

TÍTULO/TITLE:

Intervención telefónica proactiva para mejorar el mantenimiento de catéter PICC en el Servicio Oncología médica.

OBJETIVOS:

En la actualidad, el seguimiento telefónico a pacientes, se ha convertido en una herramienta clave para la atención sanitaria. El objetivo general a través de este estudio, es el mantenimiento de los catéteres PICC insertados a los pacientes en la Unidad de Hospitalización de Oncología. Los objetivos específicos se orientan a detectar las complicaciones que se pueden producir y analizar los motivos de retirada de dichos catéteres.

MÉTODOS:

Para llevar a cabo los objetivos se ha diseñado un estudio descriptivo, retrospectivo, longitudinal, desde 1/1/2019 hasta 31/3/2022 siendo incluidos de forma consecutiva los pacientes a los que se les realizó la inserción de un catéter PICC en la Unidad de Hospitalización de Oncología durante ese periodo de tiempo. Fueron excluidos del estudio los pacientes que no presentaban un diagnóstico de tumor sólido y a los que, a pesar de haber sido incluidos en el estudio, no se les pudo realizar la técnica. Las variables estudiadas fueron, las referentes a las características de los catéteres; y a las posibles complicaciones: trombosis, infección, migraciones, desplazamientos, obstrucción y retirada accidental, así como la duración y motivo de retirada.

El análisis estadístico se realizó mediante estadística descriptiva, tras la comprobación de la normalidad de las variables, se utilizó la media para las variables que seguían una distribución gaussiana y la mediana para aquellas que no seguían esa distribución.

Utilizando para medir las variables discretas, frecuencias y porcentajes. Para procesar los datos se utilizó una base de datos específica para este estudio en Excel (v16.16.27 201012)

RESULTADOS:

En la planta de hospitalización del Servicio de Oncología, se colocaron 574 catéteres PICC, y se realizaron 590 llamadas telefónicas detectando a través de la realización de una encuesta sistemática a cada paciente, 10 extracciones accidentales de catéter (1,7%), 19 movilizaciones (3,3%), 13 trombosis (2,26%), 9 obstrucciones (1,56%), 12 infecciones del PICC (2,09%) (en 3 de ellos el cultivo de la punta fue negativo), 5 migraciones (0,87%), 6 roturas (1,04%). Se detectó también que de los PICC insertados, fueron retirados 178 (31,70%) por fin de tratamiento o por fallecimiento. 539 pacientes fueron portadores de PICC con válvula distal (93,90%), siendo 35 de ellos portadores de válvula proximal (6,09%). Se citaron también a través de la llamada telefónica para recambiar el catéter a 28 de los pacientes a los que se les había insertado, es decir, un 4,87%.

DISCUSION:

Estos resultados nos llevaron a considerar el seguimiento telefónico útil, práctico, de bajo coste y alto beneficio, ofreciendo una atención personalizada y de calidad a cada paciente, además de:

- 1) Detectar con encuesta de valoración sistemática realizada por el equipo de enfermería al paciente, factores o sintomatología (nauseas vómitos, tos, estreñimiento) que pueden influir en complicaciones como la migración interna del PICC hacia la vena yugular, determinar si hay signos de infección en el punto de inserción del PICC y valorar si hay signos de trombosis y de obstrucción, citándoles de manera presencial en el caso que se manifieste la existencia de alguno de ellos para su valoración in situ, realizando los cuidados oportunos para la mejora y/o prevención, así como el aumento de la seguridad del paciente.
- 2) Prevenir la retirada injustificada del mismo al realizar una buena valoración del paciente de forma telefónica y presencial.
- 3) Programar cita para recambio de PICC en aquellos casos en los que el paciente lo precise, reduciendo las complicaciones por mantener el catéter más tiempo de lo recomendado por el fabricante, evitar aumento de lista de espera para colocación de otros dispositivos como por ejemplo el reservorio intravenoso.

Como implicaciones para la práctica, diremos que el seguimiento telefónico proactivo es una herramienta útil para prevenir y detectar problemas que eviten retiradas injustificadas de PICC, aumentar la seguridad del paciente y hacer educación sanitaria con los portadores del catéter para mejorar su mantenimiento, ampliando el nivel de conocimientos y así reconocer de forma autónoma en qué situaciones precisa solicitar consulta de seguimiento presencial.

Planteamos también realizar en un futuro un estudio analítico de intervención de casos-control y así ampliar el estudio.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Encuesta de valoración sistemática creada en la Unidad de Hospitalización de Oncología.
- Registro de valoración durante la visita presencial creada en la Unidad de Hospitalización de Oncología.
- Tríptico informativo sobre los cuidados a realizar para el mantenimiento del catéter PICC y en el que se incluye teléfono de contacto de la Unidad de Hospitalización de oncología para comunicar si aparecen signos de infección, trombosis, síntomas favorecedores de provocar migración del catéter, movilización del catéter, rotura, cambios de la piel, dudas del paciente, etc.
- Registro de base de datos Excel creada para incluir entre otros datos, a los pacientes a los que se les ha insertado un catéter PICC, así como las características sociodemográficas, características de los catéteres, duración, motivos de retirada y complicaciones (trombosis, infección, migraciones, desplazamientos, obstrucción y retirada accidental).

POSTER 44

AUTORES/AUTHORS:

SONIA MARTIN MARTIN, PILAR ENSEÑAT GRAU, ANA MARI FITÉ SERRA, BIBIANA GARCIA SANFELIU, MARTA SERDA GIL, ANA URPI FERNÁNDEZ, EULÀLIA JUVÉ UDINA, MONTSE ARTIGAS LAGE, ANA MARIA RIOS JIMÉNEZ

TÍTULO/TITLE:

Uso de los planes de cuidados estandarizados en situaciones de final de vida

Objetivos

- Identificar el número de planes de cuidados abiertos relacionados con el proceso de final de vida, en los servicios de Atención Primaria (AP).
- Describir los Diagnósticos Enfermeros (DE) relacionados con los Planes de Cuidados Estandarizados (PCE) de atención paliativa, situación de últimos días y eutanasia

Métodos

Ámbito de estudio: AP de Cataluña

Diseño: Estudio transversal descriptivo observacional durante el periodo del 1 de enero del 2019 al 15 de mayo del 2022.

Variables: planes de cuidados utilizados en los Equipos de Atención Primaria (EAP) y otros equipos del Programa de Atención Domiciliaria y Equipos de Soporte (PADES) del Instituto Catalán de la Salud (ICS) y otros proveedores de salud.

Análisis de datos: Se obtuvieron datos de los indicadores de planes de cuidados disponibles en el Sistema de Información de Servicios de Atención Primaria (SISAP).

Resultados

Desde la implementación del programa ARES de armonización de estándares de planes de cuidados en AP, se han dado de alta 9.500 PCE de Atención Paliativa (el 68,4% en PADES y el 31,6 % en equipos de Atención Primaria) y del PCE de Últimos días se han abierto 1.198 (el 65,7% en PADES y el 34,3% en los EAP). En el caso del PCE de Eutanasia, que fue incorporado tras la aprobación de la nueva ley en marzo del 2021, se han abierto 37 planes, todos ellos en los EAP, excepto uno en PADES.

Los diagnósticos enfermeros de la terminología ATIC© con los que trabajamos en estos PCE son:

Riesgo de afrontamiento ineficaz, riesgo de deterioro funcional y riesgo de afrontamiento familiar ineficaz en el PCE de Atención paliativa

Riesgo de sufrimiento espiritual, agonía y duelo anticipado familiar en el PCE de Situación de últimos días

Duelo y Duelo familiar en el PCE de Eutanasia

Discusión

Los resultados muestran un aumento progresivo en la utilización de estos PCE, siendo superior en los equipos especializados que prestan cuidados en situaciones de final de vida. El trabajo con PCE mejora la continuidad asistencial e integral de la persona y de su entorno, garantizando una prestación de cuidados segura, personalizada y equitativa. Además, garantiza también la homogenización de criterios en la atención a estas personas en distintos proveedores asistenciales.

Disponer de PCE, utilizando la terminología ATIC©, ayuda a representar adecuadamente la valoración de la persona, el juicio clínico, las intervenciones y la evolución de los cuidados enfermeros de la persona ayudando en la toma de decisiones.

Las enfermeras de AP, tienen un papel relevante en la gestión de situaciones de final de vida. La obtención de datos sobre las intervenciones realizadas a estas personas ayudará a generar conocimiento y evidencia clínica y, a su vez, potenciará prácticas con valor.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Juvé-Udina, ME. ATIC. Eje diagnóstico. 1a Ed. Barcelona: Naaxpot SLU; 2016. <http://aticcare.peoplewalking.com/> Copyright dels continguts ATIC Maria Eulàlia Juvé Udina, ©️ 2022 i totes les versions anteriors.

Guía de práctica clínica sobre Cuidados Paliativos. Ministerio de sanidad y consumo del Gobierno de España. Plan de Calidad para el sistema nacional de salud. Departamento de sanidad del Gobierno Vasco. [Internet]. 2008; [citad: 16 des 2019]. Disponible a: https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/osk_publicaciones/eu_argital/adjuntos/lehen/cuidadosPaliativos.pdf

Direcció General de Planificació en Salut. Model per al desplegament de la prestació de l'eutanàsia. Barcelona: Departament de Salut; juny de 2021. [Internet] 2021. [consultat 22 setembre 2021]. Disponible a: https://canalsalut.gencat.cat/web/.content/_Vida_saludable/Etapas_de_la_vida/finalvida/eutanasia/model-desplegament-prestacio-eutanasia.pdf

World Health Organization. Definition of Palliative Care. [Internet]. 2019 [citad 15 gener 2019]. Disponible a: <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Institut Català d'oncologia. Icopraxi de l'atenció al final de la vida. [Internet]. 2013; [citad: 25 juny 2018]. Disponible a: http://ico.gencat.cat/web/.content/minisite/ico/professionals/documents/arxiu/icopraxis_atencio_3.pdf

Llei Orgànica Llei Orgànica 3/2021, de 24 de març, de regulació de l'eutanàsia (LORE). [Internet] 2021. [consultat 22 setembre 2021]. Disponible a: https://www.boe.es/boe_catalan/dias/2021/03/25/pdfs/BOE-A-2021-4628-C.pdf

Organización Mundial de la Salud. Cuidados paliativos. [Internet]. 2018. [citad 5 gener 2019] Disponible a: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>

POSTER 45

AUTORES/AUTHORS:

Cristina Marín Perales, Alba García Martínez, Leonor Herraiz Bermejo

TÍTULO/TITLE:

Determinar la necesidad de intervenciones educativas en el paciente sobre el dolor postoperatorio

Objetivos.

Valorar el nivel de Dolor con la escala EVA (Escala visual analógica) en pacientes ingresados en unidades quirúrgicas de hospitalización tras las primeras 24 horas de ser sometidos a una intervención quirúrgica de distintas especialidades.

Determinar mediante entrevistas a los pacientes que Dolor obtuvieron en la escala EVA durante las primeras 24 horas y compararlo con la EVA registrada por enfermería en la Historia clínica electrónica.

Método.

Estudio descriptivo transversal. Se realizó un muestreo no aleatorio consecutivo. La población de estudio fueron pacientes ingresados en unidades de hospitalización quirúrgica, intervenidos de especialidades como: traumatología, cirugía plástica y reparadora, ginecología, cirugía general y digestiva, cirugía vascular y otorrinolaringología. Como criterio de inclusión fueron todos los individuos mayores de edad que se intervinieran de cirugías con ingreso hospitalario. Los criterios de exclusión dentro de la muestra fueron individuos con deterioro cognitivo o que presentaran barrera idiomática.

Las variables estudiadas fueron sociodemográficas (edad, sexo) y tipo de intervención, tipo de anestesia y analgesia administrada dentro del quirófano. En Reanimación se valora el resultado de la escala EVA y la analgesia administrada. En planta los datos valorados fueron: EVA máxima registrada a las 24h en la Historia clínica electrónica, EVA máxima referida por el paciente, analgesia administrada y necesidad de analgesia de rescate.

Se realizó un análisis descriptivo para todas las variables; las cualitativas, a través de frecuencias relativas y porcentajes y las cuantitativas con media, DT y mínimo y máximo. Se analizó con el programa Excel Windows 10.

Resultados.

El total fueron 50 pacientes ingresados a los que se les revisó la historia clínica y se les entrevistó. El 54% son mujeres y el 46% restante hombres. El 2% tienen menos de 25 años, el 18% entre 25 y 45 años, el 60 % entre 45 y 70 años, y el 20% mayores de 70 años. El 56 % refería un dolor leve, el 32% refería un dolor moderado, 12% refería un dolor severo. Un 39% refería EVA < o igual a 3, un 10% presento un EVA de 4-6, y el 2% restante un EVA > de 7. Un 84 % de los pacientes no demandaron analgesia de rescate frente a un 16% que sí. El 26 % de estos pacientes recibieron analgésicos antiinflamatorios no esteroideos, frente al 74% que recibieron analgésicos convencionales como paracetamol y metamizol.

Discusión e implicaciones para la práctica.

Encontramos que existe un desajuste entre la puntuación máxima registrada en la Historia Clínica por el personal de Enfermería y la puntuación EVA máxima que refirió el propio paciente. En la entrevista que se realizó a estos pacientes, el 84% no quisieron pedir analgesia de rescate pese a tener un dolor moderado por no molestar al personal de enfermería. Creemos que es fundamental hacer intervenciones educativas para disminuir los niveles de dolor de los pacientes y fomentar la importancia de avisar al personal de enfermería ante la aparición de Dolor.

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1.López-Alfaro MP, Echarte-Nuin I, Fernández-Sangil P, Moyano-Berardo BM, Goñi-Viguria R. Percepción del dolor en pacientes posquirúrgicos en unidades de cuidados intensivos. *Enferm Intensiva* (Ed. Eng). 2019 julio-septiembre;30(3):99-107. Ingles Español. doi: 10.1016/j.enfi.2018.12.001. Epub 2019 20 de abril. PMID: 31010777.
- 2.Subirana Magdaleno H, Caro Tarragó A, Olona Casas C, Díaz Padillo A, Franco Chacón M, Vadillo Bargalló J, Saludes Serra J, Jorba Martín R. Evaluación del impacto de la educación preoperatoria en la colecistectomía laparoscópica ambulatoria. Un ensayo aleatorizado prospectivo, doble ciego. *Cir Esp* (edición inglesa). 2018 febrero;96(2):88-95. Ingles Español. doi: 10.1016/j.ciresp.2017.10.002. Epub 2017 8 de diciembre. PMID: 29224843.
- 3.Ortiz J, Wang S, Elayda MA, Tolpin DA. Información previa a la operación del paciente: ¿Podemos mejorar la satisfacción y reducir la ansiedad? Educación preoperatoria del paciente: ¿podemos mejorar la satisfacción y reducir la ansiedad?. *Rev Bras Anestesiología*.

2015 ene-feb;65(1):7-13. Portugués. doi: 10.1016/j.bjan.2013.07.009. Epub 2014 28 de octubre. PMID: 25497743.

4.Souza RC, García DM, Sanches MB, Gallo AM, Martins CP, Siqueira IL. Conhecimento da equipe de enfermagem sobre avaliação comportamental de dor em paciente crítico. Rev Gaucha Enferm. 2013 septiembre; 34 (3): 55-63. Portugués. doi: 10.1590/s1983-14472013000300007. PMID: 24344585.

5.Barbosa TP, Beccaria LM, Pereira RA. Evaluación de la experiencia del dolor postoperatorio en pacientes de la unidad de cuidados intensivos. Rev Bras Ter Intensiva. 2011 diciembre; 23 (4): 470-7. inglés, portugués. PMID: 23949461.

6.Lemaître S, Kang S, Moral DM, Ezra D. Evaluación de la ansiedad preoperatoria y el dolor posoperatorio en pacientes sometidos a dacriocistorrinostomía. Rev Esp Anesthesiol Reanim (Ed. Eng). 2021 junio-julio;68(6):367-368. Ingles Español. doi: 10.1016/j.redar.2020.07.009. Epub 2021 7 de abril. PMID: 33838904.

7.Albite R, Konecny S, Sánchez L, Pagotto V, Bonofiglio A, Bonofiglio F. Encuesta de calidad de recuperación postanestésica y prevalencia de dolor postoperatorio. Grado de satisfacción del paciente Encuesta sobre la calidad de la recuperación postanestésica y la prevalencia del dolor postoperatorio. Nivel de satisfacción del paciente]. J Healthc Qual Res. 2020 septiembre-octubre;35(5):334-335. Español. doi: 10.1016/j.jhqr.2020.06.006. Epub 2020 21 de septiembre. PMID: 32972903.

POSTER 49

AUTORES/AUTHORS:

AMALIA SILLERO SILLERO, NEUS BUIL MANZANARES, RAQUEL AYUSO

TÍTULO/TITLE:

Explorando los sentimientos, estrés y estrategias de adaptación de las enfermeras perioperatorias frente al covid-19

El objetivo: explorar los sentimientos, factores de estrés y las estrategias de adaptación de las enfermeras quirúrgicas durante la pandemia de COVID-19.

Metodología: Estudio exploratorio descriptivo con abordaje cualitativo realizado mediante la recogida de datos de entrevistas semiestructuradas, enmarcando los temas por consenso entre los investigadores y corroborando con la literatura relevante sobre el estrés percibido y las estrategias de adaptación. La población de estudio fueron 123 profesionales de enfermería del área quirúrgica de un hospital de alta tecnología de Barcelona. La muestra final fue de conveniencia y conformada por 18 participantes enfermeros del área quirúrgica que fueron reubicados durante el pico de la pandemia y que trabajaron en primera línea con pacientes con COVID-19, entre el 14 de marzo y 30 de mayo del 2020.

Resultados: Se analizaron 18 entrevistas y tras alcanzar la saturación teórica de los datos, se ingresaron en una hoja de cálculo Microsoft Excel® y se importaron las transcripciones a un software Atlas ti para un análisis de contenido cualitativo y su codificación. Cada tema y subtema fue identificado y explicado con uno o dos ejemplos ilustrativos de citas textuales. Las categorías temáticas se agruparon en grupos de significado y se compararon con teorías preexistentes sobre los factores de estrés y cómo afrontarlo. El estudio se aprobó por el comité de ética de la institución. Se utilizó la confiabilidad de los hallazgos de los relatos sobre los factores de estrés, sentimientos y estrategias para adaptarse. El consenso en la codificación entre los investigadores mejoró la credibilidad al minimizar el sesgo de un solo investigador. Además de utilizar la literatura relevante en apoyar los temas que principalmente emergieron que fueron los factores de estrés de la organización, de personal y relacionados con el paciente. También emergieron cuestiones como estrategias para adaptarse a esta difícil experiencia de la pandemia tanto centrada en el estrés como en las emociones, principalmente fueron relaciones (familia, amigos, compañeros, comunidad); religión o espiritualidad; autocuidado (lectura, cocinar, música, ejercicio, meditación); trabajo (obtención de significado y propósito); que ayuda a desconectar de lo negativo y mantener actitud positiva.

Discusión. En este estudio, buscamos obtener valoraciones subjetivas de los profesionales de enfermería quirúrgica reubicados a la primera línea del cuidado del paciente crítico de COVID-19. Las estrategias de adaptación mencionadas por los encuestados se ajustan ampliamente a la taxonomía de Lazarus & Folkman, cuando enfrentan el afrontamiento con foco en la emoción versus en el problema. Los factores estresantes generados también se han descrito en informes de otros entornos sanitarios. La institución como organizadora puede ser una fuente de estrés, por ello estudios previos muestran que las percepciones de los empleados sobre la eficiencia y el liderazgo influyen en los entornos laborales. Cuando se realizan programas de mejora dirigidos por la organización tienen mejor resultado que los que realiza la persona, por tanto, debería asumir esa responsabilidad y potenciar el bienestar laboral de los profesionales. A medida que los pacientes son más complejos, y se encuentran con problemas de falta de información y protocolos cambiantes (pacientes críticos con COVID-19), los enfermeros/as encuentran desafíos que son factores de estrés importantes.

La situación de crisis provocada por la pandemia del COVID-19 mostró que los participantes vivieron pérdidas constantes, y que los impactos personales en ellos pueden durar años. A pesar de ello, se adaptaron y afrontaron con estrategias para mejorar su vida personal y profesional. Hay que destacar la necesidad de capacitación en resiliencia, la de potenciar el significado de su profesión y también el trabajo en equipo. En este estudio se permitió a los participantes describir sus experiencias subjetivas con sus propias palabras tal como las vivieron en sus lugares de trabajo y no en escenarios experimentales.

La implicación en la práctica clínica: Los profesionales se enfrentan a factores estresantes en el lugar de trabajo que se pueden corregir o mejorar. Minimizar el estrés y ayudar a lidiar con estos factores debe ser una prioridad para las organizaciones sanitarias, ya que ponen en peligro la salud de los profesionales y en última instancia a los pacientes que atienden en esos entornos. Las organizaciones médicas deben abordar los factores estresantes del entorno laboral, y llevar a cabo intervenciones para aliviar el estrés a nivel del profesional y también de los equipos.

No hay conflicto de interés.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Salyers MP, Bonfils KA, Luther L, et al. The relationship between professional burnout and quality and safety in healthcare: a meta-analysis. *J Gen Intern Med.* 2017; 32: 475– 482.

Lazarus RS, Folkman S. *Stress, Appraisal and Coping.* New York, NY: Springer Publishing Company, Inc; 1984.

Montgomery A, Todorova I, Baban A, Panagopoulou E. Improving quality and safety in the hospital: the link between organizational culture, burnout, and quality of care. *Br J Health Psychol.* 2013; 18: 656– 662.

Magtibay DL, Chesak SS, Coughlin K, Sood A. Decreasing Stress and Burnout in Nurses: Efficacy of Blended Learning With Stress Management and Resilience Training Program. *J Nurs Adm.* 2017 Jul/Aug;47(7-8):391-395.

POSTER 55**AUTORES/AUTHORS:**

BEATRIZ PEDREIRA GARCÍA, JORGE CERDÁN PÉREZ, SANDRA RODRÍGUEZ PÉREZ, CARLOS ENRIQUE MARTÍNEZ ALBERTO, ANTONIO JESÚS RODRÍGUEZ AMAYA

TÍTULO/TITLE:

ABORDAJE DE LA DIABETES MELLITUS EN LA CONSULTA ENFERMERA DE ATENCIÓN PRIMARIA: CONSULTA INTEGRAL DE DIABETES.

OBJETIVOS:

Objetivo principal:

1. Contabilizar el tiempo empleado para la realización de una valoración integral enfermera del paciente adulto con diabetes mellitus tipo 1 y 2 en la consulta de atención primaria.

Objetivos secundarios:

- 1) Contabilizar el tiempo empleado en la realización de retinografía.
- 2) Contabilizar el tiempo empleado en la realización de valoración de riesgo de pie diabético.
- 3) Contabilizar el tiempo empleado en la realización del ECG.
- 4) Valorar la satisfacción del usuario ante la realización de la exploración en un único acto asistencial.

MATERIAL Y MÉTODO:

Estudio descriptivo transversal realizado durante los meses de septiembre a noviembre de 2021 a 96 pacientes de un centro de salud de Atención Primaria, todos ellos mayores de 18 años, de ambos sexos, con DM tipo 1 y 2 que estuviesen o no con tratamiento farmacológico para la diabetes.

Para la realización de la valoración al paciente empleamos una sala con camilla en la que además contábamos con un retinógrafo y electrocardiógrafo y para la estratificación del riesgo de pie diabético un tensiómetro y un fonendoscopio, un monofilamento de Semmes-Weintein y ecografía doppler, además de un ordenador con impresora.

Se realizó una captación activa citando el paciente en una agenda creada para tal fin. El día de la valoración se tras la recepción del paciente por parte del profesional agendado a la actividad se le indicaban al usuario los objetivos principales del estudio, las intervenciones y las técnicas que se le iban a realizar.

La secuencia de valoración que se siguió fue:

En primer lugar realización de la retinografía (puede precisar o no dilatación) y educación para la salud.

A continuación realización de ECG. Ante un hallazgo de ECG alterado se forzaba con su Unidad de Atención Familiar (UAF) o con el equipo que ese día estuviese asumiendo los pacientes sin cita en el centro. Las excepciones que evitaban esta valoración inmediata del ECG eran aquellas lesiones antiguas ya conocidas y/o tratadas).

En tercer lugar se estratificaba el de riesgo de pie diabético mediante exploración visual del pie, determinación de la sensibilidad táctil y cálculo del índice tobillo-brazo. En todos los casos se ofrecían recomendaciones para la vigilancia y el cuidado diario de los pies.

Los resultados obtenidos se registraban en la historia clínica del paciente del mismo modo que se dejaba registro de las técnicas diagnósticas realizadas y los Diagnósticos NANDA – Intervenciones NIC – Objetivos NOC.

Antes de finalizar la actividad se concertaba una cita al paciente con su UAF para informar de resultados de pruebas y la realización de las actividades sanitarias oportunas según cada caso.

RESULTADOS:

Los tiempos medios de cada una de las pruebas fueron:

Retinografía: 12 minutos.

ECG: 8 minutos.

Estimación del riesgo de pie diabético: 16 minutos.

Revisión de pertinencia o no de solicitud de analítica: 2 minutos.

Tiempo medio total de realización de la valoración integral diabética: 38 minutos.

Los resultados obtenidos en las pruebas realizadas fueron:

Retinografía: 75% normales, 25% patológicas.

Electrocardiograma: 85.42% normales, 14,58% alterados.

Estratificación del riesgo de pie diabético: 55,21% riesgo bajo, 33.33% riesgo moderado, 11.46% riesgo alto, 0% pie diabético establecido.

Solicitud de control analítico: 76,04% no precisaron solicitud ya que el control previo había sido realizado en los 6 meses anteriores, siendo el 23,96% los que sí precisaron solicitud de analítica para determinación, al menos, de valores de hemoglobina glicosilada y función renal.

CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN:

La atención del paciente diabético de forma habitual en los centros de salud requiere de varias intervenciones. Estas suelen ser intervenciones multiprofesionales que se realizan en días diferentes.

El abordaje del paciente diabético en una consulta integral enfermera permite realizar en una única cita varias de las intervenciones enfermeras más importantes en la atención de los pacientes diabéticos a nivel de Atención Primaria con una notable disminución en el número de consultas para el abordaje de la DM. Aun cuando no tenemos esos datos nos atrevemos a pensar que el tiempo invertido en esta visita es menor que el tiempo que se invertiría en la realización de las pruebas que la integran por separado.

Vemos factible la implementación de citas para el abordaje integral, el seguimiento y control de la DM por parte de la enfermera de AP en un tiempo de 40 minutos por persona.

La aplicación de este tipo de consultas reduciría las ausencias a las citas, aumentando de esta forma la adherencia terapéutica y mejorando los indicadores de estas actividades promotoras de la salud e incluidas en la prevención primaria y secundaria.

Los autores no tienen ningún conflicto de interés que declarar.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

gobiernodecanarias.org. Día Mundial de la Diabetes: la familia, escuela promotora de estilos de vida saludables [Internet] Santa Cruz de Tenerife: gobiernodecanarias.org; 2019 [acceso 24 de julio de 2021]. Disponible en:

<https://www3.gobiernodecanarias.org/noticias/dia-mundial-de-la-diabetes-la-familia-escuela-promotora-de-estilos-de-vida-saludables/>

idf.org. About diabetes. What is diabetes [Internet]. Bélgica: idf.org; 2020 [acceso 24 de julio de 2021]. Disponible en:

<https://www.idf.org/aboutdiabetes/what-is-diabetes/facts-figures.html>

gobiernodecanarias.org. Estrategia de Abordaje de la Diabetes Mellitus en Canarias [Internet] Santa Cruz de Tenerife:

gobiernodecanarias.org; 2021 [acceso 17 de enero de 2022]. Disponible en:

<https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=11a04481-3642-11ec-8f21-ff5af5b8eddd&idCarpeta=ae273cd1-b385-11e9-82f7-8d5cff9227e6>

POSTER 61

AUTORES/AUTHORS:

Ana María Cintora Sanz, Maria del Carmen Montero Pernia, Mónica Caballero García, Cristina Horrillo García, Cristina Gómez Usabiaga, Ricardo García Martínez

TÍTULO/TITLE:

Proyecto Search and Rescue: Nuevas tecnologías al servicio de la población y de emergencias frente a un incidente químico

Objetivo

Los desastres naturales y las catástrofes son retos que afrontamos los servicios de emergencias. En estos escenarios nos encontramos entornos peligrosos que albergan víctimas en riesgo vital. Se pueden desencadenar catástrofes tecnológicas, con la liberación de sustancias químicas e incendios, provocando un "efecto dominó", que puede suponer grandes riesgos para comunidades, poblaciones y medio ambiente.

El objetivo principal de este proyecto(1), es el desarrollo de nuevas tecnologías; que aumenten la seguridad y eficiencia del trabajo de los primeros intervinientes en catástrofes.

Para ello, se desarrolla un nuevo sistema de comunicación y monitorización tanto para los profesionales prehospitalarios de emergencias, como para las víctimas y resto de intervinientes.

También pretende implementar tecnologías innovadoras de posicionamiento que aceleren la exploración y evaluación eficaz en zonas de desastre; de manera que nos ayude a valorar el área de peligro, los posibles riesgos y obstáculos, logrando la máxima eficacia de los profesionales en terreno.

Método

Los partners técnicos del consorcio han desarrollado 26 herramientas de mejora tecnológica(2),

Que son:

- a. Aplicación para centro coordinador que vuelca datos digitales de realidad mixta sobre un área de desastre.
- b. Algoritmo de Inteligencia artificial que permite el reconocimiento de objetos visualizados por drones.
- c. Aplicación móvil para coordinación de voluntarios implicados en la resolución de un incidente de múltiples víctimas.
- d. Aparato de monitorización sin cables de signos vitales de víctimas en desastres.
- e. Plataforma e-learning de aprendizaje para práctica y mejora de respuesta de profesionales, voluntarios y población a desastres nucleares, radiológicos, biológicos y químicos.
- f. Sistema de coordinación de uso de robots teledirigidos y drones para el mapeo y asistencia en un área de desastre.
- g. Sistema de apoyo tecnológico de gestión de incidentes y catástrofes, asociado a la plataforma Concorde (3)
- h. Relojes Inteligentes de monitorización y comunicación entre los primeros intervinientes en una emergencia
- i. CONCORDE(3): Plataforma de comunicación y coordinación inteligente para profesionales sanitarios, de seguridad y bomberos en terreno, en coordinación con centro operativo
- j. PHYSIO DSS: Sistema de ayuda, que analiza la evolución fisiológica de víctima monitorizada, para gestión inteligente en el cuidado de la paciente (4)
- k. Sensor químico para detección de víctimas bajo estructuras colapsadas.
- m. Sistema de detección de obstáculos y peligros asociado al uso de drones.
- n. Aplicación de gafas inteligentes de realidad aumentada en desastres.
- o. Modelo de alerta situacional para de profesionales en emergencias.
- p. Operatividad de drones integrados con el previo modelo de situational awareness model.
- q. Plataforma colaborativa de enjambre de drones.
- r. Sensor específico de radiación aplicado a incidentes de riesgo radiológico.
- s. Geolocalizador individualizado de profesionales
- t. Sistema inteligente de inmovilización/monitorización de niños
- u. Uniforme inteligente para personal profesional de emergencias.

Se han desarrollado pilotos en Italia, Rumania, Austria, Francia y Grecia para testear toda esta tecnología.

En el piloto de riesgo químico de Madrid, se testean las siguientes: smartwatches inteligentes, el detector six gas monitor; ambos interconectados con la plataforma de comunicación Concorde (3).

Se ha revisado los incidentes químicos más frecuentes en zonas urbanas a nivel global (4)(5), y después; cuáles producen más

heridos dentro de la Comunidad de Madrid(9).

Para mejorar la respuesta de la comunidad ante este tipo de incidentes, se ha desarrollado un curso on line para preparar a la población, frente a un incidente químico.

Finalmente, se han realizado evaluaciones cualitativas y cuantitativas de las herramientas de testeo.

Resultados:

Los accidentes de origen químico con amoníaco y/o cloro son los incidentes que más frecuentemente se producen en áreas urbanas (6)(7). Asimismo, coincide con la literatura,(8) en que son los más frecuentemente descritos en la asistencia extrahospitalaria de urgencias(9). Los primeros pilotos realizados dentro del consorcio (10), confirman la utilidad de las herramientas tecnológicas desarrolladas.

Se realiza formación on line, mediante plataforma abierta de training -open source. Se recibe feedback de aceptación del curso online. Se confirma que facilita la respuesta adaptada y eficaz a este tipo de incidentes.

Discusión:

Hay escasa formación de la población que les pueda preparar, frente a los riesgos que produce un incidente químico (11). Tanto el amoníaco como el cloro están presentes en numerosos ambientes de la vida diaria, presentan alta peligrosidad, y deben tenerse en cuenta para evitar un evento Natech (incidente tecnológico provocado por un desastre natural).

En conclusión, los sensores de alerta química, coordinados con relojes inteligentes y la plataforma de comunicación común en emergencias Concorde; ayudan a prevenir y paliar los riesgos y consecuencias de un evento Natech.

Este proyecto Search and Rescue, ha recibido financiación del programa de investigación e innovación Horizonte 2020 de la Unión Europea por el acuerdo de subvención nº 882897 .

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. <https://cordis.europa.eu/project/id/882897> Ultimo acceso el 3/10/2022

2. <https://search-and-rescue.eu/> Ultimo acceso el 6/10/2022

3. <https://cordis.europa.eu/project/id/607814> Ultimo acceso el 5/10/2022

4. Gaulton T, Hague C, Cole D, Thomas E, Duarte-Davidson R. Global event-based surveillance of chemical incidents. J Expo Sci Environ Epidemiol. 2021 Nov 8:1–7. doi: 10.1038/s41370-021-00384-8. Epub ahead of print. PMID: 34750513; PMCID: PMC8573564.

<https://zenodo.org/record/5599081#.YOGYRHbP02w5>.

5. Technion Ammonia Conference. November 2017. Ammonia safety, a global perspective. M. Kent Anderson. President Emeritus, IIAR. <https://chemeng.technion.ac.il/wp-content/uploads/2017/11/M.-Kent-Anderson.pdf>

6. N.J Health. New Jersey Department of Health (2015) . Hazardous Substances Fact Sheet. (CHLORINE) <https://www.nj.gov/health/eoh/rtkweb/documents/fs/0367sp.pdf>

7. N.J Health. New Jersey Department of Health (2016) Hazardous Substances Fact Sheet. (AMMONIA) <https://www.nj.gov/health/eoh/rtkweb/documents/fs/0084sp.pdf>

8. Detection, identification and monitoring (DIM) Equipment operational guide.VI.2019.

9. Chemical Risk Assessment: Overview and Examples

http://www.chemsafetypro.com/Topics/CRA/introduction_to_chemical_risk_assessment_overview_principles.html Date accessed 06/05/2022

9. National Institute for Safety and Health at Work, 2019. Occupational exposure limits for chemical agents in Spain.

<https://www.insst.es/documents/94886/188493/L%C3%ADmites+of+occupational+exposure+limits+for+chemical+agents+2019/7b0b9079-d6b5-4a66-9fac-5ebf4e4d83d1>.

10. <https://youtu.be/CcEZsT1UCyk> Ultimo acceso el 3/10/2022

11. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241513395> Ultimo acceso 30/09/2022

POSTER 65

AUTORES/AUTHORS:

Juan José Faro Bueno

TÍTULO/TITLE:

TABAQUISMO. CONSULTA DE ENFERMERÍA. Desarrollo e implantación de una consulta de tabaquismo en Atención Primaria.

OBJETIVO

El objetivo de este estudio es evaluar los efectos de las intervenciones conductuales y farmacológicas en el tratamiento del tabaquismo.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo en el que se muestra el impacto de la intervención de una nueva consulta de enfermería en la que, en una población mayor de 18 años, se incluyeron intervenciones dirigidas a ayudar y acompañar a fumadores de forma individual para el cese tabáquico, utilizando como herramientas, tanto la terapia conductual como la farmacológica.

RESULTADOS

Tras la instauración de una nueva consulta de enfermería el 16 de enero de 2020 etiquetada como TABAK en las 8 agendas de enfermería para población adulta de nuestra zona básica, una vez que se dio por asentada y publicitada, se comenzaron a recabar datos de asistencia a dicha consulta en el periodo comprendido entre el 7-04-2020 y el 7-04-2022. El total de pacientes vistos en dicho periodo fue de 416, los cuales generaron un total de 470 consultas de una población fumadora total de 2246 pacientes, sobre una población mayor de 18 años que ascendía a 11508 pacientes. Respecto a la finalidad y utilidad de la nueva consulta, se contabilizaron 122 ceses tabáquicos dentro del periodo consultado.

DISCUSIÓN

El Tabaquismo es una enfermedad adictiva crónica, así definida por la OMS, siendo la principal causa de muerte evitable, al ser el mayor factor de riesgo en el desarrollo de las enfermedades cardiovasculares y del cáncer de pulmón. Desde el prisma de la Atención Primaria, tanto la Prevención como la Promoción de la Salud, se hacen necesarias para una población adulta con adicción al tabaco. Desde hace unos cuantos años los miembros del Equipo de Atención Primaria de Huarte siempre han dado muestras de su inquietud hacia el tabaquismo, incidiendo de forma especial por parte de la Dirección del Centro y por la Jefatura de Enfermería, incluyendo el Tabaquismo como parte estructural de nuestro Pacto de Gestión. Aunando esfuerzos en la formación continuada en tabaquismo de todos los componentes del equipo, se tomó la decisión de instaurar una nueva consulta de enfermería en 2019. Dándole la referida importancia, se vio que se podía dar contenido y forma a la Consulta de Tabaquismo en Enfermería. Se incidió en el manejo del paciente tanto en las intervenciones conductuales, como en el tratamiento farmacológico. Todas las agendas de Enfermería para adultos fueron conformadas con una primera consulta de Tabaquismo de media hora para la atención por paciente. Se protocolizó una segunda consulta también de media hora a los siete días de la primera. Las consultas sucesivas serían telefónicas, sin descartar la presencialidad si así lo requería el paciente. Los claros resultados de cara a la práctica clínica, nos indican que tras los 122 ceses tabáquicos, la creación de esta consulta ha dado más visibilidad al tabaquismo, algo que anteriormente dejaba por el camino la apertura de episodios de tabaquismo, etiquetado de esta adicción y el desarrollo de la mayoría de datos a registrar en la historia clínica del paciente. El hecho evidencia que en el transcurso del estudio, aumentaron los

fumadores de la zona básica en 45 pacientes, etiquetados en la nueva consulta como tabaquismo. Al ser de nueva implantación, más adelante se podrán hacer estudios.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Juan José Faro Bueno

POSTER 66

AUTORES/AUTHORS:

Angel Romero Collado, Carolina Rascón Hernán, Erica Homs Romero, Edurne Zabaleta del Olmo

TÍTULO/TITLE:

Enfermera Escolar en los Planes de Estudio de Enfermería en España

Objetivo

Analizar los contenidos relacionados con la enfermera escolar en los planes de estudio de enfermería en España.

Métodos

Se realizó un estudio transversal durante los meses de enero y febrero de 2022.

Se analizaron todas las asignaturas, obligatorias y optativas, de todos los planes de estudio del grado en Enfermería en España que aparecen en el Registro de Universidades, Centros y Títulos (RUCT).

Las variables que se analizaron fueron: la Universidad donde se impartía el grado, el número y los títulos de las asignaturas obligatorias y optativas incluidas en el plan de estudios, el número de optativas ofertadas y sus créditos ECTS, Contenidos específicos ofertados dentro de las asignaturas relacionadas con la enfermería/salud escolar.

Se creó un instrumento ad hoc en el que se incluían todas las variables mencionadas anteriormente.

Se realizó un análisis descriptivo univariante con el cálculo de media y desviación estándar para las variables cuantitativas y las frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas, mediante el paquete estadístico SPSS 25.

Resultados

Se analizaron los planes de estudio de los 114 centros que impartían el grado en enfermería en España, junto con los títulos de 3256 asignaturas obligatorias.

En solo 2 centros (1,8%), la Facultad de Ciencias de la Salud y su sede de Ronda (Virgen de la Paz), pertenecientes a la Universidad de Málaga, existía 1 asignatura obligatoria, Salud Escolar, con una carga de 6 ECTS.

También se analizaron los títulos de las 558 asignaturas optativas ofertadas en todos los planes de estudio, y se observó que en 6 centros (5,3%) se impartía como asignatura optativa:

Universidad Alfonso X el Sabio- Salud Escolar – 4 ECTS.

Universidad de Alcalá (2 centros)- Enfermería en Salud Escolar – 6 ECTS.

Universidad de León (2 centros)- Educación para la Salud en el Ámbito Educativo- 3 ECTS.

Universidad Europea de Madrid- Enfermería Escolar- 3 ECTS.

No existe unanimidad en los contenidos de las diferentes descripciones de las asignaturas.

Existen contenidos comunes relacionados con promoción de la salud, educación para la salud, cuidados de la enfermera en patologías crónicas, cribados o competencias de la enfermera escolar.

Discusión

Los contenidos relacionados con enfermería escolar en los planes de estudio de enfermería en España son mínimos, siendo mayoritariamente mediante una asignatura optativa. Este aspecto puede ser debido a que no existe, en España, un reconocimiento mediante la especialidad, como sí ocurre en otros países como Estados Unidos o Suecia. También en la literatura hay discrepancias sobre si debiera existir esta figura o sus funciones las debe realizar una enfermera familiar y comunitaria (Martínez-Riera; 2009).

Limitaciones: en este estudio se han analizado los títulos de las asignaturas, aunque es posible que dentro de alguna otra asignatura se ofrezcan contenidos relacionados con enfermería escolar.

Implicaciones para la práctica

Dada la relevancia de la figura de la enfermera escolar en la promoción de la salud y prevención de patologías, si se apuesta por esta figura deberían asegurarse unos contenidos mínimos durante la formación de las enfermeras en el grado.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Arancón Carnicero C. Enfermera escolar «dextra» enfermera comunitaria. Rev ROL Enf 2010; 33(1):28-29.

Araujo P. Importancia del rol de la enfermera escolar en los centros educativos de las Islas Canarias. Rev. ROL Enf. 2013; 36(7-8): 36-42.

Consejo General de Enfermería. Marco de competencias del Profesional de Enfermería Experto en el Ámbito Escolar. Madrid: CONSEJO GENERAL DE ENFERMERÍA DE ESPAÑA; 2019.

Guillén Martínez, D. Enfermedad Crónica en la Infancia y Enfermería Escolar: Nuevas Necesidades y Nuevos Recursos en los Entornos Escolares [Tesis Doctoral]. Murcia: Universidad Católica San Antonio; 2017.

Martínez Riera JR. Enfermera Comunitaria Versus Enfermera Escolar. Rev ROL de Enf. 2009; 32(7-8):46-49.

POSTER 75

AUTORES/AUTHORS:

Irache Casadamón-Munárriz, Bernardo Abel Cedeño-Veloz

TÍTULO/TITLE:

IMPLANTACIÓN DE LAS FRACTURE LIAISON SERVICES EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE NAVARRA

OBJETIVO

Evaluar la eficacia en la capacidad funcional en paciente con fractura de cadera por fragilidad, mediante una actuación protocolizada mediante programa multidisciplinar.

Con esto, se pretende conocer la adherencia a las recomendaciones farmacológicas y no farmacológicas que reciben los pacientes incluidos en el protocolo Fracture Liaison Services (FLS) del Hospital Universitario de Navarra.

MÉTODOS

Se elabora el protocolo FLS tras llevar a cabo una exhaustiva recopilación de evidencias científicas. La muestra está compuesta por personas ingresadas en la unidad de traumatología, ≥ 75 años, con un diagnóstico de fractura de cadera por fragilidad, puntuación en la escala Barthel ≥ 60 e independencia previa para la deambulación (medida como FAC ≥ 6). Se excluyen del estudio los pacientes con enfermedad en estadio terminal según criterios SECPAL, con deterioro cognitivo moderado-severo (considerado como una puntuación en el Global Deterioration Scale de Goldber ≥ 5) y con osteoporosis secundaria.

RESULTADO

La prevalencia de la osteoporosis y, por consiguiente, de las fracturas por fragilidad, van en aumento. A través de un programa multicomponente, el cual incluye recomendaciones farmacológicas y no farmacológicas, se pretende llevar a cabo una atención de prevención secundaria para evitar refracturas en el futuro.

A través de la versión reducida del registro español de fracturas (miniREFRA) de la sociedad española de investigación ósea y del metabolismo mineral (SEIOMM), se ha llevado a cabo la recogida de datos de 114 pacientes (1 de enero a 1 de mayo 2022). En esta base de datos se recogen características epidemiológicas, clínicas, funcionales y asistenciales en el momento de la hospitalización y durante el seguimiento ambulatorio.

La adherencia a recomendaciones no farmacológicas se ve un seguimiento al mes del 83% siendo mayor que la adherencia farmacológica 67,5%. La institucionalización y la falta de cuidador formal son los hallazgos que más se relacionan con la baja adherencia.

DISCUSIÓN

El papel de la enfermera gestora de casos como coordinadora en el manejo de los pacientes con fractura por fragilidad hospitalizados, cobra sentido con la creación del protocolo de FLS en el Hospital Universitario de Navarra.

La labor en la educación de medidas no farmacológicas para la prevención de caídas y fracturas es esencial para mejorar la calidad de vida y la autonomía de las personas afectas tras fractura de cadera. Sin embargo, seguimos viendo falta de adherencia en relación principalmente con la dispensación de cuidados en los domicilios/residencias previas.

Respecto a las medidas farmacológicas se ve una adherencia menor que, en estudios previos, se ha visto relacionado (a parte de lo comentado anteriormente) por la polifarmacia y la falta de concienciación de enfermedad.

Se debe seguir valorando la adherencia a largo plazo de estas medidas, así como trabajar en medidas de cara a garantizar dicha adherencia.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

POSTER 76

AUTORES/AUTHORS:

ESTELA MUÑOZ GONZÁLEZ, NIEVES BLÁZQUEZ GÓMEZ, MARÍA REYES ÁVILA TATO, MARTA SÁNCHEZ GARCÍA, MARÍA JESÚS LABRADOR DOMÍNGUEZ, MARÍA ISABEL CÓRDOBA MONTAÑA, EMILIO BENAVENTE PÉREZ

TÍTULO/TITLE:

Manejo del dolor en una unidad de rehabilitación funcional, percepción del paciente

Introducción: Definir el dolor es un reto porque se trata de una experiencia individual y subjetiva, sumado a que, a pesar de existir varios métodos de medición, ninguno ofrece resultados completamente objetivables. Además, se acompaña de sensaciones y matices que cada uno vive de un modo diferente y pueden incrementar o disminuir esa percepción (1). Que el sujeto sea capaz de expresarlo es la forma más válida de valorar el dolor (2,3) pero a pesar de ello, la medición del dolor sigue siendo un proceso arbitrario y una de las actividades de cuidados más difícil de realizar (3,4). Utilizar escalas de medición en pacientes con capacidad comunicativa, precisa de la comprensión de la misma por el sujeto, entendiéndose que sirve para evaluar su dolor como para su seguimiento. Los profesionales deberán adecuar su lenguaje al nivel cultural del usuario y a puntuar sin juzgar (1,5), teniendo en cuenta al sujeto y no sólo a su puntuación sobre el dolor, su comunicación y también los conceptos erróneos sobre la necesidad de toma de analgesia (6). La documentación del dolor favorece la realización de unos cuidados seguros, eficaces y éticos y fomenta la continuidad de los cuidados. Se consigue estableciendo un plan de cuidados para poder evaluar la efectividad de las intervenciones y así asegurar unos resultados óptimos. Está demostrado que la participación activa del sujeto en la puesta en marcha de un plan de manejo del dolor, mejora los resultados. Los diarios de dolor pueden ayudar a la persona a comunicarse y a los profesionales de salud a valorar de forma más concreta la respuesta a las intervenciones (2). Las organizaciones deben tener como prioridad promover actividades que mejoren la calidad en el manejo del dolor, así como la documentación de su evaluación y seguimiento para garantizar una atención integral, continuada y multidisciplinar (6). Objetivos: Fomentar la participación de los pacientes en su proceso de atención al dolor. Mejorar el registro de la medición del dolor como quinta constante. Analizar la evolución de la implantación de las recomendaciones de la guía Registered Nurses Association of Ontario (RNAO) de Valoración y manejo del dolor: Detectar la presencia o riesgo de cualquier tipo de dolor. Comunicar y registrar las respuestas de la persona al plan del manejo del dolor. Métodos: Ámbito: Hospital Guadarrama de media estancia. Diseño: Estudio descriptivo, observacional, de prevalencia. Participantes: Pacientes ingresados en rehabilitación funcional del 1 de marzo al 15 de mayo de 2022 sin deterioro neurocognitivo ni problemas de comunicación. Variables: Paciente por proceso clínico (ortogeriatría, deterioro funcional, daño cerebral adquirido). Dolor medio por proceso. Pacientes con plan de cuidados para el dolor. Rapidez en la respuesta ante la presencia del dolor en el paciente. Valoración del dolor posterior a la administración de analgesia extra. Información al paciente sobre cambio de pauta de analgesia. Instrumento: La intensidad del dolor se evaluó con la Escala Visual Analógica (EVA), que evalúa de forma subjetiva de 0 a 10 puntos. Para la percepción del paciente se utilizaron preguntas cerradas, dicotómicas con posibilidad de observaciones. El registro del plan de cuidados de dolor se obtuvo de Selene. Análisis de datos o proceso y método: Se incluyó a todos los pacientes ingresados que cumplieran los criterios de inclusión, realizando un registro de 10 tomas en los primeros 14 días de ingreso. Se siguió la metodología de implantación de la Herramienta de implantación de buenas prácticas de la RNAO®. Se elaboraron “diarios de dolor” en formato papel y los datos fueron registrados y analizados posteriormente, los enfermeros recibían las instrucciones por parte del nombrado “responsable de dolor”. Se elaboró un registro con los comentarios subjetivos de los sujetos participantes. Resultados: muestra de 67 pacientes de 60 a 89 años de edad. El dolor medio por proceso fue de 1,61/10 en ortogeriatría, 1,64 deterioro funcional y 0,38 daño cerebral adquirido, de un total de 610 tomas. El 34,5% de los pacientes presentaban plan de cuidados para el dolor. Un 85% de los sujetos indicó que la atención ante el dolor había sido rápida y eficaz, el 88% que los enfermeros valoraban posteriormente la efectividad de la analgesia extra y el 68% afirmó haber recibido información sobre el cambio de pauta analgésica. Discusión: La media de dolor indica que los pacientes tienen niveles de dolor muy bajos, teniendo en cuenta que todos ellos presentaban pauta analgésica fija. Aún sin presentar dolor en el momento de ingreso, en 1/3 de los pacientes se añadieron intervenciones relacionadas con dolor en el plan de cuidados. Al estar ingresados en una unidad de recuperación funcional, aunque el paciente no presente dolor al ingreso, la prevención del mismo es fundamental en el avance de la recuperación, por lo que incluir intervenciones en el plan de cuidados supone una mejora en la atención al paciente. La mayoría de los pacientes ha mostrado que la intervención enfermera ha sido eficaz, demostrando esto que se valora el resultado de la atención y se tienen en cuenta la participación activa del paciente. Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Vicente Herrero M T, Delgado Bueno S, Bandrés Moyá F, Ramírez Iñiguez de la Torre M V, Capdevila García L. Valoración del dolor. Revisión Comparativa de Escalas y Cuestionarios / Pain Assessment. Comparative Review of Scales and Questionnaires. Rev. Soc. Esp. Dolor. 2018. doi: 10.20986/resed.2018.3632/2017.
2. Manejo y valoración del dolor. Guía de buenas prácticas en enfermería [Internet] RNAO, 2013. Disponible en https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/2015_-_BPG_Pain_16_01_2015_-_3rd_Edition.pdf
3. López, P, Freijeiro, M, Torres, D, Baluja,A, Vidal, I y Álvarez, J. Avances en el tratamiento del dolor. Aplicaciones clínicas. Medicine. 2016;12(23):1350-8.
4. Camacho Barreiro L, Pesado Cartelle J y Rumbo-Prieto JM. Opinión de enfermería y concordancia entre las escalas visual analógica, verbal simple y numérica, en la valoración del dolor agudo como 5a constante vital. Ene. vol.10 no.1 Santa Cruz de La Palma mar./abr. 2016
5. Berrocoso Martínez,A de Arriba Muñoz, L y Arcega Baraza,A. Abordaje del dolor crónico no oncológico. REV CLÍN MED FAM 2018; 11(3): 154-159
6. Sepúlveda-Sánchez, JM, Canca-Sánchez,JC Rivas-Ruizb, F, Martín-Garcíaa,M, Pérez-González, M y Timonet-Andreu, EM. Gestión enfermera del dolor en pacientes hospitalizados con patologías médicas no oncológicas. Enferm Clin. 2016;26(2):137---141.

POSTER 82

AUTORES/AUTHORS:

Arminda Pinheiro, Dolores Sardo

TÍTULO/TITLE:

PRODUCCIÓN ACADÉMICA DE ENFERMERAS EN SALUD MATERNA Y OBSTETRICA: IMPLICACIONES PARA LA DELIMITACIÓN DEL CAMPO PROFESION

En Portugal, las competencias de la Enfermera Especialista en Salud Materna y Obstétrica (EESMO) están legalmente definidas, delimitando su campo de intervención. Sin embargo, el desarrollo e implementación de sus competencias se ha visto obstaculizado por los modelos de organización del sistema de salud.

La sociología de las profesiones ha sugerido que el sistema de conocimiento abstracto puede definir los problemas y tareas de los profesionales, defenderlos y ayudarlos a encontrar nuevas soluciones a nuevos problemas, por lo que consideran que el desarrollo del conocimiento es parte fundamental de la autonomía y supervivencia de un grupo profesional (Abbott, 1988)

OBJETIVOS: Identificar la producción científica académica sobre cuidados de enfermería en el ámbito de la salud sexual y reproductiva en los estudios de maestría y doctorado realizados por EESMO en Portugal, entre 2011-2021

Identificar posibles áreas/temas para futuros estudios, teniendo en cuenta las competencias definidas para la EESMO por la Ordem dos Enfermeiros

METODO: Estudio bibliométrico, descriptivo y retrospectivo, realizado mediante investigación documental, con la finalidad de conocer los aportes científicos que se han realizado por la EESMOs. Este método permite una evaluación objetiva de la producción científica. La investigación bibliométrica, como técnica, comprende la lectura, selección y archivo de temas de interés para la investigación de que se trate, con el propósito de conocer los aportes científicos que se han realizado sobre un tema determinado (Ferrari, 1992). Esta investigación fue desarrollada de forma independiente por dos investigadores. El material de análisis se limitó a disertaciones de maestría y tesis doctorales, escritas por EESMOs y publicadas en los repositorios científicos de las facultades portuguesas entre 2015 y 2021. Los registros se recopilaron entre octubre y diciembre de 2021. En la búsqueda se utilizaron término fijo enfermería asociado a los términos: salud sexual/sexualidad, planificación familiar, embarazo, parto, postparto, lactancia materna, climatérico/menopausia, ginecología en los campos "asunto" o "descripción" o "palabra clave", de acuerdo con las áreas de competencia de la EESMO definidas por la Ordem dos Enfermeiros. Las obras fueron analizadas a través del título y resumen. Cuando hubo divergencias en el análisis, las decisiones se tomaron en conjunto con discusión. Se garantizaron procedimientos éticos.

RESULTADOS: El estudio encontró 942 trabajos de maestría en el área de salud sexual y reproductiva, de los cuales 208 fueron realizados por los EESMOs y distribuidos en las siguientes áreas temáticas: salud sexual/sexualidade-3/28; planificación familiar-1/5; embarazo 132/508; parto-46/104; posparto-10/21; lactancia materna-11/27; climaterio/menopausia-2/3; ginecologia-0/10. En cuanto a los trabajos de doctorado, de un total de 200, solo 13 fueron realizados por EESMO en las siguientes áreas: salud sexual/sexualidad-3; Embarazo-5; parto-2; posparto-3.

DISCUSIÓN: La investigación producida en un área determinada contribuye a la delimitación de su campo científico, define con mayor claridad los límites del campo de intervención de un grupo profesional, da sustentabilidad a las prácticas profesionales, que pasan a basarse en la mejor evidencia posible, contribuyendo también a la construcción y "reconstrucción" de la identidad profesional de quienes la producen.

En este estudio se encontró que la producción científica realizada por la EESMO entre 2015 y 2021 fue más frecuente en las áreas temáticas de embarazo/embarazo y parto; que la producción científica realizada por sobre los temas de planificación familiar y menopausia/climacterium era mínima y que no había producción sobre temas en el ámbito de la ginecología. También se encontró que diferentes grupos profesionales desarrollan conocimientos en áreas específicas de la EESMO, con especial relevancia para médicos, psicólogos y enfermeras especialistas de otras áreas.

Esto podría significar que los límites del área de actuación de la EESMO, en Portugal, estén cada vez más centrados en el campo de la maternidad y lejos de lo recomendado por la Ordem dos Enfermeiros; es decir, el campo de intervención profesional puede estar reduciéndose.

Como ha sugerido la sociología de las profesiones, el sistema de conocimiento abstracto puede definir los problemas y tareas de los profesionales, defenderlos y ayudarlos a encontrar nuevas soluciones para nuevos problemas. Creemos que es importante para el reconocimiento de este grupo profesional contar con mayor producción académica en las diferentes áreas de competencia atribuidas

a la EESMO, con el fin de fundamentar sus prácticas, construyendo su identidad profesional y reconocimiento social.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Abbot, A. (1998). The system of professions. An essay on the division of expert labour. Chicago. The University of Chicago Press.
- Andrade, V. (2014). Identidad profesional y el mundo del trabajo contemporáneo. Reflexiones desde un resumen de caso. Athenea digital: Revista de pensamiento e investigación social, Bellaterra (España), 14-2: 117-145
- Bardin, L. (2009) Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, LDA
- Giddens, A.(2008). Sociologia. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 6ªedição.
- Martinic, S. (1992).Análisis Estructural: presentación de un método para el estudio de lógicas culturales. Santiago: Centro de Investigación y Desarrollo de la Educación- CIDE.
- Opazo-Valezuela, P.A.; Jarpa-Arriaga, C.G. (2018). Identidad profesional: representaciones sociales de trabajadoras sociales chilenas en tiempos de dictadura. Rev. katálysis, 21-1: 168-177. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-02592018v21n1p168>.
- Pimenta, S.G. (1997) Formação de Professores- saberes da docência e identidade do professor. Nuances, 3: 5-14

POSTER 85

AUTORES/AUTHORS:

António Ferreira, Beatriz Araújo, Matias Alves, Fernanda Príncipe, Liliana Mota, Marilene Silva

TÍTULO/TITLE:

Peer Feedback: Guidelines for students and teachers during nursing clinical practice

Aim: This study aims to develop guidelines, for students and teachers, to the peer feedback implementation during nursing clinical practice; and identify the contributes of peer feedback during nursing clinical practice, to reach effectiveness for metacognitive skills development. The student's involvement in developing peer feedback during their clinical practice increase is participation and commitment to learning and assessment process, promoting the development of professional and soft skills. Teacher and students are currently challenge to cooperate in creating a learning environment that promote the achievement of expected learning outcomes and competencies. The implementation of peer feedback requires specific characteristics to be considered effective and achieve it purposes during implementation (Allen, L. & Molloy, E., 2018). The students, through the implementation of the peer feedback, showed a greater participation in the teaching and learning process, demonstrating collaborative learning mechanisms (collaborative learning) among themselves, and together with the professor/clinical supervisor. Teachers and clinical supervisors, considering that peer feedback is characterized by being a participatory and collaborative method (Lerchenfeldt, Mi, & Eng, 2019; Wanner & Palmer, 2018), which promotes student involvement (Allen & Molloy, 2018; Donia et al., 2018) in the teaching, learning and assessment process (A3ES, 2016; ENQA, ESU, EUA & EURASHE, 2015). It is also known that the more active and interactive the students' participation in the learning process, the greater the acquisition of knowledge (Biggs & Tang, 2011). In addition, students show better self-regulation of learning, demonstrating the ability to identify their own learning objectives, define research and intervention strategies, with a view to developing the required skills (Allen & Molloy, 2018; Ferreira, et al., 2015).

Methods: It was conducted a quasi-experimental study (pre and post intervention) between 2018 and 2021. The target group were based in nursing students (3rd and 4th year) from a Health School in North of Portugal. The inclusion criteria were defined as nursing students in a clinical practice context, with participation in preparatory workshop based in the peer feedback assessment and learning model. Data collection was provided by pre and post intervention online questionnaire and focus groups. Quantitative data analysis was performed by software Statistical Package for Social Sciences (SPSS®, version 23), and qualitative data by using QDA Minor® for content analysis. Ethics approval were obtained from Ethical Committee and Direction Council from the Health School.

Results: In result of 82 students and 12 teachers suggest that the "Peer Feedback Guidelines", developed in peer feedback assessment and learning model, when implemented in nursing clinical practice context are fundamental (86%) to maximize the systematization of this model in every person involved: students, teachers and clinical supervisors. In result of focus groups (12 students; 12 teachers) the guidelines achieved the main characteristics for the model implementation, where "peer feedback" need to: "be timely"; "be constructive"; "be proactive"; be significant"; "be realistic"; "be descriptive"; "create evidence"; "avoid comparisons" and "student commitment". Following the guidelines requisites in peer feedback model, there were identified 8 categories of contributes/competences achieve by students: student's engagement in learning and assessment process; communication and relationship development; self-directed and self-regulated learning; Critical and reflective thinking; Self-assessment ability; Decision making; Responsibility and Autonomy. Self-awareness of professional skills needed to work in group or teams are also mentions as very important result of use of peer feedback. Students and teachers consider that peer feedback assessment and learning model is a powerful strategy if correctly used during the clinical learning path in nursing higher education.

Discussion: The guideline for Peer Feedback Assessment and Learning Model contributes to a collaborative and integrative approach on nursing education in clinical practice context. It is evident that following the guideline, based in the characteristics that peer feedback requires to be implemented, is fundamental, suggesting that it will positively contribute to de development of softs and hard skill, actually required in nursing quality standards, such as: self-regulated learning, critical and reflective thinking or self-awareness of professional skills. The integration of guidelines in nursing education, especially in clinical contexts, will positively contribute to student's engagement and skills development, to face the health demands of todays citizens in super diverse communities. It is evident that the adoption of a model centered on the student and on his/her learning and evaluation process in nursing training in a clinical context, favors a successful academic path, allows the alignment of pedagogical methodologies with national and international references in guaranteeing the quality of higher education, curriculum development and contributes significantly to nursing knowledge.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- A3ES. Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior. (2016). Referenciais para os sistemas internos de garantia da qualidade nas instituições de ensino superior. Lisboa: A3ES. Recuperado de http://www.a3es.pt/sites/default/files/A3ES_ReferenciaisSIGQ_201610.PDF
- Allen, L., & Molloy, E. (2018). The influence of a preceptor-student 'Daily Feedback Tool' on clinical feedback practices in nursing education: A qualitative study. *Nurse Education Today*, 49, 57-62. doi.org/10.1016/j.nedt.2016.11.009
- Biggs, J., & Tang, C. (2011). *Teaching for Quality Learning at University* (4ª ed.). New York: McGraw-Hill.
- Donia, M. B., O'Neill, T. A., & Brutus, S. (2018). The longitudinal effects of peer feedback in the development and transfer of student teamwork skills. *Learning and Individual Differences*, 61, 87–98. doi.org/10.1016/j.lindif.2017.11.012.
- ENQA, ESU, EUA & EURASHE. (2015). *Standards and Guidelines for Quality Assurance in the European Higher Education*. Bruxelas. Recuperado de https://enqa.eu/wpcontent/uploads/2015/11/ESG_2015.pdf
- European Association for Quality Assurance in Higher Education. (2015). *Standards and Guidelines for Quality Assurance in the European Higher Education*. Brussels, Belgium
- Ferreira, A., Fonseca, L., Ferreira, S., Sá, S., & Pereira, B. (2015). Avaliação por pares em contexto de ensino clínico em enfermagem. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10400.26/13932>
- Lerchenfeldt, S., Mi, M., & Eng, M. (2019). The utilization of peer feedback during collaborative learning in undergraduate medical education: a systematic review. *BMC Medical Education*, 321. doi.org/10.1186/s12909-019-1755-z.
- Wanner, T., & Palmer, E. (2018). Formative self-and peer assessment for improved student learning: the crucial factors of design, teacher participation and feedback . *Assessment & Evaluation in Higher Education*, 43(7), 1032-1047. DOI: 10.1080/02602938.2.

POSTER 86

AUTORES/AUTHORS:

Liliana Mota, Fernanda Principe, António Ferreira, Henrique Pereira

TÍTULO/TITLE:

Health promotion skills in the study plan of a nursing college

Objective: To evaluate the evolution of health promotion skills in the curriculum of a higher school of nursing from 2008 to 2021.

Methodology: Retrospective qualitative study of document analysis of the study plans of the degree in nursing from 2008 to 2021. An analysis grid was carried out with the following variables: Academic year, Curricular Unit, Hours of contact and hours of Promotion of health. The analysis was carried out over the 4 years of the nursing degree course. Data were subjected to statistical analysis according to the nature of the variables. All ethical procedures and authorization request to the Board of Directors of the Higher Education Institution were complied with.

Result: In global terms, we can see that, in the 1st year, there was a growth in percentage terms in all CU (Curricular Units) in contents in the area of health promotion, in the 2012-2021 study plan, when compared to the 2008-2012 study plan. In addition, content was introduced in two CU "Health Psychology" and "General Psychology". If we look at the total data, it can be seen that although a CU "Psycho-sociology of Health" was excluded and the total number of contact hours decreased in the 2012-2021 study plan, the number of hours allocated to health promotion increased by 19.4%. In the 2nd year, there is also an investment in health promotion, through the introduction of contents in CU that were absent in the 2008-2012 study plan, and increasing the number of hours in which these contents were already present. Also, in terms of total hours, the increase is (66 hours) which corresponds to 15.7%. In the 3rd year, there was a change in the nomenclature of some CU, maintaining the trend of an increase in hours dedicated to health promotion, but not with the same evolution, with the percentage difference in global hours being 5.5%. In the 4th year there was an inverse trend to that seen in previous years, the Study Plan 2012-2021 recorded 19.1% less hours, whose syllabus contained aspects of health promotion.

Discussion: This analysis allowed an in-depth knowledge of the higher education institution in order to give intentionality to its guidelines and planning that define health promotion policies for nursing education. This is a way of giving visibility to the action of the higher education institution in the promotion of health, with its integration in the study plan, as an excellent vehicle for the development of the skills of future nurses.

Conflicts of interest: nothing to declare.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Ferreira, F. M., Brito, I. S., & Reis-Santos, M. (2018). Programas de promoção da saúde no ensino superior: revisão integrativa de literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 1714-1723.

Ferreira, F. M., Mota, L. A., Brito, I. S., & Reis-Santos, M. (2017). Perfil de saúde dos estudantes de enfermagem: diagnóstico epidemiológico a partir do modelo PRECEDE-PROCEED. *Revista Referência*, 91-100.

Fertman, C. I., & Allensworth, D. D. (2010). *Health Promotion Programs: From Theory to Practice*. USA: Wiley

Lederer, A. M., & Oswalt, S. B. (2017). The Value of College Health Promotion: A Critical Population and Setting for Improving the Public's Health. *American Journal of Health Education*, 48, 215-8.

ÍNDICE / INDEX

Mesa 1: Dolor Session 1: Pain	p. 1
Mesa 2: Género y salud Session 2: Gender and Health	p. 12
Mesa 3: Adolescentes y telesalud Session 3: Teenagers and m-Health	p. 14
Mesa 4: Práctica Clínica Session 4: Clinical Practice	p. 18
Mesa 5: Cuidados en el sueño Session 5: Sleep care	p. 24
Mesa 6: Cuidados en enfermedades infecciosas Session 6: Infectious disease care	p. 29
Mesa 7: Investigación en Cuidados Session 7: Nursing research	p. 35
Mesa 8: Cuidados Paliativos Session 8: Palliative care	p. 39
Mesa 9: Práctica Clínica Session 9: Clinical Practice	p. 45
Mesa 10: Profesión Session 10: Profession	p. 51
Mesa 11: Salud mental Session 11: Mental Health	p. 54
Mesa 12: Seguridad del paciente Session 12: Patient safety	p. 58
Mesa 13: Estudiantes de enfermería Session 13: Nursing student	p. 66
Mesa 14: Mujeres y niños Session 14: Women and Children	p. 73
Mesa 15: Cuidados oncológicos y cronicidad Session 15: Oncology care and chronicity	p. 88
Mesa 16: COVID-19 Session 16: COVID-19	p. 97
Mesa 17: Cuidados a pacientes quirúrgicos Session 17: Care of surgical patients	p. 105
Mesa 18: Seguridad del paciente y agudos Session 18: Patient safety and acute care	p. 115
Mesa 19: Investigación en Cuidados Session 19: Nursing research	p. 124
Mesa 20: Práctica Clínica Basada en la Evidencia Session 20: Evidence Based Practice	p. 130
Mesa 21: Cuidados cardiovasculares Session 21: Cardiovascular care	p. 133
Mesa 22: COVID-19 y profesión Session 22: COVID-19 and nursing profession	p. 142
Mesa 23: Envejecimiento y fragilidad Session 23: Aging and frailty	p. 152
Mesa 24: Práctica Clínica Session 24: Clinical Practice	p. 163
POSTER 2	p. 172
POSTER 5	p. 174
POSTER 38	p. 176
POSTER 39	p. 179
POSTER 40	p. 180
POSTER 41	p. 181
POSTER 42	p. 183
POSTER 43	p. 185
POSTER 44	p. 187
POSTER 45	p. 189
POSTER 49	p. 191
POSTER 55	p. 193
POSTER 61	p. 195
POSTER 65	p. 198
POSTER 66	p. 200
POSTER 75	p. 202
POSTER 76	p. 203

POSTER 82.....	p. 205
POSTER 85.....	p. 207
POSTER 86.....	p. 209
ÍNDICE / INDEX	p. 210