

**ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

**X CONGRESO NACIONAL DE FAECAP  
I CONGRESO DE ACAMEC  
VII ENCUENTRO DE EIR Y DE TUTORES**

*Empoderar, Facilitar y Compartir*

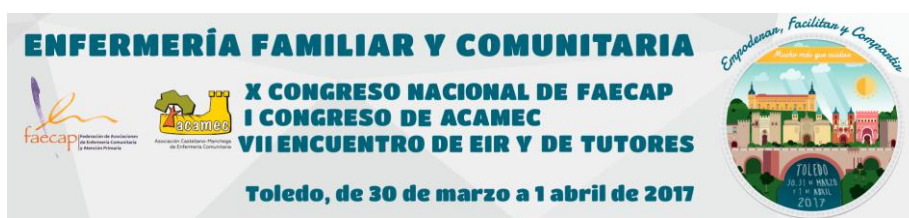
*Mucho más que cuidar*



[www.faecap.com](http://www.faecap.com)



**LIBRO DE ACTAS**



Libro de actas del X Congreso de la Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria (FAECAP) y I Congreso de la Asociación Castellano-Manchega de Enfermería Comunitaria (ACAMEC), celebrado en la ciudad de Toledo, los días 30, 31 y 1 de abril de 2017.

Agradecemos el apoyo de las distintas asociaciones, empresas y particulares que han colaborado y trabajado para poder llevar a cabo este tiempo de encuentro y ciencia, destacando a todas las personas que han participado con su asistencia y trabajos, pues sin vuestro esfuerzo nada de esto es posible.

ISBN: 978-84-617-9351-8

X Congreso FAECAP, I Congreso ACAMEC, VI Encuentro de EIR y tutores [internet]. FAECAP.  
Toledo, 2017

# ÍNDICE

Presentación.....	4
Comités.....	5
<b>PONENCIAS.....</b>	<b>6</b>
<b>COMUNICACIONES ORALES.....</b>	<b>53</b>
<b>PREMIOS COMUNICACIONES ORALES.....</b>	<b>54</b>
<b>COMUNICACIONES ORALES TEXTO COMPLETO.....</b>	<b>76</b>
<i>Empoderando a la persona y a la familia.....</i>	<i>77</i>
<i>Empoderando a la comunidad.....</i>	<i>111</i>
<i>La enfermería comunitaria ante la vulnerabilidad.....</i>	<i>251</i>
<i>Compartiendo experiencias.....</i>	<i>304</i>
<i>Enfermería comunitaria e investigación.....</i>	<i>374</i>
<b>COMUNICACIONES POSTER.....</b>	<b>502</b>
<b>PREMIOS COMUNICACIONES POSTER.....</b>	<b>503</b>
<b>COMUNICACIONES POSTER TEXTO COMPLETO.....</b>	<b>531</b>
<i>Empoderando a la persona y a la familia.....</i>	<i>532</i>
<i>Empoderando a la comunidad.....</i>	<i>617</i>
<i>La enfermería comunitaria ante la vulnerabilidad.....</i>	<i>796</i>
<i>Compartiendo experiencias.....</i>	<i>874</i>
<i>Enfermería comunitaria e investigación.....</i>	<i>957</i>
<b>RESÚMENES</b>	
<b>COMUNICACIONES ORALES RESÚMENES.....</b>	<b>1104</b>
<i>Empoderando a la persona y a la familia.....</i>	<i>1105</i>
<i>Empoderando a la comunidad.....</i>	<i>1109</i>
<i>La enfermería comunitaria ante la vulnerabilidad.....</i>	<i>1120</i>
<i>Compartiendo experiencias.....</i>	<i>1123</i>
<i>Enfermería comunitaria e investigación.....</i>	<i>1132</i>
<b>COMUNICACIONES PÓSTER RESÚMENES.....</b>	<b>1139</b>
<i>Empoderando a la persona y a la familia.....</i>	<i>1140</i>
<i>Empoderando a la comunidad.....</i>	<i>1156</i>
<i>La enfermería comunitaria ante la vulnerabilidad.....</i>	<i>1197</i>
<i>Compartiendo experiencias.....</i>	<i>1219</i>
<i>Enfermería comunitaria e investigación.....</i>	<i>1240</i>
<b>ÍNDICE POR TÍTULOS.....</b>	<b>1274</b>
<b>ÍNDICE PRIMEROS AUTORES.....</b>	<b>1284</b>
<b>ENTIDADES COLABORADORAS Y PATROCINADORES.....</b>	<b>12848</b>

## Presentación

La Asociación Castellano Manchega de Enfermería Comunitaria (ACAMEC) y la Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria (FAECAP) organizaron el X Congreso Nacional de FAECAP, I Congreso de ACAMEC y VII Encuentro Nacional de EIR y de Tutores, que tuvo lugar en la monumental ciudad de Toledo los días 30, 31 de marzo y 1 de abril de 2017. Para la celebración del Congreso se eligió la ciudad de Toledo y se dispuso de la magnífica sede del Palacio de Congresos, en pleno corazón del Casco Histórico de esta ciudad Patrimonio de la humanidad. Este fue el espacio que nos acogió y favoreció la relación, el contacto y la inspiración mutua para proyectarnos como profesión hacia el futuro.

El congreso, bajo el lema "EMPODERAR, FACILITAR y COMPARTIR, MUCHO MÁS QUE CUIDAR", suscitó el interés de 536 profesionales que nos reunimos para desarrollar un programa que recogía aspectos que guardan estrecha relación con el ejercicio de nuestra profesión, que dan sentido a nuestro quehacer diario, por lo que fueron muchos los conocimientos y las experiencias que se compartieron. Se contó con un extraordinario panel de ponentes que sirvieron de inspiración y acicate para todos los participantes; Los trabajos aportados por los/las Congresistas se distribuyeron en 16 mesas de comunicaciones, y 10 sesiones de defensas de poster.

Uno de los frutos tangibles de este Congreso lo constituye este Libro de Actas que ahora presentamos. Se ha procurado que éste tenga la máxima calidad posible, que incluya gran parte de la información de los trabajos presentados por los y las congresistas y que sea publicado con rigurosidad y de forma abierta y accesible (para ello se dispone de menú de navegación e índices de autores y trabajos). Así, el libro recoge, además de algunas de las ponencias, la totalidad de los 321 trabajos presentados por los y las congresistas, la mayoría de ellos en forma de artículo extenso. En concreto, en este volumen se incluyen:

- 59 comunicaciones orales presentadas de ellas en forma de artículo completo con la suficiente extensión como para ser consultadas con detalle;
- 99 comunicaciones tipo poster también presentadas en forma de artículo extenso;
- 33 comunicaciones orales presentadas en forma de resumen.
- 130 comunicaciones tipo poster presentadas en forma de resumen.

Sin duda, esta obra colectiva deja constancia de las experiencias y trabajos científicos que desarrolla nuestra profesión hoy en España. Desde el Comité Organizador y el Comité Científico entendemos que esta gran obra colectiva nos permitirá conocer en profundidad los trabajos presentados, reavivando el entusiasmo que experimentamos en el Congreso de Toledo y favoreciendo la creación de nuevos espacios de reflexión y debate que redunden en el desarrollo de la Enfermería Familiar y Comunitaria.

Francisco Javier Carrasco Rodríguez  
Presidente del Congreso

Sagrario Celada Pérez  
Presidenta del Comité Organizador

Gonzalo Melgar de Corral  
Presidente del Comité Científico

## Comités

### **PRESIDENCIA DE HONOR**

**S. M. La Reina**  
**Letizia Ortiz Rocasolano**

### **COMITÉ ORGANIZADOR**

#### **PRESIDENTA**

**Sagrario Celada Pérez**

#### **VICEPRESIDENTA**

**Rosa M<sup>a</sup> Gómez-Calcerrada Jiménez**

#### **SECRETARÍA**

**Carmen Pérez Habas**

#### **TESORERA**

**Alicia Aguado Gómez**

#### **VOCALES**

**Natalia de la Cruz Dorado**  
**Magdalena Fernández Martín**  
**Soledad Gómez-Escalonilla Lorenzo**  
**Sara Gómez Suárez**  
**Rosa Rojo Cañibano**  
**Isabel Rubio Gómez**  
**Eva Sáez Torralba**  
**Luis Sánchez Pérez**

### **RESPONSABLES DEL VII ENCUENTRO DE EIR**

**Maravillas Torrecilla Abril**  
**Natalia de la Cruz Dorado**

### **RESPONSABLE DEL VII ENCUENTRO DE TUTORES**

**Eva Sáez Torralba**

### **PRESIDENCIA DEL CONGRESO**

**Francisco Javier Carrasco Rodríguez**  
Presidente de FAECAP  
Federación de Asociaciones de Enfermería  
Comunitaria y Atención Primaria

### **COMITÉ CIENTÍFICO**

#### **PRESIDENTE**

**Gonzalo Melgar de Corral**

#### **VICEPRESIDENTE**

**José M<sup>a</sup> Rumbo Prieto (AGEFEC)**

#### **SECRETARÍA**

**M<sup>a</sup> Concepción Villar de la Fuente**

#### **VOCALES ACAMEC**

**Soledad Gómez Sánchez**  
**Raúl Muñoz Martín**  
**Pedro Romera Rufián**  
**Cristina Roviralta Puente**  
**Juan Carlos Rubio Sevilla**

#### **VOCAL AIFCC**

**Marta Rafael**

#### **VOCAL ASANEC**

**Manuel López Morales**

#### **VOCAL EFEKEZE**

**Nerea Gutiérrez Bartolomé**

#### **VOCAL SEAPA**

**Ana González Pisano**

#### **VOCAL SEAPREMUR**

**Josep Sánchez Monfort**

#### **VOCAL SEMAP**

**Irene Cañada Martínez**

#### **VOCAL AECA**

**Alba Blasco Celma**

#### **VOCAL ACALEFYC**

**Sofía Pascual Sánchez**

#### **VOCAL SEVAP**

**Pedro García Martínez**

#### **VOCAL ABIC**

**María de Lluç Bauzà Amengua**

#### **VOCAL SCECC**

**Patricia López Calderón**



# PONENCIAS

## Conferencia inaugural

### DESEQUILIBRIOS, INCERTIDUMBRES Y RETOS EN LA SANIDAD ESPAÑOLA

Fernando Lamata Cotanda

#### RESUMEN

En España se había logrado un equilibrio razonable en la generación y distribución de riqueza, combinando la libertad de empresa, la propiedad y la herencia con un sistema fiscal que recaudaba tributos de forma progresiva y financiaba con ellos la sanidad, la educación, las pensiones y los servicios sociales, ofreciendo condiciones de vida aceptables para la mayoría de las personas. Este equilibrio se ha roto, creando incertidumbres acerca del futuro, y amenazando algunas de las más importantes conquistas sociales del siglo XX, como la universalidad de la atención sanitaria. Esta incertidumbre requiere análisis y debate para definir respuestas adecuadas a los retos actuales. Por eso es importante que la profesión de enfermería y la enfermería comunitaria debata estas cuestiones y renueve su compromiso por una sanidad pública y una atención sanitaria de calidad, para todas y todos, donde nadie se quede sin el cuidado, la atención o el medicamento que necesite. Donde nadie se quede atrás.

#### SUMMARY

In Spain, a reasonable balance had been achieved in the generation and distribution of wealth, combining freedom of enterprise, property and inheritance with a tax system that collected progressive taxes and financed with them health, education, pensions and social services, offering acceptable living conditions for most people. This balance has been broken, creating uncertainties about the future, and threatening some of the most important social achievements of the twentieth century, such as the universality of health care. This uncertainty requires analysis and debate in order to define appropriate response to present challenges. That is why it is important that the nursing profession and community nursing discuss these issues and renew their commitment to a public health and quality healthcare services, for everyone, where no one is left without the care, cure or medicine you need. Where no one is left behind.

### 1. DESEQUILIBRIOS

#### 1.1 LA REVOLUCIÓN DE LOS RICOS.

Se atribuye a Plutarco, filósofo griego del siglo I, la observación de que “el desequilibrio entre ricos y pobres es la enfermedad más antigua y más grave de todas las Repúblicas”.

A lo largo del siglo XX, a través de luchas y sacrificios, en España y en las sociedades de los países que forman la Unión Europea, se logró un cierto equilibrio entre ricos y pobres. Se aceptaba la desigual distribución de riqueza, las diferencias en propiedad heredada, la libre empresa y la desigualdad en ganancias y salarios, pero había un sistema de redistribución, a través de impuestos y cotizaciones sociales obligatorias que “equilibraba” las posibilidades de disfrute de la vida de las personas. El sistema fiscal en Europa era “progresivo”, es decir, pagaba más proporción quien más tenía o ganaba. El tipo marginal de las rentas más altas llegó a ser en algunos países del 70%, 80%, y hasta 90%. Y con esos recursos se podía garantizar una atención sanitaria (el “seguro obligatorio de enfermedad”), un sistema de pensiones (el “retiro obrero”), baja laboral retribuida, educación pública, etc.

Sin embargo, la desigualdad ha vuelto, y el desigual reparto de recursos vuelve a ser hoy una enfermedad social grave en España y en Europa. En los últimos años se ha roto un equilibrio en las relaciones económicas entre los más ricos (el nuevo capitalismo financiero) y el resto de la sociedad.

Se ha producido una transferencia de rentas de los trabajadores y de las clases medias a las grandes fortunas. Es la revolución de los ricos. Warren Buffett, uno de los grandes financieros del mundo comentó: “Claro que sigue habiendo lucha de clases. Pero esta la empezamos nosotros, los ricos, y la vamos ganando”.

En un reciente informe de Oxfam se muestra cómo las 3 personas más ricas de España tienen tanto dinero como el 30% más pobre de toda la población. Solo tres personas tienen tanto como 14 millones de compatriotas.

Por culpa de la crisis financiera de las “hipotecas basura” la ciudadanía de los países del sur, igual que los trabajadores del norte, está pagando para salvar a las entidades financieras que provocaron la crisis. Pagan con los recortes de sus sueldos y la precariedad de sus trabajos, con la congelación o reducción del poder adquisitivo de las pensiones, con los recortes en sanidad, educación y dependencia, con la pérdida de derechos sociales. Y están pagando para mantener e incrementar las ganancias de los altos ejecutivos financieros. Lo más grave no es que esta situación ocurriera, es que no la han corregido.

Los gestores financieros son la nueva clase dominante. Los gestores de fondos de inversión en EEUU ganaron de media 500 millones de dólares anuales. Algunos más de 1.000 millones anuales. Por especular. Por crear una supuesta riqueza virtual, de casino, el “valor en bolsa”. Cuentan que el presidente de uno de los grandes fondos de inversión define su filosofía empresarial diciendo: sé hiena, ataca al antílope; le hace bien a la hiena, porque se alimenta al comer al antílope; pero también a los antílopes les hace bien, porque les ayuda a evolucionar.

Con esta filosofía de la ley de la selva se han destruido, o se han degradado, millones de puestos de trabajo, y un 40% de los jóvenes españoles que quieren trabajar están en paro. Con esta filosofía desahuciaron de sus casas en este país a 300.000 familias en los últimos 5 años. La misma filosofía ve con indiferencia cómo cientos de miles de personas acuden todos los días a los comedores sociales. O cómo el año pasado, en España, 2.000.000 de personas no pudieron comprar las medicinas que necesitaban. Y tampoco les importa que un 10% de los hogares no hayan podido pagar la calefacción este invierno, afectando a su salud y a su dignidad. La desigualdad es la enfermedad que corroe nuevamente Europa y crea dolor, descontento, rechazo, populismo, separatismo. El caldo de cultivo para el Brexit: la primera vez desde que se creó la Unión Europea en la que un país ha decidido separarse. Si no cambiamos el rumbo, seguirán otros.

## **1. 2- LA DESUNIVERSALIZACIÓN SANITARIA**

Una de las piezas que cobraron las hienas en la crisis financiera, uno de los antílopes que ha caído en esta pérdida de equilibrio entre ricos y pobres que denunciaba Plutarco, ha sido la Universalización sanitaria. En efecto, la contrarreforma llevada en España y en otros países de la UE supuso un retroceso en la principal conquista de nuestro sistema de salud. Menos personas con derecho, menos derechos y de peor calidad para las que tienen cobertura, y más copagos.

La desuniversalización significa que en los últimos años (entre 2009 y 2014, último publicado) en España se ha recortado en 8.634 millones de euros anuales el gasto sanitario público (un 11,51% menos) y se ha aumentado en más de 4.695 millones el gasto que tenemos que gastar los pacientes de su bolsillo, el gasto privado (un 19,4% más). El porcentaje de gasto público



sobre el gasto sanitario total, que marca el grado de solidaridad o de cobertura pública, era del 79% y ha bajado a menos del 70%. Se han reducido plantillas, se han deteriorado los equipos, hay menos tiempo por paciente, mientras crecen los tiempos de espera...

Y es que ningún derecho social es irreversible. El equilibrio logrado en un momento se puede romper.

Ahora lo vemos también en EEUU, donde el nuevo presidente Trump quiere derogar la Obamacare, quitando la cobertura a 20 millones de personas pobres, mientras al mismo tiempo rebaja los impuestos a los más ricos.

### **1. 3- OTROS EQUILIBRIOS QUE HEMOS DE LOGRAR EN EL SISTEMA SANITARIO**

Además de este problema crucial, la universalización sanitaria, que está en permanente tensión entre el derecho a la salud y el negocio de los especuladores financieros, hay otros problemas, otros desequilibrios que podemos corregir, en los que podemos influir, mejorando la eficiencia del sistema.

Les señalo algunos de ellos:

- El gasto sanitario por habitante es muy desigual entre CCAA.
- Siguen existiendo barreras de acceso a la movilidad de los pacientes entre servicios regionales de salud que son el mismo SNS.
- El modelo sanitario todavía se basa más en la curación que en la prevención.
- Pesa más el Hospital que la Atención Primaria.
- Insuficiente cooperación e integración con los Servicios Sociales.
- Hay menos énfasis en la atención domiciliaria que en la atención intra-institucional.
- Escaso desarrollo de la atención telemática, on line, como complemento de la atención presencial.
- Sigue predominando el enfoque paternalista del paciente pasivo, receptor, frente al enfoque de paciente activo, ciudadano activo, y el enfoque individual frente al familiar y comunitario.
- Un tema clave es la tensión por el control de la información (big data), la formación, y la investigación, entre las instituciones públicas y las empresas privadas. En este momento hay un desequilibrio en el cual es la empresa privada quien está controlando el conocimiento, incluso en las Facultades, con las nuevas cátedras de patrocinio.
  
- Otro tema muy importante, crítico, es la inestabilidad y precariedad laboral. Se han empezado a ver como normales contratos por días, situaciones donde se contrata media jornada pero se debe trabajar bastante más. En el sector sanitario también ha cundido la precarización laboral. Esta situación perjudica la calidad de la atención. Dificulta la creación de equipos estables, la comunicación con los pacientes y entre los profesionales, la formación continuada y específica para los puestos de trabajo, etc.

Todos estos desequilibrios, estas tensiones, pueden resolverse en una u otra dirección. Dependerá de decisiones personales y de las que tomemos en los equipos en los Centros de

Salud, en los hospitales, en las instituciones. La suma de nuestras decisiones ayudará a conseguir un mejor equilibrio.

## 2.- INCERTIDUMBRES

Por otra parte, tenemos que hacer frente a las incertidumbres que presentan los tiempos actuales.

Refiriéndonos al sector sanitario, la “incertidumbre” que más suena en los debates sanitarios y los discursos es:

### 2-1 -LA SUPUESTA INSOSTENIBILIDAD DE LA SANIDAD PÚBLICA.

Se dice una y otra vez: “No vamos a poder mantener la sanidad”. “No se puede dar todo a todos”. Suelen decirlo personas que tienen intereses directos o indirectos con fondos de pensiones y seguros privados de salud. Es un gran negocio deteriorar la sanidad pública y abrir hueco a los servicios privados.

Que no nos engañen. Cuando se dice que el sistema sanitario público no es sostenible, el que lo dice, casi siempre, lo que quiere es desmantelarlo.

Si hay voluntad de mantener el sistema sanitario público, de lo que se trata es de ver cuánto tenemos (financiación), y cómo lo gastamos (prioridades), adecuando ingresos y gastos públicos a la riqueza del país. Igual que en una familia: ¿cuánto entra en casa?, y con eso, ¿cómo hacemos frente a las necesidades de toda la familia, comida, ropa, zapatos, etc? No decimos, como hay menos, el abuelo no come, o a la niña no le compramos zapatos, solo al niño. Repartimos la comida que hay entre todos, aunque sean patatas. Compramos la ropa para todos, según su necesidad.

Cosa distinta es que queramos ingresar menos dinero público no cobrando a los más ricos (regresividad fiscal), o que gastemos en prioridades que marcan otros (por ejemplo, gasto farmacéutico innecesario, o rescates de bancos y banqueros).

La falta de estabilidad financiera de los sistemas sanitarios públicos tiene dos causas principales: la falta de ingresos públicos y los precios excesivos de las tecnologías, sobretodo de los medicamentos.

#### **Fiscalidad ineficiente e injusta.**

La sanidad pública española y europea se basaba en un sistema fiscal justo. Como hemos visto este sistema se ha roto. Los ricos no pagan. Y no puede haber derechos sociales sin impuestos justos.

Aquí hay dos grandes cuestiones. Una es el propio modelo fiscal: si los impuestos son progresivos o regresivos, es decir si, cumpliendo el artículo 31 de la Constitución, los impuestos son justos, pagando más quien más tiene, o no lo son. La otra cuestión es el incumplimiento de la ley. El fraude y la evasión fiscal.

En el primer aspecto, las legislaciones europeas, y desde luego la española, ha cambiado desde la progresividad a la regresividad. Los más ricos pagan menos que las clases medias y los trabajadores.

Entre los años 1980 y los años 2000 han aumentado los tipos impositivos de las rentas más bajas y han disminuido los tipos de las rentas más altas. Ha disminuido el ingreso por impuesto de

sociedades, y se ha llenado de agujeros para hacer ingeniería fiscal, y ha aumentado el IVA, los impuestos indirectos que pagamos todos por igual.

Aquí se añade la elusión fiscal, es decir la ingeniería fiscal o planificación fiscal agresiva: se cumple la ley, pero se fuerza hasta el límite (por ejemplo, creando empresas para declarar por sociedades en lugar de por renta personal, etc.). Se cambia la ubicación de la sede social, etc. Hay que cambiar estas leyes.

En cuanto al fraude fiscal, aquellos que, además, incumplen las leyes vigentes, la economía sumergida supone en torno al 20% del PIB. El fraude y la evasión fiscal representan un grave problema que no reconoce fronteras y solo puede ser resuelto eficazmente con un esfuerzo conjunto, concertado de todos los países. Perdemos cada año enormes sumas de dinero por la evasión y la elusión fiscal, dinero que es de todos y se llevan unos aprovechados. En Europa se estima en más de un billón de euros. Los ricos y las grandes corporaciones no pagan. El agujero fiscal en España es de 70.000 millones, más que todo el gasto sanitario público. Es una enorme ineficiencia y una enorme injusticia.

### **Gasto farmacéutico ineficiente.**

En el gasto farmacéutico también se da otra enorme ineficiencia. En efecto, en España hay un gasto innecesario en medicamentos en torno a 8.000 millones de euros anuales. Este gasto innecesario se debe al precio abusivo de los medicamentos y a un exceso de prescripción.

El argumento habitual de la industria para fijar precios muy altos es el coste de la investigación; pero ese coste, que es importante, no justifica de ninguna manera los elevadísimos precios fijados: Es un 16%-17% del total de ventas. La fabricación es otros 21%. Queda más de un 60% que va a beneficios, gastos de marketing, recompra de acciones, ... Dinero que no beneficia al conjunto de la sociedad sino a los altos ejecutivos de las empresas farmacéuticas y financieras.

Es preciso cambiar el modelo de fijación de precios. Para ello hemos de suprimir los monopolios de las patentes, que se han transformado en un mecanismo perverso que, por un lado limita el acceso a miles de pacientes y por otro estimula un exceso de consumo innecesario.

### **3.- LOS RETOS**

Estos desequilibrios y estas incertidumbres nos obligan a buscar soluciones. Nos plantean retos apasionantes.

Amigas y amigos: en España y en Europa, durante más de 70 años, hemos conseguido la paz, una razonable justicia, y unas libertades democráticas para todos. En el conjunto del planeta la humanidad avanza, con crisis y retrocesos, pero avanza. La humanidad ha mejorado en educación, en condiciones económicas, en salud. Un dato lo resume todo, la esperanza de vida al nacer se duplicó entre 1900 y 2000: de 40 a 80 años. Es impresionante. Y es fruto del esfuerzo de todas nosotras y todos nosotros y de las generaciones que nos precedieron.

Pero no es suficiente, porque como hemos visto hay amenazas y tensiones que ponen en riesgo lo conseguido para nuestros hijos y las futuras generaciones. Hemos de seguir avanzando para lograr una gobernanza global y justa. Hemos de trabajar juntos para corregir los desequilibrios y las injusticias actuales, y combatir la cultura del descarte que denuncia el Papa Francisco, la que descarta a los jóvenes en paro, a los ancianos, a los pobres, a los enfermos...

Tenemos que reorientar la economía del sálvese quien pueda y para eso se deben fortalecer las instituciones políticas y ampliar su ámbito de decisión.

### 3.1- EL RETO DE EUROPA: UNA UE FEDERAL FUERTE Y PROGRESISTA

En primer lugar se debe recuperar el equilibrio entre poder económico y sociedad, entre ejecutivos financieros y gente normal. En todo caso hay que intentarlo. Tenemos que reforzar la Unión Europea para poder gobernar los procesos económicos y políticos que hoy tienen una dimensión global. Tenemos que superar los estados nacionales y crear una gobernanza primero europea y después mundial, justa y democrática.

Pero no se trata solamente de fortalecer las estructuras de gobierno globales, se trata también de ver para qué, de la dirección del gobierno. Porque precisamente para que los europeos acepten apostar por esta opción, para que se fíen, tienen que sentir que los gobiernos de los países y el de la Unión reforzada orientan sus decisiones a favor de las personas y no a favor de las grandes corporaciones financieras. La gente tiene que estar segura de que los gobiernos van a reforzar los valores de la solidaridad, la equidad y la justicia, como una base necesaria para la libertad y la paz.

Para poder mantener y mejorar una Europa más fuerte debemos construir un nuevo modelo fiscal europeo, que reparta las cargas de forma más justa.

Se debe llevar a cabo una nueva regulación del Sistema Financiero. Es preciso impulsar un nuevo modelo económico inclusivo, fundamentado en la sociedad del conocimiento; promover un modelo compatible con el medio ambiente a largo plazo; apostar por las nuevas tecnologías al servicio de las personas y con control democrático; reducir el consumo de energía; desarrollar un nuevo urbanismo, apoyado en transportes públicos y servicios públicos eficientes y de calidad. Fomentar el consumo responsable, respetuoso con el medio ambiente y con los derechos humanos.

Esto requiere nuevas mayorías sociales con la unidad de todas las personas que defiendan unos valores comunes: la dignidad del ser humano, la justicia, la libertad, la igualdad.

Por eso les animo a tener presencia en las instituciones europeas e internacionales, a participar con sus ideas y sus propuestas, y sobretodo, con sus valores.

### 3.2 - RETOS EN SANIDAD

En sanidad tenemos retos importantes que abordar, para recuperar y mantener la sanidad que queremos:

- **Una sanidad universal.** Recuperar y consolidar la universalización sanitaria, el 100% de cobertura para todas las personas que residan en España.
- **Acceso a unas prestaciones comunes para todo el SNS y financiadas públicamente.** Garantía de que cualquier persona puede ser atendida en cualquier Servicio Regional de Salud (tarjeta sanitaria igual en toda España).
- **Unos servicios sanitarios seguros, de calidad y a tiempo.** Hacer bien lo que se deba hacer. Evitar el daño evitable. Cero muertes por errores en la atención sanitaria evitables. Garantía de tiempos de espera máximos. Evaluación continua y transparencia.
- **Una sanidad solidaria con una financiación pública adecuada.** Eso pasa por una Reforma Fiscal que aumente la eficiencia y la equidad recaudatoria. Impuestos suficientes (en la media de UE-15, 45% de PIB), y de carácter progresivo. Lucha rotunda y eficaz contra el fraude, la evasión y la elusión fiscal. Y, desde luego, revertir los copagos. Que no pague el paciente. El

porcentaje de gasto sanitario público sobre el total debería ser mayor del 80% (ahora ha bajado al 69%).

- **Una sanidad equitativa.** Nuevo acuerdo de financiación autonómica y sanitaria: Renegociar la cuantía. Financiación finalista, igual en toda España, a partir del cálculo del gasto per cápita posible. El gasto sanitario público se debe situar en 7,5%-8% PIB. Reponer los Fondos de Cohesión y de Garantía Asistencial. Orientar los presupuestos a las necesidades de salud.

- **Una sanidad eficiente y responsable,** que implica:

**Frenar el aumento de los precios de los nuevos medicamentos.** Revisar las decisiones de financiación pública (solo financiar los más efectivos y seguros). Negociación y reducción de precios en función del coste de fabricación y de I+D. Revisar costes y mecanismos de distribución de los medicamentos.

**Evitar intervenciones sanitarias injustificadas.** No hacer lo que no se deba hacer. Revisar continuamente las prestaciones incluidas, revisar inercias. Estudiar la variabilidad injustificada de la práctica de las profesiones sanitarias. Des-medicalizar la vida cotidiana.

**Potenciar la Salud Pública. Salud en Todas las Políticas:** trabajo digno y salud en el trabajo; cuidado del ambiente (usos del agua, energías renovables, residuos); modelo productivo (basado en el equilibrio y la inclusión, no en el crecimiento infinito); modelo de consumo (frenar el hiperconsumismo); alimentación equilibrada y suficiente; actividad física adecuada; crear condiciones para un trabajo y una vida digna.

**La Atención Primaria tiene que fortalecerse.** Con equipos bien dotados, con una asignación poblacional razonable, que permita llevar a cabo toda la cartera de servicios así como la colaboración con otras entidades e instituciones. Necesitamos más enfermería familiar y comunitaria.

**Coordinación / Integración de programas y redes, sanitarias y sociales.** Reactivar la Ley de Dependencia y lanzar una verdadera Ley General de Servicios Sociales. Envejecimiento activo, prevención de la fragilidad. Estrategia de Salud y Servicios Sociales.

**Telemedicina y telecuidado. Informatización de datos clínicos.** Interoperabilidad en el SNS y la UE. Gestión pública del Big-Data. Apps de salud con garantía de la autoridad sanitaria. Atención domiciliaria y en el lugar de trabajo o de ocio. Los sistemas de información deben estar gestionados y controlados por las Administraciones Sanitarias.

**Hospital abierto. Redes de servicios. Coordinar las grandes inversiones.**

**Nuevo impulso a la salud mental comunitaria.** Mejorar la calidad de los servicios en salud mental y la equidad en el acceso.

**Participación del ciudadano / paciente en la promoción de su salud y su autonomía personal, y en la prevención de la enfermedad y la discapacidad.** Autogestión del proceso de salud y enfermedad. Mejora en la utilización de los servicios: reducir demanda injustificada y uso inapropiado. Escuelas de Salud (red española, escuelas autonómicas, etc.).

**Mejorar el Gobierno del Sistema reforzando la capacidad del Consejo Interterritorial para afrontar temas que afectan a todos.** Mecanismos de acuerdo vinculante.

**Gestión directa, provisión pública, de forma principal.** Paralizar y revertir las concesiones. En gestión concertada primar acuerdos con instituciones sin ánimo de lucro. Integrar la atención sanitaria de las mutualidades y las mutuas.

**Dotación adecuada de profesionales.** Medios suficientes en el trabajo. Formación y apoyo institucional (financiar desde sector público, no desde empresas privadas con ánimo de lucro). Evaluación del desempeño. Participación de los profesionales en la gestión de los servicios sanitarios.

**Investigación:** recuperar la financiación que se deriva a la industria a través del sobreprecio de los medicamentos. Crear / potenciar Plataformas Públicas de Investigación con: prioridades según las necesidades de salud; investigación abierta; resultados accesibles a todos; medicamento como bien público, no como objeto de negocio. Recuperar el Instituto de Salud Carlos III para el SNS.

**Participación de la ciudadanía en la planificación, la gestión y la evaluación de los servicios de salud.** Se debe articular la participación constructiva en los procesos de desarrollo de los servicios de salud.

**Ética en la toma de decisiones, del profesional, del paciente, de las instituciones.**

**Cooperación Internacional reforzada.** Colaborar en la consecución de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Reforzar las políticas de salud en la UE.

#### **4. A MODO DE CONCLUSIÓN. EL BARCO Y LA ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

Señoras y Señores, amigas y amigos,

La enfermería familiar y comunitaria, todas y cada una de ustedes, pueden y deben aportar su experiencia y su capacidad para afrontar y resolver estos retos, para corregir los desequilibrios que ponen en riesgo la salud, la equidad, la vida de las personas.

Según el programa de su especialidad, los valores que fundamentan su profesión son, precisamente, el compromiso con las personas, las familias y la comunidad; el compromiso con la sociedad, la equidad y la eficiente gestión de los recursos; el compromiso con la mejora continua de la calidad; y el especial compromiso con los sectores sociales más desfavorecidos por razones de clase social, género, etnia, edad, discapacidad o enfermedad.

Esos valores son los que deben animarnos a mejorar día a día la sanidad española, y animarnos a lograr que todas las personas en España y en el mundo tengan derecho a una atención sanitaria pública y de calidad.

El pasado 11 de enero vimos cómo la lancha hinchable en la que Verónica y su hijo Samuel, de seis años de edad, trataban de cruzar el estrecho se hundió y ambos murieron ahogados. Él padecía una enfermedad pulmonar y ella tenía cáncer. Trataban de cruzar a Europa para lograr un tratamiento que en su país no tenían. Su periplo empezó en la República Democrática del Congo, muy lejos de aquí. El cuerpo sin vida de Samuel apareció en la playa de Barbate, en Cádiz. El cadáver de Verónica fue devuelto por el mar a las playas de Argelia unos días después. Imaginémonos por un momento ser ellos, que fuera nuestro hijo... recorrer miles de kilómetros, afrontar tantos peligros, intentar cruzar el estrecho para tener atención sanitaria y morir con la puerta cerrada.

No debería haber sido así. No debería seguir siendo así. Ni aquí, ni en ninguna parte del mundo.

El gran poeta Neruda, en su poema El Barco, dejó dicho:

*Pero si ya pagamos nuestros pasajes en este mundo  
por qué, por qué no nos dejan sentarnos y comer?*

*Queremos mirar las nubes,  
queremos tomar el sol y oler la sal,  
francamente no se trata de molestar a nadie,  
es tan sencillo: somos pasajeros.*

*Todos vamos pasando y el tiempo con nosotros:  
pasa el mar, se despide la rosa,  
pasa la tierra por la sombra y por la luz,  
y ustedes y nosotros pasamos, pasajeros.*

*Entonces qué les pasa?  
Por qué andan tan furiosos?  
A quién andan buscando con revólver?*

*Nosotros no sabíamos  
que todo lo tenían ocupado,  
las copas, los asientos,  
las camas, los espejos,  
el mar, el vino, el cielo.*

*Ahora resulta  
que no tenemos mesa.  
No puede ser, pensamos.  
No pueden convencernos.  
Estaba oscuro cuando llegamos al barco.  
Estábamos desnudos.  
Todos llegábamos del mismo sitio,  
Todos veníamos de mujer y de hombre.  
Todos tuvimos hambre y pronto dientes.  
A todos nos crecieron las manos y los ojos  
para trabajar y desear lo que existe.*

*Y ahora nos salen con que no podemos,  
que no hay sitio en el barco,  
no quieren saludarnos,  
no quieren jugar con nosotros.*

*Por qué tantas ventajas para ustedes?  
Quién les dio la cuchara cuando no habían nacido?*

*No me gusta en el viaje  
hallar, en los rincones, la tristeza,  
los ojos sin amor o la boca con hambre.*

*No hay ropa para este creciente otoño  
y menos, menos para el próximo invierno.  
Y sin zapatos cómo vamos a dar la vuelta*

*al mundo, a tanta piedra en los caminos?*

*Sin mesa dónde vamos a comer,  
dónde nos sentaremos si no tenemos silla?  
Si es una broma triste, decídanse, señores,  
a terminarla pronto,  
a hablar en serio ahora.  
Después el mar es duro.  
Y llueve sangre.*

Señoras y Señores,

Amigas y amigos de la enfermería familiar y comunitaria, les agradezco de corazón que ustedes, cada día, con su trabajo, empoderando, facilitando y compartiendo, traten de lograr que este barco en el que viajamos tenga mesa, camarote, y una sanidad pública y de calidad, para todas y todos, donde nadie se quede sin el cuidado, la atención o el medicamento que necesite. Donde nadie se quede atrás.

Podemos lograrlo. Y debemos lograrlo.

Muchas gracias por su atención.



## *Empoderando a la persona y a la familia*

### **FFPACIENTE, ANTE TODO PERSONAS**

Pedro José Soriano Martín.

Enfermero de hospitalización de agudos de geriatría. Hospital Clínico San Carlos, Madrid.  
Fundador del proyecto #FFPaciente.

### **RESUMEN DE LA PONEENCIA**

Hoy día parece claro que la preocupación por el estado de salud es algo muy importante para las personas, siendo una parte importante de esa preocupación el estar informado, tanto de lo que es la salud como del modo en que mantener un buen estado de salud.

Atendiendo a esto parece claro que definir qué es la salud o qué se entiende por salud es algo prioritario y, en este sentido, cabe destacar la definición de salud que proporcionó en 1948 la Organización Mundial de la Salud, OMS: **“La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”**<sup>1</sup>, definición que a pesar del tiempo transcurrido parece que se ajusta a lo que hoy en día la sociedad entiende por tener buena salud. Además de esta definición dada por la OMS parece adecuado el valorar una serie de elementos directamente asociados a la salud, que definió Marc Lalonde en 1981<sup>2</sup>, dicho determinantes son: i) el estilo de vida elegido, ii) factores medioambientales, iii) la propia biología del individuo y iv) el propio sistema sanitario. Además de éstos determinantes, parece adecuada la inclusión de un quinto determinante, como es el nivel socioeconómico del individuo, de modo que todos ellos influyen en la percepción de salud que posee el individuo.

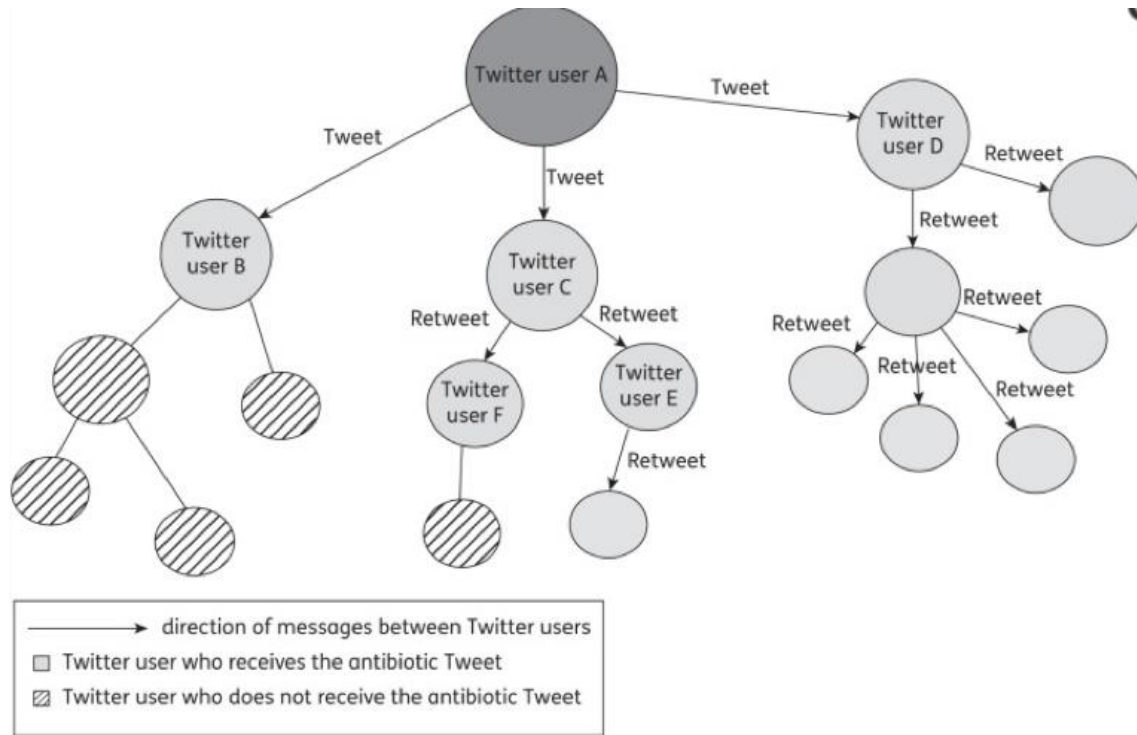
Pero ¿qué es una red social?, su definición no es estática ya que hay elementos que han cambiado lo que se entiende por red social en los primeros años del siglo XXI. La Red social *per se* puede ser definida como una serie de inter-relacionales personales, simples o complejas, que dentro de una estructura social, pueden generar vínculos entre los actores sociales en dicha red, que es probable que deriven en modificaciones de las conductas sociales de éstos últimos<sup>3</sup>

Con el desarrollo de la sociedad de la información, estamos asistiendo a una serie de fenómenos asociados con la emergencia de las redes sociales, la expansión de la “nube informática” y el desarrollo de dispositivos móviles inteligentes, cuyo efecto último pareciera llevarnos a un cambio de paradigma asociado con la forma en que las personas viven la experiencia de la hiperconectividad<sup>4</sup>, y que para algunos constituiría ya una tercera fuerza evolutiva de la humanidad en tanto elemento mediador en las relaciones mutuas entre los seres humanos y la tecnología. Esta transformación, en el caso de colectivos como el de los jóvenes, es extraordinariamente significativa<sup>5</sup>

Internet se ha convertido, por tanto, en una fuente de información de todo tipo de información, y por supuesto, también de la información sanitaria. Ésta está muy solicitada por las personas, que la utilizan para satisfacer sus necesidades informativas y para divulgar y compartir sus experiencias de salud. La utilidad de la información sanitaria online es hoy incuestionable, tanto como herramienta para la educación sanitaria y educación para la salud de los pacientes, como para la formación continuada y actividades de investigación de los profesionales.

Las herramientas 2.0 son imprescindibles en la diseminación e implementación de conocimientos sobre salud, a este respecto, los profesionales sanitarios deben ser vehículos transmisores de evidencia avalada por resultados científicos, mediante la implantación de buenas prácticas relacionadas con la comunicación y enseñanza del paciente en sus tareas diarias<sup>6</sup>

Los usuarios pueden ser "seguidos", lo que significa que sus mensajes serán entregados automáticamente a todos sus seguidores ". Los seguidores pueden respaldar los mensajes por "favouriting" o la difusión de ellos "Retweeting" a sus propios seguidores .



- Twitter user A posts message (Tweet) about antibiotics. All his/her followers receive the Tweet.
- Twitter user B receives message from Twitter user A, reads it and decides to do nothing else. Thus, the followers of Twitter user B do not receive the Tweet from Twitter user A.
- Twitter user C receives message from Twitter user A, reads it and decides to forward it (Retweet) to his/her followers. Amongst these, Twitter user E retweets the message as well but Twitter user F, on the other hand, does not.
- Twitter user D receives message from Twitter user A, reads it and retweets it to his/her followers. All the followers Retweet the message to their own followers.

Por otra parte la activación del paciente es sin duda la clave en la transformación sanitaria<sup>7</sup>. Los pacientes de hoy en día están más comprometidos y familiarizados con las tecnologías de información multimedia. El modelo de gestión de la asistencia sanitaria en las organizaciones sanitarias está cambiando. Uno de esos cambios es la aplicación de tecnologías de redes sociales, lo que contribuye a la mejora de las experiencias de los pacientes, y a la ayuda que estos prestan a las organizaciones para cumplir con los criterios de uso significativo, tales como la participación de pacientes y sus familias en su cuidado, la mejora de la calidad y la coordinación de la atención sanitaria<sup>8</sup>.

La iniciativa FFpaciente, se origina como una intervención comunitaria enfocada a plantear una herramienta, adecuada y fácil de usar para potenciar, crear o complementar recursos que proporcionen apoyo social tanto a nivel individual como familiar o colectivo<sup>9</sup>.

Esta intervención debía ser coordinada y ofrecida por profesionales de la salud para así asegurar que la información que recibieran los usuarios y/o pacientes, estuviese basada en evidencias científicas y contrastables, que asegurasen la calidad de los contenidos.

Una vez seleccionado el porqué de crear una iniciativa así, se definieron los objetivos a alcanzar con el desarrollo de FFpaciente:

- Facilitar la interacción entre pacientes y profesionales de la salud, que permita simplificar el acceso a la información de salud acreditada en internet.
- Posicionar al paciente de manera activa y proactiva en las redes sociales.
- Agrupar los proyectos/iniciativas generados por los pacientes.
- Ampliar la red de contactos entre los usuarios.
- Facilitar información con evidencia científica que ayude al autocuidado de los pacientes, entre otras actividades.

Para abordar esta actividad y con el objetivo de llegar al mayor número posible de potenciales usuarios, se decidió utilizar las redes sociales y más concretamente la red social Twitter. De este modo FFpaciente vio la luz en junio del año 2015.



El funcionamiento de la herramienta consiste en generar contenido relacionado con la figura de los pacientes y sus historias personales de salud. Cada semana, se publica una entrevista personalizada en la que los pacientes nos cuentan sus experiencias personales con su proceso de salud en concreto. La escucha activa es esencial en todo el proceso de elaboración junto con las diferentes interacciones que se generan dentro de la red cada viernes con el hashtag #FFpaciente.

La distribución de la web<sup>9</sup> es sencilla, se relacionan iconos con el tema a tratar, generalmente patologías, y se categorizan las historias de salud de los entrevistados. Dentro de los iconos podemos encontrar los pacientes activos con sus propias iniciativas en redes sociales junto a recursos útiles para fomentar el autocuidado y percepción de la enfermedad, como por ejemplo; asociaciones de pacientes y webs de carácter científico. Concluyendo, una persona que es recién diagnosticada de una enfermedad, podrá encontrar personas que estén pasando por su misma situación de salud y además encontrar recursos fiables para mejorar su calidad de vida.

Todos los viernes, desde la cuenta @ffpaciente apoyamos y difundimos toda la información que esté relacionada con los pacientes y el uso de Internet como herramienta de mejora en su salud.

Pretendemos ser altavoz de historias de pacientes que nos quieran contar sus experiencias y/o iniciativas. Para ello, publicamos una entrevista cada viernes con el hashtag #FFpaciente.

Las aplicaciones móviles forman parte de nuestro entorno, por eso, también presentamos post donde los pacientes relatan las ventajas y desventajas del uso que hacen de las apps para la mejora de su calidad de vida.

La clasificación por patologías o situaciones de salud-enfermedad se realiza por iconos y albergan iniciativas de pacientes y asociaciones relacionadas con las mismas.

Los viernes, y de forma quincenal, publicamos un Boletín del Paciente con los temas más destacados que comparten los pacientes activos en sus bitácoras digitales. Cada viernes puedes participar en Twitter bajo el hashtag #FFpaciente con el objetivo de difundir proyectos relacionados con los pacientes activos y ampliar nuestra red de comunicaciones estableciendo un vínculo directo entre profesionales sanitarios y comunidad.

En definitiva, un paciente informado es un paciente con mejor salud.

## BIBLIOGRAFÍA

1. OMS | Preguntas más frecuentes [Internet]. Who.int. 2016 [citado 20 Abril]. Disponible en: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>
2. A new perspective on the health of Canadians. A working document. Marc Lalonde. Editor: Minister of Supply and Services Canada. 1981. ISBN 0-662-50019-9.
3. Requena Santos F. El concepto de red social [Internet]. Reis. 2016 [citado 2 Abril 2016]. Disponible en: [http://www.reis.cis.es/REIS/PDF/REIS\\_048\\_08.pdf](http://www.reis.cis.es/REIS/PDF/REIS_048_08.pdf)
4. Reig, D. *Los jóvenes en la era de la hiperconectividad: tendencias, claves y miradas*. VOL 1. Madrid: Fundación Telefónica y Fundación Encuentro; 2013
5. Fernández Rodríguez, E., & Anguita Martínez, R. Aprendizajes invisibles en contextos de educación expandida. Retos y oportunidades en la sociedad hiperconectada. Prof. [Internet]. 2015 [Citado 1 Mayo 2016]; 19 (2): 1-10. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5294541>
6. Moreno C, Bolívar M, García Á. CA 4-108: EL POTENCIAL DE LAS TICS EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD 2.0. ENFERMERÍA DOCENTE [Internet]. 2016 [Citado 28 de Mayo 2016];1(106):230-231, 232. Disponible en: <http://www.revistaenfermeriadocente.es/index.php/ENDO/article/view/314>
7. CB T. Social media: ubiquitous community and patient engagement. *Frontiers of health services management* [Internet]. 2010 [citado 8 Junio 2016];28(2):3-14. Disponible en: <http://europepmc.org/abstract/med/22256506>
8. Martínez Riera JPino Casado R. *Manual práctico de enfermería comunitaria*. España: Elsevier; 2013.
9. Soriano Martín P. FFPaciente – Un paciente informado es un paciente con mejor salud [Internet]. Ffpaciente.es. 2016 [citado 10 Junio 2016]. Disponible en: <http://www.ffpaciente.es>

## **PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN SALUD-SISTEMAS DE GOBERNANZA LOCAL**

Sonia López Villar.

Proyecto de Sistemas de Gobernanza Local en Salud del Observatorio de Salud en Asturias.

### **RESUMEN DE LA PONENCIA.**

#### **Introducción**

La salud y el bienestar de una población dependen del contexto del lugar donde se vive, de los determinantes sociales de la salud (condiciones socioeconómicas, educativas, ambientales...). Así pues, en términos de salud, “el código postal importa más que el código genético”. La desigual distribución de los determinantes, las diferencias injustas y evitables, conduce a las desigualdades en salud, por lo que se debe incorporar a los procesos la mirada de equidad, tratando de llegar a aquellos que tienen una peor salud y bienestar en función de su género, etnia, edad, territorio donde viven...etc.

La salud debe ser un eje transversal a todas las políticas locales, regionales y nacionales. Es por ello fundamental la co-producción en salud, trabajar juntos todos los ámbitos implicados en el bienestar de la comunidad de forma integrada, siendo la participación real de la ciudadanía inherente a la Promoción de la Salud.

Así mismo, para mejorar la salud y el bienestar de la comunidad, es clave plantearse qué genera salud incorporar el enfoque salutogénico, conociendo los activos para la salud, las riquezas, recursos y actividades disponibles.

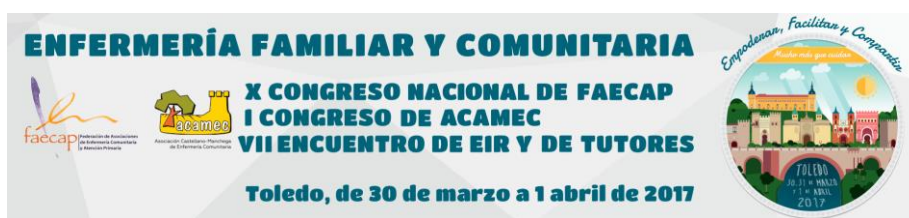
El proyecto de Sistemas de Gobernanza Local en Salud se inicia a finales de 2014 dependiendo del Observatorio de Salud en Asturias. Se encuentra enmarcado en la Línea Política 1 de Enfoque Poblacional de la Estrategia de Atención a las Personas con Enfermedad Crónica del documento Personas Sanas, Poblaciones Sanas.

El marco teórico del proyecto engloba aspectos comunes a la Promoción de la Salud/ Salud Comunitaria Basada en Activos<sup>1</sup>, la participación comunitaria, el enfoque de determinantes de la salud y la perspectiva de equidad.

Un Sistema de Gobernanza Local en Salud es un proceso comunitario desarrollado a nivel local por un grupo intersectorial conformado por instituciones, técnicos y ciudadanía (ámbito asociativo, sanitario, municipal y educativo). La finalidad es trabajar juntos de manera horizontal para mejorar la salud y bienestar de la comunidad con la participación ciudadana en todas las fases del proceso como eje central.

#### **Objetivos**

Apoyar estructuras intersectoriales a nivel local que deseen seguir el modelo de Sistemas de Gobernanza Local.



Facilitar un proceso con participación real de la ciudadanía en lo relativo a su salud y bienestar por medio de dichas estructuras.

### **Metodología**

Dinamización de las diversas fases del proceso: reflexión inicial, generar o revitalizar el grupo, analizar de forma participativa los activos y necesidades, priorizar un objetivo, establecer un plan de acción para el abordaje de dicho problema desde los diversos ámbitos conociendo intervenciones efectivas existentes y evaluar el proceso y resultados introduciendo posibles medidas de mejora, informando e implicando a la comunidad en todo momento<sup>2</sup>.

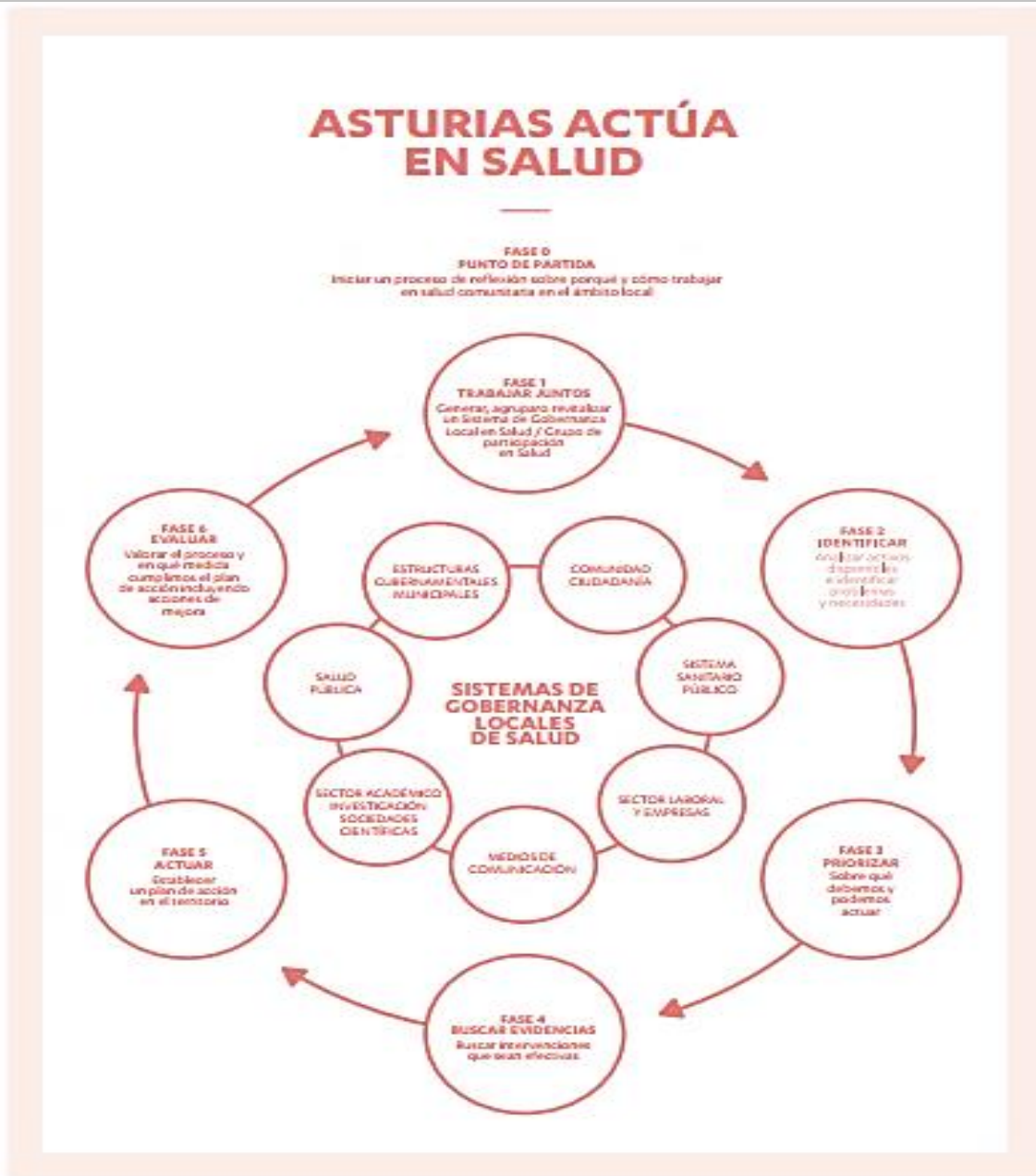
Durante el proceso se ofrece la posibilidad de asesoramiento continuo, la dinamización de sesiones de la estructura y la realización de sesiones formativas específicas solicitadas por las mismas para profundizar en la metodología a seguir o materiales disponibles vinculados a las diversas fases.

### **Evaluación y resultados**

A partir de la experiencia de dos años en el Proyecto se ha desarrollado junto a un grupo motor la Guía para trabajar en salud comunitaria en Asturias, publicada en noviembre de 2016. En ella puede ampliarse la información de las distintas fases del proceso con aspectos clave, acciones a seguir y materiales de consulta.

Hasta diciembre de 2016 se ha realizado algún tipo de intervención en el 55% de los municipios asturianos a través de 97 sesiones con una participación de unas 1500 personas. Hasta dicha fecha se han apoyado 12 Sistemas de Gobernanza Local.

Para profundizar en mayor medida en el proyecto, acciones y herramientas vinculadas disponibles en Asturias, se recomienda la lectura del Informe de Evaluación de Asturias Actúa de agosto de 2016<sup>3</sup> y el vídeo Asturias Actúa en Salud Comunitaria<sup>4</sup>.



Fuente: Guía para trabajar en salud comunitaria en Asturias. Dirección General de Salud Pública del Principado de Asturias. 2016.

### Documentación

1-Cofiño R, Aviñó D, Belén CB et al. Promoción de la salud basada en activos: ¿cómo trabajar con esta perspectiva en intervenciones locales? Informe SESPAS 2016. Gac Sanit 2016;30 Supl 1:93-8 - Vol. 30 DOI: 10.1016/j.gaceta.2016.06.004

2-Consejería de Sanidad del Principado de Asturias (2016). Guía para trabajar en Salud Comunitaria en Asturias. Trabajo intersectorial en salud. Sistemas de gobernanza local. Salud comunitaria basada en activos. Disponible en: <http://www.obsaludasturias.com/obsa/guia-de-salud-comunitaria/>



---

3-Consejería de Sanidad del Principado de Asturias (2016). Asturias Actúa Trabajando en Salud Comunitaria en el territorio. Informe de Evaluación 2015-2016. Disponible en: <http://www.obsaludasturias.com/obsa/asturias-actua-en-salud-comunitaria-2015-2016/>

4-Vídeo de Asturias Actúa en Salud Comunitaria (2016). [https://www.youtube.com/watch?v=iLK4Pv6Yr\\_8&feature=youtu.be](https://www.youtube.com/watch?v=iLK4Pv6Yr_8&feature=youtu.be)



**COMUNIDAD + ACTIVA: EMPODERAMIENTO DE LOS CIUDADANOS Y PROMOCIÓN DE SALUD COMUNITARIA**

Diego José Villalvilla Soria.

Enfermero y Fisioterapeuta. Máster Oficial en Actividad física y Salud. Enfermero de Familia en el Centro de Salud Alcalá de Guadaíra (Servicio Madrileño de Salud). Grupo de trabajo de Actividad Física y Salud (Federación de Asociaciones de Enfermería comunitaria y Atención Primaria – FAECAP-).

**RESUMEN:**

“Comunidad + Activa” es el programa de intervención impulsado por enfermería familiar y comunitaria para luchar contra el sedentarismo (GdT Actividad Física y Salud FAECAP), e introducir con rigor las intervenciones de promoción de actividad física y salud en el sistema sanitario. Se impulsa con programas de formación presenciales y online orientados a abordar problemas de salud combinando programas de educación para la salud y ejercicio físico mediante el impulso de una red de actividades comunitarias respaldadas por la evidencia científica.

La sinergia que supone impulsar de forma integrada la salud comunitaria y la promoción de actividad física hacen que estos dos instrumentos fundamentales de promoción de salud desarrollados de forma conjunta se puedan transformar en resultados positivos de salud población.

Podemos considerar que las actividades comunitarias se han demostrado efectivas para mejorar el auto-cuidado en pacientes con enfermedades crónicas, para promover el ejercicio físico y el control de los factores de riesgo cardiovascular, confirmando lo que otras revisiones habían demostrado.

**ABSTRACT:** “Active community” Is the intervention program driven by family nursing to fight against sedentarism (Physical Activity and Health Research Group -FAECAP). Its objective is to rigorously introduce interventions to promote physical activity and health in the health system. It is driven by face-to-face and online training programs aimed at addressing health problems by combining health education and physical exercise programs by fostering a network of community activities backed by scientific evidence.

The synergy of promoting community health and the promotion of physical activity in an integrated way make these two fundamental instruments of health promotion developed jointly can be transformed into positive results of health population.

In the area of family and community intervention, a number of Community activities have been evaluated in which it has been shown that community activities have been shown to be effective in improving self-care in patients with chronic diseases, to promote physical exercise and control of cardiovascular risk factors, confirming what other reviews have shown.

**COMUNIDAD + ACTIVA: EMPODERAMIENTO DE LOS CIUDADANOS Y PROMOCIÓN DE SALUD COMUNITARIA**

El programa “COMUNIDAD + ACTIVA”, aglutina un conjunto de herramientas dirigidas a los profesionales de enfermería familiar y comunitaria de atención primaria para intentar abordar de forma más efectiva el sedentarismo y sus consecuencias desde el ámbito de la Atención Primaria de Salud además de potenciar el papel del ejercicio físico en los planes de cuidados de los problemas de salud relevantes.

El impulso de la formación de profesionales en promoción de actividad física y salud es la base de nuestro modelo (BICI-PAFS) , para impulsar el consejo de actividad física y movilidad sostenible, junto con la prescripción de ejercicio físico combinada con actividades comunitarias innovadoras y prácticas, basadas en la evidencia, que tienen por objetivo aumentar el impulso de la promoción de salud a nivel local desde la perspectiva de la salud comunitaria utilizando la práctica de ejercicio físico como instrumento de promoción de salud a la vez que de dinamización social (1)

### **I EL PAPEL DE ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA EN LAS ESTRATEGIAS DE PROMOCIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA Y SALUD**

LEY 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias explica que “corresponde a los Diplomados universitarios en Enfermería la dirección, evaluación y prestación de los cuidados de Enfermería orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de enfermedades y discapacidades”. El Real Decreto 1231/2001, de 8 de noviembre en relación a la ordenación de la actividad profesional de enfermería establece en el artículo 54 reconoce los cuidados de enfermería como “Las funciones del enfermero/a derivan directamente de la misión de la enfermería en la sociedad. De acuerdo a criterios de calidad y excelencia profesional. Se mantienen constantes independientemente del lugar y el momento en que son prestados”. En el fomento del autocuidado se incluye la adherencia a un estilo de vida activo y saludable.

Orden SAS/1729/2010, de 17 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria, refleja la responsabilidad de la enfermera familiar y comunitaria para “Fomentar los autocuidados y estilos de vida saludables tanto individual como grupalmente o en entornos comunitarios”, establece como actividad derivada de su competencia su “Intervención en programas de ejercicio físico para la salud” estableciendo rotaciones en centros deportivos.

Los profesionales de enfermería estamos obligados a reflejar nuestra actividad en la historia Clínica según El Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud. El citado Real Decreto reconoce que la enfermera tiene autonomía y obligación de registrar los diagnósticos de enfermería (2,3), intervenciones de enfermería así como los resultados de las mismas según su propia taxonomía y nomenclatura. Entre los diagnóstico que registran los profesionales de enfermería de atención primaria en relación a la promoción de actividad física y salud se encuentran los diagnósticos de “Sedentarismo”, “deterioro de la movilidad física”, “riesgo de caídas” entre otros. Para el abordaje de estos problemas se reconoce la capacidad de intervención de enfermería en la “enseñanza de actividad / ejercicio prescrito”.

E igualmente no olvidar la regulación legal que aunque otorga a los profesionales de enfermería la provisión de cuidados de calidad a la población pero a la vez se nos recomienda:

- Interactuar con las estructuras de la comunidad local con relación a los problemas sanitarios.
- Impulsar las líneas de acción propuestas por la OMS en lo referido a lo intersectorial, intervención comunitaria y sobre el entorno.

El desarrollo de modelo de atención integrada y atención centrada en la persona implica considerar un amplio abanico de competencias y funciones desarrolladas en el marco de rol de “Enfermera Entrenadora en Autocuidados” (4). Así el papel de la enfermera como "entrenadora educadora de los autocuidados" favorece la educación y cooperación con los ciudadanos y ciudadanas para que adopten medidas preventivas y asuman responsabilidades en su propio

cuidado participando en la co-creación de los procesos adecuados para ello en el marco del modelo de atención a crónicos (5). Entre las diversas funciones enfermeras derivados del citado modelo destacamos: liderar, ser referente y coordinar los proyectos educativos tanto a nivel individual como grupal y Cooperar y participar junto con otros profesionales del equipo, con organizaciones y redes comunitarias a fin de mejorar la salud.

## **II JUSTIFICACIÓN DEL IMPULSO CONJUNTO DE LA PROMOCIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA Y SALUD COMUNITARIA.**

El objetivo de conocer como fomentar la actividad física teniendo como referencia la mejor evidencia posible la planteó en 1975 el American College of Sports Medicine (ACSM). Fue en esta época cuando se publicó el primer manual con orientación estrictamente sanitaria para la valoración y recomendación de ejercicio físico (6,7).

Aunque las primeras ediciones del Manual ACSM (American College Sport Medicine), para la valoración y prescripción de ejercicio físico se centraron en programas de ejercicio supervisados médicamente, este enfoque ha sido corregido y se ha aumentado sus miras para incluir una perspectiva más amplia de la salud pública aplicada a la actividad física y al ejercicio. La necesidad de programas médicos y científicos, supervisados y dirigidos por personal cualificado, no ha disminuido; sin embargo, está claro que se necesitan enfoques más accesibles a la población y menos sistemáticos que promuevan actividades entre la población sana. La gran mayoría de los adultos físicamente activos no están inscritos en programas de ejercicio estructurados y tampoco necesitan estarlo (6,7). El reto es por tanto responder ¿Qué estrategias consiguen una mayor adherencia a la práctica de ejercicio? ¿Cómo aumentar las personas físicamente activas en la población? La implantación de estrategias de actividad física requieren un enfoque comunitario en la atención a la salud de la población, utilizar una definición amplia de actividad física y contar con la participación de múltiples sectores.

En la Carta de Ottawa (Canadá 1986) ya se establecía que “La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mejor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, un individuo o un grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medioambiente”.

Hay que recordar que se propusieron cinco grandes líneas de acción en su implementación:

- Elaboración y desarrollo de políticas intersectoriales públicas saludables.
- Creación de entornos que contribuyan a la salud.
- Reforzamiento de la acción comunitaria.
- Desarrollo de habilidades y actitudes personales.
- Reorientación de los servicios de la salud.

Existe evidencia científica suficiente para afirmar que tal estrategia contribuye a mejorar la salud y la prevención de enfermedades tanto en países desarrollados como en los en vías de desarrollo. La promoción de la salud actúa sobre los determinantes de la salud en cuanto que aumenta la salud de la gente, contribuye significativamente a la reducción de las desigualdades, asegura los derechos humanos a la vez que constituye un capital social.

Por tanto, el desarrollo de políticas públicas saludables presenta una vertiente “macro” que compete a los gobiernos y otra “micro” insertada en la comunidad local a través de grupos, agentes y personas de la comunidad que se impliquen en la identificación y mejora de aquellos

aspectos de la vida cotidiana, la cultura y la actividad política relacionados con la salud. De lo anterior se deduce que todos tenemos una responsabilidad en la promoción de la salud, y por tanto en la promoción de la actividad física y hay que facilitar que se pueda ejercer esa responsabilidad en el ámbito comunitario. Hay que reivindicar la aplicación de las propuestas fundacionales de Atención Primaria realizadas en la Carta de Ottawa y la Declaración de Alma-Ata. Al revisar los actuales planes estratégicos de algunas administraciones públicas sensibles con la promoción de actividad física se adivina en sus documentos de declaración de intenciones, algo parecido a aquellos espíritus de cambio y transformación que rápidamente se convirtieron en utopía para muchos ciudadanos y profesionales. Aquellas propuestas inspiradoras de una sociedad orientada a la promoción de salud (Alma-Ata, Ottawa), nunca fracasaron, ya que nunca es implantaron en toda su extensión. Algunas estrategias (8,9) más recientes (Estrategia NAOS, Plan A+D y sus respectivas derivas autonómicas), deben servir para recordar que hay que reivindicar el espíritu original de las estrategias de promoción de salud. Es necesario que la promoción de salud, y la promoción de actividad física en particular, ocupen un lugar en la agenda política más relevante del actual y gozar de la asignación de métodos y recursos necesarios para ser eficaces.

En 1996, un destacable informe sobre las relaciones entre actividad física y salud de la Dirección General Americana de Salud Pública (A report of the Surgeon General, 1996) alertó sobre la influencia de la actividad física en la prevención de un amplio catálogo de patologías y enfermedades denominadas de la civilización (degenerativas). Se plantea el problema todavía en discusión de cuál debe ser su prescripción y el encaje de la misma en el sistema sanitario.

Posteriormente, la recomendación del Informe sobre la salud en el mundo, 2002 (OMS, 2002) fue determinante al establecer que el aumento de las enfermedades crónicas es el responsable de las dos terceras partes de estas muertes y del 46% de la morbilidad global (10).

De los diez factores de riesgo identificados por la OMS como claves para el desarrollo de las enfermedades crónicas, cinco están estrechamente relacionados con la alimentación y el ejercicio físico. Además de la ya mencionada obesidad, se citan el sedentarismo, hipertensión arterial, hipercolesterolemia y consumo insuficiente de frutas y verduras.

En respuesta a esta petición, en mayo de 2004, la 57ª Asamblea Mundial de la Salud aprobó la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud (11). La meta general de esta estrategia es promover y proteger la salud orientando la creación de un entorno favorable para la adopción de medidas sostenibles a escala individual, comunitaria, nacional y mundial, que, en conjunto, den lugar a una reducción de la morbilidad y la mortalidad asociadas a una alimentación poco sana y a la falta de actividad física. En el contexto de propuesta de la 57ª Asamblea de la OMS, en el año 2005 se puso en marcha la Estrategia NAOS (Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad) desde el Ministerio de Sanidad y Consumo, a través de la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AECOSAN), con el objetivo de sensibilizar a la población del problema que la obesidad representa para la salud, y de impulsar todas las iniciativas que contribuyan a lograr que los ciudadanos, y especialmente los niños y los jóvenes, adopten hábitos de vida saludables, principalmente a través de una alimentación saludable y de la práctica regular de actividad física (8).

**Plan A + D.** En 2010, con el fin de impulsar el acceso universal a una práctica deportiva de calidad para el conjunto de la población, el Consejo Superior de Deportes, en estrecha colaboración con las Comunidades Autónomas, las entidades locales, universidades y otros organismos ministeriales, junto con la necesaria participación del sector privado, pone en marcha una serie de líneas de actuación (objetivos, ejes estratégicos, programas y medidas) que configuran el Plan Integral para la Actividad Física y el Deporte. El citado Plan Integral (9) pretende responder a

unas preguntas básicas: ¿qué puede hacer el Gobierno para lograr una mayor promoción de la actividad física y del deporte en España? ¿Cómo se puede trabajar todos en la misma dirección?

**Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud (SNS).** Contempla entre sus principios la equidad, la salud en todas las políticas y la participación social. Además destaca la necesidad del abordaje de los estilos de vida desde la perspectiva de los determinantes de salud. En ella se priorizaron cinco intervenciones efectivas que necesitan de medidas coordinadas y de apoyo en los ámbitos comunitario, educativo y sanitario para abordar de manera integral la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades crónicas.

En todas estas intervenciones la promoción de actividad física y salud tienen una gran trascendencia (12). Sin embargo muchas de las acciones institucionales de promoción de actividad física y salud, precisan de una acción local para que se hagan efectivas en la población. Para ello se propone un instrumento la “Guía para la implementación local de la Estrategia de Promoción de Salud y Prevención del Sistema Nacional de Salud”, que ha sido elaborada por el Grupo de Trabajo para el desarrollo local de la Estrategia compuesto por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI), Comunidades Autónomas (CCAA), Entidades Locales, la Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP) y expertos de sociedades científicas (con participación de FAECAP) y del Ministerio.

La guía del Ministerio (13) cumple con los objetivos de: establecer un marco de trabajo común para la implementación local de la estrategia, facilitar que se haga de manera universal en todos los municipios y proponer recomendaciones y herramientas concretas para ello.

En ella se recogen los pasos a seguir para la implementación local una vez realizada la adhesión voluntaria de los Ayuntamientos a la Estrategia, y una propuesta sobre cómo llevar a cabo la:

- Constitución de una mesa intersectorial, puesto que teniendo en cuenta el enfoque de determinantes sociales de la salud, ganar salud trasciende a otros sectores más allá del sanitario.
- Identificación de recursos comunitarios, que da visibilidad y valor a todas aquellas estructuras y acciones con las que cuenta el municipio y que contribuyen a la salud y el bienestar de la ciudadanía; y además, porque complementa las intervenciones priorizadas en la Estrategia sobre consejo sanitario en estilos de vida con los recursos locales que lo facilitan.

### **III COMUNIDAD + ACTIVA**

#### **III.1 Fundamentos teóricos.**

Comunidad + Activa proporciona un marco de intervención para el impulso de la promoción de actividad física y salud a nivel local. Se basa en el impulso de la promoción de actividad física y salud desde una perspectiva comunitaria según el modelo “Healthy City” (Esquema 1) y atiende las recomendaciones (Imagen 1) de la “8ª Conferencia Mundial de Promoción de Salud Shanghai 2016” basada en el impulso de los conocimientos en salud, la buena gobernanza local y la acción local (ciudades saludables)

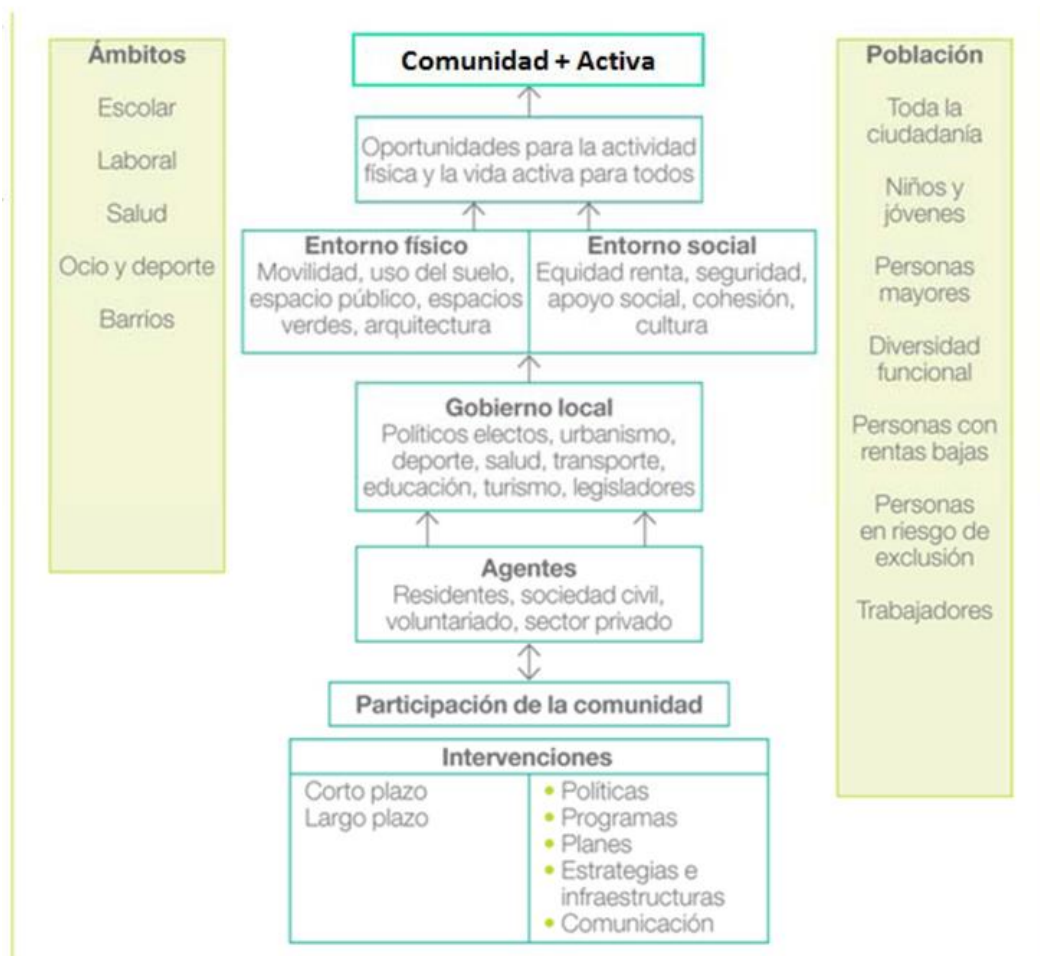
Comunidad + Activa tiene por objetivo facilitar la adhesión a un estilo de vida activo, saludable y sostenible de la población (estrategia poblacional), pero priorizando mediante discriminación positiva a población con un exceso de riesgo derivado de su estado de salud o condición social (Estrategia de riesgo).

**Imagen 1. Pilares de la Promoción de Salud. Shangai 2016**



Los pilares de “Comunidad + Activa” son: el impulso de la promoción de actividad física y salud considerando los determinantes sociales de la salud, la participación comunitaria en salud, la teoría salutogénica, las propuestas “atención integrada” y “atención centrada en la persona”, la aplicación de un modelo teórico de promoción de actividad física y salud (BICI-PAFS) y la capacidad de la atención primaria y las sociedades científicas de trasladar las estrategias institucionales (OMS, Ministerio etc.), al ámbito local.

**Esquema 1: Ciudades Saludables, Ciudades Activas (OMS).**



Fuente: adaptado de *A Healthy City is an Active City: A Physical Activity Planning Guide* (2008). OMS.

Los determinantes sociales de salud son ampliamente reconocidos como las causas de las causas de la mayoría de las enfermedades más prevalentes. En vista de la evidencia sobre cómo actúan los determinantes sociales en la salud, consideramos imprescindible que los servicios de salud se reorienten en consecuencia. En Atención Primaria la reorientación tiene que llevarse a cabo no tan solo en la consulta clínica individual, sino también en la forma en que el equipo de salud presta los servicios y en sus relaciones con la comunidad. El modelo de atención al individuo que permite la orientación a los determinantes es el basado en el modelo biopsicosocial, traducido en la práctica en una atención centrada en el paciente, contextualizadora y con visión salutogénica (14) basada en los instrumentos de participación comunitaria en salud. Se define participación comunitaria en salud como "El proceso en virtud del cual los individuos y familia asumen responsabilidades en cuanto a su salud y bienestar propio y los de la colectividad, y mejoran la capacidad de contribuir a su propio desarrollo y el comunitario. Llegan a conocer mejor su propia situación y a encontrar incentivos para resolver sus problemas comunes. Esto les permite ser agentes de su propio desarrollo, en vez de ser beneficiarios pasivos de la ayuda al desarrollo" (Conferencia Internacional de Alma Ata. 1978).

La participación comunitaria en salud adquiere un nuevo valor ya que el aumento reciente del interés por la salutogénesis hace que el enfoque más ideológico de la definición de Alma-Ata se convierta en una realidad con el impulso del mapeo de activos y la prescripción social. Estas intervenciones tienen su fundamento en el paradigma de la promoción de la salud y específicamente en la "Teoría Salutogénica" de Antonovsky, siendo su punto de partida la salud positiva de una comunidad y de las personas que la integran (15, 16, 17).

El marco para la acción se completará con el modelo de atención centrada en la persona de la Organización Mundial de la Salud y el modelo de atención integrada. La atención integrada nos hace entender un problema comunitario como un problema común en el que consideramos poco eficiente un abordaje segmentado de las distintas instituciones y agentes sociales y parece más razonable dar una respuesta única y conjunta para el citado problema. En esta respuesta común se integran la oferta de cartera de servicios, programas y protocolos orientados a la atención a los mayores e igualmente los distintos proyectos e intervenciones de los distintos agentes sociales identificados como activos. La mayoría de los enfoques tienden a excluir la integración a los pacientes y no visibilizan las necesidades de la persona y de su entorno: Steve Shortell define la Atención integrada como una red de organizaciones que se estructura para ofrecer un servicio coordinado de los servicios a una población definida, siendo responsable de los resultados clínicos, de los costos y del estado de salud de la población atendida. Además define los elementos clave (18) de la atención integrada para este tipo de pacientes:

- 1) La función del gestor de casos/enfermera entrenadora en autocuidados.
- 2) Protocolización basada en la evidencia
- 3) Abordaje multidisciplinar
- 4) Uso intensivo de la información compartida
- 5) Imbricación de las políticas entre niveles macro, meso y micro de la gestión
- 6) Enfoque pragmático basado en un modelo de atención claro.
- 7) Evaluación del desempeño, del impacto en salud y del bienestar.

Trabajar en red implica que todos los actores a nivel local son fundamentales y deben estar unidos bajo una filosofía común, deben tener una visión y un conjunto de valores compartidos en un entorno que no se impone por "decreto". La creación de redes no ha de ser un proceso casual sino que debe responder a un proceso deliberado con un propósito común. Trabajar de forma integrada implica crear las condiciones necesarias para orientarnos a la cooperación:

sinergias de recursos, democratización de las prioridades, presencia pública sin estructura burocrática y jerárquica, adaptación más rápida a la realidad social y más coordinación evitando duplicidades y competencia y un claro compromiso con la población y la sociedad en general (18). Entre los elementos claves de la Atención Centrada en la Persona están los siguientes:

- 1) Un amplio marco teórico biológico, psicológico, social, cultural, y espiritual;
- 2) Atención tanto a la salud enferma como a la salud positiva,
- 3) Investigación centrada en la persona sobre el proceso y resultados de la comunicación clínico-paciente-familia, el diagnóstico, el tratamiento, la prevención, y la promoción de la salud,
- y 4) Respeto por la autonomía, responsabilidad y dignidad de cada persona involucrada, y la promoción de alianzas a todo nivel (19).

Se complementa la acción comunitaria con acciones de Abogacía por la salud tratando de impulsar “una combinación de acciones individuales y sociales destinadas a conseguir compromisos políticos, apoyo para las políticas de salud, aceptación social y apoyo de los sistemas con el objetivo”(OMS).

El empoderamiento de los profesionales de enfermería desarrollando este papel les permite implementar los modelos y acciones descritas favoreciendo a su vez el empoderamiento de la familia y la comunidad. Para dar una imagen más sintética del conjunto de propuestas definimos “La esfera del empoderamiento”:

**Imagen 2: Elaboración propia.**

**“Empoderar profesionales es empoderar a la familia y a la comunidad”.**





### III.2 Propuesta de implementación.

La dinámica de trabajo responde a un proceso de atención integrada en el que distintas instituciones y agentes sociales forma grupos de trabajo multidisciplinares e interinstitucionales para dar una respuesta común a los distintos problemas de salud vinculados a los estilos de vida.

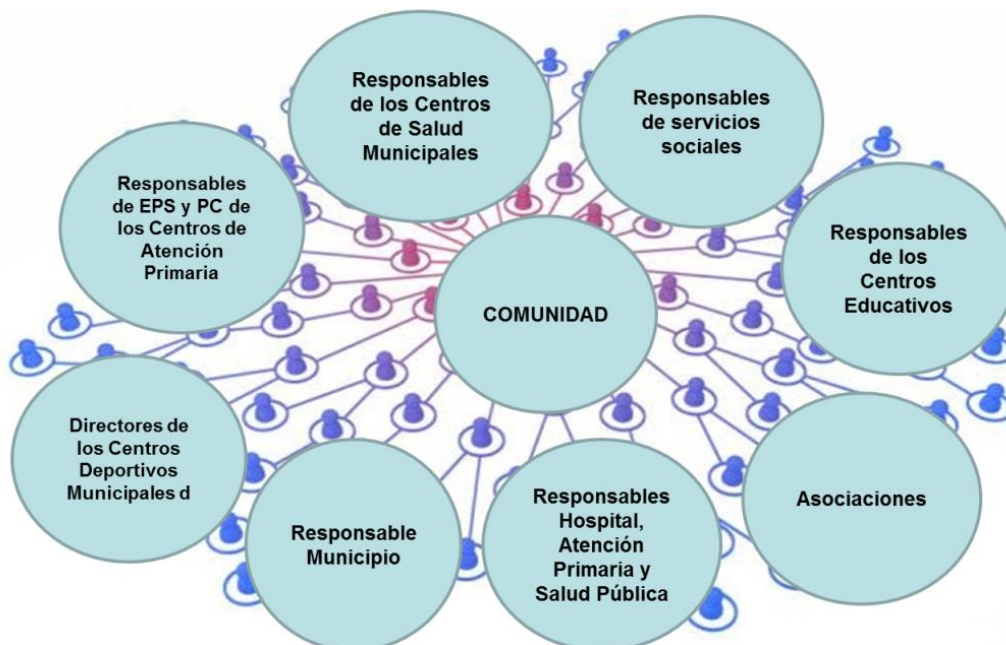
Se aplican las recomendaciones de intervención comunitaria del Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria (PACAP), modelo de promoción de actividad física y salud (FAECAP), el modelo de salutogénesis de activos en salud para impulsar la prescripción social y propone un modelo de atención integrada y gobernanza local en salud.

En su metodología desarrolla diferentes pasos entre los que destacan:

**Nivel I.** Establecer una red de colaboración si es posible en el marco de acción local de una mesa intersectorial (tal y como propone la Estrategia de Prevención y Promoción – MSSSI).

- Establecer un grupo coordinador con representación de la diversidad de asociaciones, instituciones y colectivos.
- Identificar profesionales de distintas disciplinas interesados en participar en el proyecto.
- Crear grupos de trabajo multidisciplinares para abordar las problemáticas priorizadas que incluyan a pacientes activos y/o expertos.
- Elaborar la nueva programación anual integrando las propuestas de todos los grupos multidisciplinares.

**Esquema 2:**



Puesto que los niveles de colaboración de profesionales son muy diversos, es necesario implementar intervenciones para implicar al mayor número posible ofreciendo formación y favoreciendo el compromiso de los profesionales con los niveles de mayor implicación:

-Núcleo: dinamizadores del proyecto, además se implican en grupos de trabajo multidisciplinares para abordar problemáticas concretas.

Labor: Intervención comunitaria, educación grupal, prescripción social.

-Puntuales: no participan en la generación de programas pero captan y derivan pacientes para los mismos. Labor: Prescripción Social.

-Escépticos: no participan en ninguna de las actividades

**NIVEL II:** Centro de sanitario: atención con prescripción social.

1. Identificar pacientes de riesgo según con diagnóstico de sedentarismo valorando la etapa de cambio en la que se encuentran.
2. Facilitar el consejo sanitario adaptado a la etapa vital y etapa de cambio, dando a conocer y monitorizando el seguimiento de las recomendaciones de actividad física para la salud.
3. Estratificación del nivel de riesgo del paciente y adecuar el plan de intervención al riesgo estableciendo las medidas oportunas de seguridad del paciente.
4. Facilitar la prescripción de ejercicio adecuada considerando recomendaciones científicas de prescripción de ejercicio, criterios de indicación de prueba de esfuerzo, interconsulta con especialistas y cuestionario de aptitud para la práctica de ejercicio.
5. Valorar criterios de derivación a recursos comunitarios según transición vital, necesidad de programa de ejercicio físico supervisado, riesgos, contraindicaciones y enfermedades conocidas.

**NIVEL III.** Coordinación con recursos comunitarios locales. (Centros sociales, deportivos, asociaciones etc.).

1. Dinamizar las propuestas de los grupos de trabajo multidisciplinares (pacientes expertos, enfermería, licenciados en ciencias de la actividad física y del deporte, fisioterapeutas, pediatras, médicos de familia, médicos deportivos, médicos de atención especializada), para atender las necesidades específicas educación para la salud y programas de actividad física apropiados según los grupos homogéneos de personas estratificados y agrupados según nivel de riesgo, transición vital y/o patología conocida.
2. Definir un modelo de intercambio de información entre los servicios sanitarios y servicios deportivos.
3. Facilitar el acceso a los activos en salud integrados en el programa (educación grupal, programas de actividad física comunitarios, asociaciones, instalaciones etc.). En general los pacientes participarán realizarán dos sesiones de actividad física semanales, tendrán acceso a un programa de educación grupal junto con el seguimiento correspondiente en cartera de servicios y beneficiarse y participar el mapa de activos.
4. Evaluación y seguimiento de adherencia y resultados en salud.

**III.3 BICI – PAFS:** Metodología de intervención basada en un modelo de intervención definido.

Para la promoción de actividad física y salud será el punto de partida el modelo BICI-PAFS (20) de promoción de actividad física y salud que se propone desde la Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria en Atención Primaria (FAECAP) y desde el

grupo de investigación de Promoción de Actividad Física para la Salud (PAFS-UCLM) (Imagen 3 – BICI-PAFS).

Imagen 3:



El modelo propone adaptar la intervención en promoción de actividad física y salud a la etapa de cambio correspondiente (21,22). Previamente quienes intervienen en este proceso han debido de formarse en los programas adecuados de capacitación en promoción de actividad física y salud de manera para optimizar la implementación de las mismas. Por tanto la propuesta de intervenciones deber ser coherente con la etapa de cambio de la persona.

En 2005 Robert West resalta las diferencias entre ambos modelos (23): el modelo transteórico (MTT – Rueda posterior de impulso) y la construcción teórica actual de la entrevista motivacional (EM – Rueda Anterior de orientación). No son pocos los estudios en los que todavía se habla de EM cuando se está aplicando el MTT o las políticas de intervención sanitaria que los confunden.

Para entender las diferencias entre MTT y EM habría que explicar que el MTT es un modelo esencialmente estadio-específico: identifica el estadio en el que se halla el paciente y aplica una estrategia estadio-específica. La EM, por contra, aplica sus estrategias (preguntas abiertas, validación, escucha reflexiva y sumarios) independientemente del estadio en el que se halle el paciente. El MTT es fácilmente aprehensible. Se puede adaptar con mucha facilidad a las diversas conductas diana y no requiere de un entrenamiento específico con supervisión para ponerlo en marcha con éxito. Probablemente en ello radica la clave de su éxito. Por contra, la EM es un método clínico que requiere de un aprendizaje, una puesta en escena y una adquisición de habilidades en la que se pueden considerar un amplio abanico de modelos teóricos de cambios de conductas (24).

### **Intervención en pacientes sedentarios en fases contemplativa y precontemplativa**

#### **Abordaje de las 5R, Sensibilización, y consejo sanitario:**

**Relevancia:** Lo fundamental es que tanto a nivel individual como a nivel colectivo tengamos conciencia de la importancia del ejercicio para nuestra salud individual y para las comunidades y para el sistema de salud.

A nivel individual, explicar la importancia de ser un individuo activo, se tendrá más impacto si la información está más individualizada y pueden modificar factores de riesgo previos, o si se tiene en cuenta la situación socio-familiar, sus preocupaciones en salud, edad, sexo. Serviría repasar las motivaciones al uso para hacer deporte y repasarlas.

A nivel colectivo que un grupo de trabajo comparta la convicción de la importancia de la promoción de actividad física y salud para la sociedad es clave para iniciar acciones colectivas e institucionales.

**Riesgos:** Advertir de los riesgos del sedentarismo, siempre individualizados a la realidad previa del paciente y proporcionar apoyo para adoptar las medidas de seguridad precisas para practicar ejercicio físico con seguridad.

**Repetición:** Estas intervenciones motivacionales debieran ser realizadas cada vez que el paciente acudiera a consulta, explicándole que haga pequeños intentos, que es cómo la mayoría de las personas se comienzan a ejercitar y reforzando los logros.

**Recompensas:** Se le explicarán los beneficios de la actividad física en salud, sobre todo centrada en sus patologías previas: desde mejor percepción de su salud, a menor probabilidad de sufrir cáncer o enfermedades cardiovasculares hasta disminución de la mortalidad total.

**Resistencias:** Identificar las barreras de instituciones, comunidades y ciudadanos para incorporar la actividad física a sus realidades y abordar los impedimentos para poder solventarlas o remediarlas en la medida de lo posible.

**Intervención en personas sedentarias en fases de preparación:** reconocimiento médico deportivo, prescripción de ejercicio y planes de cuidados.

**Intervención en personas en la fase de acción y mantenimiento:** actividades comunitarias, intervención grupal y refuerzo social.

III.4 Metodología de intervención integrada por actividades comunitarias basadas en la evidencia.

Para facilitar la implementación La estrategia Comunidad + Activa se concreta en el impulso de un número definido de actividades comunitarias. El criterio para seleccionar estas actividades es la existencia de evidencia científica que justifica que la implementación de estas actividades mejora la salud al facilitar con ellas la adherencia a la práctica de actividad física. Cada actividad se debe orientarse con el objetivo integrar 4 elementos (Imagen 4) constituyendo una “píldora de salud comunitaria”: programas asistenciales de cartera de servicios, educación grupal y actividades comunitarias, activos en salud y programas de actividad física.

Imagen 4: Píldora de Salud Comunitaria



1. **PRE-PAR ACTIVA** Promoción de salud orientada a una maternidad y paternidad saludables. Acondicionamiento físico preparto, educación para la salud maternal/paternal y promoción de lactancia materna. Acondicionamiento físico post parto, educación para la salud maternal/paternal, estimulación temprana, rehabilitación de suelo pélvico y promoción de lactancia materna.
2. **ESCUELA ACTIVA** Escuela Activa. Programa de promoción de estilos de vida saludables en la escuela impulsando la estrategia de “Escuelas Promotoras de Salud”.
3. **FAMILIAS + ACTIVAS** Familias Activas. Abordaje del sedentarismo y obesidad infantil en familia.
4. **PROGRAMA FIFTY-FIFTY.** Promoción de estilos de vida saludables en adultos (25-55) “programa fifty-Fifty”. Impulsado por la Estrategia NAOS.
5. **CARDIO+ACTIVA.** Acondicionamiento físico en personas con exceso de riesgo (Cardiovascular y diabetes). Acondicionamiento físico / Enfermedad conocida rehabilitación cardiaca y pulmonar
6. **REU+ACTIVA.** Acondicionamiento físico / Enfermedad conocida enfermedad reumáticas.
7. **NEU+ACTIVA.** Promoción de salud en personas con enfermedad pulmonar crónica. Rehabilitación pulmonar.
8. **MAYORES ACTIVOS.** Promoción de salud en mayores y programas de envejecimiento activo. Prevención de caídas. Acondicionamiento físico en ancianos robustos, ancianos frágiles y promoción de actividad física en el ámbito comunitario.
9. **PSICO ACTIVA.** Promoción de salud mental y actividad física para mejorar la salud emocional mediante la práctica de ejercicio.
10. **RUTACTIVA.** Grupos comunitarios de: paseo, senderismo, cicloturismo, entrenamiento y deporte tradicional
11. **INTEGR-ACTIVA** Inclusión social y prescripción social. Específicamente en grupos vulnerables y con funcionalidad diferente. Facilitar la participación gratuita en grupos dirigidos y eventos a colectivos vulnerables favoreciendo una reserva de plazas en la oferta para la integración de los mismos.
12. **CIUDAD + ACTIVA.** Impulsar la participación comunitaria en salud favoreciendo la modificación de los entornos para propiciar la toma de decisiones saludables.
13. **RED + ACTIVA.** Formación y promoción de actividad física en salud entre los profesionales. Intervención en promoción de actividad física en el ámbito laboral como herramienta para mejorar la salud de los profesionales, mejorar el trabajo en equipo y el rendimiento laboral. La expansión del programa comunidad + activa se fundamenta en el trabajo en red entre profesionales mediante el intercambio de experiencias y programas de formación continuada.
14. **VID-A-CTIVA** Para la difusión del programa se implementa un plan de comunicación social. Programa de comunicación social. Incluye folletos y cartelería, actividades de divulgación, marketing social y difusión de beneficios y aplicaciones de promoción de actividad física y salud en redes sociales y en blog, colaboración con medios de comunicación, presentación en foros científicos y sociales.

#### IV CONCLUSIONES.

En relación a la intervención en capacitación de promoción de actividad física y salud han participado 1520 profesionales en las distintas ofertas formativas generadas en colaboración con diversas instituciones incluyendo la oferta formativa online y presencial desarrollada específicamente por el grupo de trabajo de actividad física y salud. Todavía se considera un reto el que el conjunto de los profesionales de atención primaria tengan una formación satisfactoria en promoción de actividad física y salud. En el futuro esta serán un área de intervención a mejorar actuando específicamente en la formación pregrado, postgrado y en la capacitación de los especialistas en enfermería familiar y comunitaria.

. En el área de intervención familiar y comunitaria se han evaluado diversas actividades comunitarias en las que se ha podido demostrar que (1,25,26,27,28) :

- Se pueden obtener resultados positivos en el tratamiento de niñas y niños con obesidad infantil (Familias +Activas).
- Se puede revertir la fragilidad y prevenir de caídas en mayores (Mayores Activos).
- Se puede mejorar la calidad de vida y mejorar la calidad de vida en pacientes con enfermedades reumatológicas (Reumasactiva).
- Se puede mejorar el control de peso y adherencia al ejercicio en pacientes con enfermedades endocrinometabólicas (Cardioactiva-hábitos saludables).
- Se puede mejorar la calidad de vida con programas de promoción de salud mental y actividad física (psico+activa).
- Se mejora la calidad de vida en rehabilitación pulmonar y se ha conseguido un de abstinencia del 60% en los programas de deshabituación tabáquica (neumomásactiva).
- Se ha mejorado la adherencia al ejercicio en embarazo y post parto (pre par activa).
- Se pueden conseguir una adherencia al ejercicio superior al 70% mediante la implantación de actividades comunitarias.

Por lo tanto podemos considerar que las actividades comunitarias se han demostrado efectivas para mejorar el auto-cuidado en pacientes con enfermedades crónicas, para promover el ejercicio físico y el control de los factores de riesgo cardiovascular, confirmando lo que otras revisiones habían demostrado (29).

En el ámbito de intervención educativa el grupo de trabajo de actividad física y salud FAECAP participó en la implementación del programa Escuela + Activa dentro de la estrategia "CastillaLaManchamásActiva". En la iniciativa han participado 200 centros educativos y se ha impulsado la prevención primaria del sedentarismo y la obesidad infantil. En esta intervención destacó como estrategia especialmente útil la formación de los profesores coordinadores de cada una de los centros educativos, la subvención económica de las actividades de promoción de actividad física y salud desarrolladas en los mismo y la coordinación de los centros educativos con su entorno comunitario y específicamente con los centros sanitarios.

Otros programas comunitarios (Fifty-Fifty, Rutas Saludables etc.) que han demostrado resultados positivos en salud, podrían tener una mayor implantación con el impulso, respaldo y

participación de los grupos de trabajo de promoción de actividad física y salud de la Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria.

Igualmente ha sido significativo que un gran número de actividades comunitarias de promoción de actividad física y salud con participación y/o liderazgo de enfermería familiar y comunitaria han sido reconocidas con premios NAOS y PACAP (Escuela + Activa, Murcia Activa, Vallecas Activa, Rutas Saludables, PAFES, Mayores Activos, Pueblos Educadores etc.). El proyecto Vallecas que se desarrolla según el modelo “Comunidad+Activa” de FAECAP ha sido elegido como ejemplo de buenas prácticas en JA-CHRODIS de la Unión Europea (30). JA-CHRODIS es un proyecto promovido por la Comisión Europea dirigido a la identificación de buenas prácticas en la atención a pacientes crónicos que puedan ser implantadas en los países de la Unión Europea. El informe contiene 41 ejemplos de buenas prácticas de 13 países socios. Por lo tanto podemos concluir que el impulso conjunto de la salud comunitaria y de la promoción de actividad física y salud puede contribuir a la implementación de ambas en el sistema de salud contribuyendo a mejorar la salud de la población de forma significativa cuando se implementan actividades comunitarias basadas en la evidencia.

Agradecimientos; Grupo de trabajo de Actividad Física y salud FAECAP, Grupo de trabajo de Atención al Sedentarismo y Obesidad Infantil (SEMAP), Grupo PAFS y Proyecto HELP (Universidad de Castilla La Mancha), Grupo Técnico “CastillaLaManchamásActiva”, Grupo de trabajo “Vallecas Activa”. Comité organizado y Científico X Congreso FAECAP Toledo 2017. Asociación Castellano Manchega de Enfermería Familiar y Comunitaria (ACAMEC) y Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria (FAECAP).

## V BIBLIOGRAFÍA

- (1) Villalvilla Soria et al. Abordaje del sedentarismo y obesidad infantil desde la perspectiva familiar y comunitaria en atención primaria. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. 2014. Disponible en: [http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/nutricion/3.PONENCIA\\_DEFINITIVA\\_NAOS\\_FAECAP\\_Diego\\_J\\_Villalvilla.pdf](http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/nutricion/3.PONENCIA_DEFINITIVA_NAOS_FAECAP_Diego_J_Villalvilla.pdf)
- (2) Guirao J. Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnóstico de Enfermería Derechos Reservados. 2005 [citado 25 Dic 2006]. Disponible en: <http://www.aentde.com/index.php>
- (3) Guirao Goris J y otros. Validación del contenido diagnóstico de la etiqueta diagnóstica enfermera “Sedentarismo”. Revista Enfermería Clínica.2000;11(4): 135-40
- (4) Gerencia de Atención Primaria. Definición del Rol de Enfermera Educadora/Entrenadora en Autocuidados. Estrategia de calidad de los cuidados de Atención Primaria. Madrid: Servicio Madrileño de Salud; 2016
- (5) Wagner EH. Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness? Effective Clin Practice. 1998; 1(1):2-4
- (6) American Collage of Sports Medicine. Manual ACSM para la valoración y prescripción del ejercicio. 2ª edición. Ed. Paidotribo. Barcelona; 2005
- (7) American College of Sports Medicine(ACSM) Manual ACSM para la Valoración y Prescripción de Ejercicio Físico. Ed Paidotribo 2014.

- (8) Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia para la nutrición, actividad física, prevención de la obesidad (NAOS). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005
- (9) Consejo Superior de Deportes. Plan integral para la actividad física y el deporte. Madrid. Noviembre, 2010. Disponible en: <http://www.planamasd.es/sites/default/files/recursos/libro-plan-a+d.pdf>
- (10) OMS. Informe sobre la salud en el mundo 2002: reducir los riesgos y promover una vida sana. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2002.
- (11) OMS. Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. Resolución WHA55.23. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2004.
- (12) Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Actividad Física para la Salud y Reducción del Sedentarismo. Recomendaciones para la población. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS. Madrid, 2015 Disponible en: [http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/Recomendaciones\\_ActivFisica.htm](http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/Recomendaciones_ActivFisica.htm)
- (13) Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Guía para la implementación local de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS. Madrid, 2015.
- (14) Montaner I, Pasarín MI, Foz G. La salud. ¿un asunto individual? AMF Artículo de Isabel y Maribel Volumen 8, nº 7 (Julio-Agosto 2012) [consultado 17 Nov 2012] Disponible en <http://bit.ly/U31QvQ>
- (15) Hernán M, Morgan A, Mena ÁL. Formación en salutogénesis y activos para la salud [Internet]. Escuela Andaluza de Salud Pública. Consejería de Salud y Bienestar Social; 2014 Disponible en: <http://www.easp.es/?wpdmact=process&d id=Mi5ob3RsaW5r>
- (16) Morgan A, Ziglio E. Revitalising the evidence base for public health: an assets model. PromotEduc. 2007;Suppl 2:17-22.
- (17) Botello B, Palacio S, García M, Margolles M, Fernández F, Hernán M, et al. Metodología para el mapeo de activos de salud en una comunidad. Gaceta Sanitaria. 2013 Mar;27(2):180-3.
- (18) Martínez Roldan J. Atención integrada basada en las personas. Disponible en: <http://www.bigs.es/atencion-integrada-basada-en-las-personas/>
- (19) Mezzich JE, Snaedal J, Van Weel C, Heath I : Person centered Medicine: A Conceptual Exploration. International Journal of Integrated Care. 2010, Supplement.
- (20) Villalvilla Soria D.J. Alonso Blanco C. Aznar Laín S. Martínez Moreno L. “Promoción de actividad física y salud para una práctica enfermera basada en la evidencia” Autores Primera edición: año 2013. Difusión de Avances de Enfermería (DAE).
- (21) Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of selfchange in smoking: towards an integrative model of change. J Consulting Clin Psychol 1983; 51:390-5
- (22) Prochaska J, DiClemente C. The transtheoretical approach. New York: Dow Jones;1984.
- (23) West R. “Time for a change: putting the Transtheoretical (Stages of Change) Model to rest”. Addiction,100, 1036–1039
- (24) Campiñez M.. Modelo Transteórico y entrevista motivacional. Gaceta GPCYS, Gaceta GPCYS 2014, Número 22. Febrero 2014 <http://comunicacionysalud.es/gaceta/el-modelo-transteorico-y-la-entrevista-motivacional>



- (25) Villalvilla Soria D.J. Garcia Onieva M. Et. Al. Evaluation of the effectiveness of a family based intervention program in infantile obesity. (Active Families). European Confederation of Primary Care Paediatricians (ECPCP). European Congress in Primary Care Paediatrics. Tel Aviv. Israel. 2013
- (26) Valdivielso Fernández de Valderrama B. Villalvilla Soria D.J. Abad Sanz C. García Berral M.J. Morales Murillo I. Martínez Ortega R.M. Familias + Activas: Alternativas de intervención en obesidad infantil. Actas XVII Encuentro del Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria. Cuenca 2015.
- (27) Garcia F. Ochoa D. González Gross M. Belmonte S. Abad C. Villalvilla D.J. Implementación del Programa Hábitos Saludables (estudio piloto): Derivación de pacientes desde centros de salud a centro deportivos. Actas XVII Encuentro del Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria. Cuenca 2015.
- (28) Villalvilla Soria D.J. Martín Alvarez R. Domínguez Fernández S. Jiménez Fernández M. Lafuente Alvarez E. Rodríguez Pasmontes C Martín Pérez A. Aznar Laín S. Mayores Activos: Abordaje Comunitario de atención a la fragilidad y prevención de caídas (proyecto piloto). XVIII Encuentro del Programa de Actividades comunitarias en Atención Primaria. Zaragoza. 2016.
- (29) March S, Torres E, Ramos M, Ripoll J, García A, Bulilete O, Medina D, Vidal C, Cabeza E, Llull M, Zabaleta-del-Olmo E, Aranda JM, Sastre S, Llobera J. Adult community health-promoting interventions in primary health care: A systematic review. Preventive medicine. 2015 Jul; 76 Suppl :S94-104. [link](#)
- (30) Good practices in health promotion and primary prevention of chronic diseases across Europe. Summary Report. Joint Action on Chronic Diseases & Promoting Healthy Ageing across the Life Cycle. (JA-CHRODIS) EU Public Health Programme. Disponible en <http://www.chrodis.eu/our-work/05-health-promotion/wp05-activities/selection/>

## *La enfermería comunitaria ante la vulnerabilidad*

### LA SALUD REPRODUCTIVA DE LAS MUJERES INMIGRANTES

M<sup>a</sup> Idoia Ugarte Gurrutxaga

[Maria.Ugarte@uclm.es](mailto:Maria.Ugarte@uclm.es)

Universidad de Castilla-La Mancha

Médicos del Mundo Castilla-La Mancha

#### RESUMEN

La vulnerabilidad de la población inmigrante está ampliamente documentada y se puede comprender teniendo como marco de análisis los determinantes sociales y su implicación en las desigualdades en salud.

En el marco del modelo conceptual de los determinantes sociales de la salud propuesto por la Comisión para Reducir las Desigualdades en Salud en España, el género se postula como uno de los ejes de desigualdad que atraviesan la estructura social y que, en interacción con otros ejes como la clase social, la edad, la etnia o la raza y el territorio, determina jerarquías de poder y conlleva desigualdades en las oportunidades de tener una buena salud.

A pesar del reconocimiento internacional sobre la importancia de la Salud Sexual y Reproductiva (SSR), el ejercicio de los derechos humanos en este campo está fuertemente limitado y existen graves barreras que impiden a las personas – y de forma particular a las mujeres- desarrollar plenamente su sexualidad, así como acceder a servicios y suministros de salud sexual y reproductiva necesarios. Esta situación se agrava en el caso de las mujeres inmigrantes.

Es importante señalar que hay interés y preocupación respecto a la salud obstétrica de la población inmigrante, ya que numerosas investigaciones ponen de manifiesto la existencia de un grave problema de equidad en la salud perinatal de estas mujeres. Su salud reproductiva es mucho peor que la de las mujeres autóctonas.

Entre los factores que contribuyen a la situación de vulnerabilidad de las mujeres inmigrantes destacamos las propias características del contexto migratorio, el abordaje biomédico de la atención a la salud y la escasa competencia cultural del sistema sanitario.

**Palabras clave:** determinantes sociales de la salud; género; mujeres inmigrantes; salud reproductiva; competencia cultural.

#### ABSTRACT

The vulnerability of the immigrant population is widely documented and can be understood by analyzing the social determinants and their implication in health inequalities.

In the framework of the conceptual model of health's social determinants, proposed by the Commission to Reduce Health Inequalities in Spain, gender is postulated as one of the axes of inequality that crosses the social structure and, when it interacts with other axes, such as social class, age, ethnicity or race and territory, determines hierarchies of power and entails inequalities in the chances of good health.

Despite international recognition of the importance of sexual and reproductive health (SRH), in compliance with the human rights in this field is severely limited and there are serious barriers that prevent people - and women in particular - from developing fully their sexuality, as well as having access to necessary sexual and reproductive health services and supplies. This situation is aggravated in the case of immigrant women.

It is important to point out that there is interest and concern regarding the obstetric health of the immigrant population, since many investigations have revealed the existence of a serious problem of equity in these women's perinatal health. Their reproductive health is much worse than indigenous women's.

Among the factors that contribute to the vulnerability of immigrant women, we highlight the characteristics of the migratory context, the biomedical approach to health care and the scarce cultural competence of the health system.

**Keywords:** social determinants of health; gender; immigrant women; reproductive health; cultural competence.

## Introducción

La vulnerabilidad de la población inmigrante está ampliamente documentada y se puede comprender teniendo como marco de análisis los determinantes sociales y su implicación en las desigualdades en salud. El género, la clase y la etnia, determinan en gran manera la salud de esta población, situándola en la escala más baja de la posición social. En España, el estudio de las desigualdades en salud ha tenido escasa prioridad política, tal y como se refleja en el documento elaborado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad “Avanzando hacia la equidad Propuesta de Políticas e Intervenciones para reducir las desigualdades Sociales en salud en España” (1).

Si bien la ejecución de políticas relativas a todos los determinantes sociales es esencial para mejorar la salud y reducir las inequidades, el sector salud tiene un papel vital que desempeñar.

Su conocimiento sobre por qué la salud y la equidad en salud son objetivos compartidos en la sociedad, y en la identificación de la forma en que otros sectores se pueden beneficiar de las medidas relativas a los determinantes sociales, son fundamentales. El sector salud debe colaborar de este modo con otros sectores a fin de reducir las diferencias en la exposición y la vulnerabilidad a las amenazas de salud. De hecho, en lugar de reducir las inequidades en salud, en muchos países del mundo el sector salud suele agudizarlas al ofrecer un mejor acceso y calidad de atención a los segmentos de la sociedad que comparativamente tienen menos necesidades. Así vemos cómo el pago directo de los servicios de salud empuja a 100 millones de personas a la pobreza cada año (2).

Las políticas sanitarias son un determinante clave en el acceso a los servicios, deberían permitir al sistema sanitario hacer frente al proceso de atención a la población inmigrante de manera adecuada. Sin embargo, actualmente en España, el Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la

calidad y seguridad de sus prestaciones la norma legislativa de mayor rango en materia sanitaria, lejos de caminar en este sentido, condiciona el acceso y uso del sistema de salud a determinados requisitos administrativos vinculados a las políticas migratorias. En Castilla-La Mancha, desde el día 1 de marzo de 2016, la Consejería de Sanidad haciendo valer sus competencias en la atención sanitaria, ha ampliado la cobertura facilitando que casi toda la población que reside en esta Comunidad pueda tener acceso al sistema sanitario.

En el marco del modelo conceptual de los determinantes sociales de la salud, el género se postula como uno de los ejes de desigualdad que atraviesan la estructura social y que, en interacción con otros ejes como la clase social, la edad, la etnia o la raza y el territorio, determina jerarquías de poder y conlleva desigualdades en las oportunidades de tener una buena salud (3).

La combinación de los ejes de desigualdad de género y etnia, sitúa a las mujeres inmigrantes en una situación de gran vulnerabilidad. Así se visibiliza en el recién publicado Informe sobre Deficiencias e inequidad en los servicios de salud sexual y reproductiva en España (4). La prevalencia de la Violencia de Género entre las mujeres extranjeras duplica a la de las mujeres españolas, más del 80% de las mujeres en situación de prostitución (y/o trata), también son extranjeras y no podemos olvidarnos de la MGF en España: se estima que la población femenina en riesgo de sufrir MGF ronda las 17.000 niñas menores de 15 años.

También en el ámbito de la Salud Sexual y Reproductiva la vulnerabilidad de las mujeres inmigrantes adquiere una magnitud y una severidad importantes.

### **La Salud Reproductiva de las mujeres inmigrantes**

A pesar del reconocimiento internacional sobre la importancia de la salud sexual y reproductiva (SSR), el ejercicio de los derechos humanos en este campo está fuertemente limitado y existen graves barreras que impiden a las personas – y de forma particular a las mujeres- desarrollar plenamente su sexualidad, así como acceder a servicios y suministros de salud sexual y reproductiva necesarios.

La salud y los derechos sexuales y reproductivos deben ser promovidos desde las políticas sanitarias y sociales estatales y locales e integrarse dentro del marco de la atención primaria de salud, el ámbito escolar y los servicios y recursos para jóvenes, como principales sectores (5).

Los estudios epidemiológicos constatan que los programas de atención durante el embarazo consiguen una reducción de la mortalidad materna y perinatal, así como mejores resultados en el parto (6). La Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que la mortalidad neonatal se reduce en proporción directa a la tasa de asistencia a la primera visita del control del embarazo, que debe realizarse antes de la semana doce, a un número suficiente de controles y al hecho de recibir una atención adecuada durante el parto (7). Una de las medidas que actualmente está considerada como la mejor de las estrategias preventivas para conseguir una reducción de la morbi-mortalidad neonatal es la atención prenatal sistematizada y programada.

Son varios los estudios que corroboran que los comportamientos reproductivos de las mujeres inmigrantes (incluyendo el uso y la demanda del sistema de salud) están condicionados tanto

por los aspectos culturales y las características sanitarias de sus países de origen como por las existentes en el país de destino (8,9)

Es importante señalar que hay interés y preocupación respecto a la salud obstétrica de la población inmigrante, ya que numerosas investigaciones ponen de manifiesto que la salud reproductiva es mucho peor que la de las mujeres autóctonas.

La mayoría de las investigaciones se han llevado a cabo en países con tradición migratoria más larga. En ellas se muestran diferencias significativas entre mujeres españolas y mujeres extranjeras en lo que respecta a diferentes aspectos relacionados con la salud reproductiva, tales como una menor asistencia a los centros sanitarios para el seguimiento del embarazo en mujeres, incluso en aquellas con patologías previas al embarazo (10-14); una peor percepción de la atención recibida (15,16) y un resultado obstétrico desfavorable (17,18).

Los escasos estudios en el plano nacional, reflejan la existencia de una serie de desigualdades con respecto a las mujeres españolas en los aspectos relacionados con el acceso y uso del sistema sanitario (19), y en concreto diferencias en el proceso de atención a la salud reproductiva: embarazo, parto y puerperio (20,21).

En estos estudios, se coincide en afirmar que las mujeres de nacionalidades diferentes a la española presentan una frecuencia significativamente mayor de tener un embarazo con un control inadecuado, sobre todo las marroquíes (22).

### **Principales barreras de acceso y uso de la atención perinatal**

Entre los factores que contribuyen a la situación de vulnerabilidad de las mujeres inmigrantes, en cuanto a que dificultan el acceso y uso de la atención perinatal, destacamos las propias características del contexto migratorio, el abordaje biomédico de la atención a la salud y la escasa competencia cultural del sistema sanitario.

#### Características del contexto migratorio

En el caso de las mujeres inmigrantes, los estudios a los que hemos tenido acceso concluyen que las recién llegadas a su país de acogida, con escasos apoyos sociales, dificultades idiomáticas y limitados conocimientos sobre el sistema sanitario tienen un mayor riesgo de recibir una atención perinatal no adecuada (23-25).

Respecto a la influencia de los factores culturales, podemos decir que los comportamientos reproductivos de las mujeres inmigrantes (incluyendo el uso y la demanda del sistema de salud) están condicionados tanto por los aspectos culturales y las características sanitarias de sus países de origen como por las existentes en el país de destino, (8, 15,26).

#### Abordaje biomédico de la atención a la salud

Bajo el paradigma biopsicosocial para el abordaje de los conceptos salud y enfermedad, se supera el biologicismo que durante tanto tiempo impregnó la medicina. La atención a la salud de las personas se realiza de manera integral, reconociéndose la incorporación de las dimensiones psicológicas, sociales y culturales como determinantes de la salud y de necesario reconocimiento en los encuentros asistenciales. Sin embargo, a pesar de que en el plano teórico

queda claro y haya un consenso más que justificado en la incorporación de este enfoque integral, en el plano operativo, en el día a día de la atención sanitaria, las dificultades son un hecho. Es decir, que aunque se promueven los principios y estrategias de la atención biopsicosocial a nivel legislativo y en los programas de atención, en la práctica diaria prevalece el modelo de atención biologicista (27).

La relación asistencial se desarrolla en el marco de un modelo, que aunque en la teoría contempla las dimensiones socioculturales de la salud y la enfermedad en sus procesos de atención, en la realidad se evidencia la influencia de sesgos biomédico, etnocéntrico y culturalista en el abordaje de estas dimensiones. Así, la mirada de los y las profesionales de la salud no es neutra, está tamizada por estos sesgos que condicionan la propia mirada, lo que se ve, la interpretación de lo que se ve y lo que se hace, as prácticas que se materializan en el encuentro (22).

El sesgo biomédico conlleva que el modelo de atención se realice a través de protocolos estandarizados que permiten llevar a cabo un tratamiento homogéneo de atención a las dimensiones biológicas, dejando al margen las dimensiones psicológica, social y cultural.

El sesgo etnocéntrico conlleva que el modelo de atención no pueda responder a un protocolo estandarizado de atención a las dimensiones socioculturales. Este sesgo ocasiona que la observación y el tratamiento de las diferencias se aborde de forma etnicista, etnocéntrica, descontextualizada y monocultural. Es decir, aun advirtiendo que las poblaciones inmigrantes son diferentes socioculturalmente la tendencia practicada promueve prestar una atención homogénea ante ellas (28).

Y por último, el sesgo culturalista, definido como la exageración de los factores culturales y la esencialización de la cultura. Las consecuencias de este sesgo es que se interpretan los comportamientos de las personas por su pertenencia a una determinada cultura (22).

Consideramos necesario aclarar que si bien es cierto que las relaciones asimétricas y de subordinación (poder de los y las profesionales de la salud) características del modelo de atención sanitaria con un enfoque biomédico predominante en el sistema sanitario español, propicia que una persona usuaria de dicho sistema se sienta en “territorio extraño” aun siendo autóctona, la situación de las personas inmigrantes es aún más grave (29,30). Así, la relación entre ambas partes se construye desde la desigualdad.

#### Deficiente competencia cultural del sistema sanitario

Otro de los factores que se ha visto que dificulta el acceso y uso de los servicios sanitarios es la deficiente competencia cultural de los mismos, tanto a nivel estructural como a nivel profesional. En un contexto donde la diversidad cultural es una realidad constante los y las profesionales de la salud tienen que ser capaces de manejarse y dar respuestas satisfactorias a las necesidades de pacientes de diferentes culturas.

Por este motivo es necesario el desarrollo de unos modelos de salud que respondan a las necesidades de las personas usuarias del sistema de salud, planteándose la interculturalidad como un proceso de acercamiento entre los distintos sistemas de atención sanitaria (31)

Así lo dice la OMS (32) en uno de sus documentos sobre salud e inmigración, donde señala que un elemento fundamental del derecho a la salud es que todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deben estar adaptados a esa diversidad cultural como modo de evitar errores diagnósticos y mejorar la accesibilidad.

Se define el concepto de competencia cultural en los sistemas sanitarios, como la capacidad del sistema sanitario y sus profesionales para valorar los factores socioculturales de los y las pacientes, como una parte más de sus competencias profesionales, operativizando de esta manera el enfoque biopsicosocial de la atención a la salud. Es la adaptación de la atención sanitaria de manera congruente con la cultura del o de la paciente. Esta competencia es un proceso dinámico, mediante el cual el o la profesional de la salud o un sistema sanitario busca proporcionar el cuidado a través de estrategias basadas en el conocimiento del patrimonio cultural, en las actitudes y en los comportamientos de aquellas personas a quienes dirige sus cuidados (33)

La competencia cultural se fundamenta en dos principios básicos: primero, es importante explorar y comprender los factores socioculturales que influyen en los valores, las creencias y los comportamientos de las personas relacionados con la salud y la asistencia sanitaria; y segundo, es fundamental para el desarrollo de estrategias intersectoriales en el diseño y la prestación de la asistencia sanitaria en un esfuerzo por reducir las brechas en la calidad que resultan de las barreras lingüísticas y socioculturales.

Con estas características, el sistema sería equitativo, de alta calidad, y libre de las disparidades basadas en las características individuales del o de la paciente. En definitiva, lo que se pretende es facilitar el proceso para que los cuidados que se oferten sean congruentes con el contexto cultural de la persona usuaria de los servicios sanitario (34).

Cabe señalar que la eficacia de los programas que aplican la competencia cultural en la atención a pacientes inmigrantes está ampliamente documentada (22).

Las dimensiones de esta competencia son la sensibilidad cultural, que hace referencia a las habilidades interpersonales y al establecimiento de unas relaciones significativas mediante el logro de la confianza entre las dos partes del encuentro (35); la habilidad cultural, que se traduce en la capacidad de recabar información culturalmente relevante para abordar un determinado problema de salud y realizar una valoración precisa (36); el conocimiento cultural (37) y la conciencia cultural, relacionada con el autoexamen y el reconocimiento de los prejuicios (38).

Un buena comprensión de la competencia cultural pasa por considerarla como una estrategia de abordaje de la atención a la salud en los contextos de diversidad cultural y partiendo de la premisa de la heterogeneidad en los grupos y entendida como un proceso.

La pertinencia de la competencia cultural de los y las profesionales a la hora de promocionar el acceso al sistema sanitario en los contextos de diversidad cultural está avalada por numerosos estudios que lo refrendan e incluso se llega a valorar como más eficiente que el uso de otras herramientas como los traductores telefónicos o los y las intérpretes (22).

### Posibles líneas de Acción

A continuación se presentan algunas de las posibles líneas de acción con el objetivo de disminuir la inequidad en salud de las mujeres inmigrantes en su proceso perinatal, extraídas de nuestra investigación del proyecto de Tesis Doctoral (22).

Sin duda, el abordaje estratégico debe ser integral, implementándose medidas en tres niveles, configurando una serie de acciones que previamente deberán pasar por un análisis de su viabilidad.

Entre las acciones dirigidas a **profesionales de la salud**, se podrían valorar la formación en la competencia cultural, en todas sus dimensiones: conciencia, sensibilidad, conocimiento y habilidades culturales; la inclusión en los planes de estudios de Grado, Postgrado y en la formación continuada de profesionales de la salud disciplinas encaminadas a fomentar las competencias para abordar en condiciones de equidad las desigualdades sociales en salud y la diversidad cultural y la información a profesionales de la salud sobre el derecho de las mujeres a escoger los y las profesionales y garantizar su cumplimiento.

Respecto a las **acciones dirigidas a las mujeres**, se podrían analizar las posibles alternativas dirigidas hacia la alfabetización de las mujeres, entendiendo la alfabetización como la adquisición de la competencia lingüística en castellano; el conocimiento de la estructura, organización y oferta asistencial del sistema sanitario y sus prestaciones; el conocimiento de los recursos sociosanitarios del ámbito geográfico de su residencia (transporte, ubicación de centros sociales y sanitarios) y el conocimiento de sus derechos y obligaciones como usuarias de los servicios de salud.

Por otra parte, **ya en el plano institucional**, la exploración de posibles alternativas de funcionamiento iría encaminada a valorar aspectos como la incorporación explícita de los enfoques biológicos, psicológicos, sociales y culturales en el modelo de atención a la salud, reconociendo la heterogeneidad de las mujeres más allá de las diferencias culturales.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Comisión para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Avanzando hacia la equidad. Madrid. 2015.
2. Xu K et al. Protecting households from catastrophic health spending. Health affairs, 2007; 26:972-983.
3. García MM, Del Río LM, Marcos JM. Guía de indicadores para medir las desigualdades de género en salud y sus determinantes. Escuela Andaluza de Salud Pública. Consejería de Sanidad. Junta de Andalucía. 2015. Disponible en: <https://www.easp.es/project/guia-de-indicadores-para-medir-las-desigualdades-de-genero-en-salud-y-sus-determinantes/>
4. Deficiencias e inequidad en los servicios de salud sexual y reproductiva en España. Coordinan: Yedra García Bastante, Eva M. Aguilera González, Miguel Reyero Cortina y Sagrario Martín Martín. Editan: Alianza por la Solidaridad Asociación de Investigación y Especialización sobre Temas Iberoamericanos (AIETI) et al. 2016.



5. SALUD Y GÉNERO. Guía práctica para profesionales de la cooperación. Coordinadoras: Sojo, Sierra y López. Médicos del Mundo. 2002.
6. Zulueta, M. P. Efectividad de una intervención socio-sanitaria dirigida a disminuir las desigualdades en salud reproductiva de las mujeres inmigrantes marroquíes en Cantabria. *REDUCA (Enfermería, Fisioterapia y Podología)*, 2011; 3(3).
7. OMS. International migration, health and human rights. (Vol. 4). Health and Human rights publication series: Ginebra. 2003.
8. Kuster, M., Goulet, C., y Pépin, J. Significations du soin Postnatal pour des immigrants algériens. *L'infirmière du Québec*, 2002; 10(1), 12-23.
9. Luque, M. A., y Oliver, M. I. Diferencias culturales en la percepción y vivencia del parto: El caso de las mujeres inmigradas. *Index de Enfermería*, 2005; (48-49), 9-13.
10. El Reda, D. K., Grigorescu, V., Posner, S. F., y Davis-Harrier, A. Lower rates of preterm birth in women of Arab ancestry: an epidemiologic paradox--Michigan, 1993-2002. *Matern Child Health J*, 2007; 11(6), 622-627. doi:10.1007/s10995-007-0199-y
11. Floridia, M., Pinnetti, C., Ravizza, M., Frisina, V., Cetin, I., Fisco, M., . . . The Italian Group on Surveillance on Antiretroviral Treatment in, P. Rate, Predictors, and Consequences of Late Antenatal Booking in a National Cohort Study of Pregnant Women With HIV in Italy. *HIV Clinical Trials*, 2014; 15(3), 104-115. doi:10.1310/hct1503-104
12. Heaman, M. I., Green, C. G., Newburn-Cook, C. V., Elliott, L. J., y Helewa, M. E. Social inequalities in use of prenatal care in Manitoba. *Journal Obstetrics Gynaecology Canada*, 2007; 29(10), 806-816.
13. Hussain, A., Moodley, D., Naidoo, S., y Esterhuizen, T. M. Pregnant Women's Access to PMTCT and ART Services in South Africa and Implications for Universal Antiretroviral Treatment. *PLoS ONE*, 2001; 6(12), e27907. doi:10.1371/journal.pone.0027907
14. Tariq, S., Pillen, A., Tookey, P. A., Brown, A. E., y Elford, J. The impact of African ethnicity and migration on pregnancy in women living with HIV in the UK: design and methods. *BioMed Central Public Health*, 2012; 12, 596-596. doi:10.1186/1471-2458-12-596
15. Dias, S., Gama, A., y Rocha, C. Immigrant women's perceptions and experiences of health care services: Insights from a focus group study. *Journal of Public Health*, 2010; 18(5), 489-496.
16. Tandon, S. D., Parillo, K. M., y Keefer, M. Hispanic women's perceptions of patient-centeredness during prenatal care: a mixed-method study *Birth*, 2005; (32), 312-317.
17. Almeida, J., Mulready-Ward, C., Bettogowda, V., y Ahluwalia, I. Racial/ethnic and nativity differences in birth outcomes among mothers in New York City: the role of social ties and social support. *Maternal & Child Health Journal*, 2014; 18(1), 90-100.
18. El-Sayed, A. M., y Galea, S. Interethnic mating and risk for preterm birth among Arab-American mothers: Evidence from the Arab-American Birth Outcomes Study. *Journal of immigrant and minority health / Center for Minority Public Health*, 2011; 13(3), 445-452. doi:10.1007/s10903-010-9341-9
19. García, J., Pardo, C., Hernández, A., Lorenzo, M., y Gil, D. Diferencias obstétricas y neonatales entre mujeres autóctonas e inmigrantes. *TITLEREVISTA*, 2008; 51(02), 53-62.
20. Liberal, M. L., Sánchez, G., Tello, E., Mestanza, J. A., y Iglesias, E. Estudio de las diferencias obstétricas y perinatales entre gestantes españolas e inmigrantes en nuestro

- área de salud Study of obstetrics and perinatal differences between Spanish and foreign im-migrant women in our health area. *PRÁCTICA*, 2012; 134
21. Manzanares, S., López, M. F., Gómez, T., Martínez, N., y Montoya, F. Resultados del mal control del embarazo en la población inmigrante. *TITLEREVISTA*, 2008; 51(04), 215-223.
  22. Ugarte, M I. La salud reproductiva de las mujeres inmigrantes marroquíes. Análisis cualitativo de las representaciones sociales de mujeres y profesionales de la salud.[Tesis Doctoral en Internet]. [Albacete]: Universidad de Castilla-La Mancha, 2015. Recuperado a partir de: <http://hdl.handle.net/10578/9051>
  23. Boerleider, A. W., Wieggers, T. A., Manniën, J., Francke, A. L., y Devillé, W. L. J. M. Factors affecting the use of prenatal care by non-western women in industrialized western countries: a systematic review. *BioMed Central Pregnancy & Childbirth*, 2013; 13, 81-81. doi:10.1186/1471-2393-13-81
  24. Hayes, I., Enohumah, K., y McCaul, C. Care of the migrant obstetric population. *International Journal of Obstetric Anesthesia*, 2011; 20(4), 321-329. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.ijoa.2011.06.008
  25. Sanmartin, C., & Ross, N. Experiencing difficulties accessing first-contact health services in Canada: Canadians without regular doctors and recent immigrants have difficulties accessing first-contact healthcare services. Reports of difficulties in accessing care vary by age, sex and region. *Healthcare Policy*, 2006; 1(2), 103.
  26. Kaplan, A. Integración social, identidad étnica y género: la salud sexual y reproductiva de las mujeres migrantes subsaharianas: retos e implicaciones. Paper presented at the Comunicación del II Congreso sobre la inmigración en España. 2001.
  27. Ugarte, M I. La evidencia narrativa y la calidad asistencial en el Sistema Nacional de Salud. En Lorenzo Mariano y Carmen Cipriano (Eds.) *Medicina y Narrativas. De la teoría a la práctica*, (pp. 95-118). Madrid: Círculo Rojo.2012.
  28. Gijón , M. T. El espejismo de lo sociocultural en salud: discursos socio-profesionales sobre el encuentro asistencial con poblaciones inmigrantes desde el Modelo de Atención Primaria al Sur de Europa. Universidad de Granada. Granada. 2014
  29. Juárez, M. P., y Saforcada, E. El problema de la barrera psicosociocultural interpuesta entre los profesionales de la salud y consultantes de contextos pobres estructurales. Reflexiones sobre una cuestión compleja [The problem of psycho-socio barrier interposed]. *Salud y Sociedad*, 2014; 4(3), 210-227.
  30. Triviño, R. Mujeres migrantes y misoprostol: aborto privado, escándalo público. *Dilemata*, 2012; (10), 31-44.
  31. Alarcón, A.M., Vidal, A., y Neira, J. Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. *Revista Médica de Chile*, 2003; 131(9), 1061-1065.
  32. OMH. National standards for culturally and linguistically appropriate services in health care. Final report, U.S. Department of Health and Human Services, Rockville, Office of Minority Health. 2001
  33. Giger, J., Davidhizar, R. E., Purnell, L., Harden, J. T., Phillips, J., y Strickland, O. American Academy of Nursing Expert Panel report: developing cultural competence to eliminate health disparities in ethnic minorities and other vulnerable populations *Journal Transcultural Nursing*, 2007; (18), 95-102.



34. Bridge, T. J., Massie, E. G., y Mills, C. S. Prioritizing cultural competence in the implementation of an evidence-based practice model. *Children and Youth Services Review*, 2008; 30(10), 1111-1118. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.childyouth.2008.02.005>
35. Taylor, G., Papadopoulos, I., Dudau, V., Maerten, M., Peltegora, A., y Ziegler, M. Intercultural education of nurses and health professionals in Europe (IENE). *International Nursing Review*, 2011; 58(2), 188-195. doi:10.1111/j.1466-7657.2011.00892.x
36. Leininger, M. Culture care diversity and universality: A theory of nursing. New York: National League for Nursing Press. 2001
37. Foronda, C. L. A concept analysis of cultural sensitivity. *Journal Transcultural Nursing*, 2008; 19(3), 207-212. doi:10.1177/1043659608317093
38. Belintxon, M., y de Dicastillo, O. L. *Los retos de la promoción de la salud en una sociedad multicultural: revisión narrativa de la literatura*. Paper presented at the Anales del Sistema Sanitario de Navarra.2014.

## *Enfermería comunitaria e investigación*

### **INVESTIGACIÓN EN CUIDADOS = CONOCER + COMPARTIR + CAMBIAR.**

Cesar Hueso Montoro.

Doctor por la Universidad de Alicante. Licenciado en Antropología Social y Cultural por la Universidad de Granada. Diplomado en Enfermería por la Universidad de Granada.

#### **Resumen de la ponencia:**

La investigación en cuidados supone una oportunidad para visibilizar el trabajo enfermero y mostrar su efectividad en la mejora de la salud de la ciudadanía. Bajo la ecuación que da título a esta ponencia, se pretende mostrar cuáles son los pilares fundamentales sobre los que se asienta la investigación en cuidados.

Se parte de la premisa de que los procesos de investigación tienen como objetivo la generación de conocimiento, y es el empleo de ese conocimiento el que permite avanzar en la práctica enfermera. Para el desarrollo de la investigación enfermera en España ha sido fundamental el apoyo que se ha prestado desde distintos sectores, incluyendo asociaciones científicas, colegios profesionales, etc. Pero sin lugar a dudas un salto cualitativo importante ha sido la incorporación de los estudios de Enfermería al Espacio Europeo de Educación Superior, que ha posibilitado el desarrollo de más de medio centenar de programas de doctorado con líneas de investigación en cuidados, así como la consolidación de grupos de investigación en todo el territorio nacional. Los datos de producción científica facilitados por SJR Country Ranking sitúan a España en el séptimo lugar en producción.

La irrupción del modelo de Práctica Basada en Evidencias es otro hito importante en el desarrollo de la investigación enfermera. Este modelo ofrece un marco teórico y metodológico idóneo para la puesta en práctica del mejor conocimiento científico generado a través de la investigación, pero teniendo también presente la influencia de otros elementos como la experiencia profesional, las preferencias y valores de los usuarios o los recursos disponibles. En este sentido, el acceso a las fuentes de evidencia es otro de los retos en el marco de la investigación en cuidados. La publicación de la investigación en revistas de alto impacto científico no garantiza la difusión completa de sus hallazgos. Las nuevas tecnologías de la información y comunicación, especialmente representadas en las redes sociales, son un vehículo de comunicación útil para diseminar la evidencia científica.

Por último, no solo de conocer y compartir se nutre la investigación en cuidados. La ecuación se completa haciendo hincapié en que la investigación debe tener compromiso de cambio. Así, los hallazgos de la investigación deben tener una clara orientación hacia la mejora de la salud de la ciudadanía, de modo que sean considerados como una fuente para la toma de decisiones estratégicas en el ámbito de las políticas sociales y de salud.



# COMUNICACIONES ORALES

## TEXTO COMPLETO



## PREMIOS COMUNICACIONES ORALES

**ID298:****SITUACIÓN ACTUAL ACERCA DEL USO DE LECHE MATERNA EN ESCUELAS INFANTILES DE CASTILLA-LA MANCHA****PRIMER PREMIO COMUNICACIÓN ORAL**

Rebeca López Herrero<sup>1</sup>, Vanesa Losa Frías<sup>1</sup>, Carmen Molina Medrano<sup>1</sup>, Nelly Gallegos Bayas<sup>1</sup>, Rosario Sánchez-Escalonilla González<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Centro de Salud de Fuensalida. Gerencia de Atención Primaria de Toledo.

[rebecalopezh@hotmail.com](mailto:rebecalopezh@hotmail.com)

**RESUMEN****Introducción:**

En nuestro Centro de Salud nos encontramos con madres que al reincorporarse al trabajo nos muestran su preocupación por el mantenimiento de la lactancia durante la estancia de su hijo/a en la escuela infantil.

**Objetivo:**

Conocer el uso de la leche materna (LM) en las escuelas infantiles de Castilla-La Mancha.

**Material y métodos:**

Estudio observacional, transversal y descriptivo. Se realiza un cuestionario dirigido a las escuelas infantiles valorando aspectos relacionados con el uso de LM extraída.

**Resultados:**

La LM extraída es aceptada como práctica habitual (63%) o solo para los más pequeños (14%). La principal razón para no aceptarla es el desconocimiento de las recomendaciones de su manejo y conservación (50%).

**Discusión y conclusiones:**

La cuarta parte de las escuelas infantiles encuestadas no se plantea o no acepta la LM extraída. Sería deseable trabajar en conjunto con las escuelas infantiles de cara a facilitar y promocionar la lactancia materna.

**ABSTRACT****Background:**

Daily in our Health Centre we find mothers that show us their concern on how to continue with breastfeeding when they return to work and their children must stay in child care centers.

**Objective:**

The purpose of this study was to explore the attitudes and behaviours on expressing breastmilk in child care centers in Castilla-La Mancha (Spain).

**Methods:**

In this study we used an observational, transverse and descriptive design. The staff from child day care centers was surveyed. The questionnaires explore the attitudes about using expressing breastmilk and breastfeeding.

**Results:**

The expressing breastmilk was admitted as an habitual practice (63%) or only for the infants (14%). The main reason not to admit expressing breastmilk is not to know the recommendations of using and storing of expressing breastmilk.

**Conclusions:**

A quarter of child day care centers surveyed didn't use expressing breastmilk. Health centers and child day care centers should need to work together for breastfeeding promotion.

**PALABRAS CLAVE**

Lactancia materna, leche humana, lactancia, alimentación suplementaria, guarderías infantiles. Breast feeding, human milk, lactation, supplementary feeding, child day care centers.

## INTRODUCCIÓN

La lactancia materna es una de las medidas de promoción de la salud más potente y eficiente, que ha demostrado efectos beneficiosos a corto y a largo plazo en la salud de la madre<sup>1</sup> y del bebé<sup>2,3</sup>. La leche materna es el alimento más saludable durante los primeros seis meses de vida<sup>4</sup> y complementada con otros alimentos hasta los dos años de vida o más<sup>5</sup>. El desarrollo de estrategias de promoción y apoyo de la lactancia materna previene la mortalidad infantil y han demostrado ser coste-efectivas<sup>6</sup>.

En nuestro trabajo diario en el Centro de Salud atendemos a madres que, al reincorporarse a la vida laboral tras su permiso maternal, nos muestran su inquietud para mantener la alimentación con leche materna durante la estancia de su hijo o hija en la escuela infantil. Esta preocupación transmitida por las madres, ha sido reflejada en la literatura científica al describirse la incorporación de la madre a la vida laboral<sup>7,8</sup> y la asistencia de los niños/as a las escuelas infantiles<sup>9</sup> como posibles factores que influyen en el abandono de la lactancia materna.

El apoyo a la madre trabajadora que desea amamantar ha sido recogido en el documento *Protección, promoción y apoyo a la lactancia en Europa: Plan estratégico*<sup>10</sup>. En esta misma línea, el Comité de Lactancia de la Asociación Española de Pediatría publicó en el 2012 un *Protocolo para la alimentación con leche materna en las escuelas infantiles*<sup>11</sup>, en el que se resumen las recomendaciones para conservar, almacenar y administrar leche materna previamente extraída por la madre. Algunas comunidades autónomas, como Madrid y Cataluña, presentan protocolos o folletos específicos con recomendaciones de alimentación con leche materna en las escuelas infantiles<sup>12,13</sup>. Sin embargo, en nuestra región no hay ninguna recomendación específica en el momento actual.

Con el presente estudio pretendemos conocer la realidad sobre el uso y la aceptación de la leche materna en las escuelas infantiles de la comunidad autónoma de Castilla-La Mancha.

## OBJETIVOS

### Objetivo General:

- Conocer el uso de la leche materna extraída en las escuelas infantiles de la comunidad autónoma de Castilla-La Mancha.

### Objetivos específicos:

- Conocer el grado de conocimiento subjetivo sobre el manejo de leche materna extraída en las escuelas infantiles.
- Conocer las dificultades en el manejo de leche materna extraída en las escuelas infantiles.
- Conocer la disponibilidad para recibir información en relación con el manejo de la leche materna extraída en las escuelas infantiles.
- Conocer las distintas opciones que presentan las madres que quieren dar el pecho a sus hijos/as en la escuela infantil.
- Explorar las opiniones del personal de la escuela infantil en relación con el uso de leche materna y la lactancia materna.

## MATERIAL Y MÉTODOS

El **diseño del estudio** es observacional, transversal y descriptivo, en el que se realiza un cuestionario que explora el uso de la leche materna extraída.

La **población de estudio** son las escuelas infantiles de Castilla-la Mancha. Se obtuvo un listado con un total de 513 escuelas infantiles a través del Portal de Educación de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha<sup>14</sup>. Los filtros de búsqueda utilizados fueron: provincia de ubicación (Toledo, Albacete, Cuenca, Guadalajara y Ciudad Real), tipificación del centro (cualquier tipo, incluyendo público, privado, mixto y concertado) y enseñanzas (grupo de primer ciclo de educación infantil).

Los **criterios de inclusión** utilizados son los siguientes:



- Escuela de primer ciclo de educación infantil de la comunidad autónoma de Castilla-La Mancha registradas en el Portal de Educación de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha en la fecha de consulta<sup>11</sup>.
  - Constancia del número de teléfono y/o dirección de correo electrónico de contacto del centro.
- De las 513 escuelas infantiles disponibles se seleccionaron 424 en las que constaba número de teléfono de contacto y/o dirección de correo electrónico.

Los **criterios de exclusión** utilizados son los siguientes:

- Que la persona consultada de la escuela infantil no posea la información necesaria para responder a la encuesta.
- No prestar consentimiento para participar en el estudio.

El cálculo del **tamaño muestral** se calculó teniendo en cuenta una precisión del 9% en la estimación de la proporción mediante un intervalo de confianza asintótico normal al 95% bilateral. La prevalencia asumida del uso de leche materna extraída en las escuelas infantiles fue del 50%, dado que no se encontraron datos previos de prevalencia publicados en la literatura. De este modo, el número mínimo de escuelas infantiles necesario para incluir en el estudio fue de 93.

El **tipo de muestreo** utilizado fue no aleatorio consecutivo.

Las **variables de estudio** son las siguientes:

- Tipo de leche utilizada en la alimentación de niños y niñas menores de un año de edad durante su estancia en la escuela infantil.
- Uso de leche materna extraída en la escuela infantil.
- Razones para no aceptar el uso de leche materna extraída.
- Conocimiento subjetivo de las recomendaciones del manejo de la leche materna extraída.
- Disponibilidad para recibir información en relación con el manejo y conservación de la leche materna extraída.
- Posibilidad de asistencia de madres para amamantar a sus hijos e hijas durante la estancia de los mismos en la escuela infantil.
- Datos socio-demográficos, entre los que se encuentran la provincia y el tipo de centro (privado, público o concertado).
- Opiniones del personal de las escuelas infantiles encuestadas en relación con el uso de leche materna extraída y la lactancia materna en las escuelas infantiles.

El instrumento utilizado para la recogida de datos es un **cuestionario** (ver Anexo I) de preguntas cerradas y abiertas diseñado para este trabajo. Se trata de un cuestionario no validado. La herramienta utilizada para su realización fue Google Drive, pasándose posteriormente los resultados a Excel. El cuestionario fue enviado a través de correo electrónico para su realización *online* a todas las escuelas infantiles de Castilla-La Mancha con constancia de dirección de correo electrónico. Posteriormente, el equipo investigador contactó telefónicamente de forma consecutiva con las escuelas infantiles para la realización de la encuesta por teléfono hasta completar el tamaño muestral. No se realizó encuesta telefónica a las escuelas que comunicaban que ya habían contestado la encuesta *online*.

El **equipo investigador** que realizó las encuestas estuvo formado por seis personas (matrona, dos enfermeras de pediatría, pediatra y dos estudiantes de enfermería) y acordó los mismos criterios a la hora de pasar las encuestas (ver Anexo I). El período de recogida de datos fue del 3 de marzo al 21 de abril de 2016.

El **análisis estadístico** ha sido realizado con el programa estadístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versión 17.0. Se realiza un análisis descriptivo de las variables cualitativas de estudio presentando las frecuencias absolutas y las frecuencias relativas de cada una de las categorías.

Todos los participantes han sido informados y han mostrado su **consentimiento** a participar en el estudio. Se han garantizado la confidencialidad y el anonimato. Los datos obtenidos se usarán para la realización

de este estudio y su posterior comunicación científica. En ningún caso se utilizarán para la promoción de los centros estudiados.

## RESULTADOS

Se rellenaron 101 cuestionarios (33% Toledo, 29% Ciudad Real, 17% Albacete, 13%, Cuenca y 9% Guadalajara) de un total de 424 centros de educación infantil en Castilla-La Mancha seleccionados. Los centros fueron públicos (51%), privados (42%) y concertados (7%).

### Tipo de leche utilizada en la alimentación de niños y niñas menores de un año de edad durante su estancia en la escuela infantil:

El 84% de los centros encuestados atendía a niños menores de un año, en los cuales la alimentación era con leche artificial (34,5%) y leche artificial y/o leche materna extraída (65,5%). Insertar imagen 1.

### Uso de leche materna extraída en la escuela infantil:

La leche materna extraída es aceptada como práctica habitual independientemente de la edad del niño/a (63%), es aceptada como práctica habitual pero solo para los más pequeños (14%), no se acepta leche materna extraída (3%) y es una opción que no se lo han planteado (18%). Insertar imagen 2.

### Razones para no aceptar el uso de leche materna extraída:

Entre las razones para no aceptar leche materna extraída encontramos: desconocimiento de las recomendaciones de manejo y conservación de la leche materna extraída (50%), interferencia con el trabajo diario (13%) y carencia de medios suficientes en el centro para su manejo y conservación (13%). Insertar imagen 3.

### Conocimiento subjetivo de las recomendaciones del manejo de leche materna extraída:

Las recomendaciones de manejo de leche materna extraída son conocidas (65%), conocidas pero con dudas (24%) y no conocidas (11%). Insertar imagen 4.

### Disponibilidad para recibir información en relación con el manejo y conservación de la leche materna extraída:

El 98% de los centros de educación infantil encuestados les gustaría recibir información sobre el manejo y conservación de la leche materna extraída. Insertar imagen 5.

### Posibilidad de asistencia de madres para amamantar a sus hijos e hijas durante la estancia de los mismos en la escuela infantil:

La asistencia de madres para amamantar es una práctica habitual independientemente de la edad del niño/a (52%), es una práctica habitual pero solo para los niños/as más pequeños (11%), es una práctica no permitida (3%) y es una opción planteada en la escuela infantil (34%). El 50% de centros encuestados tienen un lugar destinado para amamantar. Insertar imagen 6.

### Opiniones y sugerencias del personal de la escuela infantil encuestada en relación con el uso de leche materna extraída y la lactancia materna en las escuelas infantiles:

Se obtienen 15 respuestas. Las expresiones identificadas con más frecuencia están relacionadas con el apoyo a la lactancia materna y a la maternidad en las escuelas infantiles, la petición de información sobre el manejo de la leche materna extraída, así como expresiones relacionadas con mitos y prejuicios relacionados la lactancia, fundamentalmente en niños y niñas a partir del primer año de vida.

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Observamos que la leche materna extraída es aceptada como práctica habitual independientemente de la edad en el 63% de las escuelas infantiles encuestadas, o solo para los más pequeños en el 14%. La principal razón para no aceptar la leche materna extraída es el desconocimiento de las recomendaciones de su manejo y conservación (50%). A casi la totalidad (98%) de los centros encuestados les gustaría recibir información sobre las recomendaciones del manejo de la leche materna extraída. La mitad (52%) permite a la madre acudir a amantar a su bebé al centro sin ningún tipo de restricción.

Tras el análisis de los datos obtenidos en nuestro estudio encontramos que una cuarta parte de las escuelas infantiles de nuestra región no acepta o no se plantea el uso de LM en sus instalaciones. De estas, el 50% nos indican que el motivo para no aceptarla es el desconocimiento sobre el manejo y conservación de la leche materna extraída y el 26% restante por interferir con su trabajo diario y/o carencia de medios suficientes para su almacenamiento. Estos resultados contrastan con las recomendaciones de alimentación en la infancia de la Organización Mundial de la Salud que defiende la continuidad de la alimentación con leche materna durante al menos los dos primeros años de la vida<sup>5</sup>. En este sentido, la *American Dietetic Association*<sup>15</sup> ha establecido unas recomendaciones de alimentación en las escuelas infantiles en donde establece la importancia de garantizar el manejo de la leche materna extraída, así como la posibilidad del amamantamiento en las propias escuelas<sup>15</sup>. En nuestro medio, nos parece que una adecuada línea de trabajo sería informar a las escuelas infantiles de los protocolos ya existentes acerca del uso y manejo de leche materna en escuelas infantiles<sup>12, 13, 14</sup> y/o elaborar un protocolo al respecto en nuestra región.

Por otro lado nos llama la atención el hecho de que un 65% de los encuestados conocían subjetivamente las recomendaciones acerca del manejo y conservación de leche materna extraída y, sin embargo, el 98% estaban dispuestos a recibir información al respecto. Existen escasos trabajos que exploren los conocimientos, el manejo y las necesidades del personal de las escuelas infantiles en relación con el uso de la leche materna<sup>16, 17, 18</sup>. Clark y cols<sup>16</sup> encuestaron a los directores y profesores de las escuelas infantiles de Colorado (EEUU). Encontraron que, a pesar de que el 57% de las escuelas presentaban recomendaciones escritas sobre alimentación con leche materna y el 90% de los profesores encuestados referían haber recibido formación al respecto, el porcentaje de errores en las preguntas sobre el manejo de la leche materna extraída fue elevado. La mayor parte de los encuestados expresaron la necesidad de formación y reciclaje en relación con la lactancia materna y otros aspectos de la alimentación infantil. Así mismo, entendemos que una buena línea de investigación sería establecer objetivamente el tipo de conocimiento y necesidades al respecto que tienen las escuelas infantiles en nuestro medio para poder establecer líneas de trabajo conjunto más efectivas.

La posibilidad de que las madres acudan a los centros infantiles a amamantar a sus hijos la ofrecen, sin restricciones, el 52 % de las escuelas infantiles. El 11% lo permite en caso de niños pequeños y en el 3% de las escuelas no está permitido. Estos datos concuerdan con el hecho de que el 50% de estos centros cuenta con un espacio destinado a la lactancia materna. Sería deseable indagar en un futuro sobre los motivos por los cuales no se permite en absoluto el amamantamiento en algunos centros y, en otros, a niños más mayores y qué limitaciones específicas tienen las escuelas al respecto.

Algunos trabajos de investigación consultados para la elaboración de nuestro trabajo evidencian lactancias más duraderas en mujeres que, o no se reincorporan a la vida laboral o lo hacen más tarde o tienen horarios flexibles<sup>7,8</sup>. Por otro lado Pearce et al<sup>9</sup> evidenciaron que, cuando no es la madre la que cuida del bebé, el tipo de cuidador influye en el éxito de la lactancia materna, concluyendo que cuando es la guardería o la escuela infantil la encargada del cuidado del niño a tiempo completo, la probabilidad de lactancia materna disminuye (RR 0.68 (IC 95%: 0.51-0.92)).

Nos parece interesante destacar, desde un punto de vista subjetivo y de cara a plantearnos nuevas líneas de trabajo, los comentarios que nos dejaron los participantes de las encuestas a la última cuestión del formulario: *¿Le gustaría añadir algún comentario?* Pregunta que nos ha servido para darnos cuenta de la cantidad de mitos acerca de la lactancia materna que continúan aferrados culturalmente a nuestra sociedad y la importancia de seguir trabajando junto a las escuelas infantiles en este sentido. Algunas de estas respuestas fueron las siguientes:

*Que un niño con 2 años mame no me parece bien. A partir de un año el niño lo que quiere es tener a la madre sujeta. Hasta el año si me parece bien. Pero de todas formas, que cada madre haga lo que quiera. No nos han planteado llevar leche materna pero como norma no aceptamos biberones hechos o alimentos "abiertos" de casa. Lo elaboramos nosotros.*

*Los niños mayores de un año que toman leche materna y comen peor y en otros ámbitos de desarrollan peor. No veo bien esa fijación.*

En los niños más mayores que toman pecho (15-16 meses usan la teta como "chupete" y nos cuesta más introducir la alimentación complementaria.

Los resultados del presente estudio y la revisión de literatura sugieren que promoción de la lactancia materna en los centros de educación infantil requiere de un abordaje interdisciplinar. Propuestas de colaboración entre centros de salud y escuelas infantiles han sido propuestas<sup>18, 19</sup> y puestas en marcha<sup>20, 21</sup>. Destacamos la iniciativa *Ten Steps to Breastfeeding-Friendly Child Care*<sup>20</sup> que establece una serie de requisitos para garantizar el apoyo a las madres lactantes y sus hijos e hijas en los centros de educación infantil.

Este estudio presenta limitaciones que han de ser consideradas a la hora de interpretar los resultados. La encuesta utilizada para la recogida de datos ha sido elaborada *ad hoc* para este trabajo, no estando validada. A su vez, los datos recogidos por la encuesta podrían presentar un sesgo de selección (la participación en el estudio podría estar influenciada por una actitud de interés en relación con la lactancia materna), un sesgo de información (la recogida de información no ha sido homogénea al utilizarse dos métodos diferentes: encuestas telefónicas y *online*) y sesgo debido al entrevistador (en el caso de las encuestas telefónicas). Otro error metodológico del presente estudio es la ausencia de un muestreo aleatorio, lo que podría influir en la representatividad de la muestra estudiada.

En conclusión y dado que el principal motivo para no aceptar leche materna extraída en las escuelas infantiles es el desconocimiento de las recomendaciones de su manejo y conservación, nos planteamos líneas de trabajo encaminadas a informar a los centros acerca de los protocolos ya existentes y/o a la elaboración protocolos conjuntos. En este sentido, nos planteamos trabajos de investigación que objetiven el grado de conocimiento de los trabajadores de las escuelas infantiles respecto al manejo y conservación de la leche materna extraída. Otra línea de trabajo futuro es explorar los motivos y/o limitaciones de las escuelas infantiles que no permiten acudir a las madres a amamantar a sus hijos e hijas en los centros.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Chowdhury R, Sinha B, Sankar MJ, Taneja S, Bhandari S, Rollins N et al. Breastfeeding and maternal health outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Acta Pædiatrica*. 2015; 104: 96–113.
2. Horta BL, Victora CG. Short-term effects of breastfeeding: a systematic review on the benefits of breastfeeding on diarrhoea and pneumonia mortality. World Health Organization. 2013. Disponible en: [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/breastfeeding\\_short\\_term\\_effects/en/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/breastfeeding_short_term_effects/en/).
3. Horta BL, Victoria CG. [Long-term effects of breastfeeding: a systematic review](#). World Health Organization. 2013. Disponible en: [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/breastfeeding\\_long\\_term\\_effects/en/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/breastfeeding_long_term_effects/en/).
4. Kramer MS, Kakuma R. The optimal duration of exclusive breastfeeding: a systematic review. World Health Organization. 2001. Disponible en: [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/nhd\\_01\\_08/en/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/nhd_01_08/en/).
5. World Health Organization. Infant and young child feeding. Model chapter for textbooks for medical students and allied health professionals. 2009. Disponible en: [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/9789241597494/en/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9789241597494/en/).
6. Bartick M, Reinhold A. The burden of suboptimal breastfeeding in the United States: a pediatric cost analysis. *Pediatrics*. 2010; 125(5):e1065; DOI: 10.1542/peds.2009-2678.
7. Escribà Argüir V, Más Pons R, Colomer Revuelta C. Duración de la lactancia materna y actividad laboral. *An Esp Pediatr*. 1996; 44: 437-441.

8. Estevez González MD, Martell Cebrián D, Medina Santana R, García Villanueva E, Saavedra Santana P. Factores relacionados con el abandono de la lactancia materna. *An Esp Pediatr.* 2002; 56: 144-150.
9. [Pearce A, Li L, Abbas J, Ferguson B, Graham H, Law C; Millennium Cohort Study Child Health Group.](#) Childcare use and inequalities in breastfeeding: findings from the UK Millennium Cohort Study [Arch Dis Child.](#) 2012 Jan;97(1):39-42.
10. Proyecto de la UE sobre la Promoción de la Lactancia en Europa. Protección, promoción y apoyo de Lactancia en Europa: plan estratégico para la acción. Comisión Europea, Dirección Pública de Salud y Control de Riesgos. Luxemburgo, 2004.
11. Protocolo para la alimentación con leche materna en las escuelas infantiles. 2012. Disponible en: <http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/201201-lm-escuelas-infantiles.pdf>
12. Protocolo a seguir sobre alimentación con leche materna en las escuelas infantiles de titularidad de la comunidad de Madrid 2009. Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername=1=Content-Disposition&blobheadervalue1=filename%3DPROTOCOLO++LACTANCIA+MATERNA+EN+ESCUELAS+INFANTILES.pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352859128346&ssbinary=true>
13. Lactancia materna en los centros de educación infantil de Catalunya. Disponible en: [http://laligadelaleche.eu/wp-content/uploads/alletament\\_es.pdf](http://laligadelaleche.eu/wp-content/uploads/alletament_es.pdf)
14. Portal de Educación de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha [sede Web] [acceso 3 de marzo de 2016]. Disponible en: <http://www.educa.jccm.es/es/centros>.
15. [Position of the American Dietetic Association: benchmarks for nutrition programs in child care settings.](#) American Dietetic Association. *J Am Diet Assoc.* 2005; 105(6): 979-86.
16. Clark A, Anderson J, Adams E, Baker S. Assessing the knowledge, attitudes, behaviors and training needs related to infant feeding, specifically breastfeeding, of child care providers. *Matern Child Health J.* 2008; 12: 128-135.
17. Lucas A, Pamela M, Brewer Asling M, Knobloch A, Kosh E, Sims K. Assessing child care providers' knowledge and attitudes regarding support of breastfeeding in a region with low breastfeeding prevalence. *Journal of human lactation.* 2013; 29(4): 556-563.
18. Manhire KM, Horrocks G, Tangiora A. Breastfeeding knowledge and education needs of early childhood centre staff. *Community Practitioner.* 2012; 85(9): 30-33.
19. Javanparast S, Newman L, Swwet L, McIntyre E. Analysis of breastfeeding policies and practices in childcare centres in Adelaide, South Australia. *Matern Child Health J.* 2012; 16: 1276-1283.
20. Clark A1, Anderson J, Adams E, Baker S, Barrett K. Assessing an infant feeding web site as a nutrition education tool for child care providers. *J Nutr Educ Behav.* 2009; 41(1): 41-6.
21. *Carolina Ten Steps to Breastfeeding-Friendly Child Care*<sup>19</sup>. Disponible en: <http://breastfeeding.sph.unc.edu/what-we-do/programs-and-initiatives/child-care/>.

GRÁFICOS Y/O TABLAS

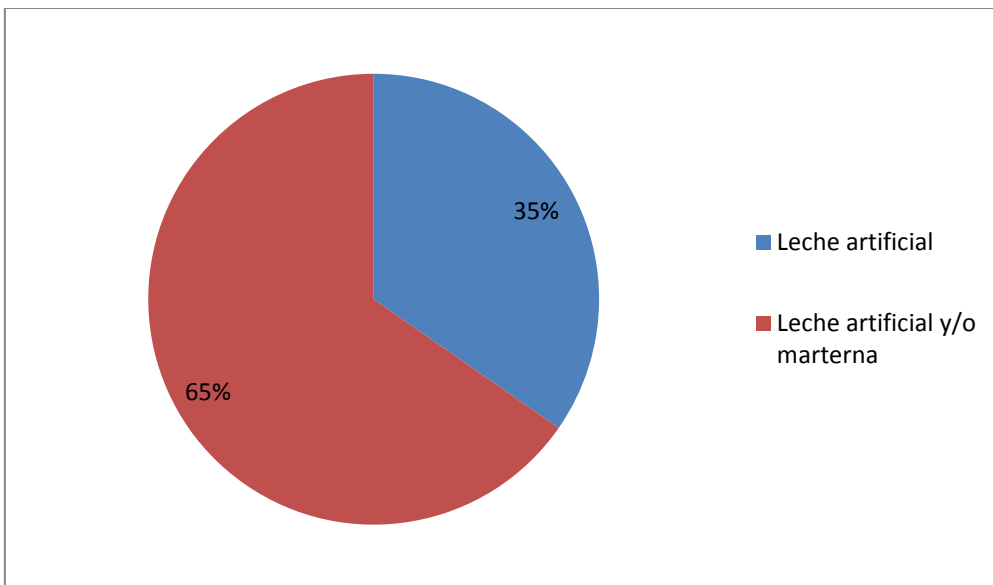


Imagen 1: Tipo de leche aceptada en las escuelas infantiles

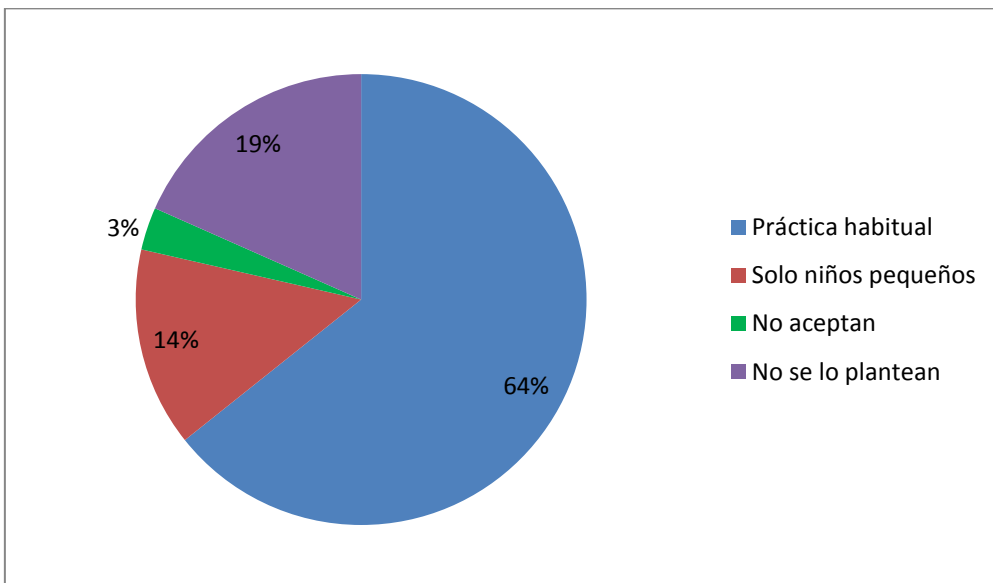


Imagen 2: Uso de leche materna extraída

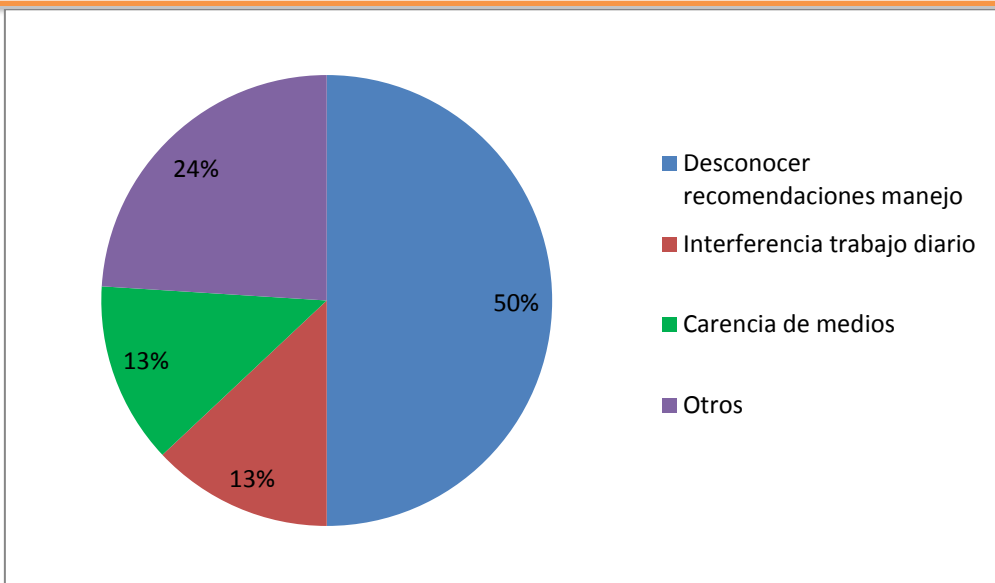


Imagen 3. Razones para no aceptar leche materna extraída

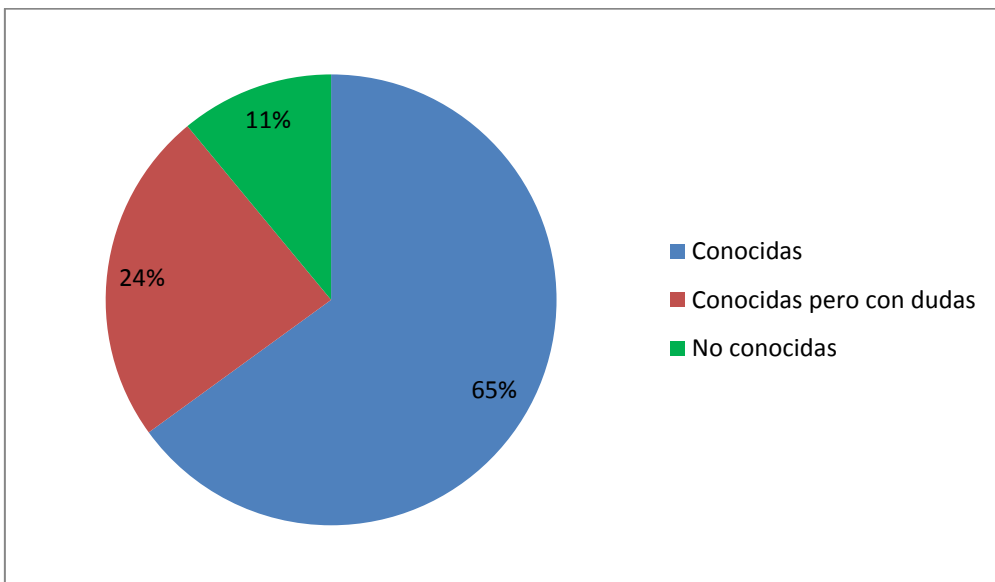


Imagen 4: Conocimiento subjetivo de las recomendaciones del manejo de leche materna extraída

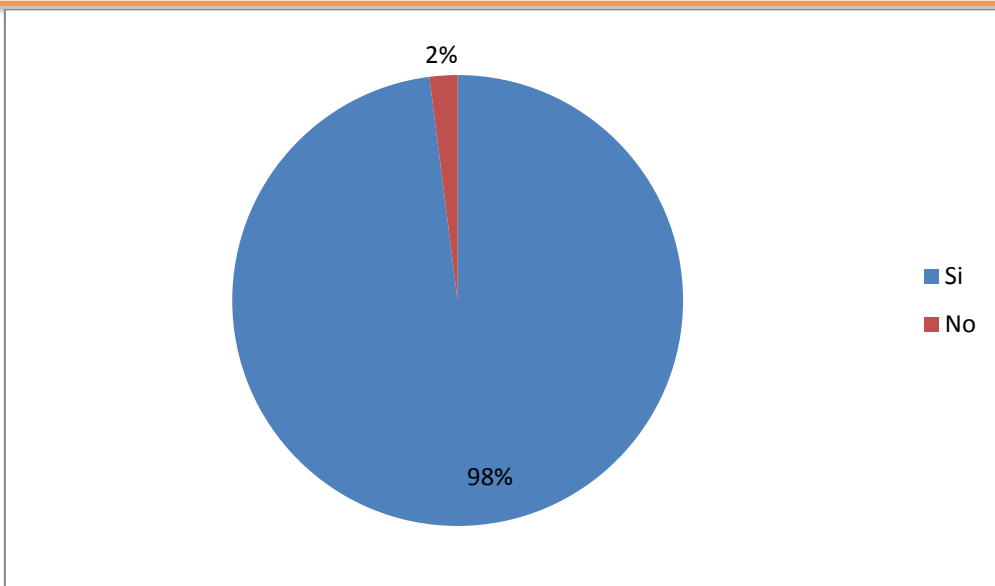


Imagen 5: Disponibilidad para recibir información sobre el manejo/conservación de LM extraída

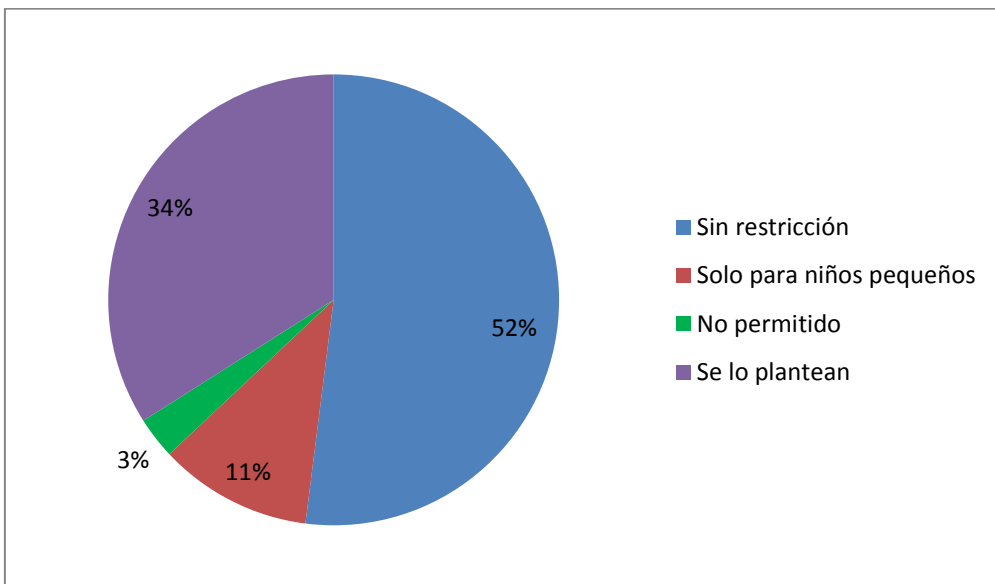


Imagen 6: Posibilidad de asistencia de madres al centro para amamantar



**Anexo I: Cuestionario.**

Estimados compañeros de la escuela infantil:

Nos ponemos en contacto con vosotros para solicitar vuestra colaboración. Somos un equipo de sanitarios formado por pediatras, enfermera y matrona que trabajamos en un centro de salud de Castilla-La Mancha. Estamos interesados en conocer cómo es la alimentación con leche materna en las escuelas infantiles de nuestra comunidad autónoma. Para ello solicitamos vuestra ayuda realizando (en menos de 1 minuto) la siguiente encuesta de carácter anónimo.

Muchas gracias por vuestra colaboración.

Un cordial saludo.

1. ¿Qué tipo de leche utiliza en su escuela infantil para la alimentación de los niños y niñas menores de 1 año?

- Leche artificial exclusivamente.
- Leche artificial y/o leche materna previamente extraída si la familia lo solicita.
- Otro...

2. Una madre le plantea llevar su leche materna previamente extraída para la alimentación de su hijo/a durante la estancia en su escuela infantil.

- Aceptaría la leche materna extraída, es una práctica habitual en mi centro independientemente de la edad del niño/a.
- Aceptaría la leche materna extraída, es una práctica habitual en mi centro pero solo para los niños/as más pequeños.
- No aceptamos leche materna extraída en el centro.
- No me lo han planteado.
- Otro...

3. Si la respuesta fuese "no aceptamos leche materna extraída en el centro", ¿cuál es la razón?

- Desconozco las recomendaciones de manejo y conservación de la leche materna.
- Me interfiere con el trabajo diario.
- No dispongo de medios suficientes en mi centro.
- Otro...

4. ¿Conoce las recomendaciones para conservar, almacenar y administrar leche materna previamente extraída por la madre?

- Sí.
- No.
- Conozco algo, pero no estoy seguro/a.

5. ¿Le gustaría recibir información sobre las recomendaciones de manejo en las escuelas infantiles de la leche materna previamente extraída?

- Sí.
- No.

6. Una madre le plantea acudir diariamente a su escuela infantil para darle el pecho a su hijo/a escolarizado en su centro:

- Podría venir, es una práctica habitual en mi centro independientemente de la edad de niño/a.
- Podría venir, es una práctica habitual en mi centro pero solo para los niños/as más pequeños.
- No damos esa opción a las madres.
- No me lo han planteado.

7. ¿Tiene su escuela algún lugar destinado para que las madres den el pecho a su hijo/a en su escuela infantil?

- Sí.
- No.



8. ¿A qué provincia pertenece su escuela?

- Toledo.
- Albacete.
- Cuenca.
- Ciudad Real.
- Guadalajara.

9. Su escuela infantil es:

- Pública.
- Concertada.
- Privada.

10. ¿Le gustaría añadir alguna sugerencia?

**ID237****EL INDICE DE CALIDAD DE LA DIETA EVIDENT ES VÁLIDO PARA PREDECIR EL RIESGO CARDIOVASCULAR Y LA RIGIDEZ ARTERIAL EN ADULTOS****PREMIO COMUNICACIÓN ORAL EIR**

Cristina Lugones Sánchez<sup>1</sup>, Jesús González Sánchez<sup>2</sup>, José A. Maderuelo Fernández<sup>3</sup>, María C. Patino Alonso<sup>4</sup>, Carmela Rodríguez Martín<sup>5</sup>, Luz M<sup>a</sup> Martínez Martínez<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Centro de Salud Garrido Sur. Salamanca.

<sup>2</sup>Unidad de Investigación C.S la Alamedilla. Universidad de Extremadura.

<sup>3</sup>Unidad de Investigación C.S la Alamedilla. IBSAL.

<sup>4</sup>Unidad de Investigación C.S la Alamedilla. Universidad de Salamanca.

<sup>5</sup>Unidad de Investigación C.S la Alamedilla.

<sup>6</sup>Centro de Salud la Alamedilla. Salamanca.

[clugones@saludcastillayleon.es](mailto:clugones@saludcastillayleon.es)

**RESUMEN**

El FFQ es un cuestionario paravalorar la calidad de la dieta y validado para población española, que por su complejidad se limita al campo de la investigación.

Objetivos. Simplificar la información del FFQ con el índice EVIDENT, comprobar su validez como predictor de adherencia a la dieta Mediterránea y su relación con variables de rigidez arterial.

Tipo de estudio: Descriptivo observacional transversal

Tamaño de la muestra: 1263 sujetos en total. Muestreo aleatorio simple.

Variables: Índice EVIDENT, edad, sexo, perímetro de cintura, Riesgo cardiovascular, Presión arterial y velocidad de la onda de pulso.

Resultados. Por cada punto que aumenta el índice, disminuyen significativamente el resto de variables.

Mejor punto de corte del índice para adherencia a la dieta 52.3 (0.71 sensibilidad y 0.61 especificidad)

Conclusiones. El índice EVIDENT muestra relación con el riesgo cardiovascular y sus componentes. Puede ser buen predictor de la adherencia a la dieta Mediterránea.

**PALABRAS CLAVE**

Dieta mediterránea, Enfermedades cardiovasculares, Rigidez vascular, estilo de vida, adulto  
Diet, Mediterranean, cardiovascular diseases, arterial stiffness, life style, adult

**INTRODUCCIÓN**

El estilo de vida se considera determinante en la presencia o ausencia de muchos factores de riesgo cardiovascular. Siendo más específicos, hay evidencias científicas de la relación entre la dieta y las enfermedades cardiovasculares [1,2]

Diversos estudios epidemiológicos han tratado de analizar la relación entre la dieta y las enfermedades crónicas, utilizando diferentes herramientas para recoger información sobre la dieta habitual en un periodo de tiempo concreto, siendo el FFQ ha sido el más utilizado [3]. En España el FFQ ha sido utilizado en el estudio PREDIMED [4], proporcionando una amplia evidencia de los beneficios de la dieta Mediterránea para la salud cardiovascular [2]. Sin embargo, no es posible utilizarlo de forma rutinaria en la práctica diaria debido a su complejidad, por lo que su uso está limitado prácticamente al campo de la investigación.

El propósito de este estudio es simplificar la información que proviene del FFQ (FoodFrequencyQuestionnaire) traduciéndolo a un solo parámetro que permita una identificación rápida de la calidad de la dieta del paciente y su relación con el riesgo cardiovascular y la velocidad de la onda de pulso, permitiendo así su uso en la práctica clínica.

**OBJETIVOS**

Simplificar la información obtenida del FFQ, obteniendo un índice útil para la práctica diaria.

Comprobar la validez del índice EVIDENT como predictor de la adherencia a la dieta Mediterránea. Analizar su relación con variables relacionadas con la rigidez arterial.

## MATERIAL Y MÉTODOS

### Diseño del Estudio

Los resultados de este estudio son un subanálisis del estudio EVIDENT (Estilos de vida y disfunción endotelial) cuyo objetivo era evaluar la relación entre el estilo de vida con el patrón circadiano de la presión arterial, la rigidez arterial y la función endotelial en una cohorte de adultos sin enfermedad cardiovascular [5].

Es un estudio observacional transversal, multicéntrico con la participación de 6 centros de salud de diferentes localidades: Barcelona, Cuenca, Valladolid, Zaragoza, Bilbao y Salamanca.

### Población de estudio

Se seleccionaron mediante muestreo aleatorio simple 1553 pacientes entre 20 y 80 años de las consultas de Medicina de Familia. Criterios de exclusión: Pacientes enfermedad coronaria o cerebrovascular, infarto previo, EPOC moderado o severo, enfermedad muscular que impida caminar, Enfermedad hepática, renal o pulmonar, enfermedad mental, pacientes oncológicos con diagnóstico < 5 años, enfermedad terminal y embarazo

### Cálculo muestral

Aceptando un riesgo alfa de 0.05 y un riesgo beta de 0.2 en un contraste bilateral, se precisan **421** sujetos en cada grupo (tertiles del EVIDENT dietindex) para detectar una diferencia mínima de 4 mmHg en la PAS entre dos grupos, asumiendo una desviación estándar de 17 mmHg y estimando una tasa de pérdidas de seguimiento del 10%.

### VARIABLES e instrumentos de medida

Variables sociodemográficas y de estilos de vida: Edad, sexo, puesto de trabajo, hábito de tabaco y alcohol. Historia clínica: Factores de riesgo cardiovascular (Hipertensión arterial, dislipemia y diabetes) y el uso de drogas (tabaco y alcohol). El riesgo cardiovascular (RCV) se estimó utilizando la ecuación de Framingham-D'Agostino [6].

**Medida de la presión arterial (PA):** Tanto la Presión sistólica (PAS) como la diastólica (PAD) fueron tomadas 3 veces de cada brazo, utilizando la media de las 2 últimas medidas del brazo con valores más altos. Se utilizó el dispositivo de medida de PA OMRON modelo M7 (OmronHealthCare, Kyoto, Japan) siguiendo las recomendaciones de la Sociedad Europea de la Hipertensión [7].

**Variables antropométricas:** El peso se midió con una balanza electrónica certificada (Seca 770) después de una adecuada calibración (precisión  $\pm 0,1$  kg). Las lecturas se redondearon a 100g. La altura fue medida con un estadiómetro (Seca 222), registrando la media de dos mediciones. El Índice de Masa Corporal (IMC) fue calculado utilizando la fórmula: peso en kg dividido por la altura en  $m^2$ . El perímetro de la cintura (PC) se midió con una cinta métrica flexible siguiendo las recomendaciones del 2007 de la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad [8]. Todas las mediciones fueron con el paciente quieto, sin zapatos y con ropa ligera.

**Análisis de la velocidad de la onda de pulso (VOP):** Se midió en la cohorte de Salamanca (n=265) dicha variable con el sujeto en decúbito supino y utilizando el sistema Sphygmocor (AtCor Medical PtyLtd Head Office, West Ryde, Australia) siguiendo las recomendaciones de Van Bortel et al [9]. Se analizaron la onda de pulso de la arteria carótida y de la femoral, estimando el retraso de la misma con respecto al ECG. Las distancias se hicieron con una cinta métrica desde la escotadura yugular al punto donde se localizaba el sensor.

**Dieta:** La ingesta fue registrada mediante el cuestionario autoadministrado FFQ, validado en España [3]. Incluye 137 ítems de los alimentos más frecuentes en la población. Después de recibir las instrucciones del equipo del estudio, los participantes indicaron la frecuencia con la que los habían consumido durante los últimos años utilizando una escala de 9 ítems (nunca o casi nunca, 1-3 veces al mes, una vez a la semana, 2-4 veces a la semana, 5-6 veces a la semana, una vez al día, 2-3 veces al día, 4-6 veces al día, o más de 6 veces al día), permitiendo así estimar la ingesta diaria de energía, principios inmediatos entre otros. El índice EVIDENT fue creado basándose en este cuestionario, pero en él cada ítem puntúa

diferente, según haya sido considerado positivo (a mayor cantidad más puntuación, de 0 a 8), negativo (a mayor cantidad, menor puntuación, de 8 a 0) o neutro, que no puntúa. La puntuación total varía entre 0 y 100, donde a mayor puntuación existe mayor adherencia a la dieta mediterránea. Para una correcta valoración de los resultados, la adherencia a la dieta también fue valorada por el cuestionario MEDAS [10], de 14 ítems, de respuesta dicotómica y con un rango de 0 a 14 puntos. Se considera buena adherencia cuando la puntuación es igual o mayor a 9 puntos.

**Variables de laboratorio:** Se extrajo una muestra sanguínea tras 12h de ayuno, donde se midieron niveles de lípidos, glucosa, HbA1c, insulina y función renal.

### **Análisis estadístico**

Los resultados se expresan como la media  $\pm$  la desviación estándar para variables cuantitativas o como distribución de frecuencias para variables cualitativas. Las diferencias de las medias de las variables continuas entre tertiles (T) del índice EVIDENT (siendo T1 las más baja y T3 la más alta) se analizaron con un análisis de varianza unidireccional (ANOVA) para muestras independientes, utilizando la diferencia menor significativa de Fisher (LSD) en los contrastes post hoc. Se realizó un análisis de regresión lineal múltiple, incluyendo el índice EVIDENT como variable independiente y el riesgo cardiovascular, PA, circunferencia de cintura y VOP como variables dependientes, ajustándolo con variables de confusión como edad, sexo, tabaco, ingesta dietética, presión sistólica, y tratamiento antihipertensivo, antidiabético e hipolipemiente. Se realizó un análisis de la curva ROC para evaluar la sensibilidad, especificidad y área bajo la curva del índice EVIDENT diet, para así determinar el punto de corte óptimo que define la buena adherencia a la dieta mediterránea en relación a MEDAS. El análisis estadístico se realizó utilizando IBM SPSS Statistics para Windows, versión 23.0. Armonk, NY: IBM Corp. Un valor de  $p < 0,05$  se consideró estadísticamente significativo.

Consideraciones éticas. Este estudio ha sido dirigido acorde a la Declaración de Helsinki y todos los procedimientos que involucran a pacientes han sido aprobados por el comité de ética de Salamanca. Se obtuvo consentimiento informado por escrito de todos los pacientes.

### **RESULTADOS**

Un total de 1553 sujetos con una edad media de  $54,9 \pm 13,8$  años fueron incluidos en el estudio. De ellos, el 60,3% eran mujeres. El valor medio del índice EVIDENT fue de  $52,1 \pm 3,2$  puntos. T1 (el tercil con la puntuación más baja) tuvo la edad media más baja, una proporción menor de sujetos con dislipidemia o en fármacos hipolipemiantes y un menor riesgo cardiovascular estimado. Por el contrario, T3 (el tercil con la puntuación más alta) fue el de mayor edad, tuvo la mayor proporción de mujeres y el IMC medio más bajo.

El Tercil 3 tenía la mayor ingesta calórica, con una gran cantidad de carbohidratos, proteínas y fibra y un bajo consumo de colesterol y grasas saturadas. En contraste, los sujetos del tercil 1 tenían la mayor ingesta de grasa (saturada y colesterol) y un bajo consumo de fibra. Se encontraron diferencias en relación a la adherencia a la dieta Mediterránea evaluada, con las puntuaciones en MEDAS más bajas y más altas en T1 y T3 respectivamente ( $6.6 \pm 1.8$  vs.  $8.6 \pm 1.7$ ,  $p < 0.001$ )

En un análisis de regresión múltiple, después de los ajustes, se estimó que por cada punto que se incrementa en el índice EVIDENT, el riesgo cardiovascular, la PAS, el perímetro de cintura y la velocidad de la onda de pulso disminuye 0.14, 0.43, 0.24, 0.09 respectivamente, siendo una  $p < 0.05$  para todos.

En una curva ROC (área debajo de la curva 0.72, 95% CI, 0.69-0.75,  $p < 0.001$ ), el mejor punto de corte del índice EVIDENT para predecir una buena adherencia a la dieta mediterránea fue de 52.3 (0,71 sensibilidad y 0.61 especificidad).

### **DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES**

El índice dietético EVIDENT, derivado del FFQ muestra una clara relación con el riesgo cardiovascular y sus componentes, así como con la VOP, un marcador de la arterioesclerosis. También ha comprobado ser una importante herramienta para predecir la adherencia a la dieta Mediterránea.

Las investigaciones actuales se centran en el estudio de los hábitos dietéticos más que en el análisis de los nutrientes [11,12]. El desarrollo de índices de calidad de la dieta, como el EVIDENT, representa una manera de analizar datos del FFQ desde un punto de vista comprensible, utilizando una aproximación diferente de la habitual. Como del FFQ se obtienen multitud de datos, el trabajo con ellos es arduo. Hubo una tendencia para encontrar fórmulas que simplificasen dicha información. Hoy, los índices de calidad

de la dieta se utilizan principalmente en investigación, pero podrían ser útiles en Atención Primaria, ya que permitiría entender de manera sistemática, rápida y simple la calidad de la dieta del paciente y su impacto en su salud cardiovascular. Eso permitiría identificar, seleccionar y priorizar a grupos de personas con una peor calidad de la dieta.

Desde el punto de vista clínico, el FFQ permite estimar la cantidad diaria de energía y nutrientes, pero el desarrollo de estos índices de calidad también permiten utilizar la información que proviene del FFQ. Además, como en el caso del índice EVIDENT, son un potente predictor de la adherencia a la dieta Mediterránea.

La relación entre los factores de riesgo cardiovascular y la calidad de la dieta fueron estudiadas por Funtikova et al. [13] con un seguimiento de 10 años. Nuestro estudio ratifica la conclusión de que una calidad alta de la dieta está asociada a un mejor perfil cardiovascular. Múltiples estudios han mostrado una asociación con la presión arterial. Unos de los más importantes de estos estudios fue el DASH, que concluyó que una dieta rica en fruta y verduras y baja en grasas saturadas podría disminuir la presión arterial [14]. Más recientemente, esta relación también ha sido analizada en los estudios ENCORE y OMNIHEART [15, 16] con los mismos resultados. Los grupos alimentarios considerados más favorables para la salud cardiovascular se incluyen en el índice EVIDENT, como son los productos con leche desnatada, verduras, frutas, así como otros que también se incluyen habitualmente en la dieta mediterránea, como el aceite de oliva, vino tinto, legumbres, carnes blancas o pescado. Este grupo representa un patrón dietético similar al del estudio DASH, pero con elementos típicos de países Mediterráneos. La relación entre la calidad de la dieta y el IMC ya fue estudiada por Asghari et al [17], que no halló una relación significativa. Sin embargo, Gregory et al [18] y Sundararajan et al [19] encontraron una relación inversa entre la calidad de la dieta y el IMC, siendo más fuerte en mujeres. Nuestros resultados verifican dicha relación incluso después de realizar ajustes por edad, sexo, consumo de drogas y otros hábitos como el tabaco, que no modificaron los resultados.

Sin embargo, el hallazgo más importante podría ser la relación entre el índice EVIDENT y el riesgo cardiovascular estimado mediante la ecuación de Framingham. Este hecho concuerda con las conclusiones de un estudio reciente de Sotos-Prieto et al [20] que sugería una relación entre la calidad de la dieta y un índice que englobaba los factores de riesgo cardiovascular, así como el impacto en las cifras de mortalidad generales [21].

La VOP es considerada actualmente como el goldstandard para la evaluación de la rigidez arterial [22] y como un marcador del desarrollo de patología cerebrovascular. La relación entre estilos de vida cardiosaludables y la VOP ha sido probada en muchos estudios [23, 24]. Sin embargo, la conclusión alcanzada en el metaanálisis dirigido por Petersen et al [25] es que es necesario investigar más la relación entre los hábitos dietéticos y la VOP, que puede ser vista en nuestro estudio. Los valores más altos en el índice EVIDENT se relacionan con una VOP más baja, incluso después de los ajustes por variables.

Las limitaciones de este estudio se centran sobre todo en la imposibilidad de determinar la relación causa-efecto al ser un estudio transversal. Futuros estudios longitudinales pueden ayudar a establecer las relaciones causales entre este índice y los marcadores de riesgo cardiovascular. A pesar de ello, el estudio incluye una amplia muestra de adultos que acuden a los centros de salud, teniendo características heterogéneas y un amplio rango de edad, lo que aumenta la validez de los resultados.

### **CONCLUSIONES**

El índice de calidad de la dieta desarrollado desde el FFQ ha sido relacionado con el riesgo cardiovascular y sus componentes, así como con la rigidez arterial, medida a través de la VOP. El índice también podría ser una herramienta útil para predecir la adherencia a la dieta Mediterránea en la población adulta.

### **BIBLIOGRAFÍA**

1. Rodríguez-Monforte M, Flores-Mateo G, Sanchez E: **Dietary patterns and CVD: a systematic review and meta-analysis of observational studies.** *Br J Nutr* 2015, **114**(9):1341-1359.
2. Estruch R, Ros E, Salas-Salvado J, Covas MI, Corella D, Aros F, Gomez-Gracia E, Ruiz-Gutierrez V, Fiol M, Lapetra J et al: **Primary prevention of cardiovascular disease with a Mediterranean diet.** *N Engl J Med* 2013, **368**(14):1279-1290.
3. Fernandez-Ballart JD, Pinol JL, Zazpe I, Corella D, Carrasco P, Toledo E, Perez-Bauer M, Martinez-Gonzalez MA, Salas-Salvado J, Martin-Moreno JM: **Relative validity of a semi-quantitative food-frequency questionnaire in an elderly Mediterranean population of Spain.** *Br J Nutr* 2010, **103**(12):1808-1816.

4. Martin-Moreno JM, Boyle P, Gorgojo L, Maisonneuve P, Fernandez-Rodriguez JC, Salvini S, Willett WC: **Development and validation of a food frequency questionnaire in Spain.** *Int J Epidemiol* 1993, **22**(3):512-519.
5. Garcia-Ortiz L, Recio-Rodriguez JI, Martin-Cantera C, Cabrejas-Sanchez A, Gomez-Arranz A, Gonzalez-Viejo N, Iturregui-San Nicolas E, Patino-Alonso MC, Gomez-Marcos MA: **Physical exercise, fitness and dietary pattern and their relationship with circadian blood pressure pattern, augmentation index and endothelial dysfunction biological markers: EVIDENT study protocol.** *BMC Public Health* 2010, **10**:233.
6. D'Agostino RB, Sr., Vasan RS, Pencina MJ, Wolf PA, Cobain M, Massaro JM, Kannel WB: **General cardiovascular risk profile for use in primary care: the Framingham Heart Study.** *Circulation* 2008, **117**(6):743-753.
7. O'Brien E, Asmar R, Beilin L, Imai Y, Mancia G, Mengden T, Myers M, Padfield P, Palatini P, Parati G *et al*: **Practice guidelines of the European Society of Hypertension for clinic, ambulatory and self blood pressure measurement.** *J Hypertens* 2005, **23**(4):697-701.
8. Salas-Salvado J, Rubio MA, Barbany M, Moreno B: **[SEEDO 2007 Consensus for the evaluation of overweight and obesity and the establishment of therapeutic intervention criteria].** *Med Clin (Barc)* 2007, **128**(5):184-196; quiz 181 p following 200.
9. Van Bortel LM, Laurent S, Boutouyrie P, Chowienczyk P, Cruickshank JK, De Backer T, Filipovsky J, Huybrechts S, Mattace-Raso FU, Protogerou AD *et al*: **Expert consensus document on the measurement of aortic stiffness in daily practice using carotid-femoral pulse wave velocity.** *J Hypertens* 2012, **30**(3):445-448.
10. Schroder H, Fito M, Estruch R, Martinez-Gonzalez MA, Corella D, Salas-Salvado J, Lamuela-Raventos R, Ros E, Salaverria I, Fiol M *et al*: **A short screener is valid for assessing Mediterranean diet adherence among older Spanish men and women.** *J Nutr* 2011, **141**(6):1140-1145.
11. Gazan R, Bechaux C, Crepet A, Sirot V, Drouillet-Pinard P, Dubuisson C, Havard S: **Dietary patterns in the French adult population: a study from the second French national cross-sectional dietary survey (INCA2) (2006-2007).** *Br J Nutr* 2016:1-16.
12. Nettleton JA, Schulze MB, Jiang R, Jenny NS, Burke GL, Jacobs DR, Jr.: **A priori-defined dietary patterns and markers of cardiovascular disease risk in the Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis (MESA).** *Am J Clin Nutr* 2008, **88**(1):185-194.
13. Funtikova A, Baena-Diez JM, Koebnick C, Gomez SF, Covas MI, Goday A, Schroder H: **Validity of a short diet-quality index to predict changes in anthropometric and cardiovascular risk factors: a simulation study.** *Eur J Clin Nutr* 2012, **66**(12):1369-1371.
14. Appel LJ, Moore TJ, Obarzanek E, Vollmer WM, Svetkey LP, Sacks FM, Bray GA, Vogt TM, Cutler JA, Windhauser MM *et al*: **A clinical trial of the effects of dietary patterns on blood pressure. DASH Collaborative Research Group.** *N Engl J Med* 1997, **336**(16):1117-1124.
15. Hinderliter AL, Sherwood A, Craighead LW, Lin PH, Watkins L, Babyak MA, Blumenthal JA: **The long-term effects of lifestyle change on blood pressure: One-year follow-up of the ENCORE study.** *Am J Hypertens* 2014, **27**(5):734-741.
16. Molitor J, Brown IJ, Chan Q, Papatthomas M, Liverani S, Molitor N, Richardson S, Van Horn L, Daviglius ML, Dyer A *et al*: **Blood pressure differences associated with Optimal Macronutrient Intake Trial for Heart Health (OMNIHEART)-like diet compared with a typical American Diet.** *Hypertension* 2014, **64**(6):1198-1204.
17. Asghari G, Mirmiran P, Rashidkhani B, Asghari-Jafarabadi M, Mehran M, Azizi F: **The association between diet quality indices and obesity: Tehran Lipid and Glucose Study.** *Arch Iran Med* 2012, **15**(10):599-605.
18. Gregory CO, McCullough ML, Ramirez-Zea M, Stein AD: **Diet scores and cardio-metabolic risk factors among Guatemalan young adults.** *Br J Nutr* 2009, **101**(12):1805-1811.
19. Sundararajan K, Campbell MK, Choi YH, Sarma S: **The relationship between diet quality and adult obesity: evidence from Canada.** *J Am Coll Nutr* 2014, **33**(1):1-17.
20. Sotos-Prieto M, Bhupathiraju SN, Mattei J, Fung TT, Li Y, Pan A, Willett WC, Rimm EB, Hu FB: **Changes in Diet Quality Scores and Risk of Cardiovascular Disease Among US Men and Women.** *Circulation* 2015, **132**(23):2212-2219.

21. Kurotani K, Akter S, Kashino I, Goto A, Mizoue T, Noda M, Sasazuki S, Sawada N, Tsugane S: **Quality of diet and mortality among Japanese men and women: Japan Public Health Center based prospective study.** *BMJ* 2016, **352**:i1209.
22. **2013 Practice guidelines for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and the European Society of Cardiology (ESC): ESH/ESC Task Force for the Management of Arterial Hypertension.** *J Hypertens* 2013, **31**(10):1925-1938.
23. Karimi L, Mattace-Raso FU, van Rosmalen J, van Rooij F, Hofman A, Franco OH: **Effects of combined healthy lifestyle factors on functional vascular aging: the Rotterdam Study.** *J Hypertens* 2016, **34**(5):853-859.
24. Aatola H, Koivisto T, Hutri-Kahonen N, Juonala M, Mikkilä V, Lehtimäki T, Viikari JS, Raitakari OT, Kahonen M: **Lifetime fruit and vegetable consumption and arterial pulse wave velocity in adulthood: the Cardiovascular Risk in Young Finns Study.** *Circulation* 2010, **122**(24):2521-2528.
25. Petersen K, Blanch N, Keogh J, Clifton P: **Weight Loss, Dietary Intake and Pulse Wave Velocity.** *Pulse (Basel)* 2015, **3**(2):134-140.



**ID339:****IDENTIFICACIÓN Y CAPTACIÓN DE PERSONAS CON INDICADORES DE VULNERABILIDAD SOCIAL Y ENFERMEDAD CRÓNICA PREVIO A UNA INTERVENCIÓN DE AUTOCUIDADO****SEGUNDO PREMIO COMUNICACIÓN ORAL**

Marta Pisano González<sup>1</sup>, Sara Diez González<sup>1</sup>, Ana Sofía Liaño Martín<sup>1</sup>, José Ramón Hevia Fernández<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad Asturias

[martam.pisanogonzalez@asturias.org](mailto:martam.pisanogonzalez@asturias.org)

**RESUMEN****Introducción:**

Es prioritario actuar con enfermos crónicos e incidir e innovar en programas dirigidos a aumentar el autocuidado y promocionar hábitos saludables.

Cobran relevancia los programas de intervención educativa que cumplen la Ley de Cuidados Inversos de Tudor Hart: personas que acuden voluntariamente, son a menudo las que menos lo necesitan. Es necesario priorizar la intervención en poblaciones con mayor vulnerabilidad.

**Objetivos:**

Identificar y reclutar enfermos crónicos con indicadores de vulnerabilidad social elevada, para realizar una intervención en promoción de autocuidados y hábitos saludables.

**Material y métodos:**

Estudio cuasiexperimental. Tamaño muestral: 500 personas. Variables: nivel socioeconómico, de estudios y estado laboral para el Índice MEDEAS. Para el IMP 63 variables clínicas, cognitivas, funcionales y sociales. Estrategia de análisis: SPSS v20.

**Relevancia:**

Hasta ahora las acciones educativas en enfermos crónicos se han realizado con criterios clínicos, con personas que acudían voluntariamente. Introducir elementos socioeconómico-culturales sigue siendo una laguna en nuestro país.

**ABSTRACT****Introduction:**

It is a priority to act with chronic patients and to influence and innovate in programs aimed at increasing self-care and promoting healthy habits.

The educational intervention programs that comply with the Tudor Hart Reverse Care Act are relevant: people who volunteer are often the ones who least need it. It is necessary to prioritize intervention in populations with greater vulnerability.

**Objectives:**

Identify and recruit chronic patients with indicators of high social vulnerability, to perform an intervention in promoting self-care and healthy habits.

**Material and methods:**

Quasiexperimental study. Sample size: 500 people. Variables: socioeconomic level, studies and work status for the MEDEAS Index. For the IMP 63 clinical, cognitive, functional and social variables. Analysis strategy: SPSS v20.

**Relevance:**

Until now educational actions in chronic patients have been made with clinical criteria, with people who came voluntarily. Introducing socio-economic and cultural elements remains a gap in our country.

**PALABRAS CLAVE**

Enfermedad Crónica, Autocuidado, Vulnerabilidad Social, Educación en Salud, Conductas Saludables. Chronic Disease, Self Care, Social Vulnerability, Health Education, Health Behavior.

**INTRODUCCIÓN**

El en mundo actual sigue siendo una prioridad actuar en las personas que poseen enfermedades crónicas. Hoy en día son una pandemia según declaraciones de la OMS. Son la principal causa de muerte en todo el planeta, habiendo causado 38 millones (el 68%) de los 56 millones de defunciones registradas en 2012 (1).

La epidemia de las enfermedades crónicas se acrecienta por factores que afectan a todas las regiones mundiales: el envejecimiento demográfico y la universalización de los modos de vida malsanos (2). Por ende es necesario incidir e innovar en programas que vayan dirigidos a aumentar el autocuidado y promocionar hábitos saludables de vida específicos para aquellos que poseen enfermedades de larga duración (3).

Por otro lado, cobran relevancia las evidencias de que en programas de intervención educativa, se cumple la Ley de Cuidados Inversos de Tudor Hart (4): las personas que acuden voluntariamente a los programas, son a menudo las que menos lo necesitan. Es por ello, que se prioriza la intervención en aquellas poblaciones que tienen mayor vulnerabilidad, no sólo clínica sino también Identificar y reclutar enfermos crónicos con indicadores de vulnerabilidad social elevada, para realizar una intervención en promoción de socioeconómica y cultural. Estudios de Marmot y Wilkinson (5), demuestran que las personas vulnerables y en riesgo de exclusión, van a desarrollar mayor morbimortalidad.

En este proyecto, se van a identificar, captar y reclutar a personas con mayor grado de vulnerabilidad social y posteriormente se realizará una intervención educativa en empoderamiento: “Tomando control de su salud (TCS)”. Dicha propuesta ha mostrado ser eficaz en diferentes países para aumentar la responsabilidad sobre la enfermedad a largo plazo, modificar hábitos de vida y aumentar el autocuidado. Este programa ha sido desarrollado, testado y evaluado durante 25 años, por el Centro de Investigación de la Universidad de Stanford (6).

## **OBJETIVOS**

Identificar, captar y reclutar a enfermos crónicos con indicadores de vulnerabilidad social elevada, para realizar una intervención en promoción de autocuidados y hábitos saludables.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

Estudio quasiexperimental. Se desarrollará en 3 fases:

1. Identificación de las áreas geográficas más vulnerables (a través de sección censal del año 2011).
2. Reclutamiento de pacientes por captación activa en colaboración con centros de salud, servicios sociales, asociaciones y ayuntamientos, en las áreas geográficas detectadas como vulnerables.
3. Estratificación de la vulnerabilidad individual.

Población de estudio: Personas con enfermedades crónicas y/o cuidadores con determinantes socioeconómicos desfavorables que vivan en Asturias.

Criterios de inclusión:

- Personas entre 18 y 80 años
- Personas que residan en Asturias
- Personas que acepten de manera voluntaria participar en el estudio y por lo tanto, firmen el consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Personas en situación de enfermedad terminal
- Personas con algún tipo de diagnóstico de enfermedad mental
- Personas que no acepten participar en el estudio

Tamaño de la muestra: Se ha estimado 2500 individuos como el requerido para poblaciones con enfermedad crónica. Por lo tanto, debido a la mortalidad experimental (alrededor del 20% de acuerdo a la evidencia científica actual), el objetivo está compuesto por 750 personas para asegurar que 500 personas terminarán el programa hasta el final.

Variables de estudio: Nivel socioeconómico, nivel de estudios y estado laboral para el Índice MEDEAS. Para el IMP 63 (Índice Pronóstico Multidimensional), variables clínicas, cognitivas, funcionales y sociales.

Instrumentos de medida: Índice de Privación Social del estudio MEDEAS (7), para la Fase I; IMP (8) con adhesión de las principales variables individuales de exclusión social, para la Fase III.

Principales, utilizando cargas factoriales del primer eje para ponderar cada uno de los indicadores. Análisis del IMP: para variables continuas: como media  $\pm$  desviación estándar y las comparaciones entre hombres y mujeres con la prueba U de Mann-Whitney. Análisis de varianza de Kruskal-Wallis para comparar la edad, el género, el nivel educativo y la mortalidad. Se utilizará para ello el software SPSS v20.

Se contemplarán los aspectos de protección de datos y consideraciones éticas de investigación.

### RELEVANCIA

Hasta el momento las acciones educativas dirigidas a personas con enfermedad crónica se han realizado en base a criterios exclusivamente clínicos, y la mayoría de las veces con personas que acudían voluntariamente a la misma. Introducir elementos socioeconómico-culturales ya enunciados desde 1974 con el "Informe Lalonde" (9) y que supuso un cambio en la forma de pensar y actuar en política de Salud Pública, donde se hablaba de la importancia de los diferentes determinantes de salud en relación a la reducción de la mortalidad, que incluyen a la biología humana, el medio ambiente, los estilos de vida y el sistema de asistencia sanitaria, sigue siendo todavía una laguna en nuestro país.

*Este estudio forma parte del proyecto financiado por el programa del Tercer Sector de Salud de la Unión Europea.*

### BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. Estadísticas sanitarias mundiales 2012. [Place of publication not identified]: World Health Organization; 2012.
2. impact of non-communicable diseases on macro-economic productivity: a systematic review. Eur J Epidemiol. 2015;30(5):357–95.
3. Lorig KR, Holman HR. Self-management education: History, definition, outcomes, and mechanisms. Ann Behav Med. 2003 Aug;26(1):1–7.
4. Tudor Hart J. THE INVERSE CARE LAW. The Lancet. 1971 Feb 27;297(7696):405–12.
5. Wilkinson R, Marmot M, Páramo Gómez del Campo R. Determinantes sociales de la salud: los hechos irrefutables. OMS; 2003.
6. Lorig K, Ritter PL, Plant K, Laurent DD, Kelly P, Rowe S. The South Australia Health Chronic Disease Self-Management Internet Trial. Health Educ Behav. 2013 Feb;40(1):67–77.
7. Felicitas Domínguez-Berjón M, Borrell C, Cano-Serral G, Esnaola S, Nolasco A, Isabel Pasarín M, et al. Construcción de un índice de privación a partir de datos censales en grandes ciudades españolas (Proyecto MEDEA). Gac Sanit. 2008 May;22(3):179–87.
8. Pilotto A, Ferrucci L, Franceschi M, D'Ambrosio LP, Scarcelli C, Cascavilla L, et al. Development and Validation of a Multidimensional Prognostic Index for One-Year Mortality from Comprehensive Geriatric Assessment in Hospitalized Older Patients. Rejuvenation Res. 2008 Feb;11(1):151–61.
9. Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians: a working document. New Perspect Heal Can a Work Doc Minist supply Serv. 1981; 82.



## COMUNICACIONES ORALES

## *Empoderando a la persona y a la familia*

**ID6:**

**TALLER DE PROMOCIÓN DE AUTOCUIDADO PARA PERSONAS CON PREDIABETES**

M. Araujo - Calvo<sup>1</sup>, C. Echavarría - Navarro<sup>2</sup>, M. Garrido - Navarro<sup>3</sup>, J. Geanini - Torres<sup>4</sup>, G. de la Sierra - Ocaña<sup>5</sup>, E. Yubero - Esteban<sup>6</sup>

Atención Primaria, SEMAP<sup>1</sup>. Atención Primaria<sup>2, 3, 4, 5, 6</sup>.

[araujocalvo.mercedes@gmail.com](mailto:araujocalvo.mercedes@gmail.com)

### **RESUMEN**

La Prediabetes, se puede evitar actuando preventivamente sobre los factores de riesgo modificables. La Educación para la Salud es una de las estrategias que utilizan los profesionales sanitarios para estimular en la población la adopción de estilos de vida saludables. El objetivo de este taller es fomentar la responsabilidad y autocuidado en personas con prediabetes, mejorando los conocimientos, promoviendo cambio de actitudes, incorporando su Autocontrol en la vida diaria y adoptando Estilos de Vida Saludables, para mantener los niveles de azúcar con eficacia. Los resultados alcanzados han sido muy buenos.

### **ABSTRACT**

Prediabetes can be avoided by acting preventively on modifiable risk factors. Health Education is one of the strategies used by health professionals to encourage the adoption of healthy lifestyles in the population. The objective of this workshop is to promote responsibility and self-care in people with prediabetes, improving knowledge, promoting change of attitudes, incorporating their self-control in daily life and adopting Healthy Lifestyles, to maintain sugar levels effectively. The results achieved have been very good.

### **PALABRAS CLAVE:**

Enfermería en Salud Comunitaria. Atención Primaria de Salud. Educación. Autocuidado. Estado Prediabético.

Community Health Nursing. Primary Health Care. Education. Self Care. Prediabetic State.

### **INTRODUCCIÓN/PRESENTACIÓN**

Una de las principales causas de enfermedad y mortalidad en todo el mundo es la Diabetes (DM). La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que, a nivel mundial, habrá más de 300 millones de personas con Diabetes en 2025.

La Prediabetes (PDM) es un estadio previo a la Diabetes (DM) que define un aumento del riesgo de desarrollar DM tipo 2. Entre un 20% y un 25% de la población adulta podría padecer PDM. Al no haber síntomas, la única opción para evitar el avance de la DM es ser conscientes de los factores de riesgo que alteran los niveles de glucosa en sangre. Según la OMS, 30 minutos de actividad física de intensidad moderada casi todos los días y una dieta saludable pueden reducir drásticamente el riesgo de desarrollar DM. El peso (predominio de grasa abdominal) y la edad (más de 45 años) son factores clave para detectar una situación de PDM<sup>1</sup>.

El Test Findrisk ha demostrado su eficacia en distintos países europeos para el cribado no invasivo de la población con riesgo de DM. En base a la puntuación obtenida mediante una escala, se puede detectar si una persona tiene riesgo o no de presentar DM. Para ello, se determinan algunas variables como el índice de masa corporal (IMC), la edad o el perímetro de la cintura, entre otras, y se obtiene un informe final personalizado conteniendo las principales medidas de estilo de vida que ayudan a prevenir o retrasar la aparición de DM tipo 2.

Expertos de todo el mundo coinciden en señalar que la PDM, se puede evitar actuando preventivamente sobre los factores de riesgo modificables. Es decir, un estilo de vida saludable basado en la dieta equilibrada y la práctica de algún tipo de actividad física, dependiendo de la edad y circunstancias personales, contribuyen a la prevención de la enfermedad<sup>3</sup>.

Según datos de la Fundación española para la Diabetes, de los más de 5 millones de españoles que padecen DM 2, el 43,5% desconoce esta condición<sup>3</sup>.

Entre un 5 y un 10% de las personas con PDM desarrollan DM 2 cada año y el 70% desarrollarán DM 2 a lo largo de su vida <sup>4</sup>.

La PDM también se asocia a una mayor frecuencia de aparición de complicaciones cardiovasculares, afectación renal y neurológica <sup>4</sup>.

La PDM puede retroceder de un estado prediabético a valores normales de glucosa en sangre.

El cribado oportunista en grupos de riesgo, puede ayudar a descubrir casos de PDM y a prevenir la DM2<sup>5</sup>.

Gran parte de la población diagnosticada de PDM no acepta que tiene que esmerar sus cuidados: alimentación saludable, actividad física regular y manteniendo un peso corporal normal para prevenir, mejorar y evitar que se desarrolle la DM 2.

La Educación para la Salud (EpS) es una de las estrategias que utilizan los profesionales sanitarios para estimular en la población la adopción de estilos de vida saludables.

Los profesionales frente a una persona con PDM deben plantearse:

- ¿Qué sabe? ¿Qué piensa? ¿De qué tiene miedo?
- ¿Qué actitudes tiene y que respuestas está desarrollando ante la PDM?
- ¿Realizan adecuadamente las tareas y cubren sus necesidades de autocuidado?

La finalidad de este taller, sobre todo, es motivar para modificar conductas en las población, personas con PDM, que aprendan a descubrir recursos personales y desarrollar actitudes nuevas y más positivas, para que consigan asumir la obligación de autocuidarse, a través del aprendizaje de cuáles son los hábitos de vida saludables, su aceptación y adecuación, logrando así un control eficaz de los niveles de azúcar para evitar padecer DM 2.

## OBJETIVOS

### Objetivo general

Fomentar la responsabilidad y autocuidado de las Personas con Prediabetes, mejorando los conocimientos, promoviendo cambio de actitudes, incorporando su Autocontrol en la vida diaria y adoptando Estilos de Vida Saludables, para mantener los niveles de azúcar con eficacia.

### Objetivos específicos

#### Área de conocimientos

Al finalizar el taller los participantes serán capaces de:

- Describir, qué son hábitos de vida saludables.
- Determinar, qué cuidados son adecuados para el buen control de su PDM.
- Reconocer, que un estilo de vida saludable disminuye los riesgos de complicaciones.
- Identificar, utilizando la maleta de alimentos, qué comidas tienen hidratos de carbono.
- Detallar, cuál es el tratamiento para un control adecuado de la PDM.
- Señalar, qué actividad física realizan.
- Identificar, cuáles son los beneficios derivados de la realización de la actividad física adecuada, regular.

#### Área emocional

Al finalizar el taller los participantes podrán:

- Analizar, cómo se implican en su autocuidado.
- Detallar, cómo asumen la responsabilidad de autocuidarse.
- Analizar, cómo aceptan su PDM.
- Determinar, cómo influyen los efectos positivos de la práctica de actividad física en su salud (física, mental, social).

#### Área de las habilidades

Al finalizar el taller los participantes serán capaces de:

- Indicar, qué destrezas logran para su autocuidado.
- Elaborar un menú, utilizando el plan de alimentación por raciones.
- Demostrar habilidades en el manejo del tratamiento de su PDM.
- Desarrollar destrezas que logren su control de la PDM.
- Manifestar habilidades en el manejo de los hidratos de carbono.
- Aumentar habilidades en el manejo de estilos de vida saludables ante su PDM.

- Desarrollar destrezas para el logro de la actividad física adecuada, regular.
- Integrar en sus tareas diarias, 60 minutos de actividad física de intensidad moderada durante cinco o más días a la semana.

### DESARROLLO

**Población diana:** Personas adultas, mujeres y hombres, de 40 a 75 años, con diagnóstico de Prediabetes.

#### Captación:

- En las consultas de enfermería.
- En las consultas de médicas/os de familia.
- Carteles de difusión en el centro.
- Otros:
  - “Día mundial de la Diabetes”
  - “Día Europeo de la Prevención del Riesgo Cardiovascular”
  - Durante la visita de captación:
    - Se realiza Valoración Funcional sobre los patrones de Marjory Gordon.
    - Plan de Cuidados: NANDA (00182) “Disposición para mejorar el Autocuidado”
    - NOC. 1602.- Conducta de Fomento de la salud

**Criterios de derivación:** Personas adultas, mujeres y hombres, de 40 a 75 años, con diagnóstico de Prediabetes

#### Contenidos

##### 1. Sesión

- Presentación.
- ¿Por qué acudo al taller?
- ¿Acepto que tengo PDM?
- ¿Deseo contar mi experiencia?
- Objetivos del Taller.
- Normas.
- Ronda de palabras: necesidades, peticiones, compromisos.

¿Qué sé de la PDM?

¿Me gustaría aprender...?

¿Qué cuidados son adecuados?

- Introducción definición PDM
- Aprender a elaborar metas, objetivos.
- Cuestionario sobre conocimientos (PRE).
- Valoración protocolos:
  - Protocolo.- Prevención. Promoción.
  - Protocolo.- Crónicos
  - Exploración: Tensión arterial, peso, circunferencia abdominal, glucemia capilar.
- Revisión de calendario de vacunación del adulto.

##### 2. Sesión

- Preconceptos sobre qué es la Prediabetes.
- Qué es la Prediabetes.
- Sus causas.
- Cómo se diagnóstica.
- Tratamiento.
- Reversión Prediabetes. Prevención DM tipo 2.
- Motivar para el cambio.
- Interiorizar la importancia de la responsabilidad y el compromiso que se tiene con uno mismo.
- 

##### 3. Sesión

#### Obesidad

- Conceptos básicos.
- Beneficios de la pérdida de peso.
- Definición: Índice de Masa Corporal (IMC)

#### **Alimentación I**

- Conocimientos básicos sobre: Nutrición y Nutrientes.
- Identificación de los alimentos.
- Preconceptos sobre Alimentación saludable.
- Alimentación saludable: Dificultades.
- Plan de Alimentación saludable.
- Pirámide de Alimentación.
- 5 puntos clave para que planifique su menú semanal de forma equilibrada.
- 12 consejos saludables.
- Introducción a la Alimentación en la Prediabetes.

#### **4. Sesión**

##### **Alimentación II**

- Alimentación saludable en la Prediabetes.
- Edulcorantes.
- Identificación de los alimentos.
- Índice glucémico de los alimentos.
- Introducción: Plan de alimentación por raciones (I).
- Entrega de planes de alimentación personalizados.

#### **5. Sesión**

##### **Alimentación III**

- Plan de Alimentación por raciones (II): ventajas.
- Clase práctica.

#### **6. Sesión**

##### **Actividad física I: Niveles de actividad física e implicaciones para la salud.**

- El ejercicio Saludable.
- ¿Por qué es importante hacer ejercicio?
- Niveles de actividad física e implicaciones para la salud.
- Consecuencias del nivel de vida sedentario.
- ¿Cuál es el ejercicio ideal?
- Actividad para combatir la obesidad: NEAT.
- Consejos sobre el ejercicio físico.
- Beneficios del ejercicio físico.
- Video.
- Consecuencias del estilo de vida sedentario.

#### **7. Sesión**

##### **Actividad física II: Por tu salud muévete.**

- Inactividad física.
- Actividad física en adultos: efectos beneficiosos.
- Recomendaciones.
- Mitos sobre la actividad física.

¿Cuánta actividad física es necesaria **para obtener beneficios para la salud?**

#### **8. Sesión**

- Posibles complicaciones:
  - Diabetes Mellitus tipo 2
- Calidad de vida.
- Recursos socio sanitarios.
- Autocuidado
- Resolución de dudas
- Cuestionarios
- Entrega de diplomas.
- Sesión de seguimiento a los 6 meses.



- Despedida.

### Técnicas de Trabajo

- De Investigación: cuestionario, rejilla, tormenta de ideas, rondas de expresión.
- Expositivas: lección participada, video más discusión.
- De Análisis: clase con discusión. Análisis crítico. Ejercicios.
- De Desarrollo de Habilidades: demostración con entrenamiento, resolución de problemas, ayuda en la toma de decisiones.
- De información: reorganizar informaciones.
- De expresión: expresar su experiencia.
- Tareas para casa.
- Técnicas dirigidas a las relaciones:
- De acogida y negociación: encuentro.
- De presentación.
- De despedida.

### Cuándo se seleccionan las sesiones se tiene en cuenta:

- Que consolide la EpS individual.
- La población diana a quién va destinado.
- La frecuentación de los pacientes a las consultas.
- Las demandas observadas en las tareas diarias de los profesionales del centro de salud.

### Utilización de materiales

- Presentaciones Power Point.
- Hojas de recomendaciones y consejos para llevar a casa.
- Folletos.
- Guía de Observación de la sesiones.
- Hojas de ejercicios: metas. Platos.
- Cuestionarios de evaluación.
- Cuestionario de satisfacción.
- **Diario de Autocuidados Prediabetes.**
- Modelo de Memoria final del taller.
- Ordenador y cañón de video.
- Pizarra / rotuladores.
- Folios, lápices/ bolígrafos. Pegatinas.

## RESULTADOS

**Personas captadas:** 15. Acuden: 13. Abandono: 8%. Asisten: 92%

**Perfil de los asistentes:** Mujeres: 75%. Hombres: 25%

El rango de **edad** de las personas que forman el grupo es: de 60 a 76 años.

Tiempo de **evolución** de la Prediabetes:

- 1 año: 8,3 %
- 2 años: 8,3 %
- 4 años: 16,6 %
- **No se:** 50 %
- Nada: 8,3%

Profesión/ Nivel de estudios: Amas de casa: 7. Metalúrgico: 2. Jubilados: 2

Cuestionario de **satisfacción:** **86%** total acuerdo

Se realiza un registro de asistencia que ha superado las expectativas, siendo la **participación** del **92 %**.

El clima grupal es de interés, motivación, tolerante, participativo, creativo, de comunicación, escucha grupal, acompañamiento, apoyo y ayuda mutua entre los participantes.

Algunos de los acuerdos que se logran con el grupo, es el compromiso para mejorar el Control y Tratamiento de la PDM.

Se fomenta y facilita la participación de los integrantes del grupo: participan continuamente. Solicitan más información, aclaraciones, resolución de dudas.

**Efectos no previstos:**

- Excelente motivación, participación, interés.
- La continuidad en la asistencia y participación en el aula.

### Frases significativas:

- Tres de los asistentes expresan:

“No sabía que tenía el azúcar alta, pensaba que cuándo la enfermera me pinchaba en el dedo era por rutina”

- “No tenía conciencia de su importancia”
- “Me ha gustado, muy interesante”
- “Tenían que ser más a menudo estos cursos”
- “Me gustaría saber más sobre alimentación, que alimentos tengo que comer, para mejorar mi estado de salud”
- “Hoy tenía tareas que hacer, me he dado prisa porque quería acudir al taller”

### Cuestionario de satisfacción:

Aspectos generales. Organización y utilidad: 79% total acuerdo.

- Objetivos: 79 % total acuerdo.
- Contenidos y metodología: 86 % total acuerdo.
- Valoración de los docentes: 86 % total acuerdo.
- **Valoración global: 86 % total acuerdo.**

Los **conocimientos** del grupo al comienzo son altos, **han aumentado un 2,6 %.**

### Puntuación Test de FINDRISK (riesgo de desarrollar DM 2):

- Bajo: 41,8%.
- Ligeramente elevado: 8,3 %
- **Alto: 8,3 %**
- **Muy alto: 41,6 %**

### Cuestionario de Calidad de Vida (EUROQOL-5D):

PRE: 6 a 8: 50%

POST: 6 a 8: 100%.

**Plan de Cuidados:** Disposición para mejorar el Autocuidado.

**NOC:** conducta de fomento de la salud:

PRE: (1-50%. 2-41,6%. 3- 8,3%).

POST (3-20%. 4- 80%).

### Adherencia:

PRE: 8,3%

POST: 80%.

Los participantes:

- Han conseguido adquirir conocimientos que no tenían.
- El intercambio de experiencias ha sido fluido y adecuado para los objetivos.
- Todos los participantes han podido aprender de forma práctica los ejercicios y actividades planteados.
- Han podido resolver sus dudas, surgidas durante las sesiones.
- Han reforzado sus conocimientos sobre lo expuesto en las sesiones, pero fundamentalmente lo referido a la alimentación, el ejercicio y la medicación.
- Han adquirido habilidades para el Autocuidado de su Prediabetes.
- Han podido conocer las vivencias de otros participantes. Han compartido.
- Alcance de los objetivos educativos en las áreas de: Conocimientos. Actitudes. Habilidades.

## CONCLUSIONES

Las personas que han participado en el taller han aumentado sus conocimientos, mejorado la adherencia, aclarado dudas, adquirido habilidades que les han permitido modificar su conducta para el buen control de esta alteración, lo han expresado en el aula y con sus metas. Manifiestan sentirse apoyados, acompañados por compañeras/os y docentes. Expresan ir superando dificultades. Se comprometen a mantener lo aprendido. Reconocen su responsabilidad en su Autocuidado.

Durante el seguimiento en las consultas se comprueba que han mejorado sus cuidados y son adecuados.

**Reflexiones de los profesionales:** sobre la comunicación, empatía, transmisión de conocimientos en la consulta y sorpresa por los buenos resultados.

**Fortalezas:** personas muy motivadas, manifiestan interés por aprender y mantener lo aprendido.

**Innovaciones realizadas:** taller interactivo. Adquieren conocimientos a través de otros participantes guiados por los docentes. Se realiza un Diario de Autocuidados. Continúan participando en un segundo taller: "hagamos ejercicio juntos".

Seguimiento controlado en las consultas de enfermería, para mantener y reforzar la motivación y lo aprendido.

A los 6 meses las personas que han acudido al taller continúan motivadas, mejorando y cuidándose adecuadamente según lo aprendido.

Al insistir durante las sesiones sobre la importancia de hacer un equipo de salud con sus familiares/amigos, confirman que ellos transmiten y realizan lo aprendido y sus familiares o amigos les acompañan y apoyan.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1 [Internet]. 2015; [citado 2015 Agosto 08]; Disponible en:
- 2 <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/es/index2.html>
- 3 [Internet]. 2013; [citado 2015 Agosto 08]; Disponible en: <http://www.diabetes.org/es/informacion-basica-de-la-diabetes/diagnostico.html?loc=atrisk-es-slabnav#sthash.RG3EqCj2.dpuf>
- 4 [Internet]. 2013; [citado 2015 Agosto 08]; Disponible en: <http://www.diabetes.org/es/informacion-basica-de-la-diabetes/diagnostico.html>
- 5 [Internet]. 2015; [citado 2015 Agosto 08]; Disponible en:
- 6 <http://www.fundaciondiabetes.org/prevencion/310/riesgo-de-diabetes-tipo-2>
- 7 [Internet]. 2014 ; [citado 2015 Agosto 08]; Disponible en: [http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142665357904&language=es&pageid=1142339619603&pagename=PortalSalud%2FPTSA\\_Generico\\_FA%2FPTSA\\_pintarGenericoSabiasQue&vest=1142339619603](http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142665357904&language=es&pageid=1142339619603&pagename=PortalSalud%2FPTSA_Generico_FA%2FPTSA_pintarGenericoSabiasQue&vest=1142339619603)
- 8 Tabak AG, Herder C, Rathmann W, Brunner EJ, Kivimaki M. Prediabetes: a high-risk state for diabetes development. Lancet. 2012; 379: 2279-90.
- 9 Serrano Rosario, García-Soidán F. Javier, Díaz-Redondo Alicia, Artola Sara, Franch Josep, Díez Javier et al. Estudio de cohortes en atención primaria sobre la evolución de sujetos con prediabetes (PREDAPS): Fundamentos y metodología. Rev. Esp. Salud Pública [revista en la Internet]. 2013 Abr [citado 2015 Oct 13]; 87(2): 121-135. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272013000200003&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272013000200003&lng=es).
- 10 <http://dx.doi.org/10.4321/S1135-57272013000200003>
- 11 Consenso sobre la detección y el manejo de la prediabetes. Grupo de Trabajo de Consensos y Guías Clínicas de la Sociedad Española de Diabetes. Manel Mata Cases, Sara Artola Menéndez, Javier Escalada San Martín, Patxi Ezkurra Loyola, Juan Carlos Ferrer García, José Antonio Fornos Pérez, Juan Girbés Borrás, Itxaso Rica Echevarría; en nombre del Grupo de Trabajo de Consensos y Guías Clínicas de la Sociedad Española de Diabetes. Diabetes práctica. Actualización y habilidades en Atención Primaria. Volumen 05 - Número 04- 2014.

- 12 [Internet]. 2016; [citado 2016 Agosto 02]; Disponible en:
- 13 <http://www.redgdps.org/gestor/upload/Consenso-redGDPS-prediabetes-2015.pdf>
- 14 Atención Primaria Volumen 47, Issue 7, August–September 2015, Pages
- 15 456–468.
- 16 Consenso sobre la detección y el manejo de la prediabetes. Grupo de Trabajo de Consensos y Guías Clínicas de la Sociedad Española de Diabetes.
- 17 M. Mata-Cases, S. Artola, J. Escalada, P. Ezkurra-Loyola, J.C. Ferrer-García, J.A. Fornos, J. Girbés, I. Rica.
- 18 [Internet]. 2016; [citado 2016 Agosto 02]; Disponible en:
- 19 <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656714004016>
- 20 [Internet]. 2016; [citado 2016 Agosto 02]; Disponible en:
- 21 [http://www.clinica-unr.com.ar/2015web/Posgrado/Graduados/Prediabetes Baltasar Finucci Curi.pdf](http://www.clinica-unr.com.ar/2015web/Posgrado/Graduados/Prediabetes_Baltasar_Finucci_Curi.pdf)
- 22 [Internet]. 2015; [citado 2016 Enero 05]; Disponible en:
- 23 [www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/)
- 24 [Internet]. 2014; [citado 2015 Agosto 09]; Disponible en:
- 25 <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>
- 26 [Internet]. 2014; [citado 2015 Agosto 09]; Disponible en:
- 27 <http://www.guiasalud.es/egpc/diabetes/completa/apartado06/prevencion.html>. Año 2000
- 28 Standards of Medical Care in Diabetes. American Diabetes Association (2015).
- 29 Dr. Mateu Seguí: Blog redGDPS (Red de Grupos de Estudio de la Diabetes en Atención Primaria de Salud). Disponible en Internet el 13 de julio de 2010.
- 30 <http://redgdps.org/index.php?idregistro=1022>
- 31 Recomendaciones de la Sociedad Americana de Diabetes para el manejo de la diabetes mellitus. Semergen. 2010; 36 (7):386-391. Disponible en Internet el 13 de julio de 2010.
- 32 <http://www.elsevier.es/es-revista-semergen-medicina-familia-40-articulo-recomendaciones-sociedad-americana-diabetes-el-13154406>
- 33 Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Actividad Física para la Salud y Reducción del Sedentarismo. Recomendaciones para la población. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS. Madrid, 2015.
- 34 [Internet]. 2015; [citado 2015 Agosto 09]; Disponible en:
- 35 [www.nutricioncomunitaria.org/es/noticia-documento/12](http://www.nutricioncomunitaria.org/es/noticia-documento/12)
- 36 Consejo integral en estilo de vida en Atención Primaria, vinculado con recursos comunitarios en población adulta estrategia de promoción de la salud y prevención en el SNS. Aprobado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 14 de enero de 2015.
- 37 [Internet]. 2015; [citado 2015 Agosto 28]; Disponible en:
- 38 <http://www.grupodiabetessamfyc.es/index.php/guia-clinica/guia-clinica/diagnostico/120.html>
- 39 [Internet]. 2015; [citado 2015 Agosto 28]; Disponible en:
- 40 <http://enfermeria.uc.cl/ano-2013/761-investigadoras-de-enfermeria-uc-aplican-modelo-de-atencion-remota-en-apoyo-a-las-personas-con-prediabetes->
- 41 [Internet]. 2015; [citado 2015 Agosto 28]; Disponible en:
- 42 <http://es.slideshare.net/sindromemetabolico/5-pasos-en-el-proceso-para-la-deteccion?related=1>
- 43 [Internet]. 2015; [citado 2015 Agosto 28]; Disponible en:
- 44 [http://es.slideshare.net/carlos\\_aven90/prediabetes-lada?related=1](http://es.slideshare.net/carlos_aven90/prediabetes-lada?related=1)
- 45 [Internet]. 2015; [citado 2015 Agosto 28]; Disponible en:
- 46 <http://www.diabetes.org/es/informacion-basica-de-la-diabetes/diagnostico.html?loc=atrisk-es-slabnav#sthash.RG3EqCj2.dpuf>
- 47 ADA (Asociación Americana Diabetes). [Internet]. 2015; [citado 2015 Agosto 28]; Disponible en:

- <http://www.diabetes.org/es/>
- 42 (Biblioteca de Guías de Práctica Clínica del Sistema Nacional de Salud (guiasalud.es) [Internet]. 2015; [citado 2015 Agosto 28]; Disponible en: <http://www.guiasalud.es/egpc/diabetes/completa/apartado06/prevencion.html>
- 43 [ImpairedGlucoseTolerance and ImpairedFastingGlucose](#) by Shobha S. Rao, M.D., Phillip Disraeli, M.D., and Tamara McGregor, M.D. (*American Family Physician* abril 15, 2004, [Internet]. 2015; [citado 2015 Agosto 28]; Disponible en: <http://www.aafp.org/afp/20040415/1961.html>)

**BIBLIOGRAFÍA (Diario de autocuidado para personas con prediabetes)**

- 1 [Internet]. 2015; [citado 2015 Agosto 08]; Disponible en:
- 2 <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/es/index2.html>
- 3 [Internet]. 2013; [citado 2015 Agosto 08]; Disponible en: <http://www.diabetes.org/es/informacion-basica-de-la-diabetes/diagnostico.html?loc=atrisk-es-slabnav#sthash.RG3EqCj2.dpuf>
- 4 [Internet]. 2013; [citado 2015 Agosto 08]; Disponible en: <http://www.diabetes.org/es/informacion-basica-de-la-diabetes/diagnostico.html>
- 5 [Internet]. 2015; [citado 2015 Agosto 08]; Disponible en:
- 6 <http://www.fundaciondiabetes.org/prevencion/310/riesgo-de-diabetes-tipo-2>
- 7 [Internet]. 2014 ; [citado 2015 Agosto 08]; Disponible en: [http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142665357904&language=es&pageid=1142339619603&pagename=PortalSalud%2FPTSA\\_Generico\\_FA%2FPTSA\\_pintarGenericoSabiasQue&vest=1142339619603](http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142665357904&language=es&pageid=1142339619603&pagename=PortalSalud%2FPTSA_Generico_FA%2FPTSA_pintarGenericoSabiasQue&vest=1142339619603)
- 8 [Internet]. 2014; [citado 2015 Agosto 09]; Disponible en: <http://www.who.int/diabetes/es/>
- 9 [Internet]. 2014; [citado 2015 Agosto 09]; Disponible en:
- 10 <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>
- 11 [Internet]. 2014; [citado 2015 Agosto 09]; Disponible en:
- 12 <http://www.who.int/features/factfiles/diabetes/es/>
- 13 AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Cuestionario. [Internet]. 2015; [citado 2016 Enero 09]; Disponible en:
- 14 <http://www.diabetes.org/es/usted-corre-el-riesgo/examen-de-riesgo-de-la-diabetes.html>

**ID134:****EFFECTIVIDAD A CORTO PLAZO DE UNA APLICACIÓN PARA SMARTPHONE EN LA MEJORA DE LA COMPOSICION NUTRICIONAL DE LA DIETA HABITUAL EN ADULTOS. ESTUDIO EVIDENT II**

Elsa Ruiz Fernández<sup>1</sup>, José Ignacio Recio Rodríguez<sup>2</sup>, Benigna Sánchez Salgado<sup>3</sup>, Cristina Martín Martín<sup>4</sup>, Luis García Ortiz<sup>5</sup>, José Ángel Fernández Díaz<sup>6</sup>.

<sup>1</sup>Centro de Salud Garrido Sur.

<sup>2</sup>Unidad de Investigación C.S. La Alamedilla. Universidad de Salamanca

<sup>3</sup>Unidad de Investigación C.S. La Alamedilla.

<sup>4</sup>Unidad de Investigación C.S. La Alamedilla.

<sup>5</sup>Unidad de Investigación C.S. La Alamedilla.

<sup>6</sup>C.S Rio Tajo, Talavera de la Reina. Toledo.

[elsa\\_rufer26@hotmail.com](mailto:elsa_rufer26@hotmail.com)

**RESUMEN**

Introducción: existen pocas evidencias acerca del uso de las aplicaciones (APP) para modificar patrones nutricionales.

Objetivos: evaluar el efecto a corto plazo, 3 meses, de añadir una APP como apoyo a un consejo estandarizado para modificar la composición nutricional de la dieta habitual.

Material y métodos: Ensayo clínico controlado, aleatorizado, multicéntrico, con 2 grupos paralelos: 415 personas en el grupo intervención (GAPP) y 418 en el grupo control (GC). A ambos se les dio un consejo estandarizado sobre dieta mediterránea. Al GAPP se le entrenó en el manejo de una APP (EVIDENT II).

Resultados: a los 3 meses, ambos grupos disminuyen las calorías y aumentan las proteínas. El GAPP incrementa los HCO y la fibra y disminuye las grasas, mientras el GC disminuye los HCO y la fibra y aumenta las grasas.

Discusión y conclusiones: El uso añadido de una APP modifica la composición nutricional respecto a solo consejo estandarizado.

**ABSTRACT**

Introduction: There is little evidence on the use of smartphone applications (APP) to modify nutritional habits.

Objectives: To evaluate the short-term effect, 3 months, of adding a APP to support a directive counseling to modify the nutritional composition of the usual diet.

Material and methods: Controlled, randomized, multicenter trial with 2 parallel groups: 415 people in the intervention group (GAPP) and 418 in the control group (CG). Both were given directive counseling about Mediterranean diet. The GAPP was trained in the management of an APP (EVIDENT II).

Results: At 3 months, both groups decrease calories and increase protein. GAPP increases HCO and fiber and decreases fats, while GC decreases HCO and fiber and increases fats.

Discussion and conclusions: The added use of a APP modifies the nutritional composition with respect to only directive counseling.

**PALABRAS CLAVE**

Consejo dirigido. Aplicaciones móviles. Dieta mediterránea.

Directive counseling, mobile applications, mediterranean diet.

**INTRODUCCIÓN**

La dieta mediterránea se considera, en la actualidad, el modelo de alimentación más saludable. A pesar de ello existe una baja adherencia a la DM, constatada en el estudio EVIDENT, que encontró un 33% de cumplimiento entre sus participantes (1). Un patrón de alimentación basado en la dieta mediterránea (DM) ha sido efectivo en la prevención de la enfermedad cardiovascular (2), teniendo además efectos sobre otras enfermedades como la diabetes mellitus 2 (3) y asociándose con la reducción de diferentes tipos de cáncer (4, 5) y descenso de marcadores inflamatorios (6). Las intervenciones para promover

una mayor adherencia a la DM muestran que el consejo nutricional consigue mejoras moderadas en los hábitos de alimentación, reduciendo el consumo de grasas saturadas e incrementando el de frutas, vegetales y fibra. Las intervenciones con una mayor frecuencia de contactos o con refuerzos periódicos parecen ser más efectivas que aquellas menos intensivas (7). En la actualidad, uno de estos refuerzos que pueden servir de apoyo para mejorar la salud y modificar los estilos de vida son las tecnologías de la información y comunicación (8). Son muchas las aplicaciones para Smartphone (APP) desarrolladas con este objetivo, pero en general es poca la evidencia generada (9). Además, los resultados no son uniformes, encontrando resultados positivos en la ayuda a la pérdida de peso (10, 11). Sin embargo, pocos trabajos han analizado la efectividad en grandes muestras de población de la utilización de una APP como refuerzo para modificar hábitos de alimentación.

En un meta análisis sobre uso de tecnologías de la información para la evaluación dietética se concluye que podrían mejorar la evaluación dietética en algunos grupos de población, pero necesitan mejorar la validez y fiabilidad de la evaluación de los micronutrientes (12).

Este estudio pretende aportar evidencias sobre el efecto que tendrían las nuevas tecnologías de la información y comunicación (TIC), y de forma específica las aplicaciones para los Smartphone, como herramientas de apoyo en el cambio a estilos de vida saludables.

### **OBJETIVOS**

**OBJETIVO GENERAL:** Evaluar el efecto a corto plazo, 3 meses, de añadir una APP como apoyo a un consejo estandarizado para modificar la composición nutricional de la dieta habitual.

**OBJETIVO ESPECÍFICO:** Evaluar el efecto de la intervención en la disminución de la ingesta calórica global y mejora del patrón de consumo de principios inmediatos.

### **MATERIAL Y MÉTODOS**

Ensayo clínico controlado, aleatorizado, multicéntrico, con 2 grupos paralelos, realizado en 6 centros de salud de España durante 12 meses. Se realizó una visita inicial y un seguimiento a los 3 y 12 meses.

Los sujetos de la población de estudio se seleccionaron del proyecto EVIDENT (13), con una muestra de 1553 sujetos obtenida aleatoriamente en atención primaria. Se incluyeron a personas entre 18 y 70 años. Excluyendo a los mayores de 70 años, por las dificultades para el uso de TICs y a los que no puedan hacer ejercicio o seguir una dieta mediterránea. Otros criterios de exclusión fueron: enfermedad coronaria o cerebrovascular; insuficiencia cardiaca; enfermedad obstructiva crónica moderada o severa; enfermedades musculoesqueléticas que supongan limitaciones para andar; enfermedad respiratoria, renal o hepática avanzada; enfermedad oncológica tratada diagnosticada en los últimos 5 años.

De los 1553 sujetos, 250 fueron excluidos por ser mayores de 70 años, 85 por no cumplir los criterios de inclusión, 325 se negaron a participar, y 60 no fueron incluidos por otras razones. Finalmente se reclutaron 833 personas. Estos sujetos fueron randomizados con un ratio 1/1 en el grupo intervención con APP (GAPP) 415 personas y en el grupo control (GC), 418.

Debido a la naturaleza de la intervención los participantes no pudieron ser ciegos pero para minimizar la contaminación, el investigador que realizó la intervención fue diferente al que realizó las medidas. El investigador que analizó los datos fue ciego.

La estimación del tamaño de la muestra se realizó para las variables principales de resultado. Respecto a la dieta mediterránea (DM), aceptando un riesgo  $\alpha$  de 0,05 y un  $\beta$  de 0,10, y una DS de 2 se precisaban 676 sujetos (338 por grupo) para detectar un incremento de 0,5 puntos en el cuestionario de DM en el GAPP respecto GC. El estudio tuvo un riesgo  $\alpha$  de 0,05 y un  $\beta$  de 0,20, para detectar un incremento de un 8% en el número de sujetos que cumplen la DM (9 o más criterios) en el GAPP, respecto al GC.

Se recogieron las variables generales y que puedan modificar el efecto como edad, sexo, ocupación, consumo de tabaco y alcohol, antecedentes personales y consumo de fármacos, peso, talla, circunferencia de cintura y presión arterial clínica.

Respecto a la alimentación, la valoración de la ingesta habitual se llevó a cabo recogiendo la frecuencia de consumo de alimentos a través de un cuestionario validado en España de frecuencia de consumo de alimentos de 137 ítems(14). Determina la frecuencia de consumo de alimentos y permite estimar la ingesta calórica, principios inmediatos en la dieta y nutrientes esenciales. También se midió la adherencia a la DM mediante el cuestionario MEDAS (Mediterranean Diet Adherence Screener), que consta de 14 ítems y puntuaciones  $\geq 9$  se consideran un buen cumplimiento (15).

La app EVIDENT II es fruto de un convenio entre la empresa CGB y el grupo de investigación GIAPCyL de la REDIAPP (RD12/0005/0004) a través de la Fundación Infosalud. Se trata de una app con un entorno amigable y de fácil manejo para personas adultas, en la que se puede evaluar de una forma rápida la adecuación de sus hábitos a las recomendaciones de estilos de vida saludables. Se evalúa la ingesta de alimentos que realiza en cantidad y calidad de acuerdo a patrones estandarizados con el objetivo de conocer la cantidad y calidad de la ingesta y su adaptación a la dieta mediterránea, generando una recomendación personalizada. La información quedará almacenada en el dispositivo y se descargará en las visitas de control.

Se llevó a cabo una intervención común en ambos grupos, los cuales recibieron un consejo nutricional orientado a un buen cumplimiento de la DM. Se trata de una intervención que ha demostrado su efectividad en el estudio PREDIMED (16). El consejo consistió en una cita individual de 15 minutos donde se desarrollaron los

conceptos de DM y se insistió en la importancia de cumplir cada uno de los puntos recomendados. El consejo fue estandarizado para los dos grupos y se les dio información escrita. En la primera parte (3 min) se desarrolla el concepto de DM, la segunda parte de la sesión (10 min) está orientada a desarrollar cada recomendación particular con mensajes breves y claros. La última parte de la entrevista (2 min.) trató de resolver dudas acerca de lo tratado.

En el GAPP se llevó a cabo una intervención específica. Se les prestó un Smartphone durante 3 meses, que ha sido el periodo de la intervención. Se hizo una visita inicial de 15 minutos donde se le enseñó en el uso del dispositivo que debían utilizar diariamente durante los 3 meses. Se entrenó al participante en el uso de la herramienta que evalúa la ingesta, como introducir la información y como recibir las recomendaciones. El sujeto debía introducir diariamente la ingesta realizada, en desayuno, almuerzo, comida, merienda y cena, seleccionando los platos y alimentos del menú de la aplicación. Finalmente se analizaba el resumen diario final con el balance de ingesta con el objetivo de mejorar la alimentación. Se hizo una nueva visita a la semana de la entrega del dispositivo, para confirmar la adecuación de su utilización y resolución de dudas. En la visita de los tres meses se le recogió el Smartphone, coincidiendo con la visita de revisión común.

En la evaluación basal se comprobaron los criterios de inclusión, se explicó el proyecto, y se recogió el consentimiento informado.

En la visita de los 7 días: se realizó el consejo sobre alimentación y se hizo la randomización (por un investigador diferente) y se informó del grupo al que han sido asignados y del plan de seguimiento. Al GAPP, se les entregó el Smartphone y se le enseñó en su utilización.

En la visita a los 15 días: se citó al GAPP para verificar el correcto uso del dispositivo y aclarar dudas.

En la visita a los 3 meses se hizo la evaluación común similar a la basal y se recogió el Smartphone.

En la visita de los 12 meses se llevó a cabo una evaluación común similar a la basal.

Los resultados se expresan según la media  $\pm$  desviación estándar en variables cuantitativas o mediante la distribución de frecuencias en el caso de las cualitativas. El análisis de los resultados se hizo por intención de tratar.

Se utilizó el test Ji cuadrado para analizar la asociación entre variables cualitativas independientes y el test de McNemar para muestras apareadas. Mediante la prueba T-Student se compararon las medias entre dos grupos y se utilizó la T-Student apareada para evaluar el cambio dentro del mismo grupo. La relación entre variables cuantitativas se analizó con el coeficiente de correlación de Pearson. Se hizo un análisis multivariante de regresión lineal múltiple y regresión logística para analizar las variables más determinantes en los cambios del patrón dietético. Mediante el GLM se analizaron las variables dependientes relacionadas. Para analizar el efecto de la intervención se compararon los cambios alcanzados en el grupo de control con el de intervención y se estimó el *cohen d*, ajustando por las variables que pueden influir en el resultado. Mediante una regresión logística se analizó la OR para alcanzar los objetivos de cumplimiento de dieta. El efecto de la intervención ha podido ser modificado, por la edad, sexo, nivel cultural y socioeconómico, IMC y algunas patologías, así como los estilos de vida basales, que han sido controladas en el análisis. Para los contrastes de hipótesis se fijó un riesgo  $\alpha$  de 0,05. El programa estadístico utilizado fue SPSS, v.20.0.

El estudio fue aprobado por el comité ético de investigación clínica del área de salud de Salamanca y todos los participantes firmaron previamente un consentimiento informado de acuerdo a la normativa de la declaración de Helsinki.



## RESULTADOS

No se encontraron diferencias en las características basales entre ambos grupos de estudio.

Los participantes fueron mujeres en un 60% (249) en el APPG y un 64% (268) en el CG, con una edad media de 51.4 (12.1) y 52.3 (12.0) años respectivamente ( $p>0.05$ ). Tampoco se encontraron diferencia en el resto de características demográficas y clínicas. Según el modelo de Prochaska y Diclemente, más de la mitad de los sujetos estaban en situación de mantenimiento para la alimentación (66.7%, APPG vs 68.8%, CG). Respecto a la ingesta de energía y composición nutricional de la dieta habitual ambos grupos son similares en la medida basal. (GAPP: 2496 Kcal/día, 42.18% carbohidratos, 17,62% proteínas, 37.70% grasa, 10,99% grasa saturada, 27,8 g/día de fibra) (GC: 2450 Kcal/día, 42.50% carbohidratos, 17,64% proteínas, 37.30% grasa, 10,80% grasa saturada, 27,8 g/día de fibra);  $p>0.05$ , todas.

A los 3 meses, ambos grupos disminuyen la ingesta calórica sin diferencia significativa entre ellos (GAPP - 62.6 Kcal, GC -137.5 Kcal;  $p=0.145$ ).

Los dos grupos incrementan la adherencia a la dieta mediterránea en una magnitud similar a los tres meses respecto a la situación basal, 8.4% en el APPG y 10.4% en el CG, con incremento del score global de 0.42 puntos (CI95%:0.24 a 0.60) en el APPG y de 0.53 (CI95%:0.35 a 0.71) en el CG.

El GAPP incrementa el porcentaje de hidratos de carbono mientras el grupo de control lo disminuye (0.225% vs -0.803%,  $p=0.050$ ). Ambos grupos aumentan discretamente el porcentaje de proteínas de la dieta (GAPP 0.308%, GC 0.209%;  $p=0.699$ ). En relación al consumo de grasas, el GAPP disminuye el porcentaje y el GC lo aumenta (-0.738% vs -0.366%,  $p=0.027$ ). El GAPP disminuye en mayor medida el porcentaje de grasa saturada respecto al GC, sin alcanzar el nivel de significación estadística (0.379% vs -0.175%,  $p=0.292$ ). Sin embargo, el consumo de fibra aumenta en el GAPP y disminuye en el GC (0.867 g/día vs -0.736 g/día,  $p=0.030$ ).

No se han encontrado diferencias relevantes, en cuanto al efecto de la intervención, en el análisis por subgrupos en las diferentes fases de motivación, grupos de edad, sexo u otras variables sociodemográficas y clínicas analizadas.

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Aunque hay algunos ensayos clínicos randomizados y controlados en los que se analiza el efecto de las aplicaciones para Smartphone en la promoción de estilos de vida saludables, el estudio EVIDENT II es el que ha incluido mayor número de sujetos (833) y con mayor tiempo de seguimiento, evaluando la efectividad de una APP en la mejora de la adherencia a la dieta mediterránea.

En el estudio EVIDENT el consejo nutricional consiguió aumentar la puntuación total de la adherencia a la DM. Este consejo fue estandarizado en ambos grupos con la entrega de información escrita. Este tipo de consejo nutricional ha demostrado mejoras en los hábitos nutricionales y un incremento moderado en la ingesta de frutas, vegetales y fibra, especialmente cuando se entregan materiales escritos como apoyo a este consejo (7).

El uso añadido de una APP, sin embargo, no produce una diferencia significativa entre grupos ni en general ni en ningún subgrupo de la población estudiada. Hay poca evidencia de la efectividad de las APP en la mejora de los hábitos nutricionales y en general los resultados son modestos y con pequeños tamaños muestrales (17).

La utilización de nuevas tecnologías ha logrado, no obstante, algún cambio en un estudio de jóvenes con edades comprendidas entre los 18 y los 35 años, incrementando ligeramente la ingesta de vegetales y una disminución de las bebidas azucaradas (18). Además, se ha encontrado una menor ingesta calórica y de grasa que resultó en mayor pérdida de peso (17). Resultados más discretos fueron recogidos en población con Diabetes Mellitus tipo 2 con un ligero aumento de la cantidad de fibra (19). Por otro lado, Coughlin et al. (17) consideran que las diferencias en las funcionalidades de las APP incrementan las dificultades para establecer conclusiones y la magnitud de su efecto y Wang et al. (20) recomienda, para mejorar la efectividad, orientar estas herramientas a necesidades personalizadas, como la autoeducación y la adquisición de conciencia sobre la propia ingesta. En este sentido, una de las novedades de la APP EVIDENT es la incorporación de notificaciones semanales sobre el beneficio y características del consumo de vegetales, fruta, aceite de oliva, pescado y salsa de tomate caseras elaboradas con verdura y aceite de oliva, todos ellos componentes tradicionales de la DM. Este hecho parece tener cierto efecto ya que estos aspectos son los que mejoran más en el APPG.

También hay algunas limitaciones, en primer lugar, la naturaleza de la intervención imposibilita el mantenimiento del ciego para el participante, lo que puede afectar de alguna manera los resultados. Por

otro lado, los resultados principales del estudio están basados en información auto declarada de la adherencia a la DM. Finalmente, una tasa de rechazo próxima al 20% puede haber sesgado en cierta medida la composición de la muestra, puesto que algunas poblaciones pueden tener dificultad el uso de la APP y se han autoexcluido.

En resumen, el consejo acompañado de material impreso, parece ser efectivo en la mejora de la adherencia a la DM, ya que se incrementa en los dos grupos, tanto en el score global, como en el porcentaje de buena adherencia.

El uso añadido de una APP modifica la composición nutricional respecto a solo consejo estandarizado, aumentando el porcentaje de hidratos de carbono, y fibra y disminuyendo el porcentaje de grasa de la dieta habitual.

Se trata del primer estudio que analiza el efecto añadido del uso de una app en la modificación de la composición nutricional de los macronutrientes de la dieta habitual en una amplia población adulta con diferentes niveles de adiestramiento en el uso de las nuevas tecnologías.

Estos resultados pueden ayudar al profesional de enfermería en la búsqueda de herramientas de apoyo al consejo estandarizado con la utilización de las nuevas tecnologías incrementando la evidencia sobre los beneficios de éstas para la salud de la población.

#### **BIBLIOGRAFÍA:**

1. Patino-Alonso MC, Recio-Rodriguez JI, Belio JF, Colominas-Garrido R, Lema-Bartolome J, Arranz AG, et al. Factors associated with adherence to the Mediterranean diet in the adult population. *J Acad Nutr Diet.* 2014;114(4):583-9.
2. Estruch R, Ros E, Salas-Salvado J, Covas MI, Corella D, Aros F, et al. Primary prevention of cardiovascular disease with a Mediterranean diet. *N Engl J Med.* 2013;368(14):1279-90.
3. Schwingshackl L, Missbach B, König J, Hoffmann G. Adherence to a Mediterranean diet and risk of diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Public Health Nutr.* 2015;18(7):1292-9.
4. Schwingshackl L, Hoffmann G. Adherence to Mediterranean diet and risk of cancer: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Int J Cancer.* 2014;135(8):1884-97.
5. Sofi F, Macchi C, Abbate R, Gensini GF, Casini A. Mediterranean diet and health status: an updated meta-analysis and a proposal for a literature-based adherence score. *Public Health Nutr.* 2014;17(12):2769-82.
6. Schwingshackl L, Hoffmann G. Mediterranean dietary pattern, inflammation and endothelial function: a systematic review and meta-analysis of intervention trials. *Nutr Metab Cardiovasc Dis.* 2014;24(9):929-39.
7. Maderuelo-Fernandez JA, Recio-Rodriguez JI, Patino-Alonso MC, Perez-Arechaederra D, Rodriguez-Sanchez E, Gomez-Marcos MA, et al. Effectiveness of interventions applicable to primary health care settings to promote Mediterranean diet or healthy eating adherence in adults: A systematic review. *Prev Med.* 2015;76 Suppl:S39-55.
8. Boulos MN, Wheeler S, Tavares C, Jones R. How smartphones are changing the face of mobile and participatory healthcare: an overview, with example from eCAALYX. *Biomed Eng Online.* 2011;10:24.
9. Higgins JP. Smartphone Applications for Patients' Health and Fitness. *Am J Med.* 2016;129(1):11-9.
10. Flores Mateo G, Granado-Font E, Ferre-Grau C, Montana-Carreras X. Mobile Phone Apps to Promote Weight Loss and Increase Physical Activity: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Med Internet Res.* 2015;17(11):e253.
11. Laing BY, Mangione CM, Tseng CH, Leng M, Vaisberg E, Mahida M, et al. Effectiveness of a smartphone application for weight loss compared with usual care in overweight primary care patients: a randomized, controlled trial. *Ann Intern Med.* 2014;161(10 Suppl):S5-12.
12. Ngo J et al. A review of the use of information and communication technologies for dietary assessment. *Br J Nutr* 2009, 101 Suppl 2:S102-112.
13. Garcia-Ortiz L et al. Physical exercise, fitness and dietary pattern and their relationship with circadian blood pressure pattern, augmentation index and endothelial dysfunction biological markers: EVIDENT study protocol. *BMC Public Health* 2010, 10:233.
14. Martin-Moreno JM, Boyle P, Gorgojo L, et al. Development and validation of a food frequency questionnaire in Spain. *Int J Epidemiol* 1993, 22(3):512-519.



15. Schroder H, Fito M, Estruch R, Martínez-González MA, Corella D, Salas-Salvado J, et al. A short screener is valid for assessing Mediterranean diet adherence among older Spanish men and women. *J Nutr.* 2011;141(6):1140-5.
16. Estruch R, Martínez-González MA, Corella D et al. Effects of a Mediterranean-style diet on cardiovascular risk factors: a randomized trial. *Ann Intern Med* 2006, 145(1):1-11
17. Coughlin SS, Whitehead M, Sheats JQ, Mastromonico J, Hardy D, Smith SA. Smartphone Applications for Promoting Healthy Diet and Nutrition: A Literature Review. *J Food Nutr.* 2015;2(3):021.
18. Partridge SR, McGeechan K, Hebden L, Balestracci K, Wong AT, Denney-Wilson E, et al. Effectiveness of a mHealth Lifestyle Program With Telephone Support (TXT2BFIT) to Prevent Unhealthy Weight Gain in Young Adults: Randomized Controlled Trial. *JMIR MhealthUhealth.* 2015;3(2):e66.
19. Waki K, Aizawa K, Kato S, Fujita H, Lee H, Kobayashi H, et al. DialBetics With a Multimedia Food Recording Tool, FoodLog: Smartphone-Based Self-Management for Type 2 Diabetes. *J Diabetes Sci Technol.* 2015;9(3):534-40.
20. Wang Q, Egelanddsdal B, Amdam GV, Almli VL, Oostindjer M. Diet and Physical Activity Apps: Perceived Effectiveness by App Users. *JMIR MhealthUhealth.* 2016;4(2):e33.

**ID135:**

## TERAPIA BASADA EN EL MOVIMIENTO DEL BAILE EN PACIENTES CON DM2 DEL CAP TERRASSA NORD

Aitor Campos Domínguez<sup>1</sup>, Alberto Guerrero Palmero<sup>1</sup>, Justo Rueda López<sup>1</sup>

<sup>1</sup> CAP Terrassa Nord. Consorci Sanitari de Terrassa (CST).

[dominguezcamposaitor@gmail.com](mailto:dominguezcamposaitor@gmail.com)

### RESUMEN

**Objetivo:** Evaluar los beneficios de la aplicación de un programa de Terapia basada en el Movimiento del Baile (TMB) en pacientes con DM2.

**Diseño del estudio:** Cuasi experimental pre-post intervención.

**Población diana:** Pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 con Hemoglobina Glicosilada (HbA1c) entre 7,5 y 8,5%.

#### Metodología:

Se realizan 12 sesiones, frecuencia semanal y duración 2 horas, distribuidas en 3 bloques: terapia psicoeducativa, terapia física con TMB y trabajo de recuperación-relajación muscular.

**Resultados:** Disminución media de la grasa corporal de  $2,92 \pm 2,50$  (DS) % ( $p < 0,001$ ), aumento de la flexibilidad de  $2,82 \pm 2,85$  (DS) cm de media, ( $p < 0,003$ ). La HbA1c disminuyó una media de  $0,86 \pm 0,85$  (DS) puntos, ( $p < 0,002$ ), el Colesterol total descendió de media  $15,19 \pm 14,18$  (DS) mg/dl ( $p < 0,001$ ), HDL-c aumentó de media  $4,51 \pm 5,88$  (DS) mg/dl ( $p < 0,013$ ). Los estilos de vida (IMEVID) aumentan  $5,2 \pm 4,82$  (DS) puntos, ( $p < 0,002$ ). En la calidad de vida (EsDQOL) se observa una diferencia de  $7,1 \pm 5,92$  (DS) puntos, ( $p < 0,001$ ). La adherencia terapéutica (Morisky-Green-Levine) aumentó en 24,1 puntos.

### ABSTRACT

**Aim:** To evaluate the benefits of the application of a Dance Movement Therapy (DMT) program in patients with Type 2 Diabetes Mellitus.

**Study design:** quasi experimental pre-post intervention

Target population: Patients with Type 2 Diabetes Mellitus with Glycosylated Hemoglobin (HbA1c) between 7,5 and 8,5%.

**Methodology:** we have made 12 sessions, weekly frequency and 2 hours duration, distributed in 3 steps: psychoeducational therapy, physical therapy with DMT and recovery work-muscle relaxation.

**Results:** Mean decrease in body fat of  $2,92 \pm 2,50$  (SD) % ( $p < 0,001$ ), increased flexibility of  $2,82 \pm 2,85$  (SD) cm on average, ( $p < 0,003$ ). HbA1c decreased by an average of  $0,8 \pm 0,85$  (SD) points, ( $p < 0,002$ ), total cholesterol decreased from a mean of  $15,19 \pm 14,18$  (SD) mg / dl ( $p < 0,001$ ), and Improvement of fractions. Life styles (IMEVID) improved by  $5,2 \pm 4,82$  (SD) points, ( $p < 0,002$ ). In the quality of life (EsDQOL) a difference of  $7,1 \pm 5,92$  points (SD) was observed, ( $p < 0,001$ ). Therapeutic adherence (Morisky-Green-Levine) improved by 24,1 points.

### PALABRAS CLAVE

**4.1.- palabras clave:** Actividad física, Diabetes Mellitus, Terapia de Baile, Calidad de vida, Estilo de vida, Adherencia terapéutica.

**4.2.- Keywords:** Exercise, Diabetes Mellitus, Dance therapy, Quality of life, Life style, Medication adherence.

### INTRODUCCIÓN

La Diabetes Mellitus no es un problema de futuro, es actual. Según los últimos datos publicados en el estudio Di@bet.es en el año 2012, alrededor del 13,8% de la población española es diabética. (1)

En las últimas recomendaciones, el tratamiento para la Diabetes Mellitus tipo 2 sigue basándose en 3 pilares fundamentales: una dieta equilibrada y saludable, la realización de ejercicio físico de forma regular y el tratamiento farmacológico (2).

Según López-Simarro (3) alrededor de un 36% de los pacientes diabéticos presentan un incumplimiento terapéutico (IT), principalmente en el ámbito del ejercicio físico.

Según Martínez Castillo (4), parte de este incumplimiento terapéutico puede deberse a la falta de autopercepción de enfermedad. Que el paciente reconozca su enfermedad es uno de los grandes retos en el proceso terapéutico, ya que sin ello, el IT se eleva a un gran porcentaje de los pacientes

El estudio DCCT (Diabetes Control and Complications Trial) (5) en 1993 y el estudio EDIC (Epidemiology of Diabetes Interventions and Complications) (6) en 2013, concluyeron que un correcto control prematuro de la diabetes beneficia de manera muy importante a la calidad de vida de los pacientes con Diabetes Mellitus, se consiguen mejoras a nivel de las complicaciones, estilo de vida de los pacientes y adherencia al tratamiento.

Múltiples estudios en las últimas décadas nos demuestran la importancia del ejercicio físico en el manejo y el control de la Diabetes Mellitus tipo 2, siendo uno de los pilares fundamentales del tratamiento de la enfermedad (7)(8)(9)(10).

Según Elizabeth A. Beverly (11) la adherencia al ejercicio físico es uno de los mayores retos que nos encontramos en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. En su estudio se destaca la importancia del empoderamiento grupal en las intervenciones mediante ejercicio físico.

Iris Bräuninger (12) desarrolló un programa sobre la Terapia basada en el Movimiento del Baile (TMB) para valorar su efecto en la calidad de vida de los participantes. Se observó que la TMB era eficaz a este nivel tanto a corto como a largo plazo.

Otros estudios como el de Hogg J et al (13) observaron los beneficios sobre los factores de riesgo cardiovascular utilizando la Terapia basada en el Movimiento del Baile.

## OBJETIVOS

El objetivo general del estudio es evaluar el efecto de la Terapia basada en el Movimiento del Baile (TMB) en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2.

Los objetivos específicos son: registrar valores antropométricos (IMC, % grasa, peso); determinar la flexibilidad; evaluar el control metabólico (HbA1c) y perfil lipídico (Colesterol total, HDL-c, LDL-c y Triglicéridos); evaluar los estilos de vida; evaluar la adherencia terapéutica; evaluar la calidad de vida; valorar la percepción subjetiva de cambio en la agilidad, estabilidad, coordinación y resistencia a la actividad.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio de diseño cuasi experimental pre post en una cohorte de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, en el ámbito de la Atención Primaria de Salud (APS), concretamente en el Centro de Atención Primaria (CAP) Terrassa Nord.

La población diana son pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 del CAP Terrassa Nord (n=1772). El muestreo que se utilizó fue no probabilístico de conveniencia, bajo criterios de inclusión de diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2; edad entre 18 y 75 años; última determinación de HbA1c entre 7,5 y 8,5%; y que acepten la participación en el estudio y firmen el consentimiento informado. Los criterios de exclusión fueron los pacientes que no cumplieron los criterios de inclusión; aquellos cuya Diabetes Mellitus fuese secundaria a fármacos; que realizasen actividad física monitorizada de forma regular; personas que sufran patologías que supongan una contraindicación absoluta o relativa para la realización del programa de actividad física propuesto; y pacientes con un deterioro cognitivo moderado o grave, que impida la realización del programa de actividad.

De los 1772 pacientes con DM2, 240 cumplían el criterio de control metabólico (HbA1c entre 7,5 y 8,5%). Se realizó un primer cribaje por parte de los profesionales de enfermería, donde 172 de los 240 pacientes no fueron incluidos por criterios de exclusión. Se contactó con los 68 pacientes que sí cumplieron criterios y finalmente se obtuvo una muestra total de 14 personas.

Las variables que se estudiaron fueron sociodemográficas (sexo y edad), medidas antropométricas (peso, talla, IMC, perímetro abdominal, perímetro cintura, perímetro cadera, porcentaje de grasa corporal y flexibilidad), control metabólico (HbA1c, Colesterol total, HDL-c, LDL-c y Triglicéridos), estilos de vida en pacientes con DM2, calidad de vida en pacientes con DM2, adherencia terapéutica, nivel de actividad física y percepción subjetiva de cambio en agilidad, estabilidad, coordinación y resistencia a la actividad.

Los instrumentos para la medición de las variables fueron:

- a) Valoración cineantropométrica:
  - Peso (Kg): Balanza Anó Santol (Barcelona, España).
  - Altura (cm): Tallímetro de escala vertical.

- Índice de Masa Corporal (IMC) o índice de Quetelet: Cociente entre el peso real (kg) y el cuadrado de la talla (m).
- Perímetro abdominal, cintura y cadera (cm): Cinta antropométrica metálica flexible Holtain LTD (Crymych, UK) de sensibilidad 1 mm.
- Cine-antropometría de 6 pliegues (tricipital, subescapular, abdominal, supraíliaco, muslo, medial pierna): CaliperHoltain LTD (Crymych, Walles, UK), de sensibilidad 0,2 mm. Una vez tomadas las medidas de los pliegues, se empleará la Fórmula de Yuhasz-Carter, que mide el porcentaje de grasa de todo el cuerpo.
- Flexibilidad: Prueba del cajón (Sit and Reach).

b) Control metabólico:

- Mediante una prueba analítica de sangre venosa:
  - HbA1C: método HPLC (High Performance Liquid Chromatography).
  - Colesterol Total: método Colesterol oxidasa, esterasa, peroxidasa.
  - HDL-c: método PEG i a-ciclodextrina sulfatada.
  - LDL-c: método Friedewald.
  - Triglicéridos: mediante espectrometría de absorción molecular, método colorimétrico.

c) Estilos de vida:

Instrumento para Medir el Estilo de Vida en Diabéticos (IMEVID), específico para pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (14).

d) Calidad de vida:

Para evaluar la calidad de vida de los pacientes se realizó mediante el Cuestionario de calidad de vida EsDQOL, validado para la población española con DM (15).

e) Adherencia terapéutica:

Para la evaluación de los apartados de una dieta equilibrada y el ejercicio físico se utilizó las 12 primeras preguntas del Cuestionario IMEVID, correspondiéndose las 9 primeras al subapartado de "Nutrición" y las 3 siguientes al subapartado de "Actividad física".

La adherencia farmacológica se evaluó a través del Cuestionario Morisky-Green-Levine (16).

f) Nivel de actividad física:

Se evaluó a través del Cuestionario Internacional de Actividad Física (IPAQ) (17)

El taller consta de 12 sesiones, con una duración de 2 horas y una periodicidad semanal. Cada sesión fue distribuida en: un primer bloque psicoeducativo orientado a estilos de vida saludables relacionados con hábitos higiénico dietéticos y EF, un segundo bloque de AF a través del baile de Salsa (TMB) y un tercer bloque en prevención de lesiones relacionadas con la AF mediante estiramientos y relajación muscular. Las sesiones tuvieron lugar en el aula de educación sanitaria del CAP Terrassa Nord, en el que participaron 14 pacientes.

La intervención se llevó a cabo mediante metodología grupal, que como indica Elisabeth A. Beverly en su estudio (11) ayuda a mejorar la adherencia terapéutica, ya que produce un efecto sinérgico entre los participantes favoreciendo la retroalimentación positiva. Se destaca la importancia del empoderamiento grupal en las intervenciones mediante ejercicio físico. Se observan 3 aspectos claves que los propios participantes consideran importantes mediante la terapia grupal: el apoyo colectivo, la motivación colectiva y la responsabilidad colectiva. Estos condicionantes mejoran la adherencia a la actividad física en la intervención y logran que las personas asuman un rol participativo en su propio manejo de la enfermedad.

Cada sesión consta de una parte teórica introductoria y una parte práctica que es el eje central de la intervención. En el desarrollo de la parte teórica se trataron los estilos de vida saludables que debe seguir una persona con Diabetes Mellitus, utilizando una metodología bidireccional que permite conocer el grado de asimilación de los contenidos, así como los comentarios y opiniones de los participantes sobre la materia y contemplando las necesidades específicas de cada persona. La parte práctica se llevó a cabo mediante el taller de Salsa y ejercicios de estiramientos y relajación muscular, con el que se realizó el programa de ejercicio físico propuesto.

En las 12 sesiones del taller se trataron los siguientes aspectos relacionados con la DM:

- Alimentación I – Alimentación Saludable
- Alimentación II – ¿Cómo comemos?

- Alimentación III – Preparar una dieta
- Actividad física I – Beneficios del ejercicio
- Actividad física II – ¿Qué recursos tenemos?
- Hipoglucemia
- Hiperglucemia
- Autocontroles
- Neuropatía y cuidado de los pies
- Hábitos tóxicos, festividades y vacaciones
- Trivial Diabetes Mellitus

El análisis de los datos se llevó a cabo mediante el paquete estadístico PSPP.

Para el análisis descriptivo de las variables cuantitativas, se utilizaron estadísticos de tendencia central: números absolutos, proporciones, medias y desviación estándar (DS). Para el análisis de las variables cualitativas se usaron tablas de frecuencias.

Las diferencias significativas entre los grupos de intervención fueron observadas por medio de la prueba t-Student para muestras independientes, considerando significación estadística  $p < 0,05$ .

El proyecto de investigación fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación Científica (CEIC) del ConsorciSanitari de Terrassa con fecha de 25 de abril de 2016.

## RESULTADOS

De los 14 participantes, el 64,3% (9) eran mujeres, con una media de edad de  $63,2 \pm 8,42$  (DS) años.

Se observó una reducción media del  $2,92 \pm 2,50$  (DS) % ( $p < 0,001$ ) de grasa corporal a través de la fórmula de Yuhasz-Carter, el IMC presentó un descenso medio de  $0,41 \pm 1$  (DS)  $\text{kg}/\text{m}^2$  ( $p < 0,146$ ), el perímetro abdominal se redujo una media de  $2,61 \pm 3,55$  (DS) cm ( $p < 0,017$ ). La flexibilidad se evaluó a través del cajón de flexibilidad (Sit and Reach), y se observó un aumento medio de  $2,82 \pm 2,85$  (DS) cm ( $p < 0,003$ ). (Ver Tabla 1)

A nivel de control metabólico, la HbA1c disminuyó una media de  $0,86 \pm 0,85$  (DS) puntos ( $p < 0,002$ ), el Colesterol total mostró un descenso medio de  $15,19 \pm 14,18$  (DS) mg/dl ( $p < 0,001$ ), LDL-c se redujo de media  $13,68 \pm 12,3$  (DS) mg/dl ( $p < 0,001$ ), los Triglicéridos descendieron una media de  $21,43 \pm 18,64$  (DS) mg/dl ( $p < 0,001$ ); mientras que HDL-c aumentó de media  $4,51 \pm 5,88$  (DS) mg/dl ( $p < 0,013$ ). (Ver Tabla 2)

El cuestionario IPAQ muestra una situación previa a la intervención donde el 28,57% de los participantes mostraban un nivel de actividad física calificado como “bajo”.

El cuestionario IMEVID muestra un aumento total en los estilos de vida de  $5,2 \pm 4,82$  (DS) puntos ( $p < 0,002$ ). El subapartado *Nutrición* aumentó de media en  $0,4 \pm 7,37$  (DS) puntos ( $p < 0,844$ ). La *Actividad física* mostró una diferencia media de  $1,19 \pm 12,17$  (DS) puntos ( $p < 0,720$ ). El subapartado *Alcohol* aumentó una media de  $3,57 \pm 16,57$  (DS) puntos ( $p < 0,435$ ). La *Información* mostró un aumento medio de  $46,43 \pm 27,49$  (DS) puntos ( $p < 0,000$ ). El subapartado *Emociones* aumentó de media en  $2,38 \pm 20,52$  (DS) puntos ( $p < 0,671$ ). La *Adherencia terapéutica* aumentó de media  $5,36 \pm 10,65$  (DS) puntos ( $p < 0,082$ ). (Ver Tabla 3)

El cuestionario de calidad de vida EsDQOL nos muestra una diferencia total media de  $7,11 \pm 5,92$  (DS) puntos ( $p < 0,001$ ) en este ámbito. El subapartado de *Satisfacción* aumentó de media  $7,23 \pm 10,48$  (DS) puntos ( $p < 0,023$ ). El subapartado de *Impacto* aumentó de media en  $4,45 \pm 5,40$  (DS) puntos ( $p < 0,009$ ). El subapartado de *Preocupación social/vocacional* aumentó una media de  $3,67 \pm 9,86$  (DS) puntos ( $p < 0,187$ ). Asimismo se aprecia un aumento medio en el subapartado de *Preocupación relativa a la DM* de  $23,93 \pm 26,03$  (DS) puntos ( $p < 0,004$ ) respecto a la fase previa. (Ver Tabla 4)

El cuestionario Morisky-Green-Levine muestra un aumento medio en la adherencia terapéutica farmacológica de los pacientes de 21,4 puntos.

Los participantes calificaron como “mejor” su *agilidad* ( $4,14 \pm 0,53$  (DS) puntos), su *coordinación* ( $4,21 \pm 0,58$  (DS) puntos), su *estabilidad* ( $3,93 \pm 0,62$  (DS) puntos) y su *resistencia física* ( $4,21 \pm 0,58$  (DS) puntos).

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El estudio fue diseñado para evaluar la efectividad de una intervención a través de la TMB. La alta asistencia obtenida en los talleres (92,9%), consolida la idea que mediante una actividad física dinámica y dirigida, la población muestra una gran adherencia a este tipo de programas.

La distribución por sexos fue similar al de otros estudios realizados con TMB (13).

A nivel antropométrico, los participantes mejoraron de forma estadísticamente significativa su % de grasa corporal en  $2,92 \pm 2,50$  (DS) puntos ( $p < 0,001$ ). Otros estudios como el de Aboutaleb y cols también mostraron mejoras en este aspecto (18). Prieto et al y Viana y cols demostraron a su vez la efectividad de programas de ejercicio físico monitorizado en pacientes con sobrepeso y obesidad en la reducción del % de grasa corporal (19)(20).

El IMC se vio reducido en  $0,41 \pm 1$  (DS)  $\text{kg}/\text{m}^2$  ( $p < 0,146$ ), sin significación estadística. Motahari-Tabari y cols. en 2015 obtuvieron resultados similares después de llevar a cabo un programa de ejercicio físico durante 8 semanas en pacientes con DM2 (9).

Según dos revisiones sistemáticas (Hwang y Braun; Keogh y cols.), realizar actividad física mediante el baile, ha reportado mejoras en la flexibilidad de las personas. Nuestro estudio denota una mejora estadísticamente significativa de  $2,82 \pm 2,85$  (DS) cm ( $p < 0,003$ ) respecto a la flexibilidad de los participantes (21)(22).

Uno de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) marcados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) sigue siendo el perímetro abdominal (23). En nuestro estudio se aprecia una reducción estadísticamente significativa de  $2,61 \pm 3,55$  (DS) cm ( $p < 0,017$ ). A pesar que este sigue sobrepasando los niveles recomendados, podemos afirmar que nos encontramos más cerca en este objetivo.

Múltiples estudios (Hogg et al; Liu y cols.; Nadeau DA) reportan mejoras en el perfil lipídico (Colesterol total, HDL-c, LDL-c y Triglicéridos) y la HbA1c, utilizando programas de baile y otros tipos de ejercicio físico. Se destaca notablemente la disminución del colesterol total, así como el aumento de la fracción HDL-c y su importancia como mediador en la protección frente a enfermedades cardiovasculares (13)(8)(10). En nuestro estudio aplicando la TMB, se han logrado mejoras estadísticamente significativas en todos los apartados metabólicos, como se puede apreciar en la Tabla 2.

Los estilos de vida mejoraron de forma estadísticamente significativa en  $5,2 \pm 4,82$  (DS) puntos ( $p < 0,002$ ), siendo la dimensión de *Información relativa a la DM* la que más aumenta, con  $46,4 \pm 27,49$  (DS) puntos ( $p < 0,004$ ). Figueroa-Suárez et al junto con el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) desarrollaron un programa de educación diabetológica donde a través del cuestionario IMEVID valoraron el cambio en los estilos de vida de estos pacientes, obteniendo resultados de mejora similares (24).

Iris Bräuninger en su estudio utilizando la TMB, evaluó la calidad de vida (CV) de sus participantes, observando que esta CV aumentaba en todas sus dimensiones aplicando este tipo de programas (12). En nuestro estudio, la CV empeoró en  $7,1 \pm 5,92$  (DS) puntos ( $p < 0,001$ ), siendo la dimensión *Preocupación relativa a la DM* la que más aumentó con  $24 \pm 26,03$  (DS) puntos ( $p < 0,004$ ) respecto a la fase previa. Esto se relaciona directamente con el aumento del apartado *Información relativa a la DM* detectado en el cuestionario IMEVID. A pesar de este aparente retroceso, los participantes siguen mostrando una buena calidad de vida. Cabe pues, cuestionarse la utilidad de este tipo de cuestionario en intervenciones similares a la nuestra, ya que al aumentar el nivel de conocimientos de los participantes, también puede verse aumentada la percepción de enfermedad, mostrando resultados erróneos o confusos respecto a la CV.

La adherencia terapéutica según el cuestionario Morisky-Green-Levine aumentó en 21,4 puntos respecto a la fase previa. Elisabeth Beverly explica este fenómeno a través de la sinergia de grupo, mediante la cual un colectivo comparte la responsabilidad, motivación y apoyo, logrando un empoderamiento mayor que en metodologías individuales (11). Existe una limitación en este aspecto, ya que el cuestionario Morisky-Green-Levine mide la adherencia terapéutica farmacológica y, como ya hemos destacado, la adherencia terapéutica en la DM2 debería calcularse en base a los 3 pilares del tratamiento: dieta saludable, ejercicio físico regular y fármacos. Así pues, si analizamos el cuestionario Morisky-Green-Levine conjuntamente con el cuestionario IMEVID, podemos deducir que nuestra población a estudio ha mejorado la adherencia terapéutica en todos los parámetros de tratamiento.

La realización talleres combinados psico-educativos y de actividad física a través de TMB, ha permitido mejorar el control metabólico de personas con DM2. Este tipo de actividad mejora y consolida los conocimientos sobre el manejo de los trastornos endocrinometabólicos, como se puede observar a través de la adherencia terapéutica y cambios en el estilo de vida.

Cabe destacar que los resultados en términos de calidad de vida han empeorado. Esto se relaciona con el mayor conocimiento sobre la DM2, que aumenta la percepción de enfermedad y reconocimiento de las complicaciones de estos procesos (como muestra la dimensión *Preocupación relativa a la DM* del EsDQOL), percibiéndose de forma diferente la calidad de vida.



Debido a la escasa literatura científica, se cree necesario seguir abriendo líneas de investigación en este ámbito, para poder llegar a consensos más amplios en términos de efectividad sobre este tipo de terapias.

#### BIBLIOGRAFÍA:

1. Marcuello C, Calle-Pascual AL, Fuentes M, Runkle I, Soriguer F, Goday A, et al. Evaluation of Health-Related Quality of Life according to Carbohydrate Metabolism Status: A Spanish Population-Based Study (Di@bet.es Study). *Int J Endocrinol*. 17 de julio de 2012;2012:e872305.
2. Inzucchi SE, Bergenstal RM, Buse JB, Diamant M, Ferrannini E, Nauck M, et al. Management of Hyperglycemia in Type 2 Diabetes: A Patient-Centered Approach Position Statement of the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). *Diabetes Care*. 1 de junio de 2012;35(6):1364-79.
3. López-Simarro F, Brotons C, Moral I, Cols-Sagarra C, Selva A, Aguado-Jodar A, et al. Inercia y cumplimiento terapéutico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en atención primaria. *Med Clínica*. 14 de abril de 2012;138(9):377-84.
4. Martínez Castillo A. Autopercepción de la enfermedad en pacientes diagnosticados de diabetes mellitus tipo 2 que acuden a consulta de enfermería. *Enferm Glob*. julio de 2012;11(27):45-53.
5. The DCCT Research Group. The Effect Of Intensive Treatment Of Diabetes On The Development And Progression Of Long-term Complications In Insulin-dependent Diabetes Mellitus. *N Engl J Med* 1993 Sep 30;329(14):977-86.
6. The DCCT/EDIC Research Group. Epidemiology Of Diabetes Interventions And Complications (EDIC). Design, Implementation, And Preliminary Results Of A Long-term Follow-up Of The Diabetes Control And Complications Trial Cohort. *Diabetes Care* 1999 Jan; 22(1):99-111.
7. Dinçer S, Altan M, Terzioğlu D, Uslu E, Karşıdağ K, Batu S, et al. Effects of a regular exercise program on biochemical parameters of type 2 diabetes Mellitus patients. *J Sports Med Phys Fitness*. 15 de julio de 2015;
8. Liu Y, Liu S-X, Cai Y, Xie K-L, Zhang W-L, Zheng F. Effects of combined aerobic and resistance training on the glycolipid metabolism and inflammation levels in type 2 diabetes mellitus. *J PhysTher Sci*. julio de 2015;27(7):2365-71.
9. Motahari-Tabari N, Ahmad Shirvani M, Shirzad-E-Ahoodashty M, Yousefi-Abdolmaleki E, Teimourzadeh M. The effect of 8 weeks aerobic exercise on insulin resistance in type 2 diabetes: a randomized clinical trial. *Glob J Health Sci*. enero de 2015;7(1):115-21.
10. Nadeau DA. Management of type 2 diabetes mellitus in self-motivated patients: optimized diet, exercise, and medication for weight loss and cardiometabolic fitness. *PhysSportsmed*. noviembre de 2014;42(4):49-59.
11. Beverly EA, Wray LA. The role of collective efficacy in exercise adherence: a qualitative study of spousal support and Type 2 diabetes management. *Health Educ Res*. abril de 2010;25(2):211-23.
12. Bräuninger I. The efficacy of dance movement therapy group on improvement of quality of life: A randomized controlled trial. *Arts Psychother*. septiembre de 2012;39(4):296-303.
13. Hogg J, Diaz A, Del Cid M, Mueller C, Lipman EG, Cheruvu S, et al. An after-school dance and lifestyle education program reduces risk factors for heart disease and diabetes in elementary school children. *J PediatrEndocrinolMetab JPEM*. 2012;25(5-6):509-16.
14. López-Carmona JM, Rodríguez-Moctezuma JR, Ariza-Andraca CR, Martínez-Bermúdez M. Estilo de vida y control metabólico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Validación por constructo del IMEVID. *Aten Primaria*. 1 de enero de 2004;33(01):20-7.
15. Millan M. Cuestionario de calidad de vida específico para la diabetes mellitus (EsDQOL). *Aten Primaria*. 15 de mayo de 2002;29(08):517-21.
16. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *MedCare*. enero de 1986;24(1):67-74.
17. Román Vinas B, Ribas Barba L, Ngoa J, Serra Majem L. Validación en población catalana del cuestionario internacional de actividad física. *GacSanit*. 2013;27(3):254-7.
18. AboutalebBagheri, AkbarGhalavand, GholamrezaSalvand, Ali Kamounzadeh, AkramMonazamnezhad. Effects of 8-week aerobic exercise on blood glycemic indexes and anthropometric of patients with type 2 diabetes in the Dezful. *J Sci Res Dev*. 2015;2:89-94.
19. Saborit JAP, Soto M del V, Hernández PN, Alonso DM, Gómez CA, Furelos RJB. Repercusión del ejercicio físico en la composición corporal y la capacidad aeróbica de adultos mayores con obesidad

- mediante tres modelos de intervención. *NutrHospOrgano Of SocEspNutrParenterEnter.* 2015;31(3):1217-24.
20. Viana BH, Gómez JR, Da Silva ME. efecto de un programa de actividad física para la tercera edad sobre una población físicamente activa. *Rev Científica Med Deporte.* :18-22.
  21. Hwang PW-N, Braun KL. The Effectiveness of Dance Interventions to Improve Older Adults' Health: A Systematic Literature Review. *Altern Ther Health Med.* octubre de 2015;21(5):64-70.
  22. Keogh JWL, Kilding A, Pidgeon P, Ashley L, Gillis D. Physical benefits of dancing for healthy older adults: a review. *J Aging Phys Act.* octubre de 2009;17(4):479-500.
  23. Lakka H-M, Lakka TA, Tuomilehto J, Salonen JT. Abdominal obesity is associated with increased risk of acute coronary events in men. *Eur Heart J.* mayo de 2002;23(9):706-13.
  24. Figueroa-Suárez ME, Cruz-Toledo JE, Ortiz-Aguirre AR. Estilo de vida y control metabólico en diabéticos del programa DiabetIMSS [Internet]. 2015 [citado 26 de diciembre de 2016]. Disponible en: <http://docplayer.es/15692987-Estilo-de-vida-y-control-metabolico-en-diabeticos-del-programa-diabetimss.html>

**GRÁFICOS Y/O TABLAS**

	PRE Γ ±DE)	POST Γ ±DE)	Diferencia media	Significación Bilateral
<b>IMC</b>	30,33±6,43	29,92±6,12	-0,41	0,146
<b>% Grasa Yuhasz Carter</b>	23,36±9,65	20,44±8,77	-2,92	0,001
<b>ICC</b>	0,94±0,08	0,95±0,08	0,01	0,593
<b>Perímetro abdominal</b>	104,86±15,23	102,25±13,20	-2,61	0,017
<b>Flexibilidad</b>	16,61±9,17	19,43±9,05	2,82	0,003

Tabla 1. Datos cineantropométricos.

	PRE Γ ±DE)	POST Γ ±DE)	Diferencia media	Significación Bilateral
<b>HbA1c</b>	8±0,40	7,14±0,79	-0,86	0,002
<b>Colesterol total</b>	178,09±22,68	162,90±16,89	-15,19	0,001
<b>HDL</b>	47,94±10,85	52,45±10,58	4,51	0,013
<b>LDL</b>	100,66±18,47	86,99±12,19	-13,68	0,001
<b>Triglicéridos</b>	139,99±46,20	118,56±49,17	-21,43	0,001

Tabla 2. Control metabólico.

	PRE ( $\bar{x} \pm DE$ )	POST ( $\bar{x} \pm DE$ )	Diferencia media	Significación Bilateral
% IMEVID total	82,71±9,50	87,86±7,66	5,14	0,002
% IMEVID Nutrición	86,90±11,45	87,30±10,32	0,4	0,844
% IMEVID Actividad Física	83,33±19,61	82,14±19,02	-1,19	0,72
% IMEVID Tabaco	96,43±13,36	96,43±13,36	0	
% IMEVID Alcohol	71,43±35,16	75±36,69	3,57	0,435
% IMEVID Información	51,79±26,79	98,21±6,68	46,43	0,000
% IMEVID Emociones	73,81±30,46	76,19±28,28	2,38	0,671
% IMEVID Adherencia terapéutica	93,75±11,76	99,11±3,34	5,36	0,082

Tabla 3. Estilos de vida (IMEVID).

	PRE ( $\bar{x} \pm DE$ )	POST ( $\bar{x} \pm DE$ )	Diferencia media	Significación Bilateral
% EsDQOL Total	28,67±5,97	35,78±8,38	7,11	0,001
% EsDQOL Satisfacción	35,33±11,63	42,57±12,52	7,24	0,023
% EsDQOL Impacto	25,38±4,04	29,83±7,62	4,45	0,009
% EsDQOL Preocupación social vocacional	20,82±3,05	24,49±10	3,67	0,187
% EsDQOL Preocupación relativa a la DM	31,43±18,85	55,36±26,13	23,93	0,004

Tabla 4. Calidad de vida (EsDQOL).

**ID146:****A PROPÓSITO DE UN CASO: DIAGNÓSTICOS DE OBESIDAD Y DETERIORO DE LA INTEGRIDAD TISULAR EN PACIENTE CON INSUFICIENCIA VENOSA**

Alba Chapinal Pablo<sup>1</sup>, Enrique Oviedo Rubio<sup>1</sup>, Rocío Santana Alcántara<sup>1</sup>

Gerencia de Atención Integrada de Talavera de la Reina

[alba\\_chapi14@hotmail.com](mailto:alba_chapi14@hotmail.com)

**RESUMEN**

**Presentación del caso:** Varón de 44 años que acude a la consulta de enfermería de atención primaria por presentar heridas en miembros inferiores. Antecedentes personales de interés: epilepsia, hipotiroidismo y obesidad mórbida.

**Valoración:** realizada según los *11 patrones de Marjory Gordon*. Patrones alterados: patrón 1: Percepción y manejo de la salud, patrón 2: Nutricional-metabólico y patrón 4: actividad-ejercicio.

Tras la valoración, se obtienen los siguientes diagnósticos de enfermería según la *clasificación NANDA: obesidad (00232), riesgo de infección (00004) y deterioro de la integridad tisular (00044)*.

**Plan de cuidados y resultados:** Objetivos(NOC): control de la infección, control del peso y cierre de las heridas por segunda intención. El tamaño de las heridas ha disminuido de forma considerable.

**Conclusiones:** El uso de una terapia compresiva, el control del peso y la valoración integral de la persona en todas sus dimensiones, ha sido fundamental para disminuir el tamaño de las úlceras.

**PALABRAS CLAVE**

Atención Primaria de Salud, Úlcera Varicosa, Obesidad, Insuficiencia Venosa y Enfermería  
PrimaryHealthCare, VaricoseUlcer, obesity, VenousInsufficiency and Nursing

**INTRODUCCIÓN**

Las úlceras venosas son lesiones de continuidad en los miembros inferiores de origen venoso con tendencia a cronificar, ya sea por una patología no resuelta o bien por un desequilibrio entre los factores locales de cicatrización conllevando una evolución tórpida de la lesión<sup>(1,2)</sup>.

**PRESENTACIÓN DEL CASO**

Varón de 44 años que acude a la consulta de enfermería de atención primaria en octubre de 2016 por presentar heridas supramaleolares en ambos miembros inferiores. En enero de 2017 se produce el cierre por segunda intención de la úlcera de la pierna derecha. Actualmente, la herida de la pierna izquierda continúa abierta, reduciéndose su tamaño paulatinamente. Asimismo, el paciente se encuentra motivado en disminuir su peso, habiendo perdido 3 kilogramos en dos semanas.

**VALORACIÓN**

Se realiza una valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon:

**Patrón1: Percepción-Manejo de la salud****- Antecedentes personales:**

- *Enfermedades padecidas con anterioridad al proceso actual:* Historia de úlceras venosas desde los 22 años. Crisis convulsivas.
- *Alergias:* no conocidas
- *Hábitos de vida nocivos para un proceso de cicatrización:* bipedestación por la ocupación laboral (entrenador de fútbol)
- *Antecedentes familiares:* sin interés.

- *Patologías actuales asociadas:* obesidad mórbida, hipotiroidismo y epilepsia.

- *Tratamientos actuales:*

- Depakine® 500 mg/12 h
- Depakine® 300 mg/24h
- Alopurinol 100 mg/24 h
- Eutirox® 100 mcg/24 h

**El resultado de la valoración fue: alto riesgo de alteración**

### **Patrón 2: nutricional-metabólico**

Parámetros clínicos: IMC= 41.34 kilogramo/metro<sup>2</sup> [fecha: 04/10/2016]. Realiza cinco comidas al día en horario regular.

#### **Revisión del sistema circulatorio**

##### Signos clínicos

- Pulso en las EEL: Sí
- Dermatitis ocre: Sí
- Várices: Sí
- Prurito: Sí

##### Exploraciones

- DOPLER. 0 Grado O: Índices de 1 a 0,9 (Normal)
- *Clasificación Leriche-Fontaine*: Asintomático (Estadío I)
- *Clasificación CEAP*: Venas varicosas(C2) con presencia de úlceras venosas activas
- Las lesiones están localizadas en la zona supramaleolar interna de ambas piernas.
- Presenta pulsos pedios y tibiales posteriores palpables. ITB=1
- Antigüedad de un mes. Signos de carga bacteriana significativa: no evolución de las lesiones y tejido de granulación apagado.
- Úlcera del MID: 6,66 cm<sup>2</sup>. Úlcera del MII: 8 cm<sup>2</sup>. El lecho de ambas heridas se encuentra en fase inflamatoria. Piel perilesional descamada y macerada.
- El tratamiento farmacológico actual es el tratamiento base para sus patologías.
- El objetivo propuesto es el de cicatrización por segunda intención.

##### Pauta de tratamiento

- Suero salino fisiológico al 0,9%
- Hidrofibra de hidrocoloide con plata
- Ácidos grasos hiperoxigenados con silicona
- Medias de compresión de 40 mmHg

##### Cheklis del proceso de cicatrización:DOMINATE

- Desbridamiento: autolítico y cortante
- Obstáculos: no
- Humedad: hidrofibra de hidrocoloide con plata
- Medicación: tratamiento farmacológico de base
- Infección: terapia antimicrobiana con hidrofibra de hidrocoloide con plata
- Nutrición: dieta hiposódica de 1500 kcal
- Arterial: pulsos palpables
- Técnicas avanzadas: compresión terapéutica
- Edema: contención terapéutica, ejercicio
- Educación: control del riesgo de infección, motivación, control del peso y cierre de la herida por segunda intención.

**El resultado de la valoración este patrón fue: patrón alterado.**

### **Patrón 4: Actividad-ejercicio**

Independiente para las actividades de la vida diaria. Camina cuatro veces a la semana con una duración de más de treinta minutos.

**El resultado de la valoración de este patrón es: patrón eficaz.**

## PLAN DE CUIDADOS y RESULTADOS

**DIAGNÓSTICO CLÍNICO:** *Deterioro de la integridad tisular manifestado por úlceras con predominio venoso en zona supramaleolar zona interna de ambos miembros inferiores relacionado con insuficiencia venosa y obesidad.*

Tras la valoración realizada se obtienen los siguientes diagnósticos de enfermería según la **clasificación NANDA<sup>(3)</sup>**:

- Obesidad (00232). Dominio 2: nutrición. Clase 1: ingestión.
- Riesgo de infección (00004). Dominio 11: seguridad/protección. Clase 1: infección.
- Deterioro de la integridad tisular (00044). Dominio 11: seguridad/protección. Clase 2: lesión física.

Los *criterios de resultados NOC<sup>(4)</sup>* seleccionados para el *diagnóstico de obesidad* son: control del peso, motivación, estado nutricional y conocimiento: dieta. Sus *intervenciones<sup>(5)</sup>* son las siguientes: fomento del ejercicio, asesoramiento nutricional y facilitar la autorresponsabilidad. Se proporciona al paciente una dieta hipocalórica de 1500 kcal e hiposódica, se intenta motivar a bajar el peso y a aumentar actividad física.

“INSERTAR IMAGEN 1”

Los *criterios de resultados NOC<sup>(4)</sup>* seleccionados para el diagnóstico de riesgo de infección es control del riesgo siendo su *intervención<sup>(5)</sup>* vigilancia de la posible aparición de signos de infección. Se realizan curas de forma aséptica con materiales estériles.

Los *criterios de resultados NOC<sup>(4)</sup>* seleccionados para el diagnóstico de deterioro de la integridad tisular es curación de la herida por segunda intención siendo su *intervención<sup>(5)</sup>* cuidado de las heridas realizando un tratamiento tópico de las heridas y recomendando al paciente el uso de medias de compresión adecuadas.

### Miembro inferior derecho

- **Primer día de tratamiento la herida:** tamaño 6,66 cm2 con un volumen de 0,3 cm3. Exudado alto y lecho de la herida con tejido inflamatorio.
- A los **15 días** de iniciar el tratamiento, la herida ha aumentado su tamaño un 41%. Antes diversos signos de carga bacteriana: no evolución de cicatrización de la herida, eritema y calor, el día 20 de octubre del 2016, se toma cultivo de la herida. En el antibiograma aparecen las siguientes bacterias: *escherichiacoli*, *enterobactercloacae* y *staphilococcus aureus metilicilin resistente sensibles a levofloxacino y cotrimoxazol*. Se pauta levofloxacino una semana.
- Tiempo: **1 mes y 12 días**. Tamaño 1.62 cm2. Exudado bajo, lecho de la herida con tejido de granulación y epitelización.
- Tiempo **2 meses y 19 días**. Tamaño 0 cm2. Exudado bajo y lecho de la herida con tejido de epitelización.
- Tiempo **2 meses y 29 días**. Tamaño 0 cm2. Nulo exudado y lecho de la herida con tejido de epitelización.

“INSERTAR IMAGEN 2”

“INSERTAR IMAGEN 3”

### Miembro inferior izquierdo

- **Primer día de tratamiento la herida:** tamaño 8 cm2 con un volumen de 2,8 cm3. Exudado alto y lecho de la herida con tejido inflamatorio.
- A los **15 días** de iniciar el tratamiento, reducción de la herida 0,5 cm2.

- Tiempo: **1 mes y 12 días**. Tamaño 8,21 cm<sup>2</sup> con un volumen de 2 cm<sup>3</sup>. Exudado alto, lecho de la herida con tejido de inflamación y granulación.
- Tiempo: **2 meses y 19 días**. Tamaño 7,26 cm<sup>2</sup>. Exudado alto y lecho de la herida con tejido de granulación.
- Tiempo: **2 meses y 29 días**. Tamaño 5,6 cm<sup>2</sup>. Exudado moderado y lecho de la herida con tejido de granulación.
- Tiempo: **3 meses y 6 días**. Tamaño 4,2 cm<sup>2</sup> con un volumen de 0 cm<sup>3</sup>. Exudado bajo y lecho de la herida con tejido de granulación y epitelización.
- Tiempo: **3 meses y 26 días**. Tamaño 3,61 cm<sup>2</sup>.

“INSERTAR IMAGEN 4”

“INSERTAR IMAGEN 5”

Las curas se realizan con apósitos garantizando una cura en ambiente húmedo. En ambas piernas, se aplican en la piel perilesional ácidos grasos hiperoxigenados. Durante todo el proceso se fomenta el ejercicio físico, higiene adecuada y precauciones circulatorias (uso de medias de compresión).

### DISCUSIÓN / CONCLUSIONES

En la actualidad, el paciente continúa con la úlcera venosa del miembro inferior izquierdo. El tamaño de la herida ha disminuido de forma considerable (tamaño actual 3,61 cm<sup>2</sup>). El uso de una terapia compresiva, el control del peso, fomento del ejercicio y la valoración integral de la persona en todas sus dimensiones, ha sido fundamental para reducir el tamaño de las heridas y el peso.

### BIBLIOGRAFÍA

- (1) CasalsFA. Úlceras vasculares: venosas. [monografía en Internet]. [acceso el 15 de diciembre de 2016]. Disponible en: <http://www.ulceras.net/monografico/103/91/ulceras-vasculares-venosas.htm>
- (2) Tavisón OE, Alonzo-Romero L. Algunos aspectos clínico-patológicos de la úlcera de pierna. Dermatología RevMex 2009;53(2):80-91
- (3) NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros: Definición y clasificación. 2015-2017. Madrid: Elsevier; 2016
- (4) Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E, editores. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 5ª ed. Madrid: Elsevier; 2013
- (5) Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey-Dochterman J, editores. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 6ª ed. Barcelona: Elsevier; 2013.

### GRÁFICOS Y/O TABLAS

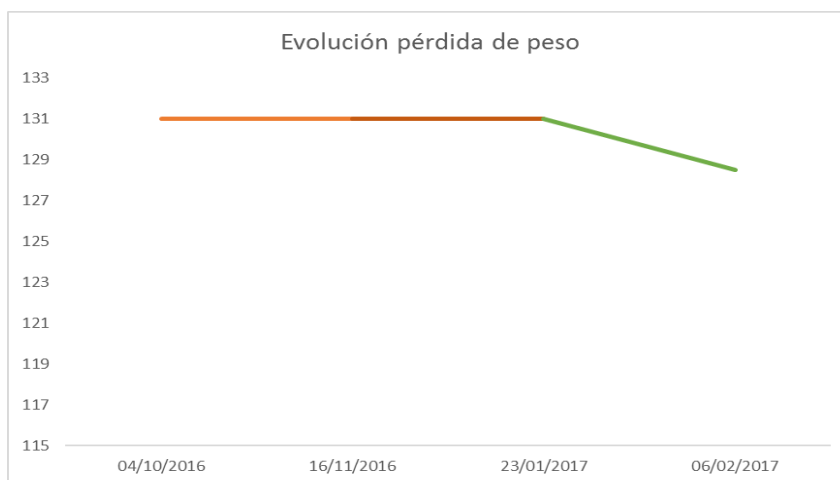


Imagen 1: Evolución pérdida de peso



Imagen 2: Fotos herida miembro inferior derecho

Evolución úlcera miembro inferior derecho

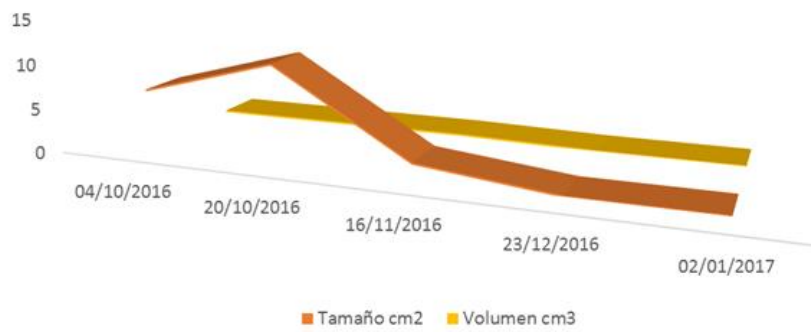


Imagen 3: Evolución úlcera miembro inferior derecho



Imagen 4: fotos evolución miembro inferior izquierdo



### Evolución úlcera miembro inferior izquierdo

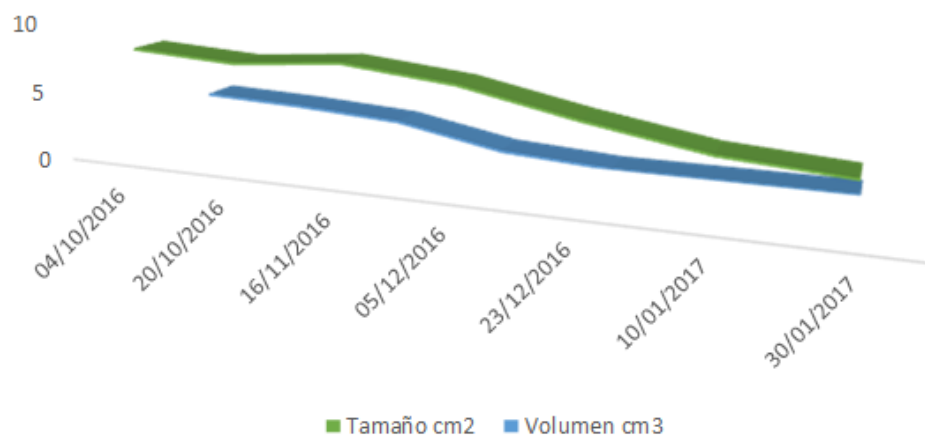


Imagen 5: Evolución úlcera miembro inferior izquierdo

**ID268:****ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN EL GRANULOMA PIOGÉNICO DE UN PACIENTE DIABÉTICO**Raquel Canga Pérez<sup>1</sup>, Lidia Fernández Villa<sup>2</sup>Centro de Salud Contrueces. Área V. Servicio de Salud del Principado de Asturias<sup>1,2</sup>[raquelcp89.rc@gmail.com](mailto:raquelcp89.rc@gmail.com)**RESUMEN**

**INTRODUCCIÓN:** El granuloma piogénico (GP) es una lesión benigna con tendencia al sangrado y a la ulceración que provoca gran disconfort al paciente.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Varón de 56 años con diabetes mellitus tipo II, presenta un GP pedunculado en el primer dedo del pie derecho.

**VALORACIÓN:** Diagnósticos de enfermería disfuncionales: Gestión ineficaz de la propia salud; Deterioro de la integridad tisular y Afrontamiento defensivo.

**PLAN DE CUIDADOS:** Cauterización con nitrato de plata y posteriormente, crioterapia con nitrógeno líquido. Factores como las largas estancias del paciente en otra comunidad autónoma dificultaron su seguimiento.

**DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES:** Aunque el nitrógeno líquido ofrece la menor tasa de recurrencias, la extirpación quirúrgica parece el tratamiento más idóneo, ya que es una técnica rápida, presenta pocas recidivas y permite realizar un diagnóstico anatomopatológico. El calzado inadecuado y la falta de cuidado de los pies pudieron ser factores desencadenantes en la aparición de esta lesión.

**ABSTRACT**

**INTRODUCTION:** Pyogenic granuloma (GP) is a benign lesion with a bleeding tendency and ulceration that causes great discomfort to the patient.

**CASE PRESENTATION:** A 56-year-old male with type II diabetes mellitus presents a pedunculated GP in the first toe of the right foot.

**ASSESSMENT:** Dysfunctional nursing diagnoses: Ineffective management of one's own health; Impairment of tissue integrity and defensive coping.

**PLAN OF CARE:** Cauterization with silver nitrate and later, cryotherapy with liquid nitrogen. Factors such as the patient's long stays in another autonomous community made it difficult to follow up.

**DISCUSSION AND CONCLUSIONS:** Although liquid nitrogen offers the lowest rate of recurrence, surgical removal seems the most appropriate treatment, since it is a rapid technique, presents few recurrences and allows for a pathological diagnosis. Inadequate footwear and lack of foot care are triggers in the onset of this injury.

**PALABRAS CLAVE**

Granuloma piogénico; Cauterización; Nitrato de plata, Diabetes Mellitus Tipo 2, Electrocirugía  
Granuloma, pyogenic; Caution; Silver Nitrate; Diabetes Mellitus, Type 2; Electrosurgery

**INTRODUCCIÓN**

El granuloma piógeno (GP) es una lesión neoplásica benigna. Las zonas corporales más afectadas suelen ser cara, mucosa oral, tronco y los dedos de manos y pies. Su etiología está asociada en ocasiones traumatismos, picaduras de insectos e infecciones virales entre otras causas. El primer signo es la aparición de una protuberancia que va aumentando de tamaño hasta llegar a alcanzar 1-2 cm en pocas semanas y al carecer de epitelio limitante, presenta un alto riesgo de infección y sangrado.

En el paciente diabético, la aparición de esta lesión en las extremidades inferiores, más concretamente en los dedos de los pies, puede vincularse a factores de riesgo tanto externos (calzado, corte incorrecto de las uñas), internos (morfología ungueal, hiperhidrosis, exceso de peso), o mixtos (deformidad de los dedos, factores biomecánicos que provoquen una presión excesiva sobre los dedos del pie).

Las opciones de tratamiento más comunes incluyen: Extirpación quirúrgica, crioterapia, electrodesecación, curetaje, láser, escleroterapia o imiquimod.

## PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente varón de 56 años, ex fumador, presenta los siguientes diagnósticos: Diabetes Mellitus tipo 2 de 6 años de evolución, obesidad de tipo II, hiperuricemia, hipertensión arterial, asma y epilepsia. Su tratamiento farmacológico era: Enalapril/ hidroclorotiazida, salmeterol / propionato de fluticasona, fenitoína, atorvastatina, amlodipino, terbutalina, alopurinol y metformina.

Acude a la consulta de enfermería (16/12/2015) por presentar en el pulpejo del primer dedo del pie derecho una lesión cutánea de consistencia inicialmente dura, presentando en ese momento tejido sangrante e hipergranulado, desencadenado tras haberse automanipulado la lesión. No recuerda traumatismo previo en el miembro afectado. Se inició un tratamiento basado en la cauterización química con nitrato de plata mitigado 50mg, así como el consejo de mantener seco y protegido el miembro afectado por su tendencia al sangrado, y utilizar calzado no apretado. Tras dos semanas siguiendo la misma pauta de tratamiento, la lesión se desprendió espontáneamente, por lo que se curó el lecho con apósito de hidrofibra de hidrocoloide y se aplicó un vendaje compresivo para prevenir la hemorragia. Este plan de curas se mantuvo dos semanas, ya que el paciente migró a otra Comunidad Autónoma (CCAA) donde residía ocasionalmente. Cabe señalar, que durante todo ese periodo, el paciente fue atendido por diferentes profesionales de enfermería y de medicina sin una filiación diagnóstica precisa de la lesión.

De nuevo, por recidiva de la lesión, acudió medio año más tarde a nuestra consulta. A partir de ese momento fue atendido durante todo el proceso por su médico y enfermera de cupo. En la exploración física se visualizó un nódulo pedunculado de color rojizo, doloroso y sangrante al tacto, de superficie lisa, bordes regulares y 1 cm de diámetro, compatible según diagnóstico médico con un granuloma piogénico. Consideraciones éticas del caso: Se obtuvo el consentimiento verbal del paciente para utilizar su caso concreto así como su autorización para realizar las fotografías. A su vez, se mantuvo la confidencialidad de toda la información personal con las garantías de la L.O. 15/1999 de 13 de Diciembre de Protección de Datos Personales y la Ley de Autonomía del paciente. En la realización del plan de cuidados y posterior seguimiento se trató de respetar el principio de beneficencia.

## VALORACIÓN

Se realizó una valoración enfermera siguiendo los patrones funcionales de Marjory Gordon, detectándose alterados:

### **Patrón 1: Percepción/ manejo de la salud.**

Se trata de un paciente polimedicado, sin alergias conocidas y ex fumador.

Manifiesta adherencia adecuada al tratamiento farmacológico pero no al tratamiento no farmacológico.

Su autopercepción de la salud es buena y considera que no tiene que realizar ninguna clase de dieta o ejercicio ni conoce las complicaciones asociadas a la diabetes ni a la hipertensión arterial que padece.

**Patrón 2: Nutricional metabólico:** Sus datos analíticos son HbA<sub>1c</sub>: 7%, glucosa suero: 151 mg/dl, glucemia capilar basal: 164 mg/dl e IMC: 35,37

En la exploración de pies tiene pulso pedio y tibial posterior positivo en ambos miembros. También fue positiva la prueba del monofilamento.

Presenta una lesión pedunculada y sangrante en el 1º dedo del pie derecho.

**Patrón 10: Afrontamiento/ tolerancia al estrés.** Muestra una actitud pasiva hacia el autocuidado de los pies. Acude en repetidas ocasiones a la consulta con el apósito de la cura realizada humedecida por causas externas fundamentalmente, presentando maceración de la lesión. Tampoco usa calzado adecuado ni calcetines para aliviar la presión sobre la zona y preservar la integridad cutánea.

## PLAN DE CUIDADOS y RESULTADOS

Se realizó un plan de cuidados siguiendo la nomenclatura NANDA-NOC-NIC

### **1. PERCEPCIÓN/ MANEJO DE LA SALUD**

#### **00078 Gestión ineficaz de la propia salud**

Características definitorias: Fracaso al incluir el régimen de tratamiento en la vida diaria.

Factores relacionados: Complejidad del régimen terapéutico

Resultados NOC:

Autocontrol : Enfermedad crónica

Autocontrol: Diabetes

Intervenciones NIC:

Ayuda con el autocuidado

Facilitar la autorresponsabilidad

Actividades:

1. Establecer una rutina de actividades de autocuidado ( cuidados de los pies, autocontroles de TA / glucemia )
2. Considerar al paciente responsable de sus propias conductas
3. Determinar si el paciente tiene conocimientos adecuados acerca del estado de cuidados de salud
4. Animar al paciente a que asuma tanta responsabilidad de sus autocuidados como sea posible

## **2. PATRÓN NUTRICIONAL-METABÓLICO**

### **00044 Deterioro de la integridad tisular**

Características definitorias: Lesión tisular (mucosas , tejido subcutáneo)

Factores relacionados: Factores mecánicos (presión), déficit de conocimientos

Resultados NOC:

Integridad tisular: Piel y membranas mucosas

Intervenciones NIC:

Cuidados de la herida

Disminución de la hemorragia: Heridas

Actividades

1. Limpiar con solución salina
2. Aplicar presión manual para contener la hemorragia
3. Administrar cuidados de la úlcera dérmica ( cauterización con nitrato de plata/ nitrógeno líquido / curetaje)
4. Aplicar vendaje apropiado

## **10. ADAPTACIÓN/ TOLERANCIA AL ESTRÉS**

### **00069 Afrontamiento defensivo**

Características definitorias: falta de participación en el tratamiento

Factores relacionados: incertidumbre

Resultados NOC:

Creencias sobre salud: control percibido

Intervenciones NIC

Establecer límites

Establecimiento de objetivos comunes

Actividades:

1. Establecer un límite o identificar una conducta indeseable para el paciente
2. Identificar con el paciente los objetivos de cuidados
3. Coordinar con el paciente fechas de revisión periódicas para valorar el progreso hacia los objetivos

Se reiniciaron sesiones de cauterización con nitrato de plata pincelando la base y la superficie del GP, lo cual ayudó a controlar el sangrado. Nuevamente el paciente retornó a su otra residencia donde según su descripción, se le trató diariamente con nitrato de plata y un agente criogénico a base de éter dimetil propano aplicado mediante torunda. No nos aportó informe de cuidados por lo que no se pudo asegurar una continuidad de éstos con un criterio homogéneo entre ambos sistemas de salud. A los 4 meses regresó y seguimos con la misma pauta. Tras casi un año de estancamiento de la lesión con el mismo tratamiento, realizamos una búsqueda bibliográfica y se consideró como método más idóneo la criocirugía con nitrógeno líquido aplicado mediante pulverizador portátil. Aunque de esta manera la lesión disminuyó de tamaño, finalmente el granuloma fue extirpado quirúrgicamente por el servicio de dermatología de su otra CCAA.

## DISCUSIÓN / CONCLUSIONES

El GP es una lesión de carácter que genera una hipergranulación que puede afectar tanto a piel como a tejido subcutáneo con tendencia al sangrado y a la ulceración.

Existen múltiples opciones de tratamiento tanto quirúrgicas (electrocirugía, curetaje, extirpación) como más conservadoras (tratamiento tópico con nitrato de plata). Sin embargo, existe una clara falta de consenso sobre el tratamiento de elección ya que la bibliografía consultada solo se han encontrado series de casos y estudios retrospectivos y ningún ensayo clínico aleatorizado.

La opción quirúrgica presenta pocas recidivas y permite realizar biopsia para diagnóstico histopatológico ya que permite establecer diagnóstico diferencial con otros tipos de lesión como el melanoma amelanocítico o el carcinoma de células basales, entre otros.

Se ha reportado que el nitrato de plata alcanza una resolución completa de PG en el 85% de los pacientes, con 1 a 3 tratamientos. El tratamiento tópico aplicado para este caso clínico basado en toques con nitrato de plata puede presentar efectos secundarios de carácter leve como: Quemazón, dolor agudo que puede persistir durante horas tras su aplicación y resulta insuficiente si la lesión adquiere gran tamaño. Sin embargo, la evidencia dice que es positivo ya que ayuda a reducir el tamaño de la lesión y facilita su posterior abordaje mediante electrocauterización. Durante el tratamiento con nitrato de plata, se ha visto una clara reducción del tamaño de la lesión así como un parcial desprendimiento del pedículo pero el proceso se verá interrumpido debido a los viajes del paciente a otra comunidad, donde la lesión será extirpada mediante cirugía por el servicio de dermatología.

Otros métodos de cirugía menor como la crioterapia con nitrógeno líquido, disminuye la recurrencia pero no permite la confirmación histológica de la lesión al destruir el tejido.

Las características del paciente y su pluripatología se puede contemplar la cirugía pero el tratamiento tópico con nitrato de plata permite controlar el sangrado y ayudar al desprendimiento de la base de la lesión pero es un proceso lento. El uso de calzado poco adecuado en el paciente así como la falta de cuidado de los pies pudieron ser factores de riesgo que favorecieron la aparición de esta lesión. Además se contempla durante todo el proceso asistencial una clara falta de continuidad de cuidados debido a que el paciente estuvo tratado en dos comunidades autónomas distintas sin comunicación entre sí. El paciente tiene una clara tendencia a afrontar la situación desde un punto de vista defensivo y no interioriza ni aplica los consejos aportados por la enfermera acerca del cuidado de pies, lo cual puede retrasar la curación de la lesión.

Tanto la cirugía menor como el tratamiento tópico con nitrato de plata son opciones de tratamiento que pueden ser claramente asumibles desde la consulta de atención primaria donde se puede proporcionar una atención integral al paciente que debido a su diabetes mellitus presenta alto riesgo de ulceración y problemas de cicatrización de la lesión.

## BIBLIOGRAFÍA:

1. Vences M, Novales J, Martínez V, Medina A. Granuloma piógeno. Correlación clínico-patológica. *Dermatología Rev Mex* 2005;49:101-8.
2. Giblin A. V., Clover A. J. P., Athanassopoulos A., Budny P. G. Pyogenic granuloma—the quest for optimum treatment: audit of treatment of 408 cases. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*. 2007;60(9):1030–1035.
3. [Joshua M Abzug](#), [Mark A Cappel](#). Benign acquired superficial skin lesions of the hand. *J Hand Surg Am* 2012 Feb;37(2):378-93; quiz 393.
4. Quitkin H. Matthew et al. The efficacy of silver nitrate cauterization for pyogenic granuloma of the hand. *Journal of Hand Surgery*, Volume 28, Issue 3, 435 – 438.
5. Alomar MJ. Pyogenic Granuloma Successfully Treated With Electric Cauterization- Case Study. *Journal of Basic and Clinical Pharmacy*. 2011;3(1):229-234.
6. Pitarch G., Pérez-Ferriols A., Millan F. Granuloma piogénico recidivante. *Actas Dermosifilogr*. 2012; 103 (6):536-539.
7. [Crandall M](#), [Clifford R](#). The nonhealing scar. *Mil Med*. 2011 Jun;176(6):715-7.

## GRÁFICOS Y/O TABLAS



**ID15:**

## LA ENFERMERIA DE FAMILIA COMO AGENTE DINAMIZADOR DE LA COMUNIDAD

Ana M<sup>a</sup> Viana Elvira<sup>1</sup>, Angélica Pérez Gómez<sup>2</sup>, Ana Rosa Moneo Vallejo<sup>3</sup>, Julia María Martínez Saldaña<sup>4</sup>

<sup>1,2,3,4</sup> Enfermeras del centro de salud de Illescas (Toledo)

[amviana@sescam.jjcm.es](mailto:amviana@sescam.jjcm.es)

### RESUMEN

La Enfermera de Familia juega un papel clave para alcanzar unos objetivos óptimos en prevención y promoción de la salud en el ámbito comunitario, no sólo en lo relativo a sus intervenciones específicas, sino también en implicar y dar protagonismo a la población haciéndoles partícipes de su autocuidado.

La enfermera debe adaptarse a los cambios sociales, políticos y económicos, como elementos que influyen en la salud de la comunidad y ser el principal agente dinamizador de las actividades de participación comunitaria.

Este proyecto surge como una necesidad de trabajo en común de la enfermera de familia con y para la comunidad e incluye un ámbito de trabajo intersectorial con el equipo de gobierno municipal y con la propia comunidad. Se inició en 2016, con un plazo de implementación de actividades hasta el 2020.

### ABSTRACT

Family Nurse plays a key role to achieve optimal goals in prevention and health promotion at the community level, not only with regard to their specific interventions, but also in involved and give prominence to the population making them participants of your self-care.

The nurse must adapt to social, political and economic changes as elements that influence the health of the community and the main dynamic agent of community participation activities. This project arises as a need of work in common of the nurse of family with and for the community and includes a scope of work intersectorial with the team of Government municipal and with it own community. It started in 2016, with a term of implementation of activities until the 2020.

### PALABRAS CLAVE

Promoción de la salud y prevención, mapa de recursos, coordinación intersectorial, implementación local, determinantes de salud, participación comunitaria.

Promotion of health and prevention, map of resources, determinants of health, community participation, intersectorial coordination, local implementation.

### INTRODUCCIÓN/PRESENTACIÓN

Los cambios sociales, políticos y económicos nos han abocado a buscar nuevas estrategias para conseguir unos resultados óptimos en educación sanitaria a la población, adaptándonos a los recursos humanos y materiales de los que disponemos.

La enfermería de familia tiene que ser capaz de mantener y mejorar la prevención y la promoción de la salud, por encima de todos estos cambios y ser el elemento dinamizador con la comunidad.

Desde el momento en que la enfermería es capaz de transmitir la responsabilidad de la promoción y prevención de la salud a los propios pacientes y los hace protagonistas de sus procesos, la comunidad responde implicándose en actividades, tomando nuevas iniciativas e incluso, proponiendo mejoras y aportando sugerencias para llevar a cabo nuevas acciones.

La enfermería de familia debe ser capaz de afrontar los cambios socioeconómicos y hacer uso de sus competencias, aumentando si cabe, la capacidad de resiliencia, para que su rol profesional no se vea relegado a un segundo plano y mantener por encima de todo, su objetivo en la promoción y prevención de la salud de su comunidad.

Diferentes estudios han demostrado que las actividades de promoción y prevención de la salud de forma individualizada en consultas de enfermería, tienen un alcance mucho menor que si se realizan en grupos y haciendo partícipe a la comunidad.

Las actividades comunitarias forman parte de nuestro perfil profesional y necesitamos diseñar nuevas estrategias para que la propia comunidad sea, con nuestro apoyo, capaz de liderar actuaciones para gestionar y mejorar su propia salud.

### **OBJETIVOS (DE LA EXPERIENCIA)**

- **Generales:**
  - 1º.- Prevención y Promoción de la salud en el municipio de Yuncos (Toledo)
  - 2º.-Mejorar la percepción de la salud de la comunidad.
  - 3º.-Hacer partícipes y protagonistas a la comunidad
- **Específicos:**
  - 1º.-Potenciar la capacidad de las personas y grupos para el abordaje de sus propios problemas, demandas y necesidades.
  - 2º.-Fomentar la salud y el bienestar de la población promoviendo los estilos de vida saludables y potenciando la seguridad.
  - 3.-Integrar y coordinar los esfuerzos de promoción de la salud y prevención entre todos los niveles y sectores implicados.

### **DESARROLLO**

La experiencia se está desarrollando actualmente en la localidad de Yuncos, municipio de Toledo, con una población de casi 12.000 habitantes censados, y perteneciente a la Zona Básica de Salud de Illescas.

El plazo fijado para desarrollar todas las actividades será el año 2020. Los distintos proyectos se irán implementando año a año, de forma escalonada, con el fin de abarcar diferentes hábitos saludables y con el propósito de afianzar lo mejor posible estos hábitos. El objetivo de enfermería es que, cuando la comunidad sea autónoma para desarrollar una actividad saludable, podamos pasar a otra, pero sin dejar las ya iniciadas. De tal manera que, para el año 2020, nuestra comunidad haya adquirido un abanico diverso de actividades de promoción de la salud y prevención y se vean resultados de cambio, en cuanto hábitos saludables se refiere.

Ante la situación económica que estamos atravesando y la falta de recursos derivada de la misma, el equipo de enfermería de Yuncos creyó necesario que el paciente empezara a tomar responsabilidades en sus procesos crónicos y su bienestar psicofísico. Para ello se les hizo partícipes de las diferentes actividades comunitarias, en el ámbito de la prevención y promoción de la salud, buscando el beneficio del propio paciente y permitiendo optimizar el trabajo enfermero en este campo.

Para intentar lograrlo, decidimos seguir y adherirnos al proyecto del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en esta materia, e incluir a la localidad de Yuncos en la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS (EPSP) y en la R.E.C.S (Red Española de Ciudades Saludables).

Se contactó con los responsables de salud y bienestar social del ayuntamiento de Yuncos, a quienes se les solicitó su implicación y ayuda para llevar a cabo el proyecto. Desde ese momento se inició un trabajo conjunto, elaborando y siguiendo un cronograma de reuniones entre los responsables municipales y el equipo de enfermería del consultorio local de Yuncos. De estas reuniones se concluyeron las siguientes líneas y estrategias de trabajo:

1º.-Realización de una aproximación al conocimiento de la comunidad, identificando las fuentes de información del municipio, y recogiendo datos para saber el estado de salud y sus determinantes. Como conclusión había muchos procesos crónicos sobre los que trabajar, con unos determinantes clásicos como la inactividad física, alimentación no saludable, consumo nocivo de alcohol y consumo de tabaco.

2º.-Elaboración de un mapa de recursos con los que cuenta la comunidad de Yuncos. Se registraron los centros deportivos con programas para mejorar la salud, los parques con los que cuenta el municipio, las escuelas infantiles, las ludotecas, los centros de mayores y las instalaciones culturales que ofrecen ocio saludable.

Dentro de este mapa de recursos se contó también con el consultorio médico.

3º.-Priorización de líderes comunitarios, tanto formales como informales. Se priorizaron entre asociaciones de mujeres, mayores, grupos culturales, directores de colegios e institutos y personas de toda la vida del municipio con gran capacidad de liderazgo.

4º.-Asesoramiento para la implementación, desarrollo y continuidad del proyecto a todos los representantes de las concejalías municipales.



Todo el proceso fue registrado, levantando acta de cada reunión. De esta forma quedó constancia por escrito del desarrollo del proyecto.

El proyecto fue presentado al Equipo Municipal de Yuncos, en convocatoria formal, por una enfermera de familia en representación del equipo de atención primaria, y un representante de cada una de las concejalías y la propia alcaldesa, en representación del ayuntamiento. En esta convocatoria se trasladaron las distintas propuestas de intervención comunitaria en función de los recursos con los que cuenta el municipio.

La concejalía de deportes ofertó todos los espacios y edificios dependientes de la misma para realizar actividades deportivas. La concejalía de medio ambiente ofertó el pinar y terrenos ubicados en el municipio para su utilización como huertos y desde el departamento de cultura se ofertaron distintos espacios para su uso por parte de asociaciones.

Durante la fase de análisis y estudio de los recursos existentes con los que se podía contar para el proyecto, tanto materiales como humanos, fueron surgiendo ideas para trabajar en la prevención y promoción de la salud. Se buscó dar el protagonismo a la población de Yuncos, favoreciendo su implicación activa de forma que aportaran ideas sobre posibles líneas de intervención y priorización de actividades. El equipo de trabajo entendió que de esta forma, si las áreas eran elegidas y priorizadas por ellos como las más relevantes o importantes para su bienestar psicofísico y su salud, la adherencia y la continuidad de las intervenciones sería mayor.

El equipo de enfermería propuso como actividad, una tertulia café, en el centro social del municipio, invitando a todos los vecinos a participar. Se convocó a empresarios, farmacéuticos, hosteleros y unarepresentación del grupo municipal. Se difundió mediante cartelería instalada en los edificios públicos municipales y en el propio consultorio local, además de hacer difusión en redes sociales.

Dicha actividad se realizó un día entre semana, a las diez de la mañana, con una duración de hora y media. Se hicieron grupos en torno a mesas de seis-ocho personas, y mientras se disfrutaba de un desayuno saludable, cada grupo fue priorizando actividades y dando propuestas para mejorar el bienestar de los vecinos de Yuncos.

Entre las propuestas realizadas por los grupos de trabajo, destacan:

1º.-Fomento del ejercicio para todas las edades.

Se propuso el uso del pinar para paseos saludables y aumentar el horario del pabellón deportivo municipal (en ese momento sólo permanecía abierto en horario de mañana),aumentar los horarios dentro del proyecto de envejecimiento activo y crear rutas de senderismo por zonas limítrofes con otros pueblos, de distinta intensidad y distancia.

2º.-Alimentación saludable. Se propuso que bares y restaurantes del municipio elaboraran al menos un menú saludable en sus cartas.

3º.- Utilización de terrenos municipales para huertos saludables. Se propuso que los mayores del municipio que cultivan estos huertos, enseñasen a los niños de los colegios a plantar hortalizas.

4º.-Se puso de manifiesto que los jóvenes de la localidad no tenían espacios para ellos y sería positivo buscarles un lugar de reunión, donde se pudiesen impartir charlas sobre temas que ellos demandasen.

5º.-Uno de los grupos destacó el problema de sedentarismo y obesidad en edades infanto-juveniles,y creyeron importante realizar actividades físicas para este grupo de población, además de charlas para promover y fomentar hábitos saludables.

6º.-Propusieron una carrera solidaria para el fomento de la salud.

7º.-Solicitaron fomentar el reciclaje en el municipio, pidiendo más papeleras y contenedores e indicando mediante cartelería los puntos limpios y de reciclaje.

8º.-Un grupo de mayores propuso elaborar un libro de recetas tradicionales saludables, y se quejaban de que en los hogares actuales hay muchos alimentos precocinados y nada saludables. Este mismo grupo se ofreció a enseñar a cocinar a los jóvenes de manera saludable.

9º.-Otro grupo destacó la importancia de fomentar los cuidados dentro del ámbito familiar, pensando en los pacientes inmovilizados y encamados. A destacar el comentario de una persona que insistió en priorizar los cuidados de este tipo de pacientes en los domicilios, frente a los cuidados de hospital, pero siempre que tengan el asesoramiento adecuado de los profesionales sanitarios.

10º.-Pidieron charlas periódicas de temas sanitarios, dados por profesionales o expertos de la materia que se vaya a impartir.

11º.-Propusieron aumentar talleres lúdicos, de manualidades y de alfabetización para mayores.

Realizada la actividad y recogidas todas las propuestas, se fijó una reunión con los representantes de las distintas concejalías para establecer prioridades y elaborar un cronograma de actividades.

### RESULTADOS.

Se decidió que durante el año 2016 se iba a dar prioridad a las siguientes actividades:

- 1º.-Fomentar el ejercicio en todas las edades.
- 2º.-Realizar intervenciones con los jóvenes, buscando espacios para ellos.
- 3º.-Impartir charlas de temas de interés a solicitud de la población.
- 4º.-Promocionar los huertos saludables, cedidos en terrenos municipales para jubilados.

### ACTIVIDADES REALIZADAS PARA EL FOMENTO DEL EJERCICIO

Se establecieron paseos saludables por el pinar del municipio dos días en semana, de 10 a 11 de la mañana en invierno, y de 8 a 9 en verano. La difusión se realizó mediante carteles informativos de la actividad en todos los edificios públicos y en el propio consultorio. La ruta se inicia desde el Consultorio Local y en las primeras salidas estuvieron acompañados por profesionales del consultorio. Al cabo de un mes, los participantes adquirieron el hábito y comenzaron la realización de la actividad de manera autónoma.

Las concejalías de educación y cultura, para evitar el sedentarismo y el aislamiento de menores en los hogares derivado del uso de juegos con las nuevas tecnologías, ha desarrollado un programa de actividades con jóvenes, llevado a cabo en verano, mediante la planificación un día a la semana de juegos en el parque municipal, con distinta temática. Se realizaron gymcanas, juegos de calle tradicionales y juegos de agua con toboganes, entre otros.

A las primeras sesiones acudió un número menor de asistentes, pero en las últimas fue necesario registrar a los participantes por la gran afluencia.

Y para el invierno se ha fomentado el deporte, creando la escuela de kárate, de gimnasia rítmica, baloncesto, atletismo, tenis, pádel y patinaje.

Se ha promocionado el fútbol con equipo municipal propio y otros deportes como el rugby.

Se ha mantenido el programa de envejecimiento activo y se han ofertado horarios de tarde que anteriormente no existían. Con la tutorización de un experto en deporte se realizan sesiones de una hora dirigidas a mayores de 55 años, en el polideportivo municipal, cuatro días en semana, tanto en horario de mañana como de tarde. Además, durante el verano para este colectivo se promocionaron y fomentaron cursos de natación.

Dirigidos a todos los grupos de edad, durante los fines de semana se han impulsado cursos de bailes de salón además de mantenerse otras actividades lúdicas puestas en marcha como manualidades, talleres de estimulación de la motricidad fina y de memoria.

Se ha iniciado la escuela municipal de danza para grupos tanto de adultos como infantiles.

Con los escolares, para el próximo curso, está en proyecto un programa de "Camino al cole" para fomentar que los alumnos vayan caminando a los colegios y al instituto.

Por otra parte, se han habilitado espacios públicos al aire libre, y se han instalado aparatos de gimnasia dentro del mobiliario urbano.

En el consultorio se han fijado huellas de pisadas en el suelo, para el fomento del uso de la escalera y dejar el uso del ascensor tan solo para los usuarios de movilidad reducida, con un mensaje escrito en cada huella, con el fin de transmitir la importancia del ejercicio.

### INTERVENCION CON LOS JOVENES

El ayuntamiento ha cedido un local municipal para poder reunirse los jóvenes de 14 a 18 años los fines de semana, en horario de 18 a 22 horas, y tener un espacio saludable donde reunirse evitando, en cierta medida, que se reúnan en la calle o en los parques, la mayoría de las veces consumiendo bebidas alcohólicas.

Se ha iniciado un taller de cocina saludable con los jóvenes.

### CHARLAS DE EDUCACION PARA LA SALUD

En el salón de actos del Centro de San Blas, se programan y organizan charlas de educación para la salud sobre temas de interés solicitados por los vecinos de la localidad.

Hasta el momento, se han impartido charlas sobre prevención cardiovascular, y mensualmente se dan charlas de TDAH, con la colaboración de la asociación de Toledo. Estas intervenciones están abiertas no sólo a la comunidad de Yuncos, sino a vecinos de otros municipios de la Zona Básica de Illescas.

### HUERTOS SALUDABLES

Aunque esta iniciativa ya estaba iniciada, a lo largo de este año, se han aumentado los terrenos municipales destinados a este fin, dado el incremento de la demanda realizada por personas jubiladas del municipio.

Todas las actividades han sido divulgadas por cartelería en los edificios públicos, en el propio consultorio local y en el centro de salud de Illescas. Igualmente se ha dado difusión a través de las redes sociales, prensa y en la propia página web del Ayuntamiento de Yuncos.

A modo de resumen, los resultados de las actuaciones realizadas han sido las siguientes:

1º.-En julio de 2016 se celebró un pleno municipal en el que se aprobó por unanimidad, por todos los grupos políticos, a propuesta del equipo de enfermería de la localidad de Yuncos, la adhesión del municipio a la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS (EPSP) y su inclusión en la R.E.C.S. (Red Española de Ciudades Saludables).

2º.-Se ha establecido una línea de trabajo conjunta entre los responsables de las distintas concejalías del Ayuntamiento de Yuncos y el equipo de enfermería de familia del consultorio local. Se ha constituido la mesa intersectorial, incluyendo los sectores salud, educación, bienestar social, transporte, urbanismo, deportes y medio ambiente, como instrumento para avanzar y desarrollar intervenciones en salud en todas las políticas.

3º.-Se han identificado los recursos comunitarios, con el objetivo de potenciarlos dándose a conocer a la ciudadanía, para que sean utilizados en las acciones comunitarias que se han promovido a nivel local en el municipio de Yuncos.

4º.-Se han llevado a cabo acciones transversales para la implementación local de la EPSP como son la coordinación entre administraciones, integración de equidad en las acciones municipales, participación social y seguimiento y monitorización.

5º.-Anualmente se realizará una presentación pública de seguimiento de las acciones llevadas a cabo en el marco de la EPSP.

6º.-El apoyo del grupo municipal al trabajo de educación para la salud que está desarrollando enfermería es incondicional, consultándonos propuestas y proyectos que desde el propio ayuntamiento quieren iniciar.

7º.-La comunidad ha adoptado un papel activo, responsabilizándose de su propio proceso de salud y de su entorno cercano, tomando decisiones saludables que se han reflejado en un cambio de los estilos de vida.

8º.-En el municipio de Yuncos, se ha ampliado la relación enfermera/individuo/comunidad.

9º.-Se ha revitalizado el papel de la enfermera de familia como recurso activo y dinamizador.

10º.-El proyecto ha tenido una gran aceptación por parte de la comunidad, colaborando, participando y llevándolo a la práctica.

11º.-Durante el primer año hemos incidido en la actividad física y está previsto que se vayan implementando diferentes estrategias para influir en los determinantes de salud y en el cambio de hábitos.

### **CONCLUSIONES**

La situación laboral, económica y social hace que la enfermería tenga que apostar por otras dinámicas, implicándonos con la comunidad, base del trabajo de la Enfermería Familiar y Comunitaria.

La enfermera de familia debe dar prioridad en el ámbito de la educación para la salud, a la relación con la comunidad, pero no sólo en las consultas, sino en su propio entorno social y colaborar para enfrentar los problemas de la comunidad en todo lo relacionado con la salud, la calidad de vida y el bienestar social.

La enfermera de familia es capaz de potenciar la capacidad de las personas y los grupos para el abordaje de sus propios problemas, demandas y necesidades.

La enfermera de familia debe saber adaptarse a los continuos cambios de la sociedad, pero sin perder su rol profesional y apostando por una educación para la salud de calidad, que llegue al paciente, que sea efectiva y que consiga el propósito del bienestar. Solo trabajando conjuntamente con ella se lograrán importantes cambios y un impacto en la misma, adquiriendo hábitos saludables.

Con este trabajo hemos querido reseñar:

LA VISIBILIDAD DE LA ENFERMERA DE FAMILIA EN LAS POLÍTICAS DE PROMOCION Y PREVENCIÓN DEL SNS Y QUE ES UNA FIGURA CLAVE COMO DINAMIZADOR DE LA COMUNIDAD.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Ruiz-Giménez Aguilar JL. Participación comunitaria. Documento de discusión sobre el modelo de participación comunitaria en el Sistema Nacional de Salud del estado español.
2. García Justicia G. Marzá Bataller MJ. Guía de Participación Ciudadana. Instrumentos de Participación Ciudadana.
3. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Guía metodológica para integrar la Equidad en las Estrategias, Programas y Actividades de la salud.
4. Documento de “Actividades en Atención Primaria de la Sociedad Asturiana de MfyC”.
5. Observatorio de Salud en Asturias. Asturias Actúa: Guías y hojas de ruta para convertir la información en acción. Observatorio de salud en Asturias: 2012.
6. Guía para la implementación local de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS. (2015).

**ID43:**

## **ENFERMEROS CANINOS, ANTE EL RIESGO CARDIOVASCULAR, ELLOS TAMBIÉN NOS PUEDEN AYUDAR**

Natalia María Sardina Domínguez<sup>1</sup>, Oscar Martín Lopez<sup>2</sup>, María Sayago Jerez<sup>2</sup>, Elvira González Barroso<sup>1</sup>,  
Guadalupe Torres Hidalgo<sup>3</sup>, Antonia García Carrasco<sup>4</sup>

1. Residente de Enfermería Familiar y Comunitaria del Centro de Salud de Valdepasillas (Badajoz)
2. Residente de Enfermería Familiar y Comunitaria del Centro de Salud de la Paz (Badajoz)
3. Enfermera y tutora del Centro de Salud de Valdepasillas
4. Enfermera y tutora del Centro de Salud de la Paz

[nataliacsi@yahoo.es](mailto:nataliacsi@yahoo.es)

### **RESUMEN**

Los datos epidemiológicos recogidos en las últimas décadas en los países desarrollados, como España, muestran un cambio en los patrones de morbilidad y mortalidad. Se ha producido una disminución de las muertes por enfermedades transmisibles y un aumento de las enfermedades cardiovasculares. Debemos tener en cuenta que la morbilidad producida por estas enfermedades se puede prevenir a través de la modificación de los estilos de vida de la población. Ante las elevadas tasas de obesidad, diabetes e hipertensión arterial de nuestra población, tratamos de ofrecer una nueva solución a través de la realización de talleres de educación sanitaria y de actividad física con perros para concienciar de la importancia de cambiar la televisión y el sillón por la dieta sana y el ejercicio físico.

### **ABSTRACT**

Epidemiological data collected in the last decades in developed countries, such as Spain, show a change in morbidity and mortality patterns. There has been a decrease in deaths from communicable diseases and an increase in cardiovascular diseases. We must take into account that the morbimortality produced by these diseases can be prevented through the modification of the lifestyles of the population. Faced with the high rates of obesity, diabetes and hypertension of our population, we tried to offer a new solution through the realization of health education workshops and physical activity with dogs to raise awareness of the importance of changing the television and the armchair by Healthy diet and physical exercise.

### **PALABRAS CLAVE**

Perros, enfermería, obesidad, hipertensión, diabetes.  
Dogs, nursing, obesity, hypertension, diabetes.

### **INTRODUCCIÓN/PRESENTACIÓN**

Durante la segunda mitad del siglo XX y el siglo XXI, se ha producido un gran aumento de la esperanza de vida de la población mundial y como consiguiente su envejecimiento. Por otro lado, los datos recogidos en las últimas décadas en los países desarrollados, como España, muestran un cambio en los patrones de morbilidad, poniendo de manifiesto una disminución de las muertes por enfermedades transmisibles y un aumento de las enfermedades cardiovasculares (ECV), fundamentalmente por la mejora de las condiciones socio-sanitarias y los avances médicos producidos.

Cuando hablamos de ECV, según la Clasificación Internacional de Enfermedades en su versión número 10 (CIE-10-ES)<sup>1</sup> y la Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>2</sup>, incluimos enfermedades como:

- Cardiopatía isquémica.
- Enfermedades cerebrovasculares.
- Arteriopatías periféricas.
- Cardiopatía reumática.
- Cardiopatías congénitas.
- Trombosis venosas profundas.
- Embolias pulmonares.

Según datos de la OMS del año 2012, las ECV, fue la principal causa de muerte a nivel mundial. En dicho año, supusieron la causa de muerte de 17,5 millones de personas, lo cual representa el 31% de todas las muertes registradas en el mundo, de las cuales 7,4 millones se debieron a la cardiopatía isquémica, y 6,7 millones, a los accidentes vasculares cerebrales (AVC)<sup>2</sup>.

En el caso de España, según las estadísticas del Instituto Nacional de Estadística (INE)<sup>3</sup>, las ECV supusieron en 2013, 117.484 muertes, lo cual representa el 30,1% de las muertes totales; pero si nos centramos en la comunidad autónoma de Extremadura, en 2013 se registraron 3.421 muertes a causa de enfermedades del sistema circulatorio, de las cuales 2.079 se produjeron en la provincia de Badajoz (31,5% del total provincial).

Debido a la gravedad de estos datos, la Junta de Extremadura, desarrolló el Plan Integral de Enfermedades Cardio-Vasculares (PIEC)<sup>4</sup> para los años 2013-2016 con el fin de mejorar la calidad de la asistencia a los pacientes con estas patologías.

Por otra parte, sabemos que el desarrollo de las ECV, se encuentra muy estrechamente relacionado con diversos hábitos de vida insanos y factores de riesgo acompañantes. Causas que, en su mayoría, podemos prevenir con hábitos saludables.

Tanto a nivel nacional como autonómico, para conseguir estos cambios en los estilos de vida, se han llevado a cabo numerosos programas comunitarios con el fin de promover el ejercicio físico, las relaciones sociales y la disminución del sedentarismo, como los programas “Por tu salud, camina” y “Caminando por la vida” desarrollado en el Principado de Asturias; “Paseos saludables culturales” desarrollado en la comunidad andaluza, “Grupos de ejercicio físico” de Cataluña<sup>5</sup> o “El ejercicio te cuida” desarrollado por la Junta de Extremadura.<sup>6</sup>

Por otro lado, es reconocido que las mascotas han tenido un importante rol en las actividades del hombre, proporcionando compañía, motivación y disfrute. Pero además, esta interacción puede tener importantes beneficios en el ser humano, desde el punto de vista holístico, como recoge la tabla 1.

En las últimas décadas, se han publicado numerosos artículos que apoyan esta idea, centrada en el uso de la Terapia Asistida con Animales y de las Actividades Asistidas con Animales, principalmente perros y gatos, para mejorar el desarrollo psicomotor de niños, ancianos y personas discapacitadas; mejora del ánimo y de la autoestima de los pacientes <sup>6, 9</sup>.

Es por ello, que los autores creemos que la unión de la terapia con animales al tratamiento farmacológico, la dieta mediterránea y la realización de ejercicio físico, puede suponer una disminución de la morbimortalidad asociada a las ECV. Por este motivo, desde los centros de salud de “Valdepasillas” y “La Paz” de la ciudad de Badajoz, los enfermeros internos residentes de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria, queremos plantear la presente intervención comunitaria, con el fin de mejorar la calidad de vida de los pacientes a los que atendemos diariamente.

### **OBJETIVOS (DE LA EXPERIENCIA)**

**- Objetivo General:** Mejorar la salud de la población participante, incluyendo dentro de ella, la mejora de su bienestar físico, mental y social.

**- Objetivos Específicos:**

- a) Poner en marcha una intervención asistida con animales para la modificación de los factores de riesgo cardiovascular modificables de las personas participantes.
- b) Disminuir el sedentarismo mediante el aumento de la actividad física.
- c) Mejorar la calidad de vida percibida por los participantes.
- d) Desarrollar las capacidades de socialización y responsabilidad de los participantes en el trato con las mascotas y con el resto de integrantes del grupo.
- e) Desarrollar una actitud positiva hacia la práctica de actividad física.

**- Objetivos Operativos:**

- a) El 50 % de los participantes, disminuirán durante la intervención, al menos un 5% su riesgo cardiovascular medido mediante la escala REGICOR.
- b) Al menos el 50% de los participantes, disminuirá el peso inicial en un 5% a lo largo de la intervención planteada.

- c) Al finalizar la intervención, el 50% de los participantes, realizarán al menos 150 minutos semanales de actividad física aeróbica moderada, con sesiones de una duración mínima de 10 minutos.
- d) Al menos el 50% de los participantes mejorarán la autopercepción de su calidad de vida y salud general, evaluada mediante el cuestionario Coop-Wonca.
- e) Todos los participantes demostrarán a lo largo de la intervención un trato adecuado con los animales de terapia acompañantes.
- f) Todos los participantes evaluarán en la entrevista final de la intervención la pertenencia y aceptación por parte del grupo.
- g) Al menos el 50% de los participantes verbalizarán mediante calendario de actividad haber realizado actividad física aeróbica moderada durante al menos 150 minutos semanales, con sesiones de duración mínima de 10 minutos durante los tres meses posteriores a la finalización de la intervención.

## DESARROLLO

### TIPO DE INTERVENCIÓN:

Intervención de participación comunitaria para el desarrollo de conocimientos, actitudes y habilidades saludables, mediante la utilización de técnicas expositivas, acompañadas de medios audio-visuales, lección participada y talleres prácticos de ejercicio físico.

### POBLACIÓN DIANA:

Personas que presenten un IMC<sub>13</sub>  $\geq$  25 kg/m<sup>2</sup>, y al menos uno de los siguientes factores de riesgo para el padecimiento de enfermedades cardiovasculares (FRCV) como<sup>14</sup>:

- **Hipertensión Arterial:** definida como la presencia de valores de presión arterial sistólica mayor o igual a 140 mmHg y/o mayor o igual a 90 mmHg de presión arterial diastólica.
- **Dislipemia:** definida como la presencia de valores de colesterol total (CT) mayor a 200 mg/dL; colesterol-LDL (c-LDL) > 130 mg/dL; niveles de triglicéridos > 150 mg/Dl; y/o valores de colesterol-HDL (c-HDL) menores a 40 mg/dL.
- **Alteraciones del metabolismo de la glucosa<sup>15</sup>:** este bloque incluye la prediabetes y la Diabetes Mellitus, definidas como:
  - o **Prediabetes:** presencia de valores de glucemia plasmática en ayunas (GPA) comprendidas entre 100 y 125 mg/dL; glucemia plasmática al azar acompañada de síntomas de hiperglucemia con valores entre 140 y 199 mg/dL; niveles de glucemia en prueba de tolerancia oral a la glucosa (PTOG) de 140-199 mg/dL a las dos horas; y/o valores de hemoglobina glicosilada A1c (HbA1c) entre 5,7 y 6,4 %.
  - o **Diabetes Mellitus:** presencia de valores de GPA mayores o iguales a 126 mg/dL; glucemia plasmática al azar igual o superior a 200 mg/dL; glucemia plasmática a las 2h. de PTOG igual o mayor a 200 mg/dL; y/o presencia de HbA1c igual o superior al 6,5%.
- **Sedentarismo<sup>16</sup>:** definido como la realización de menos de 150 minutos semanales de actividad física de intensidad moderada (al menos en 5 sesiones, en diferentes días) o en su lugar, menos de 90 minutos de actividad física vigorosa acumulada durante la semana (al menos en 3 sesiones, en diferentes días) como la realización de menos de 30 minutos diarios de ejercicio regular y menos de 3 días a la semana.
- **Dieta no saludable<sup>16</sup>:** considerada por la OMS, como aquella caracterizada por:
  - o Desequilibrio calórico entre los distintos grupos de alimentos.
  - o Consumo elevado de calórica procedentes de grasas, con un predominio de grasas saturadas en la dieta.
  - o Consumo elevado de ácidos grasos trans.
  - o Consumo inadecuado de frutas, verduras, legumbres, cereales integrales y frutos secos, de acuerdo con la pirámide alimenticia propuesta por la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria propuesta en el año 2015 17.
  - o Consumo elevado en azúcares libres en la dieta.
  - o Consumo elevado de sal (sodio).

- *Apnea obstructiva del sueño*<sup>4</sup>: diagnosticada en el medio hospitalario, por polisomnografía.
- *Consumo de alcohol y tabaco*: siguiendo las recomendaciones de la OMS, se considerará:
  - o “Consumo de riesgo” de alcohol: como el patrón de consumo regular igual o superior a 17 Unidades de Bebida Estandarizada (UBE, equivalente a 10 gramos de alcohol puro) por semana en las mujeres, y un consumo igual o superior a 28 UBE por semana en los varones.
  - o Consumo de tabaco: se considera “fumador” a toda persona que ha fumado por lo menos un cigarrillo en los últimos 6 meses.
- *Niveles elevados de estrés y ansiedad*: su presencia va a producir un aumento de la actividad del sistema neuro-endocrino, pudiendo dar lugar a la aparición de diversos daños orgánicos si se mantiene en el tiempo.

Según los datos proporcionados por la base de datos “CIVITAS”, los centros de salud de “La Paz” y “Valdepasillas”, dan cobertura, conjuntamente, a una población de 38.719 personas mayores de 18 años, de las cuales, según los datos incorporados a la sección “Servicios de Salud” registrados por los distintos profesionales sanitarios de ambos centros de salud en el programa informático “JARA”, 5.030 personas, se encuentran incluidas en los grupos de atención a pacientes crónicos con hipertensión arterial; diabetes; dislipemia; obesidad y sobrepeso; pacientes fumadores y apoyo a la deshabituación de tabaco; y atención al consumidor excesivo de alcohol.

#### **MUESTRA:**

Los participantes, serán seleccionados mediante muestreo no probabilístico intencional por derivación desde su médico o enfermera de atención primaria, tras la comprobación del cumplimiento de los siguientes criterios:

##### **- Criterios de Inclusión:**

- a) Usuarios pertenecientes a los centros de salud de “Valdepasillas” y “La Paz” de la ciudad de Badajoz.
- b) Mayor de 18 años.
- c) Residencia habitual en la ciudad de Badajoz.
- d) Presencia de un IMC  $\geq 25$  kg/m<sup>2</sup>, acompañado de al menos uno de los factores de riesgo cardiovascular enumerados anteriormente.
- e) Participación voluntaria en el proyecto, con firma del consentimiento informado (Anexo nº 1).

##### **- Criterios de Exclusión:**

- a) Alergia al epitelio de perro.
- b) Fobia y/o miedo al trabajo o a la presencia de animales.
- c) Limitaciones funcionales, físicas o mentales, que impidan su participación.
- d) Presencia de diabetes mellitus, acompañada de neuropatía diabética severa.
- e) Negativa a participar en las actividades grupales propuestas.

#### **MATERIAL Y MÉTODO:**

**Etapa I: COORDINACIÓN CON PERRERA/CLÍNICAS VETERINARIAS DE BADAJOZ:** reunión con las distintas asociaciones de la ciudad de Badajoz para explicarles el presente proyecto y pedir su colaboración en la selección de los perros necesarios para aquellas personas que no posean mascota propia y otros aspectos de las actividades del estudio.

Procedencia de los animales participantes: en el desarrollo del proyecto, utilizaremos perros propios o prestados por la perrera/asociaciones de acogida de animales, seleccionándose aquellos perros con habilidades adecuadas para la participación en el proyecto como es la capacidad para permanecer con otros perros y personas no conocidas de forma adecuada, e independientemente de su edad, sexo y raza.

**Etapa II: PRESENTACIÓN DEL PROYECTO:** reunión informativa con los profesionales de medicina y enfermería de los centros de salud de las zonas básicas de salud de “La Paz” y “Valdepasillas” de la ciudad de Badajoz, con el fin de animarles para su participación en la captación de aquellos participantes que por sus características, y tras la evaluación de su historia clínica, se podrían beneficiar de la actividad propuesta.



Captación de los participantes: se realizará a través de información visual en los centros participantes con el objetivo de informar a la población en general. La aceptación para su participación en la intervención se realizará tras la derivación por su médico o enfermera de atención primaria.

**Etapas III: ENTREVISTA/VISITA INICIAL:** se realizará mediante reunión individualizada entre cada participante y los Residentes de Enfermería Familiar y Comunitaria pertenecientes a los centros de salud de “La Paz” y “Valdepasillas” de la ciudad de Badajoz, donde se cumplimentará la hoja de registro de parámetros adjunta en el anexo nº2.

En esta reunión se abordarán los siguientes temas:

- Información sobre los objetivos de la actividad y los beneficios que puede aportar para la salud de los participantes.
  - Determinar la presencia o ausencia de alergias hacia los animales participantes, así como verificar el cumplimiento de los criterios de inclusión y exclusión citados.
  - Consolidar el compromiso de participación en las actividades del proyecto, con el fin de sensibilizar a cada participante en la importancia de acudir a las sesiones propuestas e involucrarlo en todos los procedimientos de la intervención.
  - Recogida de los parámetros en relación con los factores de riesgo cardiovascular (niveles de Colesterol Total, c-HDL, c-LDL, TG, glucemia plasmática en ayunas, HbA1c, PA, IMC, y Perímetro Abdominal).
- a) Obtención de parámetros analíticos: se realizará de acuerdo a los parámetros y estándares de calidad establecidos por el laboratorio de análisis clínicos del “Hospital Infanta Cristina” de la ciudad de Badajoz.
- b) Medición de los valores de PA18: se realizará mediante tres determinaciones de TA, tras 5-10 minutos de descanso, separadas por al menos un minuto entre ellas, descartando la primera toma y realizando una media entre la segunda y la tercera cifra. Las distintas mediciones, se realizarán siempre con el mismo aparato, con el fin de evitar sesgos asociados al proceso de medida.
- c) Mediciones antropométricas: las sucesivas mediciones de peso, talla y perímetro abdominal se realizaran con el mismo tallímetro y cinta métrica, con el fin de evitar sesgos derivados de los instrumentos de medida.
- Medición del nivel de actividad física diaria de cada participante mediante el “Cuestionario Internacional de Actividad Física” (IPAQ)19, 20 (Anexo nº 3).
  - Medición del nivel de adherencia a la dieta mediterránea, evaluado mediante el “Cuestionario de adherencia a la dieta mediterránea” (Anexo nº 4).
  - Valoración del estado de bienestar/calidad de vida de cada participante, mediante la utilización del cuestionario Coop-Wonca (Anexo nº 5).21
  - Valoración del riesgo de muerte cardiovascular en los próximos 10 años, mediante las tablas Framingham calibradas para su uso en la población Española, derivadas del proyecto REGICOR 22, 23 (Anexo nº 6).

**Etapas IV: PLANIFICACIÓN DE LOS GRUPOS DE INTERVENCIÓN:** se formarán grupos de intervención constituidos por un máximo de diez participantes cada uno, teniendo en cuenta criterios de edad, estado físico y capacidades funcionales de los participantes, con el fin de que los grupos contengan individuos lo más homogéneos posible.

**Etapas V: REVISIÓN DEL ESTADO DE SALUD DE LOS ANIMALES PARTICIPANTES:** se realizará una revisión del estado vacunal del perro, en coordinación con el equipo veterinario del Servicio Extremeño de Salud, con el fin de minimizar en lo posible el riesgo de transmisión de enfermedades a los participantes. Por otro lado, se establecerán los criterios y normas necesarios para garantizar la salud y bienestar de los perros acompañantes.

**Etapas VI: PUESTA EN MARCHA DE LA ACTIVIDAD:**

- a) Contenido Teórico: durante la intervención se desarrollarán los siguientes temas de acuerdo a lo expuesto en las fichas pedagógicas correspondientes (Anexo nº 7):
- Fundamentos de la terapia asistida con animales.
  - Alimentación saludable.

- Ejercicio físico.

b) Taller de actividad física: los grupos participantes se reunirán dos días a la semana durante cuatro meses en sesiones de duración variable con el fin de realizar un entrenamiento progresivo para alcanzar los objetivos propuestos.

Cada grupo participante, estará acompañado por dos enfermeros internos residentes de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria, de los centros de salud “La Paz” y “Valdepasillas” de la ciudad de Badajoz.

Ruta: a lo largo del desarrollo del proyecto se realizarán distintas rutas de entrenamiento progresivo por la ciudad de Badajoz y sus alrededores, adaptadas a las características y condición física de las personas participantes.

**Etapa VII: ENTREVISTA/VISITA INTERMEDIA:** se llevará a cabo a las ocho semanas del inicio de la actividad; y en ella se realizará una nueva evaluación de los factores de riesgo cardiovascular recogidos en la etapa II.

**Etapa VIII: ENTREVISTA/VISITA FINAL:** se llevará a cabo al finalizar la intervención y en ella se recogerán los parámetros de control de bienestar, calidad de vida y riesgo cardiovascular recogidos en la etapa II.

**Etapa IX: EVALUACIÓN DE RESULTADOS.**

#### RESULTADOS

Se realizará una evaluación continua cuantitativa de la estructura, el proceso y los resultados; así como cualitativa mediante la supervisión directa de los procesos propuestos.

Dicha evaluación se realizará a través de:

- Recogida de parámetros vitales, tales como peso, perímetro abdominal, tensión arterial, datos analíticos, etc.
- Encuestas, entre las que se encuentran:
  - Encuesta internacional de actividad física IPAQ
  - Cuestionario de adherencia a la dieta mediterránea
  - Cuestionario de calidad de vida "COOP-WONCA"

Estos controles se realizarán en cada una de las tres consultas que se han planteado, al principio y al final de proyecto, así como una tercera entre ambas.

#### CONCLUSIONES

Nuestra hipótesis de trabajo es a largo plazo. Lo que pretendemos es la creación de un vínculo persona-perro, para que los participantes mantengan su actividad física, y el taller semanal con animales se convierta en una rutina diaria. Esta rutina física, junto con la modificación de los hábitos dietéticos, darán como resultado la disminución del riesgo cardiovascular global de los participantes y la mejora de la percepción sobre su calidad de vida en relación con la salud. Pendientes de la obtención de los permisos municipales para su puesta en marcha.

La obesidad y el sedentarismo son las grandes “epidemias” del siglo XXI y la atención primaria, por su cercanía al usuario, tiene como objetivo su prevención. Pero debemos tener en cuenta que la única manera de evitarlas, es a través de la implicación de cada persona en el cuidado de su salud. Nuestro papel es ofrecer alternativas saludables como la planteada, pero serán los usuarios los responsables de mantener o cambiar sus estilos de vida.

#### BIBLIOGRAFÍA:

1. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Edición electrónica de la CIE-10-ES: Diagnósticos [sede Web]. España: MSSSI; Enero 2016 [fecha de consulta: 15 de marzo de 2016]. Disponible en: [https://eciemaps.mspsi.es/ecieMaps/browser/index\\_10\\_mc.html](https://eciemaps.mspsi.es/ecieMaps/browser/index_10_mc.html)
2. OMS. Enfermedades Cardiovasculares. Nota descriptiva [Sede Web]. Centro de prensa: OMS; 2015 [fecha de acceso: 12 de marzo de 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/>

3. INEbase. Sociedad/Salud: *Defunciones según la causa de muerte*. [Sede web]. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; última actualización 27 de febrero de 2015 [fecha de acceso 15 de marzo de 2016].
4. Consejería de Salud y Política Social del Gobierno de Extremadura. Plan Integral de Enfermedades Cardiovasculares de Extremadura (PIEC). Gobierno de Extremadura-Servicio Extremeño de Salud. 2013-2016. Disponible en: <http://saludextremadura.gobex.es/es/listadonovedades/-/ultimasNovedades/6gP9/content/id/3441824>
5. Consejería de Sanidad del Gobierno del Principado de Asturias. Buscador de Actividades Comunitarias [sede Web]. Observatorio de salud en Asturias. Dirección General de Salud Pública. Gobierno del Principado de Asturias.
6. Gusi N. El ejercicio te cuida. Junta de Extremadura-Universidad de Extremadura. 2006-2009.
7. Kamioka H, Okada S, Tsutani K, et al. Effectiveness of animal-assisted therapy: A systematic review of randomized controlled trials. *Complementary Therapies in Medicine*. 2014; 22: 371-390.
8. Nightingale F. *Notes of nursing: What it is, and what it is not*. 1<sup>st</sup> Edition. New York: D. Appleton and Company; 1860.
9. Levine G, Allen K, Braun LT, et al. Pet ownership and cardiovascular risk: A scientific Statement from the American Heart Association. *Circulation*. 2013; 127: 2353-2363.
10. Tucker, M. *The Pet Partners Team Training Course Manual*. Bellevue, WA: Delta Society; 2004.
11. Zamorra MP. Terapia asistida por animales de compañía. *Bienestar para el ser humano*. Centro de Salud. 2002; 10 (3): 143-149.
12. Garay E. Terapia asistida con animales de compañía. *Profesión veterinaria*. 2009; abril-jul (71): 12-19.
13. OMS. Obesidad y sobrepeso. Nota descriptiva nº 311 [Sede Web]. Centro de prensa: OMS; 2015 [fecha de acceso: 12 de marzo de 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
14. Kernan W, Ovbiagele B, Black H, Bravata D, et al. Guidelines for the Prevention of stroke in patients with stroke and transient ischemic attack: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2014; 45: 1-77.
15. ADA. Standards of medical care in diabetes. *Diabetes Care*. January 2016; 39 (Supplement 1).
16. OMS. Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud [sede Web]. OMS; 2014 [fecha de acceso: 2 de abril de 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/es/>
17. Grupo de Trabajo SENC. Pirámide de la alimentación saludable SNC [Sede Web]. Sociedad Española de Nutrición Comunitaria; 2015 [fecha de acceso: 2 de abril de 2016]. Disponible en: <http://www.nutricioncomunitaria.org/es/noticia/piramide-de-la-alimentacion-saludable-senc-2015>
18. Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, et al. Hipertensión y riesgo vascular: guía de práctica clínica de la ESH/ESC para el manejo de la hipertensión arterial. 2013; 30 (3).
19. Grupo CTS 545 sobre actividad física, salud y ergonomía para la calidad de vida. Traducción de las guías para el procesamiento de datos y análisis del Cuestionario Internacional de Actividad Física (IPAQ): Versión corta y larga. Universidad de Granada-Junta de Andalucía, 2005.
20. Ruiz G, De Vicente E, Vegara J. Comportamiento sedentario y niveles de actividad física en una muestra de estudiantes y trabajadores universitarios. *J Sport Health Res*, 2012; 4 (1): 83-92.
21. Lizán L, Reig A. Programa de educación para la salud en enfermos crónicos: las viñetas COOP/Wonca. Un instrumento para evaluar la calidad de vida y la salud. Conselleria de Sanitat. Generalitat valenciana, 2003.
22. Sans S, Fitzgerald AP, Royo D, et al. Calibración de la tabla SCORE de riesgo cardiovascular para España. *RevEspCardiol*, 2007; 60 (5): 476-485.
23. Marrugat J, Vila J, Baena JM, et al. Validez relativa de la estimación del riesgo cardiovascular a 10 años en una cohorte poblacional del estudio REGICOR. *RevEspCardiol*, 2011; 64 (5): 358-394.

**Tabla 1: Beneficios de la interacción del ser humano con mascotas.<sup>7</sup>**

<b>Beneficios Físicos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mejoría de destrezas motoras finas.</li> <li>- Mejoría de las destrezas para el manejo de la silla de ruedas.</li> <li>- Mejoría en la postura del paciente.</li> <li>- Estimulación de actividades físicas.</li> </ul>
<b>Beneficios Psíquicos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aumento de la interacción verbal entre los miembros del equipo de salud.</li> <li>- Mejoría de la capacidad de atención.</li> <li>- Disminución de la ansiedad.</li> <li>- Disminución de la sensación de soledad.</li> <li>- Mejoría de la imagen corporal.</li> </ul>
<b>Beneficios Sociales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Participación en actividades recreativas.</li> <li>- Estimulación de la disposición e interacción a participar en actividades de grupo.</li> <li>- Mejoría de las relaciones del equipo de salud.</li> </ul>
<b>Beneficios Educativos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aumento del vocabulario.</li> <li>- Estimulación de la memoria inmediata y a largo plazo.</li> </ul>

**ID49:****RUTAS SALUDABLES PARA ESTUDIANTES DE CIENCIAS DE LA SALUD: LA PROMOCIÓN DE LA SALUD MÁS ALLÁ DE LA TEORÍA.**

Cristina Romero Blanco

Departamento de Enfermería, Fisioterapia y Terapia Ocupacional. Universidad de Castilla-La Mancha(UCLM).

[Cristina.Romero@uclm.es](mailto:Cristina.Romero@uclm.es)**RESUMEN****INTRODUCCIÓN**

Además de conocimientos teóricos, es importante que los alumnos tengan experiencia práctica en cuanto a promoción de la salud

**OBJETIVOS (DE LA EXPERIENCIA)**

Promover hábitos saludables en estudiantes universitarios mediante la teoría, la motivación y la experiencia.

**DESARROLLO**

Participaron un total de 72 alumnos universitarios de Ciencias de la Salud que rellenaron el cuestionario de actividad física global (GPAQ) al inicio y al final de un cuatrimestre.

Además, se utilizó una plataforma virtual para motivar a los alumnos y se realizó la actividad "Rutas Patrimoniales Saludables".

**RESULTADOS**

Al inicio del cuatrimestre, un 45.2% de los alumnos cumplían las recomendaciones de la OMS mientras que al finalizar lo hacían un 70.4%. Se realizó el test de McNemar con un valor de 0.019.

**CONCLUSIONES**

Se han obtenido datos estadísticamente significativos que implican un cambio de hábitos en nuestros participantes. En esta experiencia se han trabajado conocimientos, actitudes y habilidades.

**ABSTRACT****INTRODUCTION**

It is important how students have practical experience in health promotion in addition to theoretical knowledge.

**OBJECTIVES**

Promote health behavior in college students through theory, motivation and experience.

**DEVELOPMENT**

A total of 72 university students of Health Sciences who completed the questionnaire of global physical activity (GPAQ) at the beginning and the end of the study were invited to participated.

A virtual platform was used to motivate the students and the activity "Healthy Heritage Route" was carried out.

**RESULTS**

At the beginning, 45.2% of the students complied with the WHO recommendations, while at the end they did so at 70.4%. The McNemar test was performed with a value of 0.019.

**CONCLUSIONS**

Statistically significant data have been obtained that imply a change of habits in our participants. In this experience have been worked knowledge, attitudes and skills.

**PALABRAS CLAVE**

Promoción de la Salud, Adulto Joven, Salud Pública, Conducta Saludable, Ejercicio.

HealthPromotion, Young Adult, PublicHealth, HealthBehavior, Exercise.

**INTRODUCCIÓN/PRESENTACIÓN**

La primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud expuso las bases sobre las que debería desarrollarse la atención sanitaria, focalizando su interés sobre los determinantes de salud y facilitando a la comunidad las herramientas necesarias para tomar un mayor control sobre ella. Para ello, la creación de ambientes saludables, propiciado por gestores y políticos, constituye una parte esencial. Por su parte, los profesionales de Atención Primaria son considerados los mejores mediadores para llevarlo a cabo (1). Las actividades de Educación para la Salud (EpS) que se desarrollan en el ámbito comunitario son el motor para lograr esa adquisición de hábitos saludables y parecen ser más eficaces cuando se realizan de forma grupal (2).

Sin embargo, en la práctica asistencial se realizan pocas intervenciones que promuevan la salud; la carga de trabajo, la falta de tiempo y el modelo biomédico que prioriza la atención a la enfermedad interfieren en la realización de estas actividades. A todo ello se suman factores intrapersonales que dificultan aún más el desarrollo de programas centrados en promover la salud (3). Estos factores se refieren a conocimientos, motivación y actitudes personales respecto a un determinado hábito saludable; un profesional que no practica deporte presenta un problema de base en la promoción de actividad física a la población.

En cuanto al grupo al que vaya dirigida la EpS tenemos que tener en cuenta que la promoción de la salud es más eficaz cuanto más joven es el sujeto: un mal hábito mantenido en el tiempo es mucho más difícil de eliminar que uno adquirido recientemente. En este sentido se sabe que existen malos hábitos desde etapas muy tempranas y esto está elevando de manera alarmante los casos de obesidad infantil y sedentarismo entre los más jóvenes (4, 5).

Los estudiantes universitarios también presentan hábitos de salud mejorables en muchos aspectos: actividad física, nutrición, tabaco, alcohol, etc. (6). En el caso de los estudiantes de Ciencias de la Salud los esfuerzos en realizar promoción de la salud tienen doble importancia ya que, no solo son responsables de su propia conducta, sino que serán futuros mediadores de la promoción de la salud con la población (7). La Universidad por tanto debería enfatizar sus políticas de promoción de la salud en todo su alumnado y especialmente en aquellos que en un futuro trabajarán con la comunidad (8).

La Salud Pública es una de las materias comunes a los estudiantes universitarios de Ciencias de la Salud (9); y dentro de los contenidos, se incluye el estudio de la Promoción de la Salud y el desarrollo de Programas de Educación para la Salud. A nivel teórico, los alumnos deben ser capaces de conocer las estrategias para promover la salud en la población, pero también es importante que conozcan situaciones reales e incluso que las experimenten.

Por todo ello, nos planteamos que la tradicional adquisición de conocimientos en el aula teórica durante los estudios de grado necesitaba complementarse con otro tipo de experiencias que pudiesen motivar un cambio de conductas en nuestros estudiantes.

### **OBJETIVOS (DE LA EXPERIENCIA)**

El objetivo principal de esta experiencia comunitaria fue llevar a la práctica los conocimientos teóricos adquiridos en el aula respecto a promoción de hábitos saludables. También se quiso valorar si hubo modificación de hábitos en cuanto a ejercicio físico entre los estudiantes tras los conocimientos adquiridos por la teoría y la experiencia realizada; y, por último, se quiso mostrar a los participantes una estrategia de promoción de la salud, novedosa en nuestra localidad, llevada a cabo por otros profesionales.

### **DESARROLLO**

Esta experiencia se llevó a cabo entre los estudiantes de tercer curso de grado de la Escuela Universitaria de Enfermería y Fisioterapia de Toledo. Fueron invitados a participar un total de 72 alumnos. El requisito para poder participar en la actividad era estar matriculado en la asignatura de la profesora responsable de la intervención. El participar en la experiencia no supuso ningún tipo de distinción ni diferencia en la calificación de la asignatura; todos los participantes fueron informados del carácter voluntario y anónimo de la misma.

Se valoró la cantidad de actividad física realizada por los participantes antes y después de la intervención (al inicio y al final de la asignatura) a través del cuestionario validado de actividad física global (GPAQ). Este cuestionario evalúa la actividad, tanto moderada como vigorosa, así como el sedentarismo. Los datos recogidos fueron analizados con el paquete estadístico SPSS 22.0.

Previo a la realización de la experiencia, los participantes recibieron de forma teórica los conceptos básicos de promoción de la salud y tuvieron que diseñar una planificación de un programa de Educación para la Salud donde se incluyera algún tipo de intervención de ejercicio físico.

La actividad propuesta, a parte de los conocimientos teóricos habituales de la asignatura, fue la utilización de recursos virtuales como elemento motivador para la realización de actividad física de manera regular y la participación en la actividad “Rutas patrimoniales saludables”.

Se utilizó la plataforma virtual Moodle para enviar mensajes semanalmente a los participantes motivando en la adquisición de hábitos saludables, no solo de actividad física, sino también de alimentación y sueño-descanso. Todos los alumnos matriculados poseían acceso a este entorno, estaban familiarizados con él y es de uso habitual en las distintas asignaturas. Al abrir el entorno virtual de la asignatura, el alumno veía una frase diferente cada semana que iba precedida del encabezamiento “RETO DE LA SEMANA”. Los retos planteaban un comportamiento saludable a realizar, como el consumo de tres piezas de fruta diaria o la realización de 150 minutos semanales de actividad física. También se incluyó una carpeta de documentación relativa a cada uno de los retos planteados por si el alumno quería ampliar la información al respecto. Cada reto comenzaba el lunes y se acompañaba de un mensaje motivador el miércoles dirigido al correo electrónico de los estudiantes donde se les animaba a conseguir el reto al menos durante una semana.

El viernes previo al inicio de un nuevo reto se explicaba en el aula teórica, la nueva actividad a realizar la semana siguiente y se informaba al resto de profesores y personal de Administración y Servicios de la Universidad relacionado con el grupo para que también ejercieran de agentes motivadores.

Pero lo más novedoso de esta intervención fue la posibilidad de experimentar una actividad de promoción de la salud llevada a cabo por profesionales de su entorno.

Las Rutas Patrimoniales Saludables son una iniciativa del Consorcio de Toledo en colaboración con la Universidad de Castilla-La Mancha (UCLM). El Consorcio de Toledo es una entidad que promueve el mantenimiento, la gestión y la investigación sobre el patrimonio histórico-artístico de la ciudad de Toledo. Junto con la UCLM han puesto en marcha un nuevo tipo de rutas turísticas que tratan de promover la actividad física y la salud a través del patrimonio toledano.

Esta actividad está guiada por dos profesionales distintos: un experto en Humanidades, que cuenta la parte histórico-artística de los distintos lugares visitados; y un experto en Deporte y Salud, que realiza distintas pruebas físicas a lo largo del recorrido y lo relaciona con el patrimonio que se está visitando.

La actividad consta de un recorrido de 4 kilómetros en los que se incluyen 24 entornos patrimoniales guiados por el experto en Humanidades. Por su parte, la actividad física se realiza tanto en las inmediaciones de los lugares visitados como en el interior del recinto o durante el trayecto hacia un nuevo destino. En la Imagen 1 podemos ver el plano de Toledo con el recorrido realizado por los estudiantes.

“INSERTAR IMAGEN 1”

Para poder desarrollar la actividad, se dividió a los alumnos en tres grupos de 24-25 personas y se empleó en torno a 3-4 horas (dependiendo del grupo) en la ejecución completa de la ruta.

Dos semanas después de haber realizado la ruta se evaluó la experiencia mediante una discusión guiada en el aula.

## RESULTADOS

Para poder evaluar la intervención realizada se ha utilizado el cuestionario global de actividad física (GPAQ) y se han tenido en cuenta las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud respecto a la práctica de actividad física en la edad adulta (10). Se estableció la variable dicotómica “cumplimiento de recomendaciones” donde se catalogó como “sí” a aquellos alumnos que en su cuestionario reflejaron haber realizado un mínimo de 75 minutos de actividad vigorosa o 150 minutos de actividad moderada, o bien una mezcla de ambas. Aquellos que no llegaron a estos valores se catalogaron como “no”.

Se registraron datos del cuestionario GPAQ de 62 alumnos al inicio del curso y 48 al finalizar el cuatrimestre y la actividad Rutas Patrimoniales Saludables fue realizada por 65 de los 72 alumnos invitados a participar (90,3%).

Un 45.2% de los alumnos cumplían las recomendaciones de la OMS al inicio de la asignatura, mientras que al finalizar el cuatrimestre lo hacían un 70.4%. Se realizó el test de McNemar para variables relacionadas en el tiempo con un valor de 0.019 (ver tabla 1).

“INSERTAR TABLA 1”

Sólo se pudieron comparar valores antes y después en 48 alumnos que fueron los que entregaron el cuestionario completo en las dos ocasiones por lo que los datos de la tabla 1 se refieren a estos estudiantes. Al finalizar la intervención hubo 15 alumnos que cumplían las recomendaciones de actividad física y que previamente no lo hacían. Por el contrario, 4 de las personas que participaron y que inicialmente cumplían las recomendaciones, no consiguieron mantenerlo en el tiempo.

En el gráfico 1 podemos observar los datos relativos al total de alumnos matriculados en la asignatura y el cumplimiento de las recomendaciones antes, durante y después de la intervención. Todos los alumnos que realizaron la ruta saludable fueron catalogados como “sí” en cuanto al cumplimiento de las recomendaciones la semana de realización de la ruta, por eso los datos muestran un valor de 90,3% durante la intervención.

“INSERTAR GRÁFICO 1”

Cinco personas que cumplían las recomendaciones al inicio y ocho de las que no lo cumplían, no rellenaron el cuestionario final.

Además de los satisfactorios datos numéricos que aportó la intervención, se quiso indagar respecto a las sensaciones experimentadas por el grupo en la ruta realizada. Para ello, todos los alumnos fueron invitados a participar en un debate dirigido para reflexionar sobre la experiencia. Esta actividad fue guiada por la profesora de la asignatura y se pidió la asistencia y colaboración de uno de los profesionales encargados de la parte de actividad física durante la ruta. Se impulsó a los alumnos a comentar los aspectos que más les habían gustado de la experiencia, así como los defectos y posibles mejoras a realizar. De este modo pudieron expresar sus sensaciones libremente y el responsable de la ruta tomó en consideración sus opiniones para mejorar la experiencia. Todos los alumnos estuvieron de acuerdo en que se trataba de una idea original y desconocida, y les había resultado una manera interesante de aplicar los contenidos de la asignatura. Por el contrario, criticaron la falta de adaptación de los contenidos de actividad física por dos razones: por una parte, les habría gustado que se incorporasen explicaciones respecto al ejercicio realizado en cuanto a utilidad o importancia; y por otra parte les pareció que tenía un enfoque más dirigido a población escolar que universitaria. Todos estuvieron de acuerdo en la nula modificación de hábitos que produce una experiencia puntual, pero destacaron la importancia de la incorporación de este tipo de iniciativas saludables en las políticas ciudadanas.

## CONCLUSIONES

Gracias a esta intervención comunitaria se han obtenido datos estadísticamente significativos que implicaron un cambio de hábitos en nuestros participantes. Al inicio de la intervención, 34 personas manifestaron no realizar las recomendaciones de actividad física y, al final de esta experiencia, 15 de ellas habían cambiado sus hábitos.

La Educación para la Salud se construye a través de conocimientos, actitudes y habilidades (11) que se han trabajado en esta experiencia y que se deberían añadir a la docencia: contenidos teóricos de la asignatura, elementos virtuales motivadores y realización práctica.

Los estudiantes, con el cambio desde los estudios secundarios a la universidad, ven modificado su estilo de vida y adaptan su tiempo libre a nuevas necesidades. Se ha comprobado que dedican menor tiempo a la actividad física, presentando un mayor índice de sedentarismo, e invierten un mayor número de horas a internet y redes sociales (12). En el caso de los estudiantes de enfermería hay estudios que parecen indicar que realizan más actividad física que aquellos pertenecientes a otras disciplinas y, además, tienen mayores competencias para proporcionar recomendaciones adecuadas de salud en cuanto a dieta y ejercicio quienes presentan comportamientos más saludables (13) por lo que resulta de mayor interés aún la promoción de hábitos saludables en este colectivo.

Las actividades grupales en las que se hace al sujeto partícipe del proceso son más eficaces (2) por eso durante la intervención se les consultó respecto a sus impresiones al realizar la ruta y se les pidió que diseñaran un plan de acción a un grupo de población. De esta manera fueron también conscientes de las dificultades que presenta la planificación en Educación para la Salud y comprobaron en primera persona lo complicado que es el cambio de hábitos.

El paso por la universidad no parece ejercer ninguna influencia en la práctica de ejercicio físico de los estudiantes (14). La Red Española de Universidades Saludables (REUS) está formada por una serie de instituciones que promueven la creación de ambientes saludables en el entorno universitario (15). Actualmente, nuestra Universidad, en Castilla-La Mancha, no forma parte de este grupo de instituciones involucradas en la promoción de la salud, pero, el hecho de colaborar en la implementación de las Rutas



Saludables en la ciudad de Toledo, parece indicar un interés de nuestros gestores universitarios en promover los entornos saludables. Y es que este ámbito es un lecho sobre el que se posibilita la adquisición de hábitos saludables a los jóvenes; la planificación de actividades deportivas universitarias y su publicidad, o la inclusión de ejercicio físico en los planes de estudio se perfilan como elementos favorecedores (16). El haber incluido en el transcurso de una asignatura elementos motivadores y actividad física y haber obtenido resultados satisfactorios parece que confirma esta propuesta.

Al igual que los alumnos, pensamos que una actividad puntual no promueve cambio de hábitos, por lo que se requiere una intervención más prolongada en el tiempo. En nuestro caso, la experiencia ha tenido la duración de un cuatrimestre, que es el momento en que la asignatura se desarrolló. Esta es una de las limitaciones de esta experiencia, ya que no se ha medido el cumplimiento de las recomendaciones más allá de la duración de la misma. Para valorar el efecto en el tiempo de este tipo de experiencias y darle continuidad se podría aplicar este tipo de intervención a lo largo de todo el Grado. Los estudios de Enfermería en nuestra comunidad incluyen en sus planes de estudio la materia Enfermería Familiar y Comunitaria repartida durante los tres primeros cursos, por lo que creemos interesante la inclusión de este tipo de iniciativas, que trascienden los contenidos teóricos, durante toda la duración de los estudios universitarios; esto mejoraría la interiorización de la importancia de la promoción de la salud e incluso el cambio hacia hábitos más saludables de nuestro alumnado.

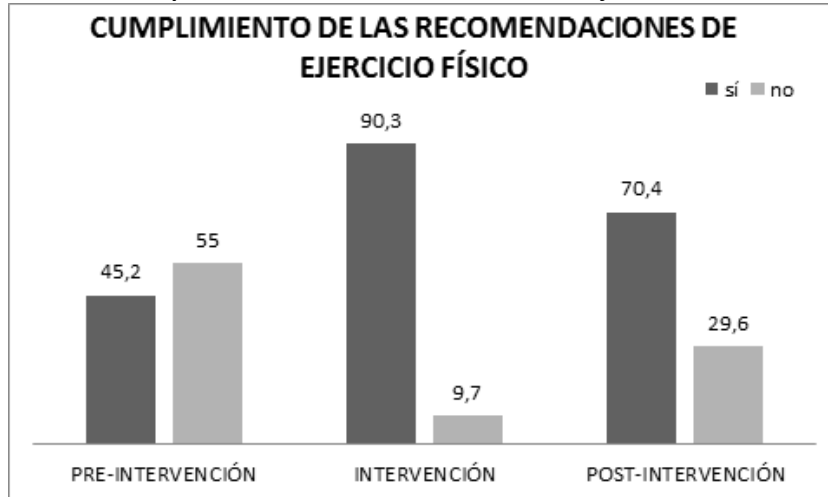
## BIBLIOGRAFÍA

1. OMS. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. 1986.
2. March S, Torres E, Ramos M, Ripoll J, Garcia A, Bullete O, et al. Adultcommunityhealth-promotinginterventions in primaryhealthcare: A systematicreview. *PrevMed.* 2015;76 Suppl:S94-104.
3. Rubio-Valera M, Pons-Vigues M, Martinez-Andres M, Moreno-Peral P, Berenguera A, Fernandez A. Barriers and facilitatorsfortheimplementation of primaryprevention and healthpromotionactivities in primarycare: a synthesis through meta-ethnography. *PLoSOne.* 2014;9(2):e89554.
4. Hutchinson J, Emerick J, Saxena H. TheFuture of PediatricObesity. *Prim Care.* 2016;43(1):1-17, vii.
5. Arundell L, Fletcher E, Salmon J, Veitch J, Hinkley T. A systematicreview of theprevalence of sedentarybehaviorduringtheafter-schoolperiodamongchildrenaged 5-18 years. *Int J BehavNutrPhysAct.* 2016;13:93.
6. Aceijas C, Waldhausl S, Lambert N, Cassar S, Bello-Corassa R. Determinants of health-relatedlifestylesamonguniversitystudents. *PerspectPublicHealth.* 2016.
7. Moreno Collazos JE, Cruz Bermudez HF, Fonseca AA. Evaluación de razones de prevalencia para sedentarismo y factores de riesgo en un grupo de estudiantes universitarios. Chía. Colombia. *Enfermería Global: Revista electrónica semestral de enfermería [Internet].* 2014; 13:[114-22 pp.].
8. Plotnikoff RC, Costigan SA, Williams RL, Hutchesson MJ, Kennedy SG, Robards SL, et al. Effectiveness of interventionstargetingphysicalactivity, nutrition and healthyweightforuniversity and collegestudents: a systematicreview and meta-analysis. *Int J BehavNutrPhysAct.* 2015;12:45.
9. BOE. Resolución de 17 de febrero de 2010, de la Universidad de Castilla-La Mancha, por la que se publica el plan de estudios de Graduado en Enfermería. 2010.
10. WHO. Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud. Geneva: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. 2010.
11. Hernandez-Diaz J, Paredes-Carbonell JJ, Marin Torrens R. [How to design workshops to promotehealth in communitygroups]. *Aten Primaria.* 2014;46(1):40-7.
12. Deforche B, Van Dyck D, Deliens T, De Bourdeaudhuij I. Changes in weight, physicalactivity, sedentarybehaviour and dietaryintakeduringthetransition to highereducation: a prospectivestudy. *Int J BehavNutrPhysAct.* 2015;12:16.
13. Irazusta A, Gil S, Ruiz F, Gondra J, Jauregi A, Irazusta J, et al. Exercise, physical fitness, and dietaryhabits of first-yearfemalenursingstudents. *Biol Res Nurs.* 2006;7(3):175-86.
14. Pastor AM, Galindo SB, Hernandez ML, Navarro AM, Bernal CC, Aleman JA. [Associationbetweentheconsumption of tobacco and alcohol and physicalexercisewhile at university]. *Aten Primaria.* 2009;41(10):558-63.
15. Ministerio de Sanidad SSeI. Red Española de Universidades Saludables (REUS) [Availablefrom: <https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/UniversidadesSaludables/REUS.htm>].

16. Deliens T, Deforche B, De Bourdeaudhuij I, Clarys P. Determinants of physical activity and sedentary behaviour in university students: a qualitative study using focus group discussions. BMC Public Health. 2015;15:201.

**GRÁFICOS Y/O TABLAS**

**Gráfico 1. Cumplimiento de las recomendaciones de ejercicio físico antes, durante y después de la ruta.**



**Imagen 1. Plano del casco histórico de Toledo. Marcado en rojo se señala la ruta realizada.**



**Tabla 1. Cumplimiento y relación de las recomendaciones antes y después de la intervención.**

		POSTINTERVENCIÓN		Total	Prueba de McNemar
		SÍ	NO		
PREINTERVENCIÓN	SÍ	18	4	33	0,019*
	NO	15	11	15	
Total		22	26	48	

\* $p < 0,05$

**ID50:****PATRONES DE ACTIVIDAD FÍSICA Y SUEÑO DURANTE EMBARAZO Y PUERPERIO EN GESTANTES DE TOLEDO**

Cristina Romero Blanco<sup>1</sup>, Minerva Velasco Abellán<sup>2</sup>, Aranzazú Muñoz Muñoz<sup>3</sup>, Sagrario Gómez Cantarino<sup>1</sup>.

1. Departamento de Enfermería, Fisioterapia y Terapia Ocupacional de la Universidad de Castilla la Mancha.
2. Complejo Hospitalario de Toledo (SESCAM)
3. Gerencia de Atención Primaria. Toledo. (SESCAM)

[cristina.romero@uclm.es](mailto:cristina.romero@uclm.es)

**RESUMEN****INTRODUCCIÓN**

Durante el embarazo se recomienda la práctica de ejercicio de forma regular. El mejor modo de cuantificar la cantidad de actividad física realizada por un sujeto es la utilización de la acelerometría.

**OBJETIVOS**

Este proyecto pretende medir los niveles de actividad física y sueño en un grupo de mujeres a lo largo de su embarazo y puerperio.

**MATERIAL Y MÉTODOS**

Estudio de cohortes con una duración de dos años dirigido a las embarazadas de Toledo.

Se valorará la actividad física desarrollada por las participantes mediante un acelerómetro. Todas las embarazadas rellenarán un diario de sueño; también se tomarán datos sociodemográficos, antropométricos y obstétricos (datos de embarazo, parto, neonato y puerperio).

**RELEVANCIA**

Este proyecto incluye de forma novedosa la cuantificación durante el puerperio para poder dirigir la atención de los Programas de Educación para la Salud no solo a la mejora de hábitos durante el embarazo, sino también después.

**ABSTRACT****INTRODUCTION**

During pregnancy, regular exercise is recommended. The best way to quantify the amount of physical activity performed by a subject is the use of accelerometry.

**OBJECTIVES**

This project aims to measure levels of physical activity and sleep in a group of women throughout their pregnancy and puerperium.

**MATERIAL AND METHODS**

Study of cohorts with a duration of two years addressed to the pregnant women of Toledo.

Physical activity developed by the participants will be assessed using an accelerometer. All pregnant women will fill in a sleep diary; Sociodemographic, anthropometric and obstetric data (pregnancy, delivery, neonatal and puerperium data) will also be taken.

**RELEVANCE**

This project includes, in a novel way, the quantification during the puerperium in order to direct the attention of the Health Education Programs not only to the improvement of habits during pregnancy, but also afterwards.

**PALABRAS CLAVE**

Embarazo, Periodo postparto, acelerometría, ejercicio, sueño.  
Pregnancy, Postpartum Period, accelerometry, exercise, sleep.

**INTRODUCCIÓN**

A lo largo del embarazo se aconseja realizar actividad física (AF) para mantener o mejorar el nivel de salud durante este período(1). La OMS, en su documento de recomendaciones de Actividad Física, reconoce que en el colectivo de embarazadas son necesarias más investigaciones para poder dar pautas adecuadas durante esta etapa de la mujer y determina las consideraciones generales respecto a la realización de actividad física en el adulto, que incluyen realizar a la semana un mínimo de 75 minutos de actividad vigorosa o 150 minutos de actividad moderada además de incluir ejercicios de fortalecimiento de grandes grupos musculares(2).

Las recomendaciones del Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología establecen que se deberían realizar al menos 20 o 30 minutos de actividad física moderada todos o casi todos los días (3); esto permitiría a las mujeres un mejor control de peso durante el embarazo, menor riesgo de diabetes gestacional, y mejor bienestar psicológico. Aunque emite estas recomendaciones, el propio Colegio, insiste en la importancia de realizar más estudios para buscar el efecto más beneficioso para la salud materno-fetal.

A pesar de la necesidad de realizar investigaciones que confirmen la pauta correcta de ejercicio durante el embarazo, que conduzca a mayores beneficios en salud, son numerosos los estudios que han mostrado el efecto beneficioso de la práctica habitual de ejercicio durante la gestación incluyendo una menor ganancia de peso durante el embarazo y menor riesgo de hipertensión(4), así como un menor riesgo de diabetes gestacional(5). Parecen también, obtenerse efectos beneficiosos a nivel psicológico, tanto durante la gestación como en el postparto(6). Por el contrario, hay también algunos estudios que no encuentran diferencias tras la realización de ejercicios durante el embarazo o incluso presentan resultados poco satisfactorios frente a otras mujeres más sedentarias(7, 8).

El ejercicio llevado a cabo durante el embarazo suele ser de poca intensidad y habitualmente las actividades suelen ser la marcha o ejercicios acuáticos(9). La actividad física de intensidad moderada (entre 3 y 6 METs) se corresponde con una velocidad en torno a los 5-7 km/h(10).

Junto a la práctica de actividad física, a la embarazada también se le recomienda, como hábito saludable durante la gestación, llevar una alimentación adecuada. Se ha comprobado cómo estos dos componentes del estilo de vida están relacionados en el embarazo y, aquellas mujeres que llevan una dieta más adecuada suelen realizar más ejercicio físico(11). Una baja adhesión a la dieta mediterránea podría estar asociada a un menor tamaño uterino y disminución del peso de la placenta, así como a un bajo peso neonatal(12). La dieta también está relacionada con el riesgo de diabetes gestacional en la madre(13) y se ha visto asociación entre los valores de glucosa a lo largo de todo el embarazo y la masa grasa del recién nacido, sobre todo en mujeres obesas(14).

Si durante el embarazo es importante no adquirir un excesivo peso, durante el postparto se hace necesario volver al peso previo a la gestación ya que existe relación entre el riesgo de obesidad tras el parto y un excesivo aumento de peso durante el embarazo(15) y se ha comprobado que el control de peso en el postparto, con dieta únicamente, no es tan eficaz como con la inclusión de ejercicio físico(16); por lo tanto, la promoción de hábitos saludables en cuanto a dieta y ejercicio combinados durante la gestación y posteriormente podría ser muy beneficiosa para las mujeres en este período.

La mejor manera para cuantificar realmente la actividad física realizada es a través del acelerómetro. Este dispositivo se ha utilizado en diversos grupos de población, incluido el colectivo de embarazadas, para controlar los niveles de actividad física y también para relacionar los datos obtenidos de esta medición con otros factores (17).

## **OBJETIVOS**

El objetivo de este estudio fue determinar a través de la acelerometría el nivel de actividad física en los tres trimestres de la gestación, así como en el postparto, y relacionarlo con otros factores ginecológicos, obstétricos y de hábitos de salud con el fin de mejorar las recomendaciones de Actividad Física, así como adecuar los programas de Educación para la Salud en este colectivo.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

El proyecto se desarrollará mediante un estudio de cohortes con una duración de dos años en el ámbito del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, en la provincia de Toledo. Contará con la participación de cuatro Centros de Salud y con su correspondiente hospital de referencia.

Las mujeres participantes en el proyecto serán reclutadas durante las 12-14 semanas de gestación en la consulta de Atención Primaria de los Centros de Salud colaboradores. Las embarazadas objeto de este

estudio, serán invitadas a participar en el mismo tras haber sido informadas por uno de los miembros del equipo investigador de los detalles relativos al proyecto. Para formar parte del estudio, deberán firmar el consentimiento informado y cumplir los criterios de inclusión.

Se seleccionarán mujeres embarazadas que cumplan los siguientes requisitos:

- De 18 a 40 años y edad gestacional menor de 14 semanas.
- Con cualquier nivel de AF previa o durante la gestación actual.
- Con feto único.
- Que realicen el control de la gestación en la consulta de Atención Primaria de los centros de salud colaboradores con el proyecto.
- Intención de parto en el Hospital Virgen de la Salud de Toledo.
- Que comprendan el castellano hablado y escrito.

No podrán formar parte del estudio aquellas mujeres que:

- No tengan su lugar de residencia en Toledo provincia.
- Con trastornos previos que contraindiquen o limiten la realización de AF en el momento del reclutamiento (aquellas que tengan una o más contraindicaciones para realizar AF según el American College of Obstetrics and Gynecology (ACOG).
- Con diabetes pregestacional, insuficiencia renal y/o hipertensión pregestacional.
- Hayan tenido más de un aborto previo.

Se valorarán variables obtenidas en cinco tiempos: primer, segundo, tercer trimestre de gestación, parto y puerperio. A lo largo del estudio, se colocará a las participantes el acelerómetro GT3X (ActiGraph) para realizar una cuantificación objetiva de actividad física durante 7 días de duración en cuatro ocasiones: primer trimestre, segundo trimestre, tercer trimestre y postparto.

Un miembro del equipo investigador, recogerá mediante entrevista y consulta de la historia obstétrica, las siguientes variables:

- Sociodemográficas (edad, estado civil, país de origen, nivel de estudios, nivel económico, situación laboral)
- Variables antropométricas:
  - Peso.
  - Talla.
  - IMC.
  - Peso anterior al embarazo y ganancia final de peso durante el embarazo
- Perfil de AF previo a la gestación.
  - Indicación previa sobre AF aconsejable durante el embarazo por parte de algún profesional (Ginecólogo y/o Matrona y/o Enfermera).
  - Perfil de AF antes del embarazo
  - Auto evaluación del nivel de AF antes del embarazo
  - Cambio de nivel de AF tras el embarazo
  - Razones que dificultan realizar ejercicio durante el embarazo
  - Hábitos de AF del marido/pareja
  - Problema de salud previo al embarazo
- Variables obstétricas:
  - ✓ *Datos de embarazo:*
    - Edad Gestacional (semanas + días).
    - Alto riesgo y motivo.
    - Hábito tabáquico durante el embarazo: nº cig/día.
    - Medicación durante el embarazo.
    - Síntomas de disconfort durante el embarazo.
    - Problemas médicos durante el embarazo.
    - Intención de analgesia durante el parto.
    - Deseo de parto de baja intervención.
  - ✓ *Datos del parto:*
    - Edad gestacional (semanas + días).
    - Comienzo del parto: Espontáneo/Inducido (motivos).
    - Amniorresis: Espontánea/Artificial.
    - Color Líquido Amniótico.

- Tiempo total de bolsa rota: minutos.
- Dilatación al ingreso en paritorio: centímetros.
- Administración de oxitocina durante la dilatación.
- Administración de analgesia durante el parto, tipo y motivos.
- Posición durante la fase de dilatación.
- Tipo de parto. Razón de instrumentación.
- Episiotomía y/o desgarros.
- Tipo de alumbramiento.
- Duración de primera y segunda etapa del parto (min).
- Duración de expulsivo activo y pasivo (min).
- ✓ *Datos del neonato:*
  - Peso (gramos).
  - Sexo: Hombre/Mujer
  - Apgar al minuto/5 minutos.
  - Tipo de reanimación (I/II/III/IV).
  - pH de cordón (especificar arterial o venoso) y pH intraútero (si se hace).
  - Alteraciones de la FCF durante el parto.
  - Pinzamiento del cordón: Precoz/Tardío.
  - Ingreso en Neonatos. Razón.
  - Presencia de circulares de cordón. Tipo.
  - Contacto inmediato piel-con-piel. Tiempo.
  - Deseo de lactancia materna. Enganche al pecho eficaz en 2 primeras horas de puerperio inmediato.
- ✓ *Datos del puerperio:*
  - Hemorragia: Fisiológica/Moderada/Grave.
  - Administración de Oxitocina.
  - Estado del periné.
  - Complicaciones durante el puerperio.

Se cumplimentarán los cuestionarios de Actividad Física (PregnancyPhysicalActivityQuestionnaire, PPAQ), de síntomas del embarazo (PregnancySymptomsInventory, PSI) y se les entregará un diario de sueño.

Además, se le realizará un cuestionario de adherencia a la dieta mediterránea (PREDIMED) y de hábitos nutricionales (YANA-C).

Se explicará el funcionamiento del acelerómetro, tanto verbalmente como por escrito, y se le colocará para que lo lleve puesto durante una semana.

VARIABLES INDEPENDIENTES:

- Actividad física (AF)
- Hábitos nutricionales
- Sueño

### ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se utilizarán modelos de regresión para conocer la relación entre una variable dependiente y el estado de salud de los pacientes, medido a través de una o más variables explicativas que recogen la exposición a un factor de riesgo.

El cálculo de tamaño de muestra se ha llevado a cabo usando *Epidat 4.1*, usando una razón de expuestos/no expuestos 1. Asumimos una prevalencia en el grupo de mujeres expuestas (sedentarias) del 14% y en el grupo de no expuestas (activas según criterios vigentes del American College of Sports Medicine- 30 minutos/día de ejercicio de moderada intensidad todos o casi todos los días hasta acumular un mínimo de 120 min/semana) de un 3%, con una potencia del 80%.

Con estas premisas el número de embarazadas a incluir en el estudio es de 194. A esta cifra se le ha de sumar un 5% de posible no respuesta (mujeres que no desean participar en el estudio).

## RELEVANCIA

El presente proyecto pretende valorar la cantidad de actividad física realizada a lo largo del embarazo y en el postparto de un grupo de mujeres sanas. Los hallazgos encontrados en este estudio se pondrán en relación con el resto de variables analizadas para poder ajustar los programas de Educación Maternal comunitarios y realizar un mejor consejo de ejercicio y obtener mayores beneficios para la mujer y el recién nacido en esta etapa.

La actividad física durante la gestación suele verse disminuida, tal y como Nascimento et al. comprobaron, ya que la mitad de las mujeres de su estudio interrumpieron su actividad física durante el embarazo. La adherencia a la práctica de actividad física durante el embarazo tiene que ver con diversos factores, tales como, el hábito de realizar ejercicio previamente, el nivel de estudios, o el número de gestación del que se trate; pero también con factores del entorno sanitario, como la indicación de pautas de ejercicio desde la consulta (9). Nuestro interés es adaptar esas pautas a las necesidades específicas de cada mujer y motivarle para que las realice adecuadamente. Para ello, debemos darle información de los riesgos-beneficios de la práctica de actividad física y proponer un programa que se ajuste a sus gustos y preferencias basándonos en la evidencia científica.

Estamos tratando, por tanto, de modificar hábitos de vida en la mujer embarazada. No solo para evitar problemas durante la gestación, sino que perduren en el tiempo. A diferencia del embarazo, existen pocos estudios que hayan cuantificado objetivamente la actividad física durante el postparto (18-21). Por ello, creemos que es importante no solo realizar la valoración durante el período gestacional sino también a lo largo del postparto ya que, en muchos casos, la mayor parte del tiempo suele estar dedicado a tareas de intensidad ligera por el gran tiempo que se le dedica al cuidado del bebé y a las actividades domésticas, entre otros(18).

Las acciones puestas en marcha durante la gestación respecto a cambios en el estilo de vida pueden ser duraderas y permiten también modificar parámetros a nivel bioquímico. En nuestro estudio, se recogerán múltiples variables bioquímicas que podremos relacionar con la medición de la acelerometría y ver si el riesgo de determinadas enfermedades se ve modificado en función de la actividad física realizada; por ejemplo, los valores de glucosa nos podrán orientar respecto a una diabetes gestacional. Pérez-Ferre et al. (2015) realizaron una intervención en un grupo de mujeres con diabetes gestacional consistente en modificación de hábitos alimenticios y práctica de ejercicio físico y observaron que el riesgo de desarrollar una diabetes tipo 2 en el futuro se veía disminuida en el grupo de intervención con respecto al grupo control(22). Desde nuestro punto de vista, resulta importante evitar que la mujer desarrolle una diabetes gestacional, por tanto, nuestro interés no solo se centra en modificar el estilo de vida de la mujer ya diagnosticada de algún problema relacionado con la gestación, sino anticiparnos a este problema promoviendo una modificación de hábitos de forma precoz.

En nuestro estudio valoraremos también la adhesión a la dieta mediterránea. Las proteínas y albumina, junto con la glucosa orientan sobre la alimentación de cualquier persona, son parámetros específicos para determinar si nuestros pacientes están perfectamente nutridos. Por tanto, la buena realización de la dieta mediterránea de 2000 cal en la mujer gestante, tiene que llevar aparejados valores dentro de límites para: proteínas, albumina y glucosa. Será importante también reclutar estos parámetros ya que pueden estimar el riesgo de otras patologías como la preeclampsia(23, 24).

Actualmente varios proyectos están llevando a cabo esta necesidad de mayores investigaciones respecto a la cuantificación de la actividad física de la mujer(25), y al igual que en nuestro caso se establece la necesidad de estudiar no solo la actividad física llevada a cabo durante la gestación sino continuar valorando en el período del postparto, incluso varios meses después del parto(26).

El acelerómetro es un aparato que ofrece datos con mucha exactitud y que deben ser analizados por un investigador experto. Existen otros medios de valoración de la actividad física como los cuestionarios autoadministrados o el podómetro. Se ha visto que este último podría ser un indicador fiable en cuanto al número de pasos totales respecto al captado por el acelerómetro (27) por lo que se podría incorporar como elemento motivador en los programas de educación maternal para que cada mujer sea consciente de la actividad realizada diariamente y le sirva de estímulo de mejora. Tras nuestro estudio podremos fomentar el uso adecuado de este dispositivo.

Podemos concluir, que los resultados de nuestro estudio permitirán proponer opciones de mejora de los programas comunitarios actuales gracias a todos los parámetros recogidos y su posterior análisis.

**BIBLIOGRAFÍA:**

1. Melzer K, Schutz Y, Soehnchen N, Othenin-Girard V, Martinez de Tejada B, Irion O, et al. Effects of recommended levels of physical activity on pregnancy outcomes. *Am J ObstetGynecol.* 2010;202(3):266.e1-6.
2. WHO. WHO Guidelines Approved by the Guidelines Review Committee. Global Recommendations on Physical Activity for Health. Geneva: World Health Organization; 2010.
3. Exercise during pregnancy and the post partum period. *ClinObstetGynecol.* 2003;46(2):496-9.
4. Muktabhant B, Lawrie TA, Lumbiganon P, Laopaiboon M. Dietorexercise, orboth, forpreventingexcessiveweightgain in pregnancy. *Cochrane DatabaseSyst Rev.* 2015(6):Cd007145.
5. Sanabria-Martinez G, Garcia-Hermoso A, Poyatos-Leon R, Alvarez-Bueno C, Sanchez-Lopez M, Martinez-Vizcaino V. Effectiveness of physicalactivityinterventionsonpreventinggestational diabetes mellitus and excessive maternal weightgain: a meta-analysis. *Bjog.* 2015;122(9):1167-74.
6. Norman E, Sherburn M, Osborne RH, Galea MP. Anexercise and educationprogramimproveswell-being of new mothers: a randomizedcontrolled trial. *PhysTher.* 2010;90(3):348-55.
7. Vallim AL, Osis MJ, Cecatti JG, Baciuk EP, Silveira C, Cavalcante SR. Waterexercises and quality of lifeduringpregnancy. *ReprodHealth.* 2011;8:14.
8. Magann EF, Evans SF, Weitz B, Newnham J. Antepartum, intrapartum, and neonatal significance of exerciseonhealthylow-riskpregnantworkingwomen. *ObstetGynecol.* 2002;99(3):466-72.
9. Nascimento SL, Surita FG, Godoy AC, Kasawara KT, Morais SS. PhysicalActivityPatterns and FactorsRelated to ExerciseduringPregnancy: A Cross SectionalStudy. *PLoSOne.* 2015;10(6):e0128953.
10. Haskell WL, Lee IM, Pate RR, Powell KE, Blair SN, Franklin BA, et al. Physicalactivity and publichealth: updatedrecommendationforadultsfromthe American College of Sports Medicine and the American HeartAssociation. *MedSciSportsExerc.* 2007;39(8):1423-34.
11. Olmedo-Requena R, Fernandez JG, Prieto CA, Moreno JM, Bueno-Cavanillas A, Jimenez-Moleon JJ. Factors associated with a low adherence to a Mediterranean diet pattern in healthy Spanish women before pregnancy. *PublicHealthNutr.* 2014;17(3):648-56.
12. Timmermans S, Steegers-Theunissen RP, Vujkovic M, den Breeijen H, Russcher H, Lindemans J, et al. TheMediterraneandiet and fetal sizeparameters: theGeneration R Study. *Br J Nutr.* 2012;108(8):1399-409.
13. Karamanos B, Thanopoulou A, Anastasiou E, Assaad-Khalil S, Albache N, Bachaoui M, et al. Relation of theMediterraneandietwiththeincidence of gestational diabetes. *Eur J ClinNutr.* 2014;68(1):8-13.
14. Renault KM, Carlsen EM, Norgaard K, Nilas L, Pryds O, Secher NJ, et al. Intake of carbohydratesduringpregnancy in obesewomenisassociatedwithfatmass in thenewbornoffspring. *Am J ClinNutr.* 2015;102(6):1475-81.
15. Amorim AR, Rossner S, Neovius M, Lourenco PM, Linne Y. Doesexcesspregnancyweightgainconstitute a majorriskforincreasinglong-term BMI? *Obesity (Silver Spring).* 2007;15(5):1278-86.
16. Amorim AR, Linne YM, Lourenco PM. Dietorexercise, orboth, forweightreduction in womenafterchildbirth. *Cochrane DatabaseSyst Rev.* 2007(3):Cd005627.
17. Aguilar Cordero MJ, SanchezLopez AM, Guisado Barrilao R, RodriguezBlanque R, Noack Segovia J, Pozo Cano MD. [Accelerometerdescription as a method to assessphysicalactivity in differentperiods of life; systematicreview]. *NutrHosp.* 2014;29(6):1250-61.
18. Ainsworth BE, Keller C, Herrmann S, Belyea M, Records K, Nagle-Williams A, et al. Physicalactivity and sedentarybehaviors in postpartum Latinas: Madres para la Salud. *MedSciSportsExerc.* 2013;45(7):1298-306.
19. Evenson KR, Herring AH, Wen F. Self-Reported and objectivelymeasuredphysicalactivityamong a cohort of postpartumwomen: the PIN PostpartumStudy. *J PhysActHealth.* 2012;9(1):5-20.
20. Evenson KR, Brouwer RJ, Ostbye T. Changes in physicalactivityamongpostpartumoverweight and obesewomen: resultsfromthe KAN-DO Study. *WomenHealth.* 2013;53(3):317-34.
21. Albright CL, Steffen AD, Wilkens LR, White KK, Novotny R, Nigg CR, et al. Effectiveness of a 12-month randomizedclinical trial to increasephysicalactivity in multiethnicpostpartumwomen: resultsfromHawaii'sNaMikimiki Project. *PrevMed.* 2014;69:214-23.



22. Perez-Ferre N, Del Valle L, Torrejon MJ, Barca I, Calvo MI, Matia P, et al. Diabetes mellitus and abnormal glucose tolerance development after gestational diabetes: A three-year, prospective, randomized, clinical-based, Mediterraneanlifestyleinterventionalstudywithparallelgroups. *ClinNutr.* 2015;34(4):579-85.
23. Rebelo F, Schlussek MM, Vaz JS, Franco-Sena AB, Pinto TJ, Bastos FI, et al. C-reactive protein and laterpreeclampsia: systematicreview and meta-analysis taking into account the weight status. *J Hypertens.* 2013;31(1):16-26.
24. Than NN, Neuberger J. Liver abnormalities in pregnancy. *Best Pract Res ClinGastroenterol.* 2013;27(4):565-75.
25. Poyatos-Leon R, Sanabria-Martinez G, Garcia-Prieto JC, Alvarez-Bueno C, Pozuelo-Carrascosa DP, Cavero-Redondo I, et al. A follow-up study to assess the determinants and consequences of physical activity in pregnant women of Cuenca, Spain. *BMC PublicHealth.* 2016;16:437.
26. Chasan-Taber L, Marcus BH, Rosal MC, Tucker KL, Hartman SJ, Pekow P, et al. Proyecto Mama: a lifestyleintervention in overweight and obeseHispanicwomen: a randomisedcontrolled trial--studyprotocol. *BMC PregnancyChildbirth.* 2015;15:157.
27. Harrison CL, Thompson RG, Teede HJ, Lombard CB. Measuringphysicalactivityduringpregnancy. *Int J BehavNutrPhysAct.* 2011;8:19.

**ID52:**

**ESTUDIO EVALUATIVO DE CORTE CUALITATIVO DEL PILOTAJE DEL PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD “FAMILIARIZATE CON BUENOS HÁBITOS... CRECIENDO EN SALUD”.**

Itsaso Martínez Aramberri<sup>1</sup>, Yurema Lana Gonzalez<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Organización Central Osakidetza,<sup>2</sup> OSI Araba.  
[itsaso.martinezaramberri@osakidetza.eus](mailto:itsaso.martinezaramberri@osakidetza.eus);  
[yurema.lanagonzalez@osakidetza.eus](mailto:yurema.lanagonzalez@osakidetza.eus)

**RESUMEN**

*Este proyecto de investigación pretende evaluar el impacto en el aprendizaje de los padres, madres y niñas/os, participantes en el programa de educación para la salud titulado “Familiarízate con Buenos Hábitos... creciendo en salud”. Programa cuyos contenidos pretenden mejorar los hábitos alimentarios y de actividad física de las niñas/os en el núcleo familiar. Diseñado para llevarse a cabo en el entorno escolar, con sesiones de dirigidas por enfermas de atención primaria. Este proyecto propone una evaluación de corte cuasi experimental, para valorar la experiencia de aprendizaje de sus participantes.*

**ABSTRACT**

This research project aims to assess the learning impact that the health program named “*Get familiar with good habits...growing in a healthy environment*” had on fathers, mothers and children who took part in it. The content of this program is directed towards the improvement of eating and physical activity habits of children within their nuclear family. It has been designed to be applied in the school environment and its methodology consists in five sessions run by community nurses. This project measures the learning experience of the participants using a quasi-experimental evaluation method.

**PALABRAS CLAVE**

Sobrepeso Infantil, Salud en familia, Prevención Primaria; Evaluación Educativa; Educación Basada en Competencias.  
 Child overweight; Family Health; Primary Prevention; Education Measurement; Competency Based Education.

**INTRODUCCIÓN**

Este documento describe una propuesta de pilotaje y evaluación del Programa de Educación para la Salud, “**FamiliarizaTe con buenos hábitos... creciendo en salud**” diseñado por dos residentes de Enfermería Familiar y Comunitaria, durante su primer año de residencia. Programa que nace, de la necesidad expresada por parte de profesionales del Colegio Público Ramón Bajo de Vitoria-Gasteiz, que detectaron conductas poco adecuadas en cuanto a alimentación en niños en edades tempranas, y en trabajo colaborativo con los profesionales de enfermería del Centro de Salud Casco Viejo.

**Antecedentes y estado actual del tema**

Por primera vez en la historia humana, hay más personas en el mundo con sobrepeso y obesidad (2100 millones) que con bajo peso y se prevé que en los próximos 30 años, esta cifra se doble (3) .La Organización Mundial de la Salud define la obesidad y el sobrepeso como “**la pandemia del siglo XXI**” (4).

En la Encuesta de Nutrición de la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV) de 2005 el 12.2% de la población infantil entre 4 y 18 años era obesa. (1).

Más próximo a nuestra población, encontramos el Informe sobre hábitos alimentarios de la población de Vitoria, del año 2006. Por aquel entonces, los datos reflejados en este estudio ya dejaban constancia de la alta prevalencia de sobrepeso (29,5%) y obesidad (9,6%) en los habitantes vitorianos (5) .Ya fuera por calidad o por variedad de los alimentos incluidos en los menús diarios, quedaba en evidencia que un importante número de niños vitorianos, no presentaba una situación nutricional adecuada así como, unos hábitos de actividad física recomendados para mantener un peso saludable (5).

Dada la magnitud del problema, son varias las estrategias (Estrategia NAOS, Programa PERSEO, etc...) y planes de salud que recogen entre sus objetivos, reducir la obesidad infantil mediante planes de prevención con medidas basadas en la actividad física y alimentación saludable.

Abordar el problema del exceso de peso y obesidad infantil, parte de la necesidad de combinar una alimentación nutricionalmente completa y equilibrada que permita un crecimiento adecuado, el incremento de la actividad física y la modificación de actitudes y comportamientos alimentarios y de hábitos de vida, tanto del niño como de su entorno familiar directo. Para ello es imprescindible centrar la atención en la salud general del niño y de sus padres, no sólo en el peso y la alimentación dado que es un problema que engloba las áreas social, física y emocional.

Además consideramos importante tener en cuenta, la influencia de las variables económicas y *culturales*<sup>1</sup>, y cómo estas influyen directamente en el establecimiento de hábitos intrafamiliares. Vivimos en una sociedad que ha evolucionado e integrado como propias conductas favorecedoras de la obesidad y el sobrepeso. La urbanización progresiva, la disponibilidad alimentaria en la red comercial, muy influenciada por las políticas de marketing y publicidad hacen que la elección de los alimentos se fundamente más en sus formatos y facilidad de consumo en detrimento a su valor nutricional. Los productos manufacturados poseen un bajo valor nutricional pero alto energético, así como de azúcares simples y sodio. Lo que en ocasiones supone dietas de excesivo valor en calorías, sal y azúcar, que superan las necesidades de los niños (6) (3).

Hasta la fecha, otras experiencias educativas puestas en marcha con el objetivo de mejorar los índices de obesidad y sobrepeso en poblaciones infantiles, con abordaje familiar y escolar, ponen de manifiesto datos esperanzadores. Los cambios antropométricos, dietéticos y psicológicos evaluados tras la aplicación del programa "*Niñ@s en movimiento*", programa dirigido a modificar los hábitos alimentarios, los estilos de vida y los trastornos emocionales en niños obesos de 6 a 12 años y sus familias, concluyó con excelentes resultados. Se evaluó que el 88.9% de los niños a los que se dirigió el programa presentaron una disminución del IMC, un aumento considerable de la calidad de la dieta y una disminución de los rasgos de depresión y ansiedad (2) .

El programa ***SI! ( Salud Integral)*** dirigido a población infantil para promover la salud cardiovascular en niños de 3 a 5 años de edad y aplicado en el ámbito escolar, concluyó con mejoras significativas en todos los índices de conocimiento, actitud y hábitos en las escuelas que recibieron la intervención. Además se observó que estas diferencias se mantuvieron durante 36 meses tras la intervención, lo que indica que los hábitos que se adquieren en esas edades persisten (7).

Desarrollar y evaluar la efectividad de estrategias para mejorar las capacidades de la población infantil, para que esta pueda vivir saludablemente, con un abordaje familiar teniendo presente el principio de **parentalidad positiva**<sup>2</sup>, centrada en las dificultades reales percibidas, creemos que mejorará las oportunidades sociales y afectivas así como reducirá los riesgos físicos y emocionales a desarrollar patologías.

La mayoría de las evaluaciones de intervenciones en este sentido, tienen un corte cuantitativo. Este proyecto pretende añadir un enfoque cualitativo a la evaluación del proceso que facilite la comprensión más profunda de la experiencia, además de motivar el trabajo en colaboración multiprofesional e integrado a nivel comunitario. Pretendemos llevar a cabo un estudio evaluativo pre y post intervención de corte cuali / cuantitativo, en el que podamos identificar que variables y factores son los más influyentes a la hora de establecer buenos hábitos de alimentación y de actividad física dentro de las unidades familiares así como evaluar la consecución de los objetivos propuestos en el diseño del programa y su satisfacción global.

---

<sup>1</sup> Cuidados culturalmente coherentes se define como todos los actos y decisiones asistenciales, de apoyo facilitación o capacitación, que se ajustan cognitivamente a los valores culturales, creencias y formas de vida de la persona, grupos o instituciones, con la finalidad de proporcionar bienestar o cuidados significativos y satisfactorios.

<sup>2</sup> Dotar a los padres de conocimientos y habilidades suficientes para hacer frente al reto de criar a sus hijos en la sociedad actual, haciendo frente a las dificultades reales diarias identificadas supondrá, un aporte a las comunidades de familias que puedan obrar como agentes de salud comunitarios, influenciado positivamente en sus entornos más próximos.

En relación a la metodología educativa, sabemos que existen y han existido muchas formas de abordar la educación de las personas con necesidades de aprendizaje, tantas formas como profesionales involucrados y sus diferentes maneras de entender los procesos de educación. A su vez, estos están influenciados por los contextos socio- económicos-históricos y culturales en los que desarrollan. Los principios de aprendizaje en los que se sustenta el programa de educación para la salud a evaluar, se aleja de los que prescriben comportamientos definidos por los expertos y hacen patas de conductas saludables. Su intención es la de realizar un trabajo en el que consigamos movilizar los propios recursos individuales de las personas a las que va dirigido para que estas desarrollen capacidades, que les permitan tomar decisiones conscientes y autónomas sobre su propia salud (8) (9).

El Programa de Educación para la Salud a evaluar, adopta una perspectiva educativa fundamentada en teorías como la Teoría Social del aprendizaje o Teoría Social Cognitiva de Bandura. Desde esta perspectiva se entiende que el abordaje del cambio de conducta tiene que ser múltiple y observar a la persona de forma holística, por lo que debe contemplar los factores ambientales relacionados con los comportamientos humanos (grupos sociales, condiciones de vida, recursos, modelos culturales) y personales (creencias, actitudes, valores, emociones y habilidades).

El rol del profesional en este tipo de trabajo educativo, es el de facilitador, ayudando, dando apoyo y orientación, a través del establecimiento de una relación profesional basada en la empatía, la confianza y soportada por unas intervenciones realistas, planificadas y adaptadas a las personas.

Se tendrá en cuenta que el aprendizaje es mucho más efectivo cuantos más canales sensoriales se utilicen y cuanta más participación exista. En este sentido, la retención de la información es mayor a cuantos más canales sensoriales (visual, auditivo, gustativo, sensitivo...) utilicemos y que se requiere de unas evaluaciones continuadas y material de apoyo para que las personas lo revisen a su ritmo de forma que puedan reforzar lo aprendido. Por otro lado, ajusta la necesidad de información y consecuentemente las estrategias pedagógicas en función a las particularidades del grupo de edad a las que van dirigidas, construyendo una relación de confianza a través del juego con los más pequeños.

## OBJETIVOS

### Principal

El objetivo prioritario de este proyecto de investigación será evaluar la experiencia y resultados de aprendizaje de los padres que participan en el Programa de Educación para la Salud **“FamiliarizaTe con buenos hábitos de salud”** diseñado para mejorar los hábitos alimentarios y de actividad física de los niños en educación infantil escolarizados en el Colegio Ramón Bajo y sus padres.

### Secundarios

- Evaluar las diferencias en los conocimientos en torno a los pilares de una alimentación saludable y respecto a la práctica de actividad física recomendada en los niños y familiares participantes al el programa de educación para la salud.
- Evaluar los cambios de actitud producidos al finalizar el programa tanto de los niños y sus familiares respecto la importancia de practicar actividad física, desarrollar menús equilibrados y mejorar hábitos entorno a la mesa.
- Evaluar si al finalizar el programa los niños y sus familiares son capaces de poner en práctica e integrar en su rutina familiar diaria las pautas de una alimentación equilibrada y una actividad física saludable.
- Evaluar los cambios en los indicadores antropométricos definidos. Índice de masa corporal (IMC) pre-post intervención y a los 6 meses de la misma en los adultos participantes y curvas de crecimiento Orbeago (Percentiles) en los menores en la misma periodicidad.
- Identificar los posibles determinantes socio-culturales y biopsicológicos que influyen en la educación sobre hábitos de vida saludables en la infancia. (padres obesos = niños obesos, factores culturales que influyan en la dieta....)
- Conocer el grado de satisfacción de los participantes adultos con el programa. Identificando puntos fuertes y áreas de mejora.

## MATERIAL Y MÉTODOS

### Diseño del estudio

Se propone un estudio evaluativo cuasiexperimental, con un enfoque cuali-cuantitativo, que pretende facilitar una comprensión profunda de la experiencia y conseguir proponer aspectos de mejora desde la experiencia de los propios participantes en el programa.

### Ámbito de estudio

El Colegio Ramón Bajo Ikastetxea de Vitoria-Gasteiz, se encuentra ubicado en el casco histórico de la ciudad, es un centro educativo público con un programa flexible que aspira a ofrecer una educación inclusiva, en la cual todas las niñas y niños puedan desarrollar sus capacidades. Ofrece educación reglada obligatoria a niñas/os desde los 3 a los 12 años. Promueven valores de integración, justicia y trabajan para asegurar una convivencia positiva entre personas de diferentes culturas de origen. La población del casco viejo de Vitoria-Gasteiz cuenta con un 18% de vecinas/os cuyos países de origen son extracomunitarios, especialmente de origen norteafricano y subsahariano, además de contar con una de las poblaciones de etnia gitana más populosa de la ciudad. Es un colegio que promueve relaciones enriquecedoras y colaborativas con su entorno, y trabaja de manera colaborativa con diferentes asociaciones y organizaciones del barrio, entre otras con el centro de salud del Casco Viejo. Este centro de salud, es promueve frecuentemente intervenciones comunitarias y que responden por una parte, a las necesidades de una población envejecida y proporcionan atención integrada a una población multicultural y en continuo crecimiento.

### Muestra:

- **Selección de la muestra**

La selección se realizará en base a los criterios de inclusión indicados. Serán los responsables docentes del centro educativo, la AMPA y los responsables administrativos del centro de salud Casco Viejo quienes realicen las labores de información y preselección de los candidatos a participar.

- **Criterios de inclusión**

- Niñas/os de edades comprendidas entre 3-6 años y escolarizados en el colegio Ramón Bajo y sus padres. Podrán acudir a las sesiones tanto la madre como el padre de cada niña/o, o si tuvieran disponibilidad ambos, participando así en pareja.
- Niñas/os y padres de cualquier nacionalidad y con conocimiento básico del idioma. Las sesiones del programa se desarrollarán en castellano en los grupos de adultos y en euskera en el grupo de menores.
- Niñas/os y padres independientemente del IMC y percentil de peso que presente al inicio de las sesiones del programa.

- **Tamaño de la muestra**

Mínimo 8 niños/as y máximo de 12.

Los menores podrán acudir acompañados por uno o dos de sus progenitores, siendo el número de la muestra de estos, de un mínimo de 8 y un máximo de 24.

- **Técnica de muestreo**

Se realizará un muestreo no probabilístico de tipo no aleatorio de conveniencia. El muestreo se llevará a cabo tras una primera preselección de los candidatos a participar en el programa de educación para la salud y siempre y cuando el número de preseleccionados sea superior a lo establecido ( 8 menores 24 adultos).

- **Variables:**

Se analizará las siguientes variables listadas a continuación:

**Edad:** Refiriéndose a la edad de los participantes en el estudio. Variable cuantitativa continua. Se medirá en el formulario de inscripción al programa, tanto la edad de los padres como la de los niñas/os que acudan a las sesiones del programa de educación para la salud. Se medirá en años y se obtendrá a partir de la fecha de nacimiento.

**Sexo:** Variable cualitativa dicotómica. Hace referencia al género masculino o femenino. Se medirá tanto en los participantes adultos como en las niñas/os a través del formulario de inscripción al programa.

**País de origen:** Lugar de nacimiento. Variable cualitativa policotómica. Se medirá esta variable en los participantes adultos a través del formulario de inscripción al programa.

**Situación laboral:** Variable dicotómica (paro o activo) hace referencia al nivel socioeconómico de las familias participantes, se medirá a través de una pregunta en el cuestionario de inscripción al programa.

**Obesidad:** Variable cuantitativa continua. IMC > 30 en padres e IMC ≥ percentil 95 en niños. Se medirá al inicio y al finalizar las sesiones del programa de educación y pasados 6 meses del mismo.

**Adherencia dieta mediterránea:** Variable policotómica que medirá el cumplimiento de los principios básicos de la dieta mediterránea recogidos y valorados en la encuesta de 14 puntos Predimed que se pasará pre y post participación en el programa educativo. Se considerará: *mala adherencia* si puntuación < 7 puntos; *adherencia moderada* si puntuación entre 7 y 10 puntos; *buena adherencia* si puntuación > 10 puntos.

**Hábitos familiares sobre alimentación y actividad física:** Esta información se recogerá a través de los grupos focales que se llevarán a cabo pre y post intervención.

**Satisfacción de los participantes:** Esta información se recogerá a través de los grupos focales que se llevarán a cabo pre y post intervención.

### **Instrumentos de valoración y recogida de datos**

Los *grupos focales pre y post intervención servirán* para elaborar el análisis cualitativo, serán grabados (voz) y transcritos.

**Peso y tallímetro.** Toma de medidas por parte de los educadores y posterior cálculo de IMC, registro de los datos en cuestionario de inscripción. Además se tomarán las mismas medidas al final del programa educativo y pasados 6 meses de la intervención.

**Encuesta 14 puntos Predimed.** Cuestionario validado utilizado en el estudio de mayor envergadura que se ha realizado sobre nutrición en España (Prevención con Dieta Mediterránea). Se busca valorar los efectos de la Dieta Mediterránea en la prevención primaria de las enfermedades crónicas.

**Cuestionario ¿Cómo cómo?** Elaboración propia y test corto de actividad física Krece-Plus, validado y aprobado en el estudio EnKid, cuyo objetivo era evaluar los hábitos alimentarios y el estado nutricional de la población infantil y juvenil española.

### **Plan de actuación, sistemática para la recogida de la información.**

Fase preliminar

Tras la prestación del programa a los responsables del centro escolar, AMPA y padres/madres interesados en la participación, las investigadoras asegurarán el material y los permisos necesarios para la puesta en marcha. (Permiso CEIC, consentimientos informados, folletos informativos y documentación gráfica para difusión y captación participantes...)

Fase de trabajo de campo. Captación

La captación de los sujetos susceptibles de participar en el proyecto se llevará a cabo por parte del profesorado del colegio, al inicio del curso escolar. El personal docente, personal administrativo y sanitario del centro de salud Casco Viejo y las investigadoras responsables recogerán los nombres de los interesados en participar.

Información y firma del consentimiento informado Inclusión al estudio.

Todos los sujetos que cumplan los criterios de selección, hayan decidido participar de forma voluntaria en el programa, y traigan firmado el consentimiento informado, formarán parte del estudio.

Una vez incluidos, las investigadoras recogerán la hoja de inscripción cumplimentada, dentro de las cuales se recogen datos personales, sociodemográficos, así como el IMC, medido en dicho encuentro pre intervención por las investigadoras.

En el mismo encuentro y previo a la primera sesión del programa educativo, tendrá lugar un grupo focal con los participantes adultos. Esta herramienta será de ayuda para evaluar los previos de los participantes, expectativas, dificultades, inquietudes... cara a profundizar en el conocimiento de las variables que intervienen en la, adquisición de hábitos saludables de alimentación y actividad física.

Para finalizar el encuentro, se hará entrega de los cuestionarios *¿Cómo cómo?* Y Predimed (**Cuadro 2**) para que los cumplimenten en presencia de las investigadoras, por si necesitaran aclarar dudas a la hora

de registrar la información requerida. Dichos cuestionarios los entregarán a las investigadoras en el próximo encuentro. La explotación de los datos se hará con la herramienta informática Google Drive.

#### Intervención

Iniciado el curso escolar, durante los meses de octubre-noviembre, se iniciará el programa de educación para la salud en el colegio. Se impartirán 5 sesiones presenciales de 70 minutos de duración aproximadamente, en las mismas instalaciones del centro educativo y en horario lectivo.

En las sesiones se trabaja en grupo grande y por grupos de edad, separando en niños y adultos. Además del área de conocimiento y el desarrollo de habilidades prácticas, se tiene presente y se trabaja el área afectivo-actitudinal, de modo que el aprendizaje sea significativo tanto para padres como para niños. (

#### Gráfico 1)

#### Evaluación a través de grupos focales

Como se ha citado anteriormente, antes y después de la intervención educativa, se llevarán a cabo dos grupos focales con los participantes adultos, para poder así desarrollar un análisis cualitativo de las experiencias previas y experiencia de aprendizaje a través del programa educativo. Los dos encuentros tendrán una duración aproximada de 1 hora, se harán en las instalaciones del colegio y serán guiados y grabados por las responsables del proyecto. En el primer encuentro (grupo focal previo a la intervención) se explorarán, marcos previos, expectativas, factores influyentes de los padres y de los niños (cultura, nivel socioeconómico, ideal de belleza...) en la situación nutricional, hábitos, percepción de obesidad y factores que influyen en esta percepción. (Cuadro 1)

En el segundo grupo focal (Grupo focal post intervención) se explorarán, cambios realizados y percibidos a nivel cognitivo, conductual y afectivo de los niños y los padres. Valorar experiencia de aprendizaje y la evaluación del mismo con sugerencias de mejora. (Cuadro 1)

#### Análisis estadístico

Estudio cualitativo descriptivo, del contenido, tras la participación en grupos focales pre y post intervención. El análisis del contenido se analizará tras el análisis en profundidad de la transcripción de los videos de ambos grupos. Dicha información se triangulará a su vez con varias investigadoras colaboradoras.

Respecto al análisis de las variables que se contemplan en el diseño del estudio de carácter cuantitativo como la edad, sexo, nacionalidad, puntuación pre y post en los cuestionarios, etc...todos los datos se recopilarán en una base de datos Excel y serán procesados por el paquete estadístico SPSS V.21.0.

#### RELEVANCIA

Es un hecho claro que la obesidad infantil está alcanzando niveles preocupantes en la actualidad. Este problema afecta a la persona en la infancia, y también es probable que lo siga haciendo a lo largo de su desarrollo en la vida adulta, con las consecuencias que ello pueda conllevar. Consideramos que abordar este problema desde un enfoque familiar, haciendo a los padres conscientes de la influencia que tienen en el cuidado de sus hijos, y haciendo a los niños partícipes de su autocuidado desde edades tempranas, se puede prevenir la adquisición de hábitos poco saludables.

Impulsar actividades educativas en las que intervengan diferentes actores de la comunidad, trabajando de manera integrada y atendiendo a las necesidades específicas y reales de las poblaciones a las que se presta servicio, asegura resultados en salud positivos y genera una base de trabajo colaborativo para intervenciones comunitarias futuras.

En esta línea, consideramos que salir de las consultas de los centros de salud y hacer visible la figura de la enfermera de atención familiar y comunitaria facilita la visualización y comprensión de la naturaleza de los problemas de salud reales, entendidos desde la perspectiva de los usuarios, lejos de la visualización de los problemas desde el prisma exclusivo del profesional. Entender las vivencias, dificultades y puntos facilitadores con los que cuentan personas a las que dirigimos las intervenciones educativas en diferentes entornos, y asegurar momentos en los que podamos visualizar el funcionamiento de los núcleos familiares, promueve la obtención de una abundante información de alto valor para ajustar futuras intervenciones en salud, y adaptar nuestros servicios a sus expectativas.

Este proyecto surgió de la necesidad percibida por profesionales de educación, pretende ser ejemplo de atención integrada y las comunidades. Como aspecto novedoso a destacar, resulta el diseño de una

intervención en familia y el diseño de evaluar la experiencia no solo desde un aspecto cuantitativo sino de evaluar el impacto en el proceso de aprendizaje a través de una evaluación cualitativa, para conocer que recursos personales se han movilizado en el proceso de aprendizaje que se les ofrece.

**BIBLIOGRAFÍA:**

1. Gobierno Vasco. Osasuna, Pertsonen Eskubidea, Guztion Ardura. Políticas de Salud para Euskadi 2013-2020. ; 2013.
2. Gussinyer S, Garcia-Reyne NI, Carrascosa A. Cambios antropométricos, dietéticos y psicológicos tras la aplicación del programa< Nin@s en movimientos en la obesidad infantil>. Medicina Clínica. 2008; 131(7): p. 245-9.
3. Nutrición FEd. Libro Blanco de la nutrición en España. 1st ed. FEN , editor.: FSC; 2013.
4. Ortega Anta RM. Estudio ALADINO. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición; 2013.
5. Vitoria-Gasteiz Ad. Informe sobre los hábitos alimentarios de la población de Vitoria-Gasteiz. Vitoria-Gasteiz.; Departamento Municipal de Salud y Consumo. Área de Salud Pública.; 2006.
6. UNICEF. enredate.org. [Online].; 2011 [cited 2014 Diciembre 4. Available from: [www.naos.aesan.mssi.gob.es/naos/investigacion/publicaciones/](http://www.naos.aesan.mssi.gob.es/naos/investigacion/publicaciones/).
7. Castellano JM, Peñalvo JL, Bansilal S, Fuster V. Promoción de la salud cardiovascular en tres etapas de la vida: nunca es demasiado pronto, nunca demasiado tarde. Revista Española Cardiología. 2014 Julio; 67(7): p. 731-737.
8. Riquelme MP. Metodología de educación para la salud. Pediatría Atención Primaria. 2012; 21: p. 77-82.
9. De Lorenzo E. Principios de aprendizaje en los que se va a sustentar el programa educativo..
10. Ministerio de Sanidad SSeI. Estudio Aladino. Estudio de vigilancia del Crecimiento, Alimentación, Actividad física, Desarrollo Infantil y Obesidad en España.. Gobierno de España; 2013.
11. Giannisi F, Pervanidou P, Michalaki E, Papanilolaou K, Chrousos G, Yannakoulia M. Parental readiness to implement life-style behaviour changes in relation to children's excess weight. Journal of Paediatrics and Child Health. 2014; 50: p. 476-481.
12. Sociológica GdP. La familia en la CAPV. Gobierno Vasco, Departamento de Empleo y Políticas sociales; 2014.
13. Romaguera MB. Cómo incentivar la actividad física en los niños: piensa globalmente actúa localmente. FMC. 2014; 21(8): p. 475-8.
14. Shadle K, Connelly C, Rutkowski E, McPherson D, Garcia L, Mareno N, et al. Family-Based weight management with latino mothers and children. Journal Compilation. 2008 Marzo.
15. Gobierno Vasco. Departamento de empleo y políticas sociales. Gurasotasuna. [Online].; 2014 [cited 2014 dicimebre 25. Available from: [http://www.gizartelan.ejgv.euskadi.net/r45-gurapapo/es/contenidos/informacion/parentalidad\\_positiva/es\\_parentpo/parentalidad\\_positiva.html](http://www.gizartelan.ejgv.euskadi.net/r45-gurapapo/es/contenidos/informacion/parentalidad_positiva/es_parentpo/parentalidad_positiva.html).
16. Sánchez Echenique M. Aspectos epidemiológicos de la obesidad infantil. Revista Pediatría Atención Primaria. 2012;(21): p. 9-14.
17. University of Colorado, Anschutz medical campus. Colorado Weigh. [Online]. [cited 2014 Diciembre 25. Available from: <http://coloradoweigh.org/>.
18. De Lorenzo E. Apuntes educación para la salud EIR 2014. 2014..
19. Minerva CT. El juego: Una estrategia importante. EDUCARE. 2002;(19).



### GRÁFICOS Y/O TABLAS

**Grupo focal 1:** Marcos previos, expectativas, factores influyentes de los padres y de los niños (cultura, nivel socioeconómico, ideal de belleza...) en la situación nutricional, hábitos, percepción de obesidad, factores que influyen en esta percepción...

#### Preguntas

¿Qué pensáis/esperáis sobre el programa al que vais a asistir? ¿Qué temas os gustaría trabajar?

¿Cómo creéis que es la alimentación de los niños de hoy en día? ¿Qué dificultades encontráis para que los niños lleven una alimentación adecuada? ¿Y para que realicen actividad física?

¿Creéis que la obesidad es un problema en los niños de hoy en día? ¿Por qué?

¿Creéis que el género de vuestros hijos puede influir en esta percepción sobre la obesidad?

¿Qué factores creéis que pueden influir en los hábitos alimenticios? ¿Y de actividad física?

¿Cómo creéis que los profesionales sanitarios/docentes? pueden ayudaros en este tema?

**Grupo focal 2:** cambios realizados y percibidos a nivel cognitivo, conductual y afectivo de los niños y los padres. Valorar experiencia de aprendizaje y la evaluación del mismo con sugerencias de mejora.

#### Preguntas

¿Qué habéis aprendido con esta experiencia? ¿Para qué os ha servido el programa?

¿Qué hábitos o actitudes nuevas habéis introducido en vuestra vida?

Recordar ejemplos ocurridos en las sesiones, o preguntas...

*Cuadro 1.- Guion de preguntas semiestructuradas para los grupos focales pre y post intervención.*

Cuestionario ¿Cómo como? : <http://goo.gl/forms/lt9MM7tBHR>

Encuesta 14 puntos Predimed: <http://goo.gl/forms/PkYY8rJKdW>

*Cuadro 2.- links de los cuestionarios pre y post intervención*



**1. DIA DE PRESENTACIONES. BUENOS HÁBITOS ALREDEDOR DE LA MESA**

Nos conocemos  
Presentación del programa  
Intercambiando ideas.  
Hábitos alrededor de la mesa  
El lavado de manos  
Poner la mesa en familia



**2. ELABORACIÓN DE UN MENÚ EQUILIBRADO**

Presentación de la sesión  
Teoría para los mayores  
Práctica para los peques.  
Aprendiendo los alimentos  
Preparamos el menú



**3. VAMOS A LA COMPRA**

Interpretar las etiquetas  
Pienso positivamente y me siento de maneras diferentes  
Pautas para hacer la compra



**4. COCINANDO SALUDABLEMENTE**

Poniendo en común nuestros cambios  
Intercambiamos recetas  
Cocinamos juntos



**5. MUEVETE Y REPASANDO TODO LO APRENDIDO.**

Repasando lo aprendido  
Jugando a decorar la pared con alimentos  
Actividad física ¿ que , cuando , porqué?  
! A jugar!

*Gráfico 1.- Resumen de las sesiones del programa de educación para la salud*

**ID78:**

## ¿SE SIENTEN LOS PROFESORES PREPARADOS ANTE UNA SITUACIÓN DE URGENCIA?: SU OPINIÓN LLEVADA A ESTUDIO

M<sup>a</sup> Del Carmen García Bastida<sup>1</sup>, Ana M<sup>a</sup> Gil Jiménez<sup>1</sup>, M<sup>a</sup> Concepción Mena Moreno<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Gerencia de Atención Integrada de Talavera de la Reina.

[mayka\\_1988@hotmail.com](mailto:mayka_1988@hotmail.com)

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** Los centros escolares son el entorno en el que los niños pasan la mayor parte del día, por lo que son considerados espacios donde hay más accidentes, de ahí la importancia de una formación adecuada en primeros auxilios del personal educativo y de los cuidadores (conserjes, mantenimiento, comedor escolar).

**OBJETIVOS:** Describir la opinión de los profesores de los institutos de educación secundaria de Talavera de la Reina (Toledo), acerca de su preparación para actuar en situaciones de urgencia en el ámbito escolar.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio descriptivo transversal de septiembre a diciembre 2016. La población a estudio: profesores de 4 institutos de enseñanza secundaria de Talavera de la Reina. Los datos fueron recogidos mediante cuestionario.

**RESULTADOS:** Participaron 142 profesores, con una experiencia laboral de más de 10 años en el 82.4%. El 60.6% no ha realizado cursos de formación en primeros auxilios, y el 97.2% considera esta formación necesaria. Consideran útil contar con una enfermera en el centro el 84,5%.

**CONCLUSIONES:** Necesidad de un programa educativo de primeros auxilios y Reanimación Cardiopulmonar a docentes. Enfermera Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria, figura ideal para liderar este tipo de actividades.

### ABSTRACT

**INTRODUCTION:** Schools are the environment in which children spend most of the day, so they are considered places where there are more accidents, hence the importance of adequate training in first aid for educational staff and caregivers (Custodians, maintenance, school canteen).

**OBJECTIVES:** To describe the opinion of the teachers of the high schools of Talavera de la Reina (Toledo), about their preparation to act in emergency situations in the school environment.

**MATERIAL AND METHODS:** Descriptive cross-sectional study from September to December 2016. The population under study: teachers from 4 high schools in Talavera de la Reina. Data were collected by means of a questionnaire.

**RESULTS:** 142 teachers participated, 82.4% with a work experience of more than 10 years. 60.6% did not take training courses in first aid, and 97.2% considered this training necessary. 84.5% consider useful to have a nurse in the center 84.5%.

**CONCLUSIONS:** Need for an educational program of first aid and Cardiopulmonary Resuscitation to teachers. Nurse Specialist in Family and Community Nursing, ideal figure to lead this type of activities.

### PALABRAS CLAVE

Primeros auxilios, educación en salud, docentes, Salud escolar, Enfermería en salud Comunitaria  
 First Aid, Health Education, Faculty, School Health, Community Health Nursing.

### INTRODUCCIÓN

En la actualidad, los países industrializados, han sufrido un descenso considerable de la mortalidad infantil derivada de enfermedades infecciosas, problemas nutricionales u otras patologías. Este hecho ha dado lugar a otras causas de morbimortalidad como son los accidentes infantiles, situados como la primera

causa de muerte entre los menores de 15 años, según datos recogidos por el Instituto Nacional de Estadística (INE)<sup>1,2</sup>.

Se entiende por primeros auxilios, los cuidados básicos que damos de manera inmediata en el lugar del suceso hasta la llegada de la ayuda sanitaria. Es fundamental e imprescindible que la población conozca que hacer en primera instancia ante una urgencia.<sup>3</sup>

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define: “Un accidente es un hecho eventual, anómalo e involuntario del cual resulta daño físico o psíquico, como consecuencia de una falta de prevención o defecto de seguridad”.<sup>4,5</sup>

Ante un accidente, la solución inmediata son los primeros auxilios. Suponen las primeras medidas que se ejecutan ante dicho evento con el objetivo de restaurar la situación. De manera generalizada se pueden definir los primeros auxilios como el conjunto de medidas básicas prestadas a una persona accidentada, que aplicadas con criterio, tienen como objetivo modificar la situación inicial de una lesión hasta la llegada del personal sanitario.<sup>3,6</sup>

En cuanto se produce un accidente, la atención que se proporciona tanto en el lugar como en el traslado a los servicios sanitarios debe ser oportuna y eficiente, ya que permite disminuir los daños en la salud, las complicaciones, así como la reducción de costes e incluso la muerte.<sup>7,8</sup>

Los centros educativos son el entorno, en el que los escolares pasan la mayor parte del día, por lo que se encuadran dentro de los espacios donde la probabilidad de que haya algún accidente va en aumento.<sup>9,10</sup>

La inmensa mayoría de estas situaciones de urgencia suelen ser atendidas en primera instancia por el profesorado del centro, lo que se traduce en la necesidad de una formación en primeros auxilios de calidad.<sup>9</sup> Diversos autores contemplan que los profesores deben tener unos conocimientos mínimos sobre cómo actuar en caso de urgencia, y que en ocasiones éstos son deficientes.<sup>6, 9, 10, 11</sup>

Los accidentes infantiles suponen un gasto económico elevado en relación con el consumo de los servicios sanitarios y las secuelas que pueden llevar consigo, pero muy pocos recursos se destinan a su prevención.<sup>7, 12</sup>

Los accidentes más comunes que tienen lugar en los centros educativos suelen ser: caídas, choques y traumatismos, cortes, daños musculares, quemaduras, heridas, hemorragias, atragantamientos, reacciones alérgicas, intoxicaciones, ataques epilépticos, así como descompensaciones de patologías crónicas (crisis asmática, hipoglucemias, etc...).<sup>7, 11, 12, 13</sup>

Estudios recientes se centran en la formación en primeros auxilios de los docentes y de la importancia de estos en la cadena de supervivencia. Por este motivo se están poniendo en funcionamiento en España proyectos liderados por enfermeros para formar a niños, docentes y padres y madres en cuanto al abordaje y actuación frente a una situación de urgencia.<sup>6, 10, 11</sup>

Existen varias Comunidades Autónomas, como son País Vasco, Galicia, Andalucía, Canarias, que cuentan con protocolos y guías para centros docentes, donde se les explica de forma clara y concisa como actuar frente a una urgencia sanitaria en el centro educativo. Todo ello deriva de la falta de formación de los docentes. Dichos protocolos son elaborados por los servicios de salud de cada Comunidad Autónoma junto con el departamento de educación, actuando de forma coordinada en la formación del personal que trabaja en los centros educativos. Una vez elaborados dichos protocolos son colgados en las plataformas webs de cada una de las Comunidades Autónomas mencionadas.<sup>14, 15, 16, 17</sup>

Los planes formativos cursados por los profesores de educación en nuestro país, carecen de una adecuada formación en primeros auxilios, incluso en algunos de ellos, no existe una asignatura específica en su plan de estudios. Existen facultades que ofertan dicha formación como materia optativa o de libre configuración.<sup>18</sup>

Prueba de ello es que, de las 56 universidades españolas que ofertan el grado en Maestro o Maestra de Educación Primaria, en tan solo 7 hay una materia relacionada con los primeros auxilios, por lo que estaríamos hablando de un 12,5%.<sup>10, 18, 19</sup>

Con este trabajo nos planteamos conocer si los docentes tienen una adecuada formación en primeros auxilios y si se consideran preparados para actuar ante situaciones de urgencia.

### **OBJETIVOS**

Objetivo general: Describir la opinión de los profesores de los institutos de educación secundaria de Talavera de la Reina acerca de su preparación para actuar en situaciones de urgencia en el ámbito escolar.

Objetivos específicos:

- Determinar el nivel de conocimientos en primeros auxilios según edad, sexo, experiencia profesional y centro escolar de los docentes adscritos a los institutos de educación sanitaria de Talavera de la Reina.
- Analizar la opinión de los profesores encuestados sobre la incorporación de enfermería en el ámbito escolar.
- Determinar si existe relación entre el último curso recibido de primeros auxilios y el nivel de conocimiento actual.
- Conocer si forma parte de su plan formativo la formación en primeros auxilios.

### **MATERIAL Y MÉTODOS**

Estudio descriptivo transversal realizado entre los meses de Septiembre a Diciembre 2016 en cuatro Institutos de Educación Secundaria (IES) públicos de la zona urbana de Talavera de la Reina (Toledo). Los institutos incluidos en el estudio fueron los siguientes: IES Padre Juan de Mariana, IES Gabriel Alonso de Herrera, IES Juan Antonio Castro, IES San Isidro.

La población a estudio fueron los profesores de los cuatro institutos anteriormente mencionados. Se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia en el que se incluyó a todos aquellos docentes que desearon participar en el estudio y cumplieron criterios de inclusión/exclusión.

Entre los criterios de inclusión se encontraban: profesores de ambos sexos, con edades comprendidas entre 18 y 65 años y que trabajasen en algunos de los institutos participantes en el estudio. Como criterios de exclusión: negativa a participar en el estudio y personal en prácticas.

Como instrumentos de recogida de datos se utilizó un cuestionario de elaboración propia, no validado, anónimo y autoadministrable. El cuestionario consta de 15 ítems, de los cuales 4 ítems se refieren a datos sociodemográficos (sexo, años de experiencia profesional, tipo de centro educativo en el que trabaja, cursos a los que imparte clase), y los 11 ítems restantes versan sobre aspectos relacionados con su percepción de preparación ante situaciones de urgencia (hipoglucemia, pérdida de consciencia, Reanimación Cardiopulmonar, reacción alérgica, atragantamiento), mediante escala Likert de 1 a 5 (nada, poco, algo, bastante, mucho), donde 1 era nada preparado y 5 mucho, así como si consideraban útil una enfermera en el ámbito escolar, si han recibido formación en primeros auxilios y si los consideran necesarios. También se les preguntaba acerca de cada cuanto tiempo consideraban necesaria la formación en primeros auxilios y si formaba parte de su programación como docentes. Además se incluía una pregunta para conocer la frecuencia con la que se encontraban ante situaciones de urgencia en su entorno de trabajo (Anexo 1).

Previo a la puesta en marcha del estudio, se contactó con el Director/a y Coordinador/a de cada uno de los centros participantes explicando el estudio y solicitando su colaboración. Una vez aceptada, el personal de referencia se hacía responsable de los cuestionarios para hacer entrega de ellos a cada uno de los profesores del centro, una vez cumplimentados se hacía entrega de ellos a los investigadores principales.

Antes de la cumplimentación del cuestionario por parte de los docentes, se incluía una carta informativa acerca del objetivo del estudio, la población diana a la que estaba dirigido y se garantizaba la

confidencialidad y anonimato de los datos recogidos. Si aceptaba participar en el estudio, procedían a cumplimentar dicho cuestionario (Anexo 2).

El análisis estadístico desarrollado consistió en un análisis descriptivo expresado como media, desviación estándar y rango para variables cuantitativas y como valor absoluto y porcentajes para variables cualitativas. Para el contraste de hipótesis se realizaron distintas pruebas estadísticas según condiciones de aplicación, considerando la significación estadística cuando  $p < 0.05$  para obtener un intervalo de confianza del 95%. El tratamiento y análisis de los datos se efectuó con la hoja de cálculo Microsoft Excel 2013 y el paquete estadístico SPSS 17.0 para Windows.

## RESULTADOS

Los participantes del estudio, son un total de 142 profesores distribuidos entre los cuatro IESparticipantes (Figura1). De ellos 77 (54.2 %) fueron mujeres y 65 (45.8%) hombres (Figura 2), con una experiencia laboral de más de 10 años en el 82.4% de los mismos (Figura 3).

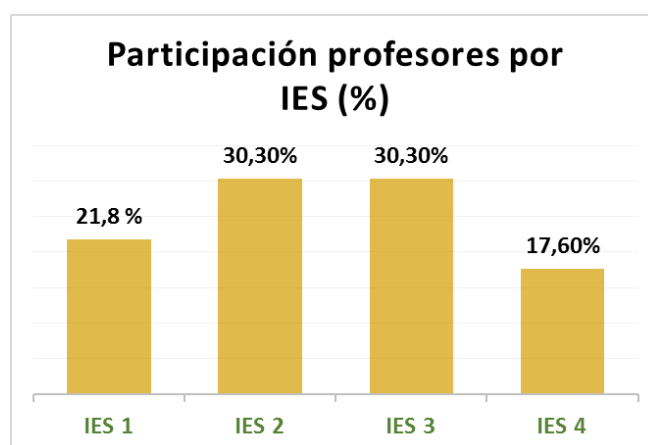


Figura 1: Porcentaje participación profesores por Institutos de Educación Secundaria (IES)

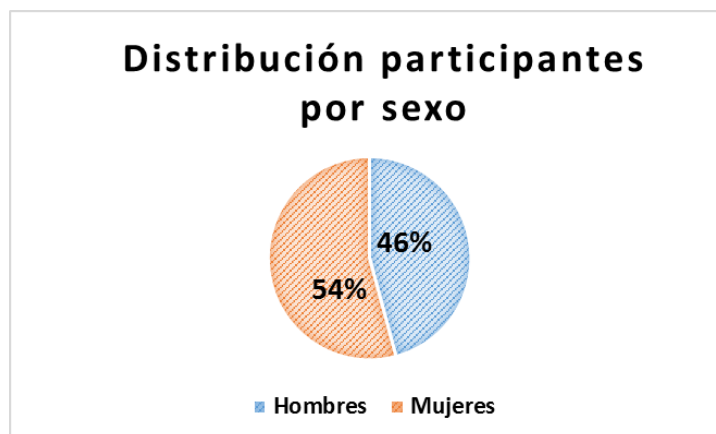


Figura 2: Distribución participación por sexo

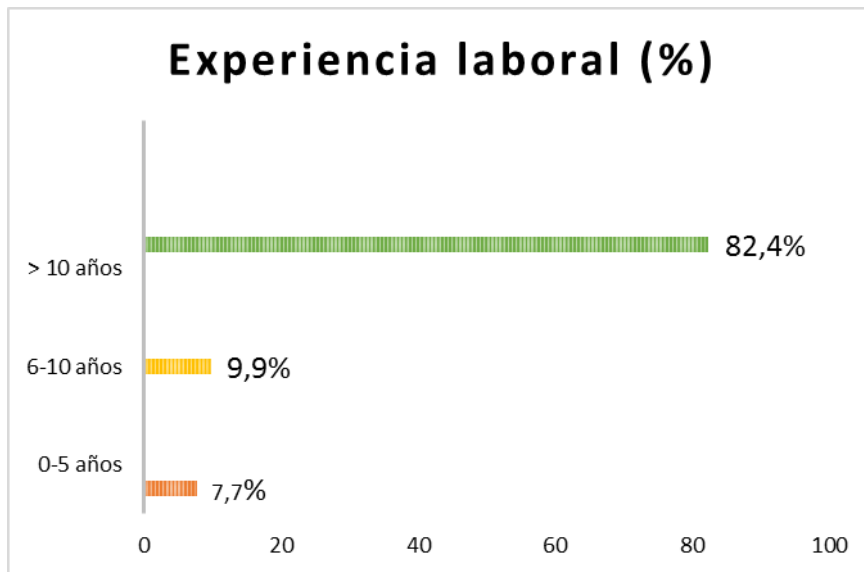


Figura 3: Porcentaje experiencia laboral por rangos

Del total de encuestados el 78.2% imparte clase en Educación Secundaria Obligatoria (E.S.O.), el 66.9% en Bachillerato y por último el 24.6% en Formación Profesional (F.P.). El 100% de los participantes pertenecen a centros educativos públicos.

En lo referente a la realización con anterioridad de cursos de formación en Primeros Auxilios, el 60.6% (66.2% de las mujeres y 53.8% de los hombres) señalaron no haber realizado ningún curso, y el 97.2% (100% de las mujeres y 93.8% de los hombres) refiere considerar necesaria dicha formación.

De los 142 cuestionarios registrados, en el 85.2% los primeros auxilios no forman parte de su programa como docente.

En la Figura 4 podemos observar la distribución de porcentajes al preguntar sobre la periodicidad con que creen necesaria la formación en Primeros Auxilios los profesores participantes en el estudio. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0.05$ ) al cruzar dicho dato por IES (Figura 5).

Periodicidad formación en Primeros Auxilios		
	Frecuencia	Porcentaje
Cada año	45	31.7%
Cada 2 años	43	30.3%
Cada 5 años	41	28.9%
Una vez en suficiente	13	9.2%
<b>Total</b>	<b>142</b>	<b>100%</b>

Figura 4: Tabla periodicidad consideran necesaria la formación en Primeros Auxilios

**Tabla de contingencias**

Periodicidad formación Primeros Auxilios							
			Cada año	Cada 2 años	Cada 5 años	Una vez es suficiente	Total
IES	IES 1	Recuento	15	7	6	3	31
		% de IES	48.4%	22.6%	19.4%	9.7%	100%
		% del Total	10.6%	4.9%	4.2%	2.1%	21.8%
	IES 2	Recuento	6	13	21	3	43
		% del IES	14.0%	30.2%	48.8%	7.0%	100%
		% del total	4.2%	9.2%	14.8%	2.1%	30.3%
	IES 3	Recuento	16	12	10	5	43
		% de IES	37.2%	27.9%	23.3%	11.6%	100%
		% del total	11.3%	8.5%	7.0%	3.5%	30.3%
	IES 4	Recuento	8	11	4	2	25
		% de IES	32.0%	44.0%	16.0%	8.0%	100%
		% del total	5.6%	7.7%	2.8%	1.4%	17.6%
Total	Recuento	45	43	41	13	142	
	% de IES	31.7%	30.3%	28.9%	9.2%	100%	
	% del total	31.7%	30.3%	28.9%	9.2%	100%	

**Prueba de Chi-Cuadrado**

	Valor	Gl	Sig. Asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	19.020 (a)	9	0.025
Razón de verosimilitudes	19.036	9	0.025
N de casos válidos	142		

*Figura 5: Periodicidad formación en Primeros auxilios cruzada por IES*

Respecto a la frecuencia con la que se encuentran ante situaciones de urgencia en el ámbito escolar, el 13.4% refiere que nunca, el 49.3% rara vez, el 35.2% alguna vez y el 2.1% casi siempre.

Cuando se les pregunta si consideran útil contar con una enfermera en el centro escolar el 39.4% (27.5% mujeres y 12% hombres de dicho porcentaje) muy de acuerdo, el 9.2% (2.1% mujeres y 7% hombres) indiferente y el 2.8% (0.7% mujeres y 2.1% hombres) muy en desacuerdo.

Es llamativo, ver que para el 2.8% de los encuestados tener una enfermera en el centro escolar es algo con lo que están en desacuerdo y que de éste, el 2.1% son hombres ( $p < 0.05$ )(Figura 6 y 7).



**Consideran útil contar con una enfermera en el ámbito escolar**

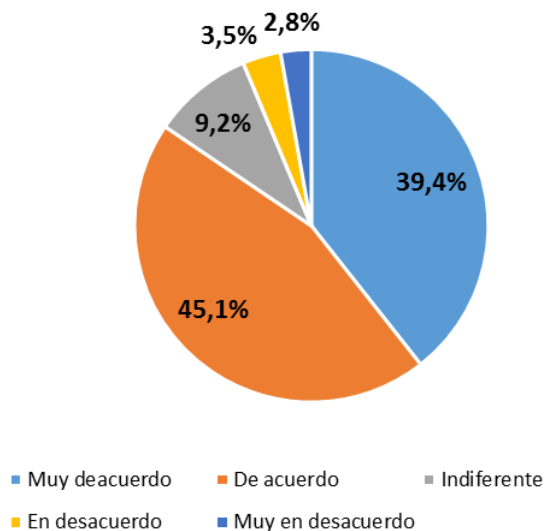


Figura 6: Consideran útil contar con una enfermera en el ámbito escolar

**Tabla de contingencias**

Consideran útil contar con una enfermera en el centro educativo								
			Muy de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo	Muy en desacuerdo	Total
SEXO	H	Recuento	17	30	10	5	3	65
		% de Sexo	26.0%	46.2%	15.4%	7.7%	4.6%	100.0%
		% del Total	12.0%	21.1%	7.0%	2.5%	2.1%	45.8%
	M	Recuento	39	34	3	0	1	77
		% del sexo	50.6%	44.2%	3.9%	0.0%	1.3%	100%
		% del total	27.5%	23.9%	2.1%	0.0%	0.7%	54.2%
Total	Recuento	56	64	13	5	4	142	
	% de sexo	39.4%	45.1%	9.2%	3.5%	2.8%	100%	
	% del total	39.4%	45.1%	9.2%	3.5%	2.8%	100%	

**Prueba de Chi-Cuadrado**

	Valor	Gl	Sig. Asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	17.775 (a)	4	0.001
Razón de verosimilitudes	20.070	4	0.000
N de casos válidos	142		

Figura 7: Considera útil contar con una enfermera en el centro educativo cruzada con la variable sexo.

Tras el análisis estadístico, se observó en las preguntas acerca de la preparación para actuar ante una situación de urgencia como son: hipoglucemia, pérdida de consciencia, realizar reanimación cardiopulmonar, reacción alérgica y atragantamiento, las respuestas discurrían en la gran mayoría entre el nada o poco, valorándose dichas preguntas con escala Likert del 1 al 5, siendo 1 nada preparado y 5 mucho (Figuras 8).

Al cruzar dichas preguntas con la variable sexo, se encontraron diferencias estadísticamente significativa, con  $p < 0.05$ , tanto en la realización de reanimación cardiopulmonar, como en el abordaje de un atragantamiento, siendo el sexo masculino el que se considera menos preparado.

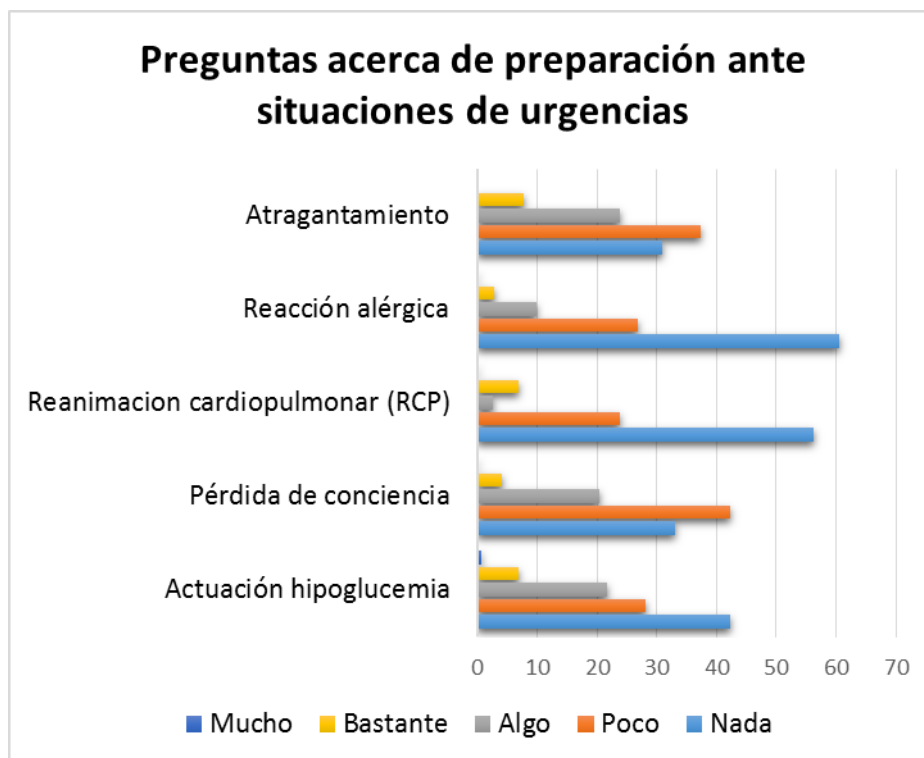


Figura 8: Preguntas y respuestas ante situaciones de urgencia

**DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES**

Tras el análisis de los datos obtenidos, se demuestra la necesidad de un programa educativo de primeros auxilios y Reanimación Cardiopulmonar (RCP) dirigido a los docentes. Se evidencia un nivel escaso de conocimientos al respecto, como queda reflejado en la anteriormente citada figura 8, y una necesidad expresada por parte de los mismos, considerando necesaria la formación en primeros auxilios en el 97.2% de los encuestados.

Dichos resultados coinciden con las conclusiones halladas en estudios anteriores, donde mencionan que los profesores tienen un bajo grado de conocimientos en primeros auxilios y refieren la gran necesidad de ser capacitados al respecto.<sup>7,12</sup>

Navarro y colaboradores en un estudio llevado a cabo en la Universidad de Santiago de Compostela en 2016 ponen de manifiesto, la necesidad de centrar la formación en primeros auxilios de docentes y de la importancia de estos en la cadena de supervivencia.<sup>10</sup>

Podemos comparar también el interés por recibir formación en primeros auxilios de los participantes de nuestro estudio con otros estudios realizados, donde el porcentaje de personas interesadas en recibir dicha formación es similar al recogido por nuestro estudio (97.2%).<sup>7,10</sup>

Diversos autores consideran primordial la implantación de un programa educativo sobre primeros auxilios y RCP dirigido tanto a los docentes como a los alumnos de magisterio, que lo serán en un futuro. Este programa educativo deberá ser impartido por personal sanitario cualificado.<sup>20, 21</sup>

Hoy en día, los espacios donde nos encontramos con mayor número de niños y adolescentes son los centros educativos. Por ello los docentes pueden verse involucrados en situaciones de agravamiento de una enfermedad crónica o accidentes que precisen una asistencia primaria y básica para tratar de salvar la vida de la persona afectada. De ahí radica la importancia de que los docentes estén formados en primeros auxilios, ya que es poco habitual que ante una situación imprevista de esta índole el personal sanitario se encuentre cerca del centro educativo, y la actuación inmediata es primordial.<sup>9,10</sup>

Tras llevar a cabo el estudio, recoger y analizar los datos, somos conscientes de que se debería mejorar en algunos aspectos, con el objetivo de obtener datos de mayor calidad y validez. Para ello se deberían realizar modificaciones en el cuestionario de opinión, añadiendo una nueva variable para conocer la especialidad o asignatura que imparte cada docente, con el fin de poder observar lo que otros estudios concluyen acerca de que los profesores de Educación física suelen estar formados en primeros auxilios frente al resto de profesorado, que carece de ella. El profesorado de Educación física es en numerosas ocasiones el responsable de impartir educación en primeros auxilios en los centros educativos. Dicha afirmación está recogida en el estudio *Conocimiento en primeros auxilios de los profesores de educación física en E.S.O.*<sup>20</sup>

Como limitaciones podemos contemplar el tamaño muestral, aunque se llegó a todos los sujetos posibles y el nivel de colaboración fue elevado, sería conveniente realizar este estudio en otros centros educativos, ya que se centró en los institutos de la zona urbana quedando fuera todos los de la zona rural. También se debería incluir centros privados y concertados.

Como conclusión de todo lo anterior, podemos afirmar la necesidad de un programa educativo de primeros auxilios y RCP dirigido a los docentes.

Si bien, gran parte de estos programas son llevados a cabo por personal de Urgencias y Emergencias, la Enfermera Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria (EFyC) puede constituir la figura ideal para liderar este tipo de actividades. Por su formación, posee las habilidades y actitudes necesarias para desarrollar con éxito actividades de docencia y Educación para la Salud orientadas a la comunidad y formación en Urgencias y Emergencias que la capacita para transmitir estos conocimientos.<sup>22</sup>

#### **BIBLIOGRAFÍA:**

- 1.- Instituto Nacional de Estadística (INE). Defunciones según la causa de muerte año 2014. Nota de prensa. Marzo 2016.
- 2.- Instituto Nacional de Estadística (INE). Anuario estadístico de España [Internet]. Madrid; 2016. Disponible en: [http://www.ine.es/prodyser/pubweb/anuarios\\_mnu.htm](http://www.ine.es/prodyser/pubweb/anuarios_mnu.htm)
- 3.- Cruz Roja Española. Manual de primeros auxilios. España, Madrid: Editorial Santillana, 2008.

- 4.- Organización Mundial de la Salud (OMS). Accidents and injuries [Internet].2016. Disponible en: <http://www.who.int/ceh/risks/cehinjuries/en/>
- 5.- Organización Mundial de la salud (OMS). Informe sobre la salud en el mundo. Ginebra. 2013.
- 6.- Moraleda Torres L. Nivel de conocimientos en primeros auxilios de los maestros de colegios públicos de educación infantil y primaria de Toledo. VIII Premio Nacional de Investigación en Enfermería Raquel Recuero Díaz. GECEO; 2013; Talavera de la Reina (Toledo). Disponible en: <http://www.fabulacongress.es/certamenraquel/images/PdfTrabajos/01.pdf>
- 7.- Muñoz E. La actitud innovadora del docente ante los accidentes más comunes: el botiquín de primeros auxilios. Revista digital innovación y experiencias educativas. 2009. Disponible en: <http://bit.ly/1CbXqq2>.
- 8.- Aldrete, M.G., Mireles, M., Mendoza, P. y Aranda, C. La actitud de los profesionales de educación primaria ante los primeros auxilios. Revista de Educación y Desarrollo 2004; 1:19-24.
- 9.- Navarrete González R. La actuación del docente en educación física ante el accidente escolar. Revista Portal deportivo. 2010; 4: 1-15. Disponible en: <http://bit.ly/1xB7Cgg>.
- 10.- Navarro R, Penelas G, Basanta S. ¿Tienen las futuras maestras y maestros de educación primaria la formación necesaria para iniciar las maniobras de reanimación cardiopulmonar en caso de emergencia escolar? Un estudio descriptivo. Rev. Educar. 2016; 52 (1): 149-168. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5565/rev/educar.714>
- 11.- Martín RA. Educación para la salud en primeros auxilios dirigidos al personal docente del ámbito escolar. Enfermería Universitaria. 2015; 121 (2): 88-92. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2015.04.004>
- 12.- Alquézar Fernández M. Primeros auxilios en la educación física: Propuesta didáctica para primaria. Rev Arista Digit. 2010; 3: 509-16. Disponible en: <http://bit.ly/1BOIU7D>
- 13.- Linakis, J. G., Amanullah, S., y Mello, M. J. Emergency department visits for injury in school-aged children in the United States: a comparison of nonfatal injuries occurring within and outside of the school environment. Academic Emergency Medicine, 2006; 13(5): 567-570.
- 14.- Gobierno de Canarias. Consejería de Educación, Universidades, Cultura y Deportes. Guía de atención a emergencias sanitarias en los centros educativos. Canarias. 2011. [Citado el 12 de Noviembre de 2016]. Disponible en: [http://www.gobiernodecanarias.org/openscmsweb/export/sites/educacion/web/.content/publicaciones/archivos/documento/guia\\_emergencias\\_sanitarias.pdf](http://www.gobiernodecanarias.org/openscmsweb/export/sites/educacion/web/.content/publicaciones/archivos/documento/guia_emergencias_sanitarias.pdf)
- 15.- Consejería de Educación y Ciencia. Delegación provincial de Sevilla. Protocolo de actuación a seguir en los centros educativos para administración de medicamentos a los alumnos/as. Sevilla. [Citado el 14 de Noviembre de 2016]. Disponible en: <http://www.penasblancas.net/descargas/escuela/protocolo%20medicacion.pdf>
- 16.- Junta de Galicia. Consejería de Cultura, Educación y ordenación Universitaria. Protocolo Urgencias Sanitarias y Enfermedad Crónica. Estrategia Gallega de Convivencia escolar 2015-2020. [Citada el 9 de Diciembre de 2016]. Disponible en: [http://www.edu.xunta.gal/portal/sites/web/files/urxencias\\_sanitarias\\_e\\_enfermidade\\_cronica\\_a.pdf](http://www.edu.xunta.gal/portal/sites/web/files/urxencias_sanitarias_e_enfermidade_cronica_a.pdf)
- 17.- Gobierno Vasco. Osakidetza. Urgencias sanitarias en la escuela: Guía para centros docentes. Euskadi. [Citada el 9 de Diciembre de 2016]. Disponible en: [http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/osasun\\_larrialdia\\_ eskolan/es\\_def/adjuntos/Urgencias%20sanitarias%20en%20la%20escuela.pdf](http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/osasun_larrialdia_ eskolan/es_def/adjuntos/Urgencias%20sanitarias%20en%20la%20escuela.pdf)
- 18.- Cubero J, Calderón M, Costillo E, Ruiz C. La educación para la salud en el Espacio Europeo de Educación Superior. Universidad de Granada. Publicaciones 2011; 41: 51-63. Disponible en: <http://bit.ly/1ISpOmW>
- 19.- Michavilla, F. (2004). «Veinte reformas universitarias». Noticiero de las Ideas, 20, 50-59.
- 20.- Abraldes JA, Ortín A. Knowledge in first aid for teachers of physical education in E.S.O. Scopus. Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y del Deporte. 2010; 10: 38: 271-283. Disponible en: <http://bit.ly/1Czbqh3>.
- 21.- San José C. Enfermería escolar [trabajo de grado]. Valladolid: Universidad de Valladolid. Facultad de Enfermería. 2013/2014. Disponible en: <http://bit.ly/1G62R1e>.
- 22.- Orden SAS/1729/2010, de 17 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria. Boletín Oficial del Estado, 29 de junio de 2010.

**ANEXO 1: CUESTIONARIO SOBRE PRIMEROS AUXILIOS DIRIGIDO A PROFESORES****• DATOS SOCIODEMOGRAFICOS****Sexo:**

- a) Hombre
- b) Mujer

**Años de experiencia laboral:**

- a) 0-5 años
- b) 6-10 años
- c)  $\geq 10$  años

**Tipo de centro educativo:**

- a) Público
- b) Privado
- c) Concertado

**Curso/s que imparte:**

- a) Primaria
- b) Secundaria
- c) Bachillerato
- d) Formación Profesional

**• CUESTIONARIO DE OPINIÓN****1. ¿Ha realizado con anterioridad cursos de formación en Primeros Auxilios?**

- a Si
- b No

**2. ¿Considera necesaria la formación en Primeros Auxilios?**

- a) Si
- b) No

**3. ¿En su caso con qué periodicidad cree que es necesaria dicha formación?**

- a) Cada año
- b) Cada 2 años
- c) Cada 5 años

**a) Una vez es suficiente****4. ¿Los Primeros Auxilios forman parte de su programación como docente?**

- a) Si
- b) No

**5. ¿Con que frecuencia se encuentra ante situaciones de urgencia en su ámbito laboral?**

- a) Nunca
- b) Rara vez
- c) Alguna vez
- d) Casi siempre
- e) Siempre

**6. Considera útil contar con una enfermera dentro de su centro educativo**

- a) Muy de acuerdo
- b) De acuerdo
- c) Indiferente
- d) En desacuerdo
- e) Muy en desacuerdo

**7. ¿Se considera preparado para actuar ante una situación de hipoglucemia?**

- a) Nada
- b) Poco
- c) Algo
- d) Bastante
- e) Mucho

**8. ¿Se considera preparado para actuar ante un desmayo con pérdida de conciencia?**

- a) Nada
  - b) Poco
  - c) Algo
  - d) Bastante
  - e) Mucho
9. **¿Se considera preparado para llevar a cabo maniobras de Reanimación Cardiopulmonar (RCP)?**
- a) Nada
  - b) Poco
  - c) Algo
  - d) Bastante
  - e) Mucho
10. **¿Se considera preparado para actuar frente a una situación de reacción alérgica grave?**
- a) Nada
  - b) Poco
  - c) Algo
  - d) Bastante
  - e) Mucho
11. **¿Se considera preparado para hacer frente a una situación de atragantamiento con comida/bebida?**
- a) Nada
  - b) Poco
  - c) Algo
  - d) Bastante
  - e) Mucho

## **ANEXO 2: CARTA INFORMATIVA DOCENTES PREVIO A CUMPLIMENTACIÓN CUESTIONARIO**

Estimados docentes:

El motivo de esta carta informativa es la solicitud de vuestra participación en un estudio de investigación, que tiene como objetivo principal conocer la opinión de los docentes de los centros escolares del Área de Talavera de la Reina en cuanto a su formación y capacitación en primeros auxilios, así como la necesidad de incorporar personal de enfermería en los centros educativos.

Para ello necesitamos su colaboración cumplimentando el cuestionario que se anexa a esta carta, en el que no tardarán más de 10 minutos. Este cuestionario será totalmente anónimo y como únicos datos a cumplimentar aparecerán: sexo, años de experiencia laboral, tipo de centro educativo y cursos que imparten; además de 11 preguntas tipo test.

La cumplimentación de este cuestionario será totalmente voluntaria, pudiéndose negar a la realización del mismo y por tanto a la colaboración en este estudio de investigación.

Los datos y resultados del estudio serán confidenciales y usados sólo a efectos de la investigación según la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Gracias de antemano por su atención y colaboración.

Atentamente:

M<sup>a</sup> Del Carmen García Bastida y Ana M<sup>a</sup> Gil Jiménez  
*Residentes de Enfermería Familiar y Comunitaria  
Unidad Docente Multidisciplinar de Talavera de la Reina*

**ID165:**
**PROYECTO PILOTO DE ENFERMERA COMUNITARIA DE ENLACE COMO ESTRATEGIA PARA ABORDAR LA CRONICIDAD EN LA GERENCIA DE ATENCIÓN INTEGRADA DE CIUDAD REAL**

Laura Suárez Bárcena González<sup>1</sup>, Octavio Ávila Martín –Gil<sup>2</sup>.

1: Enfermera interno Residente de Enfermería familiar y comunitaria primaria en el Centro de Salud de Alcolea

[laurasuarezbarcena@hotmail.com](mailto:laurasuarezbarcena@hotmail.com)

2: Enfermero de Atención

**RESUMEN****INTRODUCCIÓN**

El envejecimiento y la cronicidad hacen que el Sistema Nacional de Salud (SNS) esté incorporando a la enfermera comunitaria de enlace (ECE) para la gestión y seguimiento del paciente pluripatológico.

**OBJETIVOS**

Conseguir unos cuidados interdisciplinarios integrando los niveles asistenciales para mejorar la calidad de vida del paciente y cuidadores y aumentar la eficiencia de la red asistencial.

**MATERIAL Y MÉTODOS**

En el proyecto propuesto, primero se realizará un estudio descriptivo de la población dependiente y, posteriormente, se llevará a cabo las funciones de la ECE (coordinación entre profesionales, distribución de recursos y apoyo al cuidador no profesional).

**RELEVANCIA**

Incorporar a la ECE ofrece ventajas a los pacientes con necesidades de carácter prolongado, a los profesionales y a los gestores, ya que con sus intervenciones se busca aumentar la satisfacción del paciente y la familia y disminuir el número de ingresos.

**ABSTRACT****INTRODUCTION**

The aging and chronicity are making the National Health System (NHS) to incorporate the nurse as a liaison nurse for the management and follow up of the Pluripathological patients.

**OBJECTIVES**

To obtain an interdisciplinary care integrating the assistance level to improve the quality of life of the patients and caretaker and to increase the efficiency of the Health care network.

**MATERIAL AND METHODS**

Firstly, we would make a descriptive study of the dependant population and then, The ECE would make her functions (Coordinate professionals, distribute resources and support the non-professional caretaker).

**RELEVANCE**

The incorporation of the ECE offer advantages to the long-term needs patients, professionals and managers, because with her interventions seek to increase the satisfaction of patient and family and decrease the number of Hospital admissions.

**PALABRAS CLAVE**

Personal de enfermería, enfermería Primaria, Continuidad de la Atención al Paciente, Enfermedad Crónica, Atención domiciliaria de salud <sup>(4)</sup>.

Nursing Staff, Primary Nursing, Continuity of Patient Care, Chronic Disease, Home Nursing.

**INTRODUCCIÓN**

Actualmente, España se encuentra con una población en continuo envejecimiento. Según los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) a 1 de enero de 2015 la población total en España era de 46.624.382 habitantes, siendo un 18,4% mayores de 65 años (8.573.985 personas) y representando los octogenarios un 5,8% del total <sup>(1)</sup>. Además, si se mantuvieran las tendencias demográficas, el porcentaje de población mayor de 65 años sería del 24,9% en 2029, alcanzando una esperanza de vida media de entre los 84 años para varones y 88,7 para mujeres <sup>(2)</sup>. Este envejecimiento progresivo supone un problema de salud importante en el siglo XXI, ya que las tasas de morbilidad hospitalaria aumentan con la edad, siendo las causas más frecuentes de asistencia hospitalaria las enfermedades circulatorias (21,8%), respiratorias (15,0%), digestivas (12,3%) y neoplasias (11,4%) <sup>(1)</sup>.

Al analizar la pirámide del “Modelo de Kaiser permanente”, encontramos a la población general en la base, donde impera la prevención y la promoción; en el siguiente escalón a los pacientes con enfermedad crónica de complejidad menor (aproximadamente un 80% del total de crónicos), que requieren educación y apoyo en el autocuidados para enlentecer el progreso de la enfermedad; posteriormente, los pacientes de alto riesgo pero de complejidad media (aproximadamente un 15%) que combinan autocuidados y cuidados profesionales; y por último en el pico, los pacientes de mayor complejidad (aproximadamente un 5%), con un alto nivel de dependencia <sup>(10)</sup>.

De tal manera que el envejecimiento y la cronicidad progresiva realzan la importancia de los equipos multidisciplinares y la continuidad de los cuidados. La Continuidad de la Atención al paciente <sup>(4)</sup> la define La Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations como “el grado en el que la asistencia que necesita el paciente está coordinada eficazmente entre diferentes profesionales y organizaciones y con relación al tiempo”. Dicha continuidad, implica los conceptos de continuidad en gestión, información y comunicación; ya que las enfermedades crónicas y complejas requieren la participación de varios proveedores que podrían trabajar con objetivos contradictorios <sup>(3,18)</sup>.

Por ello, el Sistema Nacional de Salud coloca poco a poco, al paciente y su entorno en el eje de cuidados y realza a los equipos multidisciplinares integrándolos. De esta forma, se están incorporando nuevas funciones en el campo de la enfermería como son gestión, seguimiento y control del paciente pluripatológico, ya que esta situación, requiere un enfoque centrado en la persona <sup>(10)</sup>. Aparece así, la enfermera de enlace (o gestora de casos, también se denomina así en algunas comunidades), constituyendo un eslabón entre los pacientes y los servicios sociosanitarios, convirtiéndose en un referente para el paciente, que disminuye la fragmentación de cuidados y optimiza el uso de servicios y recursos.

La intervención enfermera NIC: 7320 <<gestión de casos>>, aprobada en el año 2000, fue un paso más hacia el liderazgo de la enfermería en este campo <sup>(7-8)</sup>. Esta gestión de casos realizada por la enfermera, comprende dos áreas de trabajo: una basada en la mejora del estado funcional y de salud del paciente, el manejo del problema y el acceso a los servicios sanitarios; y otra asociada a la organización del uso y redistribución de recursos <sup>(5)</sup>.

En España, se ha comenzado a implantar en distintos servicios de salud <sup>(7,11,12,13,14)</sup>, ya que el Estado se compromete a potenciarlo pero desde la cartera de servicios de cada comunidad <sup>(7,9)</sup>. Sin embargo, sólo el sistema público Andaluz lo tiene incorporado desde el año 2002 de manera oficial, teniéndolo en cuenta en sus protocolos <sup>(5-6)</sup>.

Teniendo en cuenta que el 20% de la población Castellano Manchega son mayores de 60 años y hay más de 100.000 personas dependientes, se propone incorporar a la ECE para mejorar la calidad y el coste efectividad asistencial. Ya que con ello, coordinaríamos de manera más eficiente los recursos y cuidados disponibles, daríamos mejor soporte sociosanitario y evitaríamos reingresos y gastos innecesarios.

Para cumplir con el perfil de ECE, se plantea que sea la enfermera formada como especialista en familiar y comunitaria como el profesional más adecuado para ponerlo en marcha, ya que, durante su formación ha rotado por distintos servicios que se dedican a la cronicidad y dependencia, conociendo los cuidados prestados y a los sanitarios de referencia tanto en Atención Primaria (AP) como en Atención Hospitalaria (AH).



## OBJETIVOS

### Generales:

- Mejorar la calidad de vida del paciente y cuidadores.
- Favorecer la integración de los niveles asistenciales.
- Aumentar la eficiencia en la Red asistencial a nivel de recursos humanos y materiales.

### Específicos:

- Mejorar las competencias profesionales.
- Mejorar la capacidad funcional de los pacientes y su bienestar.
- Disminuir la sobrecarga de los cuidadores.
- Disminuir número de ingresos y días de hospitalización.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Para que la dirección de la Gerencia de atención integrada (GAI) de Ciudad Real valore implantar esta figura, se propone un proyecto piloto en la zona básica de salud de Piedrabuena (referente para 4 centros y una población de 7064 habitantes).

La población diana de este proyecto son aquellas personas dependientes que requieren de un trabajo interdisciplinar coordinado que garantice una atención integral y continuada (demencias, inmovilizados, enfermedades cardiovasculares, falta de recursos, claudicación del cuidador, etc.), realizándose en primer lugar durante 6 meses, un estudio cualitativo, observacional, descriptivo y transversal de la población que coincide con una káiser de complejidad moderada-elevada y que requiere de educación para la salud y de unos cuidados profesionales.

Durante la primera fase del estudio, se realizará un diagnóstico situacional de manera presencial y de la mano del equipo de AP a todos los pacientes de complejidad media-alta que estén registrados en el Turriano (sistema de información corporativo para el área de atención primaria del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha <sup>(21)</sup>) por los médicos, enfermeros y trabajadores sociales de la zona, con el fin de conocer la población dependiente y sus características. Para ello, durante las visitas domiciliarias y el análisis de datos, recogeremos los datos sociodemográficos (edad, sexo, estado civil y antecedentes de interés), realizaremos una valoración estructurada a partir de los 11 Patrones Funcionales de Salud (PFS) de Marjory Gordon desarrollados en la AP de la gerencia <sup>(16-17)</sup> y analizaremos la presencia o no de un cuidador informal y su estado de salud.

Pasada esta primera fase de diagnóstico situacional de la población con dependencia moderada-severa de la zona, conoceríamos de primera mano cuales son las enfermedades más prevalentes e invalidantes, así como las dificultades que suelen encontrar día a día, lo que nos permitiría establecer unos criterios de inclusión, revisando objetivos y marcando prioridades para iniciar las intervenciones de la enfermera de enlace de manera razonada.

Con las intervenciones realizadas posteriormente por la ECE desarrollaremos una segunda fase durante un año, en la que se valorará la sobrecarga del cuidador principal informal, la satisfacción del paciente y la familia en cuanto a la disponibilidad de recursos y los reingresos hospitalarios. Para ello, contaríamos con la puntuación de la escala Zarit antes y después de la intervención; el registro de los patrones de Marjory Gordon que se irán reevaluando; y una comparativa sobre el número de ingresos en el año anterior y el número de ingresos durante este año de aplicación del proyecto. De tal manera que al finalizar el estudio analizaremos los datos de partida con los datos tras la intervención con el paquete estadístico SPSS 22.0.

La actuación de la ECE durante esta segunda fase será dar cobertura a todas las necesidades sociosanitarias y coordinar de manera eficiente a los profesionales y servicios valorando, planificando, aplicando, y evaluando las opciones y servicios necesarios para satisfacer las necesidades de salud de una persona. Por tanto, la función de La ECE será hacerse cargo de que los pacientes y sus cuidadores cuenten con una valoración integral que determine un plan de actuación enfocado fundamentalmente a paliar los problemas de salud existentes y prevenirlos, con el fin de conseguir mantener y mejorar la calidad de vida del paciente y sus cuidadores, aumentar la coordinación entre niveles y entre los servicios sociales y garantizar el uso adecuado de servicios y recursos disponibles.

## RELEVANCIA

Los cambios demográficos nos llevan a una población con necesidades de carácter prolongado y cuidados multidisciplinarios. Para recibir la atención adecuada surge por ello la necesidad de crear sistemas coste-efectivos caracterizados por equipos interdisciplinarios, coordinados y con fácil acceso a la población anciana <sup>(18)</sup>.

Sin embargo, en ocasiones la comunicación y coordinación es inadecuada y rompe con la continuidad de cuidados. Para integrarlos, se propone incorporar a la enfermera especialista en familiar y comunitaria como ECE, ya que es una figura en desarrollo a nivel estatal y poco conocida en Castilla La Mancha entre nuestros gestores, que aportaría beneficios a los pacientes y familias, profesionales y gestores.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Bellán garcía, Antonio; pujol rodríguez, Rogelio (2016). "Un perfil de las personas mayores en España, 2016. Indicadores estadísticos básicos". Madrid, Informes Envejecimiento en red nº 14. [Fecha de publicación: 22/01/2016].
2. Proyección de la Población de España. España 2014-2064. Instituto Nacional de Estadística.
3. Grupo CAPAH. Comunicación entre atención primaria y atención hospitalaria: la perspectiva de los profesionales de enfermería. Nure Investigación, 2015, vol. 12, no 76.
4. Descriptor de Ciencias de la salud (DeCS). Disponible en: <http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>.
5. Pérez Hernández, Rosa M; López Alonso, Sergio R.; Lacida Baro, Manuela; Rodríguez Gómez, Susana. La Enfermera Comunitaria de Enlace en el Servicio Andaluz de Salud. Enfermería Comunitaria 2005; 1(1). Disponible en [www.index-f.com](http://www.index-f.com). Consultado el 18 de diciembre de 2016
6. Protocolo servicio Andaluz de enfermera comunitaria y enfermera hospitalaria
7. Bravo, Mercedes Fraile. Enfermeras gestoras de casos; ¿ Esa gran desconocida? Revista Científica de la Sociedad Española de Enfermería Neurológica, 2015, vol. 42, no 1, p. 1-3.
8. Bulechek, Gloria M. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). Elsevier Health Sciences, 2009.
9. "La enfermera gestora de casos es competencia de las CCAA". Disponible en: <http://www.diariodicen.es/201509/la-enfermera-gestora-de-casos-es-competencia-de-las-ccaa/>. Consultado 21 de diciembre 2016
10. Sociedad de enfermería madrileña de Atención Primaria (SEMAP). El papel de la enfermera familiar y comunitaria en la cronicidad. Disponible en <http://www.semap.org>. Consultado 18 diciembre 2016
11. Jódar-solà, G., et al. Continuidad asistencial: rol de la enfermera de enlace. Atención primaria, 2005, vol. 36, no 10, p. 558-562
12. Vicente, Cristina Campello; CAJA, M<sup>a</sup> Inmaculada Del Saz; GARCÍA, Lidia Solano. Percepción del equipo de atención primaria de la enfermera gestora de casos en la Vega Alta del Segura. Nure Investigación, 2015, vol. 12, no 75.
13. Hernández, rm pérez, et al. La enfermera comunitaria de enlace en el Servicio Andaluz de Salud. Enferm Comun, 2005, vol. 1, no 1, p. 43-48.
14. Lanzeta, Itziar; MAR, Javier; LEGIDO, Pablo. Protocolo del ensayo clínico de evaluación de una atención integrada a pacientes pluripatológicos. Gaceta Médica de Bilbao, 2016, vol. 110, no 1.
15. Phillips, Carolina. Enfermería: líder del modelo asistencial "Gestor de casos"/ Nursing: Leading the assistance model" Case Manager"/ Enfermagem: Conduzindo o modelo da assistência" Case Manager". Revista Uruguaya de Enfermería, 2015, vol. 10, no 2.
16. Suarez, José Luis Álvarez, et al. Manual de Valoración de Patrones Funcionales. 2010.
17. Martínez nieto, José Manuel, et al. Colección de documentos para la valoración, planificación y registro clínico en enfermería. 2014.
18. Carlos gil, A. M., et al. Desarrollo de criterios, indicadores de complejidad y estrategias de manejo en fragilidad. Sevilla: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía, 2009.
19. Pérez, L. García, et al. Factores predictivos e intervenciones efectivas para la reducción del riesgo de reingreso hospitalario en pacientes de edad avanzada.



20. Abizanda soler, P., et al. Instrumentos de valoración geriátrica integral en los servicios de geriatría de España: uso heterogéneo de nuestra principal herramienta de trabajo. Revista Española de Geriatría y Gerontología, 2000, vol. 35, no 5, p. 261-268.
21. Martín, A. Turriano, el sistema de información regional para atención primaria del SESCAM. Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios. Vol. 9 - Número 2 - Abril-junio 2008

**ID185:****EFFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN MULTIFACTORIAL BASADA EN LA MEJORA DE LA DIETA Y LA ACTIVIDAD FÍSICA, EN PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2, EN ATENCIÓN PRIMARIA**

Rosario Alonso Domínguez<sup>1</sup>, Manuel Ángel Gómez Marcos<sup>1</sup>, Susana González Sánchez<sup>1</sup>, Sandra Conde Martín<sup>1</sup>, Elsa Ruiz Fernández<sup>1</sup>, Cristina Lugones Sánchez<sup>1</sup>

1: Unidad de Investigación "La Alamedilla".

[rosa90alonso@hotmail.com](mailto:rosa90alonso@hotmail.com)

**RESUMEN**

**Introducción:** Las nuevas tecnologías de la información y comunicación podrían facilitar cambios en los estilos de vida, pero no hay suficiente evidencia acerca del efecto combinado de éstas con intervenciones multifactoriales.

**Objetivo:** Evaluar el efecto de una intervención multifactorial, en el incremento de la actividad física, y en el aumento de la adherencia a la dieta mediterránea.

**Material y métodos:** Ensayo clínico aleatorizado y controlado de dos grupos paralelos. Se realizará en el centro de salud "La Alamedilla", Salamanca, incluyéndose 200 diabéticos tipo 2, de 25-70 años, que cumplan criterios de inclusión y firmen el consentimiento informado.

**Análisis estadístico:** Los datos se presentarán con la media y la desviación estándar en el caso de variables cuantitativas y según su distribución de frecuencias para las cualitativas.

**Relevancia:** La confirmación de que este tipo de intervención es útil podría contribuir a generalizar su implantación en las consultas de Atención Primaria.

**PALABRAS CLAVE**

Diabetes Mellitus, Hábitos alimenticios, Educación en salud, Actividad motora, Tecnología de la información

Diabetes Mellitus, Foodhabits, Healtheducation, Physicalactivity, Information and Communication Technologies

**INTRODUCCIÓN**

La diabetes mellitus es una de las enfermedades con mayor impacto sanitario, no sólo por su alta prevalencia, sino también por las complicaciones crónicas que produce y por su elevada mortalidad [1]. La OMS estima que aproximadamente un 90% de los casos de diabetes mellitus tipo 2 podrían evitarse con la adopción de conductas promotoras de la salud [2].

**Beneficios de la actividad física y patrones de alimentación en el control de la diabetes mellitus y las patologías crónicas.**

La actividad física y la dieta son pilares fundamentales en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2, siendo más efectiva su combinación que su uso aislado para una pérdida de peso adecuada y un mejor control metabólico [3].

**Beneficios de la actividad física**

Uno de los efectos agudos de la actividad física en la diabetes mellitus tipo 2 es la disminución de la glucemia, relacionándose con la duración e intensidad de éste. Así, Motahari et al. demostraron que la actividad física incrementa la sensibilidad a la insulina a nivel central y periférico, y persiste durante las 12-24 horas posteriores [4]. Asimismo, la práctica de actividad física de forma regular se ha relacionado con un perfil lipídico menos aterogénico, traducible en un efecto positivo sobre la mortalidad cardiovascular [5].

**Beneficios de la dieta**

Los patrones dietéticos influyen en los factores de riesgo cardiovascular y metabólico, incluyendo peso, concentraciones de lipoproteínas, presión arterial y salud endotelial entre otros. Esposito et al. [6] en su metaanálisis concluyeron que algunos tipos de dietas saludables están asociadas con un riesgo un 20% menor de desarrollar diabetes tipo 2. En concreto, la dieta mediterránea, redujo los niveles de hemoglobina glicosilada en un 0.30-0.47% y los eventos cardiovasculares en un 28-30% [7].

#### **Intervenciones efectivas para el aumento de la actividad física y cambio de patrones alimentarios en diabéticos.**

Aunque se han asociado con un aumento de los costes, se ha demostrado que son rentables en comparación con el tratamiento convencional ya que reducen las complicaciones a largo plazo en las personas con diabetes mellitus tipo 2 [8].

En el estudio de Lim et al. observaron que una intervención multifactorial produjo un descenso de las concentraciones de glucosa en ayunas, del índice de masa corporal, de la circunferencia de la cintura y de la presión arterial, mejorando el perfil lipídico, la albuminuria, y reduciendo la necesidad de antidiabéticos orales en un 11.6% [9].

Por otra parte, Monlezun et al. [10] llevaron a cabo un estudio enfocado a la mejora de la dieta. El grupo de intervención respecto al grupo control consiguió una reducción de la hemoglobina glicosilada (-0.4% vs. -0.3%,  $p = 0.575$ ), la presión arterial diastólica (-4 vs. 7 mmHg,  $p=0.037$ ) y el colesterol total (-14 vs. 17 mg/dL,  $p = 0.044$ ).

#### **El uso de las TIC en la salud.**

La asistencia sanitaria tal como demanda la sociedad actual hace necesaria la incorporación de las TIC. Como ocurre en otros campos, las TIC se están haciendo cada vez más presentes en el ámbito de la salud y por lo tanto es necesario incorporarlas a las intervenciones promotoras de salud. El metaanálisis de Jeon et al. [11] mostró que las aplicaciones móviles más utilizadas por enfermería, son aquellas para la autogestión de enfermedades crónicas, mientras que los médicos favorecen la utilización de aplicaciones sobre el manejo de los síntomas y tratamiento de las enfermedades.

Cada vez son más los ensayos clínicos sobre patologías crónicas que incluyen teléfonos móviles como apoyo a su control. Liang et al. en un metaanálisis sobre intervenciones con nuevas tecnologías en el control de la diabetes, concluyeron que, tras intervenciones con móviles, los sujetos redujeron su hemoglobina glicosilada en un 0.5%, reportando una disminución significativamente mayor en los diabéticos tipo 2 que en los tipo 1 [12].

#### **OBJETIVOS**

El objetivo principal es evaluar el efecto de añadir a la atención habitual una intervención multifactorial (APP para Smartphone, paseos cardiosaludables y sesión grupal de educación nutricional) en el incremento de la actividad física, y en el aumento de la adherencia a la dieta mediterránea, en pacientes diabéticos tipo 2. Como objetivos secundarios se evaluará el efecto de la intervención en la mejora de los patrones dietéticos, factores de riesgo cardiovascular y control metabólico.

#### **MATERIAL Y MÉTODOS**

**1.- Diseño del estudio:** Ensayo clínico aleatorizado y controlado de dos grupos paralelos.

**2.- Ámbito del estudio:** El estudio se desarrollará en el ámbito de la Atención Primaria de Salud de Salamanca, en la Unidad de Investigación "La Alamedilla" que pertenece a la Red de Investigación en Actividades Preventivas y Promoción de la Salud (REDIAPP) y al Biomedical Research Institute of Salamanca (IBSAL).

**3.- Población de estudio:** Los sujetos serán seleccionados a través de un muestreo aleatorio estratificado de los 1361 diabéticos tipo 2 del Centro de Salud "La Alamedilla", en Salamanca (España), que cumplan los criterios de inclusión. Los criterios de inclusión son pacientes diabéticos tipo 2, con seguimiento habitual en el Centro de Salud, con edad comprendida entre los 25 y 70 años, de ambos sexos, que una vez informados sobre el estudio, estén de acuerdo en participar, y firmen el consentimiento informado. Los criterios de exclusión son pacientes con edad superior a 70 años, por la dificultad para el uso de TICs; antecedentes de eventos cardiovasculares (infarto agudo de miocardio, accidente cerebrovascular, etc.);

patología musculoesquelética que impida la deambulaci3n; enfermedad neurol3gica y/o neuropsicol3gica cl3nicamente demostrable, que le impida desplazarse al centro de salud, o cualquier otra circunstancia que los investigadores valoren que puede interferir con los procedimientos del estudio.

La muestra final comprenderá 200 sujetos seleccionados por muestreo aleatorio simple de entre los pacientes diabéticos tipo 2 del Centro de Salud, los cuales serán posteriormente randomizados en grupo de intervenci3n (GI) y de control (GC) con una raz3n de 1/1, mediante el programa Epidat 4.0.

El tama1o de la muestra se ha estimado para las variables principales del estudio. En lo referido al incremento de la actividad f3sica (número de pasos diarios), aceptando un riesgo alfa de 0.05 y un riesgo beta de 0.20, con una DS de 4500 pasos/día, se precisarían 98 sujetos en cada grupo (en total 196) para detectar un incremento de 1850 pasos/día en el grupo de intervenci3n respecto del control, considerando unas p3rdidas de seguimiento del 5%. En lo referente a la adherencia a la dieta mediterránea, aceptando un riesgo alfa de 0.05 y un riesgo beta de 0.20, con una DS de 2 puntos, se precisarían 92 sujetos en cada grupo, (en total 184) para detectar un incremento de 0.85 puntos en la puntuaci3n total del cuestionario en el grupo de intervenci3n respecto del control. Por lo tanto, una muestra de 200 diabéticos tipo 2 se considera suficiente para dar respuesta a los objetivos del estudio.

#### **4.- Variables e instrumentos de medida:**

**4.1.- Variables sociodemográficas:** En el momento de la inclusi3n en el estudio y previo a la primera visita de intervenci3n, se recogerán datos relativos a edad, sexo, estado civil, nivel de estudios y ocupaci3n.

El resto de las variables se recogerán en la visita baseline, tres y doce meses post-intervenci3n.

**4.2.- Variables antropométricas:** Se registrarán con el sujeto usando ropa ligera y sin zapatos. El peso corporal se determinará en dos ocasiones con una balanza electr3nica homologada (Scale 7830; Soehnle Professional GmbH & Co, Backnang, Germany) tras su adecuada calibraci3n (precisi3n  $\pm 0,1$  kg). La altura se medirá con un sistema portátil (Seca 222; Medical scale and measurement systems, Birmingham, United Kingdom), con el sujeto de pie, registrando el promedio de dos medidas y rodeando al centímetro más cercano. El índice de masa corporal (IMC) será calculado mediante la fórmula matemática peso (kg) dividido por el cuadrado de la altura (m<sup>2</sup>). La medida del perímetro de la cintura y de la cadera se realizarán con una cinta métrica flexible paralela al suelo, siguiendo las recomendaciones de la SEEDO.

**4.3.- Medida de la presi3n arterial (PA):** Se realizarán tres mediciones de PA sist3lica y diast3lica, usando la media de las dos últimas, con un tensiómetro modelo OMRON M10-IT validado (Omron HealthCare, Kyoto, Japan), siguiendo las recomendaciones de la Sociedad Europea de Hipertensi3n [13].

**4.4.- Medida del perfil glucémico:** Se determinará durante un día completo, antes y dos horas después de cada comida principal con un glucómetro homologado GlucoMen LX PLUS (A. Menarini GmbH).

**4.5.- Variables relacionadas con el estilo de vida:** El consumo de tabaco se medirá utilizando un cuestionario sobre la historia de tabaquismo y el patr3n de consumo de tabaco. Consumo de alcohol: se valorará usando un cuestionario sobre el consumo de alcohol en los últimos 7 días, detallando las bebidas y su volumen.

**4.6.- Variables de laboratorio:** Se recogerá una muestra sanguínea, después de 12 horas de ayuno, para la determinaci3n de colesterol, triglicéridos, HDL, LDL, creatinina, glucosa y hemoglobina glicosilada.

**4.7.- Variables relacionadas con la actividad f3sica:** La actividad f3sica regular se recogerá con el Cuestionario Internacional de Actividad F3sica (IPAQ) [14], en su versi3n corta validada en espa1ol; que evalúa la actividad en los últimos 7 días, diferenciándola en tres tipos (paseo, actividad f3sica moderada e intensa) y, de acuerdo con el gasto energético estimado para cada una de ellas (3.3, 4.0 y 8.0 METs, respectivamente). Esto permite calcular los METs-min/semana y clasificar a los sujetos de acuerdo con tres niveles de actividad (bajo, intermedio y alto). Además, se medirá de manera objetiva durante 7

días consecutivos, mediante un podómetro digital (Omron HJ-321 Tri-Axial) con sensor 3D y reloj, previamente validado, que llevarán sujeto en la parte derecha de la cintura. Registra: pasos totales, pasos aeróbicos, distancia recorrida y calorías consumidas, memorizando los resultados de los últimos 7 días. Los pasos aeróbicos son los contados por separado al caminar más de 60 pasos por minuto, y más de 10 minutos consecutivos.

**4.8.- Variables del patrón alimentario:** La adherencia a la dieta mediterránea, variable de resultado principal en el área de alimentación, se medirá utilizando un cuestionario validado de 14 ítems (MEDAS) [15] desarrollado por el grupo PREDIMED. El MEDAS es un instrumento válido para la estimación rápida de la adherencia a la dieta mediterránea. Este cuestionario incluye doce preguntas sobre la frecuencia de consumo de alimentos y dos preguntas sobre hábitos de ingesta de alimentos considerados característicos de la dieta mediterránea española. Cada pregunta se puntuará como 0 o 1. Se asignará un punto al uso del aceite de oliva como principal grasa para cocinar, el consumo preferente de carne blanca sobre roja, la ingesta de 4 o más cucharadas (1 cucharada = 13.5 g) de aceite de oliva, 2 o más porciones de verduras, 3 o más piezas de fruta, menos de 1 porción de carne roja o salchichas, menos de 1 porción de grasa animal y menos de 1 taza (100 ml) de bebidas carbonatadas y/o azucaradas, así como al consumo semanal de 7 o más vasos de vino tinto, 3 o más raciones de pescado, 3 o más raciones de legumbres, 2 o menos porciones de repostería comercial (no casera), 3 o más raciones (1 ración = 30 gr) de frutos secos y 2 o más platos aderezados con salsa de tomate, ajo, cebolla o puerro, elaborada a fuego lento con aceite de oliva. La puntuación final oscilará entre 0 y 14 puntos. Una adecuada adherencia a la dieta mediterránea se considerará con una puntuación igual o superior a 9.

Además, la dieta regular será evaluada con el índice de calidad de la dieta (DQI) [16]. Se basa en 18 grupos de alimentos que se clasifican en 3 categorías según la recomendación de su frecuencia de consumo. La primera categoría incluye 8 alimentos, la segunda 7 y la tercera 3. La frecuencia de consumo se organiza en tres tipos de respuesta: en el primer grupo “menos de una vez al día”, “una vez al día” o “más de una vez al día”; en el segundo grupo “menos de 4 veces por semana”, “4 a 6 veces por semana” o “una vez al día” y en el último grupo “menos de 2 veces a la semana”, “2 a 3 veces por semana” o “4 o más veces por semana”. La puntuación total variará de 18 a 54 puntos.

**4.9.- Análisis de la motivación para el cambio:** Se utilizará el modelo de Prochaska y Diclemente [17], clasificando a los sujetos en cada visita en base a los siguientes criterios: a) Precontemplación: los sujetos son conscientes de que ciertos comportamientos ponen en peligro su salud o que tienen un problema de salud; son reacios a aceptar cambios en el comportamiento. b) Contemplación: los sujetos son conscientes de que ciertos comportamientos ponen en peligro su salud o que tienen un problema de salud, y están de acuerdo en introducir cambios dentro de 6 meses. c) Determinación: los sujetos contemplan seriamente la intención de cambiar su comportamiento en el futuro cercano (dentro de 30 días). d) Acción: los sujetos están trabajando activamente en los cambios en el comportamiento que afectan a su salud. e) Mantenimiento: los sujetos adoptan como habituales los comportamientos adquiridos. Se considera mantenimiento si el nuevo comportamiento persiste durante más de 6 meses. f) Recaída: inicio nuevamente del ciclo.

**4.10.- Calidad de vida relacionada con la salud:** Se evaluará con la versión española validada del SF-12 v.2. [18]. El SF-12 es una versión corta del cuestionario SF-36 [19] que incluye 12 ítems, con 3 a 5 categorías de respuesta en una escala Likert. El cuestionario SF-12 es autoadministrado y fue desarrollado para medir 8 dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, rol emocional, funcionamiento social y salud mental.

## 5.- Intervención:

### 5.1.- Común en ambos grupos:

**5.1.1.- Consejo sobre alimentación:** Ambos grupos (control e intervención) recibirán un consejo nutricional orientado a un buen cumplimiento de la dieta mediterránea. El consejo, que será estandarizado para los dos grupos, consistirá en una cita individual de 5 minutos de duración en la que además se entregará un díptico informativo sobre la sesión. La primera parte (2 min) desarrollará el

concepto del método del plato que ha sido utilizado en varios estudios como patrón de referencia en alimentación [20] y permite crear menús variados. Es un método sencillo que no requiere medir ni pesar las porciones de los alimentos. Utiliza un plato de unos 23 cm, donde se construye el menú principal, comida o cena, dividiéndolo en cuatro partes: medio plato para ensalada o verdura, un cuarto para las proteínas (priorizando las carnes blancas sobre las rojas) y el cuarto restante para los hidratos de carbono. Todo lo mencionado debe ir acompañado de una fruta mediana como postre o un lácteo desnatado. La segunda parte (2 min) estará orientada a desarrollar cada recomendación particular para el cumplimiento de la dieta mediterránea, con mensajes breves y claros. La última parte (1 min) tratará de resolver dudas.

**5.1.2.- Consejo sobre actividad física:** Ambos grupos recibirán consejo sobre actividad física orientado al cumplimiento de las recomendaciones internacionales actuales en la población general. El consejo consistirá en una cita individual de 5 minutos, donde se explicarán los beneficios para la salud de la actividad física y las recomendaciones de reducir las horas de sedestación y realizar al menos 10.000 pasos al día [21]. La primera parte (2 min) se dirigirá a las recomendaciones sobre la actividad física en relación con la salud cardiovascular. La segunda parte (2 min) se orientará al conocimiento de la intensidad de algunas actividades específicas tales como caminar, andar en bicicleta u otras actividades. La última parte (1 min) se dedicará a responder las preguntas y dudas que puedan surgir y se hará entrega de un díptico.

**5.2.- Intervención específica del grupo de estudio:** Se trata de una intervención multifactorial basada en una aplicación para Smartphone, paseos cardiosaludables y un taller de alimentación.

**5.2.1.- Aplicación Smartphone (EVIDENT II):** La herramienta desarrollada (Nº registro de propiedad intelectual SA-81-14) es fruto de un convenio entre la empresa CGB y el grupo de investigación GIAPCyL de la REDIAPP (RD12/0005/0004) a través de la Fundación Infosalud, para su utilización en el estudio "Efectividad del uso de una herramienta móvil añadida a una intervención estándar en la mejora de estilos de vida en población adulta. Ensayo clínico aleatorizado, Estudio EVIDENT II" [22] (PI: PI13/00618). Es una aplicación para uso en Smartphone, de fácil manejo para personas adultas, en la que se puede evaluar de una forma rápida la adecuación de los hábitos personales a las recomendaciones de estilos de vida saludables, tanto en alimentación como en actividad física. Se evalúa la ingesta de alimentos realizada en cantidad y calidad de acuerdo a patrones estandarizados, en función de su adaptación a la dieta mediterránea, y la proporción adecuada de principios inmediatos generando una recomendación personalizada. La aplicación devuelve información detallada de las desviaciones en la alimentación tanto en composición dietética como en cantidad de calorías para facilitar el cambio de hábitos. Además, el sujeto deberá introducir la actividad física que ha realizado durante el día, así como la duración de ésta. Se llevará a cabo un taller donde se adiestrará a los participantes en el uso del dispositivo, el cual se recogerá a los 3 meses, coincidiendo con la visita común, para descargar la información almacenada.

**5.2.2.- Paseos cardiosaludables:** Se realizarán 5 paseos cardiosaludables que consistirán en 10 minutos de ejercicios de calentamiento, un circuito de 4 km caminando y 10 minutos de estiramientos y relajación. El paseo se realizará en grupos de 10 personas, acompañados de al menos dos profesionales sanitarios, por zonas llanas, saliendo y volviendo a la puerta del Centro de Salud. Debido a la posible diferencia de ritmo entre los pacientes diabéticos, en cada paseo se harán dos grupos, el primero con una intensidad mayor (aproximadamente 6.5 km/h) y el segundo con una intensidad más baja (aproximadamente 4.5 km/h). Se realizarán con una semana de diferencia, durante 5 semanas consecutivas.

**5.2.3.- Sesiones grupales de educación sobre alimentación:** Se realizará un taller con una duración de 1 hora y media. En él se explicarán los beneficios de una alimentación saludable, grupos de alimentos, la importancia de los etiquetados en los pacientes diabéticos, las técnicas culinarias recomendadas y la utilización del método del plato de una forma más detallada, realizando, además, ejemplos prácticos de su utilización.



**6.- Análisis estadístico:** Los datos se presentarán con la media y la desviación estándar en el caso de variables cuantitativas y según su distribución de frecuencias para las cualitativas. El análisis de los resultados se hará por intención de tratar. Para contrastar las hipótesis de normalidad se utilizará el test de Kolmogorov-Smirnov. Se utilizarán el test Ji cuadrado para analizar la asociación entre variables cualitativas independientes y el test de McNemar para muestras apareadas. La media entre dos grupos se comparará mediante la prueba t de Student para muestras independientes y el cambio dentro del mismo grupo se evaluará con la t de Student para datos apareados. La relación entre variables cuantitativas será analizada mediante el coeficiente de correlación de Pearson o de Spearman según corresponda. Para analizar el efecto de la intervención se compararán los cambios alcanzados en el grupo de intervención respecto del control y se estimará la Cohen d, ajustando por las variables que pueden influir en el resultado, especialmente los datos baseline. Se utilizará el programa SPSS versión 23.0

### RELEVANCIA

Existe evidencia sobre los beneficios de las intervenciones multifactoriales en los pacientes diabéticos [8, 9], pero a pesar del significativo avance de las TIC en los últimos años, no se han desarrollado proyectos que engloben éstas con aplicaciones móviles para su uso en Atención Primaria, dentro del contexto de una intervención multifactorial.

Stuckey et al. [23] están llevando a cabo un estudio en pacientes diabéticos que pretende examinar los efectos de una intervención basada en una aplicación móvil y la prescripción de actividad física frente a solamente la prescripción de actividad física. Sin embargo, nuestro estudio engloba, además, una intervención educativa para aumentar la adherencia a la dieta mediterránea, que junto con la actividad física son los pilares básicos en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2, ya que, como reflejan Clark et al. en su estudio, su combinación es más efectiva que su uso aislado para mantener una pérdida de peso adecuada y una mejoría del control metabólico [3].

Por lo tanto, los resultados de este estudio podrían conducir a una nueva estrategia basada en el uso de una intervención multifactorial, que incluye nuevas tecnologías, para mejorar el control glucémico en población diabética, aumentar la actividad física y la adherencia a la dieta mediterránea, la cual podría constituir una herramienta muy útil en las consultas de Atención Primaria.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Goday A: [Epidemiology of diabetes and its non-coronary complications]. Revista española de cardiología 2002, 55(6):657-670.
2. WHO: TheWorldHealthReport. Reducingrisks, promotinghealthylife. 2002.
3. Clark JE: Diet, exerciseordietwithexercise: comparingtheeffectiveness of treatmentoptionsforweight-loss and changes in fitness foradults (18-65 yearsold) who are overfat, orobese; systematicreview and meta-analysis. Journal of diabetes and metabolicdisorders 2015, 14:31.
4. Motahari-Tabari N, Ahmad Shirvani M, Shirzad EAM, Yousefi-Abdolmaleki E, Teimourzadeh M: Theeffect of 8 weeks aerobic exerciseoninsulinresistance in type 2 diabetes: a randomizedclinical trial. Global journal of healthscience 2015, 7(1):115-121.
5. Park JH, Miyashita M, Takahashi M, Kawanishi N, Hayashida H, Kim HS, Suzuki K, Nakamura Y: Low-volumewalkingprogramimproves cardiovascular-relatedhealth in olderadults. Journal of sportsscience& medicine 2014, 13(3):624-631.
6. Esposito K, Chiodini P, Maiorino MI, Bellastella G, Panagiotakos D, Giugliano D: Whichdietforprevention of type 2 diabetes? A meta-analysis of prospectivestudies. Endocrine 2014, 47(1):107-116.
7. Esposito K, Maiorino MI, Bellastella G, Panagiotakos DB, Giugliano D: Mediterraneandietfortype 2 diabetes: cardiometabolicbenefits. Endocrine 2016.
8. Eliraqi GM, Vistisen D, Lauritzen T, Sandbaek A, Jorgensen ME, Faerch K: Intensive multifactorial treatmentmodifiestheeffect of familyhistory of diabetes onglycaemic control in peoplewithType 2 diabetes: a post hoc analysis of the ADDITION-Denmarkrandomizedcontrolled trial. Diabeticmedicine : a journal of the British DiabeticAssociation 2015, 32(8):1085-1089.
9. Lim S, Kang SM, Kim KM, Moon JH, Choi SH, Hwang H, Jung HS, Park KS, Ryu JO, Jang HC: Multifactorial intervention in diabetes careusing real-time monitoring and tailoredfeedback in type 2 diabetes. Acta diabetologica 2016, 53(2):189-198.

10. Monlezun DJ, Kasprowicz E, Tosh KW, Nix J, Urday P, Tice D, Sarris L, Harlan TS: Medical school-based teaching kitchen improves HbA1c, blood pressure, and cholesterol for patients with type 2 diabetes: Results from a novel randomized controlled trial. *Diabetes research and clinical practice* 2015, 109(2):420-426.
11. Jeon E, Park HA: Nursing intervention using smart phone technologies; a systematic review and meta-analysis. *Studies in health technology and informatics* 2015, 210:321-325.
12. Liang X, Wang Q, Yang X, Cao J, Chen J, Mo X, Huang J, Wang L, Gu D: Effect of mobile phone intervention for diabetes on glycaemic control: a meta-analysis. *Diabetic medicine: a journal of the British Diabetic Association* 2011, 28(4):455-463.
13. O'Brien E, Asmar R, Beilin L, Imai Y, Mancia G, Mengden T, Myers M, Padfield P, Palatini P, Parati G et al: Practice guidelines of the European Society of Hypertension for clinic, ambulatory and self blood pressure measurement. *Journal of hypertension* 2005, 23(4):697-701.
14. Roman Vinas B, Ribas Barba L, Ngo J, Serra Majem L: [Validity of the international physical activity questionnaire in the Catalan population (Spain)]. *Gaceta sanitaria / SESPA* 2013, 27(3):254-257.
15. Fernandez-Ballart JD, Pinol JL, Zazpe I, Corella D, Carrasco P, Toledo E, Perez-Bauer M, Martinez-Gonzalez MA, Salas-Salvado J, Martin-Moreno JM: Relative validity of a semi-quantitative food frequency questionnaire in an elderly Mediterranean population of Spain. *The British journal of nutrition* 2010, 103(12):1808-1816.
16. Schroder H, Benitez Arciniega A, Soler C, Covas MI, Baena-Diez JM, Marrugat J: Validity of two short screeners for diet quality in time-limited settings. *Public health nutrition* 2012, 15(4):618-626.
17. Prochaska JO, Velicer WF: The transtheoretical model of health behavior change. *American journal of health promotion: AJHP* 1997, 12(1):38-48.
18. Vilagut G, Valderas JM, Ferrer M, Garin O, Lopez-Garcia E, Alonso J: [Interpretation of SF-36 and SF-12 questionnaires in Spain: physical and mental components]. *Medicina clinica* 2008, 130(19):726-735.
19. Alonso J, Prieto L, Anto JM: [The Spanish version of the SF-36 Health Survey (the SF-36 health questionnaire): an instrument for measuring clinical results]. *Medicina clinica* 1995, 104(20):771-776.
20. Zizza CA, Sebastian RS, Wilkinson Enns C, Isik Z, Goldman JD, Moshfegh AJ: The Contribution of Beverages to Intakes of Energy and MyPlate Components by Current, Former, and Never Smokers in the United States. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics* 2015, 115(12):1939-1949.
21. Tudor-Locke C, Bassett DR, Jr.: How many steps/day are enough? Preliminary pedometer indices for public health. *Sports medicine (Auckland, NZ)* 2004, 34(1):1-8.
22. Recio-Rodriguez JI, Martin-Cantera C, Gonzalez-Viejo N, Gomez-Arranz A, Ariete Alaniz Beascoa MS, Schmolling-Guinovart Y, Maderuelo-Fernandez JA, Perez-Arechaederra D, Rodriguez-Sanchez E, Gomez-Marcos MA et al: Effectiveness of a smartphone application for improving healthy lifestyles, a randomized clinical trial (EVIDENT II): study protocol. *BMC public health* 2014, 14:254.
23. Stuckey MI, Shapiro S, Gill DP, Petrella RJ: A lifestyle intervention supported by mobile health technologies to improve the cardiometabolic risk profile of individuals at risk for cardiovascular disease and type 2 diabetes: study rationale and protocol. *BMC public health* 2013, 13:1051.

**ID211:**

**“CUIDANDO”. EXPERIENCIA COMUNITARIA DIRIGIDA A PERSONAS CUIDADORAS INFORMALES**

Irazoqui Ceberio, Ania<sup>1</sup>; Ciga Tellechea, Blanca<sup>1</sup>; Guerrero Arenaza, Lorena<sup>1</sup>; SánchezGómez, Sheila<sup>1</sup>; Martínez Morales, María Carmen<sup>1</sup>; Calle Calle, María Dolores<sup>1</sup>

<sup>1</sup> AP. OSI (Organización Sanitaria Integrada) Alava. Osakidetza.

[ania.irazoquiceberio@osakidetza.eus](mailto:ania.irazoquiceberio@osakidetza.eus)

**RESUMEN**

**Introducción:** El progresivo y significativo aumento de personas con problemas de dependencia, ha aumentado el cuidado familiar.

**Objetivo:** Las personas cuidadoras desarrollarán las competencias necesarias para promover el cuidado adaptativo en el hogar mejorando el cuidado de la persona dependiente y con el autocuidado de la persona cuidadora.

**Desarrollo:** se trata de un programa de educación para la salud dividido en 6 sesiones. En ellas se tratan temas relacionados con el cuidado y con el autocuidado.

**Resultados:** El estado subjetivo de sobrecarga ha disminuido. La valoración ha sido positiva y se ve reflejada en los conocimientos adquiridos (a nivel afectivo/actitudinal, cognitivo y en habilidades) así como en la satisfacción general expresada.

**Conclusiones:** El programa ha producido aprendizajes a nivel de conocimientos, cambio de actitudes y desarrollo de habilidades prácticas. Resulta un trabajo de fácil aplicación en la práctica y con altos grados de satisfacción entre los participantes.

**ABSTRACT**

**Introduction:** The progressive and important increase of people with dependency problems has increased the family care.

**Objective:** Caregivers will develop the necessary competencies to promote adaptive care at home, improving the care of the dependent person and self-care of the caregiver.

**Development:** It is a health education program divided into 6 sessions. They deal with topics related to care and self-care.

**Results:** The subjective state of overload has decreased. The assessment has been positive and reflected in the knowledge acquired (affective / attitudinal level, cognitive and skills) as well as expressed general satisfaction.

**Conclusions:** The program has produced learning at the level of knowledge, change of attitudes and development of practical skills. It is a work of easy application in practice and with high degrees of satisfaction among the participants.

**PALABRAS CLAVE**

Cuidadores familiares, enfermedad crónica, dependencia, educación de la población, enfermería en salud comunitaria.

Caregivers, chronic disease, dependency, population education, Community Health Nursing.

**INTRODUCCIÓN/PRESENTACIÓN**

Este programa nace para dar respuesta a una de las necesidades de salud percibidas en el barrio de Zaramaga (Vitoria-Gasteiz) a raíz de la encuesta de salud realizada en 2013 a un colectivo importante de usuarios del propio centro de salud. En dicha encuesta se declararon como cuidadoras de otra persona dependiente el 19% de la muestra entrevistada, hecho que concuerda con la alta población envejecida que presenta el barrio, uno de los que registra mayor índice de vejez dentro de la OSI (Organización Sanitaria Integrada) Álava<sup>1</sup>. Esta elevada cifra hizo pensar en la pertinencia de trabajar con este colectivo,

necesidades de salud identificadas por las propias personas cuidadoras, a las que los propios profesionales creían poder dar respuesta.

Así, tras la realización del presente diagnóstico de salud, el equipo profesional se marcó como objetivo contribuir al desarrollo personal, satisfacción y bienestar de las personas cuidadoras en la experiencia del cuidado, permitiendo así una asistencia más eficaz y de mayor calidad dirigida a ambos, al cuidador y a la persona receptora de sus cuidados. Este programa de EPS (educación para la salud) pretende así dar cumplimiento a este objetivo, en un momento en el que de nuevo el cuidado informal sigue siendo el principal protagonista de la atención a la dependencia en nuestro país.<sup>2</sup>

Si bien es cierto que se han desarrollado programas para cuidadoras promovidos por distintas asociaciones e instituciones, es necesario desde el ámbito comunitario y asistencial más próximo a estas familias, poder ofrecer apoyo y soporte educacional para que nuestros mayores puedan permanecer en sus hogares, en las mejores condiciones posibles, cuidando para ello de las personas que hacen posible que eso se lleve a cabo.

En este contexto comunitario, el centro de salud supone un recurso asistencial referente y clave puesto que sus profesionales son quienes a menudo detectan esas necesidades en la propia consulta o en el domicilio, y suponen figuras referentes de apoyo para estas familias. En el caso del programa psicoeducativo grupal que aquí presentamos, queremos potenciar la figura de la enfermera de atención primaria (EAP) como mediadora (facilitadora y educadora-capacitadora) entre el cuidador/es y la persona dependiente en el ámbito comunitario. Aunque está más que justificada la intervención con cuidadoras en las que se han establecido ya signos y síntomas relacionados con la sobrecarga, nuestro programa se plantea desde un enfoque más preventivo y de promoción del bienestar, capacitando a éstas para evitar el futuro desarrollo de este síndrome de cansancio del rol de cuidador.<sup>3-4</sup>

La metodología de aprendizaje en la que se fundamenta la intervención educativa es la que se centra en la persona y se basa en el aprendizaje significativo. Por ello, se intenta promover la participación de las cuidadoras en todo momento, considerando su conocimiento previo basado en las experiencias vividas.<sup>5-6</sup>

Queremos hacer extensible esta intervención a todos aquellos centros de salud de las diferentes UAP (Unidades de Atención Primaria) que por sus características poblacionales crean oportuna la intervención con este colectivo.

## **OBJETIVOS (DE LA EXPERIENCIA)**

**META:** contribuir a mejorar la calidad de vida del cuidador y de la persona dependiente que es cuidada.

**OBJETIVO GENERAL:** al finalizar el programa las cuidadoras habrán adquirido las competencias necesarias para promover el cuidado adaptativo en el hogar mejorando el cuidado que prestan y su propio autocuidado.

### **OBJETIVOS INTERMEDIOS:**

- Al finalizar el programa las participantes serán capaces de describir conductas y pautas de actuación que aumenten la calidad de vida del cuidador y de la persona dependiente.
- Al finalizar el programa las participantes serán capaces de desarrollar una actitud reflexiva y positiva relacionada con la experiencia de cuidar a la persona dependiente.
- Al finalizar el programa las participantes serán capaces de poner en práctica pautas de cuidado que aumenten la calidad de vida del cuidador y de la persona dependiente.

## **DESARROLLO**

Se trata de una intervención grupal dividida en 6 sesiones de 90-120 minutos cada una de ellas que se han llevado a cabo desde el 8/11/2016 hasta el 20/12/2016 en el Centro Socio Cultural de Mayores del barrio de Zaramaga. Impartido por dos EIRes (Enfermeras Internas Residentes) de Enfermería Familiar y Comunitaria con la colaboración de las enfermeras del Centro de Salud de Zaramaga tanto en la captación como en el desarrollo de estas sesiones.

La metodología se ha basado en el aprendizaje dialógico entre iguales centrado en la persona.

A lo largo de la intervención se han tratado los siguientes contenidos: el cuidado, la piel, heridas y úlceras por presión, movilizaciones y ergonomía, hogar adaptado, alimentación, manejo de la medicación, comunicación, emociones, autocuidado y recursos sociales disponibles en Álava. (Tabla 1)

Se trata de un programa en el que ha colaborado el ayuntamiento de Vitoria, tanto prestando el lugar donde se realizaron las sesiones y los recursos materiales necesarios para impartirlas (cañón, pizarra...) como con un monitor de apoyo a las personas cuidadas durante las sesiones.

## RESULTADOS

En cuanto a la **asistencia** de los participantes el grupo se inició con un total de 19 participantes y finalizó con 15. A lo largo de las sesiones se ha mantenido un grupo de 15-16 participantes, de los cuales 2 eran hombres y el resto mujeres.

La evaluación cuantitativa del **estado subjetivo de los cuidadores** fue realizada a través de la escala CARE-CaregiverRiskScreen (versión adaptada al castellano). En la escala administrada el primer día de la intervención (pre-intervención) 15 de los participantes contestaron el cuestionario obteniendo un resultado medio de 17.6 puntos (sobrecarga moderada). En la última sesión (post-intervención) 15 personas contestan el cuestionario (uno de los cuestionarios se desecha, ya que está incompleto) obteniendo una media general de 13.71 puntos en dicha escala (sobrecarga leve).

Solo los ítems número 4. (Cuidar de mi familiar ha generado tensión en mi relación con él/ella) y 8. (Hago más por mi familiar que el resto de mi familia o de las personas que me suelen ayudar) sufren una pequeña elevación. Con diferencias no representativas.

El resto de ítems han descendido, especialmente el número 1. (Cuidar de mi familiar tiene un efecto negativo sobre mi salud), 2. (No estoy llevando bien mi situación actual), 9. (Me siento deprimido) y 10. (Creo que estoy perdiendo el control de mi vida debido a la situación actual).

En cuanto a la **encuesta de satisfacción** final se evaluaron 10 ítems con una escala tipo Likert puntuada del 1 al 4 donde "1"era poco de acuerdo y "4" muy de acuerdo. Todos los ítems fueron valorados positivamente pero el mejor valorado fue la satisfacción global donde el 100% marcó muy de acuerdo. El segundo mejor valorado fue el clima creado en el aula seguido por las docentes y la resolución de problemas por parte de estas. La utilidad del curso y la metodología también fueron ítems recalcados.

En las preguntas de reflexión planteadas al final de la encuesta, los comentarios predominantes sobre aspectos que destacaban como positivos eran el aprendizaje adquirido por parte de las personas cuidadoras en el aula así como el apoyo que habían sentido por parte de las formadoras. Lo que resaltan de especial manera es el ambiente y la armonía del grupo. Y como puntos de mejora se mencionan el tamaño del aula y el ruido fuera de ésta que en ocasiones dificultaba alguna dinámica y molestaba a las personas cuidadas que permanecían allí con el monitor realizando sus actividades. El 100% de los participantes recomendarían a otras personas cuidadoras acudir al grupo.

Fruto del **análisis cualitativo** de la transcripción de los discursos grabados durante la última sesión del programa y con el objetivo de evaluar el impacto de esta intervención a nivel de competencias y aprendizajes adquiridos, se dibuja el siguiente mapa de interrelaciones. "Insertar imagen 1"

De manera global la evaluación ha sido muy positiva y ésta se justifica por un lado en el **APRENDIZAJE** adquirido sobre las tres esferas: **COGNITIVA**, **AFECTIVO/ACTITUDINAL** y a nivel de **HABILIDADES** y por otro, en la **SATISFACCIÓN** generada, relacionada con la propia **METODOLOGÍA EMPLEADA** y el **VALOR** del **GRUPO**.

Del **aprendizaje cognitivo**, definido como la adquisición de nuevos conocimientos relativos a los contenidos abordados durante las sesiones (sin que éstos se hayan tenido que poner en práctica necesariamente), apreciamos en los discursos de los cuidadores cómo éstos han dado valor al conocimiento adquirido en relación a las movilizaciones y a las pautas para desarrollar un trato/actitud empática y tranquila hacia la persona dependiente fundamentalmente, además de la incorporación de nuevos conocimientos relativos a la alimentación y los recursos sociales.

*C1: "Pues yo conocimientos el saber cómo tratar a la persona dependiente, cómo hay que cuidarla sobre todo a la hora de moverla y en cuanto a los alimentos cuáles son más proclives a admitirlos y cómo dárselos"*

C15: *Yo la parte de las movilizaciones, otros temas igual los domino más pero el de comunicación me han venido bien; el tema de los recursos socio-sanitarios conocía algunos, otros no”*

Del **aprendizaje afectivo/actitudinal**, definido como la adquisición/cambio de actitudes/creencias/emociones apreciamos cómo en los discursos se han incorporado nuevas maneras de afrontar el cuidado hacia la persona dependiente, sabiendo poner límites al cuidado o teniendo más paciencia y tranquilidad y hacia uno mismo (fomentando el propio autocuidado o modificando pensamientos y emociones disfuncionales).

C3: *“he intentado ser más tranquila porque yo soy muy nerviosa, me altero mucho y entonces pues igual le grito, le digo “estoy harta, ¿por qué no lo haces?” entonces a hacerlo con un poco más de esfuerzo y calma que jejeje, que he aprendido que es mejor hacerlo así que... pues eso me ha servido también para asentarme un poco más en ese sentido..., para no estar tan pendiente de..., eso es otra cosa, aunque lo hagas un poquito mejor ...”...pues de dejar si él puede...”“Es que a veces ponemos la venda antes de tener la herida... como le ves tan frágil, pero luego yo creo que sí que podría hacer muchas más cosas. Estar atenta, ojo avizor pero...”*

C11: *“En cuento a las emociones, me quebraron el esquema, así de simple..., me quebraron el esquema... He pensado mucho en esa tristeza que tengo, en esa pena, rabia contra la vida y no me queda otra cosa que aceptarla”*

En cuanto al **aprendizaje a nivel de habilidades**, entendiéndolo por éste la puesta en práctica de conocimientos que se iban adquiriendo durante el desarrollo del programa, se aprecia cómo han incorporado cambios y nuevas prácticas relativas al CUIDADO DEL OTRO y al AUTOCUIDADO de los propios cuidadores.

Así de los discursos de los propios cuidadores se recogen expresiones que describen cómo han puesto en práctica modificaciones del cuidado del otro relativas a la alimentación, movilizaciones y la manera en la que se desarrolla el cuidado (desde una actitud más tranquila...).

C10: *“Yo sobre todo el levantarlo, que lo estaba haciendo fatal y ahora le digo “agárrame bien” “agárrame fuerte” “apriétame” ...”*

Y por otro lado, como hemos comentado, se manifiestan a través de sus discursos cambios que reflejan la adquisición de habilidades que fomentan su autocuidado (dedicación de más tiempo para ellos, práctica de relajación...).

C5: *“...yo todos los días después de que recoja la cocina me marcho a andar y aquí te quedas jeh! (risas) E1: Muy bien eso has aprendido, a sacar tiempo para ti...C5: Eso he aprendido,....me da miedo dejarle solo, pero es que muchas veces dices, “es que no vives no vives, no vives...”*

C15: *“Y a hacer..., pues los minutitos de relajación ese es mi objetivo y esta semana he conseguido hacerlo y muy bien”*

Asimismo y como describe el mapa de interrelaciones expuesto, la evaluación positiva del programa se ha debido por otro lado no solo al aprendizaje incorporado como tal, sino a la SATISFACCIÓN que aspectos como la modalidad del desarrollo grupal o la metodología utilizada han supuesto para los cuidadores.

Así, la satisfacción recogida a través del **valor** que se le ha dado al **grupo** se percibe en expresiones de los cuidadores que manifiestan sentimientos de gratitud y agradecimiento por haber compartido emociones y vivencias, por reconocerse entre ellos la importante labor que desarrollan...

C1: *“...me he sentido reconocido en grupo, no es que justifique “mal de muchos consuelo de tontos”..., pero bueno...es algo que forma parte de la idiosincrasia de la vida, que nos ha tocado a todos lo que estamos aquí y bueno...la gratitud...”*

C2: *“...de emociones la gratitud y como ha dicho él, saber que estamos todos un poco en la misma situación, te sientes comprendido de cara a otra gente que está en esta situación y que lo ve de diferente manera...”*

C8: *“me he sentido como en familia porque aquí ha habido un ambiente buenísimo”*

C11: *“agradecer... porque creo que es la primera vez que nuestro lo que realmente siento en esta situación (se emociona, aplausos del grupo)”*

C15: *“de verdad que muy bien y os doy las gracias a todos además porque creo que soy, no sé...la más jovencita por edad y veo que todas sois unas grandes mujeres y unos grandes hombres (aplausos)”*

De manera más general, otra fuente de satisfacción ha podido tener que ver con el propio desarrollo del programa y la iniciativa de las docentes de prestar atención a las necesidades de este colectivo (necesidades que a menudo demandan pero a las que no se da respuesta con este tipo de intervenciones comunitarias), los contenidos abordados y la manera de presentarlos (desde un enfoque más práctico, huyendo de la pura teórica y motivando el aprendizaje centrado en la personas y entre iguales); en definitiva satisfacción por la **metodología** empleada.

C1: *“... me queda mucha satisfacción del conocimiento que he tenido aquí”*

C4: *“Para mí ha sido una experiencia... ¡vamos!, porque muchas veces nos sentimos muy solos ya os comenté antes, nos sentimos muy solos y vemos que no..., que hay personas que tienes a tu alrededor y porque tú no puedes pues parece que se van como distanciando un poquito y el ver que vosotros nos dais apoyo pues para mí ha sido ha sido fundamental, de lo más importante...”*

C8: *“Para mí ha sido muy muy positivo, he venido encantada y todos los ejemplos que habéis puesto”*

C14: *“...muy bien, las charlas, las compañeras...porque has cambiado 2 horas a la semana (haciendo referencia a la asistencia al taller) y ya no son 24 horas al día”*

## CONCLUSIONES

Existen numerosos trabajos relacionados con las personas cuidadoras pero esta experiencia ha resultado ser una novedad en la OSI Araba, ya que hasta el momento desde la red de salud no se había desarrollado un programa de educación para la salud que integrara el cuidado de la persona dependiente y el autocuidado de la cuidadora.

Para nosotras, enfermeras residentes de Enfermería Familiar y Comunitaria, ha supuesto una enorme fuente de satisfacción y gratitud por la buena acogida y evaluación del programa, a pesar de ser conscientes de las limitaciones y aspectos de mejora que podrían concretarse con el desarrollo de sucesivas ediciones. A la vez ha supuesto un aprendizaje fruto de la puesta en marcha de habilidades propias del manejo de un grupo, con la dificultad añadida del abordaje de lo emocional-psicológico (programa psicoeducativo).

Esta intervención educativa nos ha servido como fuente de inspiración para desarrollar nuestro trabajo final de residencia EIR. Este proyecto de investigación sobre el que todavía nos encontramos en fase de análisis, recogerá los significados y percepciones que algunos cuidadores informales del Barrio de Zaramaga tienen en torno a las diversas formas de apoyo y soporte recibidos.

Conocidos los resultados obtenidos tras la puesta en marcha del programa psicoeducativo nos gustaría poder hacer extensible éste a otras zonas de la OSI, no descartando poder adaptar este programa a la filosofía de *paciente activo* una vez hayan sido revisados los contenidos teórico-prácticos.

## BIBLIOGRAFÍA:

- 1 Diagnostico de Salud. CS Zaramaga. 2013
- 2 C. De La Cuesta Benjumea. “Estar tranquila”: la experiencia del descanso de cuidadoras de pacientes con demencia avanzada. Enfermería clínica 2009; 19:24-30 Elsevier Doyma.
- 3 C. De La Cuesta Benjumea. “Una vida que no es normal”: el contexto de los cuidados familiares en la demencia. Index Enfermería vol.20 nº1-2 ene/jun 2011
- 4 C. Ferré Grau et all. Efectividad de la técnica de resolución de problemas aplicada por enfermeras: disminución de la ansiedad y la depresión en cuidadoras familiares. Elsevier. Doyma.
- 5 A. Parello Bratescu; G. López Fernández. Taller “Cuidate para cuidar” de apoyo a cuidadores informales. AMF 2016; 12 (2): 113-117
- 6 Johannessen A, Bruvik FK, Hauge S. Family Carers’ experiences of attending a multicomponent psychosocial intervention program for carers and persons with dementia. J Multidiscip Healthc. 2015 feb 12; 8: 91-9.

**GRÁFICOS Y/O TABLAS**

	<p><b>1. SESIÓN: NUESTRA HISTORIA 8/11/2016</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Presentación</li> <li>•Presentación programa educativo</li> <li>•Introducción: ¿que es cuidar?</li> </ul>
	<p><b>2. SESIÓN: "CUIDANDO" 15/11/2016</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Cuidados de la piel</li> <li>•Movilización y ergonomía</li> <li>•Hogar adaptado</li> </ul>
	<p><b>3. SESIÓN: "CUIDANDO" (CONTINUACIÓN) 22/11/2016</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Alimentación</li> <li>•Medicación</li> </ul>
	<p><b>4. SESIÓN: "YO CON EL OTRO" 29/11/2016</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Comunicación</li> <li>•Emociones</li> </ul>
	<p><b>5. SESIÓN: "NUESTRO AUTOCUIDADO" 13/12/2016</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Tiempo libre</li> <li>•Relajación</li> </ul>
	<p><b>6. SESIÓN "APOYO EN EL OTRO" 20/12/2016</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Recursos sociales</li> <li>•Evaluación</li> <li>•Despedida</li> </ul>

Tabla 1.- Cronograma sesiones.

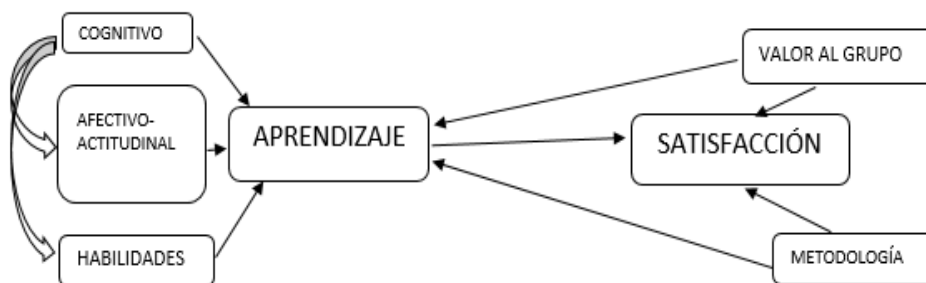


Imagen 1: Mapa interrelaciones análisis cualitativo.



**ID222:**

## **IMPACTO DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA GRUPAL EN LA RALENTIZACIÓN DEL PROGRESO DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN ATENCIÓN PRIMARIA**

José Ramón Cánovas-Corbalán<sup>1</sup>, Pedro Simón Cayuela-Fuentes<sup>2</sup>, Elena Martínez-García<sup>3</sup>, Alicia Martínez-López<sup>4</sup>

<sup>1</sup> CS Sant Jordi de Ses Salines. Ibiza; <sup>2</sup> Escuela Universitaria de Enfermería de Cartagena; <sup>3</sup> Servicio Murciano de Salud; <sup>4</sup> CS Santa Eugenia de Berga. Barcelona.

[joserra\\_cc@hotmail.com](mailto:joserra_cc@hotmail.com)

### **RESUMEN**

**Introducción:** Disminuir la progresión de la enfermedad renal crónica (ERC) y su morbimortalidad cardiovascular son estrategias de intervención claves a realizar desde el ámbito de la Atención Primaria. **Objetivos:** Determinar el impacto de una intervención educativa grupal en pacientes con ERC en la ralentización del progreso de la enfermedad, en su nivel de conocimientos, en la mejora del riesgo cardiovascular y calidad de vida percibida. **Diseño y métodos:** ensayo clínico controlado aleatorizado. **Población:** 132 sujetos con ERC en estadios G1-G3a (IC 95%; E 5%), entre 40 y 65 años, con diagnóstico CIAP U99, que serán distribuidos en grupo control e intervención. **Análisis:** la progresión de la ERC se medirá al inicio y al año de la intervención educativa. Los conocimientos sobre la ERC, riesgo cardiovascular y calidad de vida, se medirán al inicio, a los tres y seis meses, y al año de la intervención.

### **ABSTRACT**

**Introduction:** reduce the progression of chronic kidney disease (CKD) and cardiovascular morbidity and associated mortality are key intervention strategies made from all fields of primary care. **Objectives:** To determine the impact of an educational intervention in patients with CKD in slowing the progression of the disease, the level of knowledge about it, and improving cardiovascular risk and perceived quality of life. **Methods:** randomized controlled clinical trial. **Population:** 132 subjects with CKD G1-G3a stages (IC 95%; E 5%), between 40 and 65 years, registered in the clinical history of CIAP episode U99. Patients will be distributed in control and intervention group. **Analysis:** The variable progression of CKD will be measured at baseline and a year of educational intervention. All other variables: knowledge of CKD, cardiovascular risk and quality of life, will be measured at the baseline, three, six and twelve months after intervention.

### **PALABRAS CLAVE**

Enfermedad Renal Crónica; Progresión de la Enfermedad; Calidad de Vida; Educación en Salud; Atención Primaria de Salud.

Renal Insufficiency, Chronic; Disease Progression; Quality of Life; Health Education; Primary Health Care.

### **INTRODUCCIÓN**

La Enfermedad Renal Crónica (ERC) se define como la presencia de alteraciones en la estructura o función renal, durante al menos tres meses, y con implicaciones para la salud; o como la reducción del filtrado glomerular (FG) por debajo de 60 ml/min/1,73m<sup>2</sup>. Además de la causa, la nueva definición acordada en 2013, establece la definición de los estadios de la ERC según FG (G1, G2, G3, G4 y G5; incluyendo una subdivisión del estadio G3, en G3a y G3b), y de categorías, según su intensidad por albuminuria (A1, A2 y A3). Esta clasificación se muestra en la siguiente tabla (1).

*"INSERTAR TABLA 1"*

La ERC constituye un grave problema de salud pública. Según los resultados del estudio Epidemiología de la Insuficiencia Renal Crónica en España (EPIRCE), la prevalencia de la enfermedad es del 9,24% entre la población adulta para cualquier estadio y del 6,8% para los estadios 3-5 (2). Esta alta prevalencia se debe al progresivo envejecimiento de la población, así como a sus principales factores de riesgo: hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus (DM), enfermedad cardiovascular y obesidad. De hecho, en pacientes con HTA o DM, la prevalencia de la ERC alcanza el 35-40% (2,3).

La enfermedad presenta una importante morbimortalidad cardiovascular y un elevado consumo de recursos por parte del Sistema Nacional de Salud (3% del gasto sanitario total), ascendiendo a 800 millones de euros anuales el coste del tratamiento de sus fases más avanzadas (4).

Uno de los objetivos señalados en el “Plan de Salud Renal” de la Sociedad Española de Nefrología, dirigido a todas las personas residentes en España: individuos, grupos en riesgo y población en general, es el de disminuir la progresión de la ERC y la morbimortalidad cardiovascular asociada (5). El documento de dicha sociedad sobre las guías KDIGO (Kidney Disease: Improving Global Outcomes) establece la definición de progresión de la ERC: descenso sostenido del  $FG > 5 \text{ ml/min/1,73 m}^2$  al año o el cambio de categoría (de G1 a G2, de G2 a G3a,...) siempre que se acompañe de una pérdida de  $FG \geq 5 \text{ ml/min/1,73 m}^2$ . La reducción del FG y de la albuminuria son claves en el pronóstico de la ERC (6).

Se han identificado varios factores de progresión de la ERC (quedan descritos en la tabla 2). De ellos, algunos no son modificables (grado de función renal inicial, raza, sexo, edad, peso al nacimiento y otros factores genéticos), pero sobre otros se puede intervenir, son modificables (proteinuria, presión arterial elevada, mal control glucémico en diabetes, dislipemia, tabaquismo, obesidad, exposición a agentes nefrotóxicos,...) y, por tanto, se puede modular su efecto y frenar la evolución hacia la insuficiencia renal. La mayor parte de los factores de progresión de la ERC son también factores clásicos de riesgo cardiovascular global (RCV). Por este motivo, la actuación sobre ellos supondría un doble beneficio en la salud de los pacientes, una protección renal y, por ende, cardiovascular (7).

*“INSERTAR TABLA 2”*

Existen evidencias de que las terapias renoprotectoras actualmente disponibles (control de la presión arterial, control de la proteinuria, control de la diabetes, bloqueo del sistema renina-angiotensina doble o triple, inhibición de la renina, reducción de la obesidad, supresión del tabaco y prevención del empleo de medicación nefrotóxica) consiguen enlentecer, detener e incluso revertir la progresión del daño renal. Otras medidas, como la restricción de proteínas de la dieta, empleo de estatinas, utilización de paricalcitol o control de la anemia, están aún por confirmar (8).

Las recomendaciones actuales avalan la necesidad de adoptar un plan de manejo integral con medidas preventivas cardiovasculares mediante cambios en el estilo de vida, dieta y tratamiento farmacológico, con el fin de reducir los eventos cardiovasculares y ralentizar la pérdida de función renal (9).

La enfermedad suele permanecer asintomática en estadios iniciales, por lo que existe un alto porcentaje de pacientes con ERC oculta, detectándose en la mayoría de ocasiones durante la valoración de otras comorbilidades. La detección precoz está recomendada para pacientes que presentan factores de riesgo, al menos una vez al año, mediante la evaluación del FG y la albuminuria. Este cribado favorecería el retardo de la progresión, disminuiría la morbimortalidad, la iatrogenia y los costes sanitarios asociados (10).

Son escasas las experiencias publicadas en nuestro medio sobre educación sanitaria terapéutica en pacientes con ERC en el ámbito de la atención primaria, ya que ésta suele darse en los servicios de Nefrología hospitalarios o en los centros de diálisis. Algunos de estos estudios, consistían en una estrecha colaboración entre los servicios de Nefrología y atención primaria para la puesta en marcha de los programas de prevención (11,12).

La OMS define la Educación para la Salud (Eps) como una combinación de oportunidades de aprendizaje que facilita cambios voluntarios del comportamiento que conducen a una mejora de la salud (13).

Desde el ámbito de la atención primaria, la atención al paciente con ERC la realiza un equipo multidisciplinar formado por los especialistas de Medicina y Enfermería Familiar y Comunitaria. Ambos resultan elementos claves en la prevención, detección, seguimiento y promoción del manejo adecuado de la enfermedad en los estadios G1-G3 en situación estable, dada su visión integral del paciente y su familia (14).

Existen numerosos estudios que avalan la efectividad de las intervenciones en los estilos de vida realizadas por las enfermeras en la prevención de las enfermedades crónicas, constituyendo la educación sanitaria una herramienta de suma importancia en pacientes con enfermedad renal crónica (15,16). En nuestro estudio, nos centraremos en aquellas medidas favorables a contemplar en una intervención educativa grupal impartida por profesionales de enfermería desde Atención Primaria.

## **OBJETIVOS**

**Objetivo General:** Determinar el impacto de una intervención educativa grupal programada y sistematizada en pacientes con ERC, en el ámbito de la Atención Primaria, en la ralentización del progreso de la enfermedad, en el nivel de conocimientos sobre la misma y en la mejora del riesgo cardiovascular y de la calidad de vida percibida.

**Objetivos Específicos:**

Identificar una ralentización de la ERC mediante la medición del FG y la albuminuria en los pacientes participantes en el estudio.

Describir un incremento en el nivel de conocimientos acerca de los factores de progresión y factores de protección de la ERC en los participantes en la intervención educativa a través de un cuestionario específico.

Determinar una mejora del riesgo cardiovascular de los pacientes mediante la utilización de tablas de riesgo cardiovascular SCORE.

Identificar el impacto de la intervención educativa en la calidad de vida percibida de los participantes.

## MATERIAL Y MÉTODOS

**Diseño y tipo de estudio:** Estudio analítico experimental: ensayo clínico controlado aleatorizado.

**Población diana:** Pacientes diagnosticados de Enfermedad Renal Crónica del ámbito de la Atención Primaria del Área de Salud II Cartagena.

**Población a estudio:** Pacientes con ERC usuarios del Centro de Salud de Cartagena Isaac Peral, entre 40 y 65 años, con registro en la historia clínica informática de Atención Primaria OMI-AP del episodio CIAP U99. El rango de edad seleccionado es el mismo que utilizan las tablas de riesgo cardiovascular.

Según los datos obtenidos por el "Servicio de Información de la Dirección de Asistencia Sanitaria del Servicio Murciano de Salud" la población seleccionada asciende a 174 usuarios.

**Criterios de inclusión:**

Estar clasificada la ERC con estadios comprendidos entre G1 y G3a o, en el caso de no especificar estadio, con un  $FG > 45$  ml/min/1,73 m<sup>2</sup>.

Aceptación voluntaria para participar en el estudio mediante consentimiento informado.

Comprender y hablar el idioma castellano.

No presentar discapacidad cognitiva evidenciada por diagnóstico previo o a través del Test de Pfeiffer (versión española).

**Criterios de exclusión**

Estar clasificada la ERC con estadios comprendidos entre G3b, G4 y G5.

Están en situación de inmovilizados o terminales.

**Muestra:** El tamaño muestral se ha calculado para garantizar la viabilidad del proyecto y poder realizar inferencia de los resultados a la población estudio. Para ello, con un nivel de confianza del 95% y un error máximo admitido del 5%, la población susceptible resultante es de 120 sujetos. Este número se aumentará en un 10% en previsión de las posibles pérdidas/errores de registro durante el estudio, resultando un tamaño muestral de 132 sujetos.

Posteriormente, se hará un muestreo probabilístico de tipo aleatorio simple utilizando un programa informático de asignación de números aleatorios.

### Método de recogida de datos

Una vez seleccionados los pacientes, serán citados en el Centro de Salud para una consulta programada de enfermería. En esta primera visita, se le informará al paciente de los objetivos del proyecto de investigación y se solicitará su colaboración en el mismo. Una vez que el paciente acepte su participación y cumpla los criterios de inclusión (consentimiento informado, test de Pfeiffer,...), se procederá a cumplimentar el cuestionario sobre conocimientos de la ERC y el Cuestionario Euroqol-5D para su cumplimentación (17).

A continuación, accederemos a la historia clínica informatizada de los sujetos participantes para el acceso y registro de las variables del estudio en una hoja diseñada a tal efecto. Se constatará la existencia de una analítica con determinaciones de FG y albuminuria durante el último año. En caso de no existir estas determinaciones, serán solicitadas.

Además, se calculará el riesgo cardiovascular utilizando las tablas de riesgo SCORE, incluidas en el programa informático OMI-AP (Atención Primaria del Servicio Murciano de Salud). Para ello, será necesario rellenar los siguientes parámetros: sexo, edad, fumador, presión arterial sistólica (PAS) y colesterol total. Por tanto, en esta visita se hará una toma de presión arterial y se revisará que exista una determinación de colesterol total durante el último año (18). En el caso de que no exista, también será solicitada junto al FG y la albuminuria.

Los pacientes serán distribuidos aleatoriamente al grupo intervención y al grupo control. Posteriormente, se formarán grupos de 15 personas cada uno y acudirán a las sesiones de EpS programadas para llevar a cabo la intervención.

### Variables

Variables independientes:

Sexo: cualitativa nominal dicotómica, definida como masculino (M) o femenino (F).

Edad: cuantitativa continua, medida en años.

Nivel de estudios: cualitativa ordinal, definida como: sin estudios (1), primarios (2), secundarios (3) o superiores (4).

Situación laboral: cualitativa nominal, definida como: activo (1), estudiante (2), desempleado (3), jubilado (4) o ama de casa (5).

Años de evolución de la enfermedad: cuantitativa continua, medida en años.

Variables dependientes:

Filtrado glomerular (FG): cuantitativa continua, medida en ml/min/1,73 m<sup>2</sup>.

Albuminuria (cociente albúmina/creatinina): cuantitativa continua, medida en mg/g3.

Categoría FG: cualitativa ordinal, definida como: G1 (1), G2 (2), G3a (3), G3b (4), G4 (5) y G5 (6).

Categoría albuminuria: cualitativa ordinal, definida como: A1 (1), A2 (2) y A3 (3).

Progresión ERC: cualitativa nominal dicotómica, definida como Sí (1) o No (2). Tendremos en cuenta de que existe progresión de ERC cuando se cumpla la definición de ésta: descenso sostenido del FG > 5 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> al año o el cambio de categoría de ERC.

Colesterol total: cuantitativa continua, medida en mg/dl.

Presión arterial sistólica (PAS): cuantitativa continua, medida en mmHg.

Presión arterial diastólica (PAD): cuantitativa continua, medida en mmHg.

Fumador: cualitativa dicotómica, definida como Sí (1) o No (2).

Conocimientos ERC: cualitativa ordinal. La recogida de datos se realizará a través de un cuestionario que se elaborará a partir de la revisión de la bibliografía existente y de encuestas utilizadas previamente en estudios similares, que será pilotada por un grupo de expertos multidisciplinar para evaluar la validez definición y contenido; posteriormente se realizará un análisis de la validez de constructo y fiabilidad. El cuestionario incluirá datos de filiación y sociodemográficos (edad, sexo, etc.), y preguntas cerradas relacionadas con los conocimientos acerca de la ERC.

Riesgo cardiovascular: cuantitativa continua, medida en % mediante las tablas de riesgo SCORE, disponibles en la historia clínica informática OMI-AP. Cuantifica el riesgo a 10 años de enfermedad cardiovascular.

Calidad de vida: cualitativa ordinal, medida mediante el cuestionario Euroqol-5D, instrumento de medición de Calidad de Vida Relacionada con la Salud. Consta de dos partes: un cuestionario descriptivo, de cinco dimensiones, y una escala analógica visual.

### Descripción de la intervención

La intervención educativa constará de 4 sesiones de 60 minutos de duración cada una, impartidas en el Centro de Salud Isaac Peral de Cartagena, con una sesión por semana. Se reservarán 30 minutos adicionales en previsión de posibles retrasos, preguntas o dudas que se puedan plantear en la sesión.

Primera sesión: "Sobre la Enfermedad Renal Crónica". Dará comienzo con la presentación de los contenidos a tratar en el programa. Explicaremos los conceptos básicos de la ERC, las causas más frecuentes, cómo se diagnostica, la evolución de la enfermedad y el control y seguimiento que conlleva.

Segunda sesión: "Factores de riesgo cardiovascular, de progresión de la enfermedad y renoprotectores". Se tratarán los diferentes factores de riesgo cardiovascular, incidiendo en aquellos factores modificables para ralentizar el progreso de la enfermedad renal. También se abordarán los cuidados relativos a la protección de los riñones.

Tercera sesión: “La hipertensión y la Insuficiencia Renal Crónica: hábitos saludables”. Nos centraremos en la hipertensión arterial: cómo afecta la HTA a la salud de los riñones, el tratamiento de la misma y los hábitos saludables para realizar un correcto autocuidado.

Cuarta sesión: “La diabetes y la Insuficiencia Renal Crónica: hábitos saludables”. Abordaremos la Diabetes Mellitus: cómo afecta la diabetes a la salud de los riñones, el tratamiento de la misma y los hábitos saludables para realizar un correcto autocuidado.

### Descripción del seguimiento

A los tres, seis meses y al año de finalizada la intervención, los pacientes volverán a ser citados en una consulta programada de enfermería (CPE) para cumplimentación de los cuestionarios y registro de variables, exceptuando las variables relacionadas con la progresión de la ERC (FG, albuminuria,...). Estas últimas sólo serán evaluadas pasado un año de la intervención.

### Estrategia de análisis estadístico

Los datos obtenidos serán procesados utilizando el programa estadístico SPSS 21.0 para Windows. Se realizará un análisis descriptivo, mediante el cálculo de frecuencias y porcentajes para todas las variables. Las mediciones cuantitativas se resumirán en torno a valores centrales (media, mediana) y desviación típica, acompañados del rango o amplitud.

En función de las variables a comparar se utilizará el test chi-cuadrado con variables cualitativas y el test t-student con variables de distribución normal. Para valorar la asociación entre las distintas variables se establece como riesgos relativos ajustados a sus intervalos de confianza al 95%. Se considerará un valor  $p < 0,05$  bilateral para determinar la significación estadística.

### RELEVANCIA

Los resultados del presente estudio podrán ayudar a identificar las necesidades de atención del paciente con enfermedad renal crónica en el ámbito de la Atención Primaria e intensificar su control en colaboración con los profesionales de enfermería desde sus estadios iniciales. Además, puede contribuir a destacar la importancia de realizar este tipo de actividades preventivas como una herramienta costo-efectiva a realizar de forma sistemática al paciente crónico.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Documento Marco sobre Enfermedad Renal Crónica (ERC) dentro de la Estrategia de Abordaje a la Cronicidad del SNS. 2015.
2. Otero A, de Francisco A, Gayoso P, García F; EPIRCE Study Group. Prevalence of chronic renal disease in Spain: results of the EPIRCE study. *Nefrología [revista digital]* 2010 [consultado 5 de abril de 2016]; 30(1):78-86. Disponible en: <http://www.revistanefrologia.com/en-publicacion-nefrologia-articulo-prevalencia-insuficiencia-renal-cronica-espana-resultados-del-estudio-epirce-X0211699510033780>
3. Martínez-Castelao A, Górriz JL, Bover J, Segura-de la Morena J, Cebollada J, Escalada J et al. Documento de consenso para la detección y manejo de la enfermedad renal crónica. *Nefrología [revista digital]* 2014 [consultado 5 de abril de 2016]; 34(2): 243-262. Disponible en: <http://revistanefrologia.com/es-publicacion-nefrologia-articulo-documento-consenso-deteccion-manejo-enfermedad-renal-cronica-X0211699514053919>
4. Martín De Francisco AL. Sostenibilidad y equidad del tratamiento sustitutivo de la función renal en España. *Nefrología [revista digital]* 2011 [consultado 27 de mayo de 2016]; 31:241-6. Disponible en: <http://www.revistanefrologia.com/es-publicacion-nefroplus-articulo-sostenibilidad-equidad-del-tratamiento-sustitutivo-funcion-renal-espana-X0211699511052071>
5. Grupo de Acción Estratégica de la S.E.N. Estrategias en salud renal: un proyecto de la Sociedad Española de Nefrología. *Nefrología [revista digital]* 2009 [consultado 5 de abril 2016]; 29(3):185-192. Disponible en: <http://www.revistanefrologia.com/es-publicacion-nefrologia-articulo-estrategias-en-salud-renal-un-proyecto-de-la-sociedad-espaola-X0211699509004583>
6. Gorostidi M, Santamaría R, Alcázar R, Fernández-Fresnedo G, Galcerán JM, Goicoechea M et al. Documento sobre la Sociedad Española de Nefrología sobre las guías KDIGO para la evaluación y el tratamiento de la enfermedad renal crónica. *Nefrología [revista digital]* 2014 [consultado 5 de abril de 2016]; 34(3):1-15. Disponible en: <http://www.revistanefrologia.com/es-publicacion-nefrologia-articulo-documento-sociedad-espanola-nefrologia-sobre-las-guias-kdigo-evaluacion-el-X0211699514054048>

7. García de Vinuesa S. Factores de progresión de la enfermedad renal crónica. Prevención secundaria. Nefrología [revista digital] 2008 [consultado 27 de mayo de 2016]; Supl.3, 17-21. Disponible en: <http://www.revistanefrologia.com/es-publicacion-nefrologia-articulo-factores-de-progresin-de-la-enfermedad-renal-crnica-prevencin-secundaria-X0211699508032352>
8. Martín de Francisco AL. El futuro del tratamiento de la enfermedad renal crónica. Nefrología 2010;30(1): 1-9.
9. Gentile Lorente D, Gentile Lorente J, Salvadó Usach T. Repetición de la medición de creatinina sérica en atención primaria: no todos tienen insuficiencia renal crónica. Nefrología [revista digital] 2015 [consultado 1 de junio de 2016]; 35(4):395-402.
10. Grupo de trabajo del Servicio Canario de Salud. Estrategia de abordaje de la enfermedad renal crónica en Canarias. 2015 <http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/bc606047-d1f6-11e4-b8de-159dab37263e/EnfermedadRenalCronica.pdf>
11. Walker RC, Marshall MR, Polaschek NR. A prospective clinical trial of specialist renal nursing in the primary care setting to prevent progression of chronic kidney: a quality improvement report. BMC Family Practice [revista digital] 2014 [consultado 5 abr 2016]; 15:155. Disponible en: <http://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2296-15-155>
12. Boté i Fernández C. Intervención educativa sobre la enfermedad renal crónica en atención primaria. Rev Soc Esp Enferm Nefrol 2009; 12 (4): 250/252.
13. Pedrero García E, Morón Marchena JA. Aproximación al concepto de educación para la salud: una perspectiva histórica. En: I Congreso Virtual Internacional sobre Innovación Pedagógica y Praxis Educativa INNOVAGOGÍA 2012. Sevilla: AFOE, 2012. p.1594-1601.
14. Grupo de trabajo FAECAP. Atención a la insuficiencia renal crónica desde los cuidados enfermeros en atención primaria. 2011. <http://faecap.com/documents/download/182>
15. García-Medina A. Efectividad de las intervenciones enfermeras en los estilos de vida en la prevención de las enfermedades crónicas en el ámbito de la Atención Primaria de Salud. Enferm Clin. [revista digital] 2012 [consultado 27 de mayo de 2016]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2012.10.003>
16. Bonilla León FJ. Educación sanitaria al paciente con enfermedad renal crónica avanzada. ¿Existe evidencia de su utilidad? Enferm Nefrol 2014: Abril-Junio; 17 (2): 120/131.
17. National Kidney Foundation. Acerca de la Enfermedad Renal Crónica: una guía para pacientes. 2013 [consultado 27 de mayo de 2016]. Disponible en: <https://www.kidney.org/sites/default/files/11-50-6959%20-%20About%20Chronic%20Kidney%20Disease%20-%20A%20Guide%20For%20Patients.pdf>
18. Lobos JM, Royo-Bordonada MA, Brotons C, Álvarez-Sala L, Armario P. Guía Europea de Prevención Cardiovascular en la Práctica Clínica. Adaptación española del CEIPC 2008. Hipertens riesgo vascular. 2009;26(4):157-180.

**GRÁFICOS Y/O TABLAS**

Tabla 1. Clasificación de la ERC.

KDIGO 2012 Filtrado glomerular Categorías, descripción y rangos (ml/min/1,73 m <sup>2</sup> )			Albuminuria		
			Categorías, descripción y rangos		
			A1	A2	A3
			Normal a ligeramente elevada	Moderadamente elevada	Gravemente elevada
			<30 mg/g <sup>a</sup>	30-300 mg/g <sup>a</sup>	>300 mg/g <sup>a</sup>
G1	Normal o elevado	≥ 90			
G2	Ligeramente disminuido	60-89			
G3a	Ligera a moderadamente disminuido	45-59			
G3b	Moderada a gravemente disminuido	30-44			
G4	Gravemente disminuido	15-29			
G5	Fallo renal	<15			

Fuente: Documento de la SEN sobre las guías KDIGO. Nefrología 2014; 34(3):302-316.

Tabla 2. Factores de progresión de la ERC

Factores no modificables	Factores modificables
Grado de función renal inicial	Proteinuria
Raza	Presión arterial elevada
Sexo	Mal control glucémico en diabetes
Edad	Tabaquismo
Peso al nacimiento	Obesidad
Otros factores genéticos	Síndrome metabólico/Resistencia a la insulina
	Dislipemia
	Anemia
	Factores metabólicos (Ca/P; Ácido úrico)
	Evitar el uso de nefrotóxicos

Fuente: Factores de progresión de la enfermedad renal crónica. Prevención secundaria. Nefrología 2008; Supl.3, 17-21.

**ID234:****RELACIÓN ENTRE LA AFECTIVIDAD Y EL CONSUMO DE TABACO Y ALCOHOL**Diana García Cancela<sup>1</sup>, Elvira Muñoz Millán<sup>2</sup>, Marta Parrón Parra<sup>3</sup>, María Parrondo Pérez-Olivares<sup>4</sup>Centro de Salud Ciudad de los Periodistas<sup>1</sup>Centro de Salud Dr. Castroviejo<sup>2</sup>Centro de Salud Barrio del Pilar<sup>3</sup>Centro de Salud Bustarviejo<sup>4</sup>

Unidad Docente Multidisciplinar Norte de Madrid.

[dgarciacancela@gmail.com](mailto:dgarciacancela@gmail.com)**RESUMEN**

**Introducción:** el consumo de sustancias nocivas legales es un problema que afecta gravemente a la población. En investigaciones previas existe una relación entre la esfera mental y afectiva y el consumo de estas sustancias. Los consumidores recurren a ellas para reducir o evitar los estados emocionales negativos. **Objetivo:** identificar la relación entre las diferencias en los niveles de afectividad positiva y negativa y el consumo de tabaco y alcohol en la población general. **Metodología:** estudio descriptivo transversal. Población: > 18 años de cuatro Centros de Salud de la Comunidad de Madrid. **Relevancia:** Con este estudio se pretende mejorar la atención a las personas con hábitos relacionados con el tabaco y el alcohol. Demostrándose esta relación se podría tener en cuenta en mayor medida la esfera emocional en los tratamientos de deshabituación tabáquica y abandono del alcohol.

**ABSTRACT**

**Introduction:** the consumption of legal drugs is a problem that seriously affects the population. Previous research shows a relationship between the mental and affective sphere and the consumption of these substances. Consumers rely on them to reduce or avoid negative emotional states. **Objective:** to identify the relationship between the differences in the levels of positive and negative affect and the consumption of tobacco and alcohol in the general population. **Methodology:** cross-sectional descriptive study. Population: > 18 yearsold, in four Health Centers of the Community of Madrid. **Relevance:** this study aims to improve patient care related to tobacco and alcohol habits. By demonstrating this relationship, the emotional sphere could be better taken into account in the treatment of smoking cessation and alcohol withdrawal.

**PALABRAS CLAVE**Tabaco, Consumo de bebidas alcohólicas, Afecto, Psicología, Atención Primaria de Salud.  
Tobacco, Alcohol drinking, Affect, Psychology, Primary HealthCare.**INTRODUCCIÓN**

El consumo de sustancias nocivas legales es un problema que afecta a sectores importantes de la población. En relación al tabaco, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima en el Informe sobre la Epidemia Mundial de Tabaquismo 2013 que dos tercios de la población mundial continúan expuestos a los riesgos asociados al consumo de tabaco. El tabaco constituye la principal causa de las muertes prevenibles en el mundo, siendo el responsable del fallecimiento de 6 millones de personas anuales. Existe una situación similar en relación al alcohol, ya que según el Informe Mundial de Situación sobre Alcohol y Salud 2014 de la OMS cada año mueren en el mundo 3,3 millones de personas a consecuencia del consumo nocivo de alcohol, lo que representa un 5,9% de todas las defunciones.

Numerosas investigaciones han señalado que el consumo de tabaco está relacionado con distintas variables socioeconómicas, tales como la edad, el sexo y el nivel de ingresos, entre otras. Del mismo modo, diferentes investigaciones han puesto de manifiesto que existe una asociación entre tabaquismo y salud mental. Al igual que ocurre con el tabaco, diferentes estudios han demostrado que existe una relación



entre el consumo nocivo de alcohol y la presencia de trastornos mentales, tales como episodios depresivos mayores, trastorno bipolar, manía...

Además, existen diferentes teorías que explican los mecanismos que inician las conductas de adicción a sustancias: existe una hipótesis de regulación emocional que propone que los consumidores de sustancias recurren a ellas para reducir o evitar los estados emocionales negativos.

Dentro del estudio de la emoción, se entiende que, normalmente, ésta tiene un carácter breve y está desencadenada por un estímulo externo. Sin embargo, la afectividad tiene un carácter más estable en el tiempo, y actuaría como un estado anímico basal del individuo. Por lo tanto, a la hora de estudiar la asociación entre el tabaquismo, alcoholismo y las emociones, resulta más conveniente elegir como medida la afectividad general del individuo, ya que comparte el carácter estable en el tiempo con la conducta de fumar y beber alcohol.

El estudio de la afectividad ha comenzado intentando delimitar sus componentes y, tras haber sido propuestos distintos modelos, se ha confirmado válido un modelo bifactorial de afectividad por el cual quedaría definida por dos dimensiones, una de afecto positivo (AP) y otra de afecto negativo (AN) independientes entre sí. Esta estructura ha sido validada transculturalmente.

La afectividad positiva refleja el punto hasta el cual una persona se siente entusiasta, activa, alerta, con energía y con participación gratificante. El afecto negativo representa una dimensión general de distrés subjetivo que incluye una serie de estados emocionales negativos como ira, culpa, miedo y nerviosismo.

La hipótesis que se maneja en este estudio es que la población consumidora de sustancias nocivas para la salud legales en nuestro país (tabaco y alcohol) se relacionan con una mayor afectividad negativa (AN) y menor afectividad positiva (AP) que la población no consumidora de estas sustancias. Además, pensamos que el mayor consumo de estas sustancias tiene una relación directamente proporcional con la afectividad negativa e inversamente proporcional con la afectividad positiva.

En resumen, el presente trabajo tiene como objetivo llevar a cabo una investigación para evaluar la posible asociación entre la afectividad y el consumo de tabaco y alcohol.

#### OBJETIVOS

- **Objetivo general:** estudiar la relación entre el grado de afectividad positiva y negativa con el consumo y grado de dependencia al tabaco y alcohol.
- **Objetivos específicos:**
  - Relacionar el grado de dependencia del hábito tabáquico con la afectividad positiva y negativa.
  - Relacionar el abuso de alcohol con la afectividad positiva y negativa.
  - Describir las características de la muestra de estudio.

#### MATERIAL Y MÉTODOS

- Tipo de estudio: descriptivo transversal.
- Población de estudio: población > 18 años que acuda a cuatro Centros de Salud de la Comunidad de Madrid.
- Criterios de exclusión: limitaciones para leer y escribir, deterioro cognitivo o discapacidad mental, pronóstico de vida menor de 6 meses, Trastorno Mental Grave (trastorno esquizofrénico o bipolar). Todas las personas susceptibles de participar en el estudio, serán previamente informados sobre el objetivo del estudio y la confidencialidad de sus datos, mediante la entrega de un consentimiento informado escrito.
- Tamaño de la muestra: 181 pacientes, estimando que la diferencia entre fumadores y no fumadores en la escala PANAS será de 5 puntos al menos, con una potencia del 90%, nivel de confianza del 95% y estimando una varianza de 225 y unas pérdidas del 15%.

- **Estrategia y tipo de muestreo:** Para la selección de la muestra se realizará a través de una técnica de muestreo aleatorio, utilizando un programa informático que de forma aleatoria selecciona los números de orden de la lista de citados que hay que incluir en el estudio. De esta forma todos los pacientes que asistan a la consulta tienen la misma probabilidad de participar en el estudio.
- **Variables del estudio:**
  - **Variable principal: Afectividad positiva (AP) y negativa (AN):** medida a través de la escala PANAS. La escala empleada es la versión española del cuestionario original que es válida para determinar el grado de afecto positivo y afecto negativo. Consta de dos subescalas, una que mide el afecto positivo y otra mide el afecto negativo. Cada subescala consta de diez ítems, formando veinte ítems en total, por lo que se obtienen dos puntuaciones diferentes, una referente al afecto positivo y otra al afecto negativo.
  - Sexo: hombre/mujer.
  - Edad: variable cuantitativa discreta > 18 años.
  - Nivel socioeconómico: Se utilizará el nivel de estudios para valorar el nivel socioeconómico, ya que está relacionado indirectamente con la adquisición de conductas de hábitos de vida. El nivel de estudios se agrupa en 3 categorías: nivel alto (estudios universitarios), nivel medio (estudios secundarios) y nivel bajo (estudios primarios o sin estudios).
  - Estado civil: soltero, con pareja, casado, separado, divorciado, viudo.
  - Estatus de fumador: Se clasificará en fumador (persona que ha fumado por lo menos un cigarrillo en los últimos 6 meses), ex-fumador (persona que habiendo sido fumador se ha mantenido en abstinencia al menos por los últimos 6 meses) y no fumador.
  - Dependencia a la nicotina: Se evaluará a través del Test de Fagerström. Se considera dependencia alta un resultado  $\geq 7$ , dependencia moderada entre 4-6 y dependencia baja cuando el resultado es  $\leq 3$ .
  - Consumo de alcohol (Unidades de Bebida Estándar, UBE): se considera como consumo de riesgo, la ingesta superior a 280 g/semana (28 UBE) en hombres y 170 g/semana (17 UBE) en mujeres.
  - Dependencia al alcohol: Se medirá a través del cuestionario de AUDIT. El cuestionario AUDIT se puntúa de la siguiente forma:
    - De 0 a 7: Orienta hacia un consumo de alcohol sin riesgos apreciables.
    - De 8 a 15: Orienta hacia Consumo en Riesgo.
    - De 16 a 19: Orienta a Problema o Consumo perjudicial.
    - 20 o más: Orienta fuertemente hacia un problema con mayor grado de compromiso, severidad o la presencia de dependencia.
  - Diagnóstico de Ansiedad/Depresión: personas que tengan abierto en la Historia Clínica de AP Madrid el episodio de Ansiedad o Depresión.
  - Tratamiento actual con ansiolíticos, antidepresivos o para el insomnio.

**Cuestionarios validados utilizados:** escala PANAS (AP y AN), Fagerstrom (dependencia a nicotina), UBE (consumo de alcohol) y Audit (dependencia alcohólica).

**Consideraciones éticas:** Al tratarse de una investigación científica donde participan seres humanos como sujetos del estudio, se plantean ciertos aspectos ético-legales.

1. **Voluntariedad de participación en el estudio:** los individuos seleccionados por muestreo aleatorio participarán en la investigación propuesta sólo cuando esta sea compatible con sus valores, intereses y preferencias. Esta voluntariedad quedará reflejada mediante el consentimiento informado, teniendo derecho el participante a retirarse del estudio en cualquier momento si así lo desea.
2. **La información brindada a los participantes:** esta será entregada en un lenguaje y forma que sea comprensible, aportando el informador los datos relacionados con el propósito de la investigación, los procedimientos necesarios para dicha investigación, los posibles riesgos y de qué manera la información obtenida será tratada de forma confidencial. El informador se

asegurará de que el participante tenga capacidad suficiente para entender la información dada y que haya comprendido dicha información.

3. **Confidencialidad:** toda la información personal dada por el participante será estrictamente confidencial, a la cual solo tendrán acceso las autoras de este estudio. La confidencialidad quedará reflejada nuevamente en el consentimiento informado.

4. El protocolo del estudio ha sido aprobado por dos Comités de Ética de la Comunidad de Madrid.

#### Estrategia de análisis prevista:

- En primer lugar se describe la muestra sujeto de estudio y los datos que se han recogido.
- En el trabajo se incluyen variables tanto cualitativas como cuantitativas. Los datos de las variables cualitativas se expresarán a través de porcentajes para que en todo momento se conozca el número exacto de individuos de ese sector. Las variables cuantitativas se presentarán a través de unos datos de medidas que resuman toda la información recogida, como es la media. En ocasiones los datos presentan una extensa distribución, por ello es importante también aportar la desviación estándar, rango o rango intercuartílico junto con la media.
- Una vez descrita la muestra se procede a establecer relaciones entre las diferentes variables.
- La relación entre dos variables cualitativas se representa con una tabla de contingencia y se utiliza el método chi-cuadrado para obtener un valor estadístico que se valorará posteriormente para afirmar o negar la hipótesis estudiada.
- Cuando la asociación se establece entre una variable cualitativa y cuantitativa se representa a través de un diagrama de cajas. El valor estadístico que nos permitirá analizar después esta relación se obtiene a través de la prueba T-Student.
- Si lo que tenemos son dos variables cuantitativas podemos representar los datos que las relacionan a través de un diagrama de dispersión. Para obtener un valor analítico que más tarde nos permita contrastar nuestra hipótesis se utiliza el coeficiente de correlación de Pearson.
- Una vez que ya hemos descrito la muestra y establecido las relaciones que se pueden dar entre los datos que se han recogido, se pasa a analizar la hipótesis. Para presentar estos datos se utiliza p-valores. Un p-valor es una cantidad que mide la evidencia con la que se puede rechazar la hipótesis nula. El valor aceptado de p es inferior a 0,05.

#### **RELEVANCIA**

Con este estudio se pretende mejorar la atención a las personas con hábitos relacionados con el tabaco y el alcohol. En las investigaciones mencionadas previamente existe una relación entre la esfera mental y afectiva y estas conductas de riesgo. Demostrándose esta relación se podría tener en cuenta en mayor medida la esfera emocional e incluirla en los tratamientos de deshabituación tabáquica y abandono del alcohol, consiguiendo de esta manera un mayor porcentaje de éxitos de abandono en Atención Primaria.

#### **BIBLIOGRAFÍA**

1. Organización Mundial de la Salud. Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2013: Hacer cumplir las prohibiciones sobre publicidad, promoción y patrocinio del tabaco [Internet]. Ginebra: OMS; 2013 [citado 07 de Marzo de 2016]. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85382/1/WHO\\_NMH\\_PND\\_13.2\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85382/1/WHO_NMH_PND_13.2_spa.pdf)
2. WorldHealthOrganization. Global status report on alcohol and health 2014. [Internet] Ginebra: WHO; 2014 [citado 07 de Marzo de 2016]. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763_eng.pdf)
3. Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD). Informe 2015. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2015 [citado 07 de Marzo de 2016]. Disponible en: [http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/INFORME\\_2015.pdf](http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/INFORME_2015.pdf)
4. Iruarrizaga I, Cano-Vindel A, Mae Wood C, Dongil E, Ansiedad y Tabaco. Psychosocial Intervention [Internet]. 2009 [citado 02 de marzo de 2016]; Vol 18:213-231. Disponible en: <http://redalyc.org/articulo.oa?id=179814227008>.

5. Pérez de Heredia JL, González Pinto A, Ramírez M, Imez A, Ruiz A. Abuso y dependencia de sustancias en el trastorno bipolar [Internet]. *Transtornos Adictivos*. 2001 [citado 07 de Marzo de 2016]; Vol. 3(2): 19-24. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-transtornos-adictivos-182-articulo-abuso-dependencia-sustancias-el-trastorno-13013506>
6. Helzer JE, Pryzbeck TR. The co-occurrence of alcoholism with other psychiatric disorders in the general population and its impact on treatment [Internet]. *J Stud Alcohol*. 1988 [citado 07 de Marzo de 2016]; Vol. 49:219-24. Disponible en: <http://www.jsad.com/doi/10.15288/jsa.1988.49.219>
7. Roses Periago, M. La salud mental: una prioridad de salud pública en las Américas [Internet]. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health*. 2005 [citado 07 de Marzo de 2016]; Vol. 18: (4-5). Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v18n4-5/28083.pdf>
8. Farrel M, Howes S, Bebbington P, Brugha T, Jenkins R, Lewis G, et al. Nicotine, alcohol and drug dependence and psychiatric comorbidity. Results of a national household survey [Internet]. *The British Journal of Psychiatry*. 2001 [citado 07 de marzo de 2016]; Vol. 179(5): 432-437. Disponible en: <http://bjp.rcpsych.org/content/179/5/432.long>
9. Peña Salas GF, Bareño J, Berbesi Fernández DY, Gaviria SL. [Prevalencia de abuso y dependencia de alcohol en adultos con fobia social en Medellín](#) [Internet]. *Rev Colombiana de Psiquiatría*. 2014 [citado 07 de Marzo de 2016] Vol. 43(2):66-72. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0034-74502014000200002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0034-74502014000200002&script=sci_arttext)
10. Carmody TP, Vieten C, Astin JA. Negative affect, emotional acceptance, and smoking cessation. *J Psychoactive Drugs* [Internet]. 2007 [citado 1 de abril de 2016]; 12;39(4):499-508
11. Kassel JD, Stroud LR, Paronis CA. Smoking, stress, and negative affect: Correlation, causation, and context across stages of smoking. *Psychol Bull* [Internet]. 2003 [citado 01 de marzo de 2016]; 03;129(2):270-304. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12696841>
12. Friedman BH, Thayer JF. Autonomic balance revisited: Panic anxiety and heart rate variability [Internet]. *Journal of Psychosomatic Research*. 1998 [citado 07 de marzo 2016]; 44:133-151. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S002239999700202X>
13. Pressman SD, Cohen S. Does Positive Affect Influence Health? *Psychol Bull* [Internet] 2005 [citado 01 de marzo de 2016]; 11;131(6):925-971. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16351329>
14. Chorot P; Joiner T.E; Lostas L; Sandín B; Santes M.A; Valiente R.M. Escalas Panas de Afecto Positivo y Negativo: Validación Factorial y Convergencia Transcultural. *Psicotherma*. [Internet] 1999 [citado el 07 de febrero de 2016]; 11 (1): 37-51. Disponible en: <http://www.unioviado.net/reunido/index.php/PST/article/viewFile/7556/7420>
15. Herrero M, Viña C M, Peñate W, González M, Ibáñez I, El modelo tripartito: relaciones conceptuales y empíricas entre ansiedad, depresión y afecto negativo . *Revista Latinoamericana de Psicología* [Internet] 2004 [citado el 1 de marzo de 2016]; 36 289-304. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80536208>.
16. Leventhal AM, Greenberg JB, Trujillo MA, Ameringer KJ, Lisha NE, Pang RD, et al. Positive and negative affect as predictors of urge to smoke: Temporal factors and mediational pathways. *Psychology of Addictive Behaviors* [Internet] 2013 [citado el 1 de marzo de 2016]; 03;27(1):262-267. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3705925/>
17. Ameringer KJ, Leventhal AM. Applying the tripartite model of anxiety and depression to cigarette smoking: An integrative review. *Nicotine Tobacco Res* [Internet] 2010 [citado el 1 de marzo de 2016]; 12;12(12):1183-1194. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21036959>
18. Pomerleau CS, Zucker AN, Stewart AJ. Patterns of depressive symptomatology in women smokers, ex-smokers, and never-smokers. *Addict Behav* [Internet] 2003 [citado el 1 de marzo de 2016]; 04;28(3):575-582. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12628628>
19. Walitzer KS, Dearing RL. Characteristics of alcoholic smokers, nonsmokers, and former smokers: Personality, negative affect, alcohol involvement, and treatment participation. *Nicotine Tobacco Res* [Internet] 2013 [Citado el 17 de febrero de 2016]; Vol 01;15(1):282-286. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22573729>
20. Magid V, Colder CR, Stroud LR, Nichter M, Nichter M. Negative affect, stress, and smoking in college students: Unique associations independent of alcohol and marijuana use. *Addict Behav* [Internet]

- 2009 [citado el 1 de abril de 2016]; 11;34(11):973-975. Disponible en:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19523773>
21. Leen-Feldner E, Zvolensky MJ, van Lent J, Vujanovic AA, Bleau T, Bernstein A, et al. Anxiety sensitivity moderates relationships among tobacco smoking, panic attack symptoms, and bodily complaints in adolescents. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment* [Internet] 2007 [citado el 28 de marzo de 2016]; 06;29(2):69-79. Disponible en:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2219200/>
22. Johnson AL, McLeish AC. The indirect effect of emotion dysregulation in terms of negative affect and smoking-related cognitive processes. *Addict Behav* [Internet] 2016 [citado el 1 de abril de 2016]; Vol ;53:187-192. Disponible en:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26562677>
23. Lerman C, Audrain J, Orleans CT, Boyd R, Gold K, Main D, et al. Investigation of mechanisms linking depressed mood to nicotine dependence. *Addict Behav* [Internet] 1996 [citado el 29 de marzo de 2016]; Jan;21(1):9-19. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8729703>
24. Zvolensky MJ, Farris SG, Leventhal AM, Schmidt NB. Anxiety sensitivity mediates relationships between emotional disorders and smoking. *Psychology of Addictive Behaviors* [Internet] 2014 [citado el 28 de marzo de 2016]; Vol 09;28(3):912-920. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4244904/>
25. Audrain-McGovern J, Rodriguez D, Leventhal AM. Gender differences in the relationship between affect and adolescent smoking uptake. *Addiction* [Internet] 2015 [citado el 29 de marzo de 2016]; Vol 03;110(3):519-529. Disponible en:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25393395>
26. Saladin ME, Gray KM, Carpenter MJ, LaRowe SD, DeSantis SM, Upadhyaya HP. Gender differences in craving and cue reactivity to smoking and negative affect/stress cues. *The American Journal on Addictions* [Internet] 2012 [citado el 29 de marzo de 2016]; May;21(3):210-220. Disponible en :<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22494223>
27. Coskunpinar A, Dir AL, Karyadi KA, Koo C, Cyders MA. Mechanisms underlying the relationship between negative affectivity and problematic alcohol use. *J Exp Psychopathol.* [Internet] 2013 [citado el 01 de marzo de 2016]; 4 (3): 263-278. Disponible en: [http://jep.textrum.com/index.php?art\\_id=136#.VuGcp\\_nhCM9](http://jep.textrum.com/index.php?art_id=136#.VuGcp_nhCM9)
28. Schlauch RC, Gwynn-Shapiro D, Stasiewicz PR, Molnar DS, Lang AR. Affect and craving: Positive and negative affect are differentially associated with approach and avoidance inclinations. *Addict Behav* [Internet] 2013 [citado el 2 de marzo de 2016]; Vol 04;38(4):1970-1979. Disponible en:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23380493>
29. Armeli S, Dranoff E, Tennen H, Austad CS, Fallahi CR, Raskin S, et al. A longitudinal study of the effects of coping motives, negative affect and drinking level on drinking problems among college students. *Anxiety, Stress & Coping: An International Journal* [Internet] 2014 [citado el 2 de abril de 2016]; 09;27(5):527-541. Disponible en:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24552203>
30. Ostafin BD, Brooks JJ. Drinking for relief: Negative affect increases automatic alcohol motivation in coping-motivated drinkers. *Motiv Emotion* [Internet] 2011 [citado el 1 de abril de 2016]; 09;35(3):285-295. Disponible en:<http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11031-010-9194-5>
31. Dermody SS, Cheong J, Manuck S. A reevaluation of the stress-negative affect model in explaining alcohol use: The role of components of negative affect and coping style. *Subst Use Misuse* [Internet] 2013 [citado el 2 de abril de 2016]; 02;48(4):297-308. Disponible en:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23368670>
32. [Miró J](#); [Nolla M.C](#); [Queral R](#). Las Escalas Panas de Afecto Positivo y Negativo: nuevos datos de su uso en personas mayores. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* [Internet] 2014 [citado el 07 de febrero de 2016]; 19 (1): 15-21. Disponible en:[http://www.aepcp.net/arc/02\\_2014\\_n1\\_nolla\\_queral\\_miro.pdf](http://www.aepcp.net/arc/02_2014_n1_nolla_queral_miro.pdf)
33. Páez F; Robles R. Estudio sobre la traducción al español y las propiedades psicométricas de las escalas de afecto positivo y negativo (PANAS). *Salud Mental* [Internet] 2003 [Citado el 07 de febrero de 2016]; 26 (1): 69-75. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/582/58212608.pdf>
34. Fonseca- Pedrero E; Ortuño- Sierra J; Pérez de Albéniz A; Santarén- Rosell M. Dimensional Structure of Spanish Version of the Positive and Negative Affect Schedule (PANAS) in Adolescents and



Young Adults. Psychological Assessment [Internet] 2015 [citado el 07 de febrero de 2016]; 27 (3): 1-9. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26029941>

35. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerström KO. The Fagerström test for nicotine dependence: A revision of the Fagerström tolerance questionnaire. Br J Addict. [Internet] 1991 [citado el 07 de marzo de 2016]; 86(9):1119-27. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1932883>

36. Becoña E, Vázquez FL. The Fagerström Test for Nicotine Dependence in a Spanish sample. Psychol Rep. [Internet] 1998 [citado el 07 de marzo de 2016]; 83 (3 Pt 2): 1455-8. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10079737>

**ID235:****LA IMPLICACIÓN DEL EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN LOS BARRIOS DE SON CLADERA Y S'INDIOTERIA**

M. Lucía Moreno Sancho, Nieves Pueyo Gurrera, Ruth Casal Villena, M. Ángeles Gervilla Noguero, Marta Alonso Carreño, M. Mar Sureda Barbosa.

Centro de salud Son Cladera. Atención Primaria de Mallorca, Servei de Salut de les Illes Balears.  
[lmoreno@ibsalut.caib.es](mailto:lmoreno@ibsalut.caib.es)

**RESUMEN****INTRODUCCIÓN:**

Las enfermeras del centro de salud de Son Cladera, iniciaron en 2015, un proceso de implicación con los agentes activos de la comunidad, estableciendo contacto con la Plataforma de Servicios y Entidades e incorporándose a ella.

**OBJETIVOS:**

Mejorar la salud de los ciudadanos y ciudadanas de Son Cladera y S'Indioteria.

**DESARROLLO:**

Se estableció contacto con la Plataforma de Servicios y Entidades de Son Cladera en 2015. Hasta ahora, las profesionales sanitarias han acudido a las reuniones y han colaborado en las actividades propuestas por la Plataforma. Paralelamente, en 2016, se inició el proyecto de "Rutas Saludables".

**RESULTADOS:**

El centro de salud ha participado en cinco iniciativas, la última de ellas (rutas saludables) liderada por el centro.

**CONCLUSIONES:**

Este equipo de Atención Primaria ha apostado por convertir a la comunidad en el centro de atención, recogiendo sus necesidades percibidas en salud e intentando dar respuesta a estas demandas.

**ABSTRACT****Introduction:**

The nurses from Son Cladera health center started on 2015 a process of implication with active agents of the community, establishing contact with the platform of services and entities and incorporating on it.

**Objectives:**

To improve the health of the citizens from Son Cladera and s'Indioteria.

**Development:**

The team of nurses established relationship with Son Cladera Platform of services and entities in 2015. Until now, health professionals have come to meetings and collaborated in all activities that have been proposed from the platform. At the same time, in 2016, the project of "Healthy Routes" was launched.

**Results:**

Son Cladera health center has participated on five social initiatives, the last one (healthy routes) led by the center.

**Conclusions:**

This primary care team, has opted to make the community at the center of attention, picking up their perceived needs in health and trying to respond to these demands.

**PALABRAS CLAVE**

Participación ciudadana, promoción de la salud, ruta saludable, coordinación intersectorial, empoderamiento en salud, necesidades en salud.

Consumer participations, health promotion, healthy route, intersectorial action, empowerment for health, health requirements.

## INTRODUCCIÓN/PRESENTACIÓN

Las enfermeras del centro de salud de Son Cladera, tras años de trabajar en la consulta de enfermería las demandas que transmiten los y las pacientes cuando acuden al centro, iniciaron en abril de 2015, un proceso de implicación con los agentes activos de la comunidad ya que para conocer la realidad y las necesidades en salud de la zona, consideraban necesario estar presentes y de manera activa en las entidades y asociaciones locales.

Según la Estrategia de promoción de la salud y prevención del Sistema Nacional de Salud, reorientar la atención sanitaria hacia la promoción y la prevención de las enfermedades es una insistente recomendación desde las estructuras supranacionales y organismos internacionales. Ya desde las cartas de Ottawa y Tallin, se declara que los sistemas de salud son más que la asistencia sanitaria e incluyen la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad como actuaciones fundamentales de la atención sanitaria. Esta idea se recoge también entre los objetivos estratégicos de la «Estrategia de Salud de la Unión Europea 2008-2013», con su primera línea estratégica: «promoción para una Europa que envejece». La Estrategia «Salud 2020» de la Región Europea de la Organización Mundial de la Salud (OMS), presenta como objetivos estratégicos, mejorar la salud de todos y mejorar el liderazgo y la gobernanza participativa para la salud; y cuatro áreas prioritarias para la acción: 1. invertir en salud con una abordaje de curso de vida y de empoderamiento de la población, 2. abordar las principales cargas de enfermedades transmisibles y no transmisibles en Europa, 3. fortalecer los sistemas de salud centrados en las personas y la capacitación en salud pública, 4. crear entornos de apoyo y comunidades resilientes (1).

Siguiendo esta misma línea de acción, el equipo de profesionales estableció contacto con la Plataforma de Servicios y Entidades que llevaba unos meses funcionando y se incorporó a ella. La zona de salud de Son Cladera abarca otro barrio: s'Indioteria, separado geográficamente por una autovía, que tiene su propia Plataforma y es independiente de Son Cladera. Poder contactar con esta plataforma fue más dificultoso, pues la frecuencia de reuniones era inferior que en Son Cladera, pero se consiguió de manera eficiente en junio de 2016.

En este sentido y conforme a la Estrategia de atención a la cronicidad del Sistema Nacional de salud, la participación social es también un medio y un instrumento necesario para mejorar la salud de la población y aumentar la capacidad de intervención sobre los determinantes sociales de la salud. Facilitar la participación de las comunidades y de la sociedad civil en el diseño de las políticas públicas, en el seguimiento de su implantación y en su evaluación es esencial para fortalecer la sostenibilidad de las intervenciones y para asegurar que las mismas responden a las necesidades de la población. Dado que la salud está condicionada por factores sociales, económicos y ambientales, entre otros, el trabajo intersectorial del sector salud con otros sectores es un elemento clave para la mejora de la salud de la población. Actualmente, se desarrolla a través del principio "Salud en Todas las Políticas" y entre sus recomendaciones figura la de establecer mecanismos de colaboración entre el sector sanitario y otros sectores y organizaciones sociales con el fin de promover entornos y recursos comunitarios que faciliten la adopción de estilos de vida saludables, prestando especial atención a las poblaciones más vulnerables y desfavorecidas (2).

Como enfermeras implicadas en la salud y el mantenimiento y mejora de la misma, de los ciudadanos y ciudadanas de zona básica de salud, el hecho de establecer redes hacia la comunidad e iniciar un trabajo participativo con ésta, debería servir para reconducir determinadas acciones e iniciar de nuevas, en base a las demandas y necesidades que vayan surgiendo y que hagan así posible el empoderamiento de la comunidad.

La Organización Mundial de la Salud, en su glosario establece que el empoderamiento para la salud puede ser un proceso social, cultural, psicológico o político mediante el cual los individuos y los grupos sociales son capaces de expresar sus necesidades, plantear sus preocupaciones, diseñar estrategias de participación en la toma de decisiones y llevar a cabo acciones políticas, sociales y culturales para hacer frente a sus necesidades. Mediante este proceso, las personas perciben una relación más estrecha entre sus metas y el modo de alcanzarlas y una correspondencia entre sus esfuerzos y los resultados que obtienen. Se establece una distinción entre el empoderamiento para la salud del individuo y el de la comunidad. El empoderamiento para la salud individual se refiere principalmente a la capacidad del individuo para tomar decisiones y ejercer control sobre su vida personal. El empoderamiento para la salud de la comunidad supone que los individuos actúen colectivamente con el fin de conseguir una mayor influencia y control sobre los determinantes de la salud y la calidad de vida de su comunidad, siendo éste un importante objetivo de la acción comunitaria para la salud (3).



### OBJETIVOS (DE LA EXPERIENCIA)

Objetivo general: Mejorar la salud de los ciudadanos y ciudadanas de los barrios de Son Cladera y s'Indioteria.

Objetivos específicos:

1. Participar en actividades organizadas por las plataformas de barrio, aportando siempre la perspectiva de vida saludable.
2. Liderar iniciativas que repercutan positivamente en la salud de las personas de ambos barrios.

### DESARROLLO

En abril de 2015 se estableció contacto con la Plataforma de Servicios y Entidades de Son Cladera y a partir de allí una enfermera empezó a acudir a las reuniones que se realizaban mensualmente en el Centro de Educación Infantil y Primaria (CEIP), Miquel Porcel, de la zona. La Plataforma está constituida por representantes del CEIP, Asociación de Vecinos, Servicios Sociales del sector, Cáritas, Club de Fútbol, Club de Petanca, Club de la 3ª Edad, Policía de barrio, Dínamo (empresa de dinamización con adolescentes, dependiente del Ayuntamiento de Palma) y el Centro de Salud. La razón de ser de dicha Plataforma es analizar la realidad de Son Cladera y a partir de allí llevar a cabo actividades que supongan una mejora para las personas que viven en el barrio.

Días después, la enfermera que había acudido, transmitía el contenido de la reunión y lo acordado al resto del equipo para facilitar la participación de los diferentes miembros. Así, desde la fecha hasta ahora, las y los profesionales del centro de salud han colaborado en cada una de las actividades propuestas por la Plataforma.

Con la intención de liderar iniciativas en salud, entre junio y septiembre de 2016, el equipo de enfermeras contactó con Dirección General de Salud Pública para iniciar las Rutas Saludables en Son Cladera y s'Indioteria.

Según los datos de la Encuesta de Salud de las Islas Baleares, el 52 % de la población adulta de nuestras islas sufre exceso de peso (el 15 % de la cual presenta obesidad). Esta distribución no es uniforme, ya que el problema se agrava con la edad y en la población de las clases sociales más desfavorecidas (4). Una dieta inadecuada y la falta de actividad física son dos de los factores de riesgo de las causas principales de enfermedades evitables, como los trastornos cardiovasculares, la obesidad, algunos tipos de cáncer y la diabetes mellitus de tipo 2. Estas enfermedades causan el 60 % de las muertes y el 47 % de la carga de enfermedad en todo el mundo (5), donde el aumento de la prevalencia de la obesidad es un importante problema de salud pública. Por ello, caminar está considerado como la forma de actividad física que más hacen los adultos y es a menudo la actividad más escogida por los adultos cuando se les aconseja hacer ejercicio físico (6). Es una práctica económica porque no requiere un equipamiento especialmente complejo ni unas instalaciones específicas, se adapta a muchos horarios y se puede modular dependiendo de las características físicas de cada persona, como la edad o el estado de salud. Siguiendo unas cuantas recomendaciones básicas, caminar es un ejercicio que la mayor parte de la población puede hacer si su entorno urbano le es favorable. En los últimos tiempos ha surgido el concepto de caminabilidad (del inglés walkability), que se define como el grado por el que el ambiente urbano promueve el hábito de caminar (7). Se ha demostrado que algunos aspectos como la funcionalidad (el tráfico y el diseño de las calles, de las intersecciones, de las aceras, etc.), la seguridad, la estética y la presencia de destinos atractivos ejercen una influencia sobre el hábito de caminar de las personas (8).

Las rutas saludables (9) son una realidad instaurada en casi la totalidad de la ciudad de Palma y en muchos pueblos de Mallorca. Como ya es sabido, se trata de una actividad de participación comunitaria pues se cuenta con los agentes de la comunidad para trazar una ruta andando, de una hora aproximada de duración, con punto de partida y finalización en el centro de salud, accesible tanto a pie como con personas que puedan acudir con bastón, caminador o silla de ruedas. Además, se cuenta con el soporte de la Regiduría de Infraestructuras del Ayuntamiento para realizar las adaptaciones necesarias a lo largo del trazado para hacerla lo más practicable y segura posible. De esta manera, los vecinos y vecinas de la zona pueden practicar el hábito saludable de caminar, contando con la ayuda de su equipo de salud, al menos una hora a la semana. Las zonas de Son Cladera y s'Indioteria, al contar con un equipo pequeño de profesionales sanitarios, pueden ofrecer, de momento, una ruta de una hora semanal para cada zona. Más adelante y según la respuesta por parte de los vecinos y vecinas, se valorará la posibilidad de aumentar la frecuencia de las rutas.

## RESULTADOS

A lo largo de estos casi dos años el Centro de Salud ha participado en las siguientes actividades:

1. Estudio sobre los “intereses en materia de ocio de la población infantil y juvenil del barrio de Son Cladera”. Para establecer un primer contacto con las necesidades de las personas que viven en Son Cladera, se elaboró por parte del Centro Municipal de Servicios Sociales Este, una encuesta sobre ocio y tiempo libre dirigida a las personas entre 3 y 30 años que vivían en el barrio (2.412 personas). El equipo de salud participó tanto en la elaboración de la encuesta como en la recogida de la información. En total se realizaron 182 encuestas entre junio y octubre de 2015. Respecto al tipo de actividades que les gustaría realizar se priorizaron: 1. deportivas, 2. lúdicas, 3. relacionadas con el baile y 4. musicales, culturales y artísticas. Los miembros de la Plataforma decidieron tener en cuenta estos resultados para iniciar una línea de trabajo hacia la consecución, en primer lugar, de más y nuevas actividades deportivas en el barrio y más adelante, de otras actividades para las demás áreas priorizadas. En este sentido, han realizado un seguimiento de las nuevas pistas deportivas construidas en el barrio en primavera de 2016, las cuales, debido a una serie de deficiencias estructurales aún no se han podido inaugurar y tras comunicarlo en repetidas ocasiones al Ayuntamiento, éste ha manifestado que en breve se procederá a la subsanación de las mismas.
2. Catálogo de actividades del barrio de Son Cladera 2016 y 2017. Para dar una respuesta inicial a los resultados de la encuesta, la Plataforma elaboró un dossier en el que se recogen todas las actividades de ocio y tiempo libre que ofrecen cada una de las entidades que forman la Plataforma. El equipo del centro de salud adjuntó todas las actividades de educación para la salud que organiza anualmente, tanto en el centro, como en el CEIP, como en el Instituto de Educación Secundaria, como otras actividades que se tengan previstas realizar en la comunidad. Se hizo una primera edición en el año 2016 y se actualizó y amplió éste para la segunda edición, en el año 2017, ya distribuido entre los vecinos y vecinas del barrio.
3. Diada de la Plataforma de Entidades y Servicios de Son Cladera, 4 de junio de 2016. En esta diada, el equipo colaboró en la organización y estableció un stand sobre hábitos saludables y vida activa. El stand, en el que había pósters sobre abandono del hábito tabáquico, protección solar, pirámide de la alimentación saludable, etc., además se daban consejos sobre hábitos saludables y vida activa, se realizaban cooximetrías a las personas fumadoras y se ofrecía fruta de manera gratuita para fomentar la merienda saludable.
4. Chocolatada solidaria, 22 de diciembre de 2016. En esta ocasión, el equipo de salud recomendó a la Plataforma que apostara por traer repostería de elaboración casera, para fomentar una alimentación más saludable y trabajar la cohesión familiar. Después participó acudiendo esa tarde, haciendo visible la figura del profesional sanitario, en concreto las enfermeras, fuera del centro de salud.
5. Elaboración del trazado de la Rutas Saludables de Son Cladera y s’Indioteria entre junio y septiembre de 2016. Se realizaron diversas reuniones en las que participaron miembros de cada una de las Plataformas y vecinos y vecinas de ambos barrios, Dirección General de Salud Pública y el centro de salud. En estas reuniones se trazaron las rutas y unos días después se salió a “caminar a modo de prueba” las dos rutas. En estas primeras caminatas se identificaron una serie de deficiencias en cuanto a falta de rebajes en las aceras, pasos de peatones insuficientes, falta de limpieza de determinados tramos, etc., que fueron notificadas a la Regiduría de Infraestructuras del Ayuntamiento de Palma. Tras varias reuniones con ellos, la última el pasado mes de enero, está prevista la subsanación de dichas deficiencias para conseguir que la ruta saludable sea una realidad la primavera del año en curso. Además, el Ayuntamiento tiene previsto que confluyan tanto la ruta escolar como la ruta saludable, compartiendo tramos, para facilitar la convivencia y encuentro de las diferentes generaciones que conviven en los dos barrios.

## CONCLUSIONES

Este equipo de Atención Primaria, de acuerdo con el concepto de empoderamiento en salud de la OMS y con la estrategia de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, ha apostado por salir de su zona de confort y dirigirse a la comunidad, para convertirla en el centro de atención recogiendo sus necesidades percibidas en salud e intentando dar respuesta a estas demandas.

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Estrategia de promoción de la salud y prevención en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2014.
2. Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012.
3. Promoción de la salud, Glosario. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1998.
4. Gobierno de las Islas Baleares. Consejería de Salud y Consumo. Palma de Mallorca: Dirección General de Salud Pública y Participación; 2009.
5. The World Health Report 2002 - Reducing risks, promoting healthy life. Ginebra (Suiza): Organización Mundial de la Salud; 2003 [acceso 26 nov. 2013]. Disponible en: [www.who.int/whr/2002/en/index.html](http://www.who.int/whr/2002/en/index.html).
6. Lee IM, Buchner DM. The importance of walking to public health. Med Sci Sports Exerc 2008 Jul; 40 (7 Supl):S512-S518.
7. Stephen A. Walkability Scoping Paper. New Zealand; 2005 Mar.
8. Saelens BE, Sallis JF, Frank LD. Environmental correlates of walking and cycling: findings from the transportation, urban design, and planning literatures. Ann Behav Med 2003; 25 (2):80-91.
9. Rutas saludables, protocolo de implantación. Palma de Mallorca: Govern de les Illes Balears; 2015.

**ID278:**

**EXPERIENCIA FORMATIVA CON METODOLOGÍA “WORLD CAFÉ” PARA ENFERMERAS REFERENTES EN EDUCACIÓN Y AUTOCUIDADO EN CARDIOPATÍA ISQUÉMICA**

Marta Isabel Villamil Díaz <sup>(1)</sup>, Sara Díez González<sup>(2)</sup>, María Jesús Rodríguez Nachón <sup>(3)</sup>, Bernardina García Menéndez <sup>(4)</sup>

<sup>(1)</sup>Enfermera, C.S.Cudillero-SESPA, <sup>(2)</sup>Enfermera, Consejería Sanidad Asturias, <sup>(3)</sup>Enfermera, C.S. Pola de Siero-SESPA, <sup>(4)</sup>Enfermera, C.S. Sama-SESPA

[mwillamildi@gmail.com](mailto:mwillamildi@gmail.com)

**RESUMEN**

Para iniciar un programa de atención y educación a pacientes con Cardiopatía Isquémica reciente, en el Área Sanitaria de Avilés se plantea una actividad formativa cuyo objetivo será dotar a las enfermeras referentes de las competencias necesarias para desarrollar educación para la salud en consulta, presentarles materiales de trabajo y guía EACI (Educación Autocuidado de la Cardiopatía isquémica) de SEAPA y además de favorecer la cohesión del grupo buscando soluciones entre todos.

Metodología: Participan 27 enfermeras. El World Café crea redes de diálogo colaborativo sobre un tema en formato de mesas de cafetería.

Se administró un test de conocimientos sobre los contenidos del curso y una encuesta de satisfacción.

Conseguimos: Mejorar conocimientos, metodología de educación en consulta y unificar atención al paciente.

Resultados -Implantación del programa y que en este momento los pacientes cuenten con referentes en cada Centro de Salud, que lo pondrán en marcha.

**ABSTRACT**

In order to begin a recent patient attention and education program which will suffer from Myocardial Ischemia, in the Avilés Área Sanitaria there is a formative activity which point it will be to give to the nurses references of the necessary competences to develop health education in consultation, present work materials and guidance EACI (Self-care Education of ischaemia Cardiopathy) of SEAPA and in addition to favor the cohesion of the group seeking solutions among all.

Methodology: 27 nurses participated. The World Café creates dialogue webs about a topic in format of cafeteria tables. A knowledge test was administered on the course contents and a satisfaction survey.

Achievements: To improve knowledge, methodology of education in consultation and a unification of patient attention.

Results: An implantation of the program and at that moment the patients have referrals in each Health Center, which will start it.

**PALABRAS CLAVE**

Enfermería de Atención Primaria /Primary care nursing

Educación Continuada/Education nursing continuing

Cardiopatía isquémica/ Myocardial Ischemia

Educación al paciente como tema/Patient education as topic

Prevención secundaria/secondary prevention

**INTRODUCCIÓN/PRESENTACIÓN**

La enfermedad coronaria o cardiopatía Isquémica, está entre las primeras causas de muerte en Asturias y España. Tiene un importante impacto tanto en el individuo que la padece, en su calidad de vida, como en su futuro personal y social e incrementa el riesgo de muerte súbita.

En este contexto, el Ministerio de acuerdo con las CCAA estableció la Estrategia frente a la Cardiopatía Isquémica del Sistema Nacional de Salud que propone estándares científicos e indicadores que intentan ofrecer garantía de calidad, de manera que se garantice la continuidad asistencial y la fluidez entre niveles, servicios e instituciones, buscando la optimización de las redes asistenciales(1). Entre sus recomendaciones para la Estrategia(2) en 2016 encontramos:

-“Reforzar el papel de los equipos de Atención Primaria (AP) (medicina de familia, enfermería comunitaria y fisioterapia) en el abordaje de la Fase II de bajo riesgo y Fase III.”

-“Fomentar el abordaje de la cronicidad por medio de la capacitación y empoderamiento en autocuidados del/la paciente y familiares (estilo de vida cardiosaludable, adherencia al plan terapéutico y autocontrol de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV).

Para alcanzar estos objetivos es necesario un soporte de profesionales que promuevan los autocuidados y sean capaces de trabajar en red para acompañar al paciente en el proceso de adaptación a su nueva situación y en la elección de conductas saludables individualizando cada caso según factores personales socioeconómicos y culturales. Las enfermeras comunitarias son los profesionales idóneos tanto por cercanía, accesibilidad y formación, para cuidar de estos pacientes y que mejoren actitudes y conocimientos permitiéndoles lograr una autonomía saludable.

En el Área sanitaria III de Avilés en Asturias, se inicia este proceso de atención y educación al paciente con cardiopatía isquémica, con un grupo de trabajo interdisciplinar de profesionales de Atención Hospitalaria, cardiólogos y enfermeras, y enfermeras de AP. Se decide empezar con la información y recomendaciones al paciente, sobre la enfermedad y el autocuidado, durante el ingreso en la planta de cardiología. A continuación, una vez al mes, se programa una charla grupal para pacientes y familiares, en el propio hospital de referencia.

En Atención primaria se decide nombrar una enfermera responsable en cada Centro de Salud del Área a la que se le derivarán los pacientes después del alta y les ofrecerá realizar un programa de nueve sesiones de Educación en Autocuidado de Cardiopatía Isquémica(EACI) elaborado por el grupo de trabajo EACI de SEAPA(3), de manera individual en consulta de enfermería o grupal.

Se plantea una actividad formativa para enfermeras de AP con el fin de motivar, fortalecer y unificar el grupo, reforzar conocimientos y habilidades en entrevista clínica, presentar materiales de trabajo y guía EACI de SEAPA además de visibilizar entre todos la importancia de esta intervención enfermera. Uno de los formatos elegido fue el WORLD CAFE (Café del mundo)

#### **OBJETIVOS (DE LA EXPERIENCIA)**

-Dotar a las enfermeras de Atención Primaria, de las competencias necesarias para que desarrollen educación para la salud en consulta, en un entorno multidisciplinar, con el fin de fomentar la excelencia de los cuidados y autocuidados cardiovasculares a los pacientes con cardiopatía isquémica.

-Favorecer la cohesión del grupo, la expresión de experiencias y reflexión ante posibles dificultades buscando soluciones entre todos.

-Desarrollar actitudes positivas ante el programa EACI y las propias capacidades pedagógicas.

-Reorganizar y actualizar conocimientos de las enfermeras en modelos pedagógicos activos que favorezcan la capacitación y autoeficacia del paciente.

#### **DESARROLLO de la INTERVENCIÓN**

Participantes: 27 en total, enfermeras de AP, enfermera supervisora de cardiología y enfermeras de dirección de cuidados de enfermería del Área sanitaria III.

Curso de 6 horas de duración repartidas durante dos días.

Lugar de realización: Aula abierta de servicios múltiples del HUSA

Contenidos/bloques:

1-Metodología WORDL CAFE (ó Café del Mundo)

2-Práctica con guía EACI de SEAPA

Recursos:

Ordenador, proyector, pantalla, papelógrafo, folios, rotuladores, 6 mesas tipo cafetería y 28 sillas, manteles de papel, cuerda para tender, pinzas, agua y fruta.

Guías EACI impresas

#### **Metodología:**

Se siguió la metodología World Café(4) que crea redes de diálogo colaborativo, alrededor de asuntos importantes, en este caso la implantación de un programa. Es una metáfora provocativa: a medida que creamos nuestro grupo, estamos hablando y moviéndonos entre "mesas de conversaciones" de un Café.

Tratamos de conseguir una formación estratégica del grupo de enfermeras a través de la emoción, usando grabaciones de testimonios de pacientes, preguntas relativas al tema del infarto y cuidados enfermeros actuales a estos pacientes, música y videos.

Buscamos la creación de conocimiento, reflexión, innovación, involucramiento de enfermeras implicadas, y cambios en los modelos de cuidado. Las distintas conversaciones en torno a las mesas, dónde se puede comer, escribir y dibujar al hablar o mientras se escucha a otros, nos ayuda a tomar decisiones, personales y profesionales, acerca de maneras más satisfactorias de realizar nuestro trabajo encontrando soluciones a problemas comunes, sintiéndose parte de un todo.

#### **El curso desarrolló cómo sigue:**

##### **1º Día de 15,30 a 18,30**

15:30

Recibir a participantes e ir colocándoles una pegatina con color y un número con su nombre, que escribirán ellos.

Cada pegatina llevará:

Un número. Si dividimos en dos subgrupos (Ay B), serán tres mesas, de cuatro personas, en cada mesa. Numeramos del 1 al 4, con lo que habrá tres 1,2,3 y 4, tanto en el subgrupo A como en el B.

Un color( para la primera actividad, que estarán en grupos de ,3 por colores, el número de colores depende del número de asistentes)

15:40

Nos sentamos en sillas colocadas en círculo y nos vamos presentando empezando por alguna de nosotras con la una madeja de lana se va pasando y se realiza la **dinámica de la lana formando una red**.

Diremos : nombre, trabajo y que esperamos de este curso

Terminamos con la red y se cierra la dinámica deseando que formemos una verdadera red en el cuidado del paciente con CI. Se recoge la red o se cortan trocitos para que se lleve de recuerdo cada persona, símbolo de que forma parte de una red.

15:55

Se dan instrucciones para que se junten **por grupos de tres personas** con sillas que coincidan con el color de pegatina que llevan.

Se pide que respondan a la pregunta:

**“¿en tu opinión qué QUIERE saber una persona después de tener un infarto ?**

16:10

Puesta en común y en papelógrafo o pizarra se recogen respuestas

Según los temas que salgan:

“ Cómo veis hay diferentes opiniones, esto mismo puede pasar en la consulta y nuestra labor será explorar lo importante para cada persona y adaptar las sesiones a lo que necesite. Muchas cosas están en la guía y mañana las trataremos con mayor profundidad, para otras podemos contar con el apoyo de todo el grupo y nuestros referentes”

16:20

#### **WORLD CAFÉ**

Se pide a los participantes que se sienten en las mesas de manera que haya 4 números iguales en cada mesa. “Compartimos opiniones en grupos de 4”

Se les explica la dinámica ( normas más abajo), cada mesa tiene una pregunta o audio asignado, los participantes la escuchan o la lee el moderador y dan/escriben su opinión. El moderador se ocupa de que todos participen y resume.

Sobre cada mesa habrá un mantel de papel o cartulinas , rotuladores de colores y una ficha grande para el moderador ( folio de colores ), dónde irá escribiendo las conclusiones de su mesa. El resto de los participantes también escriben o dibujan en el papel que tengan delante usando los rotuladores de colores.

Se dan 10 min por mesa, luego se pide que levanten los brazos para que dejen de escribir y hablar y se cambien de mesa. El objetivo es pasar por todas las mesas.

### Instrucciones:

1-Os sentareis en torno las mesas que veis. Ahora designad un moderador.

2-Cada moderador se encargará de dirigir la conversación (10 min) sobre el tema que hay escrito en la tarjeta en la mesa, procurará que todos hablen ,escriban y dibujen sobre el mantel..El moderador al final resumirá las conversaciones en una ideas clave “resumen” de cada grupo que pase por su mesa, para volcado posterior, tipo twit.

La puesta en común final será de la cuarta pregunta.

A los 10 min los ponentes avisaremos diciendo que levantéis las manos y os cambiéis de mesa.

Todos tendrán que pasar por las 3 mesas con el fin de que hablen sobre los 3 temas y la pregunta final de futuro.

### PREGUNTAS o Ideas para reflexionar en cada mesa:

-Tema **mesa 1**: Audio paciente sobre sus sentimientos y tabaco

-¿Que facilita/dificulta la recuperación después del infarto?

-Tema **mesa 2**: ¿Cómo cuida la enfermera a los pacientes después del infarto?

-Tema **mesa 3**: Dice una enfermera: “para mi lo peor es no poder resolver todos los problemas que tienen los pacientes”

-**Pregunta Común**: ¿Cómo ves el futuro de los pacientes del Area III que vayan sufrir un infarto en 2017?

La última pregunta será común para todas las mesas y tras la reflexión de las tres primeras.

### Puesta en común

Quitamos los manteles o cartulinas, se cuelgan o pegan ( el moderador quedará con su cartulina )

Un ponente va preguntando a los moderadores las distintas “frases resumen-twit” y otro ponente anota.

Se habla sobre ello los comenta un poco y el grueso del volcado será la cuarta pregunta.

-**Dinámica**: sigue a dos personas, moviéndose por la sala sin chocar con nadie. (Música Marcha Radetzky (2,33 min)

-**Visualizar video** de estorninos, [https://www.youtube.com/watch?v=OxYn3e\\_imhA](https://www.youtube.com/watch?v=OxYn3e_imhA)

"Cada estornino tiene 7 referentes y es capaz de volar sin chocar ni interferir con otros mientras vuela pero manteniéndose dentro de la bandada y siendo a su vez referente de otros"

Lectura de carta de un paciente con música ambiental

-Recordar que traigan la guía EACI para el siguiente día.

### 2º Día de 15,30 a 18,30

-Presentación enlazando con lo que hicimos el día anterior.

-Presentación de la Guía/ valoración.

-Presentación del esquema del día.

-Conceptos clave muy práctico de **alimentación** saludable en casa y en restaurante

-Abordaje de la parte emocional, cómo ayudar al afrontamiento/ Algo de tabaco?

-Importancia de determinantes sociales

-Ejercicio físico/ importancia prueba esfuerzo/ recetas del área III

### ROLE PLAYING

-Muy importante insistir en la preparación de cada caso y en darles tiempo suficiente para que lo desarrollen como si estuvieran en la consulta de verdad.

Una persona hará el papel de paciente y otro de enfermera.

-Preparación: 10 minutos

-Material: caso escrito, guía EACI y Guía de Valoración de la sesión.

-Representación, puesta en común, teoría y dudas:30 minutos

### CASO 1 - EJERCICIO

-Camionero, fumador, sedentario. Ejercicio físico. Alimentación. Deshabituación tabáquica.

Luis tiene 55 años. Acaba de sufrir un infarto, lo pasó mal porque le sucedió en Inglaterra, cuando estaba trabajando. Es camionero, transporta marisco desde Inglaterra a Asturias, pasa la semana fuera de domingo de madrugada a viernes, a veces el miércoles puede dormir en casa. El resto de los días duerme 8 horas en la cama que tiene el camión.

No se cuida mucho en cuanto a “cosas saludables” y eso, come fuera todos los días (menú del día completo) “con mi trabajo la poca satisfacción que tengo es comer lo que me gusta” y “fumar cuando me aburro o para evitar dormirme”.

Nunca ha tenido problemas de salud, se consideraba una persona fuerte, que podía con todo.

Está casado y tiene dos hijos de 20 y 22 años que estudian en Madrid.

Los fines de semana los dedicaba a salir con amigos a tomar unas sidras por la mañana y por la noche a cenar con otros matrimonios.

Fumaba unos 30 cig/día, ahora “solo 5”.

Ejercicio nunca realizó.

IMC: 30

Ahora está muy preocupado por el futuro. No sabe si podrá seguir trabajando igual porque le han dicho que tiene que “ponerse a dieta”, “hacer deporte” y “no fumar”. Con su trabajo lo ve muy difícil, sobre todo por semana. Pero ya se ha propuesto algunos cambios.

Su mujer le está ayudando con la comida, cocinando más verdura y pescado. A él le gusta todo, pero al comer fuera no sabe qué hacer, quizá llevar comida preparada pero desconoce cuál le conviene y que se pueda llevar.

Cuando conduce tiene que descansar 45 min cada 4,5 horas por ley, o periodos de 15 min. Quizá ahí podría hacer algo de ejercicio.

Tomar la medicación no es problema, está muy seguro de que no se olvidará porque pone alarmas en el teléfono para todo y ya se ha hecho una tabla excel en su tablet para ir anotando cuando toma los tratamientos. Si con eso está controlado, no habrá problema.

Queda pendiente dejar de fumar y hacer ejercicio.

-Hoy toca sesión de **Actividad física**

¿Qué factores (físicos, personales, sociales, laborales) le dificultan a Luis el hacer ejercicio? ¿Cómo le podríamos ayudar a hacer un plan de ejercicio adecuado? ¿Qué técnicas le debemos enseñar?

### CASO 2: ESTRÉS/ ENTENDER LO QUE SIENTO

Manuel tiene 49 años, es comercial, desde hace 20 años, gracias a este trabajo pudo trasladarse desde Barcelona a Oviedo, donde vivían su mujer y su hijo de 4 meses. Aunque su trabajo no le gusta, siempre ha intentado ser un buen profesional, sobre todo, ser honesto con sus clientes, pero en el mundo comercial es difícil conciliarlo con los intereses de la empresa. En los últimos años los objetivos anuales han ido incrementándose, la presión de la empresa sobre los empleados ha ido en aumento y el clima laboral se ha deteriorado enormemente. El trabajo se desarrolla desde las 9 a las 19 de la tarde con un descanso de dos horas para comer, pero algunos clientes realizan llamadas más allá de la hora de salida y en numerosas ocasiones tiene que ampliar su horario para realizar tareas que urgen cuando tienen que presentar ofertas.

En el último trimestre ha habido algunos cambios, como por ejemplo su jefa directa, con la que no tiene muy buena relación, además se ha ido su compañero de equipo, agotado por la presión. Ha solicitado un cambio de destino, hace un año que le dijeron que era inminente, pero aún no se ha producido. Cada vez le costaba más no enfadarse, y se alteraba con facilidad, aunque solo le pasaba durante la jornada laboral.

Desde que es niño, ha realizado ejercicio físico de forma habitual, juega a balonmano, entrenando dos días a la semana; fútbol sala con sus amigos de la infancia, un día a la semana, y procura salir a correr dos o tres días por semana. En los últimos dos años ha corrido varias medias maratones y tres maratones. Hace años salía en bicicleta y una semana al año, esquiba fuera de Asturias.

Sus aficiones, cuando tiene tiempo libre, además del deporte, son: la lectura, la fotografía y le encantaría tener un huerto, pero el tiempo libre es muy escaso. Durante la semana apenas puede realizar ninguna labor en casa, y comparte poco tiempo con su hijo, por lo que aprovecha el fin de semana para ello.



Realiza una alimentación variada, frutas y verduras todos los días y procura no abusar de carnes, de sal y de dulces, aunque no se “obsesiona” por comer sano, como su cuñado, que “se pasa el día buscando comida ecológica y mirándolo todo con lupa”.

Habitualmente no bebe alcohol, pero cuando sale con los amigos se puede tomar dos o tres cervezas, aunque esto ocurre los fines de semana. Si sale a cenar, una vez al mes o dos, suele tomar dos copas de vino tinto, “pero del bueno, ¿eh”? Toma alrededor de tres cafés al día. Nunca ha fumado, aunque su mujer fue fumadora durante diez años. Tampoco ha tomado otras drogas y hasta ahora, no ha tomado medicación de forma habitual.

No tiene ninguna otra enfermedad, sus valores de presión arterial y de colesterol siempre han estado dentro de la normalidad. Tiene un IMC de 25.

Desde el infarto su familia está muy pendiente de él, no le dejan solo y lo “agobian” preguntándole continuamente si se encuentra bien o necesita algo.

Hoy vamos a abordar la sesión de: **ENTENDER LO QUE SIENTO**

### CASO 2-DETERMINANTES SOCIALES

-“Caso Antonia”: fumadora, alimentación poco saludable, pocos recursos. Caso para exponer la sesión de alimentación e incluir los determinantes sociales.

Antonia tiene 45 años. Hace unas semanas que le han dado el alta tras sufrir un infarto, en el trabajo como ayuda a domicilio, sin contrato. Es soltera (con la última pareja sufrió malos tratos) mulata, semianalfabeta (lee con dificultad tras pasar por la escuela de adultos) tiene dos hijas mayores en Colombia y recibe una prestación económica de 280 euros al mes. Vive en una casa de alquiler muy bajo gracias al propietario que se lo cede así por ayudarla. Camina muy poco porque dice que se fatiga mucho. Fumadora de una cajetilla de cigarros al día.

Alcohólica con importante reducción de ingesta tras deshabituación con ayuda de salud mental, consume refrescos y zumos, ya que el agua dice que no le gusta.

IMC: 33 Kg/m<sup>2</sup>.

Cuando se le pregunta por el tema de la alimentación nos dice que antes del infarto comía en la casa donde trabajaba interna pero que ahora come 2-3 veces al día (el desayuno muchos días no lo hace porque se levanta tarde) y suele picar “lo que pilla” entre horas. Refiere comer sólo lo que le gusta y cosas rápidas de hacer, porque “cocinar no es lo suyo”. Refiere comer más de 2 veces por semana arroz, fiambres, carne (le encantan las salchichas), bollería, pescado (lo más barato, cabezas, desperdicios, para caldo)... Se le pregunta por la fruta y verdura, nos dice que alguna sí le gusta (la berenjena) pero que no suele comprarla porque es muy cara así que la suele comer como mucho 1 vez a la semana.

Se la ve un poco asustada por toda la situación, tiene miedo de que le vuelva a pasar, que se ha quedado sin trabajo y que igual ya no la van a querer volver a llamar, pero dice que va a tomar todos los medicamentos (aparece el código 001 en sus recetas está exenta de copago) que le han mandado del hospital para evitarlo y que va a caminar.

-Hoy toca sesión de **Alimentación Saludable**.

¿Qué determinantes sociales (las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud) le dificultan a Antonia el llevar una alimentación saludable?

¿Cómo la podríamos ayudar a hacer un plan de alimentación adecuado?

### CIERRE DEL CURSO

Ponernos en círculo y exponer cada uno con una palabra o una frase tipo tweet lo que nos llevamos del curso

La frase resultante fue: **“Un futuro prometedor con la enfermera como referente para sus pacientes”**

### RESULTADOS

Se administró una prueba de conocimientos sobre los contenidos del curso y una encuesta de satisfacción de cada ponente y del curso en general.

El método de evaluación era tipo test con cuatro respuestas posibles.(Ficha 1 adjunta EXAMEN TEÓRICO) Los resultados fueron buenos y la satisfacción manifestada muy alta:

(Insertar tabla 2)

Además Conseguimos:

- Salvar las retenciones a la implantación del programa y que en este momento los pacientes cuenten con un referente en cada Centro de Salud que pondrá en marcha el programa.
- Existencia de un grupo de apoyo para los referentes formados.
- Disminuir la variabilidad en la atención al paciente postinfartado dentro del Área sanitaria.

### CONCLUSIONES

La experiencia fue muy satisfactoria para todo el grupo, por una parte se reforzaron los conocimientos que ya poseían y se repasaron contenidos teóricos sobre cardiopatía isquémica y autocuidado. Pero lo más importante fué el sentimiento de grupo, de trabajo en común y de visibilización del esfuerzo por parte de los profesionales enfermeros.

La novedad de la metodología del WOLD CAFÉ es ser muy dinámica, da la posibilidad de participar y aportar todos, así como el compartir con pares, tener la oportunidad de manifestar cualquier opinión y escuchar respuestas de compañeros o responsables fue relevante.

Los logros obtenidos son parte de las personas involucradas que han conversado ,escuchando a los demás ,aportando soluciones, experiencias, con una pasión que genera compromiso con el proyecto central que es que las enfermeras comunitarias desarrollen esta educación al paciente postinfartado con eficacia y competencia.

### BIBLIOGRAFÍA

- 1- Evaluación de la Estrategia Nacional de Cardiopatía Isquémica. Asturias 2012.[internet]. [www.asturias.es](http://www.asturias.es); Astursalud.Portal de Salud del Principado de Asturias [citado 16 dic 2016] Disponible en: <http://bit.ly/2iiQJSd>
- 2- Estrategia de Cardiopatía Isquémica del Sistema Nacional de Salud (2011) [internet] <http://www.msssi.gob.es/> Edita: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Secretaría General Técnica Centro de Publicaciones. Paseo del Prado, 18. 28014 Madrid. NIPO CD: 860-11-016-2 .[consultado 12 dic.2016] Disponible en <http://bit.ly/2hqrhwY>
- 3- Nuria Álvarez Mon, Bernardina García Menéndez, Laura González Lozano, M<sup>a</sup> Jesús Rodríguez García, M<sup>a</sup> Jesús Rodríguez Nachón, Marta Isabel Villamil Díaz et al. Educación en el autocuidado de la cardiopatía isquémica. Guía del paciente [internet] SEAPA. Octubre de 2016 ISBN: 978-84-617-5883-8 [consultado 10 de oct. 2016] Disponible en: <http://bit.ly/2hg9iEP>
- 4-Conversaciones para todos, por una cultura del diálogo. World café. [internet] [www.conversacionesparatodos.com](http://www.conversacionesparatodos.com) Argentina [consultado el 10 de oct. de 2016] Disponible en <http://www.conversacionesparatodos.com/world-cafe>

### GRÁFICOS Y/O TABLAS

#### FICHA 1-EXAMEN TEORICO

ES NECESARIO TENER EL 80% DE ACIERTOS PARA SUPERAR LA PRUEBA:

Señalar la opción correcta:

1. En relación a la alimentación de un paciente en el programa de rehabilitación cardiaca (señale la respuesta correcta):
  - a) La alimentación debe ser baja en grasas saturadas, ácidos grasos trans y colesterol.
  - b) El objetivo es realizar un cambio permanente en los hábitos alimentarios acompañado de un aumento de la actividad física acorde a su condición física.
  - c) Para alcanzar estos objetivos la dieta debe ser rica en frutas y vegetales, pescado graso, pollo, carne magra, legumbres, cereales y granos integrales.
  - d) Es correcta la a y la b
  - e) Todas son correctas
2. A la hora de valorar el patrón nutrición-alimentación, preguntaremos las siguientes cuestiones (señale la respuesta correcta):
  - a) Número de comidas que realiza al día
  - b) Consumo de alcohol
  - c) Frecuencia de consumo de los diferentes grupos de alimentos
  - d) Métodos preferentes de preparación de los alimentos

- e) Todas son correctas
3. La entrevista motivacional:
- a) Es una forma colaborativa, centrada en la persona, dirigida a obtener y fortalecer motivación para el cambio.
  - b) Es una forma de entrevista que explora los motivos por los que el paciente se encuentra en la consulta.
  - c) No es un tipo de entrevista.
  - d) Es la entrevista que menos se utiliza en la consulta de enfermería.
  - e) Ninguna de las respuestas anteriores es correcta
4. El aprendizaje significativo:
- a) El aprendizaje significativo es el proceso según el cual se relaciona un nuevo conocimiento o información con la estructura cognitiva del que aprende de forma no arbitraria y sustantiva o no literal
  - b) El aprendizaje significativo depende de las motivaciones, intereses y predisposición del aprendiz
  - c) No es un proceso independiente que se produzca al margen de la interacción personal.
  - d) El programa EACI utiliza el aprendizaje significativo.
  - e) Todas las respuestas son correctas.
5. En consulta individual para autocuidados en CI la enfermera:
- a) Explicará unos contenidos sobre cuidados, especialmente cifras de TA, glucemia y peso
  - b) -Intentará llegar a acuerdos con el paciente
  - c) Tendrá en cuenta recursos sociales y personales del paciente
  - d) 2 y 3 son ciertas
6. La tormenta de ideas es una técnica:
- a) Se usa en educación en autocuidados individual
  - b) Se usa en educación grupal a pacientes
  - c) para exponer muchas ideas y luego elegir la que mejor resuelva el problema
  - d) Todas son ciertas
7. -La frecuencia cardiaca máxima teórica de una persona:
- a) Se calcula con la fórmula  $220 - \text{edad}$
  - b) depende de la edad y sexo
  - c) Es la FC objetivo a conseguir cuando hacemos deporte
  - d) No tiene importancia en pacientes cardiológicos
8. El ejercicio físico que podemos prescribir a un paciente postinfartado:
- a) Es caminar una hora diaria
  - b) Debe adaptarse al paciente y su evolución
  - c) Será de resistencia aeróbica intensidad suave y de flexibilidad
  - d) Incluye ejercicios de fuerza de intensidad media.

**Tabla 2 Resultados**

**Plan: 143 - Curso: 1043 - Edición: 001**

Inscripciones:	26
Participantes:	26
Certificados:	21
Respondieron al Cuestionario:	22

**VALORACIÓN DEL CURSO**

	N	Media
<b>VALORACIÓN GLOBAL DEL CURSO</b>	20	4,5
El curso ha respondido a lo que esperaba cuando lo solicité	20	4,3
Lo aprendido me va a resultar útil para mi trabajo	21	4,619
La documentación entregada es interesante	21	4,429
La metodología del curso favorece el aprendizaje	18	4,389
La prueba de aprovechamiento ha sido ajustada al nivel de los contenidos del curso	18	4,5

<b>El aula reunía las condiciones necesarias para el curso</b>	Frecuencia	Porcentaje
Sí	14	66,667
No	7	33,333
No contesta	0	0
Total	21	100

<b>El personal del IAAP prestó la atención adecuada</b>	Frecuencia	Porcentaje
Sí	16	76,19
No	0	0
No contesta	5	23,81
Total	21	100

**VALORACIÓN DEL PROFESORADO**

**VILLAMIL DIAZ, MARTA ISABEL**

	N	Media
<b>VALORACIÓN GLOBAL DEL/DE LA PROFESOR/A</b>	15	4,333
Se ajustó a los contenidos del curso	17	4,471
Explicó con claridad	17	4,471
Utilizó una metodología que favoreció el aprendizaje	16	4,438
Hizo motivadoras las sesiones	17	4,353
Facilitó la comunicación con el alumnado	17	4,471

**ANCIZU IRURE, MARIA EUGENIA**

	N	Media
<b>VALORACIÓN GLOBAL DEL/DE LA PROFESOR/A</b>	15	4,533
Se ajustó a los contenidos del curso	17	4,471
Explicó con claridad	17	4,529
Utilizó una metodología que favoreció el aprendizaje	17	4,471
Hizo motivadoras las sesiones	17	4,529
Facilitó la comunicación con el alumnado	16	4,5

**DIEZ GONZALEZ, SARA**

	N	Media
<b>VALORACIÓN GLOBAL DEL/DE LA PROFESOR/A</b>	16	4,562
Se ajustó a los contenidos del curso	18	4,5
Explicó con claridad	17	4,529
Utilizó una metodología que favoreció el aprendizaje	17	4,529
Hizo motivadoras las sesiones	18	4,556
Facilitó la comunicación con el alumnado	18	4,556

**ID300:**

## **PROFUNDIZANDO EN LA HIGIENE DE MANOS: ESTUDIO CUALI-CUANTITATIVO EN ATENCIÓN PRIMARIA**

Yolanda Vasco Rodríguez, Dolores Villarreal Benitez

Enfermera Adultos Hospital Lleuger Dr. Gimbernat<sup>1</sup>, Enfermera Atención Domiciliaria CAPI Marià Fortuny<sup>2</sup>.

[yvasco@grupsagessa.com](mailto:yvasco@grupsagessa.com)

[dvillarreal@grupsagessa.com](mailto:dvillarreal@grupsagessa.com)

### **RESUMEN**

**Introducción:** La higiene de manos (HM) se postula como la piedra angular para el control de las infecciones hospitalarias (IH).

#### **Objetivos:**

1. Conocer percepción RB, conocimientos RB y cumplimiento de HM.
2. Explorar los motivos de la baja adherencia a la HM.

**Metodología:** estudio cuali-cuantitativo realizado en Atención Primaria; basado en datos recogidos mediante cuestionario y 3 grupos focales.

#### **Resultados:**

El 67,7% cuantifica como muy alto el RB; puntuación media de conocimientos 6.1/8.

Los grupos focales se estima que el abordaje de la HM debe extrapolar lo sanitario y abordarse desde una óptica social.

#### **Discusión-Conclusión:**

La formación sobre HM en la universidad no tiene el impacto buscado en el alumnado, siendo banalizada por los profesionales y estudiantes, cuando debería ser una oportunidad inequívoca para obtener buenos resultados. El abordaje de la HM debe hacerse desde una óptica en la que se implique a la sociedad y a la comunidad. Sin el apoyo de las direcciones el proyecto de HM no tiene recorrido en las instituciones.

### **PALABRAS CLAVE**

Higiene de las Manos, Desinfección de las Manos, Investigación cualitativa

Keywords: Hand Disinfection, Hand Hygiene, Qualitative Research

### **INTRODUCCIÓN**

La evolución de la medicina ha sido exponencial en los últimos años, y acompañada de una tecnología sin límites se ha visto ensalzada a la categoría de todo poderosa e infalible, de tal forma que ha pasado de ser simple, poco efectiva y relativamente segura a convertirse en compleja, efectiva pero potencialmente peligrosa(1).

Inmersos en este nuevo paradigma la seguridad del paciente es primordial y básica para el sistema sanitario, de tal forma que se ha convertido en el hilo conductor de las nuevas políticas de salud en los últimos años y ha puesto en marcha muchos esfuerzos y programas que buscan soluciones intentando mejorar la calidad asistencial, así como el bienestar y la seguridad paciente. La entrada en un hospital es casi siempre laberíntica y entraña potencialmente diversos problemas.

Las infecciones son unos de estos eventos no deseados; suponiendo ello un grave problema para el sistema de salud y para los pacientes, ya que a veces se acude a ellos para curaciones de carácter trivial, pero a su vez, podemos contraer infecciones relacionadas con a la atención sanitaria (IRAS), las cuales pueden tener un cariz grave, tanto es así que pueden sesgar las vidas (2). En España el 7% de los pacientes que ingresan en hospitales de agudos contraen (IRAS) (3), dato nada despreciable.

Ante esta realidad, la higiene de manos (HM) se postula como la piedra angular entre las acciones promovidas por la OMS para el control de infecciones; y esta misma organización en su "Borrador avanzado: directrices de la OMS sobre higiene de manos en la atención sanitaria" en 2005 confirmó que las infecciones relacionadas con la atención del personal sanitario a pacientes, afectan cada año a cientos de millones de pacientes en todo el mundo. Siendo una consecuencia involuntaria puede llegar a provocar

afecciones graves con largas hospitalizaciones(4). Este hecho en términos económicos supone un gran coste para el sistema de salud; pero sin duda el sufrimiento de los pacientes y las familias a nivel emocional son incalculables.

Adquirir una infección en el cuidado de la salud es un hecho multifactorial y la HM puede tener simplemente un efecto moderado-alto. Sin duda la frecuencia con la que un paciente adquiere microorganismos depende de múltiples factores: factores intrínsecos, el uso de antimicrobianos, la duración de la exposición, el nivel de cumplimiento de las medidas de prevención y la presión de la colonización(5). Se trata de un hecho, en el que confluyen diversas causas y no siempre todas manifiestan la misma intensidad. Pero sin duda la frecuencia con la que se manipulan los objetos y realizan diversas técnicas a los pacientes, en las que las manos son herramienta indispensable, pero a la vez conllevan posibilidad de transmisión. Ya en 1850 el lavado de las manos se ha considerado una medida de higiene personal y de control de enfermedades; de esta forma el Dr. Semmelweis evidenció la importancia de la HM para el control de infección cruzada(6).

Un estudio, en el que se realizan intervenciones para la mejora de la HM, como introducir preparados de base alcohólica o realizar campañas de sensibilización combinadas con educación, material escrito, uso de recordatorios y retroalimentación se ha demostrado su efecto marcado y duradero; pero sin embargo en los resultados; se evidencia el incremento de las IRAS en dicho periodo, a pesar del aumento en el cumplimiento de la HM (7)

Mucho se ha hablado de la importancia de esta práctica, pero la realidad de múltiples estudios pone de manifiesto como el grado de cumplimiento de la HM es bajo entre los profesionales y oscila entre un 8,1% en el ámbito de primaria y un 62% a nivel hospitalario; pero este dato es aún menor en servicios de urgencias, donde no supera el 50% (8). Otro estudio establece que el índice de cumplimiento fue del 37.6%, siendo considerablemente mayor en el momento de “después de contacto con fluidos corporales” (68.5%)(9).

En general podemos decir que el apego de los profesionales a la HM es en menor al 60%, a pesar de la sencillez y la efectividad de esta medida.

Las actividades de capacitación se suelen desestimar por ser considerada una estrategia demasiado convencional(10). Se realizan múltiples formaciones para adiestrar debidamente a los profesionales en el manejo de diferentes técnicas, y patologías; pero la HM es demasiado banal y cotidiana para elevarla a la categoría de “capacitación laboral”

## OBJETIVOS

1. Conocer la percepción del riesgo biológico, saber qué conocimientos tienen sobre la HM e identificar su grado de cumplimiento.
2. Explorar los motivos del grado de adherencia a la HM apelando al discurso de los actores, en este caso son: alumnos, los profesionales y los expertos o líderes en HM.

## MATERIAL Y MÉTODOS

**Diseño:** Se realizó un estudio cuali-cuantitativo exploratorio descriptivo, llevado a cabo metodológicamente en dos fases en el transcurso del año 2016. En una primera fase se utilizó la metodología cuantitativa y posteriormente se aplica la técnica de grupo focal para incluir la perspectiva cualitativa.

**Fase 1 estudio:** Metodología cuantitativa.

**Selección de participantes:** Se seleccionó la muestra mediante muestreo no probabilístico accidental. El estudio se lleva a cabo en el ámbito de Atención Primaria, la población la componen todos los profesionales que trabajan en 5 áreas básicas. Se obtiene una n=133 de sujetos; se incluyen todos los que participan en la cumplimentación del cuestionario en el período de estudio.

**Procedimiento:** El instrumento utilizado para la realización del estudio es una encuesta adaptada en formato on-line para facilitar su cumplimentación y que es remitida a los profesionales a través del correo corporativo. El cuestionario incluye diferentes bloques de preguntas para obtener información relativa al riesgo biológico utilizando 3 dimensiones: percepción, conocimiento y cumplimiento.

**Variables:** Se recogieron a través del cuestionario datos sociodemográficos. Los aspectos relacionados con la percepción de riesgo y de cumplimiento, se valoraron mediante 7 preguntas (cada dimensión)

valoradas en escala Likert; la parte de conocimientos se puntuó según el grado de acierto de las 8 preguntas teóricas formuladas.

**Análisis:** Se realizó un análisis descriptivo de las variables mostrando los porcentajes en las cualitativas y las medidas de centralización y dispersión en las cuantitativas. Se utilizó el programa SPSS 15.0 para los análisis estadísticos.

#### **Fase 2 estudio:** Metodología cualitativa

**Diseño:** A tenor del difícil abordaje del tema para su análisis, se ha elegido como método de obtención de datos el grupo focal, el cual nos permite captar el sentir pensar y vivir de los individuos provocando auto-explicaciones para obtener datos cualitativos. El paradigma cualitativo defiende el carácter constructivo-interpretativo del conocimiento, lo que nos lleva a destacar que el conocimiento es una producción humana, en la que se legitima lo singular(11). Con este propósito queremos obtener información de viva voz de los protagonistas para poder adentrarnos en el tema y dejar que emerjan realidades que de otra forma pasan desapercibidas.

El lenguaje es el dato a analizar, comprender e interpretar; estos métodos ayudan a la comprensión profunda de lo obvio(12); en este caso la HM parece ser evidente a ojos de todos, pero quizás esa simplicidad se convierte en complejidad a la hora de llevarlo a cabo.

**Selección de participantes:** Se llevó a cabo un muestreo por conveniencia, los informantes fueron elegidos partiendo de tres categorías: un primer grupo de 5 alumnos de cuarto de Grado de enfermería (*GF-alumnos*) que en ese momento realizaban sus prácticas en el centro; un segundo grupo de 15 profesionales en activo de una Área Básica de (*GF-profesionales*) y por último el grupo formado por 15 enfermeras que lideran el proyecto de HM en la institución (*GF-expertas*). Todas las reuniones tuvieron lugar durante el mes de noviembre de 2016, y en el lugar habitual de trabajo para cada grupo. La creación de las diferentes categorías grupales descritas, nos permite obtener una visualización más clara, diferenciada y rica en contenidos, y a su vez favorece la mayor interacción entre los actores de cada grupo, por la complicidad entre ellos. Siendo este hecho un elemento clave en los grupos focales y con ello se estimula el debate y la confrontación.

El número de participantes que formó cada grupo se hizo de forma natural, así se reunió a los 5 alumnos en prácticas, se convocó a los profesionales sanitarios de una área básica y acudieron 15, contemplando: 12 son enfermeras, 1 médico, 1 auxiliar y 1 dietista; y finalmente se aprovechó una reunión de expertos en HM de la institución, con la participación de 15 enfermeras, que lideran el tema de Hm en diferentes centros sanitarios.

**Recogida de información:** Esta modalidad de entrevista grupal es abierta y estructurada, generalmente toma la forma de una conversación grupal, en la cual el investigador plantea algunas temáticas o preguntas asociadas a algunos antecedentes que orientan la dirección de la misma, de acuerdo con los propósitos de la investigación(13). El guion utilizado en cada grupo difiere para poder hacer hincapié en aquellos temas que son más interesantes de cada categoría y explorar lo particular de cada grupo, a la vez que de forma grupal el problema a estudio; enriqueciendo así los resultados por las diferentes visiones aportadas. Las sesiones tuvieron duraciones entre 48 y 36 minutos, fueron recogidas en audio y transcritas literalmente conservando el anonimato de los participantes. Los cuales manifestaron su voluntad de participación quedando constatada al inicio de la grabación. Las entrevistas logradas mediante la estrategia de grupos focales tienen como propósito registrar cómo los participantes elaboran grupalmente su realidad y experiencia.

**Análisis de contenido:** Se realizó siguiendo las bases del análisis de Tylor y Bogan modificado(14). Se preparan los datos, se descubren temas, se codifican, se interpretan, relativizan y se determina el rigor. Se busca la comprensión de los significados del texto. No se ha utilizado ningún software específico para el análisis de contenido.

## **RESULTADOS**

**Cuantitativos:** contestaron al cuestionario on-line un total de 133 profesionales, siendo 101 (75.9%) mujeres; respecto a los años de experiencia profesional cabe destacar que el 38.3% tienen entre 11 y 20 años de experiencia. La edad media fue de 43.13 (DE: 9.6), obtuvimos el porcentaje mayor de respuesta en el estamento de enfermería 39.1%.

De los resultados relativos a la percepción de RB destacamos que el 67.7% de los encuestados cuantifica como muy alto (Gráfica1).

Respecto a la importancia que se otorga a la HM es valorada como alta y muy alta desde todas las perspectivas: pacientes, colegas y superiores (Tabla1).

Además, sólo el 39.1% de los profesionales consideran poco el esfuerzo requerido para realizar la HM cuando practica asistencia; pero en cambio el 58.6% de los profesionales están en total desacuerdo de que se realicen atenciones sanitaria sin HM previo. Respecto a los conocimientos teóricos, la media de puntuación es de 6.1 (DE: 1.8) sobre 8 puntos. No existen diferencias estadísticamente significativas de la media de puntuación según la categoría profesional (Gráfica 2). El cumplimiento es valorado a través de preguntas que miden la actitud profesional (Gráfica 3). Los motivos que alegan para el no cumplimiento son: en un 35.1% la falta de tiempo dificulta la adherencia y el 28.4% apuntan a la no percepción de suciedad como factor que condiciona la realización de la técnica.

Resultados Cualitativos

GF-Alumnos

#### **Formación recibida en la universidad:**

*-Formación transversal de la HM a la vez que banalización del tema:* la HM es transversal en todas las asignaturas y siempre está presente, ya sea en forma de taller o en alguna presentación que ilustra las clases. Su presencia es indiscutible, pero simultáneamente de forma paradójica es tratada como algo sin valor, un conocimiento que se considera tan simple y fácil que no precisa de capacitación y que muchas veces solo se menciona, sin ser tratado de una forma más profunda: *“Esto ya lo sabéis, esto ya lo sabéis, no hace falta que lo repita”. “En los talleres se decía, vale, nos hemos lavado las manos, se daba por supuesto”. “Bueno contamos con que ya te has lavado las manos”. “Si los profesionales que lo tienen que transmitir ya lo transmiten de esa forma sin darle la importancia que tiene pues nosotros lo aprendemos a sí”. No le dan prioridad, van corriendo y también se entiende tienen mucha faena, pero claro. Supongo que no deben tener integrada la importancia que tiene”. “claro lo vamos arrastrando desde primero en todas las asignaturas, yo creo que en cada asignatura lo han querido dar o lo han querido explicar, se repite constantemente, pero no le dan la importancia, ellas lo preguntan y dicen hace falta que lo repita??. Y decimos, no, no y ya lo pasan.*

*-Actitud de los tutores:* Los tutores siempre recuerdan que hay que lavarse las manos, pero en el día a día se observa bajo cumplimiento en ellos. El mensaje es contradictorio, se dice una cosa y se hace otra: *“haz lo que yo te digo pero no hagas lo que yo hago” “tu ponte guantes que eres el estudiante y se supone que debes aprender cómo hacerlo, y cada uno tiene su manera de hacer y ¿con que te quedas?”*

*-Desconocimiento de conceptos teóricos:* aunque se recibe una formación transversal hay conceptos básicos como el de higiene de manos o los cinco momentos de la HM que son difíciles de describir por los alumnos: *“Lavarse las manos, cuando están sucias o visiblemente sucias, o cuando haces alguna técnica... No sé.” yo las manos me las he lavado cuando lo he creído necesario, no solo al principio*

*-Motivos que justifican la baja adherencia: Falta de concienciación:* *“yo creo que si de verdad tuviéramos inculcado la importancia lo acabarías haciendo.*

*-Falta de tiempo:* el tiempo es cuestionado, ya que es una queja redundante en los profesionales de la salud, pero que se puede ver sometida a otros juicios de valor: *“yo creo que sí que hay tiempo, porque sí que hay tiempo para estar ahí descansando y todo el rollo, sabes? Que por malgastar entre comillas un momento para lavarse las manos...”*

#### **Impacto de la información de la OMS en los centros de trabajo:**

*-Saturación de la información:* el tema se equipara a las campañas de tráfico, en las que se repite siempre el mismo tema con una efectividad poco deseada. La información que se da sobre HM es considerada redundante y poco efectiva.

#### **Percepción de riesgo biológico:**



-*Desconocimiento de la teoría:* los alumnos no son capaces de construir una definición y una explicación de las medidas de prevención frente al agente biológico. Se presentan lagunas en el conocimiento de hechos que deberían ser de primer orden para futuros trabajadores de la salud. El concepto de paciente de riesgo hace años que incluye a toda la población, las medidas de prevención frente al agente biológico deben ser usadas ante todos los pacientes de forma correcta, en el manejo de fluidos, y de contacto directo; pero los alumnos todavía siguen discriminado entre unos y otros por su aspecto físico, manteniendo unas medidas u otras en base a unos prejuicios: *“depende con qué tipo de gentes trates, a lo mejor si estas en atención primaria no, pero si estas en el hospital y tienes que entrar en una habitación y no... no usas los medios adecuado”*

### **GF-profesionales.**

#### ***Justificaciones a la baja adherencia de la HM:***

-*La falta de conciencia social:* es un tema que extrapola lo meramente sanitario. Si la sociedad toma conciencia de ello, será más fácil que esto cale en los profesionales. Somos una sociedad latina, el contacto físico es importante: *“que no es solo a nivel de los profesionales sanitarios, sino también de la sociedad en general, o sea no estamos educados a hacer un lavado de manos en según qué situaciones”*

-*Los hábitos adquiridos son difíciles de cambiar:* es un proceso mental, el aprendizaje de los actos en etapas tempranas hace que se incluya en automático, se debe desaprender para poder volver aprender nuevas cosas y cambiar actitudes se trata de un proceso mental, cuando a nosotros nos enseñan a hacer un acto de una forma determinada, eso cuando nosotros lo incluimos, cada vez que vamos a hacer eso, nosotros no pensamos lo que estamos haciendo

-*Tampoco hay una causa efecto directo e inmediato, no hay visibilidad:* *“no es causa-efecto y al final vas con rapidez y no pasa nada y la percepción que tienes es que no pasa nada”*

-*Los efectos de las epidemias son notables, de forma positiva:* siempre hay una mayor adherencia en estos periodos, porque se percibe más conciencia del riesgo. Pero no dejan de ser un paréntesis y se vuelve a relajar.

-*Factor tiempo:* es un factor recurrente, todos los profesionales se quejan de que no hay tiempo, pero se razona que se han introducido otras modificaciones como el uso de guantes, que antes era un hábito poco de bajo cumplimiento, pero si ahora se tiene tiempo para el cambio de guantes, también se puede conseguir la higiene de manos de forma más habitual.

-*Higiene de manos en otras culturas:* en la cultura nipona la higiene de manos está claramente integrada, el lavado de manos y uso de mascarilla está indicado en sitios públicos, a la vez que forma parte de la cultura tradicional. Esto hace concienciar a la población del riesgo y llevar a cabo medidas de prevención efectivas. Se insiste en la conciencia de toda la sociedad en general: *“también tú te preguntas si esta persona se ha lavado las manos, o no habrá estornudado encima de la comida. Hemos de tener esta conciencia de lavarnos las manos y también exigirlo. No es que nos lavemos las manos solo por nosotros, es por todos”*

#### **Valoración del riesgo laboral.**

-Todos los pacientes son de riesgo: En atención primaria en principio se conoce a la persona que se tiene delante, y eso es una ventaja, pero el riesgo en técnicas específicas como las extracciones de sangre o las visitas de urgencias está más presente. También se deja ver los juicios de valor que se hacen sobre la persona que se tiene delante, a tenor de su aspecto físico: *“estoy pensando; yo recuerdo que si viene un paciente que huele mal, lo típico, te pones guantes para cualquier cosa porque me da...”*

#### **Impacto de los carteles de la OMS en los profesionales:**

Este tema genera discrepancia, ya que para algunos es importante ver el cartel y que este allí, pero para otros es invisible, y están saturados de información que no les llega. La propuesta es que las campañas se hagan a nivel de toda la sociedad. Todos los sitios públicos deben estar en condiciones. La higiene de manos debe ser relevante para toda la población y darle el valor que tiene. La televisión sería un buen medio de transmitir esta información. Se debe educar a la población desde los medios públicos y desde el estado.

#### **Observación de HM y declaración de fallo de seguridad clínica si no se cumple:**

El tema es tratado con discrepancia, ya que un sector lo considera desproporcionado frente a otro que lo ve como adecuado, estarían dispuestos a ser observados y a que la no cumplimentación de la HM sea equiparada a fallo de Seguridad Clínica.

#### **GF-Expertas HM.**

##### **Barreras y fortalezas encontradas en el desempeño de las funciones:**

-*Destaca la ilusión como elemento positivo* que supuso la puesta en marcha del proyecto de HM, la parte recursos y soporte fue más compleja de poner en marcha, pero las ganas de llevar a cabo el proyecto eran inmensas.

-*Las direcciones:* fueron en algún momento una barrera, ya que los cambios de gestión, propician poco la puesta en marcha o el seguimiento de estas líneas estratégicas. Es fundamental la implicación de las direcciones en estos proyectos para que lleguen a todos Si los que están arriba no están decididos a sacar adelante el proyecto, es difícil que los de abajo sigan la línea: *“si una institución no se cree la importancia de ésta, sino se lo creen los que manda y dirigen difícilmente podemos hacer cambiar a los profesionales que están al pie de trabajo”*. Las gerencias se evidencian c puras entidades gestoras que buscan resultados en los indicadores que se les marcan ,tienen otros problemas que atender, y delegan este tema en manos de otros: *“te llaman cuando tienen que contestar al indicador, a final del año o del semestre”*. Los gerentes deben implicarse en el proyecto y estar en las formaciones para dar ejemplo: *“si, el director médico le dice a otro profesional, ¿no te he visto en la formación?”*.

-*Visualización de una técnica costo-efectiva:* se trata de gestionar un problema con un recurso efectivo y eficiente. La higiene de manos salva vidas y tiene un precio barato.

##### **Identificación por parte de los compañeros respecto a vuestra tarea.**

-*Dualidad:* En un principio se sienten observados y vigilados: *“te ven como a un inspector y te dirán de todo, pero despues no “Los compañeros identifican a los responsables o líderes de HM y eso es un hecho positivo, porque ya saben que hay un grupo de gente que lidera el tema. Acaba habiendo aceptación y tolerancia en las observaciones y se integran en la práctica diaria.*

##### **Proactividad e información a los centros para que mejoren:**

-El grupo manifiesta que la información debe llegar a todos, los resultados que se explotan sobre índices de cumplimiento de HM así como sobre tasas de IRAS deben ser conocidos por todos para tener una proactividad frente a estos resultados.

##### **Que debería pasar para la mejora del cumplimiento de HM**

-*Es actitudinal:* El cumplimiento de la HM depende de la concienciación dela gente y es plenamente actitudinal, aunque se forme a la gente, si no quieren hacerlo no lo hacen.se debe creer en ello para poderlo llevar adelante y cumplimentarlo.

#### **DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES**

Hasta ahora se ha intentado abordar la falta de adherencia de HM desde el punto de vista sanitario. Debe extrapolarse a nivel de toda la sociedad, de tal forma que se consiga integrar este hábito en la práctica cotidiana. Esta idea, emerge de forma recurrente en el discurso de los informantes de los 3 grupos focales.

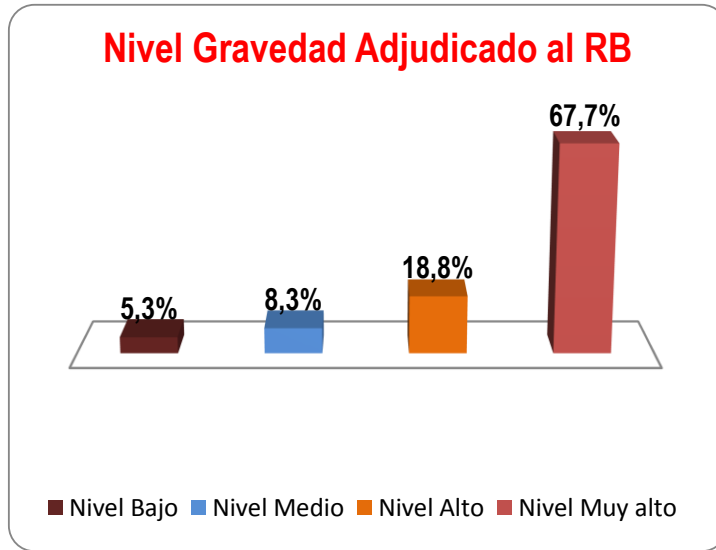
Se le da un valor alto de gravedad al riesgo biológico en las encuestas, y aparece un nivel elevado de conocimientos sobre el agente biológico. Sin embargo, en el grupo focal de alumnos se evidencia una falta de conocimientos teóricos claves en el manejo del RB y una actitud incoherente por parte de los profesionales que tutorizan.

La formación universitaria debería otorgar el valor “real” a las competencias relativas al RB, haciéndolas más visibles y poderosas en programa de estudios, igualándolas con otras capacitaciones técnicas.

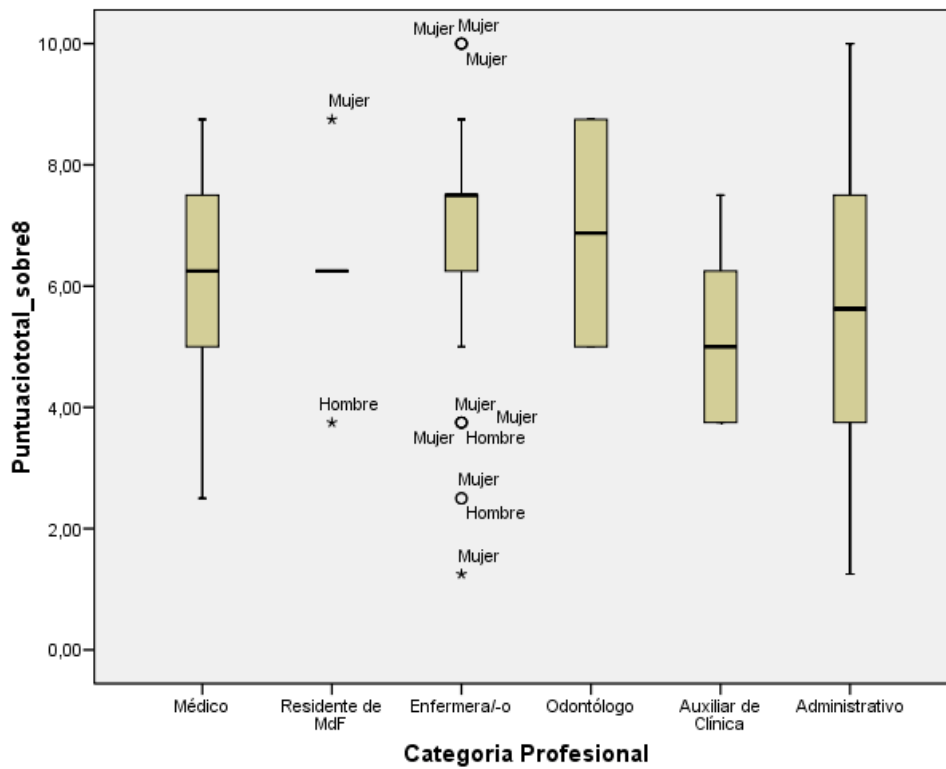
**BIBLIOGRAFÍA**

1. Muiño Míguez A, Jiménez Muñoz AB, Pinilla Llorente B, Durán García ME, Cabrera Aguilar FJ, Rodríguez Pérez MP. Seguridad del paciente. An Med Interna [Internet]. 2007 Dec [cited 2015 Aug 13];24(12):602–6. Available from: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0212-71992007001200010&lng=es&nrm=iso&tlng=pt](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0212-71992007001200010&lng=es&nrm=iso&tlng=pt)
2. Jimenez Sesma M L, Pardo Villacastillo V. El impacto actual del lavado de manos [Internet]. Medicina naturista. 2008 [cited 2015 Aug 12]. p. 123–9. Available from: <http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2574582.pdf>
3. Fuentes-Gómez V, Crespillo-García E, Enríquez De Luna-Rodríguez M, Fontalba-Díaz F, Gavira-Albiach P, Rivas-Ruiz F, et al. Factores predisponentes, facilitadores y reforzadores de la higiene de manos en un ámbito hospitalario. Rev Calid Asist. 2012;27(4):197–203.
4. Miguel PF-U, 1, Manzano EL. Lavado de Manos: Salvar una vida puede estar en tus manos. Paraninfo Digit Monogr Investig en Salud [Internet]. 2014; Available from: <http://www.index-f.com/para/n20/pdf/056.pdf>
5. Carmen Lupión, Luis Eduardo López-Cortez, Jesús Rodríguez-Baño. Medidas de prevención de la transmisión de microorganismos entre pacientes hospitalizados. Higiene de manos. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2014. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2014;32(9):603–9.
6. Serjan M, Saraceni L. Higiene de manos. Rev Hosp Mat Inf Ramón Sarda [Internet] [Internet]. 2005 [cited 2016 Sep 20]; Available from: [http://www.sarda.org.ar/content/download/205/867/file/Higiene de manos.pdf](http://www.sarda.org.ar/content/download/205/867/file/Higiene%20de%20manos.pdf)
7. Molina-Cabrillana J, Álvarez-León EE, Quori A, García-De Carlos P, López-Carrió I, Bolaños-Rivero M, et al. Impacto de la mejora de la higiene de las manos sobre las infecciones hospitalarias. Rev Calid Asist. 2010;25(4):215–22.
8. Sánchez-Payá J, Hernández-García I, Camargo Ángeles R, Villanueva Ruiz CO, Martín Ruiz AC, Román F, et al. Higiene de manos en urgencias: Grado de cumplimiento, determinantes y su evolución en el tiempo. Emergencias. 2012;24(2):107–12.
9. M AR, García R. Artículos Valorados Críticamente Higiene de manos , una práctica importante y poco implementada Higiene de manos , una práctica importante y poco implementada. 2015;2–4.
10. Zamudio-Lugo I, Meza-Chávez A, Martínez-Sánchez Y, Miranda-Novales MG, Espinosa-Vital JG, Rodríguez-Sing R. Estudio multimodal de higiene de manos en un hospital pediátrico de tercer nivel. Bol Med Hosp Infant Mex. 2012;69(5):384–90.
11. Hamui-sutton A, Varela-ruiz M. La técnica de grupos focales. 2013;2(1):55–60.
12. Rodríguez MAP, Cerdá JCM. Paso a paso en el diseño de un estudio mediante grupos focales. 2014;
13. Centro H, Opini DEEDE. LA TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN MEDIANTE LOS GRUPOS FOCALES Miguel Aigner. :1–32.
14. Amezcúa M, Gálvez Toro A. Los Modos De Análisis En Investigación Cualitativa En Salud: Perspectiva Crítica Y Reflexiones En Voz Alta. Rev Esp Salud Pública. 2002;76(5):423–36.

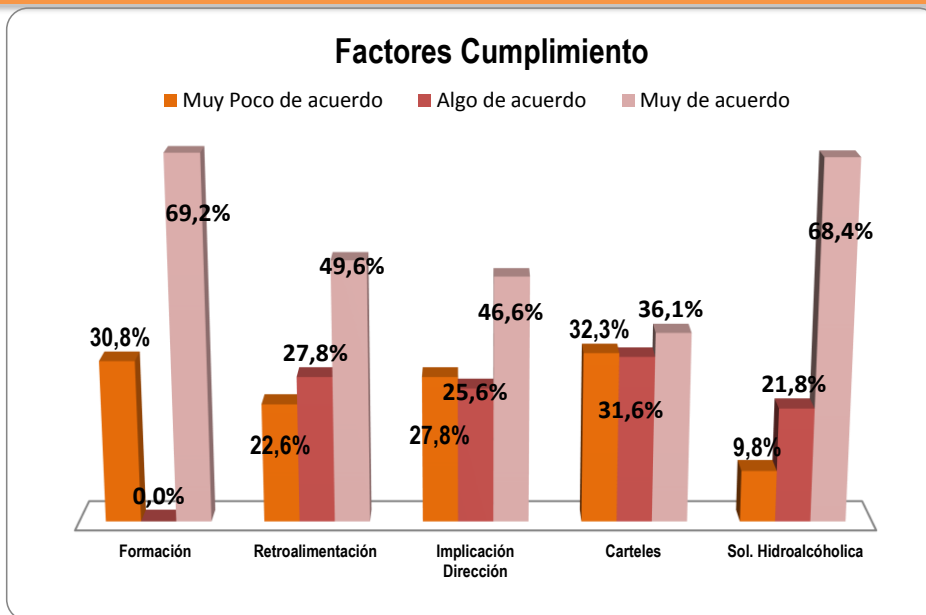
**GRÁFICOS Y/O TABLAS**



**Gráfica 1-Percepción RB**



**Gráfica 2-Puntuación Conocimientos sobre HM**



**Gráfica 3-Valoración Cumplimiento HM**

**Tabla1: Importancia que otorgan los profesionales a la HM**

Valoración Percepción (N y %)	Dimensión	Importancia que conceden los pacientes	Importancia que conceden los colegas	Importancia que conceden los superiores
Nivel bajo de importancia		0 (0%)	18 (13,5%)	16 (12%)
Nivel medio de importancia		41 (30,8%)	30 (22,6%)	17 (12,8%)
Nivel alto de importancia		40 (30,1%)	45 (33,8%)	26 (19,5%)
Nivel muy alto de importancia		52 (39,1%)	40 (30,1%)	74 (55,6%)

**ID301:**

## EFFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA GRUPAL EN PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULACIÓN ORAL EN ATENCIÓN PRIMARIA

Elena Martínez-García<sup>1</sup>, Pedro Simón Cayuela-Fuentes<sup>2</sup>, José Ramón Cánovas-Corbalán<sup>3</sup>.

<sup>1</sup>Servicio Murciano de Salud; <sup>2</sup>Escuela Universitaria de Enfermería de Cartagena; <sup>3</sup>CS Sant Jordi de Ses Salines. Ibiza.

[mgarcia.elena@gmail.com](mailto:mgarcia.elena@gmail.com)

### RESUMEN

**Introducción:** La adherencia terapéutica supone un problema a nivel mundial. En el tratamiento con anticoagulantes orales es necesaria para poder obtener sus beneficios. La educación grupal puede ser adecuada para mejorarla.

**Objetivo:** Determinar la efectividad de intervenciones grupales, frente a educación individual, en la mejora de la adherencia terapéutica, grado de control y calidad de vida de pacientes anticoagulados.

**Metodología:** Ensayo clínico aleatorizado controlado. n=177, asignación aleatoria simple al grupo intervención o control. Se realizará una intervención grupal. Se evaluará el efecto antes y después en ambos grupos, del TestMorisky-Green, Cuestionario específico de calidad de vida, cuestionario *ad hoc* de hábitos de vida, cuestionario de satisfacción del SMS y cifras INR. Se realizarán análisis descriptivo, Chi-cuadrado y T-Student mediante SPS 21.0

**Relevancia:** La educación grupal en personas anticoaguladas permitiría mejorar la adherencia terapéutica y la calidad de vida, ya que posibilitaría el empoderamiento del paciente y su participación proactiva.

### ABSTRACT

**Introduction:** Adherence to health regimes is a worldwide problem. Oral anticoagulants require a good adherence to be beneficial. Group education can be a good resource to improve adherence.

**Objective:** To determine the effectiveness of group educational interventions versus individual education in nursing consultations, in the improvement of adherence to health regimes, therapeutic control and quality of life in orally anticoagulated patients.

**Methods:** randomized controlled trial. Randomized cluster: 177 patients, in two groups (intervention and control groups). We will make educational interventions. Then we will evaluate the effect of the intervention (before and after) in both groups, about Morisky-Green test, orally anticoagulated patients quality of life questionnaire, Lifestyle ad hoc questionnaire, SMS satisfaction questionnaire and INR values. We will do descriptive analysis, chi-squared test and t-student with SPS 21.0.

**Relevance:** Group educational interventions could improve adherence of health regimes and quality of life since they could improve patients's empowerment and proactive participation in their therapy.

### PALABRAS CLAVE

orales, Adherencia terapéutica, Calidad de vida, Hábitos de vida, Educación grupal, Atención Primaria. Anticoagulants; Medication Adherence, Quality of Life, Habits, Health Education, Primary Health Care.

### INTRODUCCIÓN

Los anticoagulantes orales (AO) son fármacos antagonistas de la vitamina K, que actúan alterando los factores de la coagulación (1), siendo el más utilizado el acenocumarol. Son el tratamiento de elección en cardiopatías como la fibrilación auricular, en portadores de válvulas cardíacas artificiales y para la prevención y tratamiento de la enfermedad tromboembólica (2,3). Hoy en día, es cada vez más frecuente el tratamiento con AO, con una prevalencia de entre el 0,7 y el 1,8% en España (4). Y se calcula que uno de cada tres pacientes anticoagulados no presenta un buen control terapéutico. (5,6).

La ausencia de un control terapéutico adecuado conlleva la aparición de complicaciones, siendo los eventos hemorrágicos los más frecuentes. Se ha demostrado que existe una fuerte relación entre el tiempo que el paciente permanece dentro del rango adecuado y la aparición de eventos adversos (4).

Los AO interactúan con algunos fármacos utilizados con frecuencia en el ámbito de Atención Primaria (antiinflamatorios no esteroideos, alopurinol, analgésicos, antiarrítmicos, antihipertensivos, hipolipemiantes e hipoglucemiantes) potenciando o inhibiendo su efecto. Dado que la mayoría de los pacientes con AO son personas mayores, es muy frecuente que se encuentren polimedificados, lo que obliga al personal sanitario a dispensar una especial atención a esta situación (1,5,7). El paciente, también, debe de ser consciente de esta situación, conocer las posibles interacciones con la medicación que esté tomando y comunicar cualquier cambio o inclusión de la misma (8). Así mismo, algunos productos de herboristería y alimentos (té, coliflor, brócoli, espinacas, legumbres secas, hígado de ternera, etc.), también, interactúan con los AO por lo que, tanto profesionales como usuarios, deben seguir las mismas indicaciones reflejadas anteriormente (conocimiento y cuidado) (8).

En cuanto a los controles y ajustes del tratamiento anticoagulante, actualmente, existen diferentes modelos en el Sistema Nacional de Salud español: el modelo centralizado, donde todas las fases, determinación del tiempo de protrombina mediante el coeficiente normalizado internacional (INR) y prescripción de la dosis correspondiente, se llevan a cabo en los hospitales; el descentralizado, en el que todo se realiza desde Atención Primaria con la determinación del INR en sangre capilar con coagulómetros portátiles; el modelo mixto en el que desde Atención Primaria se realiza la determinación, cuyo resultado es enviado telemáticamente al servicio de hematología del hospital, donde establecen la dosis correspondiente, remitiéndola al Centro de Salud para que sea recogida por el usuario; y el modelo de autocontrol en el que el propio usuario realiza su automonitorización siendo tutelado por su hospital de referencia o Centro de Salud (1,2,6). En el presente estudio, nos vamos a centrar en el modelo mixto, ya que es uno de los más frecuentes y el que está implantado en el Servicio Murciano de Salud (SMS) y presenta como ventajas que facilita la atención integral, la educación sanitaria (3,9) y aumenta la calidad de vida de los pacientes (1).

El INR ha de mantenerse en un estrecho rango terapéutico, acorde a la situación y necesidades del paciente. Para ello requiere de pruebas analíticas frecuentes con ajustes de dosis que aseguren un control óptimo y prevengan las complicaciones (1,2).

El tratamiento anticoagulante es un tratamiento complejo que conlleva cambios en los hábitos del paciente. Esto puede llevar a un deterioro en la calidad de vida y afectar a la adherencia terapéutica, dificultando el cumplimiento y la consecución de cifras de control adecuadas (3,5).

La adherencia terapéutica no consiste sólo en la toma adecuada de los fármacos prescritos, sino que es un concepto más amplio que incluye la participación activa del paciente mediante la aceptación de las recomendaciones y la implementación de cambios en sus hábitos de vida. Además de ayudar al control de la enfermedad, la adherencia terapéutica mejora la relación entre el paciente y los profesionales, precisa de la colaboración activa de ambos, y es fundamental para la consecución de objetivos terapéuticos (10,11). No obstante, la adherencia al tratamiento supone actualmente un problema de gran magnitud a nivel mundial, ya que en los países desarrollados la tasa de adherencia se sitúa en torno al 50% en pacientes con tratamientos crónicos. La tendencia de este problema va en aumento y es la principal causa de que no se obtengan todos los beneficios que los tratamientos pueden proporcionar, siendo en muchas ocasiones el origen de las complicaciones orgánicas y psicosociales de las enfermedades, reduciendo la calidad de vida de los pacientes y dificultando el uso correcto de los recursos asistenciales y económicos (10,12).

Sobre la adherencia terapéutica centrada en pacientes con AO, la mayor parte de los estudios se basan en la toma de medicación y concluyen que el incumplimiento farmacológico es el principal factor en las variaciones de las cifras de INR. Otros tienen en cuenta las interacciones con alimentos y fármacos o las condiciones de salud del paciente. Sin embargo, hay pocos estudios que tengan en cuenta otros factores como la edad, el nivel de escolaridad, el nivel socioeconómico, el tiempo de anticoagulación o la percepción del paciente (13). Entre estos últimos podemos encontrar un estudio de la Federación Española de Asociaciones de Anticoagulados (FEASAN) (2013) que analiza las necesidades y la calidad de vida de los pacientes (5). O el de M Kääriäinen et al. (2012), en el que hablan de la motivación, la sensación de normalidad del paciente y la colaboración con los profesionales (13).

En el ámbito sanitario, cada vez se está dando más importancia al concepto de calidad de vida relacionada con la salud, ya que constituye una forma útil de conocer el impacto de las patologías y tratamientos en la vida diaria del paciente, en su percepción, en su satisfacción y en su bienestar. Además contribuye a mejorar la relación profesional-paciente e influye en la adherencia terapéutica (14). Sin embargo, en pacientes anticoagulados, muchas veces esta se ve mermada por la dificultad que conlleva dicha terapia

(5,15). En estudios concretos sobre calidad de vida y AO, se observa que la dimensión física es la peor evaluada por los pacientes y que los más ancianos muestran una menor afectación en su calidad de vida. Por otra parte, perciben peor calidad de vida las personas que llevan menor tiempo con la terapia anticoagulante, esto puede deberse a que los pacientes con un tratamiento a largo plazo, sufren una adaptación (12,15).

La educación sanitaria es una parte muy importante dentro del tratamiento del paciente crónico, ya que, se ha demostrado que mejora sus conocimientos y, según algunos autores, podría facilitar un aumento en la adherencia terapéutica, la calidad de vida y el control de la enfermedad (16,17). Los pacientes suelen sentirse satisfechos tras la educación sanitaria y la mayoría la recomendaría a otras personas (16). Por otro lado, existen estudios en los que se menciona que las intervenciones educativas a pacientes con tratamientos crónicos, no producen un efecto significativo en la mejora de la adherencia, aunque sí que son efectivas cuando se combinan con otro tipo de intervenciones (18).

En el caso de los AO, una adecuada educación al paciente, es imprescindible para aumentar los conocimientos sobre el tratamiento, sin los cuales, no se podría llevar un adecuado control (17). Concretamente el objetivo de la educación sanitaria a las personas con tratamiento anticoagulante, va encaminado a mejorar ciertos comportamientos, así como los conocimientos, actitudes y prácticas que lleven a mejorar los resultados de salud. Es importante que el paciente conozca los efectos adversos y los riesgos que puede conllevar el tratamiento anticoagulante, así como la necesidad de adaptar sus hábitos de vida a él. Además, en este tipo de pacientes, está demostrado que los conocimientos sobre el tratamiento están relacionados de forma directamente proporcional con el tiempo en rango terapéutico (TTR), es decir, a mayor conocimiento, mayor TTR. La educación sanitaria al usuario en tratamiento con AO, suele centrarse en mejorar los resultados clínicos para disminuir las complicaciones y la mortalidad. Sin embargo, a corto plazo, puede hacer que aumente el TTR, centrándose en factores relacionados con la adherencia, fomentando los conocimientos sobre el propio tratamiento y sobre el estilo de vida (16,17). Por ello, consideramos que la educación grupal a pacientes crónicos en general y en tratamiento con AO en particular, es una importante medida para conseguir buenos resultados en salud, ya que mejora el conocimiento de la persona sobre su enfermedad, y esto le lleva a tener las habilidades necesarias para poder llevar a cabo actitudes y prácticas que le lleven a un mejor control.

## **OBJETIVOS**

### **General:**

Determinar la efectividad de las intervenciones educativas enfermeras grupales, programadas y sistematizadas, frente a la educación individual en la consulta programada de enfermería, en la mejora de la adherencia terapéutica, el grado de control y la calidad de vida de los pacientes en tratamiento con anticoagulantes orales en Atención Primaria.

### **Específicos:**

Determinar el aumento en el grado de adherencia al tratamiento de los pacientes con anticoagulantes orales que reciben intervención educativa enfermera grupal, mediante el Test de Morisky-Green.

Identificar un aumento en el grado de satisfacción de los pacientes con anticoagulación oral, que reciben intervención educativa enfermera grupal, con la atención sanitaria prestada en su centro de Atención Primaria, utilizando un cuestionario de satisfacción del Servicio Murciano de Salud adaptado. Verificar la mejora en los hábitos de vida relacionados con el tratamiento anticoagulante oral tras recibir educación grupal, mediante un cuestionario diseñado ad hoc.

Identificar una mejora en el grado de control de los pacientes con anticoagulación oral mediante cifras de coeficiente normalizado internacional (INR), tras recibir una intervención de educación grupal.

Describir un aumento en la calidad de vida de los pacientes en tratamiento con anticoagulantes orales cuando tras la intervención educativa grupal, a través de un cuestionario específico sobre satisfacción en pacientes con anticoagulación oral.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

**Tipo de diseño:** Para la realización del presente estudio, se va a utilizar un diseño experimental, concretamente, un ensayo clínico controlado aleatorizado.

**Población de estudio:** Personas mayores de 18 años pertenecientes a la Zona Básica de Salud de Cartagena-Casco Antiguo del Área II del Servicio Murciano de Salud, en tratamiento con anticoagulantes



orales, registrados en el programa informático GOTA SMS1-v.8.4.0.11. Según los datos solicitados al Centro de Salud, dicha población asciende a 277 usuarios.

**Criterios de inclusión:** Voluntad de participar en el estudio, a través de la firma de la hoja de Consentimiento Informado; conocimiento y comprensión del idioma español; no presentar discapacidad cognitiva, evidenciada por diagnóstico previo o a través del Test de Pfeiffer (versión española), que dificulte la adquisición de conocimientos y cumplimentación de cuestionarios; y movilidad adecuada para acudir al Centro de Salud.

**Criterios de exclusión:** Negativa del paciente a participar en el estudio, deterioro cognitivo que dificulte la participación en la cumplimentación de cuestionarios y adquisición de conocimientos, tener abierto en OMI-AP el episodio de "Inmovilizado" o incapacidad para acudir al centro de salud y el desconocimiento del idioma.

**Método de muestreo y tamaño muestral:** El tipo de muestreo será aleatorio simple mediante un programa de números aleatorios a partir de un listado de todos los pacientes registrados en el programa GOTA SMS1-v.8.4.0.11.

El tamaño muestral se ha calculado para garantizar la viabilidad del proyecto y poder realizar inferencia de los resultados a la población estudio. Para ello, con un nivel de confianza del 95% y un error máximo admitido del 5%, la población susceptible resultante es de 161 sujetos. Este número se aumentará en un 10% en previsión de las posibles pérdidas/errores de registro durante el estudio, resultando un tamaño muestral de 177 sujetos.

#### **Variables:**

a) Variables independientes:

Edad: variable cuantitativa continua, expresada en fecha de nacimiento.

Sexo: variable cualitativa dicotómica, categorizada en: (1) Masculino, (2) Femenino.

Tiempo en tratamiento con anticoagulante oral: variable cuantitativa continua, expresada en número de años.

Dosis de anticoagulante oral: variable cuantitativa continua, expresada en miligramos (mg) que toma el paciente a la semana.

Número de controles de INR: variable cuantitativa discreta, expresada en número de controles/mes.

b) Variables dependientes:

INR: variable cuantitativa continua. Definida como la media mensual de los controles registrados en el programa GOTA SMS1-v.8.4.0.11.

Adherencia al tratamiento: variable cualitativa dicotómica. Se medirá a través del cuestionario de Morisky-Green, estructurado en 4 preguntas que determina que hay adecuada adherencia cuando el paciente responde correctamente a todas ellas. Las categorías serán 1: Sí, 2: No.

Hábitos de vida: variable cualitativa dicotómica. Se medirá a través de un cuestionario diseñado ad hoc a partir de la revisión de la bibliografía existente y de encuestas utilizadas previamente en estudios similares, que se validará en una fase previa a la realización del estudio mediante el pilotaje por un grupo de expertos multidisciplinar, para evaluar la validez definición y contenido; posteriormente se realizará un análisis de la validez de constructo (coeficiente de correlación de Pearson o cálculo de la sensibilidad y especificidad) y fiabilidad (coeficiente alfa de Cronbach). El cuestionario incluirá datos de filiación y sociodemográficos (edad, sexo, etc.), y preguntas relacionadas con los hábitos del paciente en tratamiento con AO orales.

Calidad de vida: variable cualitativa ordinal. Se medirá mediante un cuestionario específico validado de calidad de vida estructurado en 32 ítems que se agrupan en cinco dimensiones: satisfacción, autoeficacia, estrés, limitaciones diarias y alteraciones sociales. Se valora la puntuación del 1 (nada) al 6 (mucho) dada en las diferentes preguntas, siendo 1: nada y 6: mucho. Para conocer el resultado, se realiza la media aritmética de las respuestas dadas en las preguntas que corresponden a cada dimensión.

Satisfacción con los profesionales sanitarios: variable cualitativa dicotómica, medida a través del cuestionario de satisfacción del SMS para Atención Primaria. Con las categorías de 1: Satisfecho, 2: Insatisfecho. Dicho cuestionario se adaptará a las necesidades de nuestro estudio. Por lo que únicamente

se responderán las cuestiones integradas en el “Apartado 3: consulta” y el “Apartado 6: valoración global de la atención”.

Frecuencia de eventos adversos: variable cuantitativa discreta, expresada en número de veces que ha acudido a un servicio de urgencias por motivos relacionados con el anticoagulante oral durante el periodo de estudio. Los datos se obtendrán de la HCI hospitalaria de SELENE.

**Método de recogida de datos:** La recogida de datos del paciente se realizará a través de la Historia Clínica Informatizada (HCI) en Atención Primaria del SMS (OMI-AP), del programa informático GOTA SMS1-v.8.4.0.11 y de la HCI Hospitalaria del Sistema de Información Hospitalario Corporativo del SMS (SELENE). Los pacientes seleccionados serán citados en una consulta programada de Enfermería del Centro de Salud Cartagena-Casco Antiguo. En esta cita se les dará información sobre el estudio y en el caso de que accedan a participar, se les entregará la hoja de Consentimiento Informado y se les realizará el Test de Morisky-Green (Anexo 1), el cuestionario de hábitos de vida, el cuestionario específico sobre calidad de vida en pacientes anticoagulados (Anexo 2) y el cuestionario de satisfacción del SMS (Anexo 3) adaptado a las necesidades del estudio.

Una vez obtenida la población muestral, los pacientes se asignarán aleatoriamente al grupo intervención y al grupo control, mediante un programa informático.

**Intervención:** La intervención grupal que se va a realizar, se va a organizar en 3 sesiones, con una duración de entre 45 y 60 minutos de duración cada una, y con una periodicidad semanal, por lo que la duración total de la intervención será de 3 semanas. Las sesiones serán impartidas en el Centro de Salud Cartagena-Casco Antiguo y para su ejecución se utilizarán medios audiovisuales y presentación powerpoint. En cada una de ellas se dejará un tiempo de 10 minutos al final para ruegos y preguntas y se entregará un resumen por escrito para apoyar la información más importante dada en cada sesión. Los contenidos serán los siguientes:

Primera sesión: Qué son los AO, para qué sirven y cómo actúan. Interacciones con alimentos y medicación.

Segunda sesión: Importancia de la adherencia al tratamiento. Cómo realizar la toma diaria del AO y cómo adaptar los hábitos de vida al tratamiento.

Tercera sesión: Posibles complicaciones y cómo actuar ante ellas. Situaciones especiales (visitas al dentista, intervenciones quirúrgicas, traumatismos, etc.).

Tras la realización de la intervención grupal, tanto en el grupo de intervención como en los controles, se volverán a realizar los diferentes cuestionarios y se valorarán las cifras de INR, así como el número de eventos adversos sufridos por los pacientes durante ese periodo de tiempo. Estas mediciones postintervención se realizarán a los 3, a los 6 y a los 12 meses en ambos grupos.

**Estrategia de análisis:** Los datos obtenidos serán procesados utilizando el programa estadístico SPSS 21.0 para Windows. Se realizará un análisis descriptivo, mediante el cálculo de frecuencias y porcentajes para todas las variables. Las mediciones cuantitativas se resumirán en torno a valores centrales (media, mediana) y desviación típica, acompañados del rango o amplitud. En función de las variables a comparar se utilizará el test chi-cuadrado con variables cualitativas, el test t-student con variables de distribución normal.

Para valorar la asociación entre las distintas variables se establece como riesgos relativos ajustados a sus intervalos de confianza al 95%. Se considerará un valor  $p < 0,05$  bilateral para determinar la significación estadística.

## RELEVANCIA

Consideramos que la puesta en marcha de un programa de educación grupal en personas en tratamiento con AO en Atención Primaria permitiría mejorar los problemas de la baja adherencia terapéutica, mejorando al mismo tiempo, la calidad de vida de estos pacientes. Lo que conllevaría a menos ingresos hospitalarios y, por lo tanto, menos gasto sanitario. La propuesta de educación grupal en Atención Primaria se consolidaría como un recurso eficiente en el abordaje de dicha problemática, ya que, además de establecer una relación terapéutica con el profesional sanitario, permite una interacción entre el grupo, con un enriquecimiento a través de las experiencias de los participantes y con el consiguiente refuerzo grupal, que posibilitaría un empoderamiento del paciente, comprometiéndose en su propio

autocuidado, haciéndose partícipe de su enfermedad y adquiriendo las habilidades que le faciliten el manejo de su tratamiento. La participación activa del paciente, además, favorece que sea proactivo, es decir que pueda prever ciertas situaciones y adelantarse a ciertos eventos adversos que puedan surgir derivados de este complejo tratamiento.

Posteriormente, en base a la evaluación del proceso, de los resultados obtenidos y del impacto de la acción, se podría extender la intervención a otros Centros de Salud del Área.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Gómez González RM, Martín de Arrate ML, Dorta de León MA, Delgado Gómez F. Perfil del paciente anticoagulado y factores que pueden influir sobre el INR en Atención Primaria. *NURE Inv.* 2013; 10(67).
2. Llanos Méndez A. Efectividad de la automonitorización y autocontrol del tratamiento con anticoagulantes orales antagonistas de la vitamina K. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía. 2013.
3. Dávila Blázquez G, Martínez Hernández D, Alonso Pérez MA. Calidad de vida en pacientes con anticoagulación oral en el ámbito de la Atención Primaria. *Revista de la Sociedad Madrileña de Medicina de Familia y Comunitaria.* 2014; 2(12):7-14.
4. Navarro JL, Cesar JM, Fernández MA, Fontcuberta J, Reverter JC, Gol-Freixa J. Morbilidad y mortalidad en pacientes con tratamiento anticoagulante oral. *RevEspCardiol.* 2007; 60(12): 1226-32.
5. Federación Española de Asociaciones de Anticoagulados. Análisis del perfil sociosanitario del paciente anticoagulado en España. 2013.
6. Alonso Roca R, Figueroa Guerrero CA, Mainar de Paz V, Arribas García MP, Sánchez Perruca L, Rodríguez Barrientos R, Casado López M, Pedraza Flechas AM. Grado de control del tratamiento anticoagulante oral en los centros de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid: estudio CHRONOS-TAO. *MedClin (Barc).* 2015; 145(5): 192-197.
7. Sánchez-Garrido Escudero R, Molina Casado MP, Rodríguez Idígoras MI, Martínez González JL, Escolar Castellón JL. Interacciones farmacológicas en pacientes tratados con anticoagulantes orales en una zona de salud rural. *Aten Primaria.* 2006; 38(8): 427-34.
8. Sociedad Andaluza de Calidad Asistencial. Indicadores de calidad y seguridad para la atención a pacientes con tratamiento anticoagulante oral. Informe técnico 2. 2012.
9. CinzaSanjurjo S, Rey Aldana D, Gestal Pereira E, Calvo Gómez C. Evaluación del grado de anticoagulación de pacientes con fibrilación auricular en el ámbito de atención primaria de Galicia. Estudio ANFAGAL. *Rev EspCardiol.* 2015; 68(9): 753-760.
10. World Health Organization. Adherence to long term therapies: evidence for action. 2003.
11. Conthe P, Visús E. Relevance of treatment compliance in heart failure. *MedClin.* 2005; 124: 302-7.
12. Dilla T, Valladares A, Lizán L, Sacristán JA. Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. *Aten Primaria.* 2009; 41(6): 342-348.
13. Kääriäinen M, Paukama M, Kyngäs H. Adherence with health regimens of patients on warfarin therapy. *Journal of Clinical Nursing.* 2012; 22: 89-96.
14. Madrigal de Torres M, Velandrino Nicolás A, Ruzafa Martínez M. Evaluación de estudios de calidad de vida relacionada con la salud.
15. Almeida Corbís, Spadoti Dantas RA, Martinelli Pelegrino FM, Rodrigues da Silva Carvalho A. Calidad de vida relacionada a la salud de pacientes que usan anticoagulación oral. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2011; 19(4).
16. VormfeldeSV, Abu Abed M, Duc Hua T, Schneider S, Friede T, ChenotJF. Educating orally anticoagulated patients in drug safety. *DtschArzteblInt* 2014; 111: 607-14.
17. Izazola Conde C, Majluf Cruz A, MandokiJJ, Molina Garneros J. Educación y evaluación del conocimiento del paciente en tratamiento con anticoagulantes orales. *RevMedHosp Gen Méx.* 2014; 77(1): 24-32.
18. Vilaplana Pérez C, González Javier F, Ordoñana Martín JR. Adherencia al tratamiento: una revisión desde la perspectiva farmacéutica. *PharmCare Esp.* 2012; 14(6): 249-255.

**GRÁFICOS Y/O TABLAS**

**ANEXO 1: TEST DE MORISKY-GREEN**

Valora si el paciente adopta actitudes correctas en relación con la terapéutica.

Para considerar una buena adherencia, la respuesta de todas las preguntas debe ser adecuada (no, sí, no, no)

1. ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
3. Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
4. Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

**ANEXO 2: CUESTIONARIO ESPECÍFICO DE CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES ANTICOAGULADOS**

	nada/muy poco/poco/algo/bastante/				
	1	2	3	4	5
1) Su tratamiento le hace sentir preocupado o estresado					
2) El esfuerzo ppr controlar su coagulación sanguínea le produce molestias cuando está fuera de casa					
3) Su tratamiento le limita para organizar su tiempo libre como quiere					
4) Está insatisfecho con la cantidad de tiempo que invierte en controlar su coagulación					
5) Cree que ha aprendido a controlar su tratamiento					
6) El riesgo de hacerse heridas le limita para llevar a cabo sus tareas domésticas					
7) Evita realizar ciertas actividades (p.ej. montar en bici) por el riesgo de accidentes					
8) Su tratamiento preocupa a sus familiares					
9) Puede afrontar los problemas que surgen relacionados con su tratamiento					
10) Le preocupa su salud en el futuro					
11) Tiene miedo de realizar ejercicio físico por el riesgo de hacerse una herida					
12) Está insatisfecho con el tiempo que le lleva conseguir los resultados					
13) Le preocupa que su tratamiento pudiera acortar su vida					
14) Le disgusta tener que planear sus actividades con antelación					
15) Le preocupa la incertidumbre que siente mientras espera los resultados					
16) Ve menos a sus amigos desde que sigue este tratamiento					

- 17) Evita salir de vacaciones porque es incapaz de conocer los efectos negativos que tienen los diferentes alimentos en su tratamiento 

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
- 18) Está bien informado de lo que debe hacer para conseguir unos resultados dentro de los límites adecuados 

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
- 19) Se siente dependiente de su medicación anticoagulante 

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
- 20) Evita viajar porque tiene miedo de no recibir tratamiento adecuado en el caso de que sus resultados estén demasiado altos o demasiado bajos 

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
- 21) Está harto de la cantidad de tiempo que pierde en el médico 

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
- 22) Practicaría más deporte si no tomara anticoagulantes 

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
- 23) Tiene problemas en el trabajo por sus frecuentes faltas de causa del tratamiento 

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
- 24) Está seguro de poder controlar su tratamiento 

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
- 25) Tiende a preocuparse por las cosas 

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
- 26) A pesar de las visitas habituales al médico, cómo se siente de limitado 

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
- 27) Le molesta que mucha gente no comprenda los problemas relacionados con su tratamiento 

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
- 28) Cuando va al dentista o a otros médicos está preocupado por si no saben lo suficiente sobre la anticoagulación 

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
- 29) Su tratamiento ha afectado a su vida sexual 

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
- 30) Le molesta ser tratado como un inválido 

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
- 31) Está preocupado por los efectos secundarios de su tratamiento anticoagulante 

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
- 32) Le preocupa la reacción de otras personas ante su tratamiento 

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

**APARTADO 3: CONSULTA**

(Señale así  la respuesta adecuada)

16. ¿Cree que en las visitas que ha realizado a su **médico de familia**, en los **últimos 12 meses**, éste le ha dedicado el tiempo que usted necesitaba?

- 5  Siempre      4  Casi siempre      3  A veces      2  Casi nunca      1  Nunca

17. ¿Cree que en las visitas que ha realizado a **enfermería**, en los **últimos 12 meses**, le han dedicado el tiempo que usted necesitaba?

- 5  Siempre      4  Casi siempre      3  A veces      2  Casi nunca      1  Nunca      98  No he acudido a esta consulta

18. ¿Tiene usted confianza para contarle a su **médico** todo lo que le quiere decir?

- 1  Sí      2  No

19. ¿Tiene usted confianza para contarle a su **enfermera** todo lo que le quiere decir?

- 1  Sí      2  No      98  No he acudido a esta consulta

20. Durante la **última visita** a su **médico de familia**, cree usted que hubo muchas interrupciones (visitas, llamadas de teléfono, etcétera) mientras le estaba atendiendo?

- 1  Sí      2  No

21. ¿Cuándo le atiende su **médico**, tiene usted confianza en que sabe lo que tiene que hacerle?

5  Siempre      4  Casi siempre      3  A veces      2  Casi nunca      1  Nunca

22. ¿Cuándo le atiende su **enfermera**, tiene usted confianza en que sabe lo que tiene que hacerle?

5  Siempre      4  Casi siempre      3  A veces      2  Casi nunca      1  Nunca      98  No he acudido a esta consulta

23. ¿Cree usted que su **médico** se preocupa por aclararle todas las dudas sobre su enfermedad?

5  Siempre      4  Casi siempre      3  A veces      2  Casi nunca      1  Nunca

24. ¿Cree usted que su **enfermera** se preocupa por aclararle todas las dudas sobre su enfermedad?

5  Siempre      4  Casi siempre      3  A veces      2  Casi nunca      1  Nunca      98  No he acudido a esta consulta

25. ¿Cree usted que el personal (médicos, enfermeras...) de su centro de salud o consultorio le dio **información diferente o contradictoria**, sobre su problema de salud?

1  Sí      2  No      98  No he pedido información

Si su respuesta anterior es **Sí**, por favor explique **por qué**: .....

.....28.....



26. Cuando le atienden en su centro de salud o consultorio, ¿el **trato** que usted recibe es peor que el de otros pacientes, por alguno de los siguientes motivos? (puede señalar más de una respuesta)

- 1  Sí, me tratan peor por mi nacionalidad
- 3  Sí, me tratan peor por mi religión
- 4  Sí, me tratan peor por mi edad
- 5  Sí, me tratan peor por mi nivel económico
- 6  Sí, me tratan peor por el tipo de enfermedad que padezco
- 7  Sí, me tratan peor por otros motivos (por favor, diga cuáles):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

- 2  No he sentido que me traten peor que a otros

27. En ocasiones puede ser necesario para estudiar sus enfermedades pedirle algunos análisis, radiografías u otras pruebas. En los **últimos 12 meses** ¿cómo ha actuado su médico de familia en relación a este tema?

- 1  Me los manda siempre que los considera necesarios
- 2  Aunque yo creo que me hace falta, mi médico no me los solicita
- 3  Sólo si se los pido, me los manda
- 98  No he necesitado análisis, radiografías u otras pruebas



28. ¿Le parece a usted que su médico de familia conoce sus enfermedades y problemas de salud?

- 1  Sí    2  No    3  No lo sé

¿Por qué cree usted que **No** los conoce?

.....  
.....

¿Por qué cree usted que **Sí** los conoce?

.....  
.....

29. ¿Cree usted que en su centro de salud o consultorio le realizan actividades **preventivas** (vacunaciones, citologías, toma de tensión, análisis de azúcar, de colesterol, charlas informativas...) para evitar enfermedades?

- 1  Sí    2  No    98  No lo sé

30. De las siguientes **enfermedades crónicas** ¿le ha dicho su médico que Ud. padece actualmente alguna de ellas? (puede señalar más de una opción)

- 1  Hipertensión arterial (tensión arterial elevada)
- 3  Colesterol elevado
- 4  Diabetes (azúcar elevado)
- 5  Artrosis
- 6  Asma o bronquitis crónica
- 7  Enfermedad del corazón
- 8  Úlcera de estómago
- 9  Alergia
- 10  Depresión
- 2  No me han dicho que padezca ninguna de estas enfermedades<sup>30</sup>

**31.** ¿Le ofrecen las **recetas** de medicinas que necesita por su enfermedad crónica, sin tener que pedir cita con su médico?

- 5  Siempre      4  Casi siempre      3  A veces      2  Casi nunca      1  Nunca      98  No tengo una enfermedad crónica

**32.** En ocasiones puede ser necesario consultar con un médico especialista. En los **últimos 12 meses** ¿cómo ha actuado su médico de familia al respecto?

- 1  El médico me manda al especialista siempre que lo considera necesario  
 2  Aunque yo creo que me hace falta, no me envía al especialista  
 3  Sólo si se lo pido, me manda al especialista  
 4  El médico de cabecera me manda al especialista sin motivo  
 98  No he necesitado consultar al especialista

**APARTADO 6: VALORACIÓN GLOBAL DE LA ATENCIÓN**

Señale así  la respuesta adecuada

**40.** ¿Cómo describiría usted en general la **calidad** de la atención que recibe en el centro de salud o consultorio?

- 5  Muy buena      4  Buena      3  Regular      2  Mala      1  Muy mala

**41.** Generalmente decimos que alguien es un buen profesional cuando hace bien su trabajo. Respecto a la atención que recibió, ¿cómo valora usted la **profesionalidad** del personal que trabaja en su centro de salud o consultorio? (por favor, marque una respuesta por cada tipo de personal, en la línea que le corresponde)

	Muy Buena	Buena	Regular	Mala	Muy Mala
	5	4	3	2	1
Médicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermeras/os	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personal administrativo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**42.** ¿Cómo calificaría el **trato humano** que recibe de parte del personal de su centro de salud o consultorio? (por favor, marque una respuesta por cada tipo de personal, en la línea que corresponde)

	Muy Bueno	Bueno	Regular	Malo	Muy Malo
	5	4	3	2	1
Médicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermeras/os	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personal administrativo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**ID347:**

**EDUCANDO A LOS QUE EDUCAN PARA LOGRAR LA IGUALDAD. ACTUACIÓN FRENTE A HIPOGLUCEMIA EN EL AMBITO ESCOLAR**

Cecilia López-Ventura Domínguez<sup>1</sup>, Verónica López-Ventura Domínguez<sup>2</sup>

1. Unidad SAR Morata. EAP Perales de Tajuña; 2. Consultorio local Camarma. EAP Meco.  
[cecilia.lopezventura@salud.madrid.org](mailto:cecilia.lopezventura@salud.madrid.org)

**RESUMEN**

La DM1 tiene una incidencia en nuestro medio de 17,69 casos/100.000 habitantes/año. La integración de los alumnos con DM1 es fundamental para la igualdad de oportunidades. El objetivo es: conseguir que los alumnos insulino dependientes, desarrollen el curso escolar, en total igualdad de condiciones de seguridad y oportunidades educativas que sus compañeros. Esta EPS comunitaria, va dirigida a todos los profesionales de los centros educativos. Se ha elaborado un documento con ideas básicas y claras, sobre qué es la DM1, así como qué hacer en caso de hipoglucemia. Dicho documento ha sido difundido al 95% del personal del centro, de forma individualizada. El curso se ha desarrollado sin incidencias. Es necesario cubrir, por parte de la enfermería comunitaria, las necesidades crecientes de cuidados sanitarios en los centros educativos. Educando a los que educan, para garantizar la igualdad de todos los alumnos, en su caso, la de los insulino dependientes.

**ABSTRACT**

DM1 has an incidence in our environment of 17.69 cases/100,000 inhabitants/year. The integration of students with DM1 is fundamental for equal opportunities. Objective: to make insulin-dependent students develop the school year, in total equality of safety conditions and educational opportunities than their peers. This community EPS is aimed at all professionals in schools. A document with basic and clear ideas about what DM1 is, and what to do in case of hypoglycemia. This document has been distributed to 95% of the staff of the center, in an individualized way. The course has been developed without incident. It is necessary to cover, on the part of the community nursing, the increasing needs of health care in schools. Educating those who educate, guarantees the equality of all the students, in their case, that of the insulin-dependent ones.

**PALABRAS CLAVE**

Diabetes Mellitus Tipo I, hipoglucemia, enfermería escolar, complicación, actuación.  
Diabetes Mellitus, Type 1, hypoglycemia, school nursing, complication, action.

**INTRODUCCIÓN/PRESENTACIÓN**

La Diabetes Mellitus tipo 1 tiene una incidencia en nuestro medio de 17,69 casos/100.000 habitantes/año. La integración de los alumnos con DM1 es fundamental para la igualdad de oportunidades. La falta de conocimientos y o habilidades por parte de los profesionales de los centros educativos resulta un gran condicionante para que esto sea posible. El miedo de que el alumno sufra alguna complicación que escape a nuestro control, en ocasiones, dificulta su completa integración en las actividades llevadas a cabo por el resto de alumnos del centro. Llevando a los educadores a adoptar una estado de máxima alerta y vigilancia del alumno, lo que puede interferir también, en el desempeño de los propios docentes, en sus actividades en el aula. Es por esto que se considera necesaria la formación de todos los miembros del equipo que conforma el centro educativo. Con el fin de aportar seguridad y eficiencia en la toma de decisiones en caso de necesidad. Así como favorecer la autonomía e integración del alumno insulino dependiente.

**OBJETIVOS**

General:

- Conseguir que los alumnos insulino dependientes, desarrollen el curso escolar, en total igualdad de condiciones de seguridad y oportunidades educativas que sus compañeros.

#### Objetivos específicos:

- Capacitar a todos los profesionales del centro educativo para prestar asistencia al alumno en caso de necesidad.
- Actuar de forma inmediata para resolver la situación de hipoglucemia en el alumno insulino dependiente.

#### DESARROLLO

Educando a los que educan, es una experiencia de EPS comunitaria. Dirigida especialmente a los centros educativos.

Para desarrollar este proyecto, hemos considerado las necesidades observadas en los centros educativos. Como se ha descrito en la introducción, a quién va dirigido, es al personal que trabaja en los centros educativos. Desde los conserjes, a lo profesores, pasando por todos los profesionales que conforman el equipo de trabajo. Cualquiera de ellos es susceptible de verse en la necesidad de atender una complicación aguda como lo es una hipoglucemia en un alumno diabético, puesto que todos ellos se encuentran en contacto con los alumnos en mayor o menor medida. A lo hora de elaborar este material, es importante tener en cuenta que va dirigido a personas legas en la materia y con diferente niveles educativos. Es por esto que tratamos de crear un documento de fácil comprensión, con ideas básicas y claras de lo que queremos transmitir, y con un protocolo de actuación sencillo a la vez que efectivo, para asegurar así una correcta toma de decisiones en caso de ser preciso, y minimizar todo lo posible cualquier complicación que dicha actuación pudiera causar en el alumno diabético. Aportar información y conocimientos a dichos profesionales, favorece un clima de mayor seguridad en el centro, lo que permite un desarrollo de las actividades tanto formativas, como de ocio en igualdad de condiciones y oportunidades para el alumno insulino dependiente.

Respecto a los recursos, a nivel humano, ha sido llevado a cabo por dos profesionales de enfermería. Una de las cuales, desarrollaba su trabajo en un centro educativo en el momento de su elaboración y difusión. A lo que a materiales se refiere, ha sido necesario un material básico del que podemos disponer fácilmente: un ordenador, impresora y folios. Y por último, acceso a una bibliografía adecuada al tema a abordar.

Se realiza una breve revisión bibliográfica de documentos específicamente elaborados para su aplicación en el ámbito de la familia y la comunidad educativa. Como resultado, se redacta un material en formato tríptico con el contenido que se expone a continuación.

#### **Contenido del tríptico**

##### ¿Qué es la DM tipo I?

Según la ADA (Asociación Americana de Diabetes), se define como “un grupo de enfermedades metabólicas caracterizado por hiperglucemia resultante de defectos en la secreción de insulina, en la acción de la insulina o en ambos”. La diabetes mellitus de tipo 1 (DM1), resulta de la destrucción autoinmune de las células beta del páncreas, encargadas de la producción de insulina. Es por esto, que quienes la padecen deben inyectarse insulina a diario. Su aparición se da de manera brusca, generalmente en menores de 30 años, con mayor incidencia entre los 10-14 años. Presenta sintomatología como polifagia, debido al mal aprovechamiento de los hidratos de carbono ingeridos, pérdida de peso y poliuria por el aumento del filtrado glomerular.

##### *Diabetes y ejercicio*

No solo no está contraindicado, si no que es uno de los pilares para el tratamiento de la DM. Eso si, siempre tomando las precauciones adecuadas que el paciente conoce. Autocontrol antes, durante y después de realizarlo (en función de la duración e intensidad). Toma de suplementos de hidratos de carbono, correcta hidratación...

Situaciones en las que está contraindicado:

Glucemia superior a 250 mg/dL.

Glucemia inferior a 60 mg/dL.

Pacientes incapaces de reconocer los síntomas de hipoglucemia

##### Hipoglucemia

Se trata de la complicación más frecuente en la DM1.

Se define como la disminución de los niveles de glucosa en sangre por debajo de 50mg/dL. Puede ser debido a un exceso de insulina, una ingesta insuficiente, ejercicio intenso y prolongado, enfermedad concomitante, deshidratación...

Depende de la persona, pero generalmente los síntomas pueden aparecer cuando la concentración de glucosa en sangre es menor de 70mg/dL. Podemos clasificarla como leve,

moderada o grave en función de la sintomatología:

*Hipoglucemia Leve:* aparece sudoración, temblor de manos, taquicardia, palpitaciones, sensación de hambre, visión borrosa, nerviosismo, incluso mal humor injustificado.

*Hipoglucemia Moderada:* afección de SNC con cefalea, mareos, confusión, lagunas mentales, parestesias sobre todo peribucales, visión doble y somnolencia.

*Hipoglucemia Grave:* desorientación, letargia, crisis epilépticas y coma.

#### Como actuar

*Hipoglucemia Leve:* Tomará hidratos de carbono de absorción rápida.

- Un vaso de Zumo, o dos azucarillos disueltos en agua, caramelos o bebidas azucaradas.

Si a los 10-15 min. no ha cedido la clínica, se repetirá la toma, añadiendo además una o dos raciones de hidratos de carbono de absorción lenta. Por ejemplo: 30 gramos de pan, o 3 galletas María, o un vaso de leche con una galleta, o un yogurt con dos galletas.

*Hipoglucemia Moderada:* Ingerirá hidratos de carbono de absorción rápida y si en 5-10 min. no ha cedido la clínica, se administrará Glucagón.

*Hipoglucemia Grave:* Administración subcutánea o intramuscular de

#### Glucagón.

- Posición de seguridad

- Llamar al 112

No intentar dar nada por boca, ante el riesgo de aspirados bronquiales.

Finalmente, en la parte posterior del tríptico se explica como usar el Glucagen Hipokit, así como su localización en el centro educativo.

Dada la dificultad de reunir a todo el personal del centro en un mismo momento, debido a horarios de clases, reuniones internas, etc. Se decide hacer una difusión individualizada a cada uno de los profesionales, garantizando así, tanto la comprensión del contenido, como el motivo de por qué se les hace llegar a todos indistintamente de su labor dentro del centro. Del mismo modo, se aclaran dudas a nivel individual, y quedamos a la disposición de todos ellos para consultas posteriores si así lo precisaran.

**COMO USAR GLUCAGEN HYPOKIT**

- Retire el capuchón de plástico del vial. Quite el protector de la aguja de la jeringa. Introduzca agua en el espacio de goma (que está marcado) del vial que contiene el Glucagen e invierta todo el líquido de la jeringa en él.
- Sin retirar la aguja del vial agite suavemente el vial hasta que Glucagen esté totalmente disuelto y la solución sea transparente.
- Asegúrese de que el embolo está totalmente metido. Mientras mantiene la aguja en el líquido, extraiga lentamente toda la solución con la jeringa. Procure que el embolo no se salga fuera de la jeringa.

Es importante eliminar cualquier burbuja de aire de la jeringa:

- Con la aguja señalando hacia arriba, golpee suavemente la jeringa con los dedos.
- Presione el embolo ligeramente para liberar cualquier burbuja de aire que se haya quedado en la parte superior de la jeringa.

4. Inyecte la dosis debajo de la piel en el músculo.

**EL GLUCAGÉN SE ENCUENTRA EN LA NEVERA QUE EL CENTRO HA DISPUESTO PARA SU CORRECTA CONSERVACIÓN EN LA SALA DE REUNIÓN CON PADRES, FRENTE A LA SALA DE TÉCNICOS.**

Del mismo modo, allí podrá encontrar zumos, para poder así corregir la situación de hipoglucemia de la forma más rápida y eficiente posible.

**Para más información ponerse en contacto con la enfermera o el departamento de orientación.**

Diabetes Mellitus 1

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN FRENTE A HIPOGLUCEMIA

**Guía para profesores y otros profesionales del centro educativo para el manejo de la hipoglucemia en adolescentes diabéticos.**

**Bibliografía**

1. Sposber-Jimenez, F.; Fernandez-Soto, M. Diabetes Mellitus, antaño metabólico y complicaciones. Aula Médica Ediciones 2000
2. Barrio, R.; Méndez, P.; Rodríguez, J. ABC de la Diabetes. El niño con diabetes: la familia y la escuela. Fundación para la Diabetes 2004
3. González-Solís, M.C. Valoración y cuidados de enfermería a personas con problemas endocrinológicos. Tema 7. Fuden Formación. Tomarío OPE Semas 2012.
4. Alimentación y Diabetes. Curso de Educación Terapéutica en Diabetes. 2009. Fundación Diabética.

**Autor**

Osma de la Cruz Benítez  
Enfermera Comunitaria  
"Buenos días a todos"  
1150000000 Calle de los Niños  
Madrid de España  
Teléfono: 91 519 5112  
Correo electrónico: osma@osma.es

\* La inyección subcutánea, intramuscular o intravenosa no ocasionará ningún riesgo al paciente.

Imagen 1. Exterior tríptico

**¿Qué es la DM tipo 1?**

Según la ADA (Asociación Americana de Diabéticos), se define como "un grupo de enfermedades metabólicas caracterizadas por hiperglucemia resultante de defectos en la secreción de insulina, en la acción de la insulina o en ambos". La diabetes mellitus de tipo 1 (DM1), resulta de la destrucción autoinmune de las células beta del páncreas, encargadas de la producción de insulina. Es por esto, que quienes la padecen deben inyectarse insulina a diario. Su aparición se da de manera brusca, generalmente en menores de 30 años, con mayor incidencia entre los 10-14 años. Presenta sintomatología como polifagia, debido al mal aprovechamiento de los hidratos de carbono ingeridos, pérdida de peso y poliuria por el aumento del filtrado glomerular.

**Diabetes y ejercicio**

No solo no está contraindicado, si no que es uno de los pilares para el tratamiento de la DM. Eso sí, siempre tomando las precauciones adecuadas que el paciente conoce. Autocontrol antes, durante y después de realizarlo (en función de la duración e intensidad). Toma de suplementos de hidratos de carbono, correcta hidratación...

Situaciones en las que está contraindicado:

- Glucemia superior a 250 mg/dL
- Glucemia inferior a 60 mg/dL
- Pacientes incapaces de reconocer los síntomas de hipoglucemia

**HIPOGLUCEMIA**

Se trata de la complicación más frecuente en la DM1.

Se define como la disminución de los niveles de glucosa en sangre por debajo de 50mg/dL. Puede ser debido a un exceso de insulina, una ingesta insuficiente, ejercicio intenso y prolongado, enfermedad concomitante, deshidratación...

Depende de la persona, pero generalmente los síntomas pueden aparecer cuando la concentración de glucosa en sangre es menor de 70mg/dL.

Podemos clasificarla como leve, moderada o grave en función de la sintomatología:

- **Hipoglucemia Leve:** aparece sudoración, temblor de manos, taquicardia, palpitaciones, sensación de hambre, visión borrosa, nerviosismo, incluso mal humor injustificado.
- **Hipoglucemia Moderada:** afeción de SNC con cefaleas, mareos, confusión, lagunas mentales, parestias sobre todo peribucales, visión doble y somnolencia.
- **Hipoglucemia Grave:** desorientación, letargia, crisis epilépticas y coma.

**COMO ACTUAR**

**Hipoglucemia Leve:** Tomará hidratos de carbono de absorción rápida.

- Un vaso de Zumos, o dos azucarillos disueltos en agua, caramelos o bebidas azucaradas.

Si a los 10-15 min no ha cedido la clínica, se repetirá la toma, además además una o dos raciones de hidratos de carbono de absorción lenta. Por ejemplo: 30 gramos de pan, o 3 galletas más, o un vaso de leche con una galleta, o un yogur con dos galletas.

**Hipoglucemia Moderada:** Ingerirá hidratos de carbono de absorción rápida y si en 5-10 min no ha cedido la clínica, se administrará Glucagón\*

**Hipoglucemia Grave:** Administración subcutánea o intramuscular de Glucagón

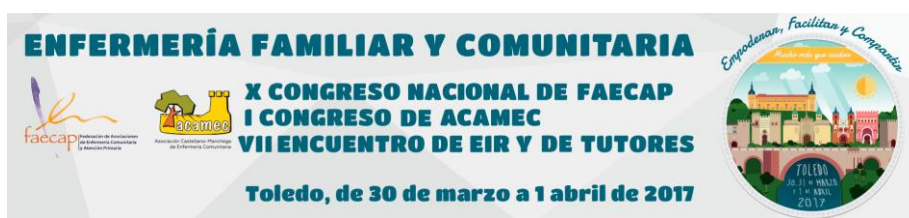
- Posición de seguridad
- Llamar al 112

No intentar dar nada por boca, ante el riesgo de aspiración bronquial.

Imagen 2. Interior tríptico

**RESULTADOS**

Se ha formulado un tríptico informativo con el siguiente contenido: ¿Qué es la Diabetes?, Hipoglucemia, Modo de actuación. Dicho protocolo ha sido difundido a la totalidad de docentes del centro educativo, así como a las técnicas cuidadoras y profesionales del departamento de orientación. Igualmente, se ha puesto en poder de otros trabajadores del centro como personal de conserjería, limpieza, cafetería. Abarcando un total de 95% de profesiones que desempeñan su labor en el centro escolar. Proporcionando conocimientos generales sobre la enfermedad, capacitando para la identificación de signos y síntomas de hipoglucemia en cada uno de sus grados, así como su tratamiento en caso de necesidad o urgencia. Al tratarse de un volumen de trabajadores reducido, la difusión ha sido mediante la entrega personal del tríptico, posibilitando así la aclaración de dudas que pudieran surgir de forma directa e individualizada. El



curso se ha desarrollado sin incidencias, ofreciendo igualdad de oportunidades tanto a nivel formativo como de ocio, a todos los alumnos del centro.

### CONCLUSIONES

La creciente necesidad de cuidados de carácter sanitario dentro de los centros educativos, añadida a la falta de personal sanitario en dichos centros, genera una serie de necesidades en este colectivo. A día de hoy, dichas necesidades precisan ser cubiertas desde la enfermería comunitaria. Consideramos que es fundamental dar nuestro apoyo a los equipos educativos en todos los ámbitos de salud. Educando a los que educan garantizamos el desarrollo del curso con seguridad, eficacia y condiciones de igualdad, para todos los alumnos, en este caso más concretamente, para los alumnos insulino dependientes. La puesta en marcha de esta experiencia requiere muy pocos recursos, resultando al mismo tiempo de sencilla difusión. Se trata de un material apto para cualquier centro educativo. La enfermera forma parte de la comunidad, al igual que los equipos educativos, y la coordinación entre ambos no es solo posible, si no básica, para lograr la igualdad de oportunidades de todas las personas con necesidad de continuidad de cuidados como es este caso.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Escobar-Jimenez F, Fernandez-Soto M<sup>ª</sup>L. Diabetes Mellitus, entorno metabólico y complicaciones. Aula Médica Ediciones 2000.
2. Barrio R, Méndez P, Rodergas J. ABC de la Diabetes. El niño con diabetes: la familia y la escuela. Fundación para la Diabetes 2004.
3. Barrio R, et al. Lo que debes saber sobre la diabetes en la edad pediátrica. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. 3<sup>ª</sup> Edición. 2009.
4. Gonzalez Selfa, M<sup>ª</sup>C. Valoración y cuidados de enfermería a personas con problemas endocrinológicos. Tema 7. Fuden Formación. Temario OPE Sermas 2012

#### Webgrafia

1. <http://www.analesdepediatria.org/es/epidemiologia-diabetes-mellitus-tipo-1/articulo/S1695403313005298/>



**ID359:****COMPARABILIDAD INICIAL DE GRUPOS. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, SOCIODEOGRÁFICAS Y DE ESTILOS DE VIDA DE MUJERES EN LA ETAPA DEL CLIMATERIO INCLUIDAS EN UN ENSAYO CLÍNICO**

Lorena López Castañón<sup>1</sup>; Grupo Clínico del FIS 11/ 00693. Proyecto “Qualitas Vitae”<sup>1,2</sup>; José Ramón Castillón Fantova<sup>1</sup>; M<sup>a</sup> Ángeles Somoza Calvo<sup>1</sup>; Ángela María López Llerena<sup>1</sup>; María Velasco Ballón<sup>1</sup>.

1: Centro de Salud de Moralzarzal, Servicio Madrileño de Salud. Atención Primaria. SERMAS

2: Servicio Madrileño de Salud. Atención Primaria. SERMAS y Servicio de Salud Castilla y León. Atención Primaria. (SACyL)

[marialorena.lopez@salud.madrid.org](mailto:marialorena.lopez@salud.madrid.org)

**RESUMEN**

**JUSTIFICACIÓN.** El climaterio es una etapa vital con elevada morbilidad, en la que coinciden cambios fisiológicos con acontecimientos vitales derivados de la edad. En los últimos años su abordaje incorpora programas educativos enfocados a la prevención y promoción de la salud y orientados al desarrollo del autocuidado. Dichos programas inciden en los factores que tienen mayor peso en la salud de la mujer y que son susceptibles de ser modificados. El trabajo presentado forma parte de un Ensayo Clínico que tiene por objetivo establecer la efectividad de una intervención educativa grupal realizadas por enfermeras frente a la práctica habitual para mejorar la calidad de vida y modificar los estilos de vida de las mujeres en la etapa del climaterio.

**OBJETIVO GENERAL**

Explorar la comparabilidad inicial de las dos ramas de estudio de las mujeres incluidas en un Ensayo Clínico.

**MATERIAL Y MÉTODOS**

**Diseño** Estudio descriptivo transversal

**Ámbito** Centros de Salud de las Comunidades de Madrid y Castilla-León.

**Muestra** Mujeres de entre 45-55 años incluidas en el ECA.

**Variables estudiadas** Datos sociodemográficos, exploración física, antecedentes personales, síntomas climatéricos y estilos de vida y hábitos dietéticos.

**Recogida de datos** Se efectuó en consulta de enfermería mediante entrevista clínica. Los datos se registraron en un cuaderno de recogida de datos electrónico (CRD-e) diseñado para este ensayo clínico.

**Análisis estadístico** Análisis descriptivo de cada variable. Pruebas de comparabilidad inicial entre grupos. Chi-cuadrado y test exacto de Fisher para variables cualitativas y Mann-Whitney y Kruskal–Wallis para variables cuantitativas.

**RESULTADOS**

La muestra es de 570 mujeres, 274 grupo control (GC) y 296 grupo experimental (GE). Edad media es de 50,1 años  $p=0,99$ . Son Residentes urbanas 70% en el GC y 72,3 % en el GE ( $p=0,64$ ). Presentan Hipertensión Arterial (HTA) GC: 21,2% y el GE: 31,35 ( $p=0,008$ ), son obesas el 27,9 del GC y 26,1% del GE ( $p=0,018$ ). Son diabéticas el 5,1% del GC y el 6.1% del GE ( $p=0,71$ ). Los síntomas climatéricos más prevalentes son los vasomotores con un 50,4 en el GC y un 48,3% en el GE ( $p=0,65$ ). Tienen alteraciones del sueño un 51,1% del GC y un 54,4% del GE ( $p=0,45$ ); cambios de humor, 44,9% en el GC y 53% en el GE ( $p=0,054$ ); ansiedad, un 39% en el GC y un 45.6% en el GE ( $p=0,175$ ); sequedad vaginal, el 36.9% en el GC y el 38.5 % en el GE ( $p=0,73$ ). Realizan actividad física el 70,1% en el GC y el 64.4% en el GE ( $p=0,154$ ), y es actividad al aire libre un 62% en el GC y un 59% en el GE ( $p=0,044$ ). Consume alcohol el 27% del GC y el 31,1% del GE ( $p=0,311$ ). Fuma el 21.5% del GC y el 25,3% del GE ( $p=0,32$ ).

**DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES**

Se compararon los datos en ambos grupos, GC y GE, y las diferencias observadas en las variables estudiadas no fueron estadísticamente significativas, excepto en antecedentes personales de TA y obesidad, lo que confirma la homogeneidad de las dos ramas de estudio del ensayo clínico. La homogeneidad de los dos grupos garantiza que el efecto de la intervención no se vea afectado por otros factores no controlados. El diseño pragmático del estudio nos permitirá medir su eficacia y su aplicabilidad en Atención Primaria.

## ABSTRACT

**JUSTIFICACION.** The climacteric is a vital stage with high morbidity. At this stage there are physiological changes and vital events derived from aging. Lately educational programs have been incorporated for their approach. These programs are focused on the prevention and promotion of health and oriented to the development of self-care. They focus on factors that have a greater impact on women's health and that we can modify. This article is part of a Clinical Trial whose objective is to know the effectiveness of a group educational intervention performed by nurses in face of the usual practice for improving the quality of life and modifying the lifestyles of women in the climacteric stage.

## GENERAL OBJECTIVE

To explore the initial comparability of the two study groups of women included in a Clinical Trial.

## MATERIAL AND METHODS

**Design:** Cross-sectional descriptive study

**Area:** Health Centers of the Communities of Madrid and Castilla-León.

**Sample:** Women aged 45-55 included in the clinical trial.

**Studied Variables :** Socio-demographic data, physical examination data, personal history, climacteric symptoms, lifestyles and dietary habits.

**Data collection:** They were compiled in the nursing consultation through clinical interview. The data were recorded in an electronic data collection notebook (e-DCN) designed for this clinical trial.

**Statistical analysis:** Descriptive analysis of each variable. Tests of initial comparability between groups. Chi-square and Fisher exact test for qualitative variables and Mann-Whitney and Kruskal-Wallis for quantitative variables.

## RESULTS

The sample was 570 women, 274 in the control group (CG) and 296 in the experimental group (EG). Mean age was 50.1 years for both groups ( $p = 0.99$ ). Urban Residents were 70% in the CG and 72.3% in the EG ( $p = 0.64$ ). They presented arterial hypertension: 21.2% in the CG and 31.35 in the EG ( $p = 0.008$ ). 27.9 of the CG and 26.1% of the EG were obese ( $p = 0.018$ ). 5.1% of the CG and 6.1% of the EG were diabetic ( $p = 0.71$ ). The most prevalent climacteric symptoms were vasomotor symptoms: 50.4 in CG and 48.3% in EG ( $p = 0.65$ ). They had sleep disturbances: 51.1% of the CG and 54.4% of the EG ( $p = 0.45$ ); Mood changes, 44.9% in CG and 53% in EG ( $p = 0.054$ ); Anxiety, 39% in CG and 45.6% in EG ( $p = 0.175$ ); Vaginal dryness, 36.9% in the CG and 38.5% in the EG ( $p = 0.73$ ). Physical activity was present in 70.1% from the CG and 64.4% from the EG ( $p = 0.154$ ), and outdoor activity was present in 62% from CG and 59% from EG ( $p = 0.044$ ). 27% of the CG and 31.1% of the EG were consuming alcohol ( $p = 0,311$ ). 21.5% of the CG and 25.3% of the EG were smoking ( $p = 0.32$ ).

## DISCUSSION AND CONCLUSIONS

Data were compared in both groups, CG and EG, and the differences observed in the variables studied were not statistically significant, except for personal history (hypertension and obesity), confirming the homogeneity of both groups of the clinical trial. The homogeneity of the two groups ensures that the effect of the intervention will not be affected by other uncontrolled factors. The study design will allow us to measure its effectiveness and its applicability in Primary Care Area.

## PALABRAS CLAVE

Ensayo clínico aleatorio, descripción de muestra, enfermera, educación sanitaria en mujeres, atención primaria de salud.

Randomized Controlled Trial, Sample description, Nurse, Health education, Primary Health Care.

## INTRODUCCIÓN

Los Ensayo Clínicos Aleatorios (ECA) son los estudios con una mayor evidencia científica <sup>(1)</sup>, y constituyen el mejor método para evaluar las intervenciones en Ciencias de la Salud <sup>(2)</sup>

El objetivo de los Ensayos Clínicos (EC) es comparar la efectividad de la intervención aplicada en cada rama de estudio <sup>(1)</sup>. El trabajo presentado forma parte de un ECA, que tiene por objetivo establecer la efectividad de una intervención educativa grupal de 4 sesiones en atención primaria, realizadas por enfermeras, frente a la práctica habitual para mejorar la calidad de vida y modificar los estilos de vida de las mujeres que acuden a consulta en centros de salud de la Comunidad de Madrid y Castilla y León en la etapa del climaterio.

En los últimos años la atención a la mujer en este periodo no sólo trata los síntomas biológicos, al incorporar programas educativos, enfocados a la prevención y promoción de la salud, sino que se ha orientado al desarrollo de sus autocuidados <sup>(3)</sup> incorporando al proceso asistencial programas y actividades de educación para la salud, que incidan en los factores que tengan mayor peso en la salud de la mujer, susceptibles de ser modificados por las intervenciones educativas, como son las actitudes, los sentimientos, las creencias los valores y los comportamientos que afecten a los estilos de vida <sup>(3)</sup>.

La promoción de la salud y la calidad de vida de las mujeres sigue siendo una de las asignaturas pendientes de nuestro sistema de salud. Las enfermedades más prevalentes y la autopercepción de la calidad de vida están relacionadas con los estilos de vida <sup>(4)</sup>

Consideramos práctica habitual la educación para la salud individualizada que se imparte por los profesionales sanitarios en el ejercicio diario de su profesión, el seguimiento en consultas de enfermería de las patologías crónicas y la ejecución y cumplimiento de los protocolos establecidos por los Servicios Regionales de Salud en Atención Primaria, programa de prevención y promoción de la salud y cartera de servicios.

La asignación aleatoria ha sido por conglomerados, lo que garantiza que ambos grupos, GC y GE, sean homogéneos y evita posibles sesgos, como el efecto de contaminación entre los centros participantes y que el efecto de la intervención sea diluido por la influencia de otros factores no controlados.

## OBJETIVOS

El objetivo de este trabajo es explorar la comparabilidad inicial de las dos ramas de estudio sobre las características socio-demográficas, clínicas, de estilos de vida y de ingesta de calcio, vitamina D y sal de las mujeres incluidas en un ECA.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio descriptivo transversal.

El ámbito de aplicación fueron los Centros de Salud de las Comunidades de Madrid y Castilla-León que aceptaron participar con al menos dos profesionales de enfermería por cada Centro de Salud.

Los sujetos del estudio son las mujeres entre 45 y 55 años. Se incluyeron en el ECA de forma consecutiva durante un periodo de 4 meses (desde diciembre de 2014 a marzo de 2015). Las mujeres cumplían todos los criterios de inclusión previamente establecidos. Estos fueron: no tener intención de trasladarse de domicilio en los próximos 24 meses, tener capacidad de leer y escribir la lengua castellana y aceptar participar dando su consentimiento informado por escrito. Los criterios de exclusión que impedían la participación en el estudio fueron: estar inmovilizada en domicilio, presentar un trastorno mental o alteración cognitiva y/o sensorial que le impidan participar en una intervención grupal.

Las variables estudiadas son:

-Datos socio-demográficos: edad, lugar de residencia, nivel educativo, situación laboral y cuidador informal.

-Antecedentes personales: HTA, y Obesidad y diabetes.

-Exploración física: IMC.

-Síntomas climatéricos: síntomas vasomotores, autopercepción/autoestima, alteraciones del sueño, irritabilidad, cambios de humor, dificultad para la concentración, ansiedad-depresión, sequedad vaginal/dispareunia e incontinencia urinaria.

-Hábitos dietéticos: Ingesta de calcio y de sal en miligramos/día y de vitamina D UI/día.

-Estilos de vida: Ejercicio físico y paseo al aire libre. Consumo de alcohol y media de alcohol consumido. Consumo de tabaco, nº cigarrillos/día y años fumando.

La recogida de datos se efectuó en consulta de enfermería mediante entrevista clínica, los datos se registraron en un cuaderno de recogida de datos electrónico (CRD-e) diseñado para este ensayo clínico.

**Análisis estadístico:** Se ha realizado análisis descriptivo de cada variable, pruebas de comparabilidad inicial entre grupos. Chi-cuadrado y test exacto de Fisher para variables cualitativas y, Mann-Whitney y Kruskal-Wallis para variables cuantitativas.

Consideraciones éticas: los autores del presente trabajo no tienen conflictos éticos ni de interés de ningún tipo.

## RESULTADOS

Contamos con la participación profesionales de enfermería de 33 Centros de Salud: 23 pertenecen a las Direcciones Asistenciales Noroeste y Sureste del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) en la Comunidad de Madrid y 10 Centros de Salud en la provincia de Salamanca del Servicio de Salud de Castilla y León (SACyL). Participan 97 enfermeras, de las cuales 60 prestan su labor asistencial en los 23 Centros de Salud del SERMAS y 38 en los 10 Centros del SACyL.

En relación con los datos sociodemográficos, la muestra es de 570 mujeres, 274 en grupo control (GC) y 296 en el grupo experimental (GE). La edad media de las mujeres es de 50,1 años, con una  $p=0.99$ . Son residentes urbanas el 70% del total del GC y 72,3 % del GE.  $p= 0,64$ , para la variable “edad” se utilizó la prueba estadística de contraste Mann-Witney

Los resultados de la exploración física indican que el la media del IMC del GC es de 26,7 y de 27,5 en el GE ( $p=0,011$ ) . En el siguiente gráfico se muestran el resto de valores del IMC de cada rama de estudio.

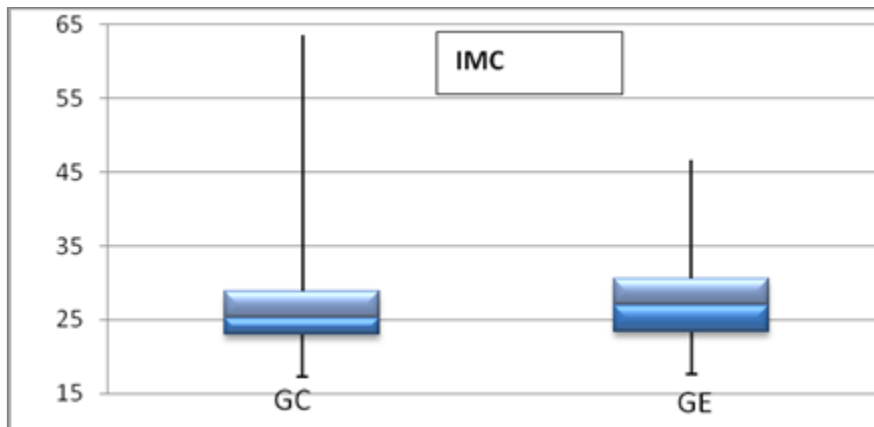


Gráfico 1. IMC en ambos grupos (Control y experimental). Prueba de contraste utilizada: Mann-Whitney

El nivel de estudios tiene cuatro categorías (sin estudios, estudios primarios, estudios secundarios y universitarios utilizamos el test exacto de Fisher) y obtuvimos los siguientes resultados: en el GC no tienen estudios el 1,1%, tienen estudios primarios el 29,9%, secundarios el 33,6% y universitarios, el 35.4%. En el GE son 0.3%, 37.2%, 33.8% y 28.7% respectivamente. La comparación entre grupos nos da una  $p$  de 0,147 que no es estadísticamente significativa, lo que confirma la homogeneidad de la muestra en la variable nivel de estudios. Se muestra en el gráfico 2.

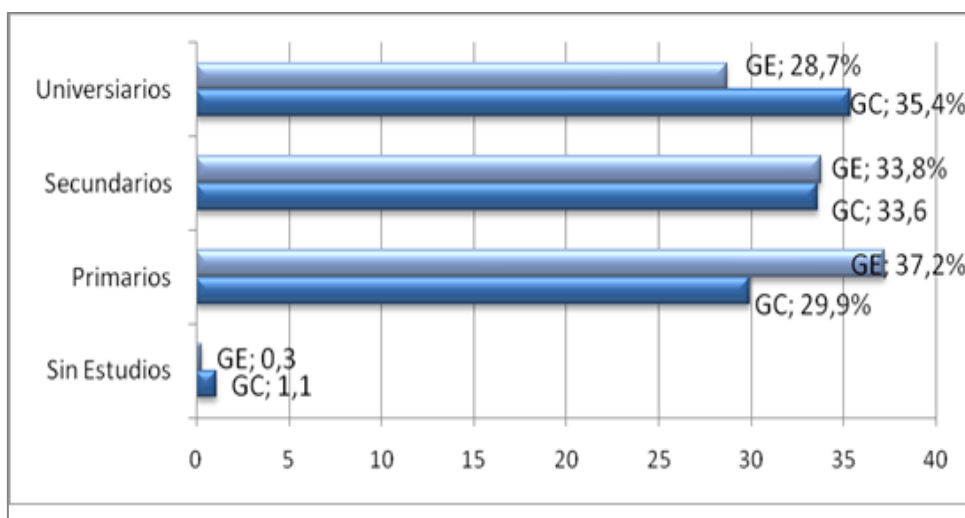


Gráfico 2. Nivel de estudios. Diferencia entre ramas de estudio GC y GE análisis estadístico realizado con el Test exacto de Fisher.

Analizamos el número de mujeres cuidadoras informales en cada grupo. Las diferencias entre GC y GE no fueron estadísticamente significativas, con  $p=0,19$ . El análisis estadístico fue realizado con el test exacto de Fisher.

En relación a la situación laboral, según criterios de Montalván, hay cuatro 4 categorías. El análisis se realizó con el test exacto de Fisher y obtuvimos los resultados que se muestran en el gráfico 3. Observamos que las diferencias de ocupación no son estadísticamente significativas, con una  $p=0,138$  lo que confirma la homogeneidad de las dos dramas de estudio.

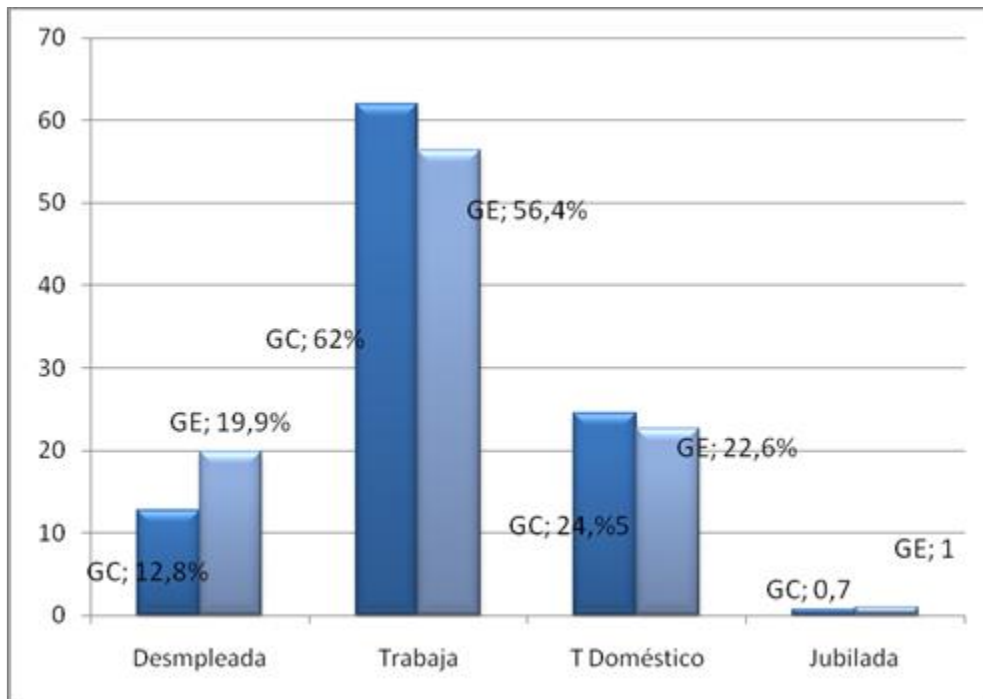


Gráfico 3. Nivel de ocupación laboral. Diferencias entre ramas de estudio.

En relación con los antecedentes personales, presentan Hipertensión Arterial (HTA) el 21,2% en GC y el 31,35 en el GE ( $p=0,008$ ) y son pacientes con obesidad el 19,3% del GC y 28% del GE ( $p=0,018$ ) y diabéticas el 5,1% en el GC y el 6.1% en el GE ( $p=0,71$ ).

Como síntomas climatéricos destaca que los síntomas vasomotores son más prevalentes en ambos grupos con un 50,4 en el GC y un 48,3 en el GE con una  $p$  de 0,67. Las alteraciones del sueño son algo más frecuentes en el GE (54,4%) que en el GC (51,1%) pero sin diferencias significativas entre los grupos ( $p=0,45$ ). Tienen cambios de humor el 44.9% del GC y el 53% del GE ( $p=0,054$ ), irritabilidad el 38% del GC y el 50% del GE ( $p=0,03$ ) y dificultad de concentración el 27% del GC y el 37% del GE ( $p=0,007$ ). Refieren ansiedad/depresión el 39,8% del GC y el 45,6% del GE ( $p= 0,175$ ). La sequedad vaginal/dispareunia la padecen el 36,9% de las mujeres en el GC y el 38,5% en el GE ( $p= 0,73$ ). La Incontinencia urinaria es más frecuente en el GE, con un 29,7%, que en el GC con el 21,9% de las mujeres, con un valor  $p$  de 0,036. La prueba de contraste utilizada para analizar diferencias en los síntomas climatéricos de las mujeres incluidas en el estudio fue con el test exacto de Fisher y el conjunto de datos para favorecer su interpretación se muestran el gráfico 4.

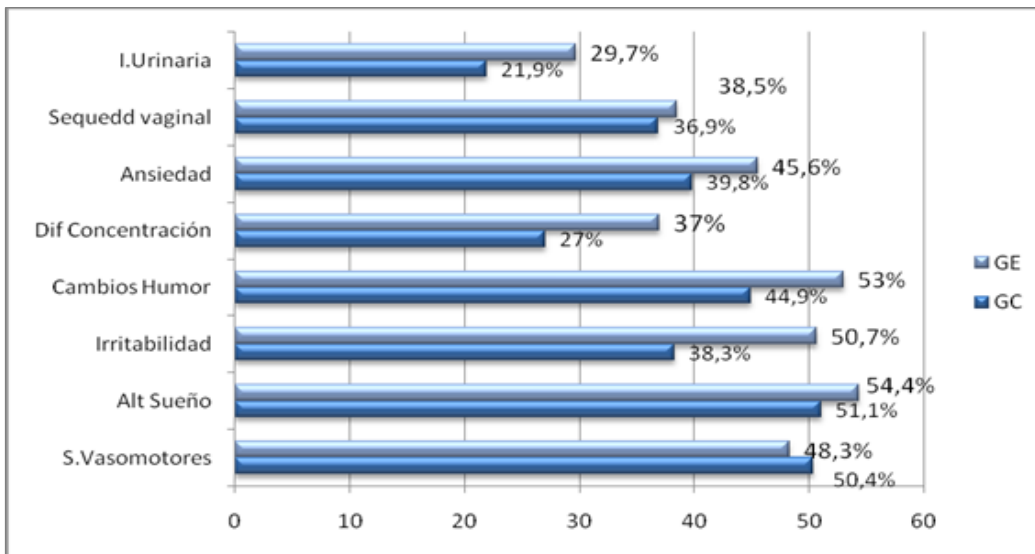


Gráfico 4 . Síntomas climatéricos.

El gráfico 5 nos muestra los resultados sobre estilos de vida. Realizan actividad física el 70,1% del GC y el 64.4% del GE ( $p=0,154$ ), y esta actividad es al aire libre en un 62% del GC y en un 59% del GE con una  $p$  de 0,44. Las pruebas de contraste utilizadas para analizar las variables de actividad física han sido la Chi-cuadrado y la de Mann-Whitney. Consumen tabaco el 21,5% del GC y el 25% del GE ( $p=0,32$ ). Es similar en ambos grupos la media de años fumando (GC:27, GE:27.3,  $p=0,701$ ), los paquetes-año (GC:16,6, GE:17,8,  $p=0,606$ ), el grado de dependencia ( consumen el primer cigarro entre los 6' y los 60' el 73,2% del GC y el 77,3% del GE, con una valor  $p = 0,72$ ). Las pruebas de contraste utilizadas para analizar el consumo de tabaco han sido la Chi-cuadrado para el porcentaje de consumo, la de Mann-Whitney en años fumando y paquetes-año, y el test exacto de Fisher para la dependencia.

El consumo de alcohol es similar en ambas ramas de estudio, 27% en el GC y 31,1% en el GE ( $p=0,311$ ). La media de consumo es de 6 unidades-drink (UD) en el GC y de 5,9UD en el GE ( $p=0,067$ ). Las pruebas de contraste utilizadas para analizar el consumo de alcohol han sido el Test exacto de Fisher, el de Mann-Whitney y Kruskall-Wallis.

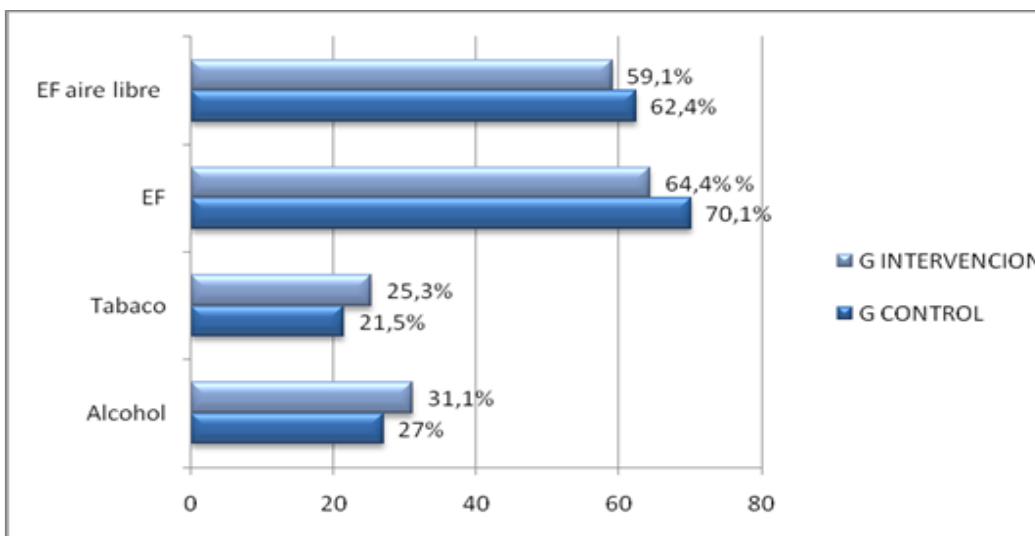


Gráfico 5. Estilos de Vida: Consumo de alcohol, consumo de tabaco, realización de ejercicio físico y actividad física realizada al aire libre en las dos ramas del estudio.

En los parámetros nutricionales observamos que la Ingesta de calcio, es similar en ambos grupos de estudio. Está medida en miligramos día con una media de 1088,2 en el GC y 1081,6 en el GE ( $p=0,70$ ). El resto de datos quedan representados en el gráfico 6. En La ingesta de vitamina D (ver gráfico 7) no encontramos diferencias estadísticamente significativas ( $p=0,116$ ). Las medias de ingestas son de 447,3UI/día en el GC y de 489UI/día en el GE. La ingesta de sodio (ver gráfico 8) es similar en ambos grupos: el GC consume una media de 12,5 grs/día y el GE 12,3 grs/día ( $p= 0,667$ ). Los siguientes gráficos muestran la distribución de las diferentes ingestas

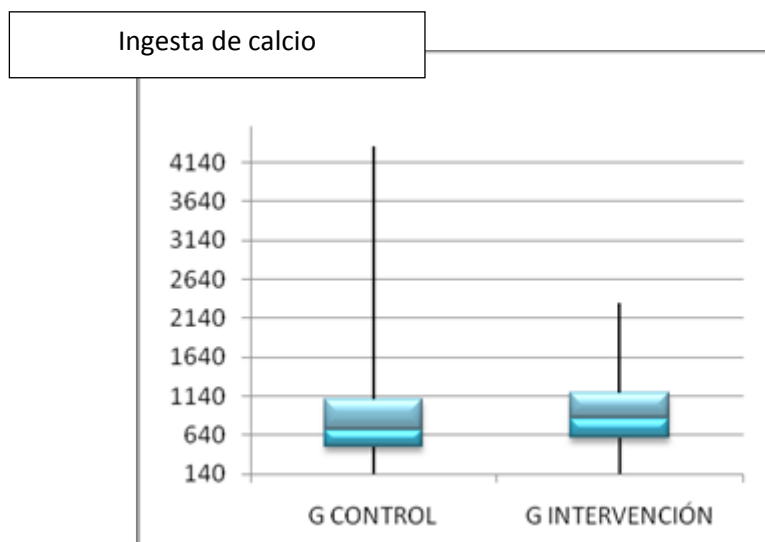


Gráfico 6. Ingesta de calcio en ambos grupos

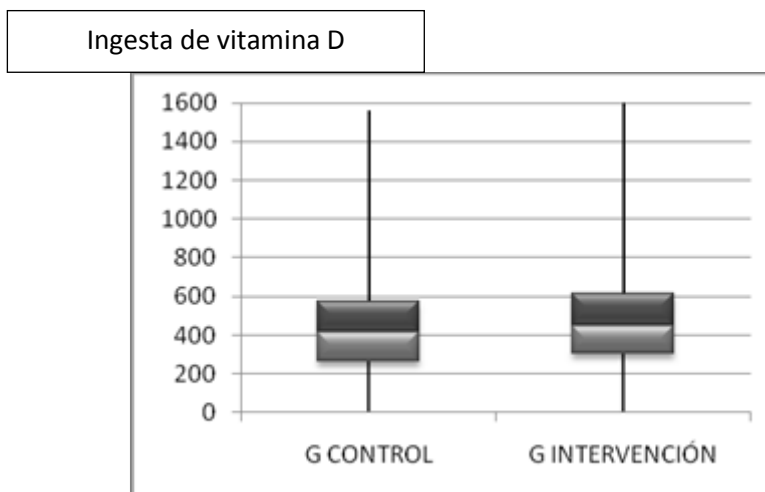
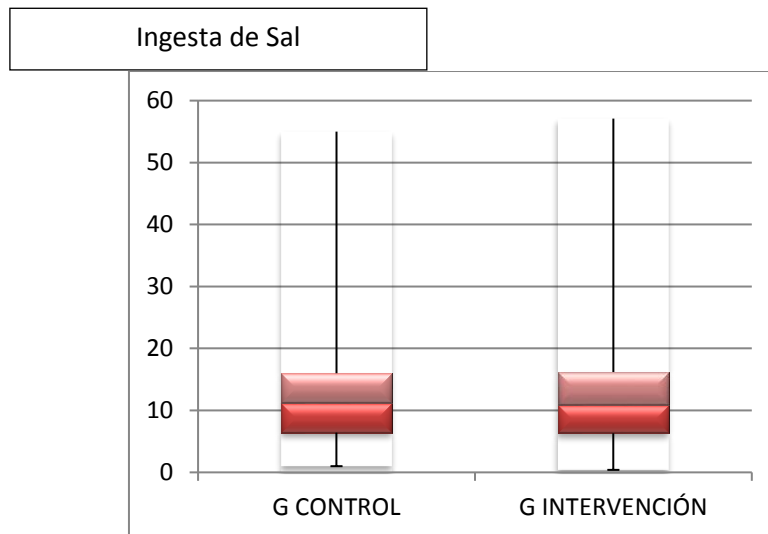


Gráfico 7. Ingesta de Vitamina D en ambos grupos.



*Gráfico 8. Ingesta de sal en ambos grupos.*

Los parámetros nutricionales han sido analizados con la prueba de Mann-Whitney.

#### **DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES**

Se compararon los datos en ambos grupos (GC y GE) y no se observaron diferencias estadísticamente significativas en la mayor parte de las variables del estudio lo que confirma la homogeneidad de ambas ramas del estudio. Es importante la comparabilidad inicial en variables como edad, estilos de vida y síntomas climatéricos porque la intervención del ECA va a incidir fundamentalmente sobre estas variables. La homogeneidad de los dos grupos garantiza que el efecto de la intervención no se vea afectado por otros factores no controlados.

Este proyecto nos permitirá identificar las necesidades de salud y estilos de vida de las mujeres de nuestra muestra, conocer la práctica habitual en este grupo poblacional y las posibilidades de intervenciones de enfermería disponibles en el ámbito comunitario.

#### **BIBLIOGRAFIA**

1. Félix Millán Rodríguez -Actas Urológicas Españolas 2009; 33(6):654-666
- 2- Eduardo Lazcano-Ponce, Eduardo Salazar-Martínez, Pedro Gutiérrez-Castrellón, Angélica Angeles-Llerenas, Adolfo Hernández-Garduño, José Luis Viramontes. Ensayos clínicos aleatorizados: variantes, métodos de aleatorización, análisis, consideraciones éticas y regulación. salud pública de México / vol.46, no.6, noviembre-diciembre de 2004
- 3-López Santos M, García Padilla FM, Toscano Márquez, T, Contreras Martín A. Análisis de los estilos de vida de la mujer climatérica: un componente esencial en el estudio de las necesidades educativas. Enferm clin. 2005;15(4):213-9
- 4- Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición, Ministerio de Sanidad y consumo. Estrategia para la nutrición, actividad física y prevención para la obesidad (NAOS).Madrid, 2005.



**ID380:**
**TALLERES EDUCATIVOS Y PARTICIPATIVOS PARA POBLACIÓN ADULTA DE HÁBITOS SALUDABLES. COMO ELABORAR Y COCINAR UNA DIETA SANA, RICA Y FÁCIL**

Encarnación Tornay Muñoz<sup>1</sup>, María Prieto Marcos<sup>1</sup>, Julia Cano Carrascosa<sup>1</sup>, Aránzazu González Valls<sup>1</sup>, Raquel Calvillo Bustamante<sup>1</sup>, Julita Merino Llorente<sup>1</sup>, Carmen Martínez Palomo<sup>1</sup>, Ángela Checa Sanz<sup>1</sup>

Centro de salud Juncal. Área Este. Madrid

[encar18@hotmail.com](mailto:encar18@hotmail.com)

**RESUMEN**
**INTRODUCCIÓN**

En la Semana de Salud de nuestro municipio, participamos con Talleres de Cocina Cardiosaludable. Dando lugar a nuestro proyecto de promoción de salud.

**OBJETIVOS**

Realizar talleres teóricos-prácticos (población adulta), enseñar a elaborar/cocinar menús saludables/fáciles, fomentar prevención riesgos, conocimientos saludables. Evaluarlos.

**DESARROLLO**

Talleres teórico-práctico-interactivo, población adulta: centro salud, asociaciones, ayuntamiento... 3-5 sesiones/1hora. Docentes: 3-4 enfermeras. Pre-Post Test conocimientos. Temario adaptado: Aspectos básicos enfermedad cardiovascular y otras, factores riesgos, elaborar/cocinar menús-recetas-trucos-combinar alimentos, lectura etiquetas, y aspectos físico-psico-emocionales saludables.

**RESULTADOS**

Septiembre 2013 - Octubre 2016. 9 talleres. 3 sesiones /taller. 75 minutos/sesión. Practica-interactividad. 162 personas. Docentes: 3 enfermeras/taller. Temarios adaptados: cardiovascular, diabetes, hipertensión, inmigración, ...

**Pre-Test**

Hábitos saludables: 44,44% conocen. 26,54% clasifican alimentos. Ejercicio físico: 44,44% conocen beneficios. 37,82% conocen 4 factores riesgo cardiovascular.

**Post-Test**

Hábitos saludables: 88,89% conocen. Clasificación alimentos: 90,12% adecuadamente. Ejercicio físico: 86,46% conocen beneficios, Factores riesgo cardiovascular: 87,65% conocen 4.

**CONCLUSIONES**

Objetivos cumplidos, Aumentan conocimientos. Satisfacción óptima. Resultados gratificantes, realizaremos refuerzos anualmente.

**ABSTRACT**
**INTRODUCTION**

In the Health Week of our municipality, we participated with kitchen workshops Healthy-heart. Giving place to our health promotion project.

**OBJECTIVES**

Perform theoretical-practical workshops (adult population), to teach elaborate/ cooking healthy menus/easy, promote risk prevention, healthy knowledge. Evaluate.

**DEVELOPMENT**

Theoretical-practical-interactive workshops, adult population: health center, associations, town hallcenters, ... 3-5 sessions/1 hour. Teachers: 3-4 nurses. Pre-Post Test knowledge. Adapted temary: Basic aspects Healthy-heart and other diseases, risk factors, elaborate/cooking menus-recipes-tricks-combine foods, reading labels, healthy physical-psycho-emotional aspects.

**RESULTS**

September 2013-October 2016. 9 workshops. 3 sessions/workshop. 75 minutes/session. Practice-interactivity. 162 people. Teachers: 3 nurses/workshop. Adapted temary: Healthy-heart, diabetes, hypertension, immigration, ...

**Pre-Test:**

Healthy-habits: 44.44% know. 26.54% classified foods. Physical exercise: 44.44% know benefits. 37.82% are aware of 4 cardiovascular risk factors. **Post-Test:**

Healthy-habits: 88.89% know. Food classification: 90.12% properly. Physical exercise: 86.46% know benefits, Healthy-heart risk factors: 87.65% know 4.

**CONCLUSIONS**

Objetives fulfilled, Increase knowledge. Optimal satisfaction. Gratifying results, we will carry out reinforcements annually.

**PALABRAS CLAVE**

PREVENCION PRIMARIA, HÁBITOS ALIMENTICIOS, CULINARIA.

PRIMARY PREVENTION, FOOD HABITS, COOKING

**INTRODUCCIÓN/PRESENTACIÓN**

La OMS publicó en 1986 la primera edición de este glosario<sup>1</sup> de términos de promoción de la salud a modo de orientación para los lectores de sus documentos y publicaciones, con el propósito de aclarar el significado y la relación entre los numerosos términos cuyo uso no estaba generalizado por aquel entonces. Aquella primera edición del glosario fue traducida a varios idiomas (francés, español, ruso, japonés, e italiano), habiendo sido ampliamente utilizados, tanto dentro como fuera de la OMS, los términos en él definidos. Este glosario<sup>1</sup> fue adaptado y reeditado en alemán en 1990.

Muchas cosas han ocurrido desde la publicación del glosario. Cabe destacar que, en octubre de 1986 se celebró en Ottawa (Canadá), la Primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, que dio lugar a lo que hoy se conoce como la **Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud**.<sup>2,3,4</sup> A esta conferencia siguieron otras que examinaron los temas más destacados tratados en la **Carta de Ottawa** sobre una política pública saludable (Adelaide, 1988), y sobre entornos que apoyan la salud (Sundsvall, 1991). Dichas conferencias han constituido una gran aportación a nuestra comprensión de las estrategias de promoción de la salud y a su aplicación práctica, al tiempo que se prestaba más atención a las cuestiones relevantes para los países en desarrollo.

**La Cuarta Conferencia sobre Promoción de la Salud**<sup>5,6</sup>, *Nuevos Actores para una Nueva Era: Guiando la Promoción de la Salud hacia el Siglo XXI*, celebrada en Yakarta (Indonesia), en julio de 1997, constituyó un paso más en este sentido. En ese momento el Ministerio de Sanidad y Consumo consciente de su importancia tradujo y difundió esta declaración.

En aquella conferencia se presentó el Glosario<sup>1</sup> que fue publicado en 1998 en versión original inglesa y que sin duda es una herramienta más que nos permite el desarrollo de estrategias y acciones prácticas de promoción de la salud con el rigor suficiente para evaluar su eficacia.

En el siglo XXI, la promoción de la salud debe seguir siendo una estrategia fundamental para ganar salud. Esta "nueva era" que se caracteriza por la importancia de los factores transnacionales, el comercio internacional y las tecnologías de comunicación; necesita útiles como este glosario que permitan la comunicación a pesar de nuestra diversidad cultural y lingüística.

Según la **Carta o Conferencia de Ottawa (Ginebra, OMS1986)**<sup>2,3,4</sup>, se define como el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla.

Cualquier actitud, recomendación, o intervención que haya demostrado su capacidad para mejorar la calidad de vida de las personas o de disminuir su morbimortalidad es, en sí misma, una medida de promoción de la salud.

La promoción de la salud subraya la educación sanitaria, el asesoramiento y las condiciones favorables de vida.

Debe ser una labor fundamental de los profesionales de enfermería que, a menudo establecen un vínculo de comunicación con los pacientes más intenso que el de otros profesionales sanitarios.

Las actividades de prevención y promoción de la salud son parte integrante de la Atención Primaria. La existencia de patologías crónicas relacionadas con factores de riesgo derivados de modos de vida no saludables ha incrementado la importancia de este grupo de actuaciones sanitarias.

Los distintos planes de salud elaborados por un número cada vez mayor de instituciones sanitarias españolas contemplan, como elemento fundamental, el desarrollo de actividades preventivas y de promoción de la salud y las integran con las asistenciales en el trabajo cotidiano del Equipo de Atención Primaria.

La prevención se centra en desarrollar medidas y técnicas que puedan evitar la aparición de la enfermedad. Implica realizar acciones anticipadoras frente a situaciones indeseables, con el fin de promover el bienestar y reducir los riesgos de enfermedad.

Las actividades de prevención primaria son el conjunto de actuaciones dirigidas a impedir la aparición o disminuir la probabilidad de padecer una enfermedad determinada.

Su objetivo será disminuir la incidencia de la enfermedad. Desde una vertiente más amplia, saludable, también incluye las actividades que buscan el desarrollo de las potencialidades físicas, psíquicas y sociales en individuos y comunidades.

#### **Los Objetivos Estratégicos de la OMS en la Región de Europa:<sup>7</sup>**

6. **Promover la salud** y el desarrollo, y **prevenir o reducir los factores de riesgo** para problemas de salud asociados al consumo de tabaco, alcohol, drogas y otras sustancias psicoactivas, a dietas no saludables, a inactividad física y a prácticas sexuales de riesgo.

9. **Mejorar la nutrición**, la inocuidad de los alimentos y la seguridad alimentaria en todo el ciclo de vida y en apoyo de la salud pública y el desarrollo sostenible.

El **ejercicio regular**, como caminar, andar en bicicleta o bailar no sólo hace sentirse bien, sino que tiene importantes beneficios para la salud. **Reduce el riesgo de enfermedad cardiovascular, diabetes y algunos tipos de cáncer, ayuda a controlar el peso y contribuye al bienestar mental.** Al contrario, la inactividad física es uno de los principales factores de riesgo para la salud y las estimaciones le atribuyen un millón de muertes al año en la Región Europea de la OMS.

La carga de enfermedad asociada con la mala nutrición sigue creciendo en la Región Europea de la OMS. La mala alimentación, el sobrepeso y la obesidad contribuyen a una gran proporción de las enfermedades no transmisibles, incluyendo enfermedades cardiovasculares y cáncer, las dos principales causas de mortalidad en la Región.

La Estrategia Mundial de la OMS<sup>7</sup> sobre Dieta, Actividad Física y Salud proporciona a los Estados Miembros un mandato político para iniciar o expandir sus acciones para contener las enfermedades crónicas y la obesidad, abordando dos principales factores de riesgo, a saber, la inactividad física y la dieta.

En el Plan de Acción Europeo de la OMS<sup>7</sup> para la Política Alimentaria y Nutrición 2007-2012, establece metas y objetivos para los diversos problemas de salud e identifica seis áreas de actuación integrada, en los distintos Estados Miembros y a nivel regional:

- Apoyar un comienzo saludable.
- Garantizar un suministro sostenible de alimentos seguros y sanos,
- Proporcionar información completa y educación a los consumidores,
- Llevar a cabo una acción integrada para abordar los determinantes relacionados, tales como la actividad física, el consumo de alcohol y de agua potable y el medio ambiente.
- Fortalecer de la nutrición y la seguridad alimentaria en el sector de la salud;
- Realizar el seguimiento, evaluación e investigación.

La Promoción de la salud y prevención, es labor de todos. Nuestro Centro de Salud participó en una Intervención Comunitaria, coincidiendo con la Semana de la Salud de nuestro municipio, realizando un Taller de Cocina y Hábitos Saludables, práctico e interactivo, orientado al fomento de una alimentación equilibrada, variada y moderada, enseñar a configurar una dieta cardiosaludable a través de recetas de cocina saludable y fáciles, y a promocionar hábitos que prevengan el riesgo de padecer una enfermedad cardiovascular<sup>8,9,10</sup>, Fomentar la práctica regular de la actividad física, y también fomentando acudir regularmente a las consultas de enfermería de sus centros de salud, donde se realizarán intervenciones de prevención y promoción de salud adecuadas y personalizadas para cambios de actitudes hacia hábitos y estilos de vida saludables.

Así que tras el éxito obtenido, donde tuvimos una participación masiva, casi 90 personas y a demanda de ciudadanos decidimos organizar en nuestro centro una actividad de EpSalud que también obtuvo resultados muy satisfactorios.

Todo ello nos lleva a realizar un proyecto de continuidad en la línea de Promoción y Prevención de salud y realizarlo a lo largo del año al menos en 3 o 4 talleres (trimestral), bien en nuestro centro o cualquier otra entidad o asociación de salud que nos la demande.

Taller teórico-práctico e interactivo, dirigido a la población adulta en general en el que se enseñara a configurar una alimentación cardiosaludable a través de recetas de cocina y a promocionar hábitos de vida saludables fomentando la prevención y promoción de salud.

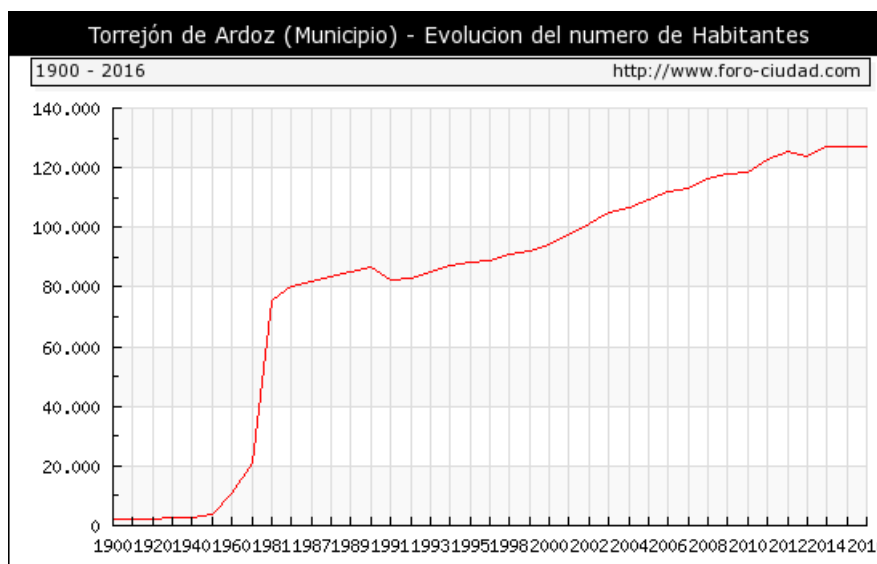
Los últimos años han sido el periodo en el que se ha registrado un mayor crecimiento poblacional<sup>11,12,13</sup>, sobre todo del año 2010 al 2011, pasando de 118.441 a los 122.589 habitantes, lo que significa un incremento de 4.148 vecinos en tan sólo un año. De esta forma, Torrejón ocupa el puesto 54 en el orden de las ciudades más pobladas de España y la octava dentro de la Comunidad de Madrid detrás de la capital, Móstoles, Alcalá de Henares, Fuenlabrada, Leganés, Getafe y Alcorcón y por delante de Parla y Alcobendas.

El censo municipal de Torrejón<sup>11,12,13,14,15</sup> supera ya los 125.000 habitantes. En concreto con fecha 1 de enero de 2015 el número de vecinos residentes en la ciudad alcanzaba los 129.269 habitantes. Y el año 2016 con un total de 133.944 habitantes<sup>GRAFICA 1</sup>, de los cuales 25.299 son de origen extranjero, lo que representa un 18,89% del total de la población. En la actualidad, son 25.299 los extranjeros residentes<sup>GRAFICA 2</sup>, representando el 18,89% del total de la población de Torrejón de Ardoz. Una cifra inferior a la de otras grandes ciudades madrileñas como Arganda (24,68%), Parla (23,63%), Coslada (21,79%), Collado Villalba (20,23%) o Alcalá de Henares (19,09%) entre otras, según datos del último informe de población extranjera del Observatorio de la Inmigración de la Comunidad de Madrid.<sup>12,13,14</sup>

A modo de comparativa anual, en diciembre de 2015, constaban empadronados un total de 131.830 vecinos en el municipio, lo que supone un incremento del 1,6% con respecto al cierre del año anterior. La población nacional aumenta en los últimos 12 meses en un total de 1.547 empadronados, representando un incremento de cerca de un 1,17% sobre el total de población en la ciudad.

Hace más de 100 años la población de Torrejón de Ardoz no superaba los 1.900 habitantes. Sin embargo, con fecha 1 de enero de 2013 el censo registra una población de 123.761 habitantes, de los cuales 61.611 eran varones y 62.150 mujeres. Además, cuenta con una población eminentemente joven, seguido del grupo de población comprendida entre los 20 y 35 años. Asimismo, un análisis más pormenorizado muestra que el mayor incremento de nuevos residentes se da entre las mujeres y los vecinos procedentes de otros municipios españoles que eligen la ciudad de Torrejón como su lugar de residencia.

El crecimiento demográfico <sup>GRAFICA 1</sup> de la ciudad ha sido una constante a lo largo de la última década<sup>11,12,13,14,15</sup>. Una cifra que ha ido en un incremento continuo hasta superar la barrera de los 120.000 habitantes. En este sentido, en los últimos cuatro años ha sido el periodo en el que se ha registrado un mayor crecimiento poblacional, sobre todo del año 2010 al 2011, pasando de 118.441 a los 122.589 habitantes, lo que significa un incremento de 4.148 vecinos en tan sólo un año.



**Grafica 1 estadística población**

Este proyecto es un estudio prospectivo, con realización de talleres educativos teórico práctico participativo interactivo. Población diana: personas adultas de nuestro municipio. Lugar de realización: centro de salud, asociaciones y entidades relacionadas con la salud de nuestro municipio. Captación:

carteles informativos y agendas de la aplicación informática de nuestro centro de salud.

Asistentes: 6-20 personas/taller, clima grupal cálido, 3-5 sesiones/1hora, según lugar y condiciones permitidas.

Docentes: 3-4 enfermeras.

Pre-Post

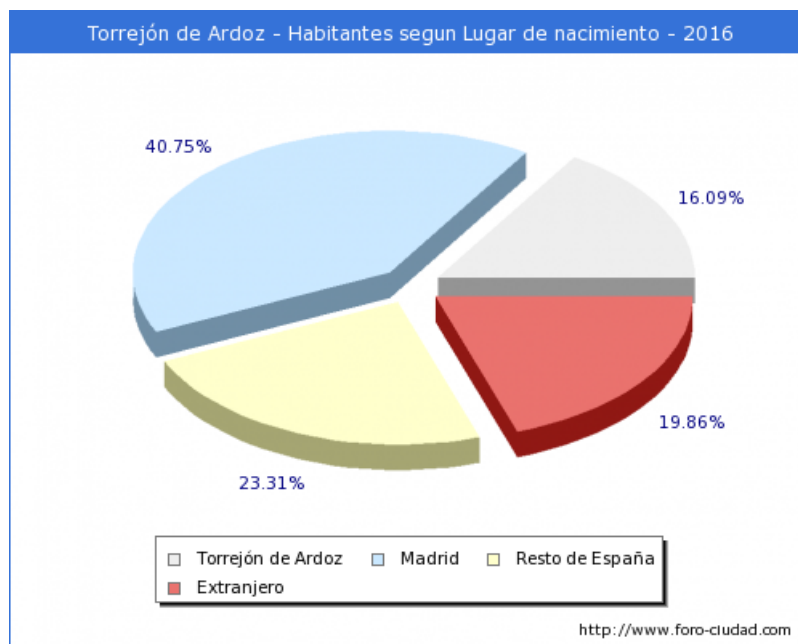
Test semiestructurado.

Encuesta satisfacción.

Elaboración de la documentación a entregar.

Temario adaptado<sup>16 al 31</sup>: Aspectos básicos enfermedad cardiovascular u otras<sup>8,9,10</sup>, factores de riesgos, prevención, elaborar menús, recetas, trucos, combinar alimentos, lectura etiquetas, webs de interés, estilos de vida saludable, actividad física, aspectos fisico-psico-emocionales. Se tendrán en cuenta también la alimentación de diferentes culturas inmigrantes del municipio.

Practica-interactividad: recetas cardiosaludable, elaboración de menús y cocina en directo en la medida de lo posible.



**Grafica 2 estadística población e inmigración**

### **OBJETIVOS (DE LA EXPERIENCIA)**

#### **Objetivo General:**

Realizar talleres teóricos-prácticos dirigidos a población adulta, enseñar a elaborar y cocinar menús saludables y fáciles, fomentar la prevención de riesgos, conocimientos saludables. Evaluarlos.

Ayudar a mejorar el estilo de vida de las personas de nuestra zona básica de salud y municipio.

Los participantes en el taller adquirirán conocimientos y habilidades para mejorar sus auto-cuidados y cambios de actitudes hacia hábitos y estilo de vida saludable.

#### **Objetivos Específicos:**

Fomentar y sensibilizar a la población sobre los hábitos saludables y actividad física (Prevención y Promoción de Salud).

Enseñar a configurar una dieta cardiosaludable a través de recetas de cocina y a promocionar hábitos saludables que prevengan el riesgo de padecer una enfermedad cardiovascular u otras enfermedades adversas.

Fomentar la consulta de enfermería para prevención y promoción de salud.

Fomentar estrategias para cambios de actitudes y estilos de vida saludable, alimentación sana y equilibrada y actividad física.

Despertar interés por estilos de vida saludable.

**Área de conocimientos:**

Las personas que participen en el taller:

Aprenderán e identificarán los factores físico-psico-sociales del riesgo cardiovascular.

Aprenderán e identificarán los hábitos saludables y cambios de actitudes.

Aprenderán e identificarán el modo de cocinar de forma saludable, a través de recetas de cocina y a promocionar hábitos de vida saludables que prevengan el riesgo de padecer enfermedades.

Aprenderán a conocer la importancia de cocinar sano y combinar alimentos para una alimentación saludable, equilibrada y adaptada a sus gustos y necesidades.

Identificarán la importancia y beneficios de la actividad física (intensidad, frecuencia y tiempo).

Mejorarán y/o aumentarán los conocimientos sobre salud y prevención.

Conocerán la importancia de una alimentación saludable y actividad física para la mejora y prevención de la salud.

**Área de actitudes:**

Los participantes en el taller expresarán las dificultades en conseguir los objetivos de auto-cuidados planteados y como poder cambiarlas.

**Área de habilidades:**

Los participantes del taller sabrán:

Como elaborar menús saludables, equilibrados y adaptados a sus necesidades.

Como combinar alimentos y método de cocinado saludable a través de recetas de cocina fáciles y amenas.

Como elaborar la lista de la compra.

Como elaborar y o cambiar distintas actividades físico-psico-social adaptadas a sus capacidades, aptitudes y actitudes.

Como, cuando, cuanto y qué tipo de actividad física realizar.

**DESARROLLO**

Talleres teóricos-prácticos de cocina y hábitos saludables dirigido a la población adulta en general de nuestro municipio.

El taller se realizará en nuestro centro de salud, asociaciones y/o entidades relacionadas con la salud de nuestro municipio, que nos lo soliciten, con el objetivo de enseñar a configurar una dieta cardiosaludable a través de recetas de cocina y a promocionar hábitos de vida saludable que prevengan el riesgo de padecer una enfermedad cardiovascular o cualquier otra enfermedad. Actividad física y psico-emocional. Se tendrán en cuenta la alimentación y actividades de las diferentes culturas de la población inmigrante.

**Actividades y Técnicas:**

Presentación de los ponentes y del grupo.

Resumen en cada sesión y de la sesión anterior.

Pre-Post Test de conocimientos.

Encuesta de satisfacción.

Guía del Observador.

**Recursos:** Tormentas de ideas, parrilla, rol-play, videos, música, dibujos, presentación en power point animada e interactiva.

**Temario<sup>16a/31</sup>:** Aspectos básicos sobre la importancia de la enfermedad cardiovascular u otra enfermedad, factores de riesgos y prevención de los mismos, decálogo saludable, dieta mediterránea, elaboración de menús de alimentación saludable, consejos, recomendaciones, como combinar alimentos (recetas,...), lista de la compra, actividad física y psico-emocional, páginas de interés en la web y bibliografía, documentación de interés.

Auto cuidados y gastronomía, fomento de cambio de estilos de vida y actividad física. Auto cuidados en aspectos psico-emocionales.

Practica e interactividad con recetas cocina saludable y elaboración en directo.

3 reuniones para coordinar la intervención, formación del grupo, reparto de tareas, cambios, puesta en común, y 1 reunión para la evaluación.

### Estructura y Proceso:

El lugar en la sala de reuniones de nuestro centro de salud, o sala de otra entidad o asociación de salud. La captación se realizará con carteles informativos (fechas, horario, lugar y donde poder registrarse), tanto en el centro de salud como información en consultas de enfermería y medicina varias semanas previas al taller. También en agenda de captación en el centro de salud.

Entre 2 y 4 educadores, que se van alternando, educador y observador. Durante las sesiones se irá realizando la guía de observador y los profesionales irán rotando de observadores a docentes.

Asistentes mínimo 6 y máximo 16 personas, clima grupal cálido y sin ruidos externos, entre 3 y 5 sesiones, según el lugar y las condiciones lo permitan.

Pre-Test y Post-Test de conocimientos, encuesta de satisfacción y guía del observador.

Materiales: Audiovisuales (ordenador, cañón proyector, presentación power point, música, altavoces, videos), dibujos, papel, bolígrafos, rota folio o pizarra, tizas o rotuladores, alimentos, especias y todo aquello necesario para elaborar las recetas, etiquetas de alimentos, material práctico (utensilios como cuchara, cazo, otras medidas, utensilios de cocina -parrilla grill, microondas, batidora, etc..., ó bien adaptarlo a lo que se tenga donde se vaya a realizar, incluso llevar las recetas y menús ya preparadas, si no es posible hacerlo in situ por el lugar y tiempo disponible, explicando paso por paso como realizarlos, documentación para entregar en cada sesión, pre-post test de conocimientos, encuesta de satisfacción, guía del observador.

1ª Sesión: Agradecimientos por la asistencia, presentación de educadores y grupo y etiquetas con el nombre. Realización de pre-test conocimientos. Temario de la sesión: Factores de riesgo cardiovascular. Hábitos saludables para prevención y promoción de salud. Dieta mediterránea. Tormentas de ideas, parrilla, rol-play, imágenes, dibujos, presentación power point. Breve resumen al final y entrega de documentación de la sesión.

2ª Sesión: Etiquetas con el nombre. Breve resumen de sesión anterior. Temario: Técnicas culinarias, reglas de oro, como comprar. Como elaborar menús cardiosaludable, mitos, errores y verdades. Dietas milagros. Tormentas de ideas, parrilla, rol-play, imágenes, dibujos, presentación power point. Al final breve resumen y entrega de documentación de la sesión.

3ª Sesión: Etiquetas con el nombre. Breve resumen de sesión anterior. Temario: Actividad física, psico emocional. Documentación, bibliografía y páginas de internet de interés (donde y como buscar con garantías y seguridad). Fomento de la consulta de enfermería. Breve resumen y entrega de documentación de la sesión.

4ª Sesión: Etiquetas con el nombre. Breve resumen y entrega de documentación de la sesión. Temario: Teórico-práctico de cocina saludable, elaboración de menús prácticas, sencillas y fáciles. Tormentas de ideas, parrilla, rol-play, imágenes, dibujos, presentación power point. Post-test de conocimientos. Encuesta de satisfacción. Agradecimientos.

Las sesiones de los talleres se adaptarán según tiempo y lugar.

### **RESULTADOS**

Septiembre 2013- Octubre 2016. Paquete analítico: PSPPIRE.

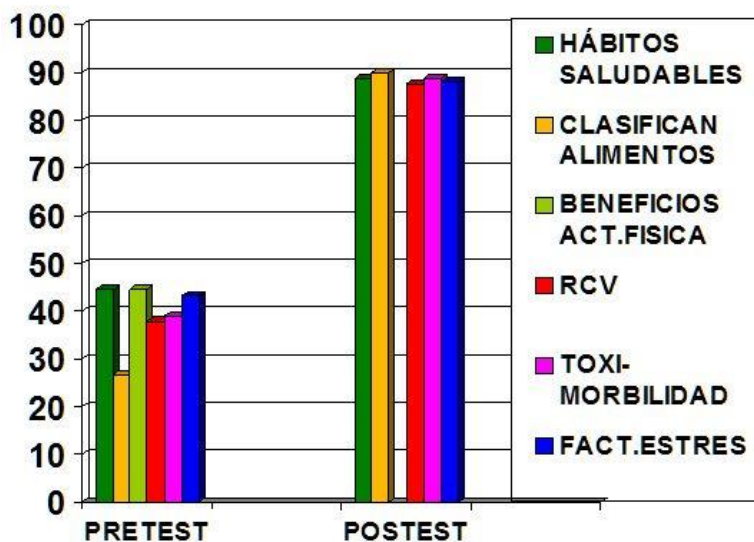
9 talleres realizados. Clima cálido. 3 sesiones /taller. 75 minutos/sesión 162 personas. Asistencia media/taller 17. Ratio 9-23 personas/taller. Docentes: 3 enfermeras/taller. Temarios adaptados a demanda: cardiovascular, diabetes, hipertensión, insuficiencia renal, esclerosis, inmigrantes, ...

### Pre-Test <sup>IMAGEN 1</sup>

Hábitos saludables: 44,44% conocen. 41,97% no conocen. 13,59% no contesta. 43,2% conocen factores de estrés. 56,8% no saben. 26,54% clasifican alimentos adecuadamente. 25,93% no contestan. 47,53% incompleto. 44,44% conocen beneficios de actividad físico. 55,56% no hacen. 44,44% realizan. 38,9% asocia hábitos tóxicos a morbimortalidad. 26,54% no contesta. 34,56% no saben. 37,82% conocen 4 factores de riesgo cardiovascular. 43,70% no saben. 18,48% conocen 1 factor.

Post-Test **IMAGEN 1**

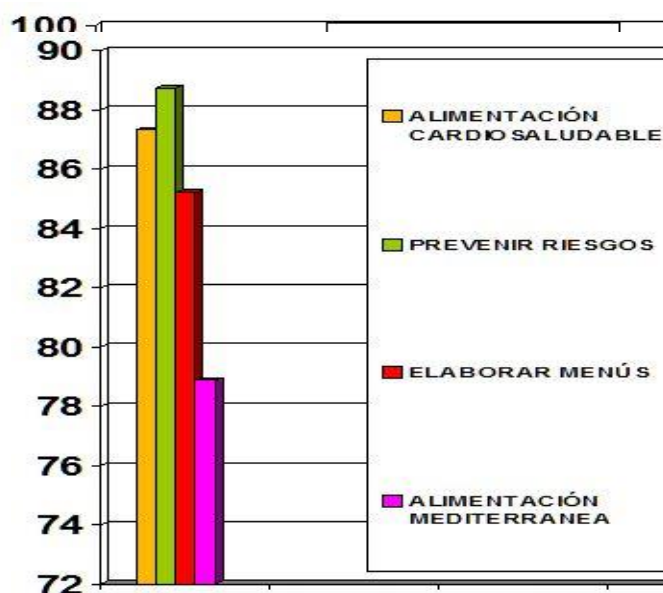
Hábitos saludables: 88,89% conocen. 11,11% no contestan. Factores de estrés: 88,27% conocen. 11,73% algunos. Clasificación de alimentos: 90,12% adecuadamente. 9,88% incompletos. Actividad física: 86,46% conocen beneficios, 13,58% no contesta. 51,43% realizarán. 48,57% realizan. Factores de riesgo cardiovascular: 87,65% conocen 4. 6,79% conoce 3. 5,56% conoce 2. 88,89% asocia hábitos tóxicos a morbimortalidad. 11,11 no contesta.



**IMAGEN 1: PRE-POST TEST CONOCIMIENTOS**

Encuesta de satisfacción **IMAGEN 2,3**

Interés: 90,12% mucho. 9,88% bastante . Aprendizaje: 89,51% cosas útiles. 10,49% algunas y otras sabían. Temario: marcan varios. 12,35% todos. 87,32% alimentación cardiosaludable. 88,73% Enfermedad, prevenir riesgos. 85,21% elaborar menús. 78,87% dieta mediterránea. Modificarían: 77,16% nada. 18,52% nº sesiones. 4,32% horario. Duración: 75,31% adecuada. 24,69% corta. Puntuación ponentes 9,5. Documentación entregada: muy útil 90,74%. 9,26% útil. Participación 94,44%.



**IMAGEN 3: ENCUESTA DE SATISFACCIÓN**



## CONCLUSIONES

Objetivos cumplidos ampliamente, sobre todo se despertó el interés por estilos de vida saludable y se fomentó el acudir a las consultas de enfermería.

Se promovió los hábitos saludables, la prevención y promoción de la salud.

Asistencia mayor de la esperada, muy participativo, mucho interés por adquirir conocimientos: enfermedades, preventivos y promoción de salud. Aumentan conocimientos. Satisfacción óptima. Los recursos materiales resultaron adecuados.

Las sesiones se prolongaron en tiempo, pues los talleres se realizaron de 3 sesiones. Por esto nos hemos planteamos que en los sucesivo realizarlos en 4 sesiones como teníamos prevista en la medida que nos sea posible.

Hemos observado que algunas personas habían intervenido en talleres anteriores, en un próximo estudio los evaluaremos y realizaremos talleres de refuerzos cada cierto tiempo.

Aplicable para cualquier enfermedad y por supuesto como Prevención y Promoción de Salud.

Como conclusión final, los talleres obtuvieron resultados muy gratificantes.

Y como futuro inmediato, seguiremos realizando los talleres en nuestro centro u otras entidad que nos lo solicite a lo largo del año, dada la demanda que han tenido, pacientes que no pudieron asistir y también algunos de los que asistieron, continúan demandándolo y poder realizarlo de nuevo. También que pacientes de otros centros de salud también tengan la oportunidad y puedan acudir al abrir una agenda compartida en la aplicación informática de nuestra Comunidad.

Este proyecto está pendiente de validación para subirlo a la Biblioteca de Atención Primaria de la Comunidad, y así puedan utilizarlos todos los Centros de Salud, pudiendo ser adaptando a cualquier necesidad y actividad de intervención comunitaria.

## BIBLIOGRAFÍA

1. <https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosario.pdf>
2. [http://www.famp.es/racs/intranet/otras\\_secciones/documentos/CARTA%20DE%20OTTAWA.pdf](http://www.famp.es/racs/intranet/otras_secciones/documentos/CARTA%20DE%20OTTAWA.pdf)
3. <http://www.fmed.uba.ar/depto/toxico1/carta.pdf>
4. <http://mpsp.webs.uvigo.es/rev01-1/Ottawa-01-1.pdf>
5. <https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/glosario/yakarta.htm>
6. [ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/dgps/documentos/doc\\_inter/declaracion\\_de\\_yakarta\\_97.pdf](ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/dgps/documentos/doc_inter/declaracion_de_yakarta_97.pdf)
7. <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheaderna me1=Content-disposition&blobheaderna me2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DObjetivo11.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DPortalSalud&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352875143366&ssbinary=true>
- 8.-Graham I, et al. Guías de práctica clínica sobre prevención de enfermedad cardiovascular: versión resumida. Rev.Esp.Cardiol 2008; 61:82.e1-49.
- 9.-Martínez-Hervás Sergio. Perímetro cintura y factores riesgo cardiovascular. Revista Española Obesidad. Vol.6.Núm.2. 2008(97-104).
- 10.-Valoración y tratamiento riesgo cardiovascular. Guía clínica basada en la evidencia. Junta de Castilla-León. Gerencia Regional de Salud; 2008.
- 11.-<http://www.ayto-torrejon.es/plantilla.asp?nPagina=1&ccClave=31>
12. [http://www.madrid.org/cs/Satellite?pagename=PortalInmigrante/Page/INMI\\_pintarContenidoFinal&cid=1142340982052](http://www.madrid.org/cs/Satellite?pagename=PortalInmigrante/Page/INMI_pintarContenidoFinal&cid=1142340982052)
13. <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheaderna me1=Content-disposition&blobheaderna me2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DInforme+de+poblaci%C3%B3n+extranjera+empadronada+en+la+C.M.+Enero+2016.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DPortalInmigrante&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352904963383&ssbinary=true>

14. [http://www.madrid.org/cs/Satellite?pagename=PortalInmigrante/Page/INMI\\_pintarContenidoFinal&cid=1142340982052](http://www.madrid.org/cs/Satellite?pagename=PortalInmigrante/Page/INMI_pintarContenidoFinal&cid=1142340982052)
15. <http://www.foro-ciudad.com/madrid/torrejon-de-ardoz/mensaje-11461332.html>
16. [http://www.escueladepacientes.es/ui/aula.aspx?stk=Espacios\\_Transversales/Cocinar\\_rico\\_y\\_sano](http://www.escueladepacientes.es/ui/aula.aspx?stk=Espacios_Transversales/Cocinar_rico_y_sano)
17. <http://cocinar-ricoysano.blogspot.com.es/2012/11/la-crisis-amenaza-la-dieta-mediterranea.html>
18. <http://cocinar-ricoysano.blogspot.com.es/search/label/Alimentaci%C3%B3n%20equilibrada%3B%20pir%C3%A1mide%3B%20cena>
19. [http://www.sancyd.es/backoffice\\_web/archivos/documentos/g\\_al\\_med\\_ieamed%5b1%5d.pdf](http://www.sancyd.es/backoffice_web/archivos/documentos/g_al_med_ieamed%5b1%5d.pdf)
20. [http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142329321690&language=es&pageid=1156329829933&pagename=PortalSalud%2FPTSA\\_Generico\\_FA%2FPTSA\\_pintarGenerico&vest=1156329829929](http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142329321690&language=es&pageid=1156329829933&pagename=PortalSalud%2FPTSA_Generico_FA%2FPTSA_pintarGenerico&vest=1156329829929)
21. <http://www.uned.es/pea-nutricion-y-dietetica-l/guia/presentacion/index.htm>
22. <http://www.naos.aesan.msc.es/gl/naos/investigacion/publicaciones/publicacion00106.html>
23. <http://www.uned.es/pea-nutricion-y-dietetica-l/guia/enfermedades/index.htm?ca=n0>
24. <http://www.clubdelhipertenso.es/index.php/cocina-del-club>
25. <http://www.clubdelhipertenso.es/index.php/recetas-recomendadas>
26. <http://www.diabetesalacarta.org/>
27. <http://www.diabetesalacarta.org/recetarios-para-diabeticos/>
28. <http://www.diabetesalacarta.org/materiales/>
29. [http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet\\_recommendations/es/](http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_recommendations/es/)
30. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/>
31. [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029\\_spa.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spa.pdf?ua=1)

## La enfermería comunitaria ante la vulnerabilidad

ID97:

### PREVALENCIA DE FRAGILIDAD Y RIESGO DE CAÍDAS EN POBLACIÓN MAYOR DE 70 AÑOS DE LA ZONA BÁSICA DE SALUD DE SON PISÀ. RESULTADOS PRELIMINARES

Alba Lucas García<sup>1</sup>, M<sup>a</sup> Antonia Barceló Arroyo<sup>2</sup>, Susana González Torrente<sup>2</sup>, Nerea Tudela Galán<sup>1</sup>, Miquel Llobera Gost<sup>1</sup>.

(1) Residente de Enfermería Familiar y Comunitaria de la Unidad Docente Multidisciplinar de Mallorca.  
(2) Tutor de la Unidad Docente Multidisciplinar de Mallorca. Centro de salud Son Pisà.

[albalugarcia@gmail.com](mailto:albalugarcia@gmail.com)

#### RESUMEN

**Introducción:** La fragilidad y riesgo de caídas son entidades asociadas que requieren estrategias preventivas, diagnósticas y terapéuticas.

**Objetivos:** Determinar prevalencia de fragilidad en  $\geq 70$  años y la prevalencia de riesgo de caídas entre las personas independientes  $\geq 70$  años en el CS Son Pisà.

**Material y métodos:** Estudio transversal. Población:  $\geq 70$  años, (objetivo 1) y  $\geq 70$  años con Barthel  $\geq 90$ , (objetivo 2). Muestra. (1): 161 sujetos (IC95%, +/-5%); (2): 120 (IC95%, +/- 7.5%). Selección sistemática. Variables principales: Cribado de fragilidad ("Short Physical Performance Battery" (SPPB)), Riesgo de caídas (Downton, preguntas Ministerio). La información se recogió mediante entrevista

**Análisis de datos:** Análisis descriptivo. Contraste de las variables principales (chi-cuadrado). Se compararon prevalencias del riesgo de caídas con índice Kappa.

**Resultados:** 81 pacientes, 42 mujeres, media edad 76,8 (70-90). **Frágiles:** más frágiles las mujeres 67% ( $p=0,033$ ). **Riesgo de caídas:** escala del Ministerio las mujeres mayor riesgo 61% ( $p0,019$ ). Downton: 41% hombres y 59% mujeres (no diferencias significativas). Discordancia de -,155.

**Discusión y conclusiones:** La fragilidad y el riesgo de caídas son entidades prevalentes y requieren actuaciones que permitan su reversibilidad.

#### ABSTRACT

**Introduction:** Frailty and risk of falls are associated facts that require preventive, diagnostic and therapeutic strategies.

**Objectives:** To determine the prevalence of frailty in  $\geq 70$  years and the prevalence of risk of falls among independent individuals  $\geq 70$  years in CS Son Pisà.

**Material and methods:** Cross-sectional study. Population:  $\geq 70$  years, (objective 1) and  $\geq 70$  years with Barthel  $\geq 90$ , (objective 2). Sample. (1): 161 subjects (95% CI, +/- 5%); (2): 120 (95% CI, +/- 7.5%).

Systematic selection. Main variables: Short Physical Performance Battery (SPPB), Risk of falls (Downton, Ministry questions). The information was collected by personal interview

**Data analysis:** Descriptive analysis. Contrast of the main variables (chi-square). Kappa index prevalence of falls risk was compared.

**Results:** 81 patients, 42 women, mean age 76.8 (70-90). Fragile: more fragile women 67% ( $p = 0.033$ ). Risk of falls: Women's Ministry scale higher risk 61% ( $p0,019$ ). Downton: 41% men and 59% women (no significant differences). Discordance of -, 155.

**Discussion and conclusions:** Frailty and risk of falls are prevalent entities and require actions that allow their reversibility.

#### PALABRAS CLAVE

Anciano frágil, Accidentes por caídas, Short Physical Performance Battery, Atención Primaria de salud, Escala de Downton.

Frail elderly, Accidental falls, Short Physical Performance Battery, Primary Health Care, Downton Scale

## INTRODUCCIÓN

El aumento de la esperanza de vida de la población es uno de los mayores triunfos de la humanidad, sin embargo supone también un desafío económico así como social para los países desarrollados. La disminución de las tasas de fertilidad y un aumento de la longevidad son factores que están provocando el envejecimiento de la población mundial. (1)

Además de un aumento de los años de vida, se produce un aumento de la calidad de vida de las personas mayores, por lo que la Organización Mundial de la salud (OMS), realiza un replanteamiento del concepto envejecimiento, definiendo a finales de los 90 el envejecimiento activo como, “el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen.” (1)

Las políticas y los programas del envejecimiento activo evidencian la necesidad de fomentar el cuidado de la propia salud, los entornos adecuados para las personas de edad y la solidaridad intergeneracional.(2-3)E. En los artículos 58 y 67 del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento del año 2002 ( ) se propone que las acciones sanitarias de promoción de la salud deben centrarse en “el mantenimiento de la independencia, la prevención y la demora de las enfermedades y la atención de las discapacidades” así como la “adopción de formas de intervención temprana para impedir las o posponerlas”. (4)

Que las personas envejezcan con buena salud es un objetivo que favorece la sostenibilidad económica del sistema sanitario ya que los países que sufragan los gastos a través de las participaciones económicas de los trabajadores van a encontrarse con un escenario de desequilibrio entre la cantidad de población activa frente a no activa debido al envejecimiento de la población. (5)

Una de las causas que va a condicionar el envejecimiento activo y la calidad de vida y que precede a la discapacidad es la fragilidad, definida como “*un estado clínico en el que se produce un aumento de la vulnerabilidad de una persona a desarrollar una mayor dependencia y/o mortalidad cuando esta se expone a un factor estresante*” (6)

Podemos decir que la fragilidad ha sido asociada por diferentes estudios epidemiológicos a comorbilidad y discapacidad (7) sin embargo a pesar de ello puede presentarse de manera independiente por lo que requiere estrategias preventivas, diagnósticas y terapéuticas. (8). Debido a esto, los consensos internacionales dictaminan que debería hacerse un “cribado de fragilidad a todas las personas mayores de 70 años” (6), siendo el ámbito más adecuado de realización, el de la Atención Primaria (AP) por su función preventiva y de promoción de la salud.(PAPPS 2014) (9)

Según la última actualización de la PAPPS 2014 sobre “actividades preventivas en mayores” la prevalencia de fragilidad en la población se sitúa en torno al 10% (9), aunque existe gran variabilidad en la bibliografía consultada debido a los diferentes intervalos de edad escogidos en los estudios que han sido revisados (10-15).

La elevada prevalencia unida a su relevancia clínica pone de manifiesto la necesidad de activar procedimientos para su cribado. Las principales formas de cribado, que han demostrado su eficacia a la hora de detectar la fragilidad son las denominadas “Pruebas de Ejecución”, que valoran el equilibrio, la marcha y la movilidad. Entre ellas se encuentran la Short Physical Performance Battery (SPPB), el “test de velocidad de la marcha” y el test “levántate y anda”. (8-9,11-12,16-18).

En algunos ámbitos también se utiliza el denominado fenotipo clínico de Fried, este sistema permite la medición de cambios en parámetros clínicos que condicionan situaciones de fragilidad como son la pérdida de peso, debilidad, baja energía, lentitud de la marcha e inactividad física. (8-9,11-12, 16-18)

Podemos decir que las Pruebas de Ejecución debido a su sencillez y factibilidad en AP, son uno de los mejores métodos para detectar la fragilidad; frente al Fenotipo de Fried, que aunque es utilizado en muchos estudios, requiere un entrenamiento y equipamiento específico y por lo tanto se duda de su adecuación y factibilidad de implementación en Atención Primaria (9)

Una vez detectados los casos de personas frágiles, mediante el cribado, se podrán diseñar actuaciones mediante diferentes intervenciones a fin de revertir la situación de fragilidad detectada. Las intervenciones centradas en ejercicios multicompetentes, en los cuales se trabajan la resistencia aeróbica, la flexibilidad, el equilibrio y la fuerza muscular, adaptados a las características de esta población, han demostrado ser la principal acción para prevenir y retrasar la pérdida funcional que produce la fragilidad. (9, 16, 19-22)

Además de la pertinencia del cribado de fragilidad, los diversos estudios ponen de manifiesto la necesidad de detectar otro evento muy asociado a ésta, como son las caídas. Estas últimas son

consideradas como el factor de riesgo más importante para el desarrollo de la fragilidad constituyendo en sí mismas un importante problema de salud pues, entre un 30 y un 40% de los adultos mayores de 65 años (9) han sufrido una caída una vez al año. Por ello la “Estrategia y plan de acción para un envejecimiento saludable en Europa, 2012-2020” la sitúa como la segunda intervención más prioritaria. (23)

En este sentido tanto el National Institute for Health and Care Excellence (NICE) como la American Geriatrics Society recomiendan en sus guías de práctica clínica un cribado anual enmarcado en una evaluación multifactorial que incluya la historia de caídas, revisión de la medicación y factores de riesgo (osteoporosis, alteraciones de la marcha, deterioro cognitivo y deficiencias sensoriales). (24,25).

Por otro lado, las recomendaciones para práctica de la Guía RNAO (Registered Nurses Association of Ontario) para la prevención de caídas y las lesiones derivadas de las caídas en personas mayores, abogan por realizar una valoración que permita detectar los factores de riesgo tales como, la confusión, el deterioro cognitivo, la polimedicación y antecedentes de caídas anteriores, entre otros; para orientar las intervenciones. (26). En nuestro medio, la Atención Primaria, para valorar el riesgo de caídas utilizamos la Escala de Downton, donde se valoran todos los ítems recomendados por RNAO. (27) Según esta guía la intervención multifactorial (modificación del entorno del paciente, prescripción de ejercicio físico, revisión de la medicación y educación sobre las actuaciones antes una caída y como evitarla), es la que ha demostrado disminuir el riesgo de caídas. (26)

Estas intervenciones supondrían una disminución de las caídas y del gasto sanitario asociado a éstas, como asegura la Organización para la Cooperación Económica y el Desarrollo (OCDE), donde la reducción de las tasas de caídas en un 20% generaría un ahorro al sistema de 138 millones de euros al año. (28-29)

Podemos decir que, la fragilidad y el riesgo de caídas son entidades muy asociadas, prevalentes y evitables mediante las intervenciones adecuadas. En este sentido, se ha desarrollado el documento de consenso sobre la prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor dentro de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional Salud (SNS), en el marco del Abordaje de la Cronicidad en el SNS. (17) Este documento propone intervenciones para detectar y actuar sobre la fragilidad y el riesgo de caídas, mediante la realización de un cribado y una intervención preventiva que se llevaría a cabo en el ámbito de la Atención Primaria.

A raíz de la publicación de esta estrategia nacional y revisión de la bibliografía relacionada y dada la envergadura del tema, nos planteamos realizar un estudio en el Centro de Salud (CS) de Son Pisà con el objetivo de determinar la prevalencia de fragilidad y riesgo de caídas en la población mayor de 70 años de nuestra área de salud.

## OBJETIVOS

1. Determinar la prevalencia de fragilidad de la población  $\geq 70$  años que acuden a consulta en el Centro de Salud Son Pisà.
2. Determinar la prevalencia de riesgo de caídas entre las personas independientes  $\geq 70$  años.

### Objetivos secundarios:

- Determinar el grado de dependencia en actividades de la vida diaria.
- Determinar si existen diferencias entre los pacientes frágiles/no frágiles y con/sin riesgo de caídas.
- Comparar las prevalencias de pacientes con riesgo de caídas obtenidas mediante la Escala de Downton y la valoración del riesgo de caídas según el documento de consenso de fragilidad del Ministerio de Sanidad

## MATERIAL Y MÉTODOS

### Diseño

Estudio descriptivo transversal de prevalencia.

### Sujetos

El ámbito se circunscribe a la zona básica perteneciente al CS Son Pisà ubicado en Palma de Mallorca. El CS consta de una población adscrita de 23.547 habitantes, de los cuales 2158 tienen 70 o más años, lo que se corresponde con una proporción de 9.16%.

#### Población de estudio:

Los criterios de inclusión en el estudio serían, para el primer objetivo, personas  $\geq 70$  años que acudan a consulta de enfermería en el CS son Pisà y que firmen el consentimiento informado. Para el segundo objetivo, personas  $\geq 70$  años que tengan un resultado de  $\geq 90$  en la escala de Barthel.

Los criterios de exclusión son: ser menor de 70 años, tener enfermedades crónicas invalidantes o en estadios avanzados o terminales, personas institucionalizadas, personas incluidas en el Programa de Atención Domiciliaria (PAD), y que no firmen el consentimiento informado.

#### Cálculo del tamaño de la muestra:

Para el primer objetivo, se requiere una muestra de **161** sujetos suficiente para estimar, con una confianza del 95% y una precisión de  $\pm 5$  unidades porcentuales, un porcentaje poblacional que previsiblemente será de alrededor del 10%. El porcentaje de reposiciones necesarias se ha previsto que sea del 20%.

Para el segundo objetivo, en el supuesto de una prevalencia esperada del 40%, 120 personas no dependientes (alrededor del 75%) serán suficientes para estimar la prevalencia de caídas con una precisión de  $\pm 7.5\%$  y un nivel de confianza del 95%.

#### **Variables principales**

Las variables principales serán, la prueba de ejecución "Short Physical Performance Battery" (SPPB), para valorar la fragilidad (31-33) Se considerará a la persona frágil, con un elevado riesgo de discapacidad y riesgo de caídas cuando el resultado sea menor de 10. Para valorar el riesgo de caídas se utilizará la escala de Downton, (27) donde se considera más de dos puntos alto riesgo de caídas; y las preguntas propuestas por el documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor de la Estrategia de Promoción de Salud y Prevención del Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, donde una o más preguntas positivas indican alto riesgo de caídas.

#### Variables secundarias:

Variables sociodemográficas: edad, sexo, nivel socioeconómico, nivel de estudios, convivencia en el hogar, cargas familiares. Percepción de la salud (se valoró con una escala tipo Likert donde el 0 es percepción mala de la salud y el 10 percepción excelente de esta). Enfermedades crónicas no invalidantes, Polimedicación (34) grado de dependencia mediante el Índice de Barthel (35), actividades instrumentales de la vida diaria mediante la escala de Lawton y Brody, (36) riesgos en el hogar.

#### Recogida de datos:

La información se recogió por entrevista y valoración individual de los participantes mediante el cuaderno de recogida de datos, pilotado previamente, que incluye todas las variables. La captación se realizó a través de la consulta de enfermería, a las personas que cumplían los criterios de inclusión, se les pasó el índice de Barthel y si el resultado era  $\geq 90$  se les ofrecía participar en el estudio, previa firma del consentimiento informado.

#### **Análisis**

Se realizó un análisis descriptivo de las variables. Las cualitativas se describieron con frecuencias y porcentajes, y las cuantitativas dando la media y la desviación estándar en caso de seguir una distribución normal y la mediana y los percentiles en caso de que no.

Se estimó la prevalencia de fragilidad y riesgo de caídas de forma global, además de la prevalencia según rangos de edad, sexo y otras variables significativas. Calculamos las frecuencias absolutas, relativas con los correspondientes intervalos de confianza al 95%.

Se contrastaron las variables principales (cualitativas) con el resto de variables (cualitativas), mediante Chi-Cuadrado.

Se realizó la comparación de prevalencias del riesgo de caídas detectadas según los cribados comentados anteriormente, mediante análisis de concordancia con el índice Kappa.

El estudio fue aprobado por la Comisión de Investigación de Atención Primaria.

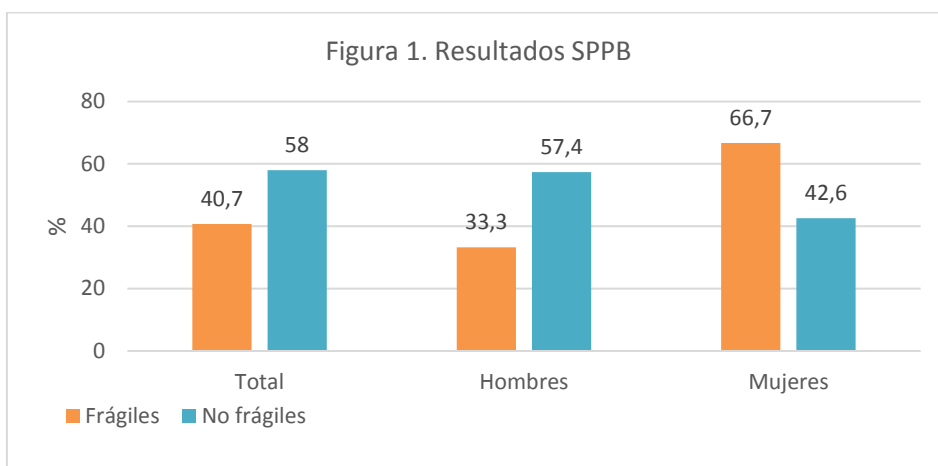
#### **RESULTADOS**

Se ha realizado un análisis preliminar con 81 pacientes que son los que se han incluido hasta el momento, la mitad de la muestra prevista, de las cuales 42 eran mujeres, con una media de edad del 76,81 (70-90) (DE=7,7). La edad media de las mujeres era 77,07  $\pm 4,9$  y las de los hombres era 76,52  $\pm 10,1$ . Las características sociodemográficas y clínicas se describen en la siguiente Tabla 1 y la valoración

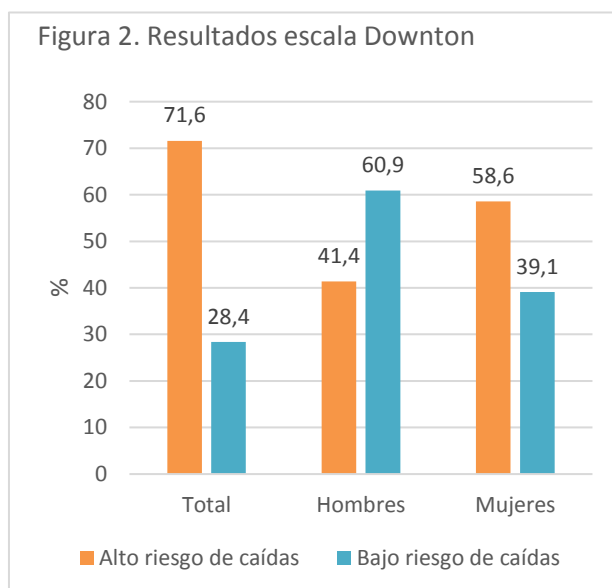
de los riesgos en el hogar en la Tabla 2. Podemos destacar que la percepción de salud en hombres y en mujeres difiere, siendo la media  $7,55 \pm 1,856$  y  $6,53 \pm 2,05$ , respectivamente.

El cribado de fragilidad se realizó con el SPPB, compuesto como hemos descrito anteriormente por tres test: Test de equilibrio, Test de la marcha y Test de levantarse y sentarse en una silla 5 veces. Cada uno está puntuado de 0 a 4 y la suma puede dar un máximo de 12 puntos, que nos indicaría la fragilidad del paciente.

La porcentajes global de fragilidad fue del 40,7 %, de los cuales el 66,7% eran mujeres y 33,3% hombres. Las mujeres son más frágiles que los hombres ( $p=0.033$ ). *Figura 1.*

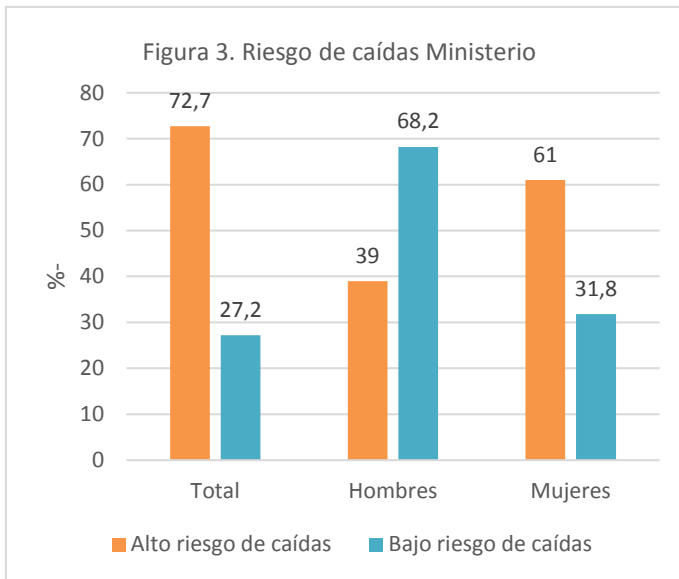


En cuanto al cribado del riesgo de caídas utilizamos dos tipos de escalas, Downton y la batería de preguntas propuesta por el Ministerio de Sanidad. Por un lado, el riesgo de caídas medido con la escala de Downton fue del 71,6% de la muestra, de los cuales 41,4% eran hombres y 58,6% mujeres, sin diferencias significativas entre sexos ( $p=0,113$ ). *Figura2.*



Por otro lado, con la batería de preguntas del Ministerio un 72,8% de la muestra tenía un alto riesgo de caídas, de los cuales 39,0% eran hombres y un 61,0% mujeres, teniendo las mujeres más alto riesgo de caídas ( $p=0,019$ ). *Figura 3.*

Los resultados del índice Kappa indicaron falta de acuerdo entre los dos instrumentos utilizados para medir el riesgo de caída ( $-0,155$ ,  $p<0,05$ ).



**DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES**

Eneste análisis preliminar, realizado a mitad de la muestra, observamos que la prevalencia de fragilidad 40,7%, es mayor que en la bibliografía revisada (9-13,17) aunque sí que coincide con las diferentes referencias consultadas el hecho de que son más frágiles las mujeres que los hombres,(11,13,17). En cuanto a las caídas, utilizando la batería de preguntas propuestas por el Ministerio de Sanidad en la Estrategia, la prevalencia es de 72,8% siendo las mujeres quienes tienen más riesgo de caídas que los hombres, en concordancia con la bibliografía revisada (9,14,17). Sin embargo, con la

medición mediante la escala de Downton la prevalencia es de 71,6%, sin diferencias significativas entre sexos. Tras realizar el índice Kappa se observa una alta discordancia entre estas dos escalas para medir el riesgo de caídas.

A la luz de estos resultados, podemos afirmar, que dada la prevalencia de la fragilidad como del riesgo de caídas de nuestra población (9,17), avanzamos hacia una mayor dependencia por parte de nuestros mayores, que llevará a un mayor gasto sanitario y social (17,28-29). Creemos que estas escalas de medida pueden ser útiles para detectar a esta población vulnerable, frágil y con riesgo de caídas. Además con una actuación adecuada sobre ellas, como son los ejercicios multicompetentes(9,16,19-22), en caso de la fragilidad, y una intervención multifactorial (26) en caso del riesgo de caídas, se podría parar el proceso que va hacia la dependencia e incluso hacer que estas personas pasen de ser frágiles y con riesgo de caídas a no serlo, prologando su independencia, mejorando su calidad de vida, su salud y la de las personas que les rodean, es decir, yendo hacia un envejecimiento activo.

Con estos resultados queremos impulsar la realización de un cribado sistemático en la población, así como, el desarrollo de actuaciones que permitan revertir estos procesos (valoración multifactorial, ejercicios multicompetentes), en el ámbito de la AP, evitando en estos pacientes, comorbilidad, discapacidad y lesiones que serían evitables, para conseguir un envejecimiento activo y saludable de la sociedad.

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Envejecimiento activo: un marco político. Contribución de la Organización Mundial de la Salud a la Segunda Asamblea de las Naciones Unidas sobre el Envejecimiento, Madrid, España. Abril de 2002. (Traducción en: Rev Esp Geriatr Gerontol 2002;37(s2):74-105).
2. World Health Assembly resolution WHA 58.16. Strengthening active and healthy aging. Geneva, World Health Organization, 2005.
3. World Health Assembly resolution WHA65.3 on strengthening noncommunicable disease policies to promote active ageing. Geneva, World Health Organization, 2012
4. The Madrid International Plan of Action on Ageing. New York, United Nations Department of Economic and Social Affairs, 2002. <http://www.who.int/ageing/events/mipaa/en/>
5. European Commission. The 2015 Ageing Report: Economic and budgetary projections for the 28 EU Member States (2013-2060).
6. Morley JE, Vellas B, Abellan van Kan G, Anker SD, Bauer JM, Bernabei R, et al. Frailty consensus: A call to action. J Am Med Dir Assoc. 2013;14:392-397.
7. Romero Rizo L, Abizanda Soler P. Fragilidad como predictor de episodios adversos en estudios epidemiológicos: revisión de la literatura. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2013;48(6):285-289.
8. Castell MV, et al. Prevalencia de fragilidad en una población urbana de mayores de 65 años y su relación con comorbilidad y discapacidad. Atención Primaria. 2010;42(10):520-527.



9. Martín-Lesende I, López-Torres JD, de Hoyos MC, Baena JM, Gorroñoigoitia A, Herreros Y. Detección e intervenciones en la persona mayor frágil en Atención Primaria. En: recomendaciones PAPPS (de la semFyc) 2014.
10. García FJ, Gutiérrez G, Alfaro A, Amor MS, de los Ángeles M, Escribano MV. The prevalence of frailty syndrome in an older population from Spain. The Toledo study for healthy aging. *J Nutr Health Aging*. 2011;15(10):852-6.
11. Castell et al. Frailty prevalence and slow walking speed in persons age 65 and older: implications for primary care *BMC Family Practice* 2013, 14:86.
12. Abizanda P, Sánchez Jurado PM, Romero L, Paterna G, Martínez- Sánchez E, Atienzar-Núñez P. Prevalence of frailty in a Spanish elderly population: The Frailty and Dependence in Albacete Study. *Am Geriatr Soc*. 2011;59:1356-1359.
13. Fernandez-Bolaños M, Otero A, Zunzunegui MV, Beland F, Alarcón T, De Hoyos C, et al. Sex differences in the prevalence of frailty in a population aged 75 and older in Spain. *J Am Geriatr Soc*. 2008;56:2370-1.
14. Ferrer A, Formiga F, Plana- Ripoll O, Tobella MA, Gil A, Pujol R; Octabaix Study Group. Risk of falls in 85-years-olds is associated with functional and cognitive status: the Octabaix Study. *Arch Gerontol Geriatr*. 2012 Mar-Apr; 54(2):352-6
15. Formiga F, Ferrer A, Chivite D, Montero A, Sanz H, Pujol R; Octabaix Study Members. Utility of geriatric assessment to predict mortality in the oldest old: the Octabaix study 3-year follow-up. *Rejuvenation Res*. 2013 Aug;16(4):279-84.
16. Documento de consenso sobre la prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor. Estrategia de Promoción de la salud y Prevención en el SNS. Documento aprobado por el Consejo interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 11 de junio de 2013.
17. Jürschik P, Escobar MA, Nuin C, Botigué T. Criterios de fragilidad del adulto mayor. *Estudio piloto. Aten Primaria* 2011;43(4):190-6.
18. Abizanda P, Gómez-Pavón J, Martín-Lesende I, Baztán JJ. Detección y prevención de la fragilidad: una nueva perspectiva de prevención de la dependencia en las personas mayores. *Med Clin (Barc)* 2010;135(15):713-19.
19. Cadore EL, Rodríguez-Manas L, Sinclair A, Izquierdo M. Effects of different exercise interventions on risk of falls, gait ability and balance in physically frail older adults: a systematic review. *Rejuvenation Research*. 2013; 16(2):1-9.
20. Chiung-ju Liu, Nancy K Latham. Entrenamiento de fuerza con resistencia progresiva para mejora la función física en adultos mayores (revisión Cochrane traducida). En: biblioteca Cochrane Plus 2009 Número 3. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en : <http://www.update-software.com> (traducida de The Cochrane Library, 2009 Issue 3 Art no. CD002759. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
21. Clegg A, Young S, et al. Frailty in older people. *Lancet*. 2013; seminar vol. 381 (9868):752-762.
22. Tze Pin Ng, MD, et al. Nutritional, physical, cognitive, and combination interventions and frailty reversal among older adults: a randomized controlled trial. *The American Journal of Medicine*. 2015; 128 (11): 1225-1236.
23. Strategy and action plan for healthy ageing in Europe, 2012–2020. OMS-Europa 2012. [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0008/175544/RC62wd10Rev1-Eng.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/175544/RC62wd10Rev1-Eng.pdf)
24. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Falls: assessment and prevention of falls in older people. London (UK): National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2013 Jun. 33 p. (Clinical guideline; no. 161)
25. American Geriatrics Society, British Geriatrics Society. AGS/BGS clinical practice guideline: prevention of falls in older persons. New York (NY): American Geriatrics Society; 2010.100.
26. Registered Nurses Association of Ontario (RNAO). Guía de buenas practicas en enfermería. Prevención de caídas y lesiones derivadas de las caídas en personas mayores. Invesén. Revisión del 2005.
27. Protocolo general de caídas. Dirección de Enfermería, Hospital Universitario Ramón y Cajal. Comunidad de Madrid 2005.
28. Oxley H. Policies for healthy ageing: an overview. Health committee. OCDE 2009. Disponible en: [http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=DELSA/HEA/WD/HWP\(2009\)1&docLanguage=En](http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=DELSA/HEA/WD/HWP(2009)1&docLanguage=En)

29. Marta Gómez, Javier Hernández, Eva M. Martín y Simón Sosvilla-Rivero. La atención a la dependencia: Estimaciones del gasto presupuestario y de sus efectos macroeconómicos. 2012, Instituto de Estudios Fiscales. Madrid. 2012.
30. Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación Estadísticas Comentadas: La hospitalización de las personas mayores en el Sistema Nacional de Salud. CMBD – Año 2010[Publicación en Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012.
31. Abizanda P, López Jiménez M, López Torres J, Atienza Núñez P, Naranjo JM, McAuley E. Validation of the Spanish Version of the Short Form Late-life Function and Disability Instrument. *J Am Soc Geriatr*. 2011; 59(5): 893-9.
32. Gómez JF, Curdo CL, Alvarado B, Zunzunequi MV, Guralnik J. Validity and reliability of the Short Physical Performance Battery (SPPB): a pilot study on mobility in the Colombian Andes. *Colomb. Med*. 2013; 44(3):167-71.
33. Cabrero García J, Muñoz Mendoza CL, Cabañero Martínez MJ, González Llopis L, Ramos Pichando JD, Reig Ferrer A. Valores de referencia de la Short Physical Performance Battery para pacientes de 70 y más años en atención primaria de salud. *Aten Primaria*. 2012; 44(9): 540-548.
34. Jara Zozaya A, Miralles Xamena J, Carandell Jäger E. Guía de recomendaciones para la atención de los pacientes polimedcados. (GRAPP). Gobierno de las Islas Baleares. Conserjería de Salud y consumo. 2010.
35. Cid Ruzafa J, Damian Moreno J. Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. *Rev. Esp. Salud Pública*. 1997; 71(2): 127-137.
36. Vergara I, Bilbao A, Orive M, García Gutiérrez S, Navarro G, Quintana JM. Validation of the Spanish versión of the Lawton IADL Scale for its application in elderly people. *BMC. Health Qual Life Outcomes*. 2012; 30 (10): 130.

**GRÁFICOS Y/O TABLAS**

**Tabla 1. Características sociodemográficas y clínicas**

Características (n=81)	n(%)
<b>Nivel de estudios</b>	
No sabe leer ni escribir	3(3,7)
Sin estudios	21(25,9)
Estudios primarios	52(64,2)
Estudios secundarios	3(3,7)
Estudios superiores	2(2,5)
<b>Situación económica</b>	
Llegar desahogadamente a fin de mes	55(67,9)
Llegar justo a fin de mes	26(32,1)
<b>Convivencia</b>	
Solo	24(29,6)
Acompañado	57(70,4)
Pareja	41(50,6)
Hijos	3(3,7)
Nietos	1(1,2)
Pareja e hijos	8(9,9)
Hijos y nietos	3(3,7)
Pareja, hijos y nietos	1(1,2)
<b>Cargas familiares</b>	
Económicas	4(4,9)
Cuidado familiar	1(1,2)
Otras	6(7,4)
NO	69(85,2)
Económicas y cuidado familiar	1(1,2)
<b>Percepción de la salud (7,01 ±2,016) (0-10)</b>	
1	2(2,5)
3	2(2,5)
4	3(3,7)
5	12(14,8)
6	12(14,8)
7	10(12,3)
8	22(27,2)
9	10(12,3)
10	8(9,9)
<b>Enfermedades crónicas</b>	
Hipertensión	62(76,5)
Diabetes mellitus	42(51,9)
Hipercolesterolemia	52(64,2)
Arritmias	18(22,2)
IAM	3(3,7)
EPOC	8(9,9)
Presbicia	32(39,5)
Cataratas	37(45,7)
Locomotor	50(61,7)
Artrosis	40(49,4)
Artritis	6(7,4)
Osteoporosis	12(14,8)
Otros	6(7,4)
Otras enfermedades	50(31,7)
<b>Polimedicación</b>	
≥6 fármacos	36(44,4)

<6 fármacos	45(55,6)
Índice de Barthel	
90	2(2,5)
95	14(17,3)
100	65(80,2)
Escala de Lawton y Brody	
Dependencia total	0(0)
Dependencia moderada	1(1,2)
Dependencia ligera	1(1,2)
Autonomía	79(97,5)

Tabla 2. Riesgos en el hogar	n(%)
Acceso a casa	
Ascensor	30(37,0)
Escaleras	39(48,1)
Planta baja	11(13,6)
Escaleras y planta baja	1(1,2)
Mobiliario que dificulta el paso	
Si	4(4,9)
No	77(95,1)
Llaves de luz accesibles	
Si	70(86,4)
No	11(13,6)
Alfombras	
Si	19(23,5)
No	62(76,5)
Cuarto de baño	
Bañera	32(39,5)
Ducha	39(48,1)
Bañera y ducha	10(12,3)
Sistema de agarre	
Si	34(42,0)
No	47(58,0)

**ID239:****CONOCIMIENTO DE LOS ESTILOS DE VIDA QUE INFLUYEN EN EL RCV**Gloria María González Sánchez<sup>1</sup>; Lara Menéndez González<sup>2</sup><sup>1</sup> Enfermera C.S El entrego. Servicio de Salud del Principado de Asturias.<sup>2</sup> Enfermera C.S El Llano. Servicio de Salud del Principado de Asturias.[laramenendezgonzalez@gmail.com](mailto:laramenendezgonzalez@gmail.com)**RESUMEN****OBJETIVO:** Evaluar en personas entre 40-65 años con riesgo cardiovascular (RCV) moderado-muy alto, la percepción del RCV en relación a sus estilos de vida, en un centro de salud (C.S).**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio descriptivo transversal, en población de 1630 sin eventos cardiovasculares previos.

Mediciones principales: RCV (SCORE), hábitos alimentarios (cuestionario de Adherencia a la dieta Mediterránea, MEDAS-14), nivel de actividad física (cuestionario IPAQ), consumo alcohol, hábito tabáquico.

**RESULTADOS:** 132 participantes.El 70,3% de los sujetos con baja adherencia a la dieta mediterránea, no perciben que su alimentación afecte negativamente a su salud cardiovascular; 31,9% de los sujetos que perciben tener un nivel de actividad física moderado son inactivos ( $p < 0,01$ ).

Más del 30% de los sujetos refieren que su consumo de alcohol y tabaco no afecta negativamente a su salud cardiovascular (CV).

**CONCLUSIONES:** La brecha entre la percepción y el riesgo real de sufrir una enfermedad cardiovascular en relación a sus estilos de vida, señala la necesidad de estrategias de comunicación de riesgos eficaces.**ABSTRACT****AIM:** To evaluate, in subjects between 40-65 years old with moderate to very high cardiovascular risk (CVR), their perception of CVR in function to their lifestyle, in a Primary health Center.**MATERIAL AND METHODS:** Cross-sectional descriptive study, in a population of 1630 without previous cardiovascular events.

Main measurements: CVR (SCORE), eating habits (questionnaire about the adherence to the Mediterranean diet, MEDAS-14), physical activity level (IPAQ questionnaire), alcohol consumption, smoking habits.

**RESULTS:** 132 participants.The 70.3% of the subjects with low adherence to the Mediterranean diet do not perceive that their diet has a negative cardiovascular health impact; 31.9% of the subjects which perceived to have a moderate level of physical activity are actually inactive ( $p < 0.01$ ).

More than 30% of the subjects report that their consumption of alcohol and tobacco does not adversely affect their cardiovascular health.

**CONCLUSIONS:** The gap between perception and actual risk of suffering from cardiovascular disease in relation to their lifestyles, points out the need for effective risk communication strategies.**PALABRAS CLAVE**

Conocimiento, factores de riesgo, enfermedad cardiovascular, estilo de vida, atención primaria.

Knowledge, risk factors, cardiovascular disease, life style, primary health care.

**INTRODUCCIÓN**La lucha contra los FR modificables de las ECV es uno de los aspectos críticos de la prevención primaria<sup>1-</sup><sup>3</sup>; según la OMS, con cambios adecuados del estilo de vida se podría prevenir más de tres cuartas partes de la mortalidad CV, ya que reduce más la mortalidad cardiovascular que los tratamientosfarmacológicos, pero la falta de adherencia es un problema fundamental en la modificación del riesgo<sup>4</sup>.

Estudios observacionales en diferentes poblaciones indican que la normalización de los niveles de presión arterial y colesterol, la reducción del peso corporal, dejar de fumar y el ejercicio regular se asocian con una disminución de la mortalidad total de ECV que van del 20 al 30%<sup>1,3</sup>. Las creencias personales ejercen una importante influencia sobre la salud de los individuos, pues un estímulo confronta las creencias de la persona e inicia un proceso de cambio<sup>5</sup>. El primer paso fundamental en la prevención de ECV es tener consciencia de que se está en riesgo<sup>6</sup>. Las enfermeras y otros profesionales de salud tienden a asumir que los pacientes tienen el mismo sistema de percepción que el suyo<sup>4,7</sup>. Sin embargo, se sabe que la realidad no es así, sino que la gente subestima constantemente su riesgo personal de tener un evento cardiovascular, de esto deriva en que si la percepción de un individuo difiere del riesgo evaluado por el profesional de salud, puede indicar que la persona no esté preparada para realizar un cambio en su estilo de vida<sup>4,8,9</sup>. Es indispensable a la hora de proyectar estrategias de educación para la salud en estos pacientes, conocer cuál es su nivel de conocimientos.

## OBJETIVOS

Evaluar en personas entre 40-65 años con riesgo cardiovascular(RCV) moderado-muy alto, la percepción del riesgo cardiovascular en relación a sus estilos de vida, en un centro de salud(C.S).

## MATERIAL Y MÉTODOS

### Diseño y ámbito de estudio

Se realizó un estudio transversal, entre el 1 de abril y 30 de diciembre de 2015 en la consulta de enfermería del C.S El Coto, perteneciente al área V del Sistema de Salud del Principado de Asturias.

### Población y muestra

La población diana la constituyeron 1639 sujetos entre 18 y 65 años con un registro SCORE  $\geq 2\%$  en la Hª clínica electrónica en el último año, a fecha del 31 de enero de 2015 y que firmasen el consentimiento informado.

Se excluyeron los sujetos que en su historia clínica presentasen un evento cardiovascular previo, basándose en la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS (CIE-10)<sup>10</sup>

El tamaño muestral determinado fue de 247 sujetos, considerando un nivel de confianza del 99% y un 30% de pérdidas. Teniendo en cuenta datos previos (media y desviación estándar) del estudio de realizado por Ammouri A<sup>7</sup>, "Perception of risk of coronary Herat disease among Jordanians" que evalúa la percepción del riesgo cardiovascular en una población adulta Jordana.

La selección se realizó mediante un muestreo aleatorio simple a partir de la aplicación informática OMI-AP para la gestión de historias clínicas en atención primaria en el Principado de Asturias.

Se invitó a participar directamente a los sujetos seleccionados de manera telefónica y se les explicó el objetivo del estudio y el procedimiento de la investigación. Se realizaron como máximo 3 llamadas en diferentes horas del día. Tras aceptar participar se les citó un día en consulta para la realización del estudio.

Todo el proceso de muestreo se realizó con el programa estadístico Epidat 4.0.

### Variables e instrumentación

Variables sociodemográficas: edad, sexo, estado civil, nivel educativo.

Estratificación del riesgo cardiovascular mediante el sistema SCORE para países de bajo riesgo cardiovascular.

Para obtener la información se diseñó un cuestionario ad hoc para recoger las siguientes variables:

- Hábito tabáquico, evaluado mediante la pregunta: "¿Es fumador activo en la actualidad?". Se clasificó a los participantes siguiendo los criterios de la OMS<sup>11</sup>: fumador, exfumador, no fumador.
- Consumo de Alcohol: Cuantificación de Unidades de Bebida Estándar (UBE) y cualitativa ordinal (OMS)<sup>12</sup>. Consumo de alcohol de bajo riesgo (H: <17 UBE/sem, M: <11UBE/sem), consumo de riesgo (H:17-28UBE/sem, M:11-17UBE/sem), consumo peligroso (H: >28UBE/sem, M: >17UBE/sem).

- Hábitos alimentarios, evaluados a través del cuestionario validado “Adherencia a la dieta Mediterránea (MEDAS-14)” (Martínez, 2004)<sup>13</sup>, permite saber si la dieta que se sigue habitualmente sigue los parámetros de la dieta mediterránea. Es un cuestionario formado por 14 ítems: alta adherencia (12 a 14 puntos), media adherencia (8 a 11 puntos), baja adherencia (5 a 7 puntos) y muy baja adherencia (<5 puntos).
- Nivel de actividad física, evaluado con el Cuestionario Internacional de Actividad Física<sup>14,15</sup> (IPAQ), el cual, en su versión abreviada, proporciona información sobre el tiempo empleado al caminar, en actividades de intensidad moderada y vigorosa y en actividades sedentarias. Percepción de su patrón de consumo de alcohol (consumo de bajo riesgo, consumo de riesgo, consumo peligroso), hábitos alimentarios (excelente, bueno, regular, malo, muy malo, NS/NC) y nivel de actividad física (inactivo, nivel moderado, nivel alto). Percepción sobre el riesgo que tiene para su salud cardiovascular el hábito tabáquico, consumo del alcohol, hábitos alimentarios y actividad física.

#### Técnica de recogida de datos

El estudio se llevó a cabo mediante entrevista personal estructurada. Se sometió previamente a una prueba piloto con casos reales para rectificar aspectos que pudiesen conducir a errores que comprometerían los resultados del estudio. De la misma manera, se realizó un protocolo para el desarrollo de las entrevistas, con el fin de que se siguiesen idénticas instrucciones por parte de las dos investigadoras en la realización de las preguntas, así como la manera correcta de codificar las respuestas.

#### Análisis de datos

Se calcularon estadísticos descriptivos para las variables cuantitativas, la media, desviación estándar (DE), máximos y mínimos. Para las variables cualitativas se utilizaron porcentajes e intervalos de confianza al 95%.

El análisis de datos bivariantes se realizó mediante el test Ji-cuadrado, en el caso de que la frecuencia esperada fuese <5 en más del 20% de alguna de las categorías, se realizó una recategorización de las variables y se calculó la prueba exacta de Fisher.

En los casos en los que se comparaba una variable categórica desde la perspectiva del paciente y la realidad del investigador se utilizó el test de McNemar.

Para evaluar el índice de concordancia entre dos variables categóricas se utilizó el índice de concordancia kappa (Landis y Koch).

El análisis de los datos se realizó con el programa estadístico SPSS 21.0. Se asumió un nivel de significación de  $p < 0,05$ .

#### Consideraciones éticas

El estudio de investigación fue aprobado por el Comité de ética e investigación del Hospital de Cabueñes y reúne los requisitos éticos de la declaración de Helsinki. Se explicaron los objetivos del estudio y se solicitó a los sujetos participantes en el estudio que firmaran un consentimiento informado.

### **RESULTADOS**

La muestra seleccionada final estuvo conformada por 132 sujetos. El porcentaje de pérdidas fue del 46,56% de la muestra total inicial, debido principalmente a la imposibilidad de contacto (59,5%), no aceptación (23,9%) y otras causas 16,6% (evento cardiovascular, éxitus, dificultad de desplazamiento). La muestra total la conformaron un 32,6% de mujeres y un 67,4% de hombres, siendo el promedio de edad de la muestra de 60,36 años ( $DE \pm 4,98$ ). El 74,2% de los sujetos estaban casados y el 46,2% habían finalizado estudios básicos. En la **tabla 1** se presentan las características sociodemográficas de la muestra total.

#### **Prevalencia del riesgo cardiovascular**

El RCV estimado fue de: 19,7% (IC 95% 13,29-27,51) RCV muy alto, 19,7% RCV alto (IC 95% 13,29-27,51) y 60,6% (IC 95% 51,73-68) RCV moderado, siendo el porcentaje medio del SCORE de 4,14%, teniendo en cuenta que para este análisis se eliminaron los sujetos que presentaban DM, ERC moderada o FR muy elevado, ya que la Guía europea de prevención cardiovascular<sup>1</sup> los define directamente como sujetos de riesgo alto/muy alto.

### Estilos de vida

Se estudiaron aspectos relacionados con los hábitos de vida que influyen en el RCV de los sujetos.

Se estudió la percepción subjetiva que tenían los sujetos de sus hábitos alimentarios percibiéndolo el 63,6% como excelente/bueno. Cuando se realiza una comparación según el RCV, el 46,2% de los sujetos con un RCV muy alto perciben su estado de salud como excelente-bueno y un 11,5% como malo-muy malo. ( $p=0,253$ ).

El 78,8% de la muestra total percibe su alimentación como buena en el momento del estudio, de estos, un 61,5% tenían una adherencia media a la dieta mediterránea y un 26% una baja adherencia, según la clasificación del cuestionario de la dieta mediterránea (MEDAS-14). ( $p=0,377$ ). La puntuación media para este cuestionario fue de 8,64 (DE  $\pm 2,17$ ), lo que corresponde a una adherencia media a la dieta mediterránea. Se observó una proporción mayor de sujetos con una baja adherencia a la dieta mediterránea en los sujetos con un RCV muy alto (42,3%), en comparación con los sujetos con RCV alto (23,1%) y RCV moderado (30%). ( $p=0,625$ ). El 70,3% de los sujetos con una baja adherencia a la dieta mediterránea, no perciben que su alimentación afecte negativamente a su salud cardiovascular. Con respecto al nivel de actividad física, el 71,2% de la muestra total percibe su nivel de actividad física como moderado; observándose una concordancia del 24,6% entre la percepción del sujeto y la realidad evaluada mediante el IPAQ, ya que un 31,9% de los sujetos que perciben tener un nivel de actividad física moderado realmente son inactivos. ( $p<0,01$ ). La proporción de sujetos con un conocimiento estadísticamente significativo menor, con respecto a su nivel de actividad física, se localiza en los sujetos inactivos en comparación con los sujetos con un nivel de actividad física moderado y alto (23,8%vs80,7%vs45,5%). ( $p<0,01$ ).

Cuando realizamos la comparación según el RCV, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. ( $p=0,775$ ). El 69% de los sujetos inactivos, perciben que su nivel de actividad física no afecta a su salud cardiovascular.

Un 32,6% de los sujetos del estudio son fumadores, el 37,9% ex fumadores y el 29,5% nunca fumó. Se observó una proporción de sujetos con hábito tabáquico estadísticamente significativa mayor en sujetos con RCV muy alto (42,3%), en comparación con individuos con un RCV moderado (11,5%). ( $p=0,018$ ). El 27,9% de los sujetos que fuman, refieren que el hábito tabáquico no afecta negativamente a su salud cardiovascular.

Al evaluar el consumo de alcohol, existe una concordancia insignificante entre el consumo real y el consumo percibido por los sujetos del estudio, ya que un 44,4% de los sujetos que refieren tener un consumo de riesgo realmente tienen un consumo de alto riesgo. ( $k=0,162$ ;  $p<0,01$ ). El 40% de los sujetos con un consumo de alto riesgo refieren que su patrón de consumo de alcohol no afecta negativamente a su salud cardiovascular. En la **Tabla 2** se presentan los hábitos de vida de la muestra total en relación al nivel de riesgo cardiovascular.

### DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El perfil de la muestra estaba formado por sujetos de mediana edad, principalmente varones. La mayor parte de la muestra poseía estudios de educación básica y se encontraban casados en el momento del estudio.

La recomendación de realizar 30 minutos de ejercicio físico y los beneficios sobre la salud cardiovascular, están descritos por la OMS<sup>16</sup> y por otros estudios y guías de práctica clínica<sup>1,17</sup>. Se observa una sobrevaloración del nivel de ejercicio físico que realizaban, ya que un tercio de los sujetos que percibían tener un nivel de actividad física moderado realmente eran personas inactivas. El 69% de los sujetos inactivos infravaloraban las consecuencias que la inactividad física tenían para su salud cardiovascular.

Porcentajes ligeramente superiores se muestran en la última ENS<sup>18</sup> en la que se declaraban sedentarios más del 44% de la población. En un estudio transversal en población española mayor de 18 años realizado en 2010 ENRICA<sup>19</sup>, concluye que tan solo el 14% de los españoles pueden considerarse sujetos activos.

No se encontró relación entre el RCV y la práctica de actividad física, resultados que concuerdan con el último estudio de prevalencia del RCV en España<sup>20</sup>.

La dieta mediterránea es un estilo de alimentación reconocido en nuestro país. El aumento del consumo de frutas y verduras se asociada con un menor riesgo de evento cerebrovascular de una manera dosis-



respuesta<sup>21</sup>, como el ensayo español PREDIMED<sup>22</sup>, que mostró una eficacia de la dieta en la prevención primaria de ECV en un 30%. Pese a estos datos, casi un tercio de los sujetos del presente estudio tenían una baja adherencia a la dieta mediterránea y de estos, el 70% no percibían que sus hábitos alimentarios afectasen a su salud cardiovascular, siendo los sujetos con un RCV muy alto los que presentaron menor adherencia a la dieta mediterránea, concordando con los resultados que muestran AJ Amor et al.<sup>23</sup>

Los sujetos con un patrón de consumo de alcohol de alto riesgo creen que la ingesta de alcohol no afecta a su salud cardiovascular. No podemos excluir que la relación en forma de J del consumo de alcohol con el RCV<sup>1,24,25</sup>, hace que se considere al alcohol como un agente de prevención cardiovascular. En lo que respecta al tabaco pese a ser un FR reconocido y los fumadores tener el doble de riesgo de sufrir un ECV temprano<sup>1,26</sup>, el 27,9% de los sujetos fumadores no tienen conocimiento del riesgo que implica el tabaco en su salud cardiovascular.

Aunque está demostrada que la prevención funciona y que más del 50% de la reducción de la mortalidad está relacionada con la modificación de los FR, la baja percepción de los sujetos de que los estilos de vida influyen en su salud cardiovascular, derivan de la subestimación del enfoque no farmacológico en la gestión de riesgo de las ECV<sup>1,3</sup>.

El estudio es relevante porque se han encontrado escasos estudios en nuestro medio que hayan explorado la percepción de riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares en pacientes con un riesgo cardiovascular establecido, pero hay considerar sus limitaciones. La principal limitación del estudio es el tamaño muestral, ya que, aunque el número de pacientes estudiados es elevado (más de un centenar), al hablar RCV este número puede resultar pequeño. Se superó el 30% de pérdidas esperadas debido a una imposibilidad de localización de los sujetos. Hay que tener en cuenta que el estudio se basa en las respuestas subjetivas de los sujetos participantes, por lo que pueden estar influidas el grado de sinceridad de las mismas.

#### **Conclusiones e Implicaciones para la práctica**

La existencia de una brecha entre la percepción de los sujetos y el riesgo real de sufrir una enfermedad cardiovascular en relación a sus estilos de vida, señala la necesidad de estrategias de comunicación de riesgos eficaces.

Es indispensable a la hora de proyectar estrategias de prevención primaria de ECV en la población, conocer cuál es su percepción y nivel de conocimientos acerca de los estilos de vida.

Los resultados obtenidos en este estudio proporcionan información que puede servir para replantear el abordaje actual y preparar programas de educación para la salud que aborden la actitud y comportamientos hacia estilos de vida saludables.

Creemos que se deben promover campañas que aumenten la comunicación objetiva de riesgos a la población y que incrementen su implicación en la mejora y mantenimiento de su salud con el objetivo de controlar mejor sus FRCV.

#### **BIBLIOGRAFÍA**

1. Perk P, De Backer G, Gohlke H, Graham I, Reiner Z, Verschuren M, et al. Guía europea sobre prevención de la enfermedad cardiovascular en la práctica clínica (versión 2012). Rev Esp Cardiol [Internet]. 2012 [citado 15 feb 2015];65(10):e1-e66. Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/es/guia-europea-sobreprevencionenfermedad/articulo/90154893/>
2. Bejarano JM, Cuixart CB. Cardiovascular risk factors and Primary Care: evaluation and intervention. Aten Primaria 2011 Dec;43(12):668-677.
3. Celentano A, Palmieri V, Arezzi E, Sabatella M, Guillaro B, Brancati C, et al. Cardiovascular secondary prevention: patients' knowledge of cardiovascular risk factors and their attitude to reduce the risk burden, and the practice of family doctors. The "Help Your Heart Stay Young" study. Ital Heart J 2004 Oct;5(10):767-773.
4. Ammouri AA, Neuberger G. The Perception of Risk of Heart Disease Scale: development and psychometric analysis. J Nurs Meas 2008;16(2):83-97.
5. Pérez L. Estrategia de comunicación para la prevención de riesgos cardiovasculares a través de la promoción de comportamientos saludables, dirigida a usuarios de consulta prioritaria de Coomeva y consulta externa atendidos en el Hospital Universidad del Norte, 2011. Versila. Biblioteca Digital: Universidad del Norte (Barranquilla, Colombia); 2013.

6. Gómez García B, Bautista-Samperio L. Detección de factores de riesgo cardiovascular y nivel de conocimientos de los mismos por el adulto. *Rev Fac Mec UNAM* 2009;52(6):248-252.
7. Ammouri AA, Neuberger G, Mrayyan MT, Hamaideh SH. Perception of risk of coronary heart disease among Jordanians. *J Clin Nurs* 2011 Jan;20(1-2):197-203.
8. Perestelo L, Rivero A, González M, Pérez J, Serrano P. Efectividad de la comunicación del riesgo cardiovascular. Plan Nacional para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social e Igualdad. Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud 2010. Disponible en: [http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/d8ee2c6d-ab92-11e4-90539d1690bb437a/SESCS%202009\\_01\\_riesgo%20cardiovascular.pdf](http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/d8ee2c6d-ab92-11e4-90539d1690bb437a/SESCS%202009_01_riesgo%20cardiovascular.pdf).
9. Lira MT, Kunstmann S, Caballero E, Guarda E, Villarroel L, Molina JC. Cardiovascular prevention and attitude of people towards behavior changes: state of the art. *Rev Med Chil* 2006 Feb;134(2):223-230.
10. CIE-10. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. Capítulo IX: enfermedades del sistema circulatorio Décima revisión. OPS/OMS. 1995.
11. Organización mundial de la salud. Tabaco. Ginebra:OMS;2015. Nota descriptiva n°399. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/es/>.
12. Organización mundial de la salud-Organización Panamericana de la salud. Guía internacional para vigilar el consumo de alcohol y sus consecuencias sanitarias. Ginebra: OMS; 2000. Disponible en: [http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/monitoring\\_alcohol\\_consumption\\_spanish.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/publications/monitoring_alcohol_consumption_spanish.pdf).
13. Castro P, Bellido D, Pertega S. Elaboración y validación de un nuevo cuestionario de hábitos alimentarios para pacientes con sobrepeso y obesidad, *Endocrinol Nutr.* 2010;57(4):130-139.
14. Estrada Reventos D, Ho Wong TM, Agudo Ugena JP, Arias Barroso P, Capillas Pérez R, Gibert Llorach E, et al. Validación de un cuestionario de conocimientos sobre la hipertensión. *Hipertensión y Riesgo Vascular* 2013;30(4):127-134.
15. Rivas Baez JA, Leal Hernández M, Navarro Oliver AF, Abellán Alemán J. Objetivos de control de los factores de riesgo cardiovascular. ¿Conocidos por nuestros pacientes hipertensos? *Hipertensión y Riesgo Vascular* 2014;31(4):164.
16. Organización mundial de la salud. Recomendaciones mundiales sobre la actividad física para la salud. Ginebra: OMS; 2010. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44441/1/9789243599977\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44441/1/9789243599977_spa.pdf)
17. Saldarriaga L. Valoración de conocimientos de hipertensión arterial y factores de riesgo cardiovascular en personas que acuden al centro de salud Corrales, Tumbes, Perú 2007. *NURE Inv* 2010;45. Disponible en: [http://www.fuden.es/FICHEROS\\_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/promodenf.pdf](http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/promodenf.pdf)
18. Encuesta Nacional de Salud de España 2011/12 (ENSE 2011/12), Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad - Instituto Nacional de Estadística. Disponible en: <http://www.mssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2011.htm>. España, 2011.
19. Banegas JR, Graciano A, Guallar P, León LM, Gutierrez JL, López E et al. Estudio de Nutrición y Riesgo Cardiovascular en España (ENRICA). Madrid: Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad Autónoma de Madrid; 2011.
20. Querales M, Ruiz N, Rojas S, Espinoza M. The level of knowledge concerning cardiovascular risk factors in people living in Naguanagua, Venezuela. *Rev Salud Publica (Bogotá)* 2011 Oct;13(5):759-771.
21. Weber EU, Blais A, Betz NE. A domain-specific risk-attitude scale: measuring risk perceptions and risk behaviors. *J Behav Decis Making* 2002;15(4):263-290.
22. Estruch R, Ros E, Salas-Salvado J, Covas MI, Corella D, Aros F, et al. Primary prevention of cardiovascular disease with a Mediterranean diet. *N Engl J Med* 2013 Apr 4;368(14):1279-1290.
23. Amor AJ, Masana L, Soriguer F, Goday A, Calle-Pascual A, Gaztambide S, et al. Estimating Cardiovascular Risk in Spain by the European Guidelines on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice. *Rev Esp Cardiol (Engl Ed)* 2015 May;68(5):417-425.
24. EHRICA. Guías de intervención en hipertensión y riesgo cardiovascular para enfermería. Madrid: Asociación EHRICA Imprenta Tomás Hermanos; 2013.
25. Delaney Burke J. Dietary Guidelines for Americans: Food Sustainability and Safety. *Nutrition Today* 2015;50(4):174-176.
26. Maiques Galán A. Valoración del riesgo cardiovascular. ¿Qué tabla utilizar? *Atención Primaria* 2003;32(10):586-589.

**TABLAS**

**Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra total**

Variables	n=132	%	IC 95%	
<b>Sexo</b>				
Hombre	89	67,4	58,72	75,32
Mujer	43	32,6	24,68	41,27
<b>Estado civil</b>				
Casado	98	74,2	65,91	81,46
Soltero	13	9,8	5,35	16,25
Divorciado/Separado	16	12,1	7,09	18,94
Viudo	5	3,8	1,24	8,62
<b>Estudios finalizados</b>				
No completo Ed. Primaria	3	2,3	0,47	6,50
Ed. Básica	61	46,2	37,50	55,10
Ed. Secundaria	30	22,7	15,89	30,83
Ed. Superior	38	28,8	21,24	37,31
	<b>Media</b>	<b>DE</b>	<b>Max</b>	<b>Min</b>
<b>Edad</b>	60,36	4,98	66	42

DE= Desviación estándar; IC= Intervalo de Confianza

**Tabla 2. Hábitos de vida en relación al riesgo cardiovascular**

Variables[%]	RCV moderado n=80	RCV alto n=26	RCV muy alto n=26	p-value
<b>Percepción de su estado de salud</b>				
Bueno	66,2	73,1	46,2	
Regular	28,7	19,2	42,3	0,253
Malo	5	7,7	11,5	
<b>Adherencia a la dieta mediterránea</b>				
Alta adherencia	10	11,5	11,5	
Media adherencia	60	65,4	46,2	0,625
Baja adherencia	30	23,1	42,3	

**Nivel de actividad física**

<b>Nivel alto</b>	<b>26,2</b>	<b>23,1</b>	<b>23,1</b>	
<b>Nivel moderado</b>	<b>40</b>	<b>42,3</b>	<b>53,8</b>	<b>0,775</b>
<b>Inactivo</b>	<b>33,8</b>	<b>34,6</b>	<b>23,1</b>	

**Hábito tabáquico**

<b>Fumador</b>	<b>25</b>	<b>46,2</b>	<b>42,3</b>	
<b>Exfumador</b>	<b>35</b>	<b>38,5</b>	<b>46,2</b>	<b>0,018</b>
<b>No fumador</b>	<b>40</b>	<b>15,4</b>	<b>11,5</b>	

**Consumo de alcohol**

<b>Alto riesgo</b>	<b>3,8</b>	<b>7,7</b>	<b>19,2</b>	
<b>Riesgo moderado</b>	<b>15</b>	<b>11,5</b>	<b>19,2</b>	<b>0,101</b>
<b>Bajo riesgo</b>	<b>81,2</b>	<b>80,8</b>	<b>61,5</b>	

*RCV: Riesgo cardiovascular*

**ID281:****IMPORTANCIA DE LA VALORACIÓN DE LA ENFERMERA COMUNITARIA A PACIENTES INMOVILIZADOS PARA LA ATENCIÓN SOCIO SANITARIA EN DOMICILIO Y LA ASIGNACIÓN OPTIMA DE RECURSO**Marta Isabel Villamil Díaz<sup>1</sup>, Laura Méndez Villamil<sup>2</sup><sup>1</sup>Centro Salud Cudillero-SESPA, <sup>2</sup>Universidad Pontificia Salamanca  
[mvillamildi@gmail.com](mailto:mvillamildi@gmail.com)**RESUMEN**

Objetivo: Conocer las necesidades de cuidados según la valoración enfermera, de los pacientes inmovilizados que precisan atención a domicilio en la zona básica de salud de Cudillero. Cuales de ellas están cubiertas/atendidas y por quién ,así cómo recursos sociosanitarios.

Estudio observacional descriptivo transversal realizado en Atención Primaria(AP)

Población estudio: todos los pacientes con un episodio CIAP de Inmovilizado (A28), abierto en OMIAP hasta diciembre de 2016, de la zona básica de salud Cudillero, Asturias.

Variables: datos sociodemográficos del paciente y cuidador, valoración de necesidades en cuidados del paciente, recursos sociosanitarios utilizados(Encuesta), atención sanitaria en domicilio, grado de satisfacción y necesidades pendientes.

Método: Visita y valoración en domicilio por enfermeros comunitarios de zona básica. Análisis de variables.

Conclusiones: La valoración enfermera de necesidades del paciente inmovilizado y su seguimiento continuo son básicos para no malgastar recursos o infrutilizarlos, así como la coordinación con los servicios sociosanitarios

**PALABRAS CLAVE**

Enfermería de Atención Primaria /Primary care nursing

Evaluación de enfermería/ Nursing assessment

Evaluación de necesidades/ Needs assessment

Recursos sociosanitarios/ Social heart resources

Asignación de recursos para la atención de salud/ Resource allocation

**INTRODUCCIÓN**

En el año 2012 un 4,3% de la población tenía disminución grave y crónica de sus actividades y cerca del 20% limitada. Esta prevalencia se incrementa con la edad y es más elevada en el caso de las mujeres. Además, la proporción de dependencia es muy alta: en España cerca del 30% de las familias está afectadas por la existencia de personas con dependencia, estando muy ligada a la presencia de enfermedades crónicas(1).

Uno de los más importantes logros de la reforma sanitaria iniciada en los años 80 ha sido el dotar de una amplia red de servicios de Atención Primaria, con una cobertura poblacional completa y muy accesible, que garantiza no sólo una equidad geográfica y poblacional, sino también socioeconómica. Es decir el cuidado sanitario y social deben confluir para mejorar la calidad de vida de los ciudadanos.

La asistencia sociosanitaria es un subsistema asistencial que debe tener presente la heterogeneidad de las situaciones, la variabilidad de las necesidades y la flexibilidad para adoptar cambios sucesivos en la asignación de recursos y la organización de los cuidados, al incluir el conjunto de servicios que precisan las personas con limitaciones físicas, mentales o cognitivas, con un impacto suficiente para comprometer su independencia y autonomía personal y requerir, por tanto, cuidados de larga duración.(1)

Si bien estos dos aspectos son fundamentales en la asistencia diaria a las personas se manifiestan especialmente relevantes en el caso de pacientes inmovilizados que precisan cuidados en el domicilio, sanitarios y sociales. Ya en el informe SESPAS 2012 destaca la "atención domiciliaria como irremplazable

si quiere garantizarse un buen proceso de cuidados y la continuidad asistenciales dando respuesta a múltiples necesidades sociosanitarias de los pacientes”.(2)

Estos cuidados son prestados por múltiples agentes, desde familiares, auxiliares de ayuda a domicilio, trabajadores sociales, médicos y enfermeras de familia.

Entre todos deberán dar respuesta a este colectivo dependiente y especialmente vulnerable, satisfacer sus necesidades socio-sanitarias de vida diaria y conseguir un seguimiento adecuado según la evolución de estas. Las enfermeras comunitarias tenemos esta labor entre nuestras competencias pero quizá en ocasiones nos centramos más en aspectos clínicos o técnicas de cuidado (3) también en atención domiciliaria, realizando planes de cuidados para paciente y cuidador según las valoraciones enfermeras y liderando las intervenciones necesarias(4).

El concejo de Cudillero con una población de 5568 (5) presenta según el OBSA(Observatorio de Salud de Asturias) un indicador alto de hospitalizaciones evitables(6), teniendo en cuenta que los ingresos por Ambulatory Care Sensitive Conditions, ACSC, indican problemas de salud que se podrían prevenir con alguna intervención del primer nivel asistencial. Así mismo su tasa de prevalencia de cronicidad es elevada un 40,74(6).

Estudiar las necesidades de cuidados de los pacientes inmovilizados de una zona básica de salud y la valoración enfermera así como los recursos sociosanitarios utilizados,nos parece fundamental.(7) Esta valoración, junto con el informe de la enfermera responsable(8) debería tener un papel relevante en la organización y optimización de estos recursos y del seguimiento de los pacientes inmovilizados, además de su función básica, la creación de un plan de cuidados. (2)

#### **OBJETIVOS**

Conocer las necesidades de cuidados según la valoración de enfermería, de los pacientes inmovilizados que precisan atención a domicilio en la zona básica de salud de Cudillero.

Estudiar cuales de esas necesidades detectadas son cubiertas/atendidas y por quién (sanitario, cuidador formal/ informal)

Estudiar que recursos sociosanitarios son utilizados.

Analizar las necesidades percibidas por paciente y cuidador.

#### **MATERIAL Y MÉTODOS**

Tipo estudio: Observacional descriptivo transversal

Población estudio: pacientes con un episodio CIAP de Incapacidad/Inmovilizado (A28), abierto en OMIAP hasta diciembre de 2016, de la zona básica de salud Cudillero, Asturias.

Tamaño de la población: 80 pacientes, no se realiza muestreo, se analizará población total.

Fuente información : OMI estadística

Criterios de Inclusión:

- Tener un episodio activo, código clasificación CIAP de OMIAP: “Incapacidad”(A28) en Historia Clínica

Criterios exclusión:

- No aceptar participar en estudio, ellos mismos o su cuidador responsable en caso de incapacidad psíquica.
- El episodio abierto de inmovilizados no corresponda a necesidades de atención domiciliaria.
- Tener un episodio abierto en Historia de paciente “Terminal”.

**Instrumentos de valoración:**

- Valoración enfermera por patrones funcionales de M. Gordon,<sup>(9)</sup> según OMIAP<sup>(10)</sup>
- Protocolo (PPJ) Inmovilizado/Incapacitado en OMIAP<sup>(11)</sup>
- Entrevista a pacientes y/o cuidadores
- Una pregunta abierta sobre necesidades percibidas /satisfacción
- Consentimiento informado (insertar plantilla 4)

**Variables:**

Incluyen datos sociodemográficos del paciente y cuidador, datos de valoración de necesidades en cuidados del paciente, recursos sociosanitarios utilizados, atención de enfermería y médica en el domicilio y grado de satisfacción

Insertar Tabla1-VARIABLES del paciente

Insertar Tabla 2-VARIABLES del Cuidador

Insertar tabla 3-VARIABLES Recursos Sociosanitarios utilizados

**Recogida de datos/Método:**

Hoja de recogida datos valoración Paciente-Insertar plantilla 1

Hoja recogida datos valoración Cuidador-Insertar plantilla 2

Hoja recogida datos valoración Recursos Sociosanitarios-Insertar plantilla 3

Pregunta abierta sobre necesidades percibidas/satisfacción.Insertar plantilla 4

Consentimiento informado- Insertar Plantilla 5

Se dividirán los pacientes entre los enfermeros valoradores, si es posible cada enfermero realizará la de sus pacientes asignados según cupos, para facilitar su realización.

Un enfermero/a comunitario acudirá al domicilio del paciente y después de firmar el consentimiento informado realizará la valoración y encuesta al paciente y al cuidador.

En el caso de pacientes con demencia o deterioro general que no les permita responder, se realizará la valoración sin la encuesta sobre satisfacción del paciente y se preguntará solo al cuidador.

**LIMITACIONES**

Posibles sesgos: La variabilidad en la valoración si es realizada por diferentes personas.

Los enfermeros valoradores practicarán con un pilotaje de una valoración conjunta a un paciente y llegarán a consensos.

**ESTRATEGIA ANÁLISIS**

Se realizará un análisis estadístico que consistirá en la descripción de las variables de estudio mediante proporciones y medidas de tendencia central/ dispersión ,así como la construcción de IC del 95%.

Proponemos la comprobación de asociaciones entre las principales variables mediante pruebas comparativas de medias(t de Student) y proporciones (chi cuadrado).

Los resultados se presentaran desagregados por sexo y nivel de significación  $p < 0,05$ .

Se realizarán los análisis mediante el programa SPSS v.19.0

En cuanto a la interpretación de la pregunta abierta sobre necesidades percibidas los datos serán en esencia textuales con las notas de campo tomadas en la visita domiciliaria y se irán estructurando en tres categorías:

- Necesidades de cuidados recursos sanitarios
- Necesidades de cuidados recursos sociales
- Necesidades de cuidados recursos familiares

**RELEVANCIA**

Las enfermeras comunitarias somos en muchas ocasiones el profesional sanitario que hace unas visitas domiciliarias más frecuentes y aunque teóricamente nuestra valoración de necesidades de cuidado sería imprescindible no siempre es así o nuestro esfuerzo se centra el tratamiento de la enfermedad y en cuidar o recomendar cuidados, en lugar de promover la independencia aprovechando los recursos de cada caso.(3)

Sin duda se debería reorganizar y poner el foco sobre esta importante y poco visible labor que realizamos, la valoración integral de necesidades de Cuidados utilizando diferentes escalas, el nivel de dependencia según la capacidad de autocuidado y la necesidad de recursos de soporte que permitan seguir manteniendo la persona en su entorno(4)

Como dice Faecap en su informe sobre Atención domiciliaria en España, "La labor de las enfermeras comunitarias se orienta desde la definición de un plan de cuidados donde se refleje la coordinación, evaluación, el adiestramiento de los cuidadores y la valoración y provisión de necesidades de cuidados individuales del paciente y familia con entrenamiento de capacidades de la persona en su autocuidado.

Liderar las intervenciones acorde con necesidades, recursos disponibles y elementos de valor que garanticen la mayor independencia, calidad de vida y eficiencia, dentro del equipo interdisciplinar y a través del ejercicio del rol del gestor de casos tal y como se plantea en las estrategias de la cronicidad”(4)

Por todo ello nos planteamos estudiar las necesidades de cuidados de los pacientes inmovilizados de una zona básica de salud, según la valoración enfermera teniendo en cuenta los recursos sociosanitarios utilizados.(7) Esta valoración, junto con el informe de la enfermera responsable(8) debería tener un papel relevante en la organización y optimización de estos recursos y del seguimiento de los pacientes inmovilizados, además de su función básica, la creación de un plan de cuidados. (2)

## BIBLIOGRAFÍA

1. Cofiño Fernández R, Hevia Fernández JR, Suárez Álvarez O, Suárez García FM, Bruno Bárcena J. Personas sanas, poblaciones sanas: ordenación y elaboración de las estrategias de salud y atención a la población con enfermedad [citado el 11 de noviembre de 2016] [Internet]. Disponible en: <http://www.obsaludasturias.com/obsa/personas-sanas-poblaciones-sanas-estrategia-de-atencion-a-la-poblacion-con-enfermedad-cronica-en-asturias/>
2. Corrales-Nevado D, Alberto Alonso-Babarro, Rodríguez-Lozano MA. Continuidad de cuidados, innovación y redefinición de papeles profesionales en la atención a pacientes crónicos y terminales. Informe SESPAS 2012. Gac Sanit. 1 de marzo de 2012;26:63-8.
3. [Parsons J](#), [Rouse P](#), [Robinson EM](#), [Sheridan N](#), [Connolly EJ](#). Goal setting as a feature of homecare services for older people: does it make a difference? Age Ageing. enero de 2012;41(1):24-9. [internet] [citado 13 de noviembre de 2016] disponible en: <https://academic.oup.com/ageing/article-lookup/doi/10.1093/ageing/afr118>
4. Ferrer Arnedo C, Cegri Lombardo F. INFORME DE FAECAP SOBRE LA ATENCIÓN DOMICILIARIA EN ESPAÑA: EL LIDERAZGO DE ENFERMERIA COMUNITARIA [Internet]. 2015 [citado 19 de diciembre de 2016]. Disponible en: <http://www.faecap.com/noticias/show/informe-de-faecap-sobre-la-atencion-domiciliaria-en-espana-el-liderazgo-de-la-enfermeria-comunitaria>
5. Determinantes de salud « Observatorio de Salud de Asturias [Internet]. 2016 [internet] [citado 16 de noviembre de 2016]. Disponible en: <http://www.obsaludasturias.com/obsa/determinantes/concejo/?concejo=21&tipo=1&anio=2016>
6. García Pérez L. [coordinador et al.]. – Factores predictivos e intervenciones efectivas para la reducción del riesgo de reingreso hospitalario en pacientes de edad avanzada. Madrid : Ministerio de Ciencia e Innovación. Santa Cruz de Tenerife : Servicio Canario de la Salud, D.L. 2009. – 167 p. ; 24 cm. – (Colección: Informes, estudios e investigación. Ministerio de Ciencia e Innovación. Serie: Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. SESCO ; 2007/20) [Internet]. [citado 20 de septiembre de 2016]. Disponible en: <http://www.bibliotecacochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=%2011083334&DocumentID=AECC00039>
7. García Alcaraz F, Delicado Useros V, Alfaro Espín A, López-Torres Hidalgo J. Utilización de recursos sociosanitarios y características del cuidado informal de los pacientes inmovilizados en atención domiciliaria. Aten Primaria. :195-204. [Internet] [citado 30 de noviembre de 2016] Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-utilizacion-recursos-sociosanitarios-caracteristicas-del-S0212656714002042>
8. Mazilli D A.(coordinador et all) Atención domiciliaria: guías de actuación clínica. Málaga: Distrito Sanitario Málaga; 2006. ISBN 978-84-690-2675-5 [internet] [citado el 25 de noviembre de 2016] Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0280.pdf>
9. SUBDIRECCIÓN DE ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS. Servicio de, Coordinación Asistencial y Cuidados. VALORACIÓN ENFERMERA: Módulo OMI PLANES [Internet]. 2015 [citado 18 de diciembre de 2016]. Disponible en: [https://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS\\_Formacion/AS\\_OMI%20AP/Asistentes%20personalizados%20en%20OMI/ValoracionEnfermeraOMIplanes.pdf](https://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Formacion/AS_OMI%20AP/Asistentes%20personalizados%20en%20OMI/ValoracionEnfermeraOMIplanes.pdf)
10. PLANES DE CUIDADOS EN ATENCIÓN PRIMARIA: - PC dependencia.pdf [Internet]. [citado 18 de diciembre de 2016]. Disponible en: [https://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS\\_Formacion/AS\\_OMI%20AP/Asistentes%20personalizados%20en%20OMI/PCdependencia.pdf](https://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Formacion/AS_OMI%20AP/Asistentes%20personalizados%20en%20OMI/PCdependencia.pdf)



**GRÁFICOS Y/O TABLAS**

**Tabla1- Variables del paciente**

Nombre	Definición	Escala medida	Tipo de variable
<b>En el paciente:</b>			
Sexo del paciente		Varón Mujer	Cualitativa Nominal dicotómica
Edad del paciente	Años cumplidos en la fecha de valoración	Numeral	Cuantitativa continua
Motivo inmovilidad	Según protocolo Inmovilizado OMI	Física Psíquica Social	Cualitativa Nominal politómica
Patrón Nutricional-metabólico	Definición según protocolo valoración enfermera de OMI	No alterado Alto riesgo de alteración Alterado	Cualitativa ordinal
Patrón Actividad-ejercicio	Definición según protocolo valoración enfermera OMI	No alterado Alto riesgo de alteración Alterado	Cualitativa ordinal
Patrón cognitivo perceptivo	Definición según protocolo valoración Enfermera OMI	No alterado Alto riesgo alteración Alterado	Cualitativa ordinal

**Tabla 2 –Variables del cuidador**

NOMBRE	DEFINICIÓN	ESCALA DE MEDIDA	TIPO DE VARIABLE
<b>En el Cuidador</b>			
Edad	Años cumplidos a fecha de valoración	Numeral	Cuantitativa continua
Sexo		Varón/mujer	Cualitativa nominal dicotómica
Retribuido	Recibe una remuneración por cuidar	Si/no	Cualitativa nominal dicotómica
Parentesco con paciente		No parentesco Cónyuge Hijo/a Yerno/nuera Hermano/a otros	Cualitativa nominal politómica
Convivencia con paciente	Cuidador y paciente con mismo domicilio	Permanente Temporal Vivienda separada	Cualitativa nominal politómica
Formación para cuidar	Ha recibido algún curso o tiene titulación	Si no	Cualitativa nominal dicotómica
Trabaja además de cuidar		Si no	Cualitativa Nominal dicotómica

**Tabla 3 -Recursos sociosanitarios utilizados:**

Nombre	Definición	Escala	Tipo variable
Visita médica en domicilio	Según registro en OMI de su MAP o en AContinuada Último año	Nº visitas/mes	Cuantitativa continua
Visita enfermería	Según registro OMI Ap el último año	Nº vistas/mes	Cuantitativa continua
Servicio ayuda a domicilio	Auxiliar de ayuda domicilio	nº días/semana Nº horas/día	Cuantitativa continua
Teleasistencia	Tiene servicio	Si/no	Cualitativa dicotómica
Centro de día	Asiste	Si/no	Cualitativa dicotómica
Prestación económica	Concedida por ley de dependencia	Si/no	Cualitativa dicotómica

**Hoja recogida datos valoración paciente : plantilla 1**
**NHC:**

Edad :

Sexo: V(1) M(2)

Causa Incapacidad : Física (1) Psíquica(2) Social(3)

**Patrón funcional Nutricional Metabólico:**

- Normal
- Riesgo
- Alterado Escala **Norton:** (1)>14 No riesgo
- No valorable (2)12 a 14 riesgo evidente  
(3)5 a 11 Riesgo muy alto

Evaluación **estado nutricional(MNA):**

- (1) 0 a 11 posible mal nutrición
- (2) 12 ó > 12 normal

**Patron funcional Actividad Ejercicio:**

- Normal
- Riesgo
- Alterado
- No valorable
- Test **Barthel:** (1) < de 45 Incapacidad f. severa  
(2) 45 a 59 Incapacidad funcional grave  
(3) 60 a 79 Incapacidad f. moderada  
(4) 80 a 100 Incapacidad f. ligera

Escala **Riesgo de caídas:**

- (1) 0 a 7 No riesgo
- (2) > 7 Riesgo

**Patrón funcional Sueño Descanso:**

- Normal
- Riesgo
- Alterado
- No valorable

Cuestionario **Oviedo del sueño:****Insomnio:** (Max 45 )....**Patrón Cognitivo Perceptivo:**

- Normal
- Riesgo
- Alterado
- No valorable **Pfeiffer:** (1) 0 a 2 Normal  
(2) 3 a 4 deterioro c. leve  
(3) 5 a 7 det c. moderado  
(4) 8 a 10 det. cog. grave

**Minimental:** 30-35 normal

24-29(&gt;65)bordeline

&lt;24(&gt;65) deterioro cognitivo

&lt;28(&lt;=65) deterioro cognitivo

**Dolor:** Escala analógica visual (EVA)(0 a 10)**Patrón Auto percepción Autoconcepto**

- Normal
- Riesgo
- Alterado
- No valorable

**Test Golbert:** Escala de ansiedad

1 a 3 No ansiedad

4 a 9 Ansiedad

**Yesavage:** Depresión geriátrica

0-5 normal

6 a 9 depresión leve

>10 depresión establecida

### Patrón Rol Relaciones

- Normal
- Riesgo
- Alterado
- No valorable

**Apgar familiar:** 0 a 2 disfunción grave 3 a 6 disfunción leve 7 a 10 normal

**Riesgo social** .<16 no riesgo social

>16 riesgo social

### Patrón sexualidad reproducción

- Normal
- Riesgo
- Alterado
- No valorable

### Patrón Adaptación y tolerancia al estrés

- Normal
- Riesgo
- Alterado
- No valorable

### Patrón valores y creencias

- Normal
- Riesgo
- Alterado
- No valorable

**Hoja recogida datos valoración cuidador : plantilla 2****Valoración cuidador**

NHC(paciente):

Nombre:

Edad:

Sexo: (1)V (2) M

Retribuido: (1) Sí (2) NO

Parentesco con paciente:

- Cónyuge
- Hijo/a
- Nuera/yerno
- Hermano/a
- Otros

Convivencia con el paciente:

- Viviendas separadas
- Convive temporalmente
- Convive permanentemente

Formación para cuidar (ha recibido cursos o tiene titulación)

- SI
- NO

Trabaja además de cuidar:

- (1)SI  
(2) NO

**Hoja recogida datos valoración recursos sociosanitarios : plantilla 3****Recursos sociosanitarios**

NHC

**Visita MAP domicilio:** (media N<sup>o</sup> visitas al mes último año)**Visita Médico AC domicilio:** (media n<sup>o</sup> visitas mes último año)**Visita Enfermera familia domicilio:** (media número visitas mes último año)**Visita enfermera AC domicilio:** (media número de visitas mes último año)**Servicio de Ayuda a domicilio:** días a la semana**Servicio de Ayuda a domicilio:** horas al día

Teleasistencia: (1) Sí (2)NO

Asiste Centro de día: (1) SI (2) NO



Prestación económica por Ley dependencia : (1) SI (2) NO

**Pregunta de satisfacción/ necesidades percibida : plantilla 4**

Si pudiese usted pedir cualquier recurso social ,sanitario o cuidado,¿ qué solicitaría?

**Consentimiento informado (plantilla 5)**

Yo.....

Doy mi consentimiento para realizar esta valoración sobre mi salud y los recursos sociosanitarios utilizados y que dichos datos sean usados para la investigación,  
Siempre manteniendo las normas de confidencialidad y protección de datos.

Firma

**ID326:****ANÁLISIS DEL ESTILO DE VIDA EN LA GESTANTE Y PUÉRPERA EN UN ENTORNO RURAL Y URBANO.  
ÁREA DE SALUD Nº 1 DE TOLEDO**

Sagrario Gómez Cantarino<sup>1</sup>, Beatriz González López<sup>2</sup>, Minerva Velasco Abellán<sup>1,3</sup>, Cristina Romero Blanco<sup>4</sup>.

1 Universidad de Castilla la Mancha. Escuela de Enfermería y Fisioterapia (Campus Toledo)

2 Gerencia de Atención Primaria de Toledo. Centro de Salud de Polán.

3 Complejo Hospitalario de Toledo. Hospital Virgen de la Salud.

4 Universidad de Castilla la Mancha. Escuela de Enfermería y Fisioterapia (Campus C. Real)

[Sagrario.gomez@uclm.es](mailto:Sagrario.gomez@uclm.es)

**RESUMEN**

**INTRODUCCIÓN:** las embarazadas son un colectivo con mayor conciencia de salud y, por tanto, más susceptible a realizar cambios en sus comportamientos hacia estilos de vida saludables.

**OBJETIVO:** conocer el estilo de vida en las gestantes y puérperas del Área de Salud 1 de Toledo, en relación a su nutrición y la actividad física.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** estudio de cohortes de dos años de duración, con una muestra estimada de 194 mujeres. Las variables del estudio son: basales (sociodemográficas y antropométricas), independientes (actividad física y hábitos nutricionales) y dependientes (parto, puerperio y neonato). La recogida de datos se realizará mediante cuestionarios validados, complementándose con la historia clínica. El análisis estadístico se realizará con SPSS. 22.0

**CONCLUSION:** los resultados permitirán conocer el estilo de vida nutricional y activo/no activo y proponer estrategias de mejora en los programas de Educación para la Salud, tanto grupal como individual.

**ABSTRACT**

**Introduction:** Pregnant women are a collective with great awareness of their health, and therefore, are more prone to commit changes in their habits or behaviors towards obtaining a healthy life style.

**Objective:** to know and understand the life style of pregnant women and postpartum women from Area of Health #1 from Toledo, in relation to their nutrition and physical activity

**Material and methods:** two-year long cohort study, with a sample size of 194 women. The variables of the study are: basales (sociodemographic and anthropometric), independents (physical activity and nutritional habits) and dependents (childbirth, postpartum y infant). The collection of facts will be performed through means of validated questionnaires, complemented with medical history. The analysis of the statistics will be performed with SPSS. 22.0

**CONCLUSION:** The results will assist in determining a (in) active nutritional life style and propose strategies to better health education programs, at both individual and group levels

**PALABRAS CLAVE**

Estilo de vida, embarazo, actividad motora, dieta mediterránea, periodo posparto.

Life style, pregnancy, motor activity, mediterranean diet, postpartum period.

**INTRODUCCIÓN**

Este estudio pretende conocer los hábitos nutricionales y de actividad física (AF) de las mujeres, tanto en el entorno rural como en el urbano, en cada uno de los trimestres de la gestación y en el puerperio. Para ello, se identificarán, por un lado, los hábitos nutricionales de las mujeres a través del software YANA-C y el cuestionario sobre adherencia a la dieta mediterránea (PREDIMED). Una baja adhesión a la dieta mediterránea podría conllevar una disminución del peso de la placenta y bajo peso neonatal<sup>1</sup>, así como un riesgo de diabetes gestacional<sup>2</sup>. Por otro lado, se determinará el nivel de AF en cada trimestre de gestación y en el puerperio con el cuestionario sobre actividad física (PPAQ). La evidencia científica ha demostrado que la AF regular de intensidad moderada proporciona notables efectos beneficiosos:

menor ganancia de peso durante el embarazo, disminución del riesgo de diabetes gestacional y menor riesgo de hipertensión en la madre<sup>3,4,5</sup>; mejora de la tolerancia al estrés y una maduración neuroconductual más precoz en el neonato<sup>6</sup>. Basándose en estos hallazgos, el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos recomienda que las gestantes sin complicaciones médicas ni obstétricas realicen al menos 30 minutos de AF moderada todos los días de la semana<sup>7</sup>. Sin embargo, hay autores que preconizan que no hay evidencias científicas suficientes para recomendar la AF durante el embarazo como una práctica segura<sup>8</sup>. Así pues, es preciso realizar investigaciones que confirmen la pauta correcta de ejercicio durante el embarazo y el puerperio, para intentar conseguir mayores beneficios en salud. La dificultad estriba en cómo cuantificar con precisión cuál es la AF que las embarazadas realizan en su vida cotidiana. Analizando los datos que nos aporte este estudio podremos determinar si los niveles de AF disminuyen a lo largo del embarazo, qué ocurre en el puerperio y cómo afectan dichos niveles a la salud de la madre y del feto. Además, podremos establecer correlación entre los hábitos de AF y nutrición. Para ello, las mediciones deben repetirse a fin de evaluar el impacto de la misma por separado, en cada trimestre y en el puerperio<sup>9</sup>. Por otro lado, con el análisis de los parámetros maternos y neonatales pretendemos conocer qué periodo es más determinante. Una vez tengamos los resultados, se podrán realizar intervenciones educativas en materia de nutrición y ejercicio con el fin de motivar conductas generadoras de salud en la madre que mejoren los resultados del embarazo, parto y puerperio, así como la salud del recién nacido.

### OBJETIVOS

General: conocer el estilo de vida en las mujeres del Área de Salud 1 de Toledo, en relación a su nutrición y la actividad física en todos los trimestres del embarazo, incluido el puerperio.

Específico: establecer correlación entre nivel de actividad física y estado nutricional durante la gestación y el puerperio, mediante el análisis de los resultados de los parámetros maternos y neonatales para conocer qué periodo es más determinante.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio cuantitativo de cohortes, de dos años de duración, dirigido a mujeres embarazadas y púerperas del Área de Salud nº 1 de Toledo que cumplan estos criterios de inclusión:

- De 18 a 40 años y edad gestacional menor de 14 semanas.
- Con cualquier nivel de actividad física previa o durante la gestación actual.
- Con feto único.
- Que realicen controles de gestación en la consulta de Atención Primaria.
- Que tengan intención de parir en el Hospital Virgen de la Salud.
- Que comprendan el castellano hablado y escrito.

Como criterios de exclusión se tendrán en cuenta:

- Mujeres menores de 18 años.
- Mujeres no pertenecientes a la zona básica de salud estudiada.
- Mujeres que sufren trastornos previos que contraindiquen o limiten la realización de AF.
- Mujeres con diagnóstico de diabetes (DM I), hipertensión arterial e/o insuficiencia renal previo a la gestación.
- Mujeres con más de un aborto.
- Mujeres que no comprenden el castellano.
- Mujeres que no dan su consentimiento.

Se llevará a cabo dentro del Servicio de Salud de Castilla la Mancha (SESCAM), tanto en Atención Primaria como en Atención Especializada, siendo las instalaciones que a continuación se indican donde se desarrollará dicho estudio:

- Centro de Salud de Buenavista (Toledo)
- Centro de Salud de Santa Bárbara (Toledo)
- Centro de Salud de Yepes
- Centro de Salud de Polán
- Hospital Virgen de la Salud.

Asumimos una prevalencia en el grupo de mujeres expuestas (sedentarias) del 14% y en el grupo de no expuestas (activas, según criterios vigentes del American College of Sports Medicine- 30 minutos/día de



ejercicio de moderada intensidad todos o casi todos los días hasta acumular un mínimo de 120 min/semana) de un 3%, con una potencia del 80%<sup>10</sup>. Con estas premisas el número de embarazadas a incluir en el estudio es de 194. A esta cifra se le ha de sumar un 5% de posible no respuesta (mujeres que no desean participar en el estudio). Se captará esta muestra mediante un muestreo no probabilístico consecutivo.

VARIABLES:

- **Variables basales:** sociodemográficas (edad, estado civil, país de origen, nivel de estudios, situación laboral, zona rural o urbana) y antropométricas (IMC previo a la gestación -peso, talla-, peso durante los tres trimestres de gestación y puerperio).

- **Variables del estudio:**

**Independientes:** actividad física y hábitos nutricionales mediante cuestionarios (YANA-C, PREDIMED y PPAQ).

**Dependientes:** datos sobre embarazo (edad gestacional, medicación y problemas médicos durante el embarazo), parto (tipo de parto, color del líquido amniótico, administración de medicación durante el parto, duración de sus distintas etapas), puerperio (tipo de alumbramiento, hemorragia, estado del periné) y neonato (peso al nacer, test de APGAR, tipo de reanimación, pH de cordón).

La captación de la población diana se llevará a cabo en los cuatro Centros de Salud (dos rurales y dos urbanos), dentro de la consulta de la matrona/enfermera. Ésta, será la encargada de informar verbalmente a la participante acerca de los objetivos del estudio, invitándole a participar voluntariamente en el mismo; una vez acepte participar, será imprescindible la firma del consentimiento informado que podrá revocar en cualquier momento.

La recogida de datos se realizará mediante cuestionarios validados. Conoceremos los hábitos nutricionales a través del software YANA-C y cuestionario sobre adherencia a la dieta mediterránea (PREDIMED). Los datos acerca de la actividad física nos los proporcionará el cuestionario sobre actividad física (PPAQ). Todos estos cuestionarios se cumplimentarán en cada uno de los trimestres y puerperio, aprovechando las consultas programadas dentro del Programa de embarazo y puerperio. Tras el parto se recogerán datos de la historia obstétrica y neonatal sobre los resultados del embarazo, parto, puerperio y recién nacido.

El análisis estadístico se realizará utilizando el programa estadístico SPSS. 22.0

Los estudios de cohortes están sometidos a sesgos, principalmente debido a su larga duración y al gran número de personas que involucran. Una posible limitación del estudio es la pérdida de muestra por falta de interés de la mujer o migración, por lo que se ha añadido un 5% de población necesario en el cálculo del tamaño muestral para mitigar los efectos de esta pérdida. Si bien esto es una realidad, cabe recordar que este grupo poblacional (mujer gestante) es de un inestimable valor por la gran motivación que presenta la mujer en este periodo de su vida en relación a los cuidados de salud. Otra posible limitación del estudio es la probable modificación de conducta, tanto alimenticia como de AF, que tengan las participantes al sentirse observadas y que podría disminuir la potencia de las estimaciones al aumentar el número de mujeres activas. Este sesgo haría que las estimaciones de asociación fueran conservadoras.

## RELEVANCIA

Actualmente, este estudio se encuentra en fase de desarrollo (primer año); igualmente, ha sido aprobado tanto por el Comité de Investigación como por el de Ética del Servicio de Salud de Castilla la Mancha (SESCAM). Los datos que se han recogido hasta el momento están en fase de interpretación. Los resultados de este estudio pueden permitir conocer el estilo de vida nutricional y activo/no activo en estas mujeres, incluyendo el puerperio como novedad. Con la implicación de la Enfermería, se puede lograr que las acciones llevadas a cabo reviertan, de forma transversal, en mejorar la situación de la mujer en la gestación, puerperio y sobre el neonato. Se podrán proponer estrategias de mejora que redunden en los programas de Educación para la Salud, tanto grupal como individual, con el fin de motivar conductas generadoras de salud en la madre mejorando los resultados materno-fetales.

## BIBLIOGRAFÍA

- (1) Timmermans S, Steegers-Theunissen RP, Vujkovic M, et al. The Mediterranean diet and fetal size parameters: the Generation R Study. *Br J Nutr.* 2012;108(8):1399-1409.
- (2) Karamanos B, Thanopoulou A, Anastasiou E, et al. Relation of the Mediterranean diet with the incidence of gestational diabetes. *Eur J Clin Nutr.* 2014;68(1):8-13.
- (3) Muktabhant B, Lawrie TA, Lumbiganon P, Laopaiboon M. Diet or exercise, or both, for preventing excessive weight gain in pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015(6):Cd007145.
- (4) Sanabria-Martinez G, Garcia-Hermoso A, Poyatos-Leon R, Alvarez-Bueno C, Sanchez-Lopez M, Martinez-Vizcaino V. Effectiveness of physical activity interventions on preventing gestational diabetes mellitus and excessive maternal weight gain: a meta-analysis. *Bjog.* 2015;122(9):1167-1174.
- (5) Poudevigne MS & O'Connor PJ. Physical activity and mood during pregnancy. *Med Sci Sports Exerc* 2005(8); 37:1374-80
- (6) Clapp JF III, Lopez B & Harcar-Sevcik R. Neonatal behavioral profile of the offspring of women who continued to exercise regularly throughout pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1999; 180(1):91-4.
- (7) American College of Obstetricians and Gynecologists. Exercise during pregnancy and the postpartum period. *Clinical Obstet Gynecol.* 2003; 46(2):496
- (8) Kramer MS & McDonald SW. Aerobic exercise for women during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; 2:CD000180
- (9) Nascimento SL, Surita FG, Godoy AC, Kasawara KT, Morais SS. Physical Activity Patterns and Factors Related to Exercise during Pregnancy: A Cross Sectional Study. *PLoS One.* 2015;10(6):e0128953.
- (10) Han S, Middleton P, Crowther CA. Exercise for pregnant women for preventing gestational diabetes mellitus. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 7. Art. No.: CD009021. DOI: 10.1002/14651858.CD009021.pub2

**GRÁFICOS Y/O TABLAS**

<b>CUESTIONARIO DE ADHERENCIA A LA DIETA MEDITERRÁNEA</b>	<b>Modo de valoración</b>	<b>Puntuación</b>
¿Usas aceite de oliva principalmente para cocinar?	Si =1 punto	
¿Cuánto aceite de oliva consumes en total al día (incluyendo el usado para freír, el de las comidas fuera de casa, las ensaladas, etc.)?	Dos o más cucharadas =1 punto	
¿Cuántas raciones de verdura u hortalizas consumes al día (las guarniciones o acompañamientos contabilizan como ½ ración)?	Dos o más al día (al menos una de ellas en ensaladas o crudas)=1 punto	
¿Cuántas piezas de fruta (incluyendo zumo natural) consumes al día?	Tres o más al día= 1 punto	
¿Cuántas raciones de carnes rojas, hamburguesas, salchichas o embutidos consumes al día (una ración equivale a 100-150 gr.)?	Menos de una al día= 1 punto	
¿Cuántas raciones de mantequilla, margarina o nata consumes al día (una porción individual equivale a 12 gr)?	Menos de una al día= 1 punto	
¿Cuántas bebidas carbonatadas y/o azucaradas (refrescos, colas, tónicas, bitter) consumes al día?	Menos de una al día= 1 punto	
¿Bebe vino? ¿Cuánto consumes a la semana?	Tres o más vasos por semana= 1 punto	
¿Cuántas raciones de legumbres consumes a la semana (una ración o plato equivale a 150 gr)?	Tres o más por semana= 1 punto	
¿Cuántas raciones de pescado o mariscos consumes a la semana (un plato, pieza o ración equivale a 100-150 gr de pescado ó 4-5 piezas de marisco)?	Tres o más por semana= 1 punto	
¿Cuántas veces consumes repostería comercial (no casera) como galletas, flanes, dulces o pasteles a la semana?	Menos de tres por semana= 1 punto	

¿Cuántas veces consumes frutos secos a la semana (una ración equivale a 30 gr)?	Una o más por semana= 1 punto	
¿Consumes preferentemente carne de pollo, pavo o conejo en vez de ternera, cerdo, hamburguesas o salchichas (carne de pollo: una pieza oración equivale a 100- 150 gr)?	Si= 1 punto	
¿Cuántas veces a la semana consumes l vegetales cocinados, la pasta, el arroz u otros platos aderezados con una salsa de tomate, ajo, cebolla o puerro elaborada a fuego lento con aceite de oliva (sofrito)?	Dos o más por semana= 1 punto	

**PUNTUACIÓN TOTAL: < 9 baja adherencia, >= 9 buena adherencia**

**CUESTIONARIO DE ACTIVIDAD FÍSICA EN EL EMBARAZO (PPQA)**

**INSTRUCCIONES:** Rellene el círculo que corresponda a su respuesta. Si quiere hacer una observación puede hacerlo al final de la última hoja.

22. Fecha de hoy: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

23. Fecha de la última regla: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

24. Fecha probable de parto: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Semanas de gestación:

Durante este trimestre, cuando **NO** estabas en el trabajo, ¿cuánto tiempo has empleado en?:

**4. Preparar comidas. (cocinar, poner la mesa, fregar los platos):**

- Nada
- Menos de ½ hora al día
- De ½ hora y casi 1 hora al día
- De 1 hora a casi 2 horas al día
- De 2 horas a casi 3 horas al día
- 3 horas o más al día.

**5. Vestir, bañar y dar de comer a niños estando sentada:**

- Nada
- Menos de ½ hora al día
- De ½ hora y casi 1 hora al día
- De 1 hora a casi 2 horas al día
- De 2 horas a casi 3 horas al día.
- 3 horas o más al día.

Durante este trimestre, cuando **NO** estabas en el trabajo, ¿cuánto tiempo has empleado en?:

**6. Vestir, bañar y dar de comer a niños estando de pie:**

- Nada
- Menos de ½ hora al día
- De ½ hora y casi 1 hora al día
- De 1 hora a casi 2 horas al día
- De 2 horas a casi 3 horas al día.
- 3 horas o más al día.

**7. Jugar con niños estando de pie o sentada:**

- Nada
- Menos de ½ hora al día
- De ½ hora y casi 1 hora al día
- De 1 hora a casi 2 horas al día
- De 2 horas a casi 3 horas al día.
- 3 horas o más al día

**8. Jugar con niños mientras caminas o corres:**

- Nada
- Menos de ½ hora al día
- De ½ hora y casi 1 hora al día
- De 1 hora a casi 2 horas al día
- De 2 horas a casi 3 horas al día.
- 3 horas o más al día

**9. Llevar cogido a un niño:**

- Nada
- Menos de ½ hora al día
- De ½ hora y casi 1 hora al día
- De 1 hora a casi 2 horas al día
- De 2 horas a casi 3 horas al día
- 3 horas o más al día



**10. Cuidar de una persona mayor:**

- Nada
- Menos de ½ hora al día
- De ½ hora y casi 1 hora al día
- De 1 hora a casi 2 horas al día
- De 2 horas a casi 3 horas al día
- 3 horas o más al día

**11. Usar el ordenador o escribir fuera del trabajo:**

- Nada
- Menos de ½ hora al día
- De ½ hora y casi 1 hora al día
- De 1 hora a casi 2 horas al día
- De 2 horas a casi 3 horas al día.
- 3 horas o más al día

**12. Ver la televisión:**

- Nada
- Menos de ½ hora al día
- De ½ hora y casi 1 hora al día
- De 1 hora a casi 2 horas al día
- De 2 horas a casi 3 horas al día
- 3 horas o más al día

**13. Sentarte a leer, charlar o hablar por teléfono fuera del trabajo:**

- Nada
- Menos de ½ hora al día
- De ½ hora y casi 1 hora al día
- De 1 hora a casi 2 horas al día
- De 2 horas a casi 3 horas al día
- 3 horas o más al día

**14. Jugar con mascotas:**

- Nada
- Menos de ½ hora al día
- De ½ hora y casi 1 hora al día
- De 1 hora a casi 2 horas al día
- De 2 horas a casi 3 horas al día
- 3 horas o más al día

**15. Realizar tareas domésticas (hacer la cama, la colada, planchar y recoger la ropa):**

- Nada
- Menos de ½ hora al día
- De ½ hora y casi 1 hora al día
- De 1 hora a casi 2 horas al día
- De 2 horas a casi 3 horas al día
- 3 horas o más al día
- 

**16. Ir de compras ( a comprar comida, ropa o cualquier otra cosa):**

- Nada
- Menos de ½ hora al día
- De ½ hora y casi 1 hora al día
- De 1 hora a casi 2 horas al día
- De 2 horas a casi 3 horas al día
- 3 horas o más al día

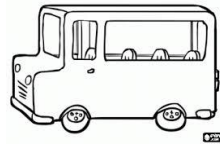
Durante este trimestre, cuando **NO** estabas en el trabajo, ¿cuánto tiempo has empleado en?:

**17. Limpiar los suelos, pasar la aspiradora y limpiar cristales:**

**18. Cortar el césped subido en una máquina cortacésped:**

**19. Cuidar el jardín o Cortar el césped empujando el cortacésped:**

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● Nada</li> <li>● Menos de ½ hora</li> </ul> <p><b>por semana</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● De ½ hora y casi 1 hora</li> <li>● De 1 hora a casi 2 horas</li> <li>● De 2 horas a casi 3 horas</li> <li>● 3 horas o más</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Nada</li> <li>● Menos de ½ hora</li> </ul> <p><b>por semana</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● De ½ hora y casi 1 hora</li> <li>● De 1 hora a casi 2 horas</li> <li>● De 2 horas a casi 3 horas</li> <li>● 3 horas o más</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Nada</li> <li>● Menos de ½ hora</li> </ul> <p><b>por semana</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● De ½ hora y casi 1 hora</li> <li>● De 1 hora a casi 2 horas</li> <li>● De 2 horas a casi 3 horas</li> <li>● 3 horas o más</li> </ul> |
|--|--|--|



**Yendo a sitios**

Durante este trimestre, ¿Cuánto tiempo has empleado en?

**20. Caminar despacio para ir a sitios (a coger el autobús, a trabajar, de visita), no como ejercicio:**

- Nada
- Menos de ½ hora al día
- De ½ hora y casi 1 hora al día
- De 1 hora a casi 2 horas al día
- De 2 horas a casi 3 horas al día
- 3 horas o más al día

**21. Caminar rápido para ir a sitios (a coger el autobús, a trabajar, de visita), no como ejercicio:**

- Nada
- Menos de ½ hora al día
- De ½ hora y casi 1 hora al día
- De 1 hora a casi 2 horas al día
- De 2 horas a casi 3 horas al día
- 3 horas o más al día

**22. Conducir, ir en coche o en autobús:**

- Nada
- Menos de ½ hora al día
- De ½ hora y casi 1 hora al día
- De 1 hora a casi 2 horas al día
- De 2 horas a casi 3 horas al día
- 3 horas o más al día

**Diversión o Ejercicio**

Durante este trimestre, ¿Cuánto tiempo has empleado en?

**23. Pasear despacio por diversión o ejercicio:**

- Nada
  - Menos de ½ hora
- por semana**

**24. Pasear rápido por diversión o ejercicio:**

- Nada
  - Menos de ½ hora
- por semana**

**25. Pasear rápido subiéndole a las escaleras por diversión o ejercicio:**

- Nada
  - Menos de ½ hora
- por semana**

- De ½ hora y casi 1 hora **por semana**
- De 1 hora a casi 2 horas **por semana**
- De 2 horas a casi 3 horas **por semana**
- 3 horas o más **por semana**

- De ½ hora y casi 1 hora **por semana**
- De 1 hora a casi 2 horas **por semana**
- De 2 horas a casi 3 horas **por semana**
- 3 horas o más **por semana**

- De ½ hora y casi 1 hora **por semana**
- De 1 hora a casi 2 horas **por semana**
- De 2 horas a casi 3 horas **por semana**
- 3 horas o más **por semana**

Durante este trimestre, ¿cuánto tiempo has empleado en?:

**26. Hacer yoga:**

- Nada
- Menos de ½ hora **por semana**
- De ½ hora y casi 1 hora **por semana**
- De 1 hora a casi 2 horas **por semana**
- De 2 horas a casi 3 horas **por semana**
- 3 horas o más **por semana**



**29. Bail**

- Nada
- Menos de ½ hora **por semana**
- De ½ hora y casi 1 hora **por semana**
- De 1 hora a casi 2 horas **por semana**
- De 2 horas a casi 3 horas **por semana**
- 3 horas o más **por semana**

**27. Ejercicios especiales para embarazadas:**

- Nada
- Menos de ½ hora **por semana**
- De ½ hora y casi 1 hora **por semana**
- De 1 hora a casi 2 horas **por semana**
- De 2 horas a casi 3 horas **por semana**
- 3 horas o más **por semana**

**30. Si realizas algún otro ejercicio ponlo a continuación:**

-----  
**Nombre de la actividad**

- Nada
- Menos de ½ hora **por semana**
- De ½ hora y casi 1 hora **por semana**
- De 1 hora a casi 2 horas **por semana**
- De 2 horas a casi 3 horas **por semana**
- 3 horas o más **por semana**

**28. Nadar o matronación:**

- Nada
- Menos de ½ hora **por semana**
- De ½ hora y casi 1 hora **por semana**
- De 1 hora a casi 2 horas **por semana**
- De 2 horas a casi 3 horas **por semana**
- 3 horas o más **por semana**

**31. Si realizas algún otro ejercicio ponlo a continuación:**

-----  
**Nombre de la actividad**

- Nada
- Menos de ½ hora **por semana**
- De ½ hora y casi 1 hora **por semana**
- De 1 hora a casi 2 horas **por semana**
- De 2 horas a casi 3 horas **por semana**
- 3 horas o más **por semana**

La siguiente sección solo debes rellenarla si tienes un trabajo remunerado, trabajas de voluntaria o estás estudiando.

**En el Trabajo.....**

Durante este trimestre, ¿Cuántas horas has empleado en?



**32. Estar sentada trabajando o en clase:**

- Nada
- Menos de ½ hora al día
- De ½ hora a casi 2 horas al día
- De 2 horas a casi 4 horas al día
- De 4 horas a casi 6 horas al día
- 6 horas o más al día

**33. Estar trabajando de pie o caminando despacio y cargando con más de 2 kg:**

- Nada
- Menos de ½ hora al día
- De ½ hora a casi 2 horas al día
- De 2 horas a casi 4 horas al día
- De 4 horas a casi 6 horas al día
- 6 horas o más al día

**34. Estar trabajando de pie o caminando despacio sin llevar carga:**

- Nada
- Menos de ½ hora al día
- De ½ hora a casi 2 horas al día
- De 2 horas a casi 4 horas al día
- De 4 horas a casi 6 horas al día
- 6 horas o más al día

**ID372:**

## **ENFERMERAS DE ENLACE: ¿CONOCEMOS EL MAPA DE SITUACIÓN EN LA COMUNIDAD DE MADRID?**

Teresa De la Huerga Fernández-Bofill<sup>1</sup>, Alba Fernández Pita<sup>2</sup>.

Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz<sup>1</sup>, Hospital Universitario de La Princesa<sup>2</sup>  
[teresa.huerga@fjd.es](mailto:teresa.huerga@fjd.es)

### **RESUMEN**

#### **INTRODUCCIÓN:**

La enfermera de enlace hospitalario (EEH) realiza su labor a nivel hospitalario, coordinando la continuidad de cuidados que precisan los pacientes con el resto de niveles asistenciales. Como elemento fundamental para la gestión de la EEH destacar la comunicación proactiva y bidireccional con todos los profesionales implicados, Atención Primaria, Albergues, Centros Sociosanitarios, Hospitales de Media Estancia o cualquier centro que preste servicios sanitarios a la población. Buscamos conocer el grado de implantación y desarrollo profesional de este nuevo rol de enfermería.

#### **MÉTODOS Y RESULTADOS:**

Encuesta anónima a todas las enfermeras de enlace y búsqueda narrativa en Pubmed. Criterio Enfermera de Enlace últimos 5 años. 2462 resultados. De 40 Hospitales Públicos de la comunidad de Madrid, en 2016 únicamente 26 contaban con esta figura reconocida, total 33 enfermeras de enlace conocidas. Realizamos una encuesta validada para conocer su grado de satisfacción laboral, respondiendo el 60,6%. Un 92% mujeres, con media de edad 44.

#### **CONCLUSIONES:**

La situación en la Comunidad de Madrid varía en función de las diferentes áreas Sanitarias, así como la satisfacción de los profesionales. Es fundamental la figura de la Enfermera de Enlace en conjunto con la Enfermera Familiar y Comunitaria para desarrollar la gestión de casos y la educación en autocuidados. La continuidad de cuidados entre niveles asistenciales se ve favorecida por las nuevas estrategias se están ampliando los recursos para llevarla a cabo (enfermera de enlace, seguimiento telefónico productivo, herramientas informáticas...), pudiendo así mejorar la satisfacción y la calidad de los cuidados y evitando acciones que pongan en peligro la seguridad del paciente.

### **ABSTRACT**

#### **INTRODUCTION:**

The hospital liaison nurse (EEH) performs its work at the hospital level, coordinating the continuity of care that patients need with other levels of care. As a fundamental element for the management of the EEH emphasize proactive and bidirectional communication with all the professionals involved, Primary Care, Hostels, Socio-Health Centers, Hospitals of Half Stay or any center that provides health services to the population. We seek to know the degree of implantation and professional development of this new role of nursing.

#### **METHODS AND RESULTS:**

Anonymous survey to all nurses liaison and narrative search in Pubmed. Liaison Nurse Criteria last 5 years. 2462 results. Out of 40 Public Hospitals in the community of Madrid, in 2016, only 26 recognized nurses had 33 known nurses. We conducted a validated survey to know their degree of job satisfaction, accounting for 60.6%. 92% of women, mean age 44.

#### **CONCLUSIONS:**

The situation in the Community of Madrid varies according to the different Sanitary areas, as well as the satisfaction of the professionals. The role of the Liaison Nurse in conjunction with the Family and Community Nurse is essential for the development of case management and self-care education. The continuity of care between levels of care is favored by the new strategies are expanding the resources to carry it out (liaison nurse, productive telephone follow-up, computer tools ...), thus improving satisfaction and quality of care and avoiding Actions that endanger the safety of the patient.



## **PALABRAS CLAVE**

Enfermería en Salud Comunitaria, Gestión de Casos, Enfermedad crónica, Continuidad de la Atención al Paciente, Atención de Enfermería. Community Health Nursing, Case Management, Chronic Disease, Continuity of Patient Care, Nursing Care.

## **INTRODUCCIÓN**

Debido a la necesidad de prestar una atención integral de calidad y conociendo el impacto de las enfermedades crónicas sobre la población, se ha puesto en marcha en la Comunidad de Madrid la denominada “Estrategia De Atención a Pacientes con Enfermedades Crónicas”, siendo uno de los pilares fundamentales del proyecto los profesionales de Enfermería, principalmente desempeñando tres roles: el de Enfermera de Enlace Hospitalaria (EEH), el de Enfermera Gestora de Casos (EGC) y el de Enfermera Educadora o Entrenadora en Autocuidados. La Gestión de Casos es definida por la Sociedad Americana de Gestión de Casos como el: “Proceso de colaboración mediante el que se valoran, planifican, aplican, coordinan, monitorizan y evalúan las opciones y servicios necesarios para satisfacer las necesidades de salud de una persona, articulando la comunicación y recursos disponibles para promover resultados de calidad y costo-efectivos”

La EEH realiza su labor a nivel hospitalario, coordinando la continuidad de cuidados que precisan los pacientes con el resto de niveles asistenciales. Debemos entender que el paciente no se encuentra en el Hospital en un proceso aislado, es una interacción dinámica de la persona y los servicios sanitarios. El centro de nuestros cuidados es la persona y su entorno, siendo el cuidador otro protagonista del proceso. Como elemento fundamental para la gestión de la EEH destacar la comunicación proactiva y bidireccional con todos los profesionales implicados, Atención Primaria, Albergues, Centros Sociosanitarios, Hospitales de Media Estancia o cualquier centro que preste servicios sanitarios a la población que es atendida en el hospital. Para garantizar la equidad y que el mayor número de personas pueda beneficiarse de una atención temprana, entre los objetivos de la continuidad de cuidados se encuentra desarrollar nuevos canales de comunicación y explotar al máximo las nuevas tecnologías para asegurar la comunicación más eficaz entre todos los integrantes del proceso asistencial.

La satisfacción laboral de los profesionales sanitarios es un factor determinante de la calidad y adaptación organizativa sanitaria en el actual contexto socioeconómico. Hace referencia a la comparación implícita que el profesional realiza entre su situación laboral actual y la ideal y es clave para conocer la adaptación al entorno organizativo. Como constructo multidimensional, engloba dos grandes áreas, la primera incluiría los componentes emocionales hacia el trabajo y la segunda respondería al balance entre resultados expectativas y prestaciones que el trabajo ofrece realmente. La satisfacción laboral, forma parte de la definición de la calidad de la atención prestada, repercute directamente en los resultados de las actividades asistenciales y en la satisfacción de los pacientes.

Este estudio pretende dar a conocer el mapa de situación de la EEH en la Comunidad de Madrid que busca la mejora continua de la asistencia sanitaria. Es imprescindible realizar encuestas de satisfacción y motivación profesional sobre todo al ser un perfil nuevo, de esta manera conociendo la situación se podrán adoptar las mejores estrategias para la continuidad de los cuidados. Las encuestas a los profesionales nos permiten llegar a hallazgos cuantitativos, usando instrumentos de investigación que nos sirvan para guiar las prácticas de los profesionales.

Las necesidades de cuidados de la población vienen determinadas, entre otros, por los cambios sociodemográficos, el envejecimiento de la población, la carnificación de las enfermedades, el aumento de la discapacidad funcional, los cambios en la estructura familiar y la situación de dependencia. Por ello, en determinadas personas se da una serie de circunstancias relacionadas con su proceso salud-enfermedad y que podríamos definir como personas en situación de complejidad, que requieren de una atención integrada, coordinada y continuada que atienda a esas necesidades de cuidados desde un enfoque holístico. La atención a los cuidados de estas personas desde un Modelo de Gestión de Casos apoyado en la figura de una enfermera responde a un modelo biopsicosocial de atención centrado en la persona, en sus necesidades y en su entorno, que favorece la continuidad asistencial y de los cuidados,

entendida como el resultado de la coordinación desde la perspectiva del paciente, y definida como el grado de coherencia y unión de las experiencias en la atención que percibe el paciente a lo largo del tiempo. La naturaleza de la Gestión de Casos, para con el sistema sanitario, está directamente relacionada con uno de los factores principales de la calidad en las organizaciones sanitarias: garantizar la integración y coordinación de todos los niveles, facilitando una adecuada comunicación, así como la prestación de una atención completa y continua, especialmente en la atención a problemas de salud crónicos con componentes sociales, psicológicos, emocionales,... y en los que intervienen múltiples profesionales y servicios.

### OBJETIVOS

Objetivo general: Dar a conocer el grado de implantación y desarrollo profesional del rol de EEH.

Objetivos específicos:

- Conocer el perfil profesional de las Enfermeras de Enlace Hospitalario de la Comunidad de Madrid.
- Conocer el grado de satisfacción laboral de estas enfermeras.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio descriptivo transversal realizado en entre el 20 de noviembre y el 20 diciembre de 2016.

La población de estudio fueron todas las Enfermeras de Enlace pertenecientes a los 37 Hospitales de las Red Pública de la Comunidad de Madrid, se excluyeron los hospitales que no tenían reconocida ningún referente para este puesto en el momento de estudio.

La recogida de datos se llevó a cabo distribuyendo un cuestionario a todas profesionales, los cuales fueron auto administrado vía encuesta web. Para ello se diseñó un cuestionario específico dirigido a los principales objetivos que pretendían ser analizados en este estudio basados en otras encuestas que abordaban las mismas temáticas. La encuesta se dividió en dos partes, la primera parte analiza las variables socio demográficas y profesionales (cuadro 1) y en la segunda parte utilizamos el cuestionario validado de Font Roja de Satisfacción laboral. En este cuestionario validado de satisfacción laboral, las respuestas se reflejan según una escala Likert de 1 a 5, siendo 1 muy de acuerdo y 5 muy en desacuerdo con las siguientes afirmaciones:

1. Mi actual trabajo en el hospital es el mismo todos los días, no varía nunca
2. Creo que tengo poca responsabilidad en mi trabajo en el hospital
3. Al final de mi jornada de trabajo me suelo encontrar muy cansado
4. Con bastante frecuencia, me he sorprendido fuera del hospital pensando en cuestiones relacionadas con mi trabajo
5. Muy pocas veces me he visto empleando "a tope" toda mi energía y capacidad para realizar mi trabajo
6. Muy pocas veces mi trabajo perturba mi estado de ánimo, mi salud o mis horas de sueño
7. En mi trabajo me encuentro muy satisfecha
8. Para organizar el trabajo que realizo tengo muy poca independencia
9. Tengo pocas oportunidades para aprender cosas nuevas
10. Tengo muy poco interés por las cosas que realizo en mi trabajo
11. Tengo la sensación de que lo que estoy haciendo no vale la pena
12. Generalmente, el reconocimiento que obtengo por mi trabajo es muy reconfortante
13. La relación con mis superiores es muy cordial
14. Las relaciones con mis compañeros/as son muy cordiales
15. El sueldo que percibo es muy adecuado
16. Estoy convencido/a que el puesto de trabajo que ocupo es el que me corresponde por capacidad y preparación
17. Tengo muchas posibilidades de promoción profesional
18. Con frecuencia tengo la sensación de que me falta tiempo para realizar mi trabajo
19. Estoy seguro/a de conocer lo que se espera de mí en el trabajo por parte de mis superiores
20. Creo que mi trabajo es excesivo, no doy abasto con las cosas que hay que hacer

21. Los problemas personales de mis compañeros de trabajo habitualmente me suelen afectar
22. Con frecuencia tengo la sensación de no estar capacitado para realizar mi trabajo.
23. Con frecuencia siento no tener recursos suficientes para realizar mi trabajo tan bien como sería deseable
24. Con frecuencia la competitividad o el estar a la altura de los demás me causa estrés o tensión

Se creó una base de datos con SPSS 15.0 y se realizó un análisis descriptivo de las variables. Las variables cuantitativas se describieron con media y desviación estándar. Las variables cualitativas se describieron con frecuencia y porcentaje.

También se ha realizado una revisión narrativa de los textos publicados de las siguientes bases de datos bibliográficas PUBMED, en páginas webs y en la Intranet del Servicio Madrileño de Salud. La estrategia de búsqueda consistió en combinar los siguientes términos clave utilizados (DESC y MESH): Enfermería en Salud Comunitaria, Gestión de casos, Enfermedad crónica, Continuidad de la Atención al Paciente y Atención de Enfermería. Se obtuvieron 2462 resultados, filtrando a los publicados entre 2011 y 2016, y los escritos en español. Se obtuvieron 2462 resultados, filtrando a los publicados entre 2011 y 2016, y los escritos en español.

Esta investigación no implicaba la revisión de las historias clínicas ni la colaboración de pacientes por ello no preciso la aprobación de formal del Comité Ética de investigación clínica. Se consideró implícito el consentimiento, ya que voluntariamente cumplimentaron el cuestionario en el cual se informaba sobre el tratamiento de confidencialidad de los datos recogidos.

## RESULTADOS

Basándonos en los modelos de gestión de casos estudiados; se analizó la situación de los 31 Hospitales Públicos de gestión directa y 6 concertados de la Comunidad de Madrid. A fecha del estudio 31 contaban con Enfermera de Enlace Hospitalaria.

Fueron recogidos 20 cuestionarios de las 33 enfermeras de enlace conocidas a en el momento del estudio. La media de edad de estas era de 46 años (Desviación estándar 31), en un 95% mujeres (n: 19). En cuanto al año de finalización de los estudios de enfermería, la más antigua en 1976 a la más reciente en 2010; lo que suponen 34 años de cambios en los sistemas de formación. El 45% (n: 9) tenían el equivalente a grado de enfermería; el otro 45% (n: 9) había alcanzado el nivel de máster o experto y el 5% (n: 2) tenían especialidad en enfermería vía EIR.

Antes de acceder al puesto de enfermeras de enlace, el 55% (n: 11) desarrollaban su trabajo en otra área del hospital y el 30% (n: 6) ejercían como supervisoras de enfermería, solo un 10% (n: 2) trabajan como Enfermeras de Atención Primaria, 5% (n: 1) contestó otros puestos no especificados.

Respecto a la experiencia en los diferentes ámbitos sanitarios, el 25% (n: 3) tenía experiencia de más de 3 años en Atención Primaria, el 10% (2) tenía experiencia en centro sociosanitario, frente al 95% (n: 3) que tenía más de 3 años de experiencia en hospital.

Una de las funciones de la enfermería es la investigación y la docencia, las respuestas en este apartado mostraron que 85% habían presentado por lo menos un póster a congresos (n: 17); el 80% una comunicación oral (n: 2); el 40% (n:8) tenía publicaciones en revistas científicas. El 15% (n: 3) de las enfermeras de enlace había participado en proyectos de investigación financiados. Solamente un 5% (n: 1) había presentado su Tesis Doctoral. Destacar que el 15% (n: 3) estaban cursando el doctorado en enfermería. Frente el 85% (n: 17) que estaba realizando formación continuada.

De ellas, la primera en incorporarse al puesto fue el 01/04/2013 y la última el 27/04/2016. La media de horas dedicada a su trabajo era de 38, un 25% dedicaba más de 45 horas semanales, por encima de la jornada laboral, por lo contrario el 45% (n: 9) se ceñían a las 37,5 horas. La mayoría de las enfermeras de enlace tenían plaza en propiedad 80% (n: 16), siendo el 20% (n: 3) interinos.

Las respuestas a la encuesta Cuestionario Font Roja de Satisfacción laboral, respuestas escala Likert (1 totalmente de acuerdo - 5 totalmente en desacuerdo), están expresadas en el cuadro 2. La media y la desviación estándar de las respuestas obtenidas de este apartado lo desarrollamos en el cuadro 3 y por último los gráficos de dispersión.

### DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La situación en la Comunidad de Madrid varía en función de las diferentes áreas Sanitarias, así como la satisfacción de los profesionales. Es fundamental la figura de la Enfermera de Enlace en conjunto con la Enfermera Familiar y Comunitaria para desarrollar la gestión de casos y la educación en autocuidados. Analizados los resultados, se constató una profunda heterogeneidad en perfil de la EEH (edad, formación, experiencia en el puesto).

De los datos obtenidos de la encuesta de satisfacción laboral destacamos que todas están de acuerdo en que su trabajo varía cada día debiéndose adaptar a multitud de situaciones y creen que tienen gran responsabilidad en su trabajo en el hospital. La mayoría al final de su jornada de trabajo se suele encontrar muy cansado y con bastante frecuencia se sorprenden fuera del hospital pensando en cuestiones relacionadas con su trabajo. Todas emplean "a tope" su energía y capacidad para realizar su trabajo y están muy de acuerdo en que en su trabajo se encuentran muy satisfechas y que para organizar el trabajo que realizan tienen independencia. Discrepan en que el reconocimiento que obtienen por su trabajo es muy reconfortante, así como en que la relación con sus superiores y compañeros/as. Respecto a la consideración de que el puesto de trabajo que ocupan es el que les corresponde por capacidad y preparación, una cuarta parte no se siente capacitada. Tampoco hay acuerdo en las posibilidades de promoción profesional. Tienen la sensación de que si están capacitadas para realizar su trabajo, pero no cuentan con los recursos suficientes para realizar su trabajo tan bien como sería deseable.

Con este estudio pretendemos mejorar los cuidados, y en consecuencia, evitar las inequidades, mejorar la calidad en el trato al paciente y aumentar la seguridad en su atención. La continuidad de cuidados entre niveles asistenciales se ve favorecida por las nuevas estrategias se están ampliando los recursos para llevarla a cabo (enfermera de enlace, seguimiento telefónico productivo, herramientas informáticas...), pudiendo así mejorar la satisfacción y la calidad de los cuidados y evitando acciones que pongan en peligro la seguridad del paciente.

### BIBLIOGRAFIA

1. Consejería de Sanidad. Estrategia de atención a pacientes con enfermedades crónicas en la Comunidad de Madrid. Madrid: Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid; 2014.
2. Dirección General de Atención Primaria. Papel de Enfermería en Atención Primaria. Madrid: Servicio Madrileño de Salud; 2009.
3. Gerencia de Atención Primaria. Estrategia de calidad de los cuidados de Atención Primaria. Madrid: Servicio Madrileño de Salud; 2014.
4. Definición del rol de la enfermera educadora/entrenadora en autocuidados edición: 2ª fecha: 11/07/2016 página: 80 de 88 en vigor: marzo 2016 sustituye a: versión 1ª
5. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia de Promoción de la salud y Prevención en el SNS en el marco del abordaje a la cronicidad en el SNS. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2014
6. Herdman TH, editor. NANDA internacional. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2012-2014. Barcelona: Elsevier España; 2012.
7. Moorhead S, Johnson M, Maas M, Swanson E. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 4ª ed. Madrid: Elsevier; 2009.
8. Bulechek GM, Butcher HK, Mc Closkey Dochterman J, EDITORES. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5ª ed. Madrid: Elsevier; 2009.
9. Ley General de Sanidad. Ley 14 /1986 de 25 de abril. Boletín Oficial del Estado, nº 101, (29-04-1986).
10. Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Ley 16/2003 de 28 de mayo. Boletín Oficial del Estado nº 128 (19-05-2003) .

11. Ley de ordenación sanitaria de la Comunidad de Madrid. Ley 12/2001 de 21 de diciembre. Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid, nº 306, (26-12-2001)
12. Real decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de salud. RD 1093/2010/2006 de 16 de septiembre. Boletín Oficial del Estado, nº 225 (16-09-2010).
13. Libertad de elección en la sanidad de la Comunidad de Madrid. Ley 6/2009 de 16 de noviembre. Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid, nº 274, (18 -11-2009).
14. Decreto 52/2010 de 29 de julio por el que se establecen las estructuras básicas sanitarias y directivas de Atención Primaria en el área única de salud de la Comunidad de Madrid. Decreto 52/2010 de 29 de julio. Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid, nº 189, (9 -08-2010).
15. Decreto 51/2010 de 29 de julio por el que se regula el ejercicio de la libertad de elección de médico de familia, pediatra y enfermero en Atención Primaria y de hospital y médico en Atención Especializada en el Sistema Público Sanitario de la Comunidad de Madrid. Decreto 51/2010 de 29 de julio. Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid, nº 189, (9 -08-2010).
16. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia. (BOE número 299 de 15/12/2006).
17. Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema Nacional de Salud. Madrid, 2014. Disponible en: [https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/FragilidadyCaídas\\_personamayor.pdf](https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/FragilidadyCaídas_personamayor.pdf)

**GRÁFICOS Y/O TABLAS**

**Cuadro 1**

Datos sociodemográficos	Edad, Sexo
Datos académicos	Año en que termino los estudios. Grado de titulación Experiencia en investigación Formación actual
Datos profesionales	Último puesto de trabajo antes de ejercer como Enfermera de Enlace Experiencia en Atención Primaria Experiencia en Atención Hospitalaria Experiencia en Centro Sociosanitario Desde cuando ejerce como Enfermera de Enlace  Horas/semana de trabajo Situación administrativa

**Cuadro 2 Cuestionario Font Roja de Satisfacción laboral. Respuestas escala Likert (1 totalmente de acuerdo - 5 totalmente en desacuerdo).**

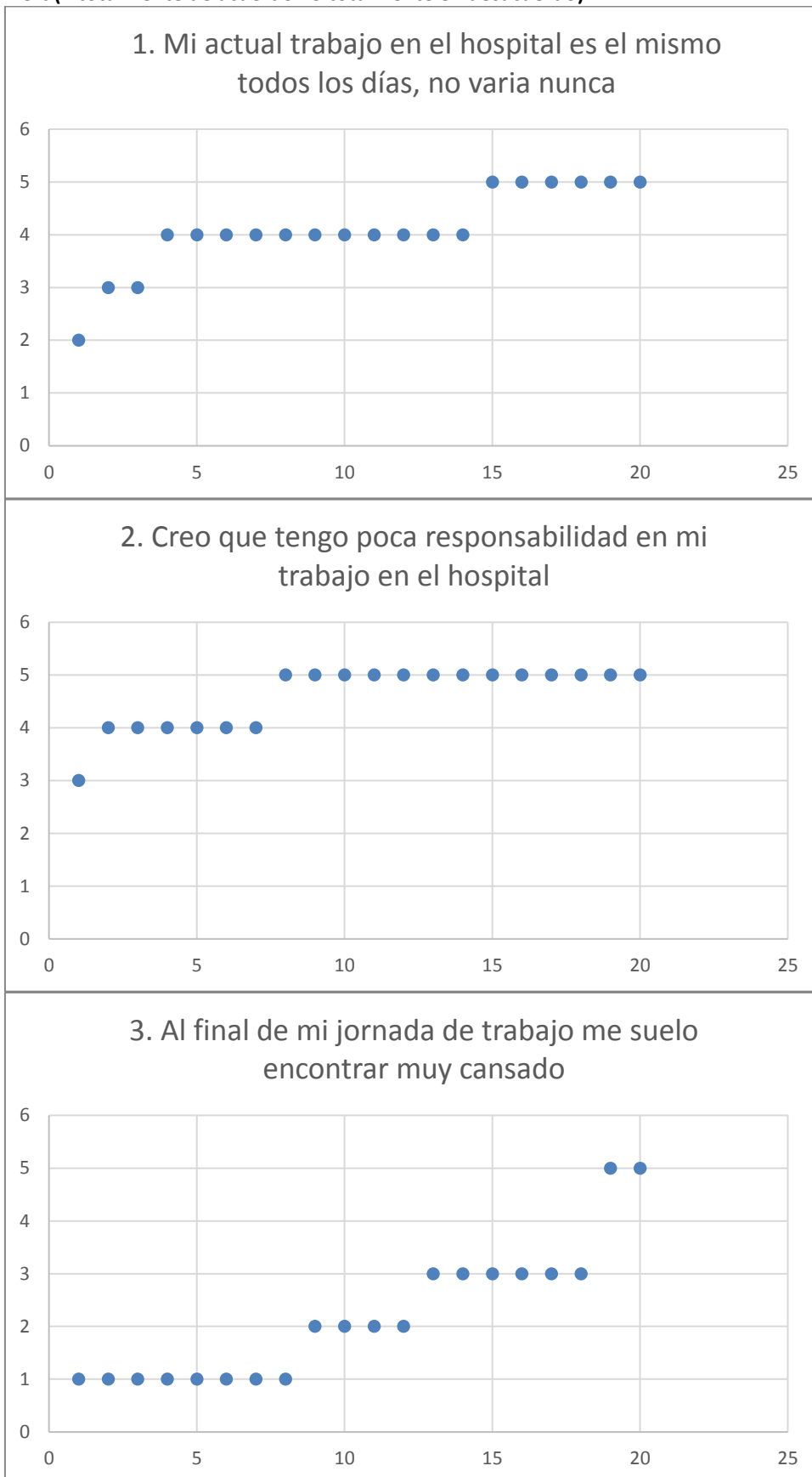
1. Mi actual trabajo en el hospital es el mismo todos los días, no varía nunca	2	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	5	5	5	5	5
2. Creo que tengo poca responsabilidad en mi trabajo en el hospital	3	4	4	4	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
3. Al final de mi jornada de trabajo me suelo encontrar muy cansado	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	5	5
4. Con bastante frecuencia, me he sorprendido fuera del hospital pensando en cuestiones relacionadas con mi trabajo	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	3	3	3	4	4	5
5. Muy pocas veces me he visto empleando "a tope" toda mi energía y capacidad para realizar mi trabajo	3	4	4	4	4	4	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6. Muy pocas veces mi trabajo perturba mi estado de ánimo, mi salud o mis horas de sueño	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	5	5
7. En mi trabajo me encuentro muy satisfecha	1	1	1	1	1	1	2	2	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	5
8. Para organizar el trabajo que realizo tengo muy poca independencia	2	2	2	3	3	3	4	4	4	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5
9. Tengo pocas oportunidades para aprender cosas nuevas	1	3	3	4	4	4	4	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
10. Tengo muy poco interés por las cosas que realizo en mi trabajo	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
11. Tengo la sensación de que lo que estoy haciendo no vale la pena	3	3	3	4	4	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
12. Generalmente, el reconocimiento que obtengo por mi trabajo es muy reconfortante	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	4	4	4	4	4
13. La relación con mis superiores es muy cordial	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	3	3	3	4	4	4	4	5
14. Las relaciones con mis compañeros/as son muy cordiales	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	4
15. El sueldo que percibo es muy adecuado	2	2	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5
16. Estoy convencido/a que el puesto de trabajo que ocupo es el que me corresponde por capacidad y preparación	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	4	4	5
17. Tengo muchas posibilidades de promoción profesional	1	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	5	5	5
18. Con frecuencia tengo la sensación de que me falta tiempo para realizar mi trabajo	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	3	3	3	4	5	5
19. Estoy seguro/a de conocer lo que se espera de mí en el trabajo por parte de mis superiores	1	1	2	2	2	2	2	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	5	5	5
20. Creo que mi trabajo es excesivo, no doy abasto con las cosas que hay que hacer	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	4	5	5
21. Los problemas personales de mis compañeros de trabajo habitualmente me suelen afectar	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	5	5	5

22. Con frecuencia tengo la sensación de no estar capacitado para realizar mi trabajo.	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5
23. Con frecuencia siento no tener recursos suficientes para realizar mi trabajo tan bien como sería deseable	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	4	4	4	4	4	5
24. Con frecuencia la competitividad o el estar a la altura de los demás me causa estrés o tensión	1	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	5	5

**Cuadro 3 Cuestionario Font Roja de Satisfacción laboral. Respuestas escala Likert (1 totalmente de acuerdo - 5 totalmente en desacuerdo).**

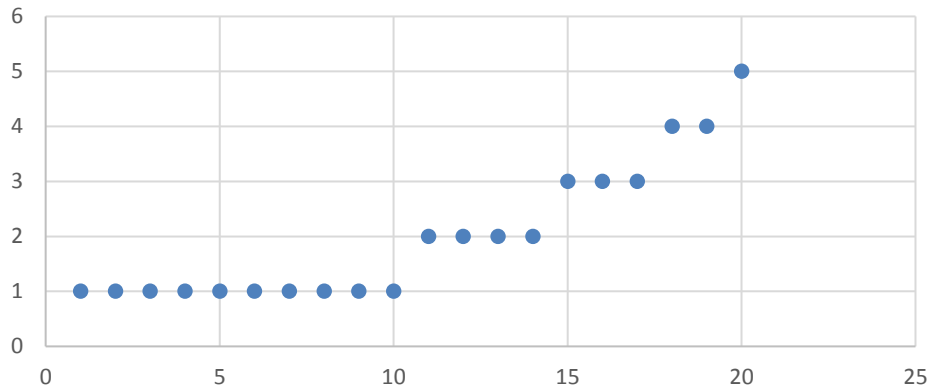
	Media	Desviación estándar
1. Mi actual trabajo en el hospital es el mismo todos los días, no varía nunca	4,1	0,79
2. Creo que tengo poca responsabilidad en mi trabajo en el hospital	4,6	0,60
3. Al final de mi jornada de trabajo me suelo encontrar muy cansado	2,2	1,28
4. Con bastante frecuencia, me he sorprendido fuera del hospital pensando en cuestiones relacionadas con mi trabajo	2	1,26
5. Muy pocas veces me he visto empleando "a tope" toda mi energía y capacidad para realizar mi trabajo	4,5	0,61
6. Muy pocas veces mi trabajo perturba mi estado de ánimo, mi salud o mis horas de sueño	3,35	0,88
7. En mi trabajo me encuentro muy satisfecha	2,65	1,31
8. Para organizar el trabajo que realizo tengo muy poca independencia	3,95	1,10
9. Tengo pocas oportunidades para aprender cosas nuevas	4,25	1,02
10. Tengo muy poco interés por las cosas que realizo en mi trabajo	4,95	0,22
11. Tengo la sensación de que lo que estoy haciendo no vale la pena	4,45	0,76
12. Generalmente, el reconocimiento que obtengo por mi trabajo es muy reconfortante	2,5	1,10
13. La relación con mis superiores es muy cordial	2,25	1,37
14. Las relaciones con mis compañeros/as son muy cordiales	1,85	0,88
15. El sueldo que percibo es muy adecuado	3,9	1,07
16. Estoy convencido/a que el puesto de trabajo que ocupo es el que me corresponde por capacidad y preparación	2,3	1,08
17. Tengo muchas posibilidades de promoción profesional	3,25	1,12
18. Con frecuencia tengo la sensación de que me falta tiempo para realizar mi trabajo	2	1,12
19. Estoy seguro/a de conocer lo que se espera de mí en el trabajo por parte de mis superiores	3,1	1,21
20. Creo que mi trabajo es excesivo, no doy abasto con las cosas que hay que hacer	2,35	1,04
21. Los problemas personales de mis compañeros de trabajo habitualmente me suelen afectar	3,45	0,83
22. Con frecuencia tengo la sensación de no estar capacitado para realizar mi trabajo.	4,35	0,67
23. Con frecuencia siento no tener recursos suficientes para realizar mi trabajo tan bien como sería deseable	2,75	1,16
24. Con frecuencia la competitividad o el estar a la altura de los demás me causa estrés o tensión	3,5	1,00

**Gráficos de dispersión de las respuestas Cuestionario Font Roja de Satisfacción laboral. Respuestas escala Likert (1 totalmente de acuerdo - 5 totalmente en desacuerdo).**

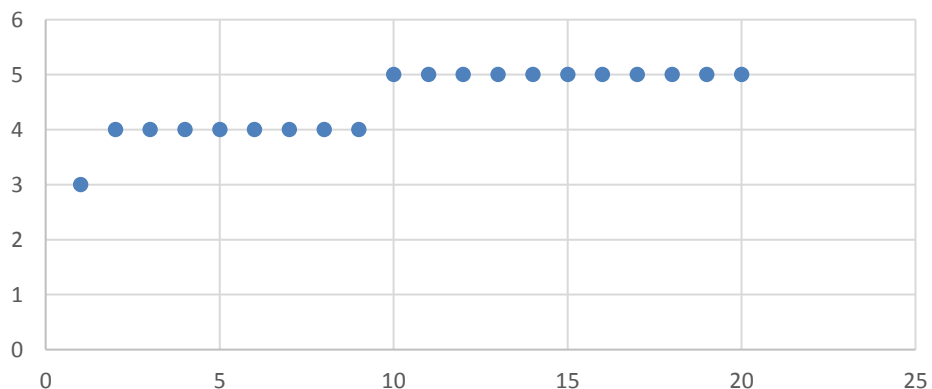




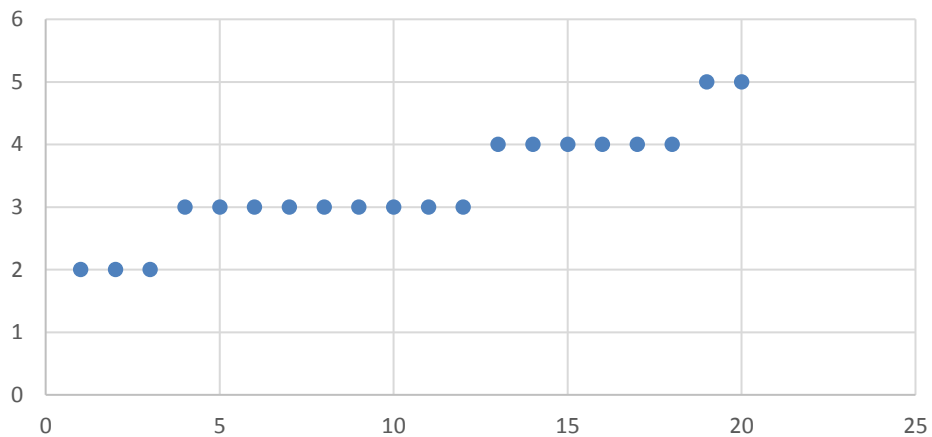
4. Con bastante frecuencia, me he sorprendido fuera del hospital pensando en cuestiones relacionadas con mi trabajo



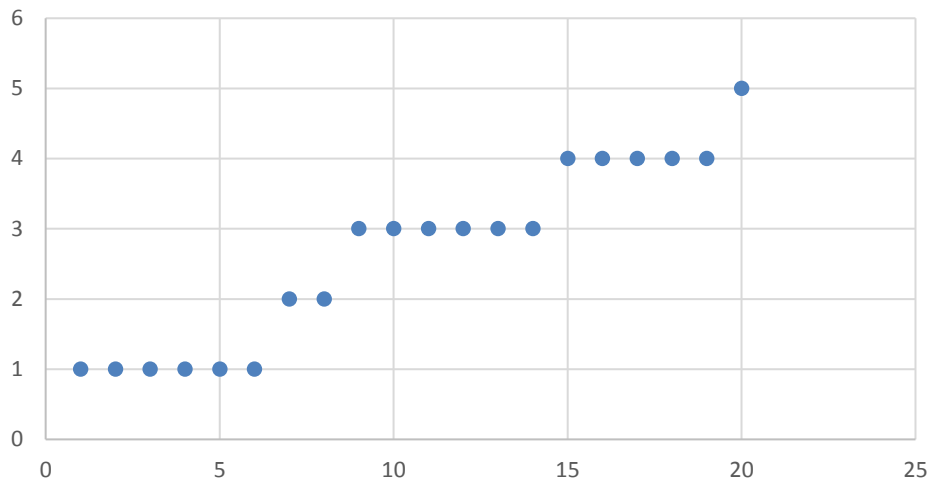
5. Muy pocas veces me he visto empleando "a tope" toda mi energía y capacidad para realizar mi trabajo



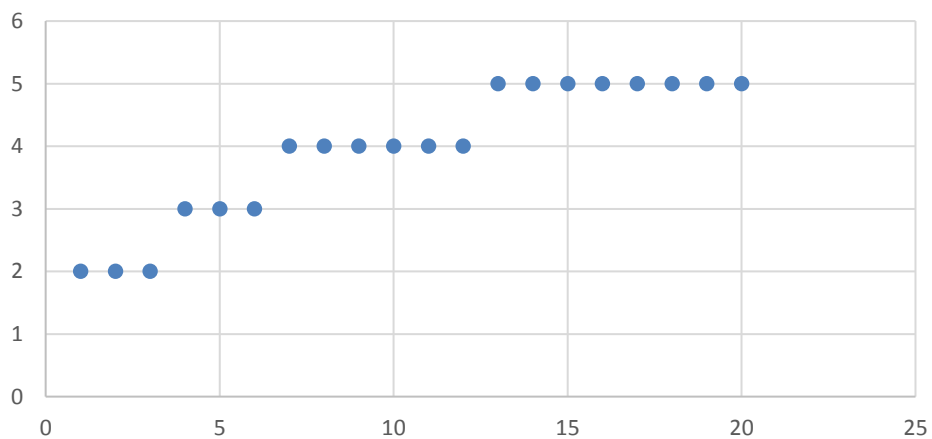
6. Muy pocas veces mi trabajo perturba mi estado de ánimo, mi salud o mis horas de sueño



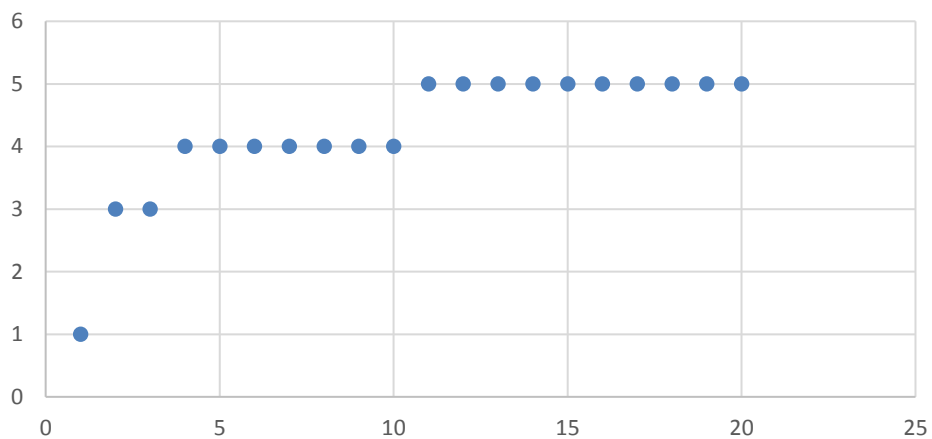
7. En mi trabajo me encuentro muy satisfecha



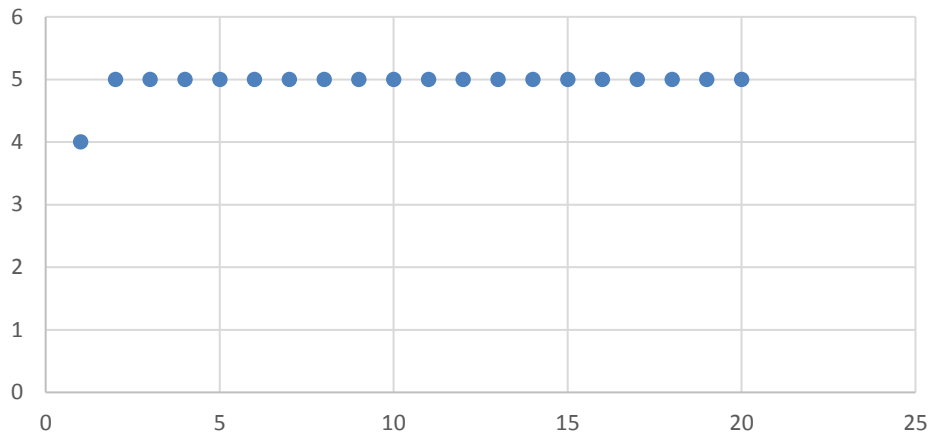
8. Para organizar el trabajo que realizo tengo muy poca independencia



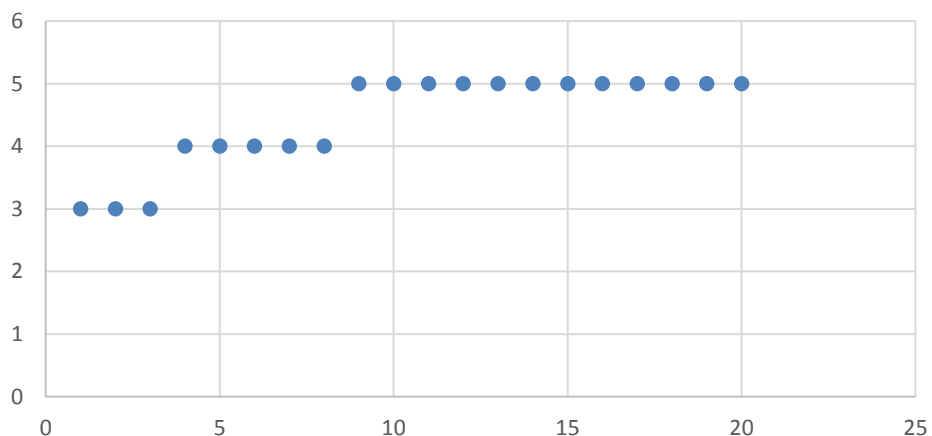
9. Tengo pocas oportunidades para aprender cosas nuevas



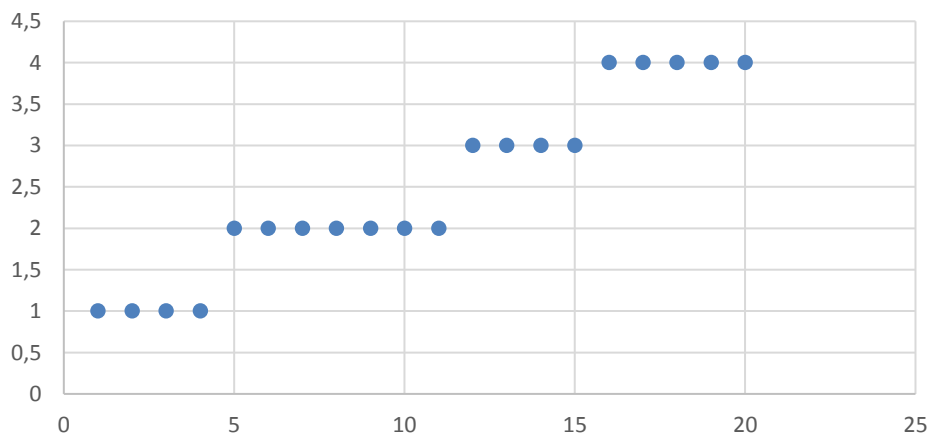
10. Tengo muy poco interés por las cosas que realizo en mi trabajo



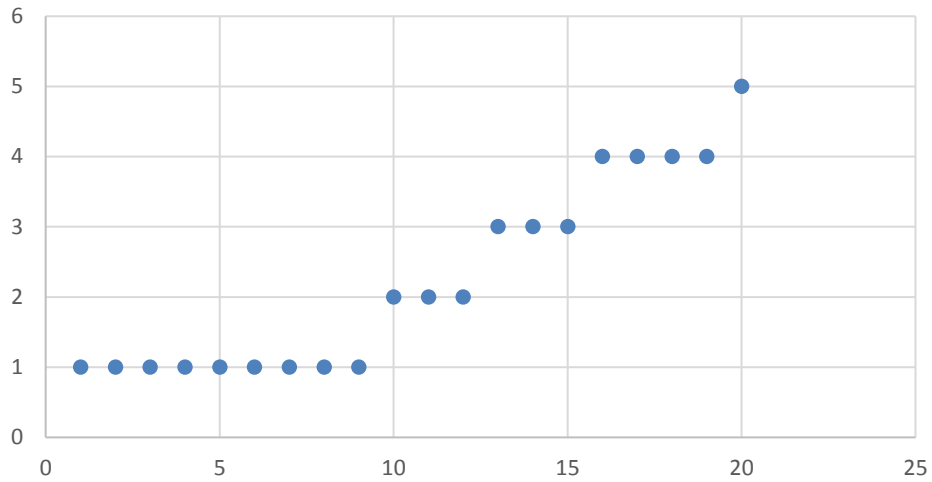
11. Tengo la sensación de que lo que estoy haciendo no vale la pena



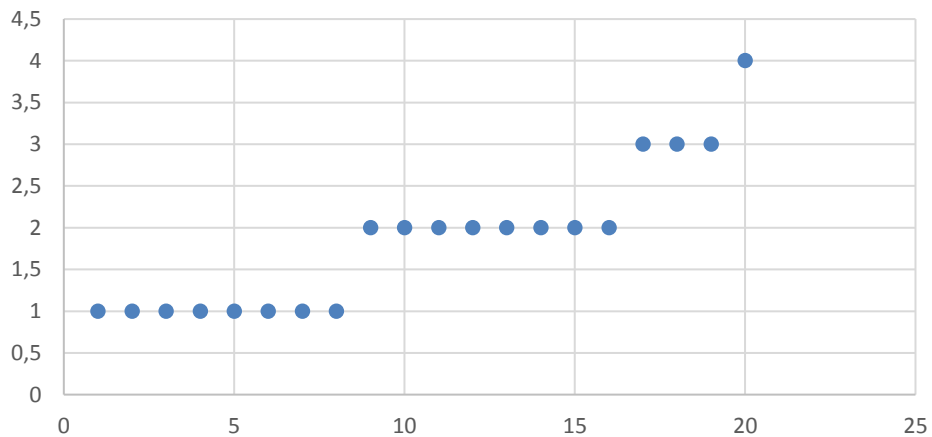
12. Generalmente, el reconocimiento que obtengo por mi trabajo es muy reconfortante



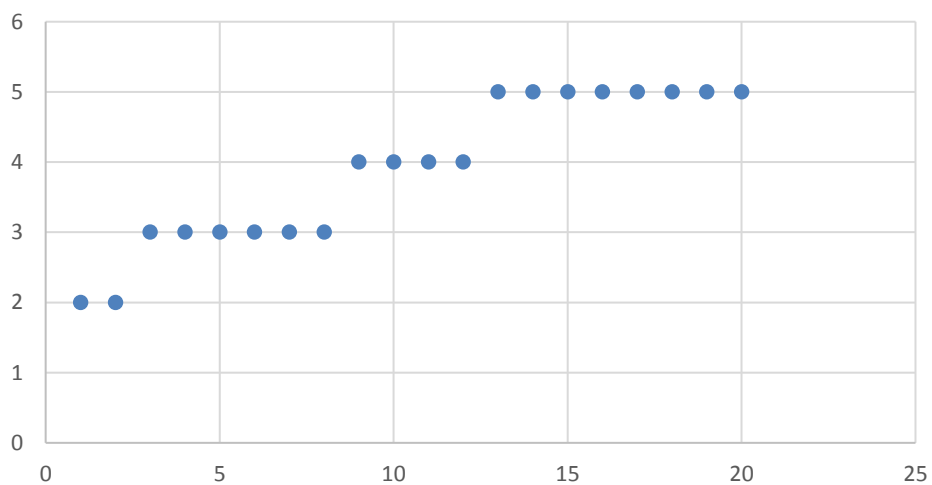
13. La relación con mis superiores es muy cordial



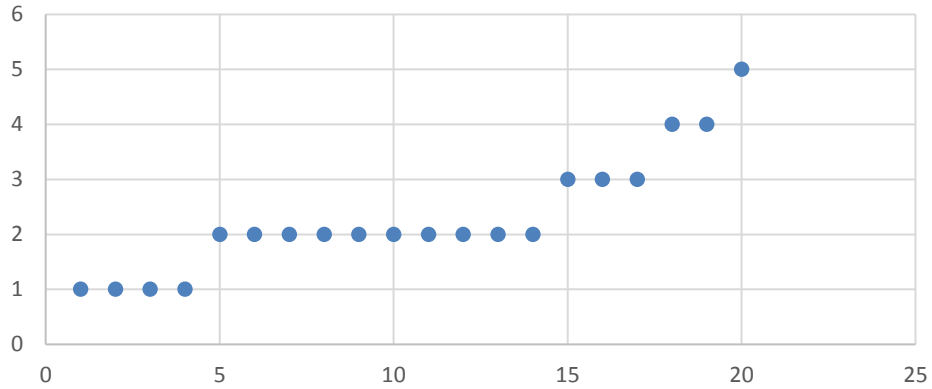
14. Las relaciones con mis compañeros/as son muy cordiales



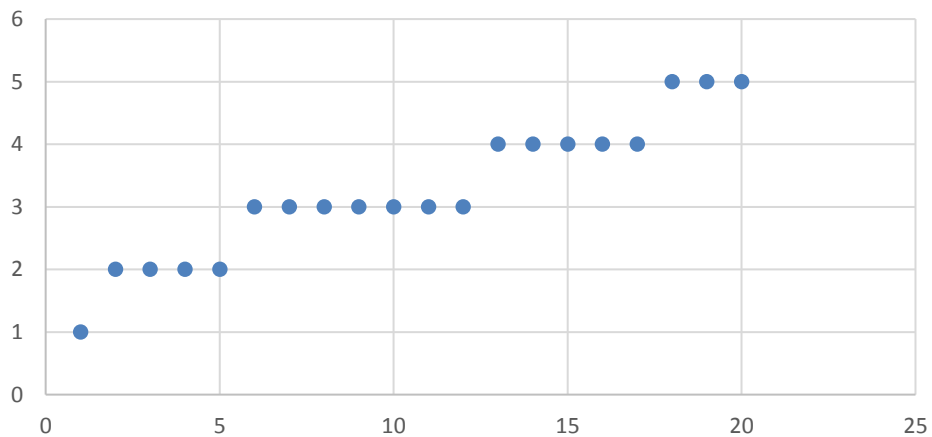
15. El sueldo que percibo es muy adecuado



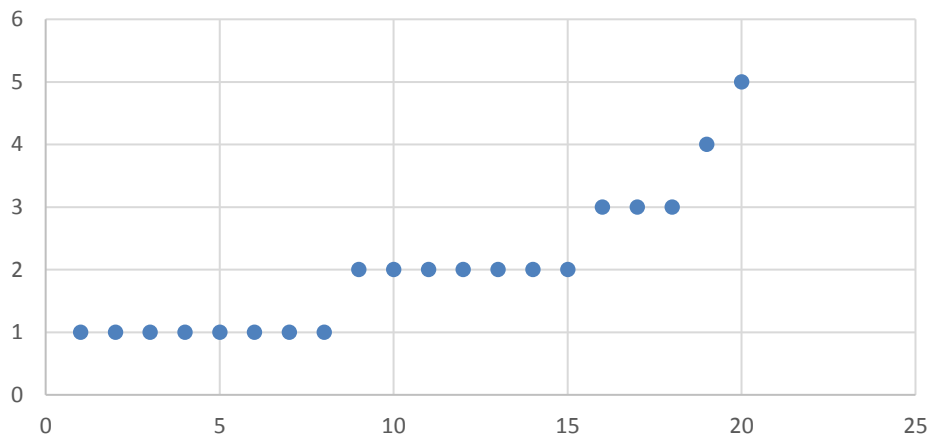
16. Estoy convencido/a que el puesto de trabajo que ocupo es el que me corresponde por capacidad y preparación



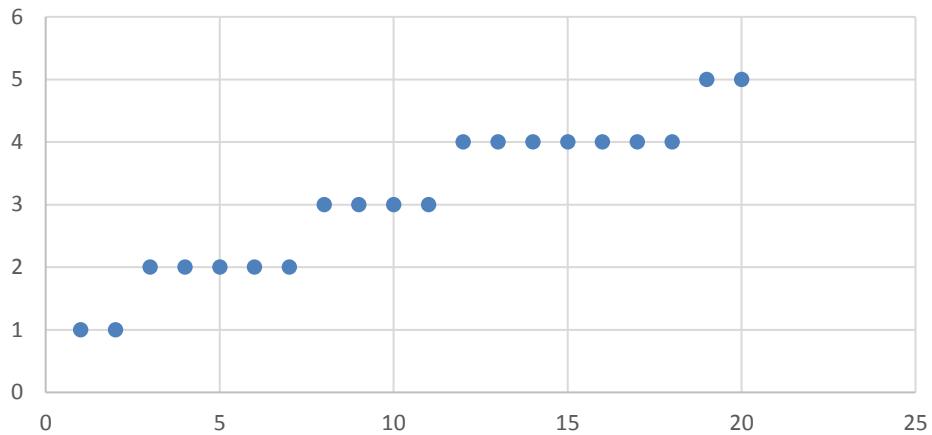
17. Tengo muchas posibilidades de promoción profesional



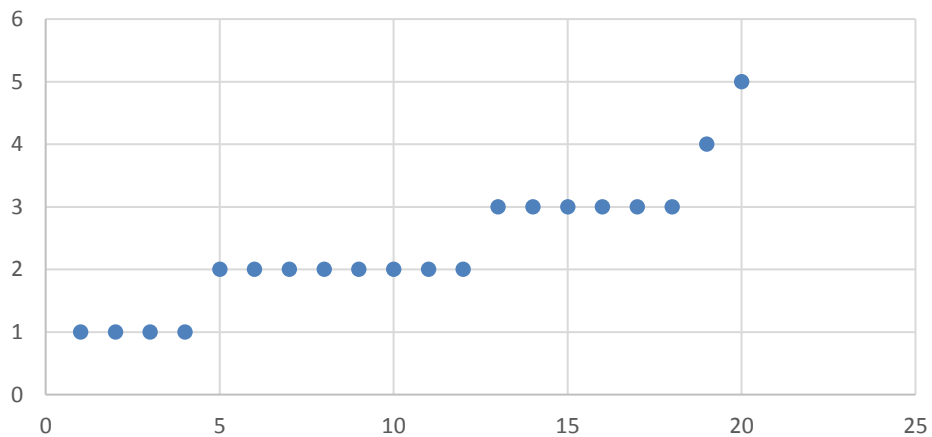
18. Con frecuencia tengo la sensación de que me falta tiempo para realizar mi trabajo



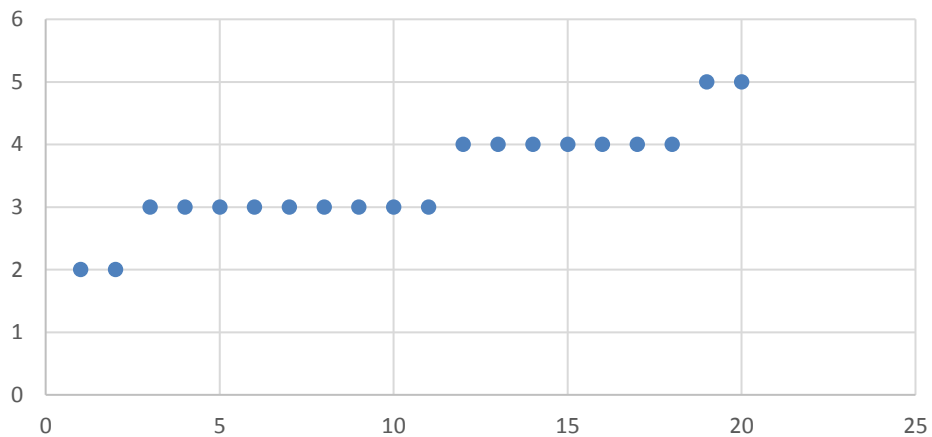
19. Estoy seguro/a de conocer lo que se espera de mí en el trabajo por parte de mis superiores



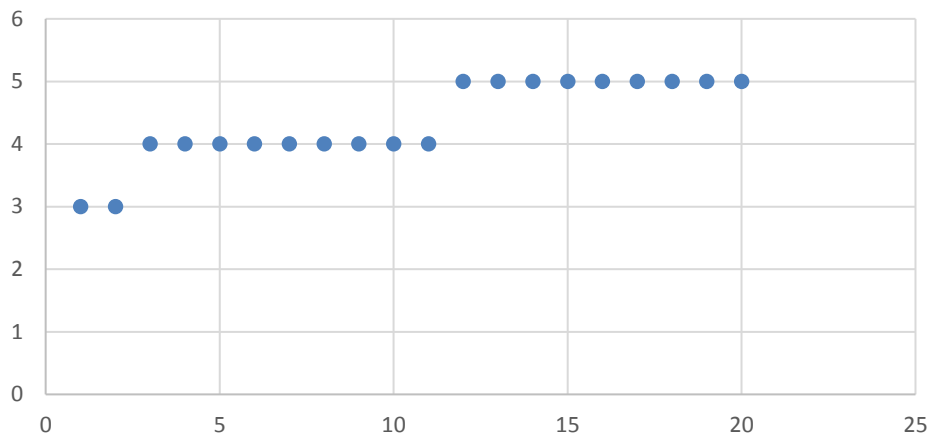
20. Creo que mi trabajo es excesivo, no doy abasto con las cosas que hay que hacer



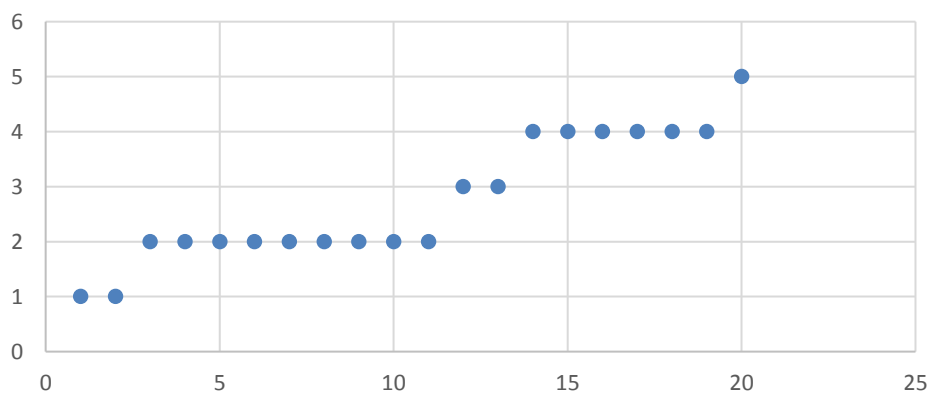
21. Los problemas personales de mis compañeros de trabajo habitualmente me suelen afectar



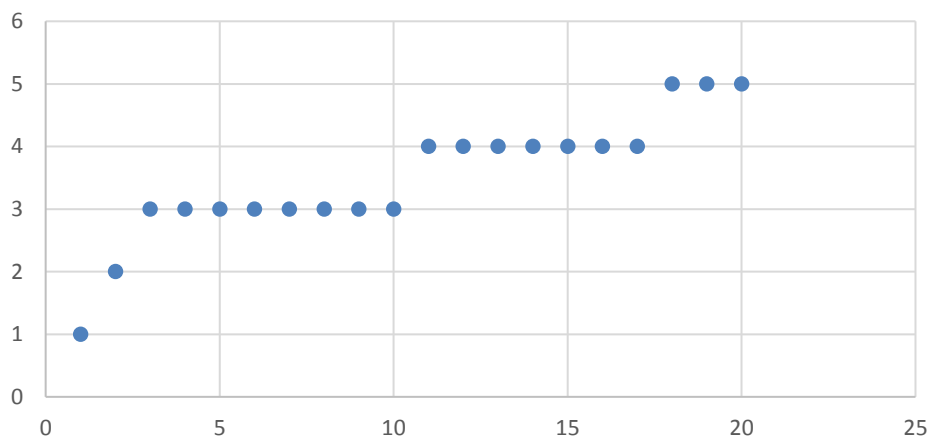
22. Con frecuencia tengo la sensación de no estar capacitado para realizar mi trabajo.



23. Con frecuencia siento no tener recursos suficientes para realizar mi trabajo tan bien como sería deseable



24. Con frecuencia la competitividad o el estar a la altura de los demás me causa estrés o tensión



## Compartiendo experiencias

**ID46:**

### TALLER FORMATIVO: DE LA TEORÍA A LA PRÁCTICA PARA PROMOVER LA AUTONOMIA Y AUTOCUIDADO DEL PACIENTE EN SU CRONICIDAD. “MENOS PLATO Y MAS ZAPATO”

Cristina Gómez Menor<sup>1</sup>, Leonor Molina Alameda<sup>2</sup>, Marta Galindo Blazquez<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> Centro de Salud Ramón y Cajal. Alcorcón, Madrid

<sup>2</sup> Centro de Salud Ramón y Cajal. Alcorcón, Madrid

<sup>3</sup> Centro de Salud Ramón y Cajal. Alcorcón, Madrid

[cgomez@cgmenor.com](mailto:cgomez@cgmenor.com)

#### RESUMEN

La OMS identifica la alimentación poco saludable y falta de actividad física como principales causas de enfermedades crónicas y ambas son susceptibles de modificarse.

El consejo o información convencional, no obtiene en ocasiones el resultado deseado, lo que justifica el desarrollo de este proyecto: realización de un taller formativo en el centro de salud, teórico / práctico. sobre alimentación, ejercicio y control de ansiedad.

El Objetivo principal es motivar a los participantes para fomentar hábitos de vida saludable y lograr mayor autonomía en sus cuidados.

Desarrollo.

Constituimos un grupo con 3 educadores y 25 pacientes.

Realizamos 9 sesiones de formación y tres posteriores de seguimiento.

Concluimos con la realización de un libro de recetas saludables.

Resultados.

Al finalizar el taller el 93% de los asistentes han cumplido los objetivos, el 90% realizan ejercicio y 100% abandonan hábito tabáquico.

Conclusión.

Empoderar al paciente en sus cuidados motiva y favorece el cumplimiento terapéutico.

#### ABSTRACT

WHO identifies unhealthy diet and lack of physical activity as major causes of chronic diseases and both are susceptible to change.

The advice or conventional information, sometimes does not obtain the desired result, which justifies the development of this project: conducting a training workshop in the health center, theoretical / practical on food, exercise and anxiety control

The main objective is to motivate participants to promote healthy living habits and achieve greater autonomy in their care

Development

We formed a group with 3 educators and 25 patients.

We conducted 9 training sessions and 3 follow-up sessions

We conclude with the completion of a healthy recipe book

Results

At the conclusion of the workshop, 93% of the attendees have met the objectives, 90% exercise and 100% quit smoking

conclusion

Empowering the patient in their care motivates and promotes therapeutic compliance

#### PALABRAS CLAVE

Autocuidado, Motivación, Conducta alimentaria, Terapia por ejercicio, Enfermería en Salud Comunitaria. Self Care, Motivation, Feeding Behavior, Exercise Therapy, Community Health Nursing.



## INTRODUCCIÓN/PRESENTACIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud<sup>4</sup> (OMS), la obesidad y el sobrepeso han alcanzado caracteres de epidemia a nivel mundial. Más de mil millones de personas adultas tienen sobrepeso y, de ellas, al menos 300 millones son obesas.

La preocupación por la prevalencia que la obesidad está adquiriendo a nivel mundial se debe a su asociación con las principales enfermedades crónicas de nuestro tiempo, como son las enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y ciertos tipos de cáncer.

De los diez factores de riesgo identificados por la OMS<sup>4</sup> como claves para el desarrollo de las enfermedades crónicas, cinco están estrechamente relacionados con la alimentación y el ejercicio físico: la obesidad, el sedentarismo, hipertensión arterial, hipercolesterolemia y consumo insuficiente de frutas y verduras.

Como puede verse, la alimentación poco saludable y no practicar actividad física con regularidad son las principales causas de las enfermedades crónicas más importantes, y ambas son susceptibles de modificarse.

El abordaje actual de la cronicidad<sup>3</sup> exige un enfoque diferente, con nuevas variables de actuación que tengan en cuenta el protagonismo del propio paciente. Un nuevo enfoque que se centrará en la persona y no en la enfermedad y que dará más importancia al "cuidar que al curar".

El papel de la enfermería de Atención Primaria es fundamental ya que es en este nivel asistencial donde se detecta y realiza el seguimiento de los pacientes.

El rol del paciente está cambiando, de un paciente pasivo a un modelo proactivo donde cuente con mayor información y más autonomía tomando un papel más activo sobre su enfermedad.

Y el rol de la enfermera de Atención Primaria cambia así mismo y se orienta hacia la capacitación de los pacientes y sus cuidadores en su autocuidado, fomentando el compromiso con su salud, su nuevo papel es de enfermera Entrenadora /Educativa en autocuidados.

Por todo lo expuesto decidimos realizar en el centro de Salud un Taller de Educación para la Salud con 25 pacientes con IMC superior al 27%, o con enfermedades crónicas relacionadas con alimentación inadecuada o sedentarismo, a través de 9 sesiones teórico - prácticas de 90 minutos con una periodicidad de dos semanales y tres posteriores de seguimiento a los 3, 6 y 9 meses.

## OBJETIVOS (DE LA EXPERIENCIA)

Objetivo General:

Motivar a los participantes para fomentar hábitos de vida saludables centrados en la alimentación, ejercicio físico y disminución de la ansiedad, para lograr mayor autonomía en su cuidado.

Objetivos Específicos:

Adquirir o mejorar conocimientos básicos sobre alimentación y nutrición.

Desarrollar habilidades para poder realizar cambios en su alimentación y preparar sus propias recetas de alimentación equilibrada, saludable y adaptada a sus gustos y necesidades de salud.

Elaborar un recetario de alimentación cardiosaludable entre todos los participantes.

Aprender a Identificar los diferentes tipos de ejercicio que pueden incluir en su rutina diaria y los beneficios para la salud.

Desarrollar habilidades para realización de ejercicio físico adecuado a sus gustos, con la frecuencia e intensidad pautada según sus necesidades de salud y capacidad.

Capacitar para identificar las situaciones estresantes negativas y utilizar de forma correcta las técnicas de afrontamiento.

Identificar los factores de riesgo cardiovascular a través del análisis de situaciones cotidianas.

## DESARROLLO

El proyecto de EPS grupal va dirigido a población de Alcorcón, que acude al Centro de Salud Ramón y Cajal.

### Criterios de inclusión

Usuarios residentes en Alcorcón

Edad entre 45 y 80 años

Ambos sexos.

Con IMC igual o superior a 27 % y/o con hábitos de vida sedentarios y /o con Hipertensión y/o Dislipemia.

Que acudan solicitando ayuda al personal de Atención Primaria o estén motivados para cambiar hábitos de vida relacionados con alimentación y ejercicio.

Que se comprometan a acudir a todas las sesiones.

Cuyo estado de salud permite la actividad física moderada.

**Criterios de exclusión**

Pacientes diagnosticados de trastorno bipolar o depresión mayor.

Personas con déficit sensorial severo.

Usuarios cuyo estado de Salud no les permita hacer ejercicio físico.

Individuos no motivados para participar en el proyecto.

Se informa a todos los profesionales del centro de salud acerca del proyecto.

El número máximo de participantes es de 25 y se realiza en turno de mañana.

La captación se hace de manera proactiva en las consultas de enfermería principalmente, donde se les informa del proyecto y se anima a formar parte del mismo.

Finalmente, la semana previa al comienzo se hace recordatorio telefónico a los participantes para confirmar asistencia.

El 79% de los pacientes son mujeres y el 21% hombres, la media de edad es de 70,29 años siendo la participante más joven de 45 años y el mayor de 77 años.

El 82 % pertenecen al centro de Salud Ramón y Cajal y el 8% a otros centros de Alcorcón.

**Recursos y materiales utilizados:**

Desarrollamos un cuestionario de conocimientos básicos, adaptado al proyecto con 15 ítems, que se utilizará en la primera sesión como pre tarea y como post tarea para comprobar los conocimientos adquiridos en la última sesión.

Una encuesta de satisfacción que se completará al finalizar el taller.

**Documentación entregada:**

Un certificado de asistencia al Taller que se les entregará en la última sesión.

Material impreso de refuerzo relacionado con cada una de las sesiones:

“10 recomendaciones para una alimentación saludable”

“Por tu salud Actídate”

“Diez Buenas razones para dejar de fumar”

“Mide tu salud Sobrepeso y Obesidad”

Todos estos materiales los obtenemos de la Biblioteca de la Comunidad de Madrid.

Material impreso con la técnica de relajación, y a los pacientes que así lo soliciten la música de relajación utilizada en las sesiones.

Se facilita la documentación en formato .PDF con el contenido de cada una de las presentaciones como recordatorio de las mismas.

Se confecciona un recetario, en el que se recogen un total de 90 recetas enviadas por los pacientes y profesionales participantes, a lo largo del taller y en los seis meses posteriores, revisadas y modificadas por los profesionales de enfermería que participan en este proyecto.

**Otros materiales utilizados:**

Presentaciones formato PowerPoint con los siguientes contenidos:

Sesión 1: Concepto de salud. Hábitos Tóxicos / Hábitos saludables. Factores de riesgo Cardiovascular y Factores de protección.

Sesión 2: Alimentación.

Sesión 3: Ejercicio.

Sesión 4: Estrés.

Rotafolios, Proyector, Ordenador con conexión a internet y altavoces.

Música de relajación

Bolígrafos, Rotuladores, Folios, tarjetas identificativas.

Bascula con tallímetro.

Pulsímetros.

Podómetros.

Tensiómetros y fonendoscopio.

Cinta métrica.

Teléfonos móviles y APP de ejercicio "Runtastic".

Correo electrónico

Sala de sesiones del Centro de Salud.

Parque de la Paz a 1 Km aproximadamente del centro de salud y aparatos de gimnasia al aire libre de dicho parque.

#### **Recursos Humanos:**

Tres educadoras/observadoras: Dos Enfermeras y una Enfermera Interna Residente., que al mismo tiempo elaboran y difunden el taller.

Enfermeras del Centro de Salud que participan en la captación.

Realizamos 9 sesiones de formación, con una periodicidad de dos semanales y 90 minutos de duración , excepto la primera de 120 minutos y tres posteriores de seguimiento a los tres, seis y doce meses.

La metodología grupal realizada es dinámica y participativa, los contenidos teóricos no superan los 25 minutos.

#### **Primera sesión**

Presentación de docentes y pacientes. Caldeamiento grupal.

Presentación de objetivos, contenido de las sesiones y desarrollo.

Tiempo de duración de cada una.

Expectativas de los participantes.

Completar cuestionario de conocimientos previo individual.

Y recogida de los siguientes datos antropométricos: TA, peso, talla, IMC y PC de todos los asistentes.

Investigación en aula y lluvia de ideas: sobre sus conocimientos e ideas sobre los temas a tratar en esta sesión.

¿Que consideramos que es la SALUD?

¿Cómo se relaciona con los ESTILOS DE VIDA?

¿Qué son Factores de Riesgo / Protección?

Lección participada sobre factores de riesgo CV, obesidad, sobrepeso, tabaquismo, sedentarismo, personalidad tipo A, Dislipemia, HTA y Diabetes.

Lección participada sobre Estilos de vida y hábitos saludables.

Discusión y resumen.

Se llevan documentación escrita sobre el contenido de la sesión.

Ejercicio para casa: traerán etiquetas de diferentes alimentos que tengan es su domicilio.

#### **Segunda sesión**

Recibimiento, presentación y resumen de la sesión anterior. Dudas y preguntas.

Explicamos objetivos de esta sesión.

Alimentación: mitos y creencias: Investigación en el aula, Tormenta de ideas.

Pirámide de alimentación, componentes de los alimentos y sus funciones Diferentes formas de cocinar. :

Lección participada.

Desarrollo de habilidad: leer las etiquetas, aprendemos a leer las etiquetas principales componentes y el significado de las mismas con varias muestras que han aportado.

Discusión y puesta en común.

Resumen y despedida

Se llevan documentación escrita sobre el contenido de la sesión.

#### **Tercera sesión**

Recibimiento, presentación y resumen de la sesión anterior. Dudas y preguntas.

Explicamos objetivos de esta sesión.

Video discusión: video "23 horas y media" sobre el ejercicio y sus beneficios.

Ejercicio: Investigación en aula, tormenta de ideas y rejilla.

¿Qué es la actividad física, el ejercicio físico y el deporte? Y ¿qué es una vida activa?

¿Por qué debo llevar una vida activa y hacer ejercicio?

¿Cómo llevar una vida más activa?

¿Cuánta actividad física hace falta?

¿Quién debe llevar una vida activa?

Lección participada: Definición de ejercicio, actividad y deporte.

Beneficios del ejercicio.

Tipos de ejercicio: de resistencia, de fuerza y de flexibilidad y como realizarlos e incorporarlos a la rutina diaria.

Desarrollo de habilidades: aprendemos a medir pasos, frecuencia cardiaca, intensidad y duración del ejercicio. Aprendemos a utilizar podómetro, pulsímetro y App de ejercicio "Runtastic"

Discusión y puesta en común

Se llevan documentación escrita sobre el contenido de la sesión

Ejercicio para casa: practicarán medir la FC, a utilizar el podómetro y/o pulsímetro y la APP de ejercicio

Resumen y despedida.

El próximo día traerán ropa y calzado deportivo

#### **Cuarta sesión**

Recibimiento, presentación y resumen de la sesión anterior. Dudas y preguntas.

Explicamos objetivos de esta sesión.

Desarrollo de habilidades: demostración con entrenamiento. Clase práctica de ejercicio.

Comenzamos con calentamiento en el centro de salud con ejercicios suaves durante 15 minutos.

Nos ponemos el podómetro para medir los pasos que vamos a realizar, y medimos pulso o ponemos pulsímetro.

Salimos a caminar y realizar ejercicio en el parque de la Paz, que dista del centro de salud aproximadamente 1 km, caminamos 20 minutos alrededor del parque a paso ligero dentro de las posibilidades de grupo, utilizamos los diferentes aparatos al aire libre durante 15 minutos, controlando la intensidad y volvemos al centro de salud .

Terminamos con estiramientos durante 10 minutos. Utilizamos el pulsímetro y/o podómetro y medimos la intensidad y duración del ejercicio realizado.

En total hemos realizado 5000 pasos aproximadamente.

Resumen y despedida.

Ejercicio para casa: traerán recetas impresas de su dieta habitual para compartir en el taller.

#### **Quinta sesión**

Recibimiento, presentación y resumen de la sesión anterior. Dudas y preguntas.

Explicamos objetivos de esta sesión: aprender a interpretar una dieta por raciones y a transformar las recetas habituales en recetas saludables.

Desarrollo de habilidades: demostración con entrenamiento.

Utilizamos como ejemplo una dieta de 1800 kcal/ día, impresa en la consulta, utilizando las recomendaciones nutricionales del Servicio Madrileño de Salud que es una dieta por raciones y medidas caseras.

Explicamos de forma clara y aprendemos a distribuir la comida a lo largo del día, a medir las cantidades con medidas caseras.

Compartimos recetas entre todos los participantes y aprendemos a transformarlas en recetas saludables que se recopilaran en el recetario.

Consultamos también diferentes recursos Web para poder elaborar recetas saludables.

Discusión y puesta en común.

Se llevan documentación escrita sobre el contenido de la sesión y las direcciones de las páginas web que hemos utilizado para facilitar su acceso desde el domicilio si así lo desean.

Resumen.

Continuarán recopilando recetas que traerán en la sesión 8.

#### **Sexta sesión**

Recibimiento, presentación y resumen de la sesión anterior. Dudas y preguntas.

Explicamos objetivos de esta sesión.

Mente sana en cuerpo sano.

Investigación en el aula, Tormenta de ideas:

¿Qué es el estrés?, ¿Por qué se produce?

Lección participada: Autoestima.

Lección participada y expositiva con debate:

Estrés y ansiedad. Estrategias de afrontamiento.

Desarrollo de habilidades, Demostración con entrenamiento: respiración abdominal y técnica de relajación entrenamiento autógeno según J.H.Schultz durante 15/ 20 minutos.

Se llevan documentación escrita sobre el contenido de la sesión sobre Técnica de relajación y a quien lo solicite se le facilita la música utilizada en la sesión a través del correo electrónico.

Resumen y despedida.

### **Séptima sesión**

Recibimiento, presentación y resumen de la sesión anterior. Dudas y preguntas.

Explicamos objetivos de esta sesión.

Desarrollo de habilidades: demostración con entrenamiento. Clase práctica de ejercicio.

Comenzamos con calentamiento en el centro de salud con ejercicios suaves durante 15 minutos.

Nos ponemos el podómetro para medir los pasos que vamos a realizar, y medimos pulso o ponemos pulsímetro.

Salimos a caminar y realizar ejercicio en el parque de la Paz con intensidad moderada, midiendo Frecuencia cardiaca y número de pasos e intensidad percibida.

Cómo ha llovido no podemos utilizar los aparatos del parque, por lo tanto ampliamos el recorrido hasta realizar aproximadamente 5.500 pasos y volvemos al centro de salud .

Terminamos con estiramientos durante 10 minutos.

Utilizamos el pulsímetro y/o podómetro y medimos la intensidad y duración del ejercicio realizado.

Resumen y despedida.

Ejercicio para casa: traerán recetas impresas de su dieta habitual para compartir en el taller.

Y realizarán el recorrido que hemos llevado a cabo en esta sesión cada día con la misma intensidad.

### **Octava sesión.**

Recibimiento, presentación y resumen de la sesión anterior. Dudas y preguntas

Desarrollo de habilidades: demostración con entrenamiento. Clase práctica. Compartimos recetas entre todos los participantes y aprendemos a transformarlas en recetas saludables que se recopilaran en el recetario.

Consultamos también diferentes recursos Web para poder elaborar recetas saludables.

Aprendemos a combinar las recetas para confeccionar diferentes menús equilibrados sirviéndonos de guía la dieta que empleamos en la sesión quinta.

Discusión y puesta en común, con resolución de dudas que surgen sobre el tema.

Desarrollo de habilidades, Demostración con entrenamiento: respiración y técnica de relajación entrenamiento autógeno según J.H.Schultz.

### **Novena sesión.**

Recibimiento, presentación y resumen de la sesión anterior. Dudas y preguntas.

Puesta en común de los conocimientos adquiridos durante el taller.

Programación de nuevas sesiones de control y elaboración del recetario con las recetas que envíen los participantes a través del correo electrónico o por escrito en las consultas de los profesionales de enfermería

Se complementa el cuestionario de conocimientos de manera individual y anónima.

Evaluación del Taller por parte de los componentes del mismo a través de entrevista grupal.

Conclusiones

Encuesta de satisfacción.

Desarrollo de habilidades, Demostración con entrenamiento: respiración y técnica de relajación entrenamiento autógeno según J.H.Schultz.

Despedida y cierre.

Se programan sesiones de seguimiento a los tres, seis y doce meses para seguimiento.

A los seis meses se entregará el recetario a todos los participantes a través del correo electrónico o en un pen drive.

## RESULTADOS

Evaluación.

Cuantitativa: se utiliza un cuestionario Pre – Post taller con 15 ítems. (Anexo 1)

Se seleccionan DGP que consideramos importantes valorar a los 3, 6 y 12 meses: TA, Peso, PC, IMC.

A todos los pacientes se les abre un plan de cuidados “Disposición para mejorar conocimientos”:

NOC:

Conocimiento dieta.

Conocimiento actividad prescrita.

Conocimiento proceso enfermedad.

NIC:

Enseñanza dieta prescrita.

Enseñanza actividad / ejercicio prescrito.

Enseñanza proceso de la enfermedad.

Grupo de apoyo.

A través del seguimiento y valoración a lo largo del tiempo que dura el proyecto, comprobaremos la consecución de objetivos.

Cerramos el plan de cuidados al finalizar el taller.

En el seguimiento a través del plan de cuidados abierto, se aprecian modificaciones en los hábitos respecto a la alimentación y el ejercicio.

Cualitativa:

Utilizamos el guion del observador (Anexo 2), con él valoramos actitud positiva y participativa de los asistentes.

Sesiones de seguimiento y refuerzo a los 3, 6 y 12 meses.

La asistencia fue mayoritaria, una paciente abandonó por problemas familiares y dos no pudieron acudir a alguna sesión por citas con especialista.

La evaluación de actividades en la pre-tarea, demuestran que los participantes han adquirido conocimientos a lo largo del taller.

Cuestionario de satisfacción. (Anexo 3)

Cuestionario de satisfacción obtenemos los siguientes resultados:

- El 93% creen cumplidos los objetivos totalmente (10) y el 7% bastante de acuerdo (9)

- El 100% opina que el contenido ha sido muy útil para su vida cotidiana

- El 91% opina que ha sido muy bueno (10), el 9% bueno (9)

- El 92% opina que la duración del taller ha sido la adecuada y el 8% preferirían continuar con otras materias y que se realizara una sesión con periodicidad mensual.

- El 100% recomendaría el taller.

En entrevista grupal los participantes afirmaron sentirse más motivados para llevar a cabo hábitos de vida saludable.

Se realizó y consensuó un recetario con recetas saludables elaboradas por los participantes, aplicando los conocimientos obtenidos en el taller, adaptadas a sus gustos y necesidades de salud.

El 90 % de los participantes refieren hacer ejercicio a diario o casi todos los días de la forma pautada, midiendo intensidad y duración.

Los dos pacientes fumadores, han abandonado el hábito tabáquico.

Por todo esto creemos que los objetivos se han cumplido en las áreas: cognitiva, emocional y de habilidades.

## CONCLUSIONES

Una vez transcurrido el tiempo de seguimiento posterior al taller, obtenemos las siguientes conclusiones: La formación práctica a través de adquisición de herramientas y habilidades para poder realizar cambios en los hábitos de vida, favorece la toma de decisiones para poder aplicarlas.

Empoderar al paciente en sus cuidados motiva y favorece el cumplimiento terapéutico.

Y cuando la motivación es intrínseca los cambios se mantienen en el tiempo y la persona se siente capacitada y protagonista de sus cuidados.

El paciente activo y la educación en autocuidados, mejoran las habilidades para detectar y resolver los problemas que pueden presentarse y conseguir la autogestión de la propia enfermedad y acudir al profesional sanitario cuando sea necesario.

El profesional de enfermería proactivo obtiene mejores resultados en el abordaje del paciente en su cronicidad y aumenta su satisfacción y su motivación para continuar en esta línea de actuación.

Planteamos aplicarlo en otras patologías crónicas una vez demostrada su utilidad y aceptación en pacientes y profesionales.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. 2012. [internet]. Disponible en: [http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA\\_ABORDAJE\\_CRONICIDAD.pdf](http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf)
2. Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid. Estrategia de atención a pacientes con enfermedades crónicas en la comunidad de Madrid. 2013. [internet]. Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application/pdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3D140326+PRESENTACION+ESTRATEGIA+CRONICOS.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DPortalSalud&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352847372204&ssbinary=true>
3. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia de promoción de la salud y promoción en el SNS (en el marco del abordaje de la cronicidad en el SNS). 2014. [internet]. Disponible en: <https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/EstrategiaPromocionSaludyPrevencionSNS.pdf>
4. Organización Mundial de la Salud (OMS). Temas de salud: enfermedades crónicas. 2017. [internet]. Disponible en: [http://www.who.int/topics/chronic\\_diseases/es/](http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/)
5. Red de Enfermería en Cuidados Cardiovasculares de Atención Primaria (REccAP), Sociedad Madrileña de Enfermería Familiar y Comunitaria (SEMAM). Guía rápida de Abordaje Enfermero en Hipercolesterolemia familiar. Cuidados Cardiovasculares Integrales (CCVI) en Atención Primaria. [Internet]. Disponible en: [http://www.reccap.org/documentos/Guia\\_HLF\\_REccAP.pdf](http://www.reccap.org/documentos/Guia_HLF_REccAP.pdf)
6. Red de Enfermería en Cuidados Cardiovasculares de Atención Primaria (REccAP), Sociedad Madrileña de Enfermería Familiar y Comunitaria (SEMAM). Guía de abordaje enfermero: Cuidados Cardiovasculares Integrales (CCVI) en Atención Primaria. [Internet]. Disponible en: [www.semam.org/docs/REccAP\\_GUIA\\_CCVI\\_EN\\_ATENCION\\_PRIMARIA.pdf](http://www.semam.org/docs/REccAP_GUIA_CCVI_EN_ATENCION_PRIMARIA.pdf)
7. Lizcano Álvarez A, Villar Espejo MT, Duralde Rodríguez E, Pérez González MJ, Martínez Fernández E, Guerrero Llamas L et al (ReccAP y SEMAM). Cuidado del paciente en autocuidados. [Internet]. Disponible en: [http://www.reccap.org/documentos/Cuaderno\\_del\\_pacienteDefinitivo\\_V9%5B1%5D.pdf](http://www.reccap.org/documentos/Cuaderno_del_pacienteDefinitivo_V9%5B1%5D.pdf)
8. Perk J, De Backer G, Gohlke H, Graham I, Reiner Z, Verschuren M et al (ReccAP y SEMAM). Guía europea sobre prevención de la enfermedad cardiovascular en la práctica clínica. Rev. Esp. Cardiol. [Internet]. 2012; 65(10): 937. E1-E66. Disponible en: <https://www.fesemi.org/sites/default/files/documentos/casos-clinicos/v-escuela-verano/iccv-5.pdf>
9. Solano Villarrubia C, González Castellanos LE, González Villanueva P, Infantes Rodríguez JA, Martín Iglesias S, Martín Robledo E et al (SEMAM). Cuadernos de Enfermería Familiar y Comunitaria 2: El autocuidado en las personas con enfermedad crónica. 2012. [internet]. Disponible en: [http://www.semam.org/docs/CUADERNO\\_2\\_SEMAP.pdf](http://www.semam.org/docs/CUADERNO_2_SEMAP.pdf)
10. Castilla Romero ML, Lama Herrera C, Rebollo Pérez I, Sagrista González M, Rabat Restrepo JM, Muñoz Bellerín J et al. Guía de consejo dietético intensivo en atención primaria. 2010.
11. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Bienestar emocional. [Internet]. Disponible en: <http://www.bemocion.msssi.gob.es/>
12. Macías AI, Gordillo LG, Camacho EJ. Hábitos alimentarios de niños en edad escolar y el papel de la educación para la salud. Rev. Chil. Nutr. 2012; 39(3): 40-43.

13. Andugar Hernández J, Arias Rodríguez I, Arroyo Revelga MP, Bustamante López A, Cadena Caballero R, Castillo Peris C et al (Asociación EHRICA). Guía de atención de Enfermería en Hipertensión Arterial y riesgos cardiovasculares asociados. [Internet]. 2016. Disponible en: <http://www.ehrica.org/wp-content/uploads/2016/01/guiasdeintervencion.pdf>
14. Giraldo Osorio A, Toro Rosero MY, Macías Ladino AM, Garcés V, Andrés C, Palacio Rodríguez S. La promoción de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables. *Hacia promoci. Salud.* 2010; 15(1): 128-143.
15. Varo-Cenarruzabeitia JJ, Martínez González MA. El consejo sanitario en la promoción de la actividad física. *Med. Clin.* 2006; 126(10): 16-17.
16. Lobos JM, Royo Bordonada MA, Brotons C, Álvarez Sala L, Armario P, Maiques A et al. Guía europea de prevención cardiovascular en la práctica clínica: Adaptación española del CEIPC. *Rev. Esp. Salud Pública.* 2008; 82(6): 581-616.
17. Pancorbo Sandoval AE, Pancorbo Arencibia EL. Actividad física en la prevención y tratamiento de la enfermedad cardiometabólica. La dosis del ejercicio Cardiosaludable. [Internet]. Disponible en: <http://www.csd.gob.es/csd/estaticos/dep-salud/actividad-fisica-en-la-prevencion-y-tratamiento-de-la-enfermedad-cardiometabolica.pdf>
18. Alcedo JMG, Angulo JGS. Factores protectores, estilos de vida saludable y riesgo cardiovascular. *Psicol. Salud.* 2015; 25(1): 57-71.
19. Carbonell Baeza A, Aparicio García-Molina VA, Ruiz Ruiz J, Ortega Porcel FB, Delgado Fernández M. Guía de recomendaciones para la promoción de la actividad física en Andalucía. [Internet]. Disponible en: [http://www.juntadeandalucia.es/salud/servicios/contenidos/andaluciaessalud/docs/130/Guia\\_Recomendaciones\\_AF.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/salud/servicios/contenidos/andaluciaessalud/docs/130/Guia_Recomendaciones_AF.pdf)
20. Fernández L, Guerrero L, Segura J, Gorostidi M. Papel del personal de enfermería en el control de la hipertensión arterial y en la investigación cardiovascular. *Hipertens. Riesgo vasc.* 2010; 27: 41-52.
21. Rivera Álvarez LN. Capacidad de agencia de autocuidado en personas con hipertensión arterial hospitalizadas en una clínica de Bogotá, Colombia. *Rev. Salud pública.* 2006; 8(3): 235-247.
22. Arroniz FAR, González FAR. EPS: HIPERTENSION ARTERIAL. [Trabajo de Fin de Grado en Enfermería]. Murcia: Universidad de Murcia. 2015.
23. García NL. Plan de cuidados para un paciente cardiovascular en atención primaria. *REDUCA (Enfermería, Fisioterapia y Podología).* 2012; 4(1): 644-674.
24. Linares JMM, Barrilao RG, Peinado FO, Parreño FJS. Modelos de estimación de riesgo cardiovascular y papel de enfermería en la prevención. *Enfermería en cardiología.* [Internet]. 2014; 62: 44-48. Disponible en: [https://www.enfermeriaencardiologia.com/wp-content/uploads/63\\_06.pdf](https://www.enfermeriaencardiologia.com/wp-content/uploads/63_06.pdf)
25. Nuño Solinis R, Rodríguez Pereira C, Piñera Elorriaga K, Zaballa González I, Bikandi Irazabal J. Panorama de las iniciativas de educación para el autocuidado en España. *Gac. Sanit.* 2013; 27(4): 332-337.
26. García RC, Guillem FC, Seco EM, Puente JMG, Manent JIR, Arango JSJ et al. Recomendaciones sobre el estilo de vida. *Aten. Prim.* 2016; 48: 27-38.
27. Ferrer Arnedo C, Fernández Batalla M, Santamaría García JM, Salazar Guerra R. El valor del cuidado de enfermería en el paradigma de la cronicidad y la dependencia. *Nuevos roles y rediseños. Invest. Educ. Enferm.* 2014; 32(3): 488-497.
28. Lara Guerrero J. Estrategias para un aprendizaje significativo constructivista. *Enseñanza.* 1997; (15): 29-50.
29. Miguélez Chamorro A, Ferrer Arnedo C. La enfermera familiar y comunitaria: referente del paciente crónico en la comunidad. *Enferm. Clin.* 2014; 24(1): 5-11.
30. Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI), Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SemFIC). Documento de consenso: Atención al paciente con enfermedades crónicas. 2011. [internet]. Disponible en: <http://www.samfyc.es/pdf/boletin/2011%20semFYC%20SEMI%20DocConsenso%20AtencionPacienteEnfCronicas.pdf>
31. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estilos de vida saludables. [Internet]. Disponible en: <http://www.estilosdevidasaludable.msssi.gob.es/>
32. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Consejo integral en estilos de vida en Atención Primaria. [internet]. 2015. Disponible en:



[http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/Consejo\\_integral\\_EstilosVida.htm](http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/Consejo_integral_EstilosVida.htm)

33. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Recomendaciones para la población sobre actividad física y reducción del sedentarismo. [internet]. Disponible en: [http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/Recomendaciones\\_ActivFisica.htm](http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/Recomendaciones_ActivFisica.htm)

34. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Plan cuídate +. [Internet]. Disponible en: <http://www.plancuidatemas.aesan.msssi.gob.es/>

35. Fundación Española del Corazón. Nutrición y recetas. [Internet]. Disponible en: <http://www.fundaciondelcorazon.com/nutricion/recetario.html>

36. Fundación para la diabetes. Alimentos, etiquetado y nutrientes. [Internet]. Disponible en: <http://www.fundaciondiabetes.org/sabercomer/91/informacion-de-alimentos-etiquetado-y-nutrientes>

37. Diabetes a la carta. Buscador de recetas para diabéticos. [Internet]. Disponible en: <http://diabetesalacarta.org/buscador-recetas-para-diabeticos/>

**ID68:****EVALUACIÓN DE UNA INTERVENCIÓN COMPLEJA MULTIRRIESGO EN ATENCIÓN PRIMARIA DIRIGIDA A PERSONAS DIAGNOSTICADAS CON DIABETES MELLITUS DE 45 A 75 AÑOS**

Francisco Jesús Represas Carrera<sup>1</sup>, Ana Clavería Fontán<sup>1</sup>, Susana Aldecoa Landesa<sup>1</sup>, María Carreira Carballo<sup>1</sup>, María Rey Grandal<sup>1</sup>, Lucía Duarte García<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Servicio Gallego de Salud (SERGAS). Atención Primaria. Vigo.

[franciscorepresasarrera@gmail.com](mailto:franciscorepresasarrera@gmail.com)

**RESUMEN**

**Objetivo:** Evaluar la efectividad de una intervención compleja multirriesgo para mejorar el control glucémico de las personas diagnosticadas de Diabetes Mellitus, de 45 a 75 años, que presentan dos o más hábitos de vida poco saludable (consumo de tabaco, insuficiente actividad física y/o baja adherencia a la dieta mediterránea).

**Método:** Ensayo clínico controlado que se realizará en 26 centros de salud de 7 comunidades autónomas. Se estudiarán 677 pacientes diagnosticados de Diabetes Mellitus (DM) del estudio nacional multicéntrico EIRA3, que tiene un tamaño muestral de 3.640 personas, 1.820 para cada uno de los grupos. La intervención se fundamentará en el modelo transteórico del cambio de "Prochaska y Diclemente".

**Relevancia:** El diseño de una intervención compleja flexible, adaptada al contexto, viable, efectiva y sostenible, contribuirá a mejorar sustancialmente la salud, los estilos de vida y el control de la morbilidad de la población.

**ABSTRACT**

**Objective:** Evaluating the effectiveness of a complex multi-risk intervention to improve the glycaemic control of people diagnosed with Diabetes Mellitus, from 45 to 75 years old, who present two or more unhealthy lifestyle habits (smoking, insufficient physical activity and / or low adherence to the Mediterranean diet).

**Method:** A controlled clinical trial, which carried out in 26 health centers in 7 autonomous communities. It included 677 patients diagnosed with Diabetes Mellitus (DM), which have studied in the national multicenter study EIRA3 that has a sample size of 3,640 people, 1,820 for each of the groups. The intervention will be based on the transtheoric model of the change of "Prochaska and Diclemente".

**Relevance:** The design of a flexible, context-adapted, viable, effective, and sustainable complex intervention will substantially improve health, lifestyles and morbidity control of the population.

**PALABRAS CLAVE**

Diabetes Mellitus Tipo 2; Ensayo Clínico; Conducta Alimentaria; Hábito de Fumar; Ejercicio.

Diabetes Mellitus Type 2; Clinical Trial; Feeding Behavior; Smoking; Exercise.

**INTRODUCCIÓN**

Las enfermedades crónicas representan una enorme carga personal, social, económica y uno de los mayores desafíos para los sistemas sanitarios. Son la causa del 68% de las muertes que se producen en el mundo; de las que aproximadamente un 42% corresponden a personas menores de 70 años (1). Las enfermedades cardiovasculares, la diabetes tipo 2, el cáncer y las enfermedades respiratorias crónicas lideran la clasificación de causas de mortalidad.

La mayoría de estas enfermedades y sus complicaciones son prevenibles mediante estrategias de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad. Se estima que aproximadamente un 80% de las enfermedades cardiovasculares y un 30% de todos los cánceres podrían evitarse con la adopción de conductas promotoras de salud (1), ya que guardan una estrecha relación con el consumo de tabaco, la alimentación no saludable y el sedentarismo.

Por ello, las políticas dirigidas al impulso de conductas promotoras de salud, a la prevención de determinadas enfermedades así como a la mejora de la adherencia a los programas de cribado y a las recomendaciones fármaco-terapéuticas representan un elemento clave de los actuales sistemas

sanitarios, con el objetivo de reducir el riesgo de enfermedad y de discapacidad, de contribuir a un envejecimiento activo y saludable y de disminuir la necesidad de una atención sanitaria más cara (1).

**La Atención Primaria: el escenario ideal para las intervenciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.**

La Atención Primaria (AP) es el servicio de salud más accesible, ofrece una atención integral y continuada centrada en la persona y, es el más utilizado por los ciudadanos (2); por lo que, representa el escenario ideal para llevar a cabo intervenciones individuales, grupales y comunitarias de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad. Sin embargo, la sobrecarga de trabajo, la escasez de tiempo o la falta de conocimientos y de habilidades dificultan la implementación de este tipo de intervenciones en la práctica real y su realización continúa siendo subóptima(3,4).

Por otra parte, la mayoría de las personas, entre las que se encuentran las diagnosticadas de Diabetes Mellitus, llevan a cabo más de una conducta poco saludable o presentan más de un factor de riesgo para su salud que además suelen estar interrelacionados (5,6). De ahí que, una intervención multiconductual o multiriesgo podría ser más efectiva y eficiente (7). No obstante, en la práctica real la estrategia más frecuentemente utilizada es el consejo dirigido a una única conducta promotora de salud o factor de riesgo (8). Tal vez esta discrepancia entre la realidad de las personas atendidas y la práctica clínica es debida a que la gran mayoría de estudios realizados se han centrado en determinar el efecto de las intervenciones dirigidas a un único factor de riesgo o conducta, por lo que el conocimiento acerca de la efectividad del enfoque múltiple aún es escaso (9). La mayoría de investigaciones realizadas con este enfoque múltiple en AP han encontrado efectos débiles y mayoritariamente a corto plazo. Sin embargo, estos efectos, aunque pequeños, si se consiguen mantener en el tiempo pueden traducirse en cambios importantes en la morbilidad (10).

**Diseño y evaluación de intervenciones complejas: una metodología emergente.**

Las intervenciones para fomentar la adopción de conductas promotoras de salud implican un amplio espectro de complejidad debido a diversos factores: el número y la dificultad de las conductas requeridas a los participantes, la coexistencia de diversos componentes que pueden actuar de forma independiente e interactuar entre sí, la participación de múltiples disciplinas y la necesidad de flexibilidad para su adaptación a contextos dinámicos (11). Se trata de intervenciones complejas en las que es esencial comprender en profundidad el contexto, ya que éste también forma parte del efecto de la intervención. La presencia de las intervenciones complejas en la literatura científica es cada vez mayor. La temática abordada en relación a la Diabetes Mellitus por los diferentes estudios es muy amplia y se enfoca tanto hacia intervenciones sociales, aspectos teóricos o metodológicos y de promoción de la salud (12). Su importancia ha llegado hasta el mundo de la síntesis de evidencias, en el que se reconoce la relevancia del enfoque de las revisiones sistemáticas hacia la investigación mixta y las intervenciones complejas para responder mejor a las necesidades de los gestores sanitarios, profesionales de la salud y ciudadanos (13). A este respecto, la metodología de diseño y evaluación de intervenciones complejas ofrece una oportunidad única. Las principales directrices para diseñar y evaluar este tipo de intervenciones son las desarrolladas por el "Medical Research Council (MRC)" y proponen una metodología de desarrollo en cinco fases secuenciales en las que se utilizan tanto métodos cuantitativos como cualitativos (14). Esta metodología promueve la participación de los ciudadanos y los profesionales en la investigación, por lo que aumenta su aceptabilidad y su factibilidad además de facilitar el reclutamiento y el seguimiento de los participantes, de mejorar la validez y la fiabilidad de los instrumentos de medida y de asegurar su relevancia cultural y social. También destaca la ocasión que representan para aumentar la sostenibilidad de las intervenciones, la transferencia de la investigación a la práctica y su impacto en resultados en salud a largo plazo (15).

La intervención que se plantea en el diseño de este estudio se fundamenta en el modelo transteórico de los estados del cambio, dado que al poder ser aplicado en una amplia variedad de conductas y factores de riesgo suele ser el recomendado para este tipo de investigaciones con enfoque multiconductual o multiriesgo (16). Además, la intervención tiene una intensidad media-elevada y se plantea a diferentes niveles (individual, grupal y comunitario) con el fin de poder así observar un mayor efecto (17) e integrar algunos aspectos habitualmente poco estudiados en la práctica habitual en AP y sobre los que es necesario generar más conocimiento.

Por último decir que las intervenciones sobre autocuidados y estilos de vida han demostrado mejorar el control glucémico en la diabetes tipo 2 en un grado clínicamente significativo, al menos a corto plazo (18).

**OBJETIVOS:** Evaluar la efectividad de una intervención compleja multirriesgo dirigida a mejorar el control glucémico de las personas diagnosticados de Diabetes Mellitus, de 45 a 75 años, que presentan dos o más hábitos de vida poco saludables (consumo de tabaco, insuficiente actividad física y/o baja adherencia a la dieta mediterránea).

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

**DISEÑO:** Ensayo híbrido controlado que se desenvolverá en 28 Centros de Salud (CS) durante 2 años. Se realizará una asignación aleatoria de la población por conglomerados a un grupo de intervención compleja multirriesgo (GI), y a un grupo control que recibirá una atención habitual (GC). La unidad de aleatorización será el Centro de Salud. En este proyecto se analizará un subgrupo de pacientes diagnosticados de DM del estudio EIRA3 "Ensayo híbrido de evaluación de una intervención compleja multirriesgo para promover conductas saludables en personas de 45-75 años atendidas en Atención Primaria".

**ÁMBITO:** Este estudio se desarrollará en el ámbito de Atención Primaria (AP) en 7 Comunidades Autónomas de España. En cada Comunidad Autónoma participarán 4 Centros de Salud (CS).

**POBLACIÓN:** Participarán en este estudio los pacientes diagnosticados de DM incluidos en el EIRA3, en el que se pretende alcanzar un tamaño muestral de 3.264 personas, 1.632 para cada uno de los grupos (GI y GC).

En cada una de las 7 Comunidades Autónomas participarán 2 CS por grupo de estudio (2 CS en el GI y 2 CS en el GC), con una selección de 125 pacientes en cada centro.

En el estudio piloto EIRA2, de los 1.103 pacientes participantes, 205 estaban diagnosticados de DM. Por lo tanto, en nuestro estudio esperamos captar a 606 pacientes diagnosticados de DM.

**Criterios de inclusión:** Personas de 45 a 75 años diagnosticadas de DM que reciban asistencia sanitaria en alguno de los CS participantes y que presenten dos o más de los siguientes hábitos de vida poco saludables: Consumo de tabaco, Baja adherencia a la dieta mediterránea y/o insuficiente actividad física.

**Criterios de exclusión:** Incapacidad para entender y hablar español, pacientes delegados (acude a consulta un familiar u otra persona diferente al paciente citado), personas con deterioro cognitivo, personas con enfermedad grave que, a juicio de su clínico, tengan un desenlace fatal presumible durante el año de seguimiento, pacientes que tengan planeado estar fuera de la ciudad más de 4 meses durante los 12 meses del seguimiento, personas con trastorno bipolar, trastorno de personalidad, drogadicción, esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, paciente con problemas de salud crónicos que requiere una atención compleja (Paciente Crónico Complejo), pacientes incluidos en un programa de atención domiciliaria, pacientes con dependencia o sin autonomía para las actividades de la vida diaria, pacientes con cáncer en fase de tratamiento activo, pacientes con poli-adicciones (alcohol y otras sustancias), paciente que ha padecido fractura de cadera, infarto de miocardio, un derrame cerebral, o se les ha intervenido para implantar una prótesis de rodilla o cadera los 6 meses previos, y paciente con alguna enfermedad no controlada (aguda o en fase avanzada, o enfermedad cardiovascular sintomática).

**TAMAÑO MUESTRAL:** Para detectar al final del estudio un descenso mínimo del 0,3% en el valor de la HbA1c de las personas diagnosticadas de DM en el GI con respecto a las del GC, estimando una proporción de pérdidas durante el seguimiento del 25%, y teniendo en cuenta el efecto del diseño (multiplicando por 1,5 el tamaño muestral calculado), se precisará estudiar a un mínimo de 420 personas diagnosticadas de DM (210 para cada uno de los grupos). Esta estimación se ha calculado de forma unilateral con una potencia ( $\beta$ ) del 90%, un riesgo alfa ( $\alpha$ ) del 2,5% y un nivel de confianza del 97,5%. El valor de referencia de la HbA1c se basa en los resultados obtenidos de meta-análisis sobre la efectividad de las intervenciones no farmacológicas en la Diabetes Mellitus (19).

**CAPTACIÓN:** En cada Centro de Salud se incluirán a las personas que acudan a la consulta por cualquier motivo y cumplan los criterios de inclusión, considerando cuotas de edad y sexo. Los pacientes que se incluyan en el estudio no sabrán a que grupo (GC o GI) pertenecen. El periodo de reclutamiento será de 6 meses (enero-junio 2017). Las personas aceptarán participar en el estudio sin conocer a que grupo está asignado su CS.

**VARIABLES:** Todas las variables se recogerán en un cuaderno de recogida de datos (CRD). La evaluación de la efectividad se realizará contrastando los datos obtenidos antes de la intervención con los recogidos al final del seguimiento (12 meses). La variable de resultado que evaluará el cumplimiento del objetivo planteado, será el valor porcentual de la Hb1Ac. Las variables independientes incluirán aspectos sociodemográficos, clínicos y de la intervención.

#### **FASES DEL ESTUDIO:**

**Preparación previa:** Debido a las características del estudio, este proyecto cuenta con una fase de 12 meses de duración (enero-diciembre 2016) para preparar la implementación de la intervención y así asegurar su factibilidad. Se tendrán en cuenta las características de la intervención, su entorno interno y externo, las características de la población y los diversos procesos implicados en la implementación.

**Unidad externa:** Con el objetivo de no sobrecargar a los profesionales de los CS, se contará con una unidad externa de soporte para la recogida de datos. Tendrá tareas mayormente más relacionadas con la evaluación que con la práctica clínica. Los profesionales de esta unidad recibirán formación sobre los diferentes instrumentos de medida y sobre el cuaderno de recogida de datos (CRD).

**Pre-intervención:** Cribado poblacional por parte del profesional sanitario durante cualquier visita que realice el paciente a su enfermero y/o médico de Atención Primaria. No se realizará este cribado en las visitas de urgencias.

El profesional, en la consulta, informará al posible participante de la siguiente manera: “Estamos haciendo un estudio para mejorar su salud a partir de modificaciones en su estilo de vida y quizás le interese participar. ¿Le podemos hacer unas preguntas sobre alimentación, tabaco y actividad física?”. Si la persona presenta mínimo 2 de estas 3 conductas: Fumador, insuficientemente activo y/o no adherente a la dieta mediterránea. El profesional le informará del estudio y le ofrecerá participar. A los pacientes que acepten participar, se les entregará el documento de consentimiento informado para su lectura y firma sin que sepan a qué grupo (GI o GC) pertenecen.

**Grupo control:** Los CS control serán de características similares a los CS de intervención para poder comparar los resultados obtenidos. No obstante, en los centros control sólo se realizará la selección de los pacientes y se obtendrá el consentimiento informado. En este grupo no se realizará ninguna intervención ni seguimiento.

**Intervención:** Una vez que los participantes hayan sido incluidos en el estudio, se identificará la etapa de cambio en la que se encuentran según el modelo transteórico de los estados del cambio de Prochaska y Diclemente. Este modelo postula que la modificación de una conducta es un proceso circular que comprende 5 etapas: Precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento.

Según la etapa identificada, se determinará qué tipo de intervención se realizará para cada uno de los hábitos de vida. Las decisiones finales se tomarán de forma compartida entre participantes y profesionales.

Posteriormente a la identificación de las etapas del cambio, el profesional si no inicia la intervención en esa misma visita, derivará al participante a la unidad externa para que recojan sus datos basales. En caso de iniciar la intervención en esa misma visita, el participante se citará con la unidad externa en un plazo de unos 15 días. Posteriormente a los 12 meses la unidad externa realizará la evaluación final.

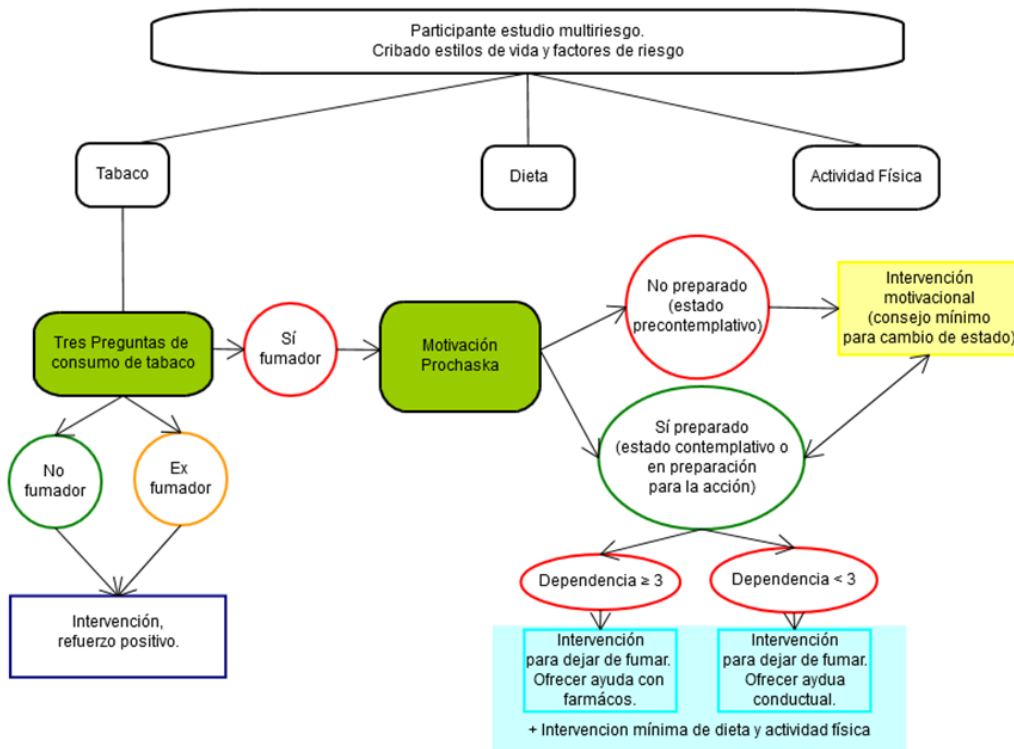
La intervención se personalizará en función de los malos hábitos de vida detectados, y la etapa del cambio en la que se encuentre el participante. El profesional pactará con la persona como abordar las diferentes conductas.

Los tres componentes para cada estilo de vida (consumo de tabaco, baja adherencia a la dieta mediterránea y actividad física insuficiente) se integrarán en una única intervención.

#### **Componentes de la intervención:**

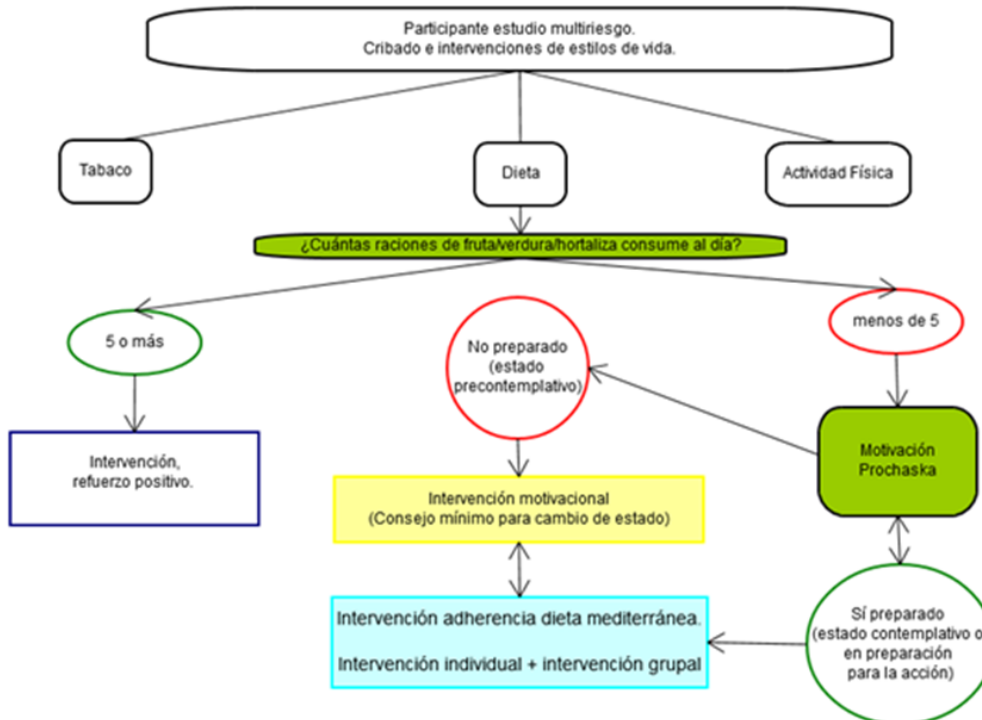
**INDIVIDUAL:** Tendrá una intensidad media (entre 2 y 3 visitas según componente abordado), teniendo los profesionales la libertad de realizar un mayor número si lo consideran necesario. La entrevista motivacional es la base de todas las intervenciones individuales. Los profesionales habrán recibido formación para poder abordarla con calidad.

◆ Consumo de tabaco



**Imagen1:** Algoritmo de intervención para la deshabituación tabáquica.

◆ Dieta mediterránea



**Imagen2:** Algoritmo de intervención para la adherencia a la dieta mediterránea.

◆ Actividad física

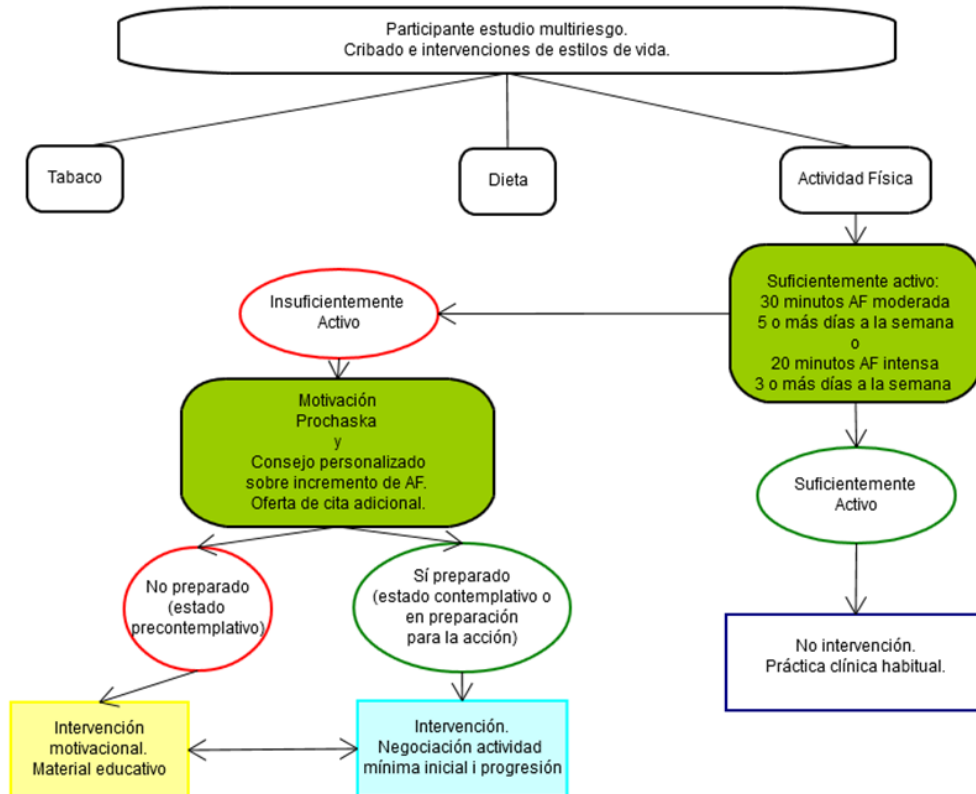


Imagen3: Algoritmo de intervención para para el fomento de la actividad física.

**GRUPAL:** Dirigida a impulsar la adopción de la dieta mediterránea y el fomento de la actividad física, se realizará a los 15-20 días de haber iniciado la intervención individual, en grupos de unas 12-15 personas. Se llevará a cabo en el propio CS y será conducida por los profesionales participantes. El profesional ofrecerá al participante asistir a un taller de vida saludable. Este taller contiene dos sesiones grupales que realizarán de forma coordinada, la primera más centrada en actividad física, y una segunda más focalizada sobre la alimentación.

**COMUNITARIO:** Centrada principalmente en la prescripción comunitaria de recursos y actividades que se lleven a cabo en la comunidad donde resida la persona participante. Las actividades comunitarias son la estrategia escogida para mejorar los comportamientos y ayudar a las personas a disponer de los medios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Se realizará un trabajo previo a la aplicación del componente comunitario en este proyecto de investigación, que consistirá en identificar y caracterizar las actividades que se realizan en la comunidad (centrándonos en aquellas que pueden incidir en el fomento de una alimentación más saludable, de la actividad física o del abandono del tabaco) y en formalizar un compromiso entre los organismos y entidades que las organizan y el centro de salud. Una vez realizado este trabajo previo, se realizará la aplicación de la

**Priorización:** En caso de que un paciente esté motivado para realizar los tres cambios se abordará en primer lugar el consumo de tabaco dado el elevado beneficio en salud que produce el cese del hábito. En caso de que la persona refiera NO estar motivada para el abandono de tabaco se hará una intervención combinada (dieta mediterránea y actividad física) y el consejo antitabaco para promover el cambio de estado.

Resumen de la intervención según hábito de vida

Tipo de intervención Fase del cambio	Tabaco (T)			Actividad Física (AF)			Alimentación Saludable (AS)		
	Individual	Grupal	Comunitaria	Individual	Grupal	Comunitaria	Individual	Grupal	Comunitaria
Precontemplación	Consejo mínimo cambio de fase	-	-	Consejo mínimo cambio de fase	-	-	Consejo mínimo cambio de fase	-	-
Contemplación		-	-	Intervención AF	Sesión AS + AF	Según mapa de recursos y elección del centro		-	-
Preparación	Intervención Breve	Según recursos estructurales y organizativos del centro	Según mapa de recursos comunitarios y elección del centro				Refuerzo positivo	-	-
Acción				-	-	-		-	
Mantenimiento	Refuerzo positivo	-	-	-	-	-	Refuerzo positivo	-	-
Finalización									

**Imagen 4:** Resumen de la intervención según hábito de vida.

**Evaluación:** La evaluación de la efectividad de la intervención se realizará en base a los datos recogidos de forma basal y al final del seguimiento (12 meses post-intervención). En el GC también se realizará una evaluación inicial y otra final a los 12 meses por parte de la unidad externa.

**ANÁLISIS ESTADÍSTICO:** El análisis de la efectividad se realizará siguiendo las directrices Consort Cluster. Se asumirá un enfoque conservador para tratar la pérdida de datos. Se realizarán análisis descriptivos y bivariantes. Como el estudio tiene una estructura jerárquica de 3 niveles (persona, profesional y CS) se realizarán modelos de análisis multinivel de regresión lineal o logística en función de las variables de respuesta. Debido a la estructura jerárquica, en los modelos multinivel se tendrán en cuenta la dependencia de las variables respuestas de las personas (nivel 1), dentro de los profesionales (nivel 2) y los CS (nivel 3). Los modelos finales se ajustarán por las variables significativas y relevantes. Se evaluarán las interacciones y la colinealidad de los modelos. Se calculará el tamaño del efecto (d de Cohen). Se efectuarán análisis de sensibilidad para las variables respuestas primarias y secundarias para evaluar el impacto del enfoque conservador en la pérdida de datos. El nivel de significación de los modelos se fijará en el 5%. Para el análisis estadístico se utilizarán los paquetes estadísticos Stata/SE v.13 (StataCorp. LP, TX) y R version 3.1.2.

**LIMITACIONES:** La participación voluntaria podría condicionar la validez externa de los resultados, no obstante, la amplia participación de Centros de Salud (28 CS de 7 Comunidades Autónomas) y los criterios de inclusión establecidos, contribuirán a disminuir esta limitación.

Se utilizará la codificación CIAP o CIE-9-MC de Diabetes Mellitus para incluir a los pacientes en el estudio, aunque existe un infradiagnóstico(20) y un infraregistro(21) de este diagnóstico en las historias clínicas electrónicas.

Debido a las características de la intervención, otra posible limitación son las posibles pérdidas durante el seguimiento. Este problema, común a estos estudios, se minimizará con el seguimiento por parte de los profesionales de referencia de cada participante y con la incorporación de la unidad externa.

No se incluyen variables como el origen étnico, la duración y la gravedad de la DM, que podrían influir en las variables de resultado definidas.

En este estudio se realiza un abordaje multiconductual desde la perspectiva de la adaptación de las diferentes intervenciones a los pacientes siguiendo unas normas mínimas de uniformidad. Pero aun así, puede existir cierta variabilidad en la metodología utilizada para el desarrollo de cada intervención que es propia de los ensayos clínicos aleatorios multicéntricos para intervenciones no farmacológicas (22).

**CONSIDERACIONES ÉTICAS:** El protocolo del estudio EIRA3 está aprobado por el CEIC del IDIAP Jordi Gol (Cataluña) y está en proceso de evaluación por el CEIC de cada una de las 7 Comunidades Autónomas participantes. El estudio se desarrollará siguiendo las normas nacionales e internacionales de la Declaración de Helsinki y Tokio. A los pacientes seleccionados para participar en el estudio se le entregará



un “Documento Informativo” para que decidan si aceptan o no su inclusión en el mismo. A los que acepten participar, se les solicitará la firma del “Consentimiento Informado”. Los datos serán tratados de forma anónima y sólo serán usados para los objetivos del estudio. Se garantizará la confidencialidad de los datos personales conforme lo que dispone la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal (15/1999 del 13 de Diciembre, LOPD). El acceso a la historia clínica se realizará respetando la legislación vigente:

- ◆ Ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- ◆ Ley 3/2005, de modificación de la Ley 3/2001, reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes.

También se respetará la Ley de investigación biomédica (14/2007) y cualquier otra que resulte aplicable.

**FINANCIACIÓN:** Este proyecto de investigación se encuadra dentro del estudio nacional multicéntrico EIRA3, el cual recibe financiación del Fondo de Investigaciones Sanitarias (FIS) dependiente del Instituto de Salud Carlos III para la Comunidad Autónoma de Galicia, por un importe de 27.830€ (PI15/01133).

### RELEVANCIA

A pesar de la evidencia disponible sobre la eficacia de las intervenciones de promoción de la salud en pacientes diagnosticados de DM, esta no se traduce en efectividad real al adoptarlas sistemáticamente en atención primaria.

Este proyecto pretende diseñar una intervención compleja flexible, adaptada al contexto, viable, efectiva y sostenible a lo largo del tiempo. Una intervención de estas características debería contribuir a mejorar sustancialmente la salud, los estilos de vida y el control de la morbilidad de la población diagnosticada de DM. Si se demuestra su efectividad y adaptación a las necesidades de los usuarios y características organizativas de los centros de atención primaria.

Otro aspecto importante del proyecto es el diseño de nuevos algoritmos para facilitar la detección y priorización de los distintos factores de riesgo coexistentes y la toma de decisiones compartida entre profesionales y pacientes.

### BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization (WHO). Global status report on noncommunicable diseases 2014. Ginebra: WHO; 2014.
2. Green L, Fryer GJ, Yawn B, Lanier D, Dovey S. The ecology of medical care revisited. *N Engl J Med*. 2001;344(26):2021–5.
3. Brotons C, Björkelund C, Bulc M, Ciurana R, Godycki-Cwirko M, Jurgova E, et al. Prevention and health promotion in clinical practice: the views of general practitioners in Europe. *Prev Med*. 2005;40(5):595–601.
4. Rubio-Valera M, Pons-Vigués M, Martínez-Andrés M, Moreno-Peral P, Berenguera A, Fernández A. Barriers and facilitators for the implementation of primary prevention and health promotion activities in primary care: a synthesis through meta-ethnography. *PLoS One*. 2014;9(2):e89554.
5. Galán I, Rodríguez-Artalejo F, Díez-Gañán L, Tobías A, Zorrilla B, Gandarillas A. Clustering of behavioural risk factors and compliance with clinical preventive recommendations in Spain. *Prev Med*. 2006;42(5):343–7.
6. Prochaska JJ, Spring B, Nigg CR. Multiple health behavior change research: An introduction and overview. *Prev Med*. 2008;46(3):181–8.
7. Prochaska JJ, Nigg CR, Spring B, Velicer WF, Prochaska JO. The benefits and challenges of multiple health behavior change in research and in practice. *Prev Med*. 2010;50(1-2):26–9.
8. Lambe B, Collins C. A qualitative study of lifestyle counselling in general practice in Ireland. *FamPract*. 2010;27(2):219–23.
9. Goldstein MG, Whitlock EP, DePue J. Multiple behavioral risk factor interventions in primary care. Summary of research evidence. *Am J Prev Med*. 2004;27(2 Supl):61–79.
10. Lin JS, O’Connor E, Evans C V, Senger C a, Rowland MG, Groom HC. Behavioral Counseling to Promote a Healthy Lifestyle in Persons With Cardiovascular Risk Factors: A Systematic Review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*. 2014;161(8):1–12.

11. Craig P, Dieppe P, Macintyre S, Mitchie S, Nazareth I, Petticrew M. Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. *BMJ*. 2008;337:a1655.
12. Datta J, Petticrew M. Challenges to evaluating complex interventions: a content analysis of published papers. *BMC Public Health*. *BMC Public Health*; 2013;13(1):568.
13. Hannes K, Booth A, Harris J, Noyes J. Celebrating methodological challenges and changes: reflecting on the emergence and importance of the role of qualitative evidence in Cochrane reviews. *Syst Rev*. 2013;2(1):84.
14. Campbell NC, Murray E, Darbyshire J, Emery J, Farmer A, Griffiths F, et al. Designing and evaluating complex interventions to improve health care. *BMJ*. 2007;334(1756-1833):455–9.
15. Tapp H, Dulin M. The science of primary health-care improvement: potential and use of community-based participatory research by practice-based research networks for translation of research into practice. *Exp Biol Med (Maywood)*. 2010;235(3):290–9.
16. Prochaska JJ, Nigg CR, Spring B, Velicer WF, Prochaska JO. The benefits and challenges of multiple health behavior change in research and in practice. *Prev Med*. 2010;50(1-2):26–9.
17. Lin JS, O'Connor E, Evans C V, Senger C a, Rowland MG, Groom HC. Behavioral Counseling to Promote a Healthy Lifestyle in Persons With Cardiovascular Risk Factors: A Systematic Review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*. 2014;161(8):1–12.
18. Minet L, S Moller, Vach W, et al. La mediación del efecto de la intervención de la administración auto-cuidado en la diabetes tipo 2: un meta-análisis de 47 ensayos controlados aleatorios. *CounsEduc paciente*. 2010 Jul; 80 (1): 29-41. PMID: 19906503.
19. Parra-Sánchez J, Moreno-Jiménez M, Nicola CM, Nocua-Rodríguez II, Amegló-Parejo MR, Del Carmen-Peña M, et al. Evaluación de un programa de ejercicio físico supervisado en pacientes sedentarios mayores de 65 años con diabetes mellitus tipo 2. *Aten Primaria*. 2015;47(9):555-562.
20. Holt TA, Gunnarsson CL, Cload PA, Ross SD. Identification of undiagnosed diabetes and quality of diabetes care in the United States: cross-sectional study of 11.5 million primary care electronic records. *C Open*. 2014;2(4):E248–55.
21. Manuel DG, Rosella LC, Stukel TA. Importance of accurately identifying disease in studies using electronic health records. *BMJ*. 2010;341.
22. Boutron I, Moher D, Altman DG, Schulz KF, Ravaud P. Extending the CONSORT statement to randomized trials of nonpharmacologic treatment: Explanation and elaboration. *Ann Intern Med*. 2008 Feb 19;148(4):295–309.

**ID136:**

## APLICABILIDAD DE METODOLOGÍA ENFERMERA EN URGENCIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA

Ana M<sup>a</sup> Gil Jiménez<sup>1</sup>, María del Carmen García Bastida<sup>1</sup>, M<sup>a</sup> Milagros del Pino Nieto<sup>1</sup>, M<sup>a</sup> Concepción Mena Moreno<sup>1</sup>, Carmen M<sup>a</sup> Moratalla Escribano<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Gerencia de Atención Integrada de Talavera de la Reina.

[giljimenez.ana@gmail.com](mailto:giljimenez.ana@gmail.com)

### RESUMEN

**Introducción:** El proceso enfermero es la aplicación del método científico en la práctica asistencial. En los servicios de urgencias su aplicación es un tema de controversia por su presunta incompatibilidad con el cuidado del paciente agudo.

**Objetivos:** Identificar los diagnósticos de enfermería detectados con mayor frecuencia y las intervenciones realizadas en urgencias de atención primaria.

**Metodología:** Estudio observacional transversal. De septiembre a noviembre de 2016. Punto de Atención Continuada de Talavera. Población: personas que demandaron atención urgente.

**Resultados:** 646 consultas. Diagnósticos NANDA: dolor agudo (44,7%), deterioro de la integridad cutánea (11,1%) y deterioro de la integridad tisular (7,8%). Intervenciones NIC: colaboración con el médico (29,7%), ayuda en la exploración (26%) y monitorización de signos vitales (12,9%).

**Conclusiones:** La identificación de los diagnósticos e intervenciones más frecuentes puede servirnos para la realización de planes de cuidados estandarizados que nos ayuden a planificar los cuidados de una manera más ágil y sencilla, respondiendo así a las características de los servicios de urgencias.

### ABSTRACT

**Introduction:** The nursing process is the application of the scientific method in care practice. Its application in emergency services is a subject that causes of controversy because of its presumed incompatibility with acute care.

**Objective:** To identify the most frequently detected diagnosed nursing and interventions performed in primary care emergencies.

**Methods:** Cross-sectional observational study. From September to November 2016. Talavera Continuous Attention Point. Population: people who demanded urgent care.

**Results:** 646 queries. NANDA diagnoses: acute pain (44.7%), impaired skin integrity (11.1%) and impaired tissue integrity (7.8%). Interventions NIC: collaboration with the physician (29.7%), examination assistance (26%) and vital signs monitoring (12.9%).

**Conclusion:** The identification of the most frequent diagnoses and interventions can help us to carry out standardized care plans which facilitate us to plan care in a more agile and simple way, corresponding this fact with emergency services's characteristics.

### PALABRAS CLAVE

Procesos de Enfermería, Atención de Enfermería, Diagnóstico de Enfermería, Enfermería de Urgencia. Nursing Process, Nursing Care, Nursing Diagnosis, Emergency Nursing.

### INTRODUCCIÓN

El proceso de atención de enfermería o proceso enfermero (PE) es la aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera (metodología de enfermería). Alfaro lo define como el método sistemático, humanístico y racional de organizar y prestar los cuidados de enfermería<sup>1</sup>. Fue en la década de los 50 cuando comenzó a introducirse este término gracias a autores como Hall (1955), que describieron este proceso inicialmente formado por tres etapas. Posteriormente el proceso se amplió a cuatro etapas y finalmente en la década de los 70 a cinco, incluyéndose la etapa diagnóstica y quedando configurado el Proceso de Enfermería que se conoce actualmente: Valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. El diagnóstico de enfermería (DdE) es una etapa básica de este proceso y muchos

la consideran el eje central del PE, ya que los problemas que se identifican durante esta fase son la base de los planes de cuidados<sup>2</sup>.

Diversos organismos internacionales vienen llevando a cabo diferentes proyectos para homogeneizar la práctica enfermera. En 1989 el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) inició el programa internacional CIPE (Clasificación Internacional de la Práctica Enfermera) para el desarrollo de una terminología de enfermería aplicable a nivel mundial<sup>3</sup>.

En los últimos años se han realizado importantes estrategias por implantar y desarrollar esta metodología en los distintos ámbitos de actuación de la profesión enfermera<sup>4</sup>. Sin embargo, diversos factores como la escasez de formación, la falta de motivación, la heterogeneidad de los profesionales, la incertidumbre sobre su efectividad o el modelo biomédico hegemónico dificultan la implantación y el uso de esta metodología de trabajo<sup>4,5</sup>.

Estas dificultades se evidencian aún más en servicios de características especiales como son las Urgencias, donde la descripción de la práctica enfermera se reduce en muchas ocasiones a una simple enumeración de tareas, en su mayoría derivadas de su dimensión interdependiente con el personal médico<sup>6</sup>. Uno de los principales motivos por el cual trabajar con diagnósticos de enfermería en los servicios de urgencias es tema de controversia, es que es una metodología que precisa entrenamiento y su presunta incompatibilidad con el cuidado del paciente agudo por la lentitud para identificarlos y registrarlos<sup>6</sup>.

Sociedades científicas como la Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias (SEEUE) apuesta por el uso de esta metodología de manera lógica y razonable, sin pretender su uso indiscriminado en aquellas situaciones de difícil aplicación. En sus recomendaciones sobre el registro del proceso enfermero en urgencias y emergencias señalan que las particulares características que acompañan a las asistencias con carácter de urgencia y/o emergencia obligarán a adaptar el proceso enfermero en este campo.

Del mismo modo que vemos que la aplicación del proceso enfermero varía de unos ámbitos a otros, también entendemos que, dentro de la asistencia urgente, la utilización de la metodología enfermera puede diferir dependiendo del nivel asistencial donde se asistan estas situaciones (urgencias hospitalarias, extrahospitalarias o urgencias en atención primaria). En este trabajo nos centramos en la aplicación de metodología enfermera en urgencias de atención primaria por ser uno de nuestros ámbitos habituales de trabajo y por encontrar poca bibliografía que centre el tema en este nivel asistencial, lo que suscita nuestro interés de profundizar y ampliar la evidencia disponible.

## **OBJETIVOS**

Objetivo general: Identificar los diagnósticos enfermeros detectados con mayor frecuencia en las urgencias de atención primaria, así como las principales intervenciones de enfermería realizadas.

### Objetivos específicos:

- Analizar las características de la población atendida en el Punto de Atención Continuada de Talavera de la Reina.
- Definir los motivos de consulta más habituales en las urgencias de atención primaria.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

Estudio observacional transversal realizado entre los meses de septiembre a noviembre de 2016 en el Punto de Atención Continuada Integral (PACI) de Talavera de la Reina.

La atención del PACI de Talavera de la Reina abarca a la totalidad de los habitantes de esta ciudad además de 8 municipios de ámbito rural, dando cobertura a más de 93.000 usuarios de los 150.000 que aproximadamente forman todo el Área Sanitaria de Talavera de la Reina.

El personal del servicio está compuesto por 3 equipos formados por médico/a y enfermero/a, y un celador encargado de hacer la recepción del paciente, todos ellos en horario de 15:00 a 08:00 de lunes a viernes y 24 horas ininterrumpidas los fines de semana y festivos. En cada guardia se distribuyen de forma

aleatoria tanto los equipos de trabajo, como los horarios en los que cada equipo es encargado de prestar atención en cada ámbito (consulta en el centro de salud o avisos domiciliarios)

Forma parte de la población objeto de estudio cualquier persona que durante los meses descritos haya demandado atención urgente, tanto en el propio centro como en domicilio, y haya sido registrada en la base de datos diseñada para tal fin. Se excluyeron a aquellas personas que acudieron con cita previa para consulta programada.

La recogida de datos se llevó a cabo utilizando como instrumento un registro de elaboración propia donde se recogieron las siguientes variables: fecha, profesional que realiza el registro, sexo, edad, hora de la consulta, horario de su médico de atención primaria (mañana o tarde), lugar donde se realiza la consulta (centro de salud o domicilio), motivo de visita, diagnóstico médico, diagnóstico enfermero e intervenciones de enfermería realizadas.

Se clasificaron los motivos de visitas en 43 categorías diferentes, consensuadas previamente al inicio de la recogida de datos. Los diagnósticos enfermeros e intervenciones de enfermería se registraron siguiendo las taxonomías enfermeras internacionales NANDA-I 2012-2014<sup>8</sup> y NIC 2013<sup>9</sup>, utilizando sus correspondientes códigos y etiquetas diagnósticas.

Para el análisis de datos se utilizaron los programas Excel 2003 y SPSS 17.0 considerando un nivel de significación estadística de 0,05.

**RESULTADOS**

Grupo	Frecuencia	Porcentaje
<b>0-1 años</b>	34	5,3
<b>2-14 años</b>	114	17,6
<b>15-30 años</b>	148	22,9
<b>31-65 años</b>	245	37,9
<b>66-80 años</b>	71	11
<b>&gt;80 años</b>	34	5,3
<b>Total</b>	646	100

Figura 1: Visitas por grupos de edad

Se registraron un total de 646 consultas de urgencias distribuidas en 16 guardias de días laborables y 10 guardias de fin de semana o festivo. El 94,7% de las consultas se realizaron en el centro sanitario y el 5,3% en el domicilio encontrando diferencias estadísticamente significativas entre las edades medias de la población atendida en cada ámbito (67,6 años en domicilio frente a 34,6 en consulta). La distribución por sexo fue de 57,1% mujeres y 42,9% hombres con una media de edad total de 36,3 años; siendo el grupo que realizó un número mayor de visitas el comprendido entre los 15 y los 30 años (22,9%) (Figura 1).

Los motivos de consulta se codificaron en 43 categorías diferentes de las cuales se utilizaron 38 de ellas siendo las más frecuentes los Síntomas Rinofaríngeos (12,5%), seguidos de Alteraciones del ritmo intestinal (7,1%) y Malestar general (6,3%) (Figura 2).

Motivo de consulta	Frecuencia	Porcentaje
<b>Síntomas rinofaríngeos</b>	81	12,5
<b>Alteraciones del ritmo intestinal</b>	46	7,1
<b>Malestar general</b>	41	6,3
<b>Síntomas genitourinarios</b>	36	5,6
<b>Dolor de espalda/lumbar</b>	34	5,3

Figura 2: Motivos de consulta más frecuentes.

De las 646 consultas registradas, se asociaron diagnósticos enfermeros en 548 de ellas, utilizando un total de 24 diagnósticos diferentes de los 216 disponibles en la taxonomía NANDA-I 2012-2014. Los más

frecuentes fueron: dolor agudo (44,7%), deterioro de la integridad cutánea (11,1%) y deterioro de la integridad tisular (7,8%) (Figura 3).

Código	Etiqueta diagnóstica	Frecuencia	Porcentaje
00132	Dolor agudo	245	44,7
00046	Deterioro de la integridad cutánea	61	11,1
00044	Deterioro de la integridad tisular	43	7,8
00007	Hipertermia	35	6,4
00196	Motilidad gastrointestinal disfuncional	34	6,2
00032	Patrón respiratorio ineficaz	32	5,8
00016	Deterioro de la eliminación urinaria	25	4,6
00122	Trastorno de la percepción sensorial	11	2
00004	Riesgo de infección	10	1,8
00088	Deterioro de la ambulación	10	1,8

Figura 3: Diagnósticos NANDA más frecuentes.

Respecto a las intervenciones de enfermería llevadas a cabo durante la atención en este servicio de urgencias, de las 554 intervenciones descritas en la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) 2013, se registraron un total de 39 intervenciones diferentes con una media de 2,91 intervenciones realizadas por usuario. La relación de las intervenciones más utilizadas y su frecuencia se muestra en la figura 4.

Nº	Código	Descripción NIC	Frecuencia	Porcentaje
1	7710	Colaboración con el médico	492	29,69%
2	7680	Ayuda en la exploración	432	26,00%
3	6680	Monitorización de los signos vitales	214	12,91%
4	2313	Administración de medicación: intramuscular	136	8,20%
5	7820	Manejo de muestras	47	2,83%
6	4035	Muestra de sangre capilar	40	2,41%
7	3660	Cuidados de las heridas	39	2,35%
8	2304	Administración de medicación: oral	34	2,05%
9	2311	Administración de medicación: inhalación	26	1,56%
10	1650	Cuidado de los ojos	22	1,32%

Figura 4: Ranking Intervenciones NIC realizadas.

### DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Tras analizar los resultados obtenidos observamos como de los 24 diagnósticos usados, 10 de ellos suponen el 92,2% del total de diagnósticos asociados. Esta tendencia de usar pocos diagnósticos de manera frecuente se repite en otros trabajos realizados tanto en consultas de atención primaria como en urgencias hospitalarias<sup>2,4,6,10</sup> y sugiere que la enfermera identifica aquellos problemas que considera que le son más propios.

Destaca la alta prevalencia del diagnóstico NANDA Dolor agudo, lo cual coincide con otros estudios similares realizados en servicio de urgencias hospitalarias en el territorio nacional<sup>6,11</sup>. Este dato refleja la principal necesidad que lleva a la población a demandar atención urgente.

En cuanto a las intervenciones enfermeras realizadas llama la atención la gran frecuencia de las intervenciones colaboración con el médico y ayuda en la exploración. Este dato estaría relacionado con el

hecho de que, en las urgencias de Atención Primaria, la valoración del paciente se suele realizar de manera conjunta entre el médico y la enfermera, derivando gran parte de las intervenciones realizadas por la enfermera de la dimensión interdependiente en la que se colabora con otros profesionales para alcanzar los objetivos propuestos.

Es difícil comparar los resultados de intervenciones con otros trabajos, ya que, en pocos de ellos se utiliza la taxonomía NIC como método para clasificar las intervenciones enfermeras realizadas. Se pone de manifiesto de esta manera la gran importancia de utilizar las taxonomías internacionales, no solo en nuestra metodología de trabajo, sino también en los registros realizados posteriormente, para así poder analizar el impacto de nuestro trabajo y comparar los resultados entre distintos centros, servicios, instituciones y niveles asistenciales<sup>12</sup>.

Además, está demostrado que la aplicación de una metodología enfermera sistemática y el uso de un lenguaje estandarizado favorece la planificación del cuidado del paciente, mejora la continuidad asistencial y la coordinación entre niveles, y ayuda a las enfermeras a controlar toda la información y a aplicar sus prácticas de forma ordenada<sup>12</sup>.

La identificación de los diagnósticos e intervenciones más frecuentes puede servirnos para la realización de planes de cuidados estandarizados que nos ayuden a planificar los cuidados de una manera más ágil y sencilla, respondiendo así a las características de los servicios de urgencias y facilitando la aplicación del proceso de enfermería.

No se han encontrado estudios previos donde se valore específicamente la utilización de diagnósticos enfermeros en urgencias de atención primaria, por lo que iniciamos una nueva línea de investigación que esperamos que lleve a una mejora de nuestra práctica profesional y con ello a un aumento de la calidad de la asistencia prestada a la población.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1- Alfaro R. Aplicación del proceso de enfermería: Guía paso a paso. 4º ed. Barcelon: Springer, 1998.
- 2- Pérez Rivas FJ, Carrera Manchado C, López Blasco MA, Auñón Muelas A, García López M, Beamud Lagos M. Nuevos indicadores en la provisión de servicios: Diagnósticos enfermeros en atención primaria. *EnfermClín*. 2004;14(2):70-76.
- 3- Rivero Cuadrado A, Pajares Costal C, Pacheco del Cerro E, Rodríguez Gómez JA, Cozar Ruiz R, Cobos Serrano SL. Proyecto NIPE: normalización de las Intervenciones para la Práctica de la Enfermería. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Consejo General de Enfermería; 2002.
- 4- Pérez Rivas FJ, Ochandorena Juanena M, Santamaría García JM, García López M, Solano Ramos V, Beamud Lagos M et al. Aplicación de la metodología enfermera en atención Primaria. *Rev Calidad Asistencial*. 2006;21(5):247-254
- 5- Raña Lama CD, Pita Vizoso R, Conceiro Rúa A, Fernández Fraga I, García Martínez CM. Opinión de las enfermeras de atención primaria en el área sanitaria de A Coruña sobre la utilización de los diagnósticos de enfermería. *EnfermClin*. 2004;14(2) 77-82.
- 6- Pérez González R, Martínez Calero R, Fernández Rodríguez A, Martínez Rodríguez MA, Rodriguez González E. Proceso enfermero: Una realidad en el servicio de urgencias a través de un registro estandarizado. *Ciber Revista*. Nº 6 Especial XXI Congreso Nacional SEEUE. <http://enfermeriadeurgencias.com/ciber/abril/pagina6.html> (último acceso 23 de enero de 2017).
- 7- Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias. Registro del proceso enfermero en urgencias y emergencias. Recomendación científica 03/01/06. <http://enfermeriadeurgencias.com/documentos/recomendaciones/RECOMENDACION6.pdf> (último acceso 23 de enero de 2017).
- 8- NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros: Definición y clasificación. 2012-2014. Barcelona: Elsevier; 2012.
- 9- Bulechek G, Butcher H, Dochterman J, Wagner C. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 6º edición. Barcelona: Elsevier; 2013
- 10- Molina Bueno, JA; Martín Fernández, A; Guervos Narváez, MC; Ordóñez Cuadros, P; Tenorio Illescas, I; Jiménez Sanz, MA. Intervenciones y Diagnósticos de Enfermería en la Unidad de Urgencias del H.G.B.

Santa Ana, Motril. Ciber Revista -Esp-. 2006 sep (44).

[http://enfermeriadeurgencias.com/ciber/PRIMERA\\_EPOCA/2006/septiembre/intervencionesydiagnosticos.htm](http://enfermeriadeurgencias.com/ciber/PRIMERA_EPOCA/2006/septiembre/intervencionesydiagnosticos.htm) (último acceso 23 de enero de 2017).

11- Blanca Gutierrez JJ, Aranda Marín DM, Ramírez Pérez MA, Delgado Reyes M. El producto enfermero en un servicio de urgencias. *Ciber Revista -Esp-*. 2008 marzo.

[http://enfermeriadeurgencias.com/ciber/PRIMERA\\_EPOCA/2008/marzo/productoenfermero.htm](http://enfermeriadeurgencias.com/ciber/PRIMERA_EPOCA/2008/marzo/productoenfermero.htm) (último acceso 23 de enero de 2017).

12- López Parra, M; Santos Ruiz, S; Varez Peláez S; Abril-Sabater D, Rocabert-Luque M, Ruiz-Muñoz M et al. Reflexiones acerca del uso y utilidad de los modelos y teorías de enfermería en la práctica asistencial. *EnfermClin* 2006;16(4):218-21.



**ID140:**

## **MANEJO DE LA TERAPIA INHALATORIA: SEGUIMIENTO DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE ASMA Y EPOC TRAS UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA**

Lucía Fernández Arce<sup>1</sup>, Laura Eiriz Manzano<sup>2</sup>, Alba Martínez Rozada<sup>3</sup>.

(1) CS El Llano (Gijón – SESPA), (2) CS EL Llano (Gijón – SESPA), (3) CS Contrueces (Gijón – SESPA)

[luciafarce@hotmail.com](mailto:luciafarce@hotmail.com)

### **RESUMEN**

**INTRODUCCIÓN:** El asma y el EPOC son patologías crónicas con elevada incidencia e infradiagnóstico. Su principal tratamiento se basa en la terapia inhalada. Numerosos estudios y la práctica clínica demuestran que gran parte de los pacientes realizan la técnica incorrectamente.

**OBJETIVO:** Estimar el tiempo que tardan los pacientes en dejar de realizar la técnica inhaladora correctamente tras una sesión educativa.

**MATERIAL Y MÉTODO:** Se trata de un estudio de supervivencia (seguimiento de una cohorte) de entre 18 y 80 años de dos zonas básicas de salud de Gijón. Tras una sesión inicial en la que se realizará una revisión de la técnica inhalatoria, se determinará con sucesivas visitas a los 15, 45, 90 y 150 días en qué momento el paciente deja de realizarla correctamente de nuevo.

### **ABSTRACT**

**INTRODUCTION:** Asthma and COPD are chronic pathologies with high incidence and underdiagnosis. Its main treatment is based on inhaled therapy which has been shown to have been performed with an incorrect technique by a lot of patients

**OBJECTIVE:** To estimate the time it takes patients to stop performing the inhalation technique after an educational session.

**MATERIAL AND METHOD:** This is a survival study between 18 and 80 years of two basic health areas of Gijón. After an initial session in which a review of the inhalation technique was performed, it was determined with successive visits at 15, 45, 90 and 150 days in which the patient stops performing it correctly again.

### **PALABRAS CLAVE**

“terapia respiratoria”, “educación sanitaria” “administración por inhalación” “asma” y “EPOC”.

“respiratory therapy”, “patient education”, “Nebulizers and Vaporizers”, “asthma” and “Pulmonary Disease, Chronic Obstructive”.

### **INTRODUCCIÓN**

El estudio IBERPOC constató una prevalencia de un 9,1% de EPOC y un 4,9% de asma en la población española, teniendo en cuenta que son patologías con un elevado infradiagnóstico, se estima una prevalencia superior <sup>(1)</sup>. El problema en Asturias es, si cabe, aún mayor, ya que según los datos del INE la mortalidad en Asturias por asma es el doble que la media española. Esta elevada prevalencia hace aún más importante conocer más sobre cómo tratar mejor esta enfermedad en nuestra población.

Para el tratamiento de estas patologías una de las vías más útiles es la inhalada. El principal inconveniente de la vía inhalada es la dificultad que entraña la utilización correcta de los inhaladores (2). Se considera que los aspectos más importantes a la hora de elegir un dispositivo de inhalación son la preferencia del paciente y la comprobación por parte del profesional de que la técnica se realiza de forma correcta (3).

Por un lado, el mejor inhalador es aquel que el paciente puede utilizar y es misión de enfermería encargarse del seguimiento de estos pacientes (4), y por otro, debe aumentarse la formación de los profesionales ya que hay estudios que han demostrado que los conocimientos de las personas encargadas de instruir sobre el manejo de los inhaladores son escasos (5,6).

Una vez el paciente recibe la educación y ha practicado en el domicilio, el educador debe comprobar cómo realiza la técnica y elogiándolo o enseñándolo de nuevo en caso de ser necesario (7).

Según los expertos una intervención correcta debe incluir: anticiparse a la falta de cumplimiento de la persona, personalizar y adaptar el régimen terapéutico, proveer un sistema de continuidad y accesibilidad y reforzar en todas las visitas (7,8)

Pero, ¿cuál es la mejor intervención, la más eficaz y eficiente? Es una pregunta difícil de responder, por ello tratamos de resolverla con bibliografía. En muchos estudios se comparan dos técnicas educativas, en estas comparativas suele aparecer reflejada una mayor disminución de los errores en aquellas que conllevan una mayor supervisión del paciente (2). Al revisar las diferentes guías de atención a pacientes con asma y EPOC (4,7,10) (principales patologías respiratorias crónicas y las que más beneficiadas se ven por el tratamiento con inhaladores) no encontramos una pauta de actuación clara ante esta educación.

Al intentar establecer una educación reglada para nuestros pacientes nos encontramos con un problema, ¿cada cuánto tiempo hay que refrescar la educación?, ¿cuánto tiempo tardan en olvidarse lo que hemos explicado?

## OBJETIVOS

### Principal/ General:

Estimar el tiempo que tardan los pacientes en dejar de realizar una técnica inhalatoria correcta tras una intervención educativa en pacientes adultos diagnosticados de asma y/o EPOC de dos centros de salud del área V.

### Específicos:

- Determinar cuáles son los errores más frecuentes en la autoadministración de terapia inhalada en nuestra población.
- Evaluar la realización de la técnica post-educación hasta comprobar cuándo se produce el error.
- Establecer la necesidad de reeducación en el tiempo.
- Conocer las variables más influyentes a la hora de precisar un mayor número de sesiones educativas.
- Conocer el nivel de adherencia a la terapia inhalada en nuestros pacientes.

## MATERIAL Y MÉTODOS

**Tipo de estudio:** Estudio de supervivencia (seguimiento de una cohorte).

**Población a estudio:** Población adulta entre 18 y 80 años perteneciente a los centros de salud incluidos en el estudio. Diagnosticada de asma y/o EPOC que estén a tratamiento con al menos un inhalador en el momento actual. Consideraremos diagnosticados de asma y/o EPOC a aquellos pacientes que tengan abierto un episodio con dicho diagnóstico.

### Criterios de inclusión:

- Recibir la atención sanitaria en los centros incluidos en el estudio.
- Pacientes con diagnóstico de Asma y/o EPOC según el programa de Atención Primaria OMI (Código CIAP R95 y R96).
- Actualmente utilizando al menos un dispositivo de terapia inhalada programada de los incluidos en el estudio: accuhaler, turbuhaler, easyhaler y/o cartucho presurizado. Podrán utilizar uno o varios inhaladores y puede estar a tratamiento con otro dispositivo simultáneamente.
- Prescripción de los inhaladores a estudiar al menos 6 meses antes del inicio de la educación.
- Aceptar participar en el estudio por medio de la firma del consentimiento informado.

### Criterios de exclusión:

- Problemas cognitivos que impidan la realización de la intervención educativa de forma óptima: problemas auditivos, visuales o de comunicación.
- Problemas de desplazamiento al centro de salud.
- Desconocimiento del idioma español.
- Edad menor de 18 años o mayor de 80.

- Utilización de otro tipo de inhaladores no incluidos en el estudio o utilización de forma exclusiva del cartucho presurizado.
- Durante el periodo de estudio, problema para asistir a las citas programadas.

**Tamaño y método de muestreo:** Se realizará un muestreo aleatorio simple a través del programa Epidat 4.0. La población que presentan estos diagnósticos en el CS de El Llano es de 2061 de un total de 28516 pacientes mientras que en el CS de Contrueces el número de pacientes con dichos diagnósticos es de 1841. El total de la muestra a la que se pretenden extrapolar los datos es de 3902 pacientes. El tamaño de la muestra para el estudio se calculará en función de los recursos disponibles: duración del estudio y duración de las sesiones educativas.

#### **Variables:**

La variable principal de resultado será la variable tiempo, definida como el tiempo en el que el paciente debería de recibir de nuevo la educación debido a que ya no la realiza correctamente, el resto de variables relacionadas o posibles confusoras se encuentran recogidas en la tabla 1.

Los errores que determinarán el tiempo en el que el paciente comienza a realizar una técnica incorrecta se recogerán de las plantillas SEPAR de correcto uso de los inhaladores en formato de check list teniendo en cuenta también la gravedad de los errores en dos grupos: error crítico o error moderado.

Se ha determinado estudiar únicamente cuatro tipos de inhaladores ya que son los más frecuentes en la población y de los que se disponen plantillas comparativas oficiales que nos permitan posteriormente compararlos con otros estudios.

#### **Método de recogida de datos:**

La recogida de datos se realizará de forma presencial con cada uno de los pacientes, por medio de entrevistadores formados para ello que seguirán un protocolo de actuación. La recogida de los errores realizados se realizará por medio de las plantillas de SEPAR para el correcto uso de inhaladores.

La sesión educativa se llevará a cabo en la primera entrevista, en la cual realizaremos una evaluación pre y post educación, además de un Test de Adherencia a Inhaladores. Las siguientes evaluaciones tendrán lugar a los 15, 45, 90 y 180 días de la sesión educativa inicial, en cada sesión se reevaluarán los errores y en caso de que el paciente cumpla ciertos criterios (un número de fallos determinados según el dispositivo utilizado) será excluido del estudio para las siguientes visitas y se tendrá en cuenta esa sesión como fecha de olvido de la técnica correcta.

Los pacientes que realicen correctamente la técnica serán catalogados como de revisión en 180 días ya que serían los controles habituales para las patologías crónicas que presentan.

Para una correcta organización de los documentos que favorezca la coordinación entre los observadores se estableció previamente un orden en la recogida de información:

1. Consentimiento informado
2. Test de Adherencia a Inhaladores
3. Hoja de recogida de datos
4. Recogida de errores 1ª sesión
5. Recogida de errores sucesivas (2ª, 3ª, 4ª, 5ª)

El periodo de estudio abarcará desde enero de 2016 hasta marzo de 2017 con el organigrama que se encuentra como Gráfico 1.

#### **Plan de análisis de los datos:**

Análisis univariante de la variable tiempo (variable resultado), se tabularán las medidas de tendencia central y dispersión (tiempo medio que tardan en olvidar la técnica, cual es el tiempo más frecuente de olvido, cual es la desviación de cada valor respecto a la media...).

Además se realizará un análisis bivariante para valorar la influencia en el tiempo de las variables: edad, sexo, visión, nº de dispositivos, educación previa...

EJ:

- Contraste de hipótesis tiempo - sexo: t-student
- Contraste de hipótesis tiempo - edad: correlación de Pearson

- Contraste de hipótesis tiempo – tipo de inhalador: Análisis de la varianza. Si homogéneas, prueba de Cochran. Si no homogéneas, prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis.

## RELEVANCIA

La experiencia diaria en el ámbito de las urgencias de atención primaria hace ver que uno de los principales motivos de consulta se trata de patologías respiratorias mal controladas. Cuando se aplica el tratamiento inhalatorio pautado en estos casos se observa de forma general que muchos pacientes no realizan bien la técnica, lo que nos hizo pensar... ¿es correcta la educación que están recibiendo?

Tras la revisión bibliográfica constatamos que la tasa de error en los pacientes que utilizan inhaladores es elevada en numerosos estudios (2) y que está científicamente demostrado que una intervención educativa disminuye el número de errores que cometen los pacientes (9).

El consenso SEPAR-ALAT sobre terapia inhalada promueve dos soluciones al problema: creación de dispositivos con un uso más sencillo y formación de los profesionales (11). El problema radica en que el número de dispositivos cada vez es mayor y su forma de utilización distinta, por lo que las dificultades con las que se encuentran los pacientes son diferentes en cada dispositivo (2).

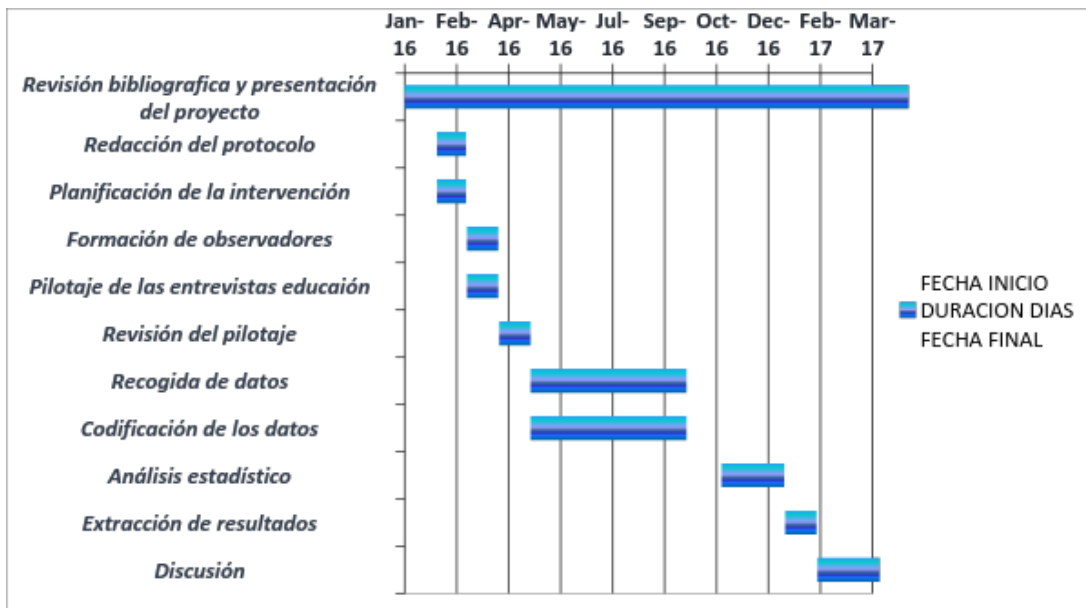
## BIBLIOGRAFÍA

1. Sobradillo V, Miravittles M, Jiménez CA, Gabriel R, Viejo JL, Masa JF et al. Estudio IBERPOC en España: prevalencia de síntomas respiratorios habituales y de limitación crónica al flujo aéreo. Arch Bronconeumol 1999; 35:159-166.
2. Vazquez Alarcón RL. Evaluación de la eficacia de dos intervenciones educativas a corto plazo sobre las técnicas de inhalación en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Estudio Tecepoc. [Tesis doctoral] Málaga: Publicaciones y divulgación científica, Universidad de Málaga: 2014.
3. Dolovich MB, Ahrens RC, Hess DR, Anderson P, Dhand R, Rau JL, et al. Device selection and outcomes of aerosol therapy: Evidence-based guidelines: American College of Chest Physicians/American College of Asthma, Allergy, and Immunology. Chest. 2005;127:335-71.
4. Grupo de trabajo de GesEpic. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) – Guía Española de la EPOC (GesEPOC). Arch Bronconeumol. 2012; 48 (supl 1): 2-58
5. Plaza V, Sanchis J. Medical personnel and patient skill in the use of metered dose inhalers: a multicentric study. CESEA Group. Respiration. 1998;65:195-8.
6. Plaza V, Sanchis J, Roura P, Molina J, Calle M, Quirce S, et al. Physicians' knowledge of inhaler devices and inhalation techniques remains poor in Spain. J Aerosol Med Pulm Drug Deliv. 2012;25:16-22.
7. 7.Gema Educadores. Manual del educador en asma. Madrid: Editorial Luzán 5; 2010.
8. López Viña A. Actitudes para fomentar. Arch Bronconeumol. 2005;41:334-40.
9. Barnestein-Fonseca P, Leiva-Fernández J, Acero-Guash N, García-Ruiz NJ, Prados-Torres JD, Leiva-Fernández F. Técnicas de inhalación en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC). Eficacia de una instrucción periódica. Med Fam Andal. 2013; 1: 11-22.
10. Gema 2009. Guía española para el manejo del asma. Madrid: Editorial Luzán 5; 2009.
11. Área de asma SEPAR, Área de enfermería SEPAR, Departamento de asma ALAT. Consenso SEPAR-ALAT sobre terapia inhalada. Arch Bronconeumol. 2013; 49(Supl 1)

**GRÁFICOS Y/O TABLAS**

NOMBRE	DEFINICIÓN OPERATIVA	TIPO DE VARIABLE /ESCALA DE MEDIDA	CATEGORÍA/ CODIFICACIÓN
<b>SEXO</b>	Género al que pertenece en su Hª Clínica.	Variable confusora. Nominal dicotómica	Femenino/Masculino
<b>EDAD</b>	Años cumplidos en su Hª clínica en el momento de captación para el estudio	Variable confusora. Cuantitativa discreta.	Numérica/Años
<b>NIVEL DE ESTUDIOS</b>	Máximo grado académico alcanzado en el momento actual según refiera el paciente.	Variable confusa. Cualitativa ordinal	Nivel de formación según CNED-2014
<b>PATOLOGÍA</b>	Patología que presenta el paciente.	Variable confusora. Cualitativa politómica.	Asma/EPOC/ambas
<b>EDUCACIÓN PREVIA</b>	Si han recibido o no anteriormente alguna educación sanitaria según refiera el paciente.	Variable confusora. Cualitativa nominal	1. Si, enfermera de AE 2. Si, enfermera de AP 3. Si, médico de AE 4. Sí., médico de AP 5. Si, otro profesional 6. Si, varios profesionales 7. No
<b>Nº DISPOSITIVOS</b>	Número de dispositivos que el paciente utiliza. Según prescripción médica.	Variable confusora. Cuantitativa discreta.	Numérica
<b>Nº DISPENSACIONES/ DÍA</b>	Número de momentos al día en que tiene que administrarse la medicación según prescripción médica.	Variable confusora. Cuantitativa discreta.	Numérica
<b>Nº DISPENSACIONES/ TOMA</b>	Número de puffs que el paciente se administra en cada toma según prescripción médica.	Variable confusora. Cuantitativa discreta.	Numérica
<b>INHALADOR</b>	Tipo de dispositivo que utiliza el paciente. Según prescripción médica.	Variable confusora. Cualitativa politómica.	Categorías: 1. Presurizado 2. Turbuhaler 3. Accuhaler 4. Handihaler 5. Cartucho presurizado
<b>OBSERVADOR</b>	Miembro del equipo que realiza la sesión educativa y el seguimiento del paciente.	Variable confusora. Cualitativa	Se medirá por el Índice Kappa.
<b>TIPO DE ERROR</b>	Gravedad del error cometido en el uso del dispositivo en el momento del fin del estudio.	Variable confusora. Cualitativa dicotómica.	Categorías: 1. 2 o más errores moderados 2. 1 ó más errores críticos 3. 1 error o más de cada tipo.
<b>TIEMPO</b>	Número de días que transcurridos desde la sesión inicial hasta el fin del paciente en el estudio.	Variable dependiente. Cuantitativa discreta	Numérica.

**Tabla 1. Variables del estudio.**



**Gráfico 1. Organización del trabajo**

**ID244:****ANÁLISIS Y PATRÓN EVOLUTIVO EN 5 AÑOS DE LA DEMANDA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA URGENTE EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA**Carmen Santano Vilchez<sup>1</sup>, Mercedes Vega Gutierrez<sup>2</sup>.<sup>1</sup>. SUAP del C. Salud del Quirinal-SESPA<sup>2</sup>. C. Salud de las Vegas- SESPA[carmensantano@gmail.com](mailto:carmensantano@gmail.com)**RESUMEN**

El nivel de Atención Primaria viene jugando un papel relevante en la atención y resolución de un gran volumen de las demandas de atención urgente de la población. Dicha competencia está contemplada en la legislación sanitaria<sup>1</sup>.

Los SUAP son Servicios de Urgencias de Atención Primaria que nacen con el objeto de ofrecer una cobertura sanitaria extrahospitalaria más amplia y de calidad. El SUAP de Avilés atiende a 98.632 personas adscritas a seis Centros de Salud (CS): Sabugo, Quirinal, Magdalena, Las Vegas, Villalegre y Llano Ponte. La atención urgente se dispensa en el Centro, domicilio o vía pública<sup>2</sup>, y se sabe que se ha incrementado la demanda de asistencia domiciliaria, especialmente en la población anciana<sup>3</sup>.

**ABSTRACT**

The level of Primary Care has been playing a relevant role in the attention and resolution of a large volume of the urgent care demands of the population. This competence is covered by health legislation<sup>1</sup>.

The SUAP are Primary Care Emergency Services that are born with the purpose of offering a broader and quality extra hospital coverage. The SUAP of Avilés serves 98,632 people assigned to six Health Centers (CS): Sabugo, Quirinal, Magdalena, Las Vegas, Villalegre and Llano Ponte. Urgent care is provided at the Center, domicile or public highway<sup>2</sup>, and it is known that the demand for home care has increased, especially in the elderly population<sup>3</sup>.

**PALABRAS CLAVE**

Atención Primaria de Salud, Servicios de atención de salud a domicilio, Atención de Urgencia Prehospitalaria, Área Urbana, envejecimiento de la población.

Primary Health Care, Home Care Services, Emergency Medical Service, Urban Area, Demographic Aging.

**INTRODUCCIÓN**

El Sistema Nacional Salud (SNS) cuenta con tres ámbitos organizativos para dar respuesta a las demandas de atención sanitaria urgente de la población: el nivel de Atención Primaria, los Servicios de Urgencias de los hospitales y la coordinación llevada a cabo por los Servicios de urgencias y emergencias ante demandas realizadas, principalmente a través de los teléfonos 112/061.

En el nivel de Atención Primaria (AP) se atiende diariamente a todas aquellas personas que acuden a los centros demandando dicha atención urgente o la requieren a domicilio<sup>1</sup>.

Así lo indica el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre que establece, en su Anexo II, dedicado a la "cartera de servicios comunes de Atención Primaria", que: "La actividad asistencial se presta, dentro de los programas establecidos por cada servicio de salud en relación con las necesidades de salud de la población de su ámbito geográfico, tanto en el centro sanitario como en el domicilio del paciente, e incluye la modalidad de consulta urgente, por motivos no demorables".

Los SUAP son Servicios de Urgencias de Atención Primaria que nacen con el objeto de ofrecer una cobertura sanitaria extrahospitalaria más amplia y de calidad. Se implantaron, en áreas urbanas, para dar cumplimiento y garantizar la asistencia a las demandas urgentes del usuario tanto en la consulta como en el domicilio del propio paciente<sup>4</sup>.

Un acuerdo entre el extinto INSALUD y las organizaciones sindicales con fecha 23 de noviembre de 2001, estableció la creación de los actuales SUAP mediante la transformación y unificación de los antiguos Servicios Normales de Urgencia y Servicios Especiales de Urgencia (SNU y SEU), estableciéndose su dependencia orgánica y funcional de las Gerencias de Atención Primaria.

La función principal de los SUAP es dar respuesta a las situaciones urgentes que por sus características no puedan esperar a ser atendida al día siguiente por su equipo médico- enfermera de Familia. El SUAP garantiza la continuidad sanitaria cuando los Centros de Salud cierran sus puertas.

El Municipio de Avilés (Asturias), correspondiente al Área Sanitaria III, dispone de un único SUAP ubicado en el C.S del Quirinal, cuya plantilla se encuentra integrada por seis equipos (médico-enfermera) y un celador, el cual recepciona las llamadas vía telefónica y las visitas directas de los pacientes que acuden a la consulta de Urgencias de Atención Primaria demandando asistencia sanitaria.

El horario de funcionamiento para el desarrollo de la actividad de dicho SUAP es de 20:00 a 8:00 horas todos los días de la semana a excepción de las vísperas de fiestas, cuyo horario se amplía en dos horas más, desde las 20:00 a las 10:00 horas.

Durante este horario en el que el SUAP desarrolla su actividad, dos equipos (médico-enfermera), asumen toda la demanda de asistencia sanitaria urgente extrahospitalaria, tanto en consulta como fuera de ella, de la población perteneciente al Municipio de Avilés, Concejo de Corvera y Concejo de Illas, los cuales tienen adscritos seis Centros de Salud de Atención Primaria (Sabugo, Quirinal, Magdalena, Las Vegas, Villalegre y Llano Ponte) y sus correspondientes periféricos de salud, sumando un total de 98.632 habitantes, con una dispersión geográfica cuya superficie es de 97,33 km<sup>2</sup>, equivalente a la superficie de la ciudad de Barcelona o a 9.900 campos de fútbol.

El SUAP realiza, además de funciones sanitarias, también funciones sociales. Atiende todo tipo de patologías, desde situaciones banales tales como pequeñas heridas o catarros, hasta situaciones de riesgo vital como paradas cardio respiratorias (PCR), Edemas Agudos de Pulmón o politraumatismos, interviniendo, también, en situaciones de accidentes en la vía pública y catástrofes cuando la situación lo requiere.

La demanda de asistencia es solicitada directamente por el usuario contactando con el Centro mediante el número de teléfono habilitado para ello o a través del 112, el cual recepciona el aviso, filtra la demanda y organiza la asistencia urgente fuera de Centro de Salud.

En los últimos años se ha producido un aumento en el número de demandas de asistencia domiciliaria urgente del SUAP objeto de estudio, especialmente constatado en la población anciana.

El envejecimiento de la población, el aumento de pacientes dependientes y la pluripatología hacen que se limiten los desplazamientos del paciente al Centro de Salud; si a ello le asociamos que, el uso de este recurso sanitario depende en gran medida de la percepción de urgencia que el propio paciente tenga de su patología, y a una mayor exigencia por parte de los usuarios, dejan a la subjetividad la utilización adecuada de los SUAP. El sumatorio de éstos y una mayor calidad de la asistencia sanitaria hacen que la demanda urgente domiciliaria se dispare.

En 2015, bien en los centros sanitarios o bien en el domicilio de los pacientes, en el ámbito de la Atención primaria a nivel nacional, se atendieron 28,1 millones de urgencias, un 6% más de urgencias que el año anterior.

El 5,4% de ellas fueron atendidas a domicilio, siendo los mayores de 65 años sus principales destinatarios<sup>6</sup>. Con el presente estudio se pretende realizar una panorámica sociodemográfica descriptiva y el perfil del usuario que realiza demanda de asistencia domiciliaria urgente del SUAP objeto de estudio, así como establecer una comparativa con otros trabajos publicados en dicha materia.

## OBJETIVOS

- Objetivo General:

Analizar la demanda de asistencia domiciliaria urgente atendida por un SUAP desde el año 2011 al 2015.

- Objetivos específicos:

Describir los cambios producidos en la utilización del SUAP, en la asistencia urgente domiciliaria.

Determinar la relación de edad y género en la demanda de asistencia urgente domiciliaria.



Analizar la utilización del SUAP según el Centro de Salud.

## MATERIAL Y MÉTODOS

- **Diseño:**

Estudio descriptivo transversal.

- **Población a estudio. Muestra:**

Toda la población usuaria del SUAP de Avilés, procedentes de los C.Salud del Quirinal, La Magdalena, Llano Ponte, Sabugo, Las Vegas y Villalegre, durante el período 2011 a 2015 en horario de 20:00 a 8:00 (días laborables y festivos) y 20:00 a 10:00 (vésperas de fiesta).

Corresponde a un total de 98.632 personas<sup>7</sup>.

- **VARIABLES:**

Edad, género, año y mes de utilización del SUAP, C. Salud al que corresponde el usuario demandante de asistencia domiciliar urgente.

- **Recogida de datos:**

Obtención de datos a través de las citas de agenda específicas para el SUAP realizadas en el OMI de cada centro de Salud adscrito al SUAP, aportados por el Servicio de informática dependiente de la Gerencia del Área sanitaria III de Avilés previa autorización de la misma.

- **Estrategia de análisis:**

Se realizará un análisis descriptivo de las principales variables mediante la distribución de frecuencias y porcentajes para variables cualitativas y el cálculo de medias y desviaciones típicas para las variables cuantitativas. Para establecer la asociación entre las distintas variables cualitativas se ha aplicado el test Chi cuadrado. La prueba t para variables continuas distribuidas normalmente y la correlación de Spearman para variables ordinales. Se consideraron significativos los valores de p inferiores al 0,05.

- **Consideraciones éticas:**

Se contemplan, en éste trabajo, los aspectos éticos y legales de investigación en humanos y la protección de datos, dado que no se accedió a las Historias Clínicas de los pacientes ni a ningún dato personal que los identifique, por lo cual no fue necesario solicitar autorización y aprobación del Comité de ética de Área Sanitaria objeto de estudio.

## RESULTADOS

En los últimos 5 años han utilizado los Servicios de Urgencia a domicilio 17.400 personas de las que 10.345 (59,45%) son mujeres. La asistencia domiciliar urgente supone un 16,40% del total de las demandas de urgencias realizadas en ese periodo (106.154).

La demanda domiciliar total se ha incrementado por años, pasando de 3.262 (18,75%) en el 2011 a 3.867 (22,25%) en el 2015, siendo este aumento estadísticamente significativo ( $p < 0,01$ ) en el grupo de mayor edad.

El grupo de edad que más demandó asistencia domiciliar fueron los mayores de 85 años siendo 5.922 (34,03%), seguido del grupo de entre 14 y 65 años con 3.979 personas (22,87%). (Gráfico 1) "INSERTAR IMAGEN 1"

Con respecto al género las mujeres son las que más utilizan este Servicio, siendo estadísticamente significativo ( $p < 0,01$ ) en las que tienen más de 85 años, correspondiendo a 4.208 (24,18%) atenciones domiciliarias en este periodo.

En relación al C. Salud, fue Sabugo el que más demanda de asistencia domiciliar urgente realizó, con un total de 4.130 (23,74%). (Gráfico 2) "INSERTAR IMAGEN 2"

No se aprecian diferencias significativas entre los distintos meses del año, aunque se observa un incremento en el invierno. En relación al día de la semana que más demanda presenta correspondería al domingo con 3.203 (18,40%) asistencias, seguido del sábado 2673 (15,36%), ligeramente superior al resto de los días de la semana que se mantienen en un porcentaje similar. (Gráfico 3) "INSERTAR IMAGEN 3"

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

- **DISCUSIÓN:**

Existen multitud de estudios que describen las características y el perfil de las personas demandantes de asistencia urgente pero son muy pocos los que han analizado las variables sociodemográficas del paciente

atendido por un SUAP en su domicilio ante una demanda de asistencia urgente, lo que ha limitado nuestras comparativas.

Aunque los SUAP fueron creados paradar respuesta a las situaciones urgentes que no puedan esperar a ser atendidas al día siguiente por el EAP, la realidad es que su uso depende de la subjetividad del propio paciente y la percepción que tenga de urgencia en relación a su propia patología. Hay que destacar el creciente y llamativo incremento de asistencia que el SUAP desempeña a realizar funciones y demandas sociales<sup>5</sup>, especialmente en sus intervenciones domiciliarias.

Sabemos que el envejecimiento de la población, la confluencia de multitud de patologías en el mismo individuo y las limitaciones de movilidad que presentan son, en gran parte, los responsables de ese aumento de las demandas de asistencia domiciliaria.

En el presente estudio hemos podido constatar que esa demanda domiciliaria ha supuesto un 16,40% del total de las urgencias atendidas en ese periodo de tiempo siendo mucho mayor que el publicado en informes comparativos de ámbito nacional<sup>6</sup>.

En cuanto al perfil general del paciente domiciliario urgente más demandante corresponde, en cuanto al género, al de mujer, y en cuanto al grupo etario, al grupo de la tercera edad, coincidiendo con estudios comparados<sup>6,8,9</sup> debido a la mayor esperanza de vida, especialmente en mujeres.

En relación al Centro de Salud cabe destacar que es notable la mayor demanda domiciliaria en la población asignada al C. Salud de Sabugo, a pesar de la proximidad de este Centro de Salud al lugar de ubicación del SUAP, la explicación puede radicar en que el C.S de Sabugo asume la asistencia sanitaria de seis residencias geriátricas, tres de ellas ubicadas en los últimos años en la zona de estudio, lo cual incrementa la población anciana asignada en ese Centro de Salud de manera considerable. La pluripatología y las limitaciones físicas obligan a que la asistencia se realice en el propio domicilio<sup>10</sup>.

En relación al día de la semana que más demanda presenta correspondería al domingo (18,40%) de las asistencias, seguido del sábado (15,36%), ligeramente superior al resto de los días de la semana, coincidiendo los resultados con otros estudios similares<sup>5</sup>; estos datos nos permiten constatar que la demanda aumenta en el transcurso del fin de semana, coincidiendo con la ausencia de actividad del médico y enfermera de familia, es decir, de los E.A.P.

#### • **CONCLUSIONES:**

El perfil general del paciente domiciliario urgente corresponde a mujeres. El grupo de la tercera edad es el más demandante, debido a la mayor esperanza de vida, especialmente en mujeres.

Es notable la mayor demanda domiciliaria en la población asignada al C. Salud de Sabugo, éste asume la asistencia sanitaria de seis residencias geriátricas que incrementan la población anciana en ese Centro de Salud. Durante el fin de semana y coincidiendo con el descanso de los EAP es cuando más demanda de asistencia domiciliaria se solicita. La pluripatología y las limitaciones físicas obligan a que la asistencia se realice en el propio domicilio. El incremento de la demanda de los SUAP es un fenómeno generalizado que probablemente tenga su origen en los cambios sociales y de hábitos de utilización de Servicios Sanitarios<sup>11</sup>.

La atención a las urgencias requiere de más atención, ya que buena parte de los usuarios del sistema público de salud accede al mismo por ésta vía<sup>12</sup>.

#### **BIBLIOGRAFÍA**

1. Urgencias extra hospitalarias. Organización en el SNS. Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Enero 2016 [acceso el 20 de diciembre de 2017]. Disponible en: [http://www.msssi.gob.es/fr/estadEstudios/estadisticas/docs/siap/Urg\\_extrah\\_Org\\_SNS\\_2016.pdf](http://www.msssi.gob.es/fr/estadEstudios/estadisticas/docs/siap/Urg_extrah_Org_SNS_2016.pdf)
2. Miguel García F, Fernández Quintana A I, Díaz Prats A. La atención a la urgencia en las comunidades autónomas. Mejoras en las urgencias prehospitalarias y la coordinación asistencial. Informe SESPAS 2012. Gac Sanit [revista en internet]. 2012 [acceso 25 de diciembre 2016];26(S):134–141. Disponible en: [gacetasanitaria.elsevier.es/es/pdf/S0213911111004080/S300](http://gacetasanitaria.elsevier.es/es/pdf/S0213911111004080/S300)

3. Oterino D, Peiró S, Calvo R, Sutil P, Fernández O, Pérez G et al. Utilización inadecuada de un servicio de urgencias hospitalario. Una evaluación con criterios explícitos. Gac sanit [revista en internet].1999[acceso 26 diciembre 2016];13(5):361-370.

Disponible en:<http://gacetasanitaria.elsevier.es/es/utilizacion-inadecuada-un-servicio-urgencias/articulo/S0213911199713877>

4. Ley 16/2003 de 28 de mayo, art.12 párrafo 2.

5. Análisis y evaluación de la demanda domiciliaria atendida por un servicio de urgencias extrahospitalario durante 1 año. Pérez Martín A, López Lanza JR, Robles García M, Guijarro Bezanilla M, López Videras R, Dierssen Sotos T, Ramos Barrón MC. Emergencias 2004;16:190-195.

Disponible en:[file:///D:/USER/Downloads/Emergencias-2004\\_16\\_5\\_190-5%20\(1\).pdf](file:///D:/USER/Downloads/Emergencias-2004_16_5_190-5%20(1).pdf)

6. Informe Anual del Sistema Nacional de Salud, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid, 2015.

7. Dirección General de Planificación Sanitaria. Población del Padrón Municipal 2015 según el Mapa Sanitario de Asturias. SADEI 2015 [acceso el 11 de febrero de 2017]. Disponible en:[ftp://ftp.asturias.es/astursalud/Aseguramiento/Poblacion\\_%20Padron\\_Mapa\\_Sanitario\\_2015.pdf](ftp://ftp.asturias.es/astursalud/Aseguramiento/Poblacion_%20Padron_Mapa_Sanitario_2015.pdf)

8. Marco Martínez MP, Bad Díez JM. Atención domiciliaria de enfermería en un servicio especial. Atenc Primaria [revista en internet]2000[acceso 26 diciembre 2016];25(4):248-52. Disponible en:

<http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-atencion-domiciliaria-enfermeria-un-servicio-S0212656700784952>

9. Fernández Antuña MA. Estudio de los avisos en el Servicio de Urgencias de Atención Primaria de Oviedo (SUAP). SEMERGEN - Medicina de Familia. 2009 [acceso el 17 de diciembre de 2016]; 35(7): 321-326. Disponible en:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1138359309722567>

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656701703848>

10. Díez-Cascón González P, Sisó A. Atención urgente al paciente anciano. Geriatr Geronto [revista en internet]2009[acceso 27 diciembre 2016];44(1)3-9. Disponible en:

<http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia->

11. Oterino de la Fuentea D, Baños Pinoc JF, Fernández Blancoc V, Rodríguez Álvarez A, Peiró S. Urgencias hospitalarias y de atención primaria en Asturias: Variaciones entre áreas sanitarias y evolución desde 1994 hasta 2001. Gac Sanit [revista en internet]2007[acceso 27 diciembre 2016];21(4):316-20. Disponible en:

<http://dev.gacetasanitaria.elsevier.es/es/urgencias-hospitalarias-atencion-primaria-asturias/articulo-resumen/S0213911107720307/>

12. Gómez Nadal A, García Paz MC, Carro Presedo M, Serra Morro S, Vicente Hernández MA et al. Adecuación de la atención a urgencias en atención primaria [revista en internet]. 2011 [acceso 25 diciembre 2016]; 12(2):107. Disponible en: <http://bazar.fundacionsigno.com/documentos/proceso-medico-administrativo-y-de-informacion-del-paciente/adequacion-de-la-atencion-a-urgencias-en-atencion-primaria/view>

13. Anónimo. Atención domiciliaria (editorial). Aten Primaria 1986; 3: 173.

14. Consejería de Sanidad y Servicio de Salud del Principado de Asturias. Contrato programa 2016-2017. Gobierno del Principado de Asturias. Consejería de Sanidad. 2016. Disponible en:

[https://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS\\_NOTICIAS%20GABINETE/NOTICIAS%202016/002-2016/Contrato%20Programa/Contrato%20programa%20Sespa.pdf](https://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_NOTICIAS%20GABINETE/NOTICIAS%202016/002-2016/Contrato%20Programa/Contrato%20programa%20Sespa.pdf)

15. Cobo Barquín JC. Validación del sistema de triaje T.A.P. en urgencias de atención primaria. Tesis Doctoral. Universidad de Oviedo, 2013 [acceso el 17 de diciembre de 2016]. Disponible en: <http://digibuo.uniovi.es/dspace/handle/10651/16053>

16. Maynegre Santaularía M, Ortega Roca A, Tor Llacuna A, Sánchez López C, Martínez Angulo L, Boquet Martínez M. La gestión de la demanda urgente en los equipos de AP del Maresme. Metas de Enferm, [revista en internet] 2009 [acceso 26 diciembre];12(9):10-3. Disponible en: <http://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/164/>

**GRÁFICOS Y/O TABLAS**

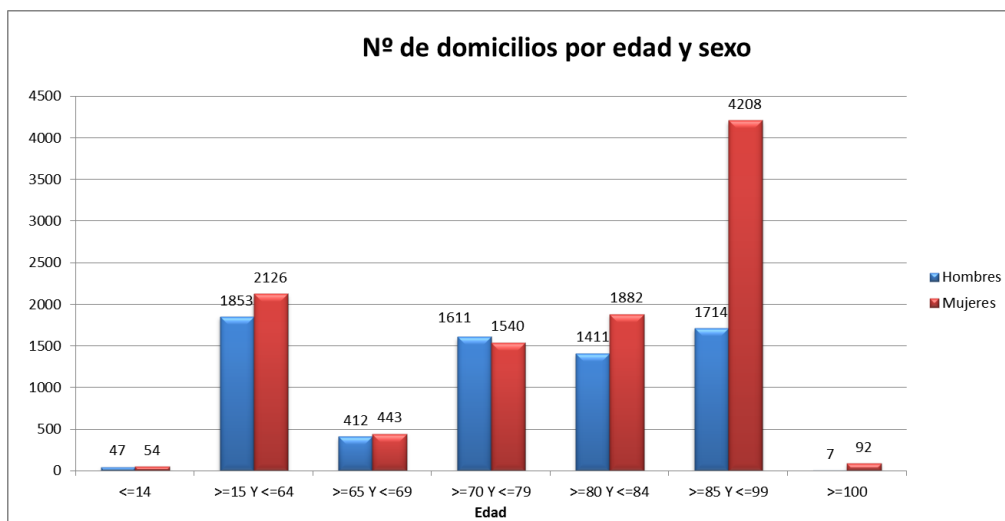


Gráfico 1.-Demanda domiciliaria urgente por edad y sexo.

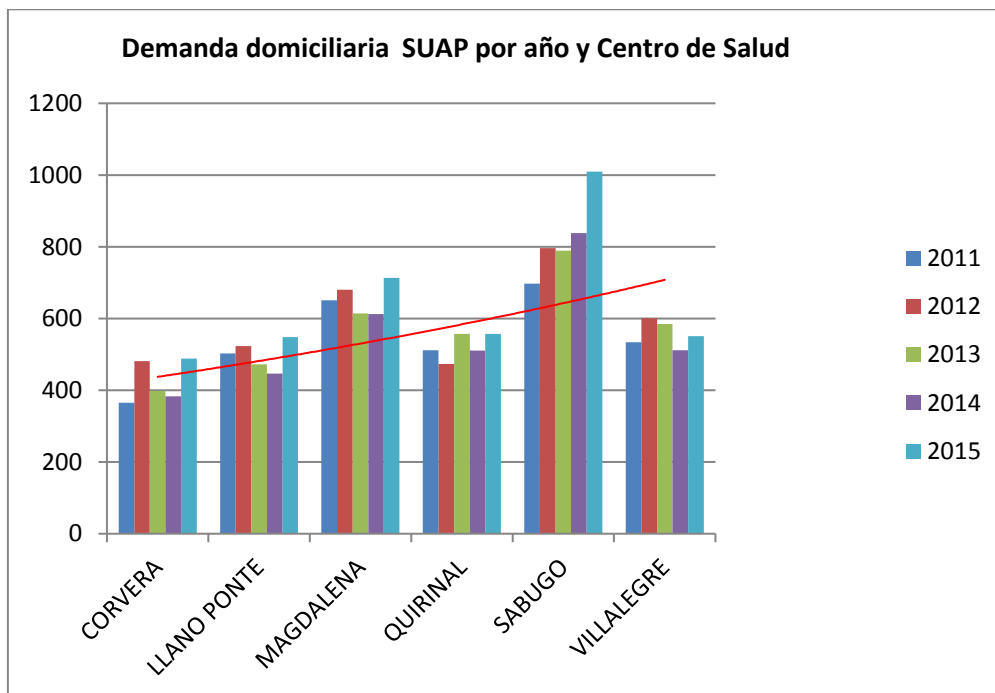


Gráfico 2. -Demanda domiciliaria por año y Centro de Salud.

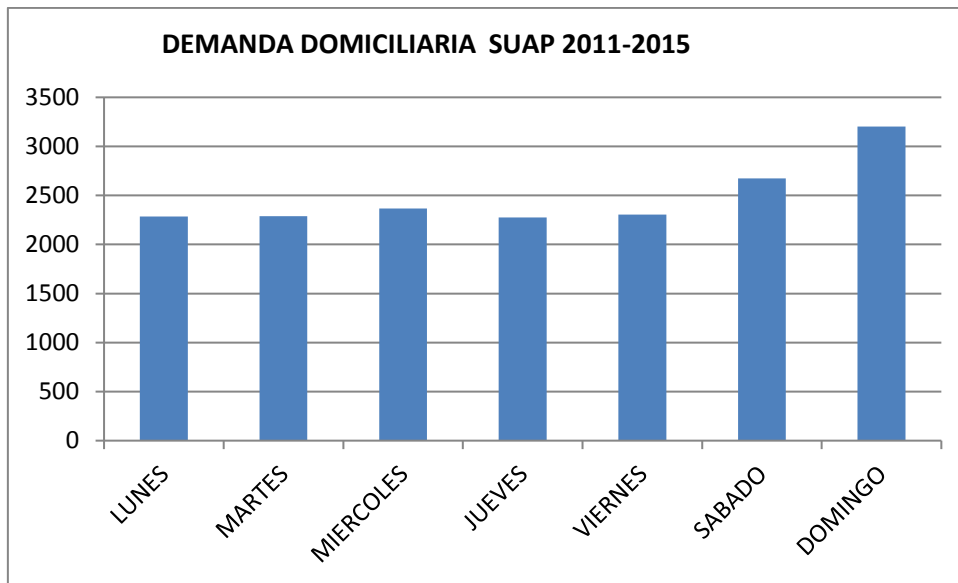


Gráfico 3.-Demanda domiciliaria urgente según día de la semana.

**ID254:**

## CONOCIMIENTOS Y DIFICULTADES EN REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR DEL PERSONAL SANITARIO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE ASTURIAS

María Álvarez Fernández<sup>1</sup>, Paloma Fuente González<sup>2</sup>, Pablo Fernández Prieto<sup>3</sup>, Belén García Hernández

Centro de Salud Contrueces<sup>1</sup> y El Llano<sup>2</sup>(Gijón)

[marialvafer@live.com](mailto:marialvafer@live.com)

### RESUMEN:

**Objetivo:** Estimar el nivel de conocimientos en reanimación cardiopulmonar y dificultades ante una parada cardiorrespiratoria de los profesionales sanitarios de Atención Primaria (AP) de Asturias.

### Método:

Estudio descriptivo transversal. Población: sanitarios de AP durante el periodo de 22/10/2015 al 31/01/2016.

### Resultados:

Respondieron 833 profesionales de los 1986 que trabajan en AP. El 11,3% corresponden a los equipos de urgencias (SAC/SUAP). El 30,4% considera suficiente la formación del SESPA. Han realizado un curso en SVB hace menos de dos años el 99,9% de MIR y EIR, el 58,3% de profesionales en medicina y el 53,2% de enfermería. La puntuación media en conocimientos fue de 6,88 sobre 10. Los sanitarios que realizaron el curso hace menos de seis meses tienen mejor nivel de conocimientos que el resto ( $p < 0,001$ ). La edad tiene una relación inversamente proporcional al nivel de conocimientos ( $p < 0,001$ ).

### Conclusiones:

La formación en reanimación cardiopulmonar debería realizarse con una periodicidad inferior a dos años.

### PALABRAS CLAVE

Cardiopulmonary Resuscitation, Heart arrest, CPR, Out-of-Hospital Cardiac Arrest

### INTRODUCCIÓN

La PCR es definida como la interrupción brusca, inesperada y potencialmente reversible de la actividad mecánica del corazón. En la actualidad, fallecen cada año en Europa y en Estados Unidos más de 700.000 personas por esta causa (1) y es responsable de más del 60% de las muertes en adultos por enfermedad coronaria (2). Aunque no existe un conocimiento exacto de su incidencia en España, se estima que cada año se producen 24.500 casos en el ámbito extrahospitalario(3) y la supervivencia al alta hospitalaria se encuentra en torno al 21% en caso de que la víctima presente FV (2) y al 10% o menos en las PCR de todos los ritmos (1,2).

La RCP surge a finales de los años 50 con el objetivo de restablecer la función cardiorrespiratoria del paciente. En 1958 Elam y Safar describen la técnica del boca a boca, mientras que Kouwenhoven, Knickerbocker y Judas detallan los beneficios del masaje cardiaco que combinados con las ventilaciones forman la base de la actual RCP. Por último se incorpora la desfibrilación externa, analizada por primera vez por Kouwenhoven en 1957 (4).

En el año 1991 la AHA publica las primeras guías de RCP en las que acuña el concepto de cadena de supervivencia. Ésta se compone de una serie de pasos o eslabones a seguir, de forma secuencial e ininterrumpida (4).

Inmediatamente tras la parada, el 59-65% de las víctimas presentan una arritmia desfibrilable, sin embargo, dicha proporción desciende hasta el 25-30% cuando llegan los servicios de emergencias extrahospitalarias.

Existe evidencia acerca de la disminución de mortalidad y secuelas que originan las PCR al disminuir los retrasos en la respuesta asistencial con la optimización de la cadena de supervivencia. La RCP precoz triplica las probabilidades de sobrevivir en caso de FV y disminuye las secuelas. Si al segundo eslabón se suma la desfibrilación precoz, la supervivencia estará en torno al 49-75%, en cambio, si no se actúa, cada minuto que pasa disminuyen las probabilidades de supervivencia en torno a un 10 -12% (2).

Otro punto importante para realizar RCP de calidad es la formación teórica y práctica. La evidencia existente respalda la formación continua de los profesionales sanitarios en RCP. Que los profesionales sanitarios posean una adecuada formación en RCP puede disminuir las dificultades a la hora de actuar en situaciones de urgencia, disminuyendo el miedo y el estrés de los intervinientes y mejorando las habilidades prácticas.

### OBJETIVOS

- Determinar el grado de conocimientos actuales sobre SVB y manejo del DEA que tienen los profesionales sanitarios de AP de Asturias.
- Determinar la relación existente entre los conocimientos en RCP y las distintas variables sociodemográficas e identificar los factores potencialmente modificables.
- Conocer las dificultades y sensaciones percibidas que presentan los profesionales sanitarios a la hora de atender una PCR.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional. Descriptivo transversal. La población a estudio son los 1.986 profesionales sanitarios de AP del Principado de Asturias, de entre los cuales hay 1.029 de medicina y 957 de enfermería, que se encuentran en activo en el momento de la recogida de datos. Tras valorar la realización de un muestreo junto con sus posibles sesgos y tasa de respuesta previsible, se decide enviar el cuestionario a toda la población a estudio.

#### Búsqueda bibliográfica

Se realiza una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos entre diciembre de 2014 y marzo de 2016. Se consultan las siguientes bases de datos primarias:

- Pubmed
- Embase
- Clinical Key
- Cuiden Plus
- Up To Date
- SciElo
- CINAHL

Se realizan búsquedas manuales en las web del CERCP, AHA, ERC y de la SEMICYUC.

#### Variables a estudio:

**Variables sociodemográficas:** edad, sexo, área sanitaria del Principado de Asturias (8 Áreas), colectivo profesional (medicina, enfermería, EIR, MIR), ámbito de trabajo (EAP, SAC/SUAP), tiempo trabajado en AP (años), tiempo transcurrido desde la última formación, atención de PCR en AP.

**Variable de conocimientos:** evaluación de conocimientos sobre SV. Suma de 1 punto por cada respuesta correcta acerca de conocimientos en RCP; el total de respuestas correctas oscilará de 0 a 10 puntos.

**Variables de autopercepción durante RCP:** se valoran la satisfacción, estrés y destreza durante la última RCP atendida. Categorización mediante escala tipo Likert, del 1 al 5, siendo 1 el menor valor y 5 el mayor.

**Variables de experiencia personal:** valoración de las percepciones personales durante la última RCP atendida. Se realiza a través de una serie de preguntas dicotómicas.

#### Instrumento de medida

Para la recogida de la información se utilizó un cuestionario autoadministrado (anexo 1) de elaboración propia que se envió por vía web y correo interno a cada centro de salud del territorio asturiano, tras haber sido pilotado por los diferentes grupos participantes del estudio.

#### Plan de análisis

Los cuestionarios realizados vía online mediante la plataforma *Google Forms* exportaron directamente los resultados a una base de datos *Excel*. Los recibidos en papel, se registraron en la misma. Se analizaron los datos con el paquete estadístico "R".

En el análisis univariante las variables cuantitativas se expresaron mediante medidas de tendencia central, dispersión (y de posición. En el caso de las variables categóricas con valores absolutos y porcentajes. Así mismo se estimaron los Intervalos de Confianza (IC) del 95% de los principales estadísticos.

El análisis estadístico bivariante se utilizó la prueba de Ji cuadrado para evaluar asociación/independencia de variables categóricas, T de Student y ANOVA para comparar variables cuantitativas (dos o más grupos, respectivamente) y el test de Tukey para comparaciones múltiples a posteriori.

Para el análisis multivariante se empleó un modelo de regresión lineal múltiple, siendo la variable dependiente la puntuación del nivel de conocimientos.

No hay conflicto de interés con los autores y está aprobado por el Comité de Ética del Principado de Asturias.

## RESULTADOS

La tasa de respuesta fue del 41,9%. Se recibieron un total de 833 cuestionarios pertenecientes a los 1.986 sanitarios de AP del Principado de Asturias. Las mujeres representaron el 73,3% de la muestra.

El 50,6% de los cuestionarios correspondieron a profesionales de enfermería, el 41,5% a profesionales de medicina, el 2,5% a EIR y el 5,4% a MIR. El SAC y SUAP representaron un 11,3% de las respuestas.

El área sanitaria con mayor tasa de respuesta fue la V-Gijón con un 64%.

El 7,9% de los encuestados respondió que no era su responsabilidad estar formado en SV y el 69,6% opinó que la formación que proporciona el SESPA fue insuficiente. La frecuencia que los profesionales consideraron como adecuada para recibir formación fue: cada 6 meses el 16,8%, cada año el 54,6%, cada 2 años el 25,2% y cada 4 años el 3,4%.

En cuanto al último curso de formación teórico-práctico realizado un 17,73% lo realizaron hace menos de 6 meses, 41,3% entre 6 meses y 2 años, 40% hace más de 2 años y 1,2% nunca lo han realizado.

El 4,3% de los profesionales se sintieron muy capacitados para atender una PCR, el 62,7% bastante, el 32% poco, el 0,7% nada y 0,6% no contestaron.

El 82,6% conocía la existencia de un protocolo de revisión o actualización del carro de paradas en su centro de salud, mientras que el 2,9% contestó que no había ningún protocolo y el 14,5% lo desconocía. En cuanto a la existencia de un protocolo de actuación ante emergencias vitales en su centro de trabajo, el 26,8% respondió que no lo había, el 42,4% contestó que sí y el 30,9% lo desconocían.

Un 64,3% de los encuestados atendieron alguna PCR a lo largo de su ejercicio profesional en AP y la mediana de años transcurridos desde la última RCP atendida fue de 2, con un rango intercuartílico de 1 a 4.

La parte de evaluación de conocimientos consta de 10 preguntas que van desde el ítem 16 al 25. Anexo 1 (cuestionario) La media de puntuaciones fue de 6,77 con una desviación estándar de 1,83 (IC 95%: 6,65 a 6,89) (Figura 9). La nota de corte se situó en 7 respuestas correctas coincidiendo con la mediana. Teniendo esto en cuenta el 62,8% cumplimentaron 7 o más respuestas correctamente.

La mayor parte de los encuestados afirmaron que en la situación de PCR tuvieron mucho estrés, 39,37%; y que su satisfacción y destreza con su actuación fue media, 39,55% y 46,83% respectivamente.

La media de conocimientos de cada grupo de edad difiere de manera estadísticamente significativa ( $p < 0,001$ ). Se muestra que la edad se relaciona de manera inversamente proporcional a la media de conocimientos.

La puntuación de conocimientos fue mayor en mujeres que en hombres, (IC 95%: 0,08 a 0,67), ( $p = 0,013$ ). Las medias de conocimientos de las diferentes categorías profesionales difieren de manera estadísticamente significativa ( $p < 0,001$ ).

La puntuación de conocimientos fue mayor los profesionales SAC/SUAP que en los profesionales de EAP (IC 95%: 0,05 a 0,73), ( $p = 0,025$ ).

El nivel de conocimientos es inversamente proporcional al tiempo trabajado en AP ( $p < 0,001$ ).

Las medias de conocimientos de los profesionales en relación con el último curso realizado difieren de manera estadísticamente significativa ( $p < 0,001$ ). El test de Tukey de comparaciones múltiples dio como resultado que la significación estadística se debe a las diferencias entre haber realizado el curso hace menos de 6 meses frente al resto de intervalos temporales.

Las medias de conocimientos de los profesionales en relación con el nivel de capacitación autopercebido difiere de manera estadísticamente significativa ( $p < 0,001$ ).

La relación entre el colectivo profesional y la realización de curso de RCP es estadísticamente significativa ( $p < 0,001$ ).



El 99,9% de los profesionales en formación (MIR Y EIR), el 58,3% de profesionales de medicina y el 53,2% de profesionales de enfermería han realizado un curso de actualización teórico práctica en RCP hace menos de dos años. La relación entre la falta de formación y el nivel de destreza autopercibidos por los profesionales encuestados, es estadísticamente significativa ( $p < 0.001$ ), de manera inversa.

La relación entre la falta de formación autopercibida y el nivel de estrés sufrido durante la RCP es estadísticamente significativa ( $p < 0.001$ ), de manera directa.

La relación entre la falta de formación y el nivel de satisfacción autopercibidos es estadísticamente significativa ( $p < 0.001$ ), de manera inversa.

Los resultados hallados en el análisis multivariante muestran que sólo las variables edad y el tiempo transcurrido desde el último curso influyen sobre el nivel de conocimientos del encuestado, desapareciendo el resto de relaciones encontradas en el análisis bivariante (tabla 1).

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El presente estudio es el primero a nivel nacional que evalúa los conocimientos en SVB y DEA en los centros de AP de toda una comunidad autónoma. El único estudio encontrado similar, realizado a gran escala en la Unión Europea, corresponde a Nurmi J. *et al.* En él se evalúan los conocimientos sobre SVB de todos los Centros de salud de Finlandia (13). El resto de estudios se circunscriben a un único centro hospitalario (14–21).

El número de cuestionarios analizados fue alto (833), estando representadas todas las áreas sanitarias del Principado de Asturias, siendo la tasa de respuesta del 41,9%, no muy elevada pero sin sesgos territoriales ni en categorías profesionales. En estudios similares se analizaron menos cuestionarios debido a su realización en un solo centro sanitario y con un muestreo previo (14–21).

La mayor parte de los artículos encontrados hacen referencia a profesionales de enfermería (14,15,18,20,21), siendo una minoría los que abarcan ambas categorías (13,16,17). El presente trabajo es el único que incluye EIR de enfermería Familiar y Comunitaria.

Un 8% de los encuestados no se considera responsable de su propia formación a pesar de que el código deontológico de ambas profesiones sanitarias expone que es obligación del propio profesional estar formado y actualizado en SV (10,11).

Sólo 3 de cada 10 profesionales considera que la formación que aporta la administración es suficiente, no obstante este porcentaje es mayor al del estudio realizado en Finlandia en el que la tasa desciende al 18% (13). La formación ofertada por parte del SESPA a los profesionales sanitarios mediante el Instituto Asturiano de Administración Pública Adolfo Posada en SVB es amplia, existiendo ediciones semestrales en todas las áreas sanitarias.

La AHA y ERC recomiendan como mínimo formarse o reciclarse en conocimientos sobre SVB cada dos años (7). En el presente trabajo el porcentaje de profesionales que cumplen esta recomendación es sólo del 58,8%, por tanto es necesario hacer un mayor énfasis en la realización periódica de cursos en SVB.

Una posible solución para facilitar una formación más regular y sistematizada, sería la incorporación de un responsable en cada centro de salud, tal y como se defiende en el estudio de Nurmi J. *et al.* (13). Otra opción sería que el SESPA participara de forma activa en la adjudicación de los cursos, evitando con ello que los propios trabajadores sean los que tomen la decisión de actualizarse o no.

Apenas 2 de cada 5 encuestados habían realizado un curso de formación en RCP durante los últimos 6 meses. Esta proporción es algo mayor que la encontrada por Plagisou L *et al.* (14) (13.2%). Cabe destacar que más de la mitad de los profesionales en formación sí cumplen este criterio.

Estudios similares realizados en el Principado de Asturias (20,21), tienen como denominador común la necesidad de una mayor formación del personal sanitario en RCP. Concretamente en el trabajo realizado por Cueto Pérez M (20) en el HUCA, se destaca que sólo 1 de cada 5 de los enfermeros encuestados habían realizado un curso de RCP en un periodo inferior o igual a dos años.

A pesar de que la AHA y la ERC sugieren que la formación mínima ha de ser cada dos años, también defienden que a partir del 6º mes los conocimientos en SV disminuyen (2,7). Dicha afirmación coincide con los resultados hallados en el presente estudio y el de Plagisou L. *et al.* (14), donde se establece una relación estadísticamente significativa entre ambas variables.

Un tercio de los encuestados se consideran poco o nada capacitados para atender una PCR. Este porcentaje es menor que en otros estudios como el de Medina Hernando B. y Rojas L.

Hasta 2 de cada 10 profesionales desconocen o niegan la existencia de los protocolos de revisión de carros de paradas. El SESPA recoge en la web de Astursalud, una guía sobre carro de paradas y DEA (23), un

protocolo específico de *revisión y mantenimiento del material de urgencias de AP del área VII(24)* y también protocolos de actuación urgente en caso de *código corazón(25)*.

El porcentaje de personas que han atendido alguna PCR a lo largo de su ejercicio profesional en AP es del 64,3% con una media de 3,5 años, lo que muestra la importancia de que este colectivo esté bien capacitado para realizar la RCP de calidad.

Los resultados del estudio revelan un déficit de conocimientos en SVB y manejo de DEA. Aun así, las puntuaciones en el test de conocimientos son superiores al resto de estudios consultados (68%) (14,16–18). Esto puede atribuirse a la inclusión de preguntas sobre SVA en sus cuestionarios (16–18).

En los estudios de Camargo JC *et al.* (15) y Rodríguez-Borrajó S (19) no existe relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimientos y la edad de los participantes, sin embargo, en este último sí se observa una tendencia descendente del nivel de conocimientos en función del tiempo trabajado y de la edad. En nuestro estudio dicha relación se confirma con significación estadística.

Las preguntas que mejores resultados han obtenido son las relativas a la relación de compresiones/ventilaciones, la calidad de las compresiones y la técnica de masaje en lactantes. Esto puede deberse al gran hincapié que se ha hecho durante los últimos años en estos aspectos por parte de los organismos internacionales expertos en el tema (2,5–7).

En cuanto a las percepciones subjetivas y sensaciones percibidas, 4 de cada 10 profesionales afirman haber sentido un gran nivel de estrés en su actuación independientemente de su categoría profesional. En un estudio donde se analizaban los factores que afectaban más negativamente a los profesionales durante la RCP, se concluyó que el estrés era uno de ellos y se resalta que la presencia de la figura de un líder, mejora la calidad de la RCP (26).

Así mismo, se halló que las enfermeras más inexpertas se pueden beneficiar de una reunión post-RCP en la que se aclaren necesidades de aprendizaje y donde se evalúen los efectos que el estrés haya podido ocasionar en estos profesionales (27).

Los resultados pueden estar influenciados por el sesgo de autoselección, la no respuesta puede estar ligada a la falta de conocimientos sobre el tema y a no querer ser evaluado. Además se pueden falsear las respuestas. Para evitar esta situación, en la medida de lo posible, se introdujo una cláusula con la que los participantes se comprometían a responder con honestidad.

Otra posible limitación es la tasa de respuesta del 41%, habiendo sobrerrepresentación de las áreas sanitarias en las que trabajan los autores e infrarrepresentación en el área I y área II, las más alejadas geográficamente y donde hay mayor dispersión de personal y disgregación de centros de salud en centros periféricos. La tasa de respuesta del personal SAC/SUAP fue del 26,8%, muy inferior al resto de encuestados, debido a la dificultad para localizar a dichos profesionales.

Tampoco se pudo relacionar el nivel de conocimientos a la hora de realizar el cuestionario con las sensaciones percibidas de estrés y sensación de falta de formación a la hora de atender la última PCR, debido a que dichas variables tienen una secuencia temporal distinta.

Este estudio propone la posibilidad de realizar futuras investigaciones para averiguar qué metodología de formación es la más eficaz y eficiente, así como dar pie a la implantación de protocolos en las distintas gerencias sanitarias del Principado de Asturias que organicen la formación en RCP, según la periodicidad recomendada por la AHA y el ERC y teniendo en cuenta la edad de los profesionales y el tiempo transcurrido desde su última formación. De esta forma se garantizará la actualización de todos los profesionales sanitarios de nuestra comunidad autónoma.

## CONCLUSIONES

El nivel de conocimientos en SVB y DEA de los profesionales sanitarios de AP del Principado de Asturias es mejorable. Para ello ha de hacerse mayor hincapié en la formación, la cual debería realizarse con una periodicidad inferior a dos años, óptimamente cada 6 meses, por todos los profesionales y centrándose en el grupo de mayor edad.

Las principales dificultades y sensaciones percibidas en los profesionales que han atendido una PCR, destacan las relacionadas con la falta de formación en el momento de atención y alto nivel de estrés padecido.

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Böttiger BW. Cardiopulmonary resuscitation and postresuscitation care 2015: saving more than 200000 additional lives per year worldwide. *Curr Opin Crit Care*. 2015;21(3):179-82.
2. Nolan J, Soar J, Zidema D, Biaren D, Bossae L, Deaki C, et al. Guías para la Resucitación 2010 del Consejo Europeo de Resucitación (ERC). Sección 1. Resumen Ejecutivo [Internet]. European Resuscitation Council; 2013 [citado 24 de enero de 2016]. Disponible en: <http://www.cercp.org/guias-y-documentos/guias/115-guias-erc-2010/file>
3. Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 365/2009, de 20 de marzo por el que se establecen las condiciones y requisitos mínimos de seguridad y calidad en la utilización de desfibriladores automáticos y semiautomáticos externos fuera del ámbito sanitario [Internet]. Sec. I, 5490 abr 2, 2009 p. 31270-3. [citado 23 de enero de 2016]. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2009/04/02/pdfs/BOE-A-2009-5490.pdf>
4. Charles N Pozner. Basic life support (BLS) in adults [Internet]. UpToDate; 2016 [citado 25 de enero de 2016]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/contents/basic-life-support-bls-in-adults>
5. American Heart Association. Aspectos destacados de las Guías de la American Heart Association de 2010 para RCP Y ACE. Texas, EEUU: AHA; 2010.
6. Monsieurs KG, Nolan JP, Bossaert LL, Greif R, Maconochie IK, Nikolaou NI, et al. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015. Section 1. Executive summary. *Resuscitation*. 2015;95:1-80.
7. American Heart Association. 2015 AHA Guidelines update for CPR y ECC. *Circulation* [Internet] 2015. [citado 25 de enero de 2016]; 132(18) Disponible en: <http://www.cercp.org/images/stories/recursos/Guias%202015/Guidelines-RCP-AHA-2015-Full.pdf>
8. Monzón JL, Saralegui I, Molina R, Abizanda R, Cruz Martín M, Cabré L, et al. Ética de las decisiones en resucitación cardiopulmonar. *Med Intensiva*. 2010;34(8):534-49.
9. Muñoz Camargo JC. Reanimación cardiopulmonar, no hay calidad sin formación (editorial). *Enferm Intensiva*. 2008; 19(1):1.
10. Organización Colegial de Enfermería. Código Deontológico de la Enfermería Española [Internet]. 1989. [citado 23 de marzo de 2016]. Disponible en: <http://www.unav.es/cdb/esotcodigoenf.html>
11. Organización Médica Colegial de España. Código de Deontología Médica. Guía de Ética Médica [Internet]. Madrid: Organización Médica Colegial de España; 2011. [citado 24 de marzo de 2016]. Disponible en: [http://www.actualderechosanitario.com/codigo\\_deontologia\\_medica\\_julio\\_2011\\_spain.pdf](http://www.actualderechosanitario.com/codigo_deontologia_medica_julio_2011_spain.pdf)
12. Davies N, Gould D. Updating cardiopulmonary resuscitation skills: a study to examine the efficacy of self-instruction on nurses' competence. *J Clin Nurs*. 2000; 9(3):400-10.
13. Nurmi J, Castrén M. Preparedness for cardiopulmonary resuscitation in primary care. *Scand J Prim Health Care*. 2004;22(2):87-90.
14. Plagisou L, Tsironi M, Zyga S, Moissoglou I, Maniadakis N, Prezerakos P. Assessment of nursing staff's theoretical knowledge of cardiovascular resuscitation in a NHS public hospital. *Hellenic J Cardiol*. 2015; 56(2):149-53.
15. Muñoz Camargo JC, Rodríguez-Barbero Velázquez, Muñoz Martínez E, Arévalo Ramírez A, Ruiz López JF, Rubio Serrano P, et al. Conocimientos sobre Resucitación Cardiopulmonar del profesional enfermero en unidades sin monitorización de pacientes. *Metas Enferm*. 2011;14(1):10-5.
16. Sánchez-García AB, Fernández-Alemán JL, Alonso Pérez N, Hernández Hernández. I, Navarro Valverde R, Rosillo Castro D. Valoración del nivel de conocimientos y su adecuación en materia de RCP en el personal sanitario de los servicios de urgencias hospitalarios de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. *Enferm glob*. 2015;14(39):230-45
17. Castillo García J, Abad Torrent A, Racoba Zoff G, Castillo Monsegur J. Percepción de los profesionales sanitarios del Hospital Sant Llorenç de Viladecans sobre sus conocimientos y habilidades en reanimación cardiopulmonar. *Enferm Clin*. 2006;16(1):39-43.
18. Medina Hernando B, Martínez Ávila MS. Conocimientos y capacitación autopercebida para la reanimación cardiopulmonar (RCP). *Metas Enferm*. 2013;16(2):12-7.
19. Rodríguez-Borrajo S, Martínez de Lahidalga-Martínez O, Gutiérrez-García de Cortazar A, Arriaran-Mendialdua I, Latorre-García K. Conocimientos de las enfermeras de hospitalización del plan de atención a las situaciones de amenaza vital inmediata. *Enferm Clin*. 2008;18(4):190-6.

20. Cueto Perez M. Conocimiento del personal de enfermería de un hospital materno - infantil sobre técnicas de reanimación cardiopulmonar. [Internet]. Oviedo; 2013 [citado 26 de enero de 2016]. Disponible en:  
[http://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/10651/17303/1/TFM\\_Monica%20Cueto%20Perez.pdf](http://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/10651/17303/1/TFM_Monica%20Cueto%20Perez.pdf)
21. Fernández Pérez L. Conocimientos sobre resucitación cardiopulmonar de los enfermeros en unidades sin monitorización de pacientes del Hospital Universitario Central de Asturias [Internet]. Oviedo; 2013. [citado 27 de enero de 2016]. Disponible en:  
<http://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/10651/17790/3/TFM%20Laura.pdf>
22. Rojas L, Aizman A, Arab JP, Utili F, Andresen M. Reanimación cardiopulmonar básica: conocimiento teórico, desempeño práctico y efectividad de las maniobras en médicos generales. 2012; 140(1):73-7.
23. Servicio de Salud del Principado de Asturias. Guía para la evaluación de la gestión del carro de paradas y desfibriladores [Internet]. Oviedo: Dirección de Servicios Sanitarios Subdirección de Gestión Clínica y Calidad; 2009 [citado 4 de abril de 2016]. Disponible en:  
[https://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS\\_SESPA/AS\\_Gestion%20Clinica/guia%20de%20evaluacion%20gestion%20carro%20y%20desfibriladores.pdf](https://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_SESPA/AS_Gestion%20Clinica/guia%20de%20evaluacion%20gestion%20carro%20y%20desfibriladores.pdf)
24. Cao Fernández A. Protocolo de revisión y mantenimiento de dispositivos de atención urgente en Atención Primaria. Área Sanitaria VII [Internet]. Mieres: Gerencia de Atención Primaria Área VII. Servicio de Salud del principado de Asturias; 2009 [citado 5 de abril de 2016]. Disponible en :  
[https://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS\\_SESPA/AS\\_Areas%20Sanitarias/AS\\_Area%20VII/Protocolo\\_carros\\_GAP\\_7.pdf](https://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_SESPA/AS_Areas%20Sanitarias/AS_Area%20VII/Protocolo_carros_GAP_7.pdf)
25. Unidad de Atención a urgencias y emergencias sanitarias (SAMU-Asturias). Servicio de Cardiología Hospital de Cabueñes. Estrategia de reperfusión precoz en el síndrome coronario agudo con elevación del ST en el Principado de Asturias. Proyecto IAMASTUR [Internet]. Asturias: Servicio de Salud del Principado de Asturias. Dirección de Atención y evaluación Sanitaria; 2015 [citado 4 de abril de 2016]. Disponible en:  
[https://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS\\_SESPA/AS\\_Assistencia%20Sanitaria/SAMU/C%3%B3digo%20Coraz%3%B3n%202015/CODIGO%20CORAZON%202015.pdf](https://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_SESPA/AS_Assistencia%20Sanitaria/SAMU/C%3%B3digo%20Coraz%3%B3n%202015/CODIGO%20CORAZON%202015.pdf)
26. CitolinoFilho CM, Santana Santos E, Gengo e Silva R de C, Nogueira L de S. Factors affecting the quality of cardiopulmonary resuscitation in inpatient units: perception of nurses. Rev. esc. enferm. USP. 2015;49(6):907-13.
27. Gamble M. A debriefing approach to dealing with the stress of CPR attempts. Prof Nurse. 2001;17(3):157-60.

**GRÁFICOS Y/O TABLAS**

Tabla 1:

ANÁLISIS MULTIVARIANTE		Coefficiente de regresión lineal	Error estándar (EE)	Valor P
Edad (años)		-0,182	0,083	0,029
Sexo	Hombre			
	Mujer	0,282	0,146	0,055
Profesión	Medicina			
	Enfermería	-0,195	0,135	0,150
	EIR	0,348	0,422	0,410
	MIR	0,292	0,316	0,355
Ámbito de trabajo	EAP			
	SAC-SUAP	1,132	0,201	0,512
Tiempo trabajado (años)		-0,001	0,008	0,866
Último curso realizado	Menos de 6 meses			
	De 6 meses a 2 años	-0,450	0,179	0,012
	Más de 2 años	-0,798	0,192	<0,001
	Nunca realizado	-0,549	0,579	0,007
Capacitación	Nada			
	Poco	-0,230	0,722	0,750
	Bastante	0,234	0,721	0,746
	Mucho	0,410	0,780	0,599

**Anexo 1: Cuestionario**

Estimado/a compañero/a:

Somos un grupo de enfermeras de Gijón interesadas en conocer el grado de formación, conocimientos y experiencia que tiene el personal sanitario de Atención Primaria del Principado de Asturias acerca de la Reanimación Cardiopulmonar (RCP) y no podemos hacerlo sin tu colaboración. Para ello, adjuntamos un breve cuestionario anónimo, que tardará menos de 10 minutos en cumplimentar. Este cuestionario también se encuentra disponible en formato online en la web <http://rcpasturias.blogspot.com>, por lo tanto, si ya lo has cumplimentado por esta otra vía, no hace falta que lo vuelvas a rellenar.

Para cualquier **duda** puedes contactar con: [rcp.asturias@gmail.com](mailto:rcp.asturias@gmail.com)

Una vez cumplimentado rogamos **devolver** a la persona de referencia que se lo entregó y los se reenviará de forma conjunta al **Centro de Salud de Contrueces (Gijón, Área V)**.

Atentamente, vuestras compañeras.

**Conocimientos y percepciones ante una Parada Cardiorrespiratoria (PCR)**

Me comprometo a responder las preguntas de este test de forma honesta con el fin de evaluar la necesidad de formación y reciclaje en RCP, en el colectivo médico y enfermero del Principado de Asturias.

1. <b>Edad:</b> Menos de 30 <input type="checkbox"/>	30-39 <input type="checkbox"/>	40-49 <input type="checkbox"/>	50-59 <input type="checkbox"/>	60 o más <input type="checkbox"/>
2. <b>Sexo:</b> Hombre <input type="checkbox"/>	Mujer <input type="checkbox"/>	3. <b>Área Sanitaria:</b> _____	4. <b>Centro de salud</b> _____	
5. <b>Colectivo profesional:</b> Enfermería <input type="checkbox"/>				
Medicina <input type="checkbox"/>				
EIR <input type="checkbox"/>				
MIR <input type="checkbox"/>				
6. <b>Ámbito de trabajo</b> (seleccione el ámbito en el que se encuentre trabajando en el momento de responder el cuestionario):				
Equipo Atención Primaria <input type="checkbox"/>				
SAC-SUAP <input type="checkbox"/>				

7. **Años completos trabajados AP:** Especifique nº en cifra de años completos, indique 0 si es menor a un año: \_\_\_\_\_

8. **¿Considera su responsabilidad estar formado en soporte vital?** Sí  No

9. **¿Cuánto tiempo hace que ha realizado el último curso teórico-práctico de formación reglada sobre Soporte Vital?**

Menos de 6 meses  Entre 6 meses y 2 años (incluidos) | Más de 2 años | Nunca |

10. **¿Considera suficiente la formación en soporte vital que le proporciona el Servicio de Salud del Principado de Asturias?** Sí  No

11. **¿Con qué frecuencia considera que sería adecuado recibir cursos de reciclaje en Soporte Vital?**

Cada 6 meses  Cada año | Cada 2 años | Cada 4 años | Nunca |

12. **¿Se siente usted capacitado para atender una parada Cardiorrespiratoria con los conocimientos de los que dispone actualmente?** Nada  Poco  Bastante  Mucho

13. **¿Existe algún protocolo en su Centro de Salud para la revisión y/o actualización de los materiales del carro de paradas?** Sí  No  No lo sé

14. **¿Existe algún protocolo de actuación ante emergencias vitales en su Centro de Salud?**

Sí  No | No lo sé |

15. **A lo largo de su ejercicio profesional en Atención Primaria ¿ha tenido que atender alguna parada cardiorrespiratoria (PCR)?**

Sí  Especifique hace cuantos años: \_\_\_\_\_ | No |

350

**16. Según la American Heart Association (AHA), un número apreciable de muertes podría evitarse si se siguiera la llamada «cadena de supervivencia». Señale cuál cree que es el primer eslabón:**

- Comienzo temprano de RCP básica
- Uso temprano del desfibrilador externo semiautomático (DESA)
- Reconocimiento precoz del paro cardíaco y activación del sistema de urgencias
- La realización temprana de RCP avanzada

**17. ¿Cuál es la relación compresiones/ventilaciones adecuadas en un adulto tanto para uno o dos reanimadores?**

- 15/2
- 20/2
- 30/2
- 2/15

**18. Se recomienda administrar compresiones torácicas en la RCP con una frecuencia de:**

- 60-80 compresiones/min.
- Aproximadamente 90 compresiones/min.
- Al menos 100 compresiones/min.
- 120 compresiones/min.

**19. Para garantizar una buena calidad en las compresiones torácicas se recomienda:**

- Reemplazar a la persona que hace las compresiones torácicas cada 4 ciclos.
- Si la persona que realiza las compresiones torácicas no está cansada, no es necesario reemplazarla.
- Si el reanimador se encuentra cansado, se pueden interrumpir brevemente las compresiones.
- Alternar la persona que hace las compresiones torácicas cada 2 minutos con la mínima interrupción.

**20. La técnica de comprensión torácica en lactantes consiste en:**

- Comprimir el centro del tórax, colocando en ese punto una mano sobre la otra para realizar las compresiones.
- Comprimir con la palma de una mano sobre el esternón.
- Comprimir en el centro del esternón con los 2 pulgares rodeando con ambas manos.
- Comprimir con ambas manos a nivel abdominal.

**21. Si un paciente entra en PCR en la sala de espera y al colocarle el DESA nos aconseja realizar una descarga, ¿cuál sería la actuación correcta?**

- Realizar maniobras de RCP 2 minutos antes de desfibrilar.
- Realizar maniobras de RCP 5 minutos antes de desfibrilar.
- Realizar maniobras de RCP 10 minutos antes de desfibrilar.
- Desfibrilar directamente, sin periodo previo de RCP.

**22. ¿Qué se debe de hacer después de desfibrilar?**

- Valorar el ritmo, palpar el pulso y si sigue ausente continuar la RCP.
- Tras valorar ritmo y pulso, colocaremos al paciente en posición lateral de seguridad, si la desfibrilación ha sido exitosa.
- Coger una vía venosa para administrar adrenalina
- Reanudaremos la RCP inmediatamente durante dos minutos más

23. Y en el caso de que NO aconseje descarga, ¿qué haría en primer lugar?

- Realizar masaje y ventilaciones.
- Coger una vía venosa y administrar medicación.
- Colocarlo en posición lateral de seguridad.
- Llamar al 112.

24. Si en la esquina superior derecha del DESA aparece un aspa de color naranja/roja intermitente, ¿qué significa?

- La batería está cargada.
- Queda poca batería, pero suficiente para administrar alguna descarga.
- No tiene batería, no se pueden administrar descargas.
- No lo sé, lo desconozco.

25. Teniendo en cuenta las normas éticas de RCP, sólo estaría indicado iniciar las maniobras de resucitación en uno de los siguientes supuestos. Indique cual:

- Cuando exista un retraso mayor de 10 minutos entre el inicio de la PCR y las maniobras de resucitación.
- En personas mayores de 85 años.
- Cuando la PCR sea consecuencia de una enfermedad crónica, debilitante y terminal.
- Cuando se tenga constancia fehaciente de que el paciente ha expresado su voluntad de no ser sometido a maniobras de RCP.

**A partir de aquí cumplimentar sólo en caso de haber atendido a una parada:**

*Las preguntas serán valoradas mediante una escala Lickert puntuada de 1 a 5, siendo **1 la menor o peor valoración** que podría darse y **5 la mejor o máxima valoración** para cada ítem.*

26. Indique en una escala de 1 a 5 el grado de satisfacción personal con la atención que ha ofrecido en la última PCR que ha asistido.

- 1     2     3     4     5

27. Indique en una escala del 1 al 5 su grado de destreza a la hora de aplicar las técnicas en la última PCR que ha asistido.

- 1     2     3     4     5

28. Indique en una escala de 1 a 5 el grado de estrés que ha padecido en la última PCR que ha atendido.

- 1     2     3     4     5

29. ¿Disponía de todo el material necesario para atender la PCR? Sí     No

30. ¿Eché en falta una mayor formación o actualización en ese momento? Sí     No

31. ¿Hubo coordinación entre los miembros del equipo? Sí     No

32. ¿Fue satisfactorio el trabajo en equipo? Sí     No

33. ¿Tenía claro en todo momento cuál era su papel? Sí     No

34. ¿Se restauró el estado cardiocirculatorio del paciente? Sí     No

**Gracias por su colaboración**





SERVICIO DE SALUD  
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS >

Comité de Ética de la Investigación del  
Principado de Asturias  
C/ Celestino Villamil s/n  
33006-Oviedo  
Tfno: 985 10.79.27/985.10.80.28  
e-mail: ceicr\_asturias@hca.es

Área Sanitaria

Oviedo, 26 de Febrero de 2015

El Comité Ética de la Investigación del Principado de Asturias ha evaluado el Estudio nº 39/15, titulado: "CONOCIMIENTO DEL PERSONAL SANITARIO DE ASTURIAS SOBRE RCP". Investigadores Principales: Dña Maria Álvarez Fernández, D. Pablo Fernández Prieto, Dña. Paloma Fuente González y Dña Belén García Hernández.

El Comité ha tomado el acuerdo de considerar que el citado estudio reúne las condiciones éticas necesarias para poder realizarse y, en consecuencia, emite su autorización.

Los datos que solicitan no son de competencia del CEIC.

Le recuerdo que deberá guardar la máxima confidencialidad de los datos utilizados en este estudio.

Le saluda atentamente.

Fdo: Eduardo Arnáez Moral  
Secretario del Comité Ético de Investigación  
Clínica Regional del Principado de Asturias



**ID274:**

## **FORMACIÓN EN PRIMEROS AUXILIOS A LA POBLACIÓN INDÍGENA HUICHOL RESIDENTE EN AGUASCALIENTES, MÉXICO**

Concepción Antelo Brioso, Jorge Ávila Antelo

SERMAS

[concepcion.antelo@salud.madrid.org](mailto:concepcion.antelo@salud.madrid.org)

### **RESUMEN**

En el presente artículo se presenta la experiencia comunitaria de la enfermera Concepción Antelo en el albergue de indígenas en tránsito Casa MAIS, en Aguascalientes, México. En esta experiencia se desarrolló un taller de primeros auxilios. De esta manera se prestará atención al acercamiento a la comunidad, a la comunicación con estas poblaciones en riesgo de exclusión social, a la educación para la salud como herramienta de empoderamiento en la comunidad y a los contenidos del taller. La intervención se realizó bajo la coordinación de la AC Amaginea, de Madrid España que ya realizaba desde hace tiempo actividades en el albergue.

### **ABSTRACT**

This article describes the community expertise by the nurse, Concepción Antelo in the transitindigenous hostel, Casa MAIS, in Aguascalientes, Mexico. On this experience a first aid workshop was developed. In this way, this workshop had payed special attention to the community approach, the communication with these populations at risk of social exclusion, a health education as a tool for the community empowerment and finally to the workshop contents. This action was carried out under the coordination of the AC Amaginea, of Madrid Spain that had already been doing activities in the hostel for a long time.

### **PALABRAS CLAVE**

Comunidad, Exclusión social, Comunicación, Educación para la salud, Empoderamiento  
Community, Social exclusion, Ealtheduaction, Emporwement,

### **INTRODUCCIÓN/PRESENTACIÓN**

Uno de los derechos fundamentales es la salud. En México determinadas poblaciones en riesgo de exclusión social no tienen este derecho garantizado por el gobierno de la república. Según la OMS "La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades".

Entre esas poblaciones se encuentran los destinatarios de nuestro taller, el grupo étnico huichol, nativos de la Sierra Madre Occidental. Esta población históricamente ha sido despojada por la SEMARNART que les quitó sus tierras para concesionarlas a empresas turísticas, acentuando este despojo a partir del 2011. Lo cual ha obligado a los huicholes a migrar a centros urbanos cercanos a su lugar de nacimiento. En este sentido nace en Aguascalientes casa MAIS para albergar a los indígenas en tránsito.

La Educación para la Salud en la enfermería comunitaria tiene el objetivo de enseñar a las personas para que puedan tomar las decisiones correctas de una manera autónoma respecto a su salud, en cualquier momento y lugar; es decir, busca la capacitación, el empoderamiento de las comunidades donde se desarrolla. Si bien este grupo étnico posee conocimientos ancestrales en medicina tradicional que les permite el cuidado de la salud en su tierra, con la migración a la ciudad aparecen nuevas carencias en salud, para las que nos están preparados.

Por ello, se desarrolló un taller de primeros auxilios con la comunidad huichol albergada en Casa Mais de Aguascalientes México, como herramienta y un primer paso en la autonomía sanitaria de esta población en riesgo de exclusión social, aprovechando el acercamiento personal con la AC AMAGINEA, y el de AMAGINEA con esta población.

### **OBJETIVOS (DE LA EXPERIENCIA)**

OBJETIVO GENERAL: Empoderar a la población huichol a través de los primeros auxilios.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Superar las barreras culturales a través de la sanidad universal
- Reconocer la diversidad de prácticas sanitarias culturales.
- Identificar las necesidades sanitarias de los huicholes de Aguascalientes
- Facilitar la comunicación a través de una metodología participativa

### **DESARROLLO**

La intervención se realizó a través en un aula-taller en las instalaciones de Casa M.A.I.S. Casa M.A.I.S es un albergue para Indígenas registrado como asociación cultural y civil de carácter educativo y pacifista consagrada al acercamiento cultural y espiritual de los pueblos indígenas de México. Debido al maltrato e invisibilización que ha sufrido esta población, por parte de numerosas organizaciones públicas y privadas, ha desarrollado una actitud de cautela y desconfianza en la relación personal con otros grupos étnicos. Por ello para desarrollar el taller, se aprovechó la cercanía con Jorge Ávila Antelo presidente AC AMAGINEA con Casa M.A.I.S. y sus albergados para establecer un primer contacto. Así antes de desarrollar el taller, participé en una de las actividades culturales programadas por la asociación en el albergue para observar códigos de conducta y comportamiento de la población e irme familiarizando con ellos para facilitar el posterior desarrollo del taller.

La actividad se dirigió a las albergadas del centro, es su mayoría mujeres adolescentes y adultas con responsabilidades familiares, todas pertenecientes al grupo indígena huichol, todas migrantes forzadas a abandonar su lugar de nacimiento, variaba el tiempo de residencia en el albergue. Hay que destacar que las beneficiarias del taller a pesar de residir en el albergue, con mayor o menor periodicidad seguían manteniendo un contacto con la sierra y con los familiares que allí residían. La primera lengua de este grupo étnico también llamada huichol, pertenece al grupo de lenguas corachol, muchos hablan castellano con dificultad y su castellano está influenciado por el argot popular de México, por lo que hubo que superar las barreras lingüísticas con más lenguaje no verbal y una metodología más práctica que teórica para fomentar el aprendizaje.

Desde "Casa MAIS" y AC AMAGINEA junto con la iniciativa personal se completaron los materiales necesarios para la elaboración y desarrollo del taller. Se utilizó una metodología grupal teórico-práctica, en la cual se explicaba de forma teórica determinado contenido para después realizar un simulacro en el grupo y terminar con una encuesta oral de evaluación y plasmarlo en un mural colectivo. Proceso que se realizó con las diferentes unidades temáticas.

Las unidades temáticas fueron estuvieron orientadas por los siguientes contenidos: heridas, golpes, quemaduras, botiquín, manejo y utilización del instrumental de las constantes vitales (temperatura, pulso, tensión, respiración), atragantamientos y R.C.P. Se utilizó una metodología grupal teórico-práctica, en la cual se explicaba de forma teórica determinado contenido para después realizar un simulacro en el grupo y terminar con una encuesta oral de evaluación y plasmarlo en un mural colectivo. Proceso que se realizó con las diferentes unidades temáticas.

### **RESULTADOS**

Como instrumento de evaluación, se utilizó la evaluación continua. De esta manera, los destinatarios del taller en cada sesión realizaban las prácticas de primeros auxilios con otros participantes, además al final de cada sesión se utilizó la encuesta oral para reafirmar los contenidos aprendidos y fomentar la comunicación entre el grupo. Con el desarrollo del taller se fue realizando un mural colectivo con ilustraciones obtenidas de la publicación "Accidentes, ¿Qué podemos hacer?" del Instituto de la Salud Pública de la Comunidad de Madrid y enriquecido con explicaciones realizadas de cada práctica sanitaria escritas por los mismos beneficiarios para facilitar su comprensión. Gracias al taller se pudo elaborar un botiquín, cuya utilidad se desconocía, no solo se pudo elaborar físicamente sino que se puede utilizar, cuando surja la necesidad, de una manera adecuada. Para lo cual, se nombró una responsable del mismo.

Gracias a este instrumento de evaluación se aportó un conocimiento a los beneficiarios para el abordaje de situaciones de emergencias aprovechando los recursos existentes en su nuevo entorno de una manera óptima, eficaz y eficiente. Con el desarrollo del taller, se aumentó la confianza y disposición de los

beneficiarios a trabajar entre ellos y conmigo, desapareciendo las barreras iniciales. Además estas herramientas, les facilitó a nivel personal y su comunidad una autonomía en sus cuidados básicos que constituyen el primer paso para garantizar el derecho fundamental a la salud. Con este taller además de impartir conocimientos en primeros auxilios, se superan las barreras de la comunicación verbal y corporal con y entre miembros de la población huichol, lo que supone un empoderamiento de la misma en la ciudad de Aguascalientes. A través de estos talleres se potencia un proceso de transculturización que no obliga a abandonar la propia cultura si no a sumar elementos positivos de la nueva que impera en el lugar donde se reside.

### CONCLUSIONES

Esta experiencia me ha hecho reflexionar como abordamos el cuidado de nuestra salud, como influye en esto nuestras raíces culturales, creencias y entorno. Esto genera una gran diversidad tanto en el conocimiento como en la aplicación de los cuidados en salud. Observo que lo que para mí puede ser muy evidente en el abordaje de primeros auxilios en otra cultura se desconoce.

Cuando nos vemos obligados a vivir fuera de nuestro entorno, nuestra salud se empobrece por todos los factores externos que influyen en ella. Creo que la realización de este taller ha sido un granito de arena en el gran desierto, para empoderar a la comunidad indígena huichol en el cuidado de su salud en un entorno que para ellos actualmente es hostil en materia de salud.

### BIBLIOGRAFÍA

SIN AUTOR, Accidentes, ¿Qué podemos hacer? Obtenido en línea de:  
<http://cuidatecv.es/pubs/accidentes-que-podemos-hacer/>

**ID328:**

## ENFERMERA FAMILIAR Y COMUNITARIA O ENFERMERA ESCOLAR EN LOS CENTROS EDUCATIVOS

Maria Antonia Font Oliver<sup>1</sup>, Katya Molinas Mut<sup>2</sup>, Clara Vidal Thomás<sup>3</sup>, Aina MariaMateu Palmer<sup>4</sup>, Francisco José Hernández Arredondo<sup>5</sup>, Maria Jesús Martín Sánchez<sup>6</sup>.

Servei de Salut de les Illes Balears <sup>1,2,3,4,5,6</sup>

[mafont@ibsalut.caib.es](mailto:mafont@ibsalut.caib.es)

### RESUMEN

#### Introducción

Diversos factores han contribuido al incremento de la supervivencia en muchas patologías lo que ha provocado un aumento importante de la cronicidad, la complejidad y la pluripatología en la población infanto-juvenil. La escolarización de estos niños/as hace que necesiten frecuentemente atención sanitaria durante la jornada escolar. Las diferentes comunidades autónomas van implantando diferentes opciones para realizar una atención adecuada a estos niños/as.

#### Objetivos

Describir la organización propuesta en las Illes Balears para la atención de niños/as con problemas de salud que requieren atención sanitaria en el centro educativo (CE) y reflexionar sobre la necesidad de la figura de la "enfermera escolar" vs a la enfermera familiar y comunitaria (EFyC).

#### Desarrollo

Estos años de coordinación entre las dos Consejerías han permitido valorar las ventajas e inconvenientes de las diferentes maneras de atención, priorizando en esta comunidad autónoma la atención a través de la EFyC.

#### Resultados

El protocolo de coordinación está permitiendo una mejor coordinación y atención de estos niños/as.

### ABSTRACT

#### Introduction

Several factors have contributed to the increase of survival in many pathologies, which has caused a significant increase in chronicity, complexity and pluripatology in the infant-juvenile population. The schooling of these children makes them frequently need healthcare during the schoolday. The different autonomous communities are implementing different options to provide adequate care for these children.

#### Goals

Describe the organization proposed in the Balearic Islands for the care of children with health problems that require healthcare in the school (EC) and reflect on the need for the figure of the "school nurse" vs. the family nurse and Community (EFyC).

#### Development

These years of coordination between the two Departments have allowed to assess the advantages and disadvantages of different ways of care, prioritizing in this autonomous community care through (EFyC).

#### Results

The coordination protocol is allowing better coordination and care of these children.

### PALABRAS CLAVE

Enfermedades crónicas, prevención y control, escuela saludable, niños escolarizados, rol enfermera escolar.

Chronic disease/prevention and control, healthschool, schoolchildren, schoolnurse rol

## INTRODUCCIÓN/PRESENTACIÓN

Los avances tecnológicos, la búsqueda científica y las mejoras en la calidad asistencial del sistema sanitario, entre otros factores ha contribuido al aumento de la supervivencia en muchas patologías lo que ha provocado un aumento importante de la cronicidad, la complejidad y la pluripatología en la población general<sup>1</sup> situación de la que no está exenta, la población infanto-juvenil. En algunos casos, las enfermedades crónicas (EC) generan gran morbilidad, alto grado de discapacidad y/o dependencia precisando de cuidados prolongados e intervenciones multidisciplinarias<sup>2</sup>.

De todos los problemas de salud, las EC son las más comunes y costosas. En las últimas dos décadas, la prevalencia de EC en la infancia se ha duplicado, siendo las más frecuentes el asma, la diabetes, el cáncer, la enfermedad cardíaca y los trastornos en salud mental, entre otras.

Desde los centros educativos se puede influir de manera directa en la prevención de estas enfermedades y sus complicaciones a partir de un enfoque coordinado y realizando intervenciones de promoción y educación para la salud a la población infantojuvenil. Se considera el entorno educativo fundamental para realizar intervenciones sobre consejos de vida saludable, juntamente con los entornos familiares y comunitarios en esta población<sup>3,4</sup>.

Centrándonos en los centros educativos, consideramos que el enfoque de intervención no debe basarse únicamente, en la prevención de las EC y sus complicaciones a partir de consejos sobre estilos de vida saludables sino que debe ir más allá dado que el derecho a la escolarización normalizada de niños y niñas con enfermedades crónicas, según la normativa legal vigente, junto con la situación de especial vulnerabilidad que llevan implícita, y la necesidad de atención sanitaria durante la jornada escolar, nos obliga a replantear como están cubiertas las necesidades de estos niños en el ámbito escolar<sup>5,6</sup>.

La atención a niños/adolescentes con EC requiere de una consideración especial en lo que respecta a las necesidades de los niños con enfermedades minoritarias (EM) o genéricamente denominadas enfermedades raras o poco frecuentes. Es preciso detallar ciertos matices en lo que respecta a su abordaje en los centros educativos debido a que son enfermedades crónicas, severas y progresivas. El 50% de estas enfermedades se manifiestan en la primera infancia y el 35% de las muertes se producen durante el primer año de su diagnóstico, el 10% entre 1 y 5 años y el 12% entre los 5 y 15 años. Por mucho que el sistema educativo sea especialmente sensible en la atención a la diversidad, muchos docentes, de escuelas ordinarias, desconocen como intervenir requiriendo de los servicios específicos que les pueden ofrecer los profesionales sanitarios. En estos casos de especial complejidad, es cuando se hace más evidente la falta de coordinación entre el centro educativo, y los diferentes servicios sanitarios: no se prepara adecuadamente la vuelta al colegio después de un ingreso y no se aprovechan los recursos existentes, por lo que la integración de estos niños finalmente depende del grado de implicación del profesorado que en muchos casos no es la deseada dada la alta complejidad de la situación<sup>7</sup>.

En definitiva, cuando hablamos de conseguir una escolarización normalizada de un alumno con patología crónica (compleja o altamente compleja) que requiere de atención sanitaria en el centro educativo están implicados muchos profesionales tanto del ámbito sanitario como del ámbito educativo sin olvidar el papel de la familia y del propio niño, por lo que todos estos agentes deben de estar muy bien coordinados para conseguir que el niño o adolescente tenga una vivencia de su etapa educativa lo más normalizada posible.

Con el objetivo de dar respuesta a la demanda que genera la cronicidad en toda su dimensión, desde los diferentes sistemas de salud surge la necesidad de contar con equipos multidisciplinarios en los que la enfermera cobra especial protagonismo definiéndose así nuevos roles para poder prestar cuidados avanzados en la atención a pacientes crónicos complejos<sup>1</sup>.

En los diferentes servicios de salud del Sistema Nacional de Salud español, se están incorporando enfermeras que desempeñan estos roles aunque no de forma equitativa en todo el Estado y con el desarrollo deseado, surgiendo así enfermeras de práctica avanzada como son la enfermera de enlace o la enfermera gestora de casos<sup>8,9</sup>.

En lo referente a la educación para la salud y la atención a la cronicidad en la infancia y adolescencia en los centros educativos, además de los roles nombrados anteriormente, uno de los roles que aparece como alternativa para dar respuesta a las necesidades del alumnado con EC, es el de la denominada "enfermera escolar"<sup>10</sup>.

Por ello, este trabajo pretende realizar un análisis y una propuesta de organización que permita a las sociedades científicas, colegios profesionales y autoridades sanitarias llegar a un consenso en la mejor atención de niños y adolescentes con enfermedades crónicas durante su etapa de escolarización ordinaria. Además, pretende analizar la definición del rol profesional enfermero en el ámbito educativo que no incurra en posibles intrusismos profesionales, conflictos legales e incoherencias con las propuestas de las diferentes estrategias del SNS para así, facilitar la toma de decisiones en base a la evidencia y a las necesidades de la población.

### **OBJETIVOS (DE LA EXPERIENCIA)**

1. Reflexionar sobre la necesidad de la figura de la "enfermera escolar" versus la enfermera familiar y comunitaria (EFyC) como profesional más indicado en la atención a estos niños/as.
2. Describir la organización propuesta en las Illes Balears para la atención de niños/as con problemas de salud que requieren atención sanitaria en el centro educativo.

### **DESARROLLO**

#### Objetivo 1-

La reflexión sobre la necesidad de enfermera escolar o EFyC se ha realizado a partir de los siguientes pasos:

1. Revisión de la literatura científica internacional y de la literatura del ámbito educativo  
Para llevar a cabo la revisión de la literatura científica sobre el rol de la enfermera en los centros educativos se ha realizado una búsqueda a través de las bases de datos Pubmed, Cinhal, y Cuiden acotando el intervalo de tiempo a los últimos 5 años a partir de las palabras claves : chronicdisease/prevention and control, healthschool, schoolchildren, schoolnurse rol. De los 119 artículos encontrados se han seleccionado 9 por su interés.  
La revisión bibliográfica en el ámbito educativo se ha realizado mediante una búsqueda en las bases de datos bibliográficos del CSIC.  
Dada la problemática se ha utilizado literatura gris para profundizar en el análisis sobre las necesidades de cuidados enfermeros en el ámbito escolar.
2. Revisión de la normativa legal vigente en el contexto español  
Se ha revisado la normativa legal vigente de España y de las diferentes comunidades autónomas sobre competencias de la enfermera y atención de niños y adolescentes con enfermedades crónicas en los centros educativos.
3. Análisis de los discursos generados por un grupo de expertos sobre la situación en las Islas Baleares en la atención de niños y jóvenes con patología crónica en los centros educativos.

El análisis se ha realizado mediante la utilización de una técnica de investigación en aula para conocer la realidad percibida sobre cómo se estaba realizando la atención de alumnos con enfermedades crónicas en los centros educativos. Posteriormente se ha procedido al análisis y propuesta de mejora. Este grupo de expertos forma parte de la subcomisión creada entre las consejerías de salud y de Educación

#### Objetivo 2-

La propuesta de organización se describe en el "Protocolo de comunicación y atención de niños y jóvenes con problemas de salud crónicos en el centro educativo". Elaborado por la "Subcomisión técnica de atención en salud a los centros educativos de las Islas Baleares".

Se inicia su implementación a partir del curso 2016-17 en el que se incorporan las mejoras propuestas por el grupo de expertos en base a los siguientes principios.

1. La gestión de la complejidad de la cronicidad en la infancia, en cualquier ámbito en el que se encuentre el niño debe realizarse bajo el modelo de práctica avanzada mediante la figura de enfermera gestora de casos comunitaria (EGCC).
2. Los profesionales sanitarios que realicen intervenciones en los centros educativos serán los equipos (pediatra y enfermera de AP) de los centros de salud de referencia de los centros educativos en coordinación con los equipos sanitarios de los centros de salud de referencia del niño/adolescente y con la EGCC. En los casos de baja complejidad, los equipos de AP decidirán si asumen la función de coordinación o lo derivan a la figura coordinadora de casos (ver apartado 3.b).

3. La mejora del modelo implica potenciar la coordinación entre las consejerías de educación y salud
  - a. La transmisión de información durante la coordinación de casos debe realizarse según la LO 15/1999, de 13 de diciembre de protección de datos por lo que se define la clausula de confidencialidad y el procedimiento de registro y comunicación de caso.
  - b. Se crea una figura coordinadora de casos para coordinar a los agentes implicados en la atención sanitaria del alumnado con EC compleja o altamente compleja y al personal del centro educativo implicado.
  - c. Se establece un modelo de coordinación en el que todos los agentes implicados (representantes de las consejerías de salud y educación, del Centro de Atención Primaria para el desarrollo infantil (CAPDI), del Programa Alerta Escolar, del servicio de emergencias del 061 y del Instituto Balear de Salud Mental de la Infancia y Adolescencia) participan activamente, liderado por la figura coordinadora de casos.
  - d. Se establece un modelo de intervención en el que todos los agentes implicados en la asistencia a niños y jóvenes con EC en los centros educativos (EAP, pediatras de hospital, profesores y otros profesionales de los centros educativos junto con las familias y alumnado implicado) participen activamente mediante comisiones interdisciplinares en los Centros Educativos, liderado por la EGCC.

## RESULTADOS

### Objetivo 1.

1. Resultados de la revisión bibliográfica y de la revisión de la normativa legal vigente en el contexto español.

Durante la última década diferentes países han ido instaurando progresivamente el rol de “enfermera escolar”, se han definido sus funciones, competencias y ámbito de actuación. Algunos autores defienden el papel de “la enfermera escolar” en artículos diversos tanto en la promoción y educación para la salud como en la prevención y tratamiento de diferentes enfermedades crónicas <sup>11, 12, 13, 14, 15</sup>.

Cabe destacar la baja calidad metodológica de los artículos consultados, la escasez de artículos que definan la responsabilidad de esta figura en la prestación de servicios en salud escolar así como la escasez de evaluaciones rigurosas documentadas sobre el impacto de las enfermeras escolares en la salud de los estudiantes <sup>13, 16</sup>.

En los últimos años en España, están surgiendo iniciativas promovidas por diferentes organizaciones y sociedades científicas en las que se definen las competencias de las “enfermeras escolares” y reclaman este rol profesional para atender la demanda de los niños y adolescentes con EC en los centros educativos<sup>17</sup>.

Si nos referimos al marco legal, encontramos que la normativa actual atribuye la mayoría de las funciones que dichas iniciativas otorgan al rol profesional de “enfermera escolar”, a la Enfermera de Atención Primaria y/o a la enfermera familiar y comunitaria (Ley general de Sanidad, Circular 5/90 de INSALUD, Ley de Ordenación de las profesiones sanitarias, Orden SAS sobre programa formativo de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria) y surgen propuestas que instan a las autoridades sanitarias a que determinen la enfermera de práctica avanzada en la figura de la enfermera gestora de casos para avanzar en el desarrollo de unas competencias unificadas y alineadas con el marco competencial y legal actual<sup>6, 18, 19, 20, 21, 22</sup>.

La realidad es que diferentes comunidades autónomas han elaborado e implementado diferentes protocolos y/o normativas para realizar una atención adecuada a estos niños/as regulándola desde un marco legal propio donde se evidencian puntos en común como: que las acciones en materia de salud escolar requieren de una coordinación entre los departamentos competentes en educación y salud y un punto totalmente divergente que es el de cómo y qué perfil profesional debe liderar dicha coordinación. Apareciendo, en este sentido, dos modalidades diferentes: modelos que atribuyen las competencias de atención en los centros educativos a los profesionales de los centros de salud vinculados a los centros educativos y que dependen de la consejería de sanidad <sup>23, 24, 25</sup> y por otra parte, modelos que atribuyen dichas competencias a personal sanitario dependiente de la consejería de educación, llegando a mal definir (en contraposición a lo que establece la Ley 44/2003 LOPS) el concepto de personal sanitario en



una orden, al detallar que “personal sanitario son: fisioterapeutas, diplomados en enfermería y auxiliares de enfermería”<sup>26</sup>.

Ante esta realidad emergente diversa, y contrapuesta en sus principios legales y competenciales, la cronicidad en la infancia está llegando a tal magnitud que requiere de un análisis profundo sobre que recursos son los necesarios para poder dar respuesta a una necesidad que va en aumento y que no solo compete al ámbito sanitario. El ámbito de la educación no está al margen de este análisis dado que los niños con patología crónica tienen los mismos derechos a la educación reflejado en un amplio marco legislativo sobre atención a la diversidad inclusiva que ha evolucionado desde que se inicia en los artículos 27.1 i 27.4 de la constitución española y finaliza en L. O. 2/2006 de 3 de mayo de educación que detallan que los poderes públicos deben garantizar el derecho de todos a la educación con la participación efectiva de todos los sectores afectados<sup>5</sup>.

## 2. Resultados del análisis de los discursos generados por el grupo de expertos:

Se inicia la discusión partiendo de la trayectoria que se había seguido durante los últimos años (desde el 2006 hasta el 2015) vehiculizada por decisiones diversas que habían provocado que convergieran diferentes modalidades de atención en los centros educativos. Se identifican tres modalidades vigentes.

1. Existen experiencias puntuales de "enfermera escolar" en dos centros educativos.
2. Existen experiencias puntuales en varios centros educativos donde las familias asumen la atención de sus hijos en el centro educativo previo acuerdo con el equipo directivo del centro educativo.
3. El modelo más prevalente consiste en que los casos detectados son atendidos y coordinados desde el centro de salud de referencia del centro educativo bajo una estrecha colaboración entre la Consellería de Educación i Universidad y la Conselleria de Salut.

Dicha colaboración conduce a:

- La publicación de diversos documentos, programas formativos para el profesorado (programa de primeros auxilios y diabetes en la escuela)<sup>27,28</sup> y normas elaboradas conjuntamente y publicitadas en las diferentes páginas web y intranets de las dos consejerías
- Se establece un convenio de colaboración con la asociación de personas con diabetes de les Illes Balears (ADIBA)

Paralelamente y para dar respuesta a necesidades concretas de mayor complejidad de la población infantil en los centros educativos se implementan dos programas surgidos de iniciativas personales de dos pediatras: Se crea el Centro CAPDI, servicio capaz de coordinar, planificar y gestionar eficazmente los recursos sanitarios en menores con trastornos del neurodesarrollo o con riesgo de padecerlo y sus familias y el Programa de Alerta Escolar que consiste en formación específica sobre atención a niños con enfermedades que podrían causar una emergencia con peligro de muerte inminente en el centro educativo y coordinación con los equipos de emergencia (061 y 112).

Ante esta situación, el grupo de expertos detecta aspectos de mejora del modelo más prevalente en la coordinación y atención de casos por lo que en el curso 2015-16 se crea una Subcomisión para abordar la mejor manera de atender a estos niños/as y mejorar la coordinación entre todos los agentes implicados. Dicha subcomisión integra a todos los profesionales que lideraban los programas y participaban en la coordinación descrita en el párrafo anterior.

### Objetivo 2.

A continuación detallamos los resultados (provisionales) obtenidos del primer trimestre del curso actual (2016-2017) solo en la Isla de Mallorca desde la puesta en marcha del Protocolo:

En Mallorca disponemos de 45 Centros de Salud y 448 Centros educativos de educación ordinaria de infantil, primaria y secundaria.

Han precisado coordinación de caso por su complejidad el 12'7% del total de alumnado que tenemos identificado con EC diversa (895 casos). El resto, 87,3% han sido coordinados por los equipos sanitarios de los CS de referencia. Dichos alumnos cursan sus estudios en 202 centros Educativos de Mallorca.

La mayoría de CS (91,1%) han realizado formación específica al profesorado de los centros de sus zonas básicas de salud.

La asistencia sanitaria directa a estos niños se ha realizado cuando ha sido precisa desde el CS de referencia del CE.

Los tipos de intervenciones que han realizado el personal sanitario consisten en:

1. Acompañamiento, asesoramiento y formación al profesorado
2. Intervenciones individuales a niños con EC en función de sus necesidades.
3. Participación en comisiones de salud o de seguimiento de casos de los centros educativos.

El trabajo coordinado de la subcomisión ha propiciado mejoras en la formación del profesorado y en la detección de casos del programa Alerta Escolar:

Durante el curso 2015-2016 se presentaron 60 solicitudes de formación de diferentes Centros educativos. Se formaron un total de 215 docentes y 6 Auxiliares técnicos educativos.

Sobre los casos registrados observamos que desde el inicio de implementación del protocolo se han registrado en un solo trimestre más casos que los registrados durante todo el curso anterior:

Curso	Casos registrados
2014-2015	147
2015-2016	235
Primer trimestre 2016-2017	259
	TOTAL: 641

### CONCLUSIONES

Estos años de coordinación entre las dos Consejerías han permitido valorar las ventajas e inconvenientes de las diferentes maneras de atención, priorizando en esta comunidad autónoma la atención a través de los CS de referencia a los CE. El protocolo de coordinación parece que está permitiendo una mejor coordinación, detección y atención de estos niños/as, aunque la evaluación final del mismo se hará al finalizar el curso escolar.

Cabe destacar la escasez de artículos que definan la responsabilidad en la prestación de servicios de salud de las llamadas "enfermeras escolares", por ello no creemos conveniente instaurar la figura de enfermera escolar hasta contar con la evidencia suficiente y un marco legal consistente que permita desarrollar las competencias que se les atribuye con total seguridad (tanto para las enfermeras como para la población escolar) y eficacia. Dichas competencias, actualmente y en el marco español, están atribuidas a las enfermeras de AP y a las enfermeras especialistas en Atención familiar y comunitaria.

Consideramos que las decisiones de las autoridades políticas en materia de Salud y enfermedad deben ser tomadas en base a la evidencia por ello urge la necesidad de realizar evaluaciones rigurosas documentadas sobre el impacto que provocan los diferentes modelos que actualmente se están aplicando en todo el estado español en la salud integral y prevención de complicaciones de los estudiantes con EC. Las sociedades científicas y las organizaciones colegiales tienen un papel relevante y influyente en dichas decisiones por lo que deben garantizarlas promoviendo una toma de decisiones basadas en la evidencia.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Ferrer C, Orozco D, Román P. Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de salud. Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. Madrid 2012. Disponible en [http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA\\_ABORDAJE\\_CRONICIDAD.pdf](http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf)
2. Palau f. Estrategia de enfermedades raras del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. Madrid 2013. Disponible en [http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Estrategia\\_Enfermedades\\_Raras\\_SNS\\_2014.pdf](http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Estrategia_Enfermedades_Raras_SNS_2014.pdf).
3. wycoff-hom, Caravella TJ. How do health policies affect my health: A performance task for high school. J SchHealth. 2011 May; 81 (5): 288-93.
4. Estrategia de promoción de la salud y prevención del SNS. Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. Madrid 2012;
5. Ley Orgánica 2/2006 de 3 de Mayo de educación. (Boletín Oficial del Estado, número 106, de 04-05-2006).
6. Fernandez M, Grau C. Necesidades educativas, asistenciales y sociales especiales de los niños con enfermedades minoritarias: propuesta para una atención interdisciplinar. Revista nacional e internacional de educación inclusiva ISSN (impreso): 1889-4208. Volumen 7, Número 3, noviembre 2014
7. Sánchez Martín, I. Cronicidad y complejidad: nuevos roles en enfermería. Enfermeras de practica avanzada y paciente crónico. EnfermClin 2014;24:79-89

8. Servicio Canario de salud. Perfil de la enfermera comunitaria de enlace. Dirección General de Programas Asistenciales. Servicio de Atención Primaria, planificación y evaluación. [fecha de acceso 1 de febrero de 2017] Disponible en: [http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/9f355583-ed42-11dd-958f-c50709d677ea/Perfil\\_ECE.pdf](http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/9f355583-ed42-11dd-958f-c50709d677ea/Perfil_ECE.pdf)
9. Servicio Andaluz de salud. Manual de gestión de casos en Andalucía: enfermeras gestoras de casos en Atención Primaria. Dirección Regional de Desarrollo e Innovación en Cuidados. [fecha de acceso 1 de febrero de 2017] Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0245.pdf>
10. La necesidad de las enfermeras escolares en los centros educativos. Dicen. Diario independiente de contenido enfermera. 2016 [fecha de acceso 13 de febrero de 2017] disponible en: <http://www.diariodicen.es/201611/la-necesidad-de-las-enfermeras-escolares-en-los-centros-educativos/>
11. [Berquist MJ](#). Understanding type 2 diabetes in students with obesity and the role of the schoolnurse. [NASN SchNurse] 2015 Mar; Vol. 30 (2), pp. 81-4.
12. Shimizu F, Katsuda H. Teachers' perceptions of the role of nurses: Caring for children who are technology-dependent in mainstream schools. (JAPAN J NURS SCI), Jan2015; 12(1): 35-43. (9p)
13. (Rodriguez E, Rivera D, Perloth D, Becker E, Wang N E, Landau M. SchoolNurses' Role in Asthma Management, School Absenteeism, and Cost Savings: A Demonstration Project (J SCH HEALTH), Dec2013; 83(12): 842-850. (9p)
14. Godson R. Making sure that local authorities are aware of schoolnurses' role. (BR J SCH NURS), Sep2013; 8(7): 346-348.
15. Mastrogiannis D, Deltsidou A, Poulanka M A, Gesouli-Voltyraki E, Fouka G, Plakas S, Mantzorou M. Exploring educationalists' views on the need for schoolnurses in secondary schools in Greece. (BR J SCH NURS), Jul/Aug2013; 8(6): 303-307. (5p)
16. Lee R, The role of schoolnurses in delivering accessible health services for primary and secondary school students in Hong Kong. (J CLIN NURS), 2011 Sep; 20(19/20): 2968-2977. (10p)
17. Ortiz M, Avila JA, Fernandez F, Garcia-Caro Y, Medina JL, Juarez F et all. Perfil profesional de la enfermera escolar. Sociedad científica española de enfermería escolar. 2009. [fecha de acceso 1 de febrero de 2017] Disponible en: <http://www.fedesp.es/bddocumentos/9/PERFIL-DE-LA-ENFERMERA-ESCOLAR.PDF>
18. Ley 14/ 1986 de 25 de Abril General de Sanidad (Boletín oficial del estado, número 102, de 29-04-86).
19. Circular 5/90 de 18 de junio de INSALUD sobre la Organización de la Actividad de enfermería en AP.
20. Ley 44/2003 de 21 de Noviembre de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (Boletín Oficial del Estado, número 280, de 22-11-2003).
21. Orden SAS de 17 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria (Boletín Oficial del Estado, número 157, de 29-06-2010).
22. Álvarez JL, Espejo F, Ferrer C, Lifante Z, Martínez A, Miguélez A. Las enfermeras comunitarias ante las necesidades de las personas en el siglo XXI. Federación de Asociaciones de enfermería comunitaria y atención primaria. [fecha de acceso 1 de febrero de 2017] Disponible en: <http://www.faecap.com/noticias/show/las-enfermeras-comunitarias-ante-las-necesidades-de-salud-de-las-personas-con-problemas-cronicos>.
23. Resolución de 1 de septiembre de 2016, por la cual se dictan instrucciones y orientaciones de atención sanitaria al alumnado con problemas de salud crónica en horario escolar, la atención a la urgencia previsible y no previsible, así como la administración de medicamentos y la existencia de botiquines en centros escolares (Diario Oficial de la Comunitat Valenciana , Número7865, de 05-09-2016).
24. Resolución de 08 de abril de 2011, por la que se regula la cooperación entre los centros docentes no universitarios sostenidos con fondos públicos y los centros de salud de la comunidad autónoma de Castilla-La Mancha, y de establecen los procedimientos de vinculación entre ambos centros. [2011/5866]. (Diario Oficial de Castilla-La Mancha, número 73, de 14-04-11).
25. Resolución de 22 de mayo de 2015, conjunta de las Consejerías de sanidad y de educación, Cultura y Deporte, por la que se establecen estrategias en materia de salud escolar. (Boletín Oficial del Principado de Asturias, número 128 de 4-04-15).



26. Orden de 23 de julio de 2014, conjunta de la Consejería de Sanidad y de la Consejería de Educación, Juventud y Deporte, por la que se establece la colaboración entre ambas para la atención sanitaria de alumnos escolarizados en centros educativos públicos de la Comunidad de Madrid que presentan necesidades sanitarias de carácter permanente o continuado. (Comunidad de Madrid)
27. Font, MA, Sánchez F, Vidal C, Ferrer G. Protocol de primersauxilis i altresproblemes de salutals centres educatius. Palma de Mallorca. Centre d'edició i distribució. Serveid'Innovació Educativa; 2011
28. Govern de les Illes Balears. La diabetis infantil a l'escola. Orientacions per al professorat. [fecha de acceso 1 de febrero de 2017]. Disponible en: [http://weib.caib.es/recursos/diabetis\\_escola/guia.htm](http://weib.caib.es/recursos/diabetis_escola/guia.htm)

**ID343:**

## PROYECTO DE AUTOFORMACIÓN PARA FOMENTAR LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA ENTRE LOS PROFESIONALES DE UN CENTRO DE SALUD DE UNA ZONA URBANA

Beatriz Acedo Castro<sup>1</sup>, Yasmina María Pulido García<sup>1</sup>, Laura Hebeisen Andrés<sup>1</sup>, Alberto Cotillas Rodero<sup>1</sup>, Mónica Alguacil Pulido<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Unidad Docente Multidisciplinar de Atención Familiar y Comunitaria. Dirección Asistencial Sur. Gerencia de Atención Primaria. Servicio Madrileño de Salud.

<sup>2</sup>Dirección Asistencial Sur. Gerencia Asistencial de Atención Primaria. Servicio Madrileño de la Salud, Parla, Madrid.

[beatriz.acedo@salud.madrid.org](mailto:beatriz.acedo@salud.madrid.org)

### RESUMEN

La práctica comunitaria es inherente al concepto de Atención Primaria de Salud (APS) pero se realiza de forma deficitaria, a pesar de ser una estrategia basada en la evidencia. Existe una escasa formación en este ámbito, por lo que se ha desarrollado un proyecto autoformativo que pretende impulsar la práctica comunitaria aportando herramientas y estrategias para facilitar la participación de los profesionales.

Para ello, se crea un grupo de trabajo compuesto por especialistas y residentes de enfermería y medicina familiar y comunitaria. Se planificaron reuniones mensuales documentadas y finalmente se diseñó una estructura con un total de 9 sesiones donde se impartieron los temas troncales de la materia, utilizando posteriormente un método evaluativo participativo.

Mejorar la formación resulta fundamental para fomentar la actividad comunitaria. Los programas de autoformación son una herramienta de fácil aplicación donde podemos compartir saberes y dinamizar la instauración de una práctica comunitaria.

### PALABRAS CLAVE

Participación comunitaria, Educación continua, Atención Primaria de Salud

### INTRODUCCIÓN/PRESENTACIÓN

La participación comunitaria es un componente esencial para la consecución de una Salud para Todos. Objetivo que ya se marcó en 1998 en la Asamblea Mundial de la Salud de la OMS<sup>1</sup>, años después de la Conferencia de Alma Ata donde se define la estrategia de Promoción de la Salud en la que se basa y se debe sustentar la Atención Primaria<sup>2</sup>.

Es una herramienta necesaria para abordar problemas de salud en un ámbito biopsicosocial tan acorde con las necesidades de nuestro tiempo. En este siglo, nos enfrentamos a problemas de salud mucho más complejos que derivan de los estilos de vida y del tipo de sociedad en la que vivimos. Salud y, educación, cultura, vivienda, renta, empleo, apoyo social o desigualdad están estrechamente relacionados. Ya no existe una unicausalidad estrictamente biológica en el deterioro de la salud<sup>3,4</sup>.

Esto exige nuevas formas de abordar los diferentes problemas de salud, allá donde no llega la farmacología o la técnica, buscando actuar sobre las causas y determinantes del proceso de la enfermedad<sup>3</sup>.

En definitiva, la práctica comunitaria es inherente al concepto de Atención Primaria de Salud (APS) pero se realiza de forma deficitaria, a pesar de ser una estrategia reconocida y basada en la evidencia. Según la IUHPE, existe evidencia científica suficiente para afirmar que la estrategia de Promoción de la Salud contribuye a mejorar la salud y prevenir la enfermedad<sup>5</sup>.

Por otro lado, las principales agencias de salud mundiales han desarrollado apartados específicos en sus webs para almacenar dichas evidencias e incluso existen exámenes sistemáticos que evalúan la evidencia de eficacia posteriormente traducida a una recomendación o nivel de hallazgo de evidencia<sup>6</sup>.

¿Por qué no se hace actividad comunitaria? La bibliografía coincide en que son varios los problemas que frenan su desarrollo.

Por un lado, existe limitaciones procedentes del marco contextual que envuelve el actual sistema sanitario. En un primer lugar existe una fuerte barrera política, muy relacionada con el neoliberalismo, la hegemonía del mercado y el valor del consumismo<sup>3,4</sup>. Nos encontramos inmersos en un sistema sanitario enfocado a lo tecnológico que da importancia a lo patológico y se olvida del valor de la Estrategia de Promoción de la Salud como herramienta para un bienestar global<sup>3</sup>. Un indicativo de esto es la mínima dotación presupuestaria dedicada a este tema<sup>4,6</sup>. El actual modelo de Atención Primaria no representa el papel central que debería tener en el Sistema Nacional de Salud<sup>4</sup>.

También el entorno de la sociedad representa una limitación en su complejidad y amplia fragmentación, potenciada por un proceso de desmovilización social así como por la deficiente capacitación y empoderamiento de la población<sup>3,4</sup>. Se da mayor valor a soluciones inmediatas, biologicistas, farmacológicas y puramente asistenciales. El individuo se ha convertido en un mero consumidor o cliente y no en un coproductor de su propia salud<sup>3</sup>.

Por otro lado las limitaciones pertenecen al ámbito interno de la organización, que proviene en parte de los propios profesionales y de su deficiente formación<sup>3,4,6,7</sup>. Existen carencias en el conocimiento de necesidades y recursos de la comunidad, en la preparación de dinámica grupal, metodología de implantación de Actividades Comunitarias Para la Salud y participación comunitaria<sup>4</sup>. El escaso desarrollo de investigación y publicaciones así como la falta de preparación del profesional conduce inevitablemente al déficit de la práctica comunitaria<sup>4,7</sup>. En general, no contamos con profesionales motivados y comprometidos en esta tarea, se consideran prioritarios otros aspectos más técnicos y asistenciales y existe una actitud escéptica hacia la efectividad de estas tareas<sup>4,7</sup>.

A esto hay que sumarle lo miedos, la inseguridad y la pérdida de liderazgo del profesional dentro de una sociedad que ya no confía en la información y educación que recibe de su referente en salud<sup>7</sup>.

Por otra parte está la organización del centro de salud en que se encuentra el profesional. La rigidez en la gestión y distribución de tareas, la sobrecarga de trabajo y masificación de los servicios y la deficiencia en el sistema de registro de actividades comunitarias, dificultan la puesta en marcha de una actividad comunitaria así como la ausencia de una red profesional que favorezca el intercambio, la cooperación, la reflexión o la creación de líneas estratégicas<sup>4,6</sup>.

En resumen, tenemos dos barreras a las que hacer frente: una barrera externa, difícil de modificar desde nuestra posición y escalón; y una barrera organizativa interna donde nos encontramos y desde donde se puede comenzar a actuar.

Entre las propuestas para el desarrollo de las actividades comunitarias la que significaría empezar la casa por los cimientos y no por el tejado, es la potenciación de la formación entre los profesionales de Atención Primaria. Las revisiones y estudios disponibles apoyan esta necesidad e inciden en que se debe proporcionar formación en los enfoques y planteamientos metodológicos para favorecer los procesos de participación comunitaria, conocer los recursos y demografía de la zona básica de salud y plantear programas de intervención conjuntos.

La formación del equipo de Atención Primaria es la propuesta de mejora en las que más podemos intervenir y el motor que nos permitirá solventar los demás problemas y limitaciones. Si no tenemos profesionales formados, difícilmente se podrá avanzar hacia una actividad comunitaria. Nuestro punto de partida es la formación y por eso desarrollamos un proyecto autoformativo que integra todos los aspectos necesarios para conocer y ser capaz de desarrollar una actividad comunitaria.

### OBJETIVOS (DE LA EXPERIENCIA)

El objetivo general de la acción formativa es impulsar la práctica comunitaria mediante herramientas y estrategias que fomenten la motivación de los profesionales por participar en proyectos comunitarios con un aprendizaje en común, interdisciplinar e intersectorial.

Los objetivos específicos planteados son:

- Analizar la importancia del contexto social en la salud de las poblaciones y en sus modos de enfermar.
- Comprender el concepto de participación comunitaria para acercar nuestro trabajo a la comunidad.
- Reflexionar sobre nuestro papel como profesionales sanitarios en la comunidad y en los procesos participativos.
- Definir los elementos del “Análisis de la situación de salud” como método para identificar problemas de salud en una comunidad determinada.
- Reorientar el enfoque profesional del modelo de déficits al modelo de activos mediante la teoría salutogénica.
- Identificar activos individuales y comunitarios mediante distintas herramientas.
- Ilustrar los pasos necesarios para desarrollar un proceso comunitario.
- Conocer experiencias de orientación comunitaria que puedan convertirse en “ejemplos de buena práctica profesional”.
- Compartir materiales y recursos útiles para el trabajo comunitario en atención primaria.
- Analizar el contexto comunitario donde está nuestro centro de salud, así como sus problemas específicos.

### DESARROLLO

La elaboración del proyecto, el diseño, la planificación de contenidos, la metodología y evaluación provienen de la creación de un grupo de trabajo cuyos miembros son además las figuras docentes de la actividad autoformativa.

En total, participaron 14 profesionales del Centro de Salud, de los cuales 2 son profesionales de enfermería, 4 son médicos especialistas, 2 son residentes de enfermería y 6 son residentes de medicina, todos ellos de la especialidad de atención familiar y comunitaria. Los componentes del grupo de trabajo cuentan con diferentes grados de formación, tanto pregrado como formación continuada postgrado, con conocimientos y experiencias muy variables respecto al trabajo comunitario. Por otro lado, tienen en común un gran interés en el enfoque comunitario de la salud.

El proyecto de autoformación se planificó a partir de una puesta en común y se definió la actividad como formación continuada dirigida a los profesionales de los Equipos de Atención Primaria, sanitarios y no sanitarios.

Para la puesta en marcha el grupo de trabajo planificó reuniones mensuales documentadas donde se revisó bibliografía y se compartieron experiencias comunitarias que inspiraron y dieron forma al proyecto. Se establecieron los temas primordiales, los objetivos de aprendizaje y los contenidos de la formación.

Se convocó para este curso y reflexión colectiva, a los profesionales de los centros de salud del territorio donde se origina e imparte la formación. Tanto médicos, como enfermeros y auxiliares, pasando por sectores no clínicos dentro del equipo de Atención Primaria, como personal administrativo y de limpieza. El Centro de Salud de San Blas, en la localidad madrileña de Parla es el centro donde se lleva a cabo el proyecto y las sesiones formativas, pero se oferta también a profesionales de otros centros.

La formación consta de exposiciones participadas, en las que los docentes explican los conceptos fomentando la reflexión colectiva sobre ellos. Además se utiliza la discusión y el caso. En algunos de los

apartados se realizan también ejercicios prácticos para mostrar cómo sería la aplicación en el barrio y aportar conocimiento experiencial y habilidades.

Se diseñó una estructura del curso dividida en dos sesiones por semana de 1 hora de duración y un total de 9 sesiones. Se imparten los martes y jueves del mes de Marzo de 2017, en el horario de 14 a 15 horas, para facilitar la asistencia a los profesionales del turno de mañana y tarde. Los recursos materiales que se utilizan son la sala de reuniones en el Centro de Salud con mobiliario movable, ordenador con proyector, pizarra, rotafolios y rotuladores. La práctica correspondiente a mapeos de activos se desarrolla en parte en la calle del barrio correspondiente.

Los contenidos de la actividad de autoformación planificados fueron:

- Determinantes de la salud y vulnerabilidad.
- Participación Comunitaria en salud.
- Cómo realizar un diagnóstico de salud.
- Salutogénesis y perspectiva de activos para la salud.
- Cómo pasar a la acción para un proceso comunitario
- Ejemplos de actividades comunitarias y recursos.
- ¿Cómo es nuestra comunidad? Demografía y datos de nuestra zona básica de salud.

## RESULTADOS

La evaluación de la estructura y procesos alcanzados se ha planificado en la última sesión mediante una evaluación participativa, en concreto con una diana de evaluación. Se trata de un método de evaluación gráfica en la que los participantes pueden expresar rápida y visualmente su opinión sobre diversos aspectos de la formación. Se trata de colocar una diana en la pizarra y dividirla en los aspectos a evaluar. Cada participante colocará un punto en cada una de las partes de la diana, poniéndolo más cercano al centro cuanto más positiva sea su valoración. Una vez se completa la diana, se debaten los resultados con los participantes. Con este método de evaluación se promueve la participación activa de todos los asistentes al curso y además suelen surgir las propuestas de mejora en el debate final, enriquecidas por ser propuestas conjuntas.

La evaluación de resultados se realizará mediante la creación del grupo motor de un proyecto de intervención comunitario.

Se ha presentado la documentación necesaria para su acreditación por la Conserjería de Sanidad de la Comunidad de Madrid como Actividad de Carácter Presencial de Formación Continuada de Profesiones Sanitarias. Para ello, se añadirá también una evaluación según el formato específico que exige toda actividad acreditada de formación continuada en la Comunidad de Madrid.

## CONCLUSIONES

La falta de formación en la práctica comunitaria es una necesidad percibida por los profesionales de la APS y documentada como una de las limitaciones que frenan el desarrollo de esta actividad en la Atención Primaria.

Mejorar esta formación es una propuesta generalizada y compartida que resulta fundamental para fomentar e impulsar una salud para todos desde el ámbito comunitario. Aumentaría la cantidad de actividad, que a su vez justificaría la necesidad de ser incluida en la gestión del tiempo, en la movilización de recursos y presupuestos.

Produciría además un efecto potenciador sobre la motivación, la implicación, el compromiso y la posibilidad de empezar a tejer red con el resto de recursos del territorio, compartiendo con ellos la formación.



En definitiva, los programas de autoformación son una herramienta de fácil aplicación, no instaurados hasta el momento, donde podemos compartir saberes, reflexionar y cooperar en la elaboración de estrategias de promoción de la salud para fomentar la actividad comunitaria.

#### **BIBLIOGRAFÍA**

1. Organización Mundial de la Salud. Salud para todos en el siglo XXI. El marco político de salud para todos de la Región Europea de la OMS. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo;1999.
2. Estrategia mundial de salud para todos en el año 2000. Geneve: OMS;1981.
3. Ruiz-Gimenez JL. Futuro de las actividades comunitarias en salud. Comunidad Septiembre 2016;2 (18):2
4. Ruiz-Gimenez JL et al. Reflexiones sobre lo comunitario en nuestro sistema sanitario. Atención Primaria 2006;38(8): 421-4
5. IUHPE. La Evidencia de la eficacia de la Promoción de la Salud. Configurando la Salud Pública en una Nueva Europa. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. 2000
6. Alvarez Muñoz B, Cofiño Fernández R, Fernández Rodríguez S, Hernández Alba R. Promoción de la Salud basada en la evidencia: ¿Realmente funcionan los programas de salud comunitarios? Aten Primaria. 2005;35(9): 478-83
7. Documento Oficial de la Sociedad Asturiana de Medicina Familiar y Comunitaria (samfyc) sobre Actividades Comunitarias en Atención Primaria. [acceso: Febrero 2017] Disponible en: <http://www.samfyc.org/documentos/organizac.pdf>

**ID357:****MANEJO DE LA DEMANDA NO PROGRAMADA MEDIANTE LA ENFERMERÍA DE ALTA RESOLUCIÓN**Alba Noriega Pérez <sup>1</sup>, Carlos Miguel Sanz Vega<sup>1</sup>

1. C.S El Coto, Area V: Gijón.

[albanoriega@gmail.com](mailto:albanoriega@gmail.com)**RESUMEN**

El aumento de la demanda no programada es uno de los problemas que más crece y recursos consume en Atención Primaria. La Consulta de Enfermería de Alta Resolución (CEAR) consiste en la resolución de patologías agudas autolimitadas o de baja complejidad por parte de una enfermera formada específicamente.

El objetivo de nuestra revisión bibliográfica es conocer la situación de la CEAR en España y comparar sus resultados con los de otros países.

La revisión se ha realizado mediante la búsqueda de los términos clave en los tesauros MESH y DESC, obteniendo las referencias bibliográficas de Pubmed, Dialnet y Cochrane.

Los resultados en nuestro país concuerdan con los obtenidos en otros países.

Este modelo de gestión de la demanda ayuda a afianzar el papel de la enfermera como entrada principal al sistema sanitario y otorga un nuevo campo de actuación y crecimiento para la enfermería.

**ABSTRACT**

The increase in unscheduled demand is one of the biggest problems to solve in Primary Health Care. The Nursing Consultation consist of dealing with self-limited or low complexity acute illness by a specific trained nurse.

The aim of our review is to know the state of Nursing Consultation in Spain and to compare the results with other countries ones.

The review has been carried out by searching the keywords on MESH and DESC. We took the mentions from Pudmed, Dialnet and Cochrane.

The examined results agree with the results from other countries.

This management model helps to consolidate the nurse as a main entrance to the health system and gives us a new field to nursing care and professional growth.

**PALABRAS CLAVE**

“Atención Ambulatoria” “Atención Primaria” “Enfermería Clínica” “Triage” “Enfermería Alta Resolución” “Demanda No Programada”

“Practice Patterns, Nurses” “Triage” “Primary Health Care” “Nursing Consultation” “Managing Nurse”

**INTRODUCCIÓN/JUSTIFICACIÓN/OBJETIVO**

El aumento de la demanda no programada es uno de los principales problemas actuales a los que se enfrenta la Atención Primaria. Este fenómeno es multicausal y ampliamente estudiado.

Estudios en distintos países europeos dibujan el perfil de un paciente cada vez más numeroso: el paciente hiperfrecuentador. Este tipo de paciente se estima que consume el 43% de la actividad asistencial siendo tan solo el 12% de los usuarios, además de consumir más tiempo en la consulta. <sup>1</sup>

Otros factores que aumentan el problema en la gestión son el aumento de la movilidad de las personas, el envejecimiento de la población y la excesiva medicalización del usuario: la sociedad busca la consulta médica en situaciones que antiguamente no requerían control médico.

España históricamente ha sido un país con una alta demanda por parte de los usuarios, la media española es de 8,1 visitas al año, un 40% más que la media europea.<sup>2</sup>

En un estudio llevado a cabo por Millas describen que el 19.5% de las consultas no tienen un motivo médico (procesos con síntomas menores o autolimitados) y un 18,4% con consultas burocráticas. Estiman que 1 de cada 5 motivos podrían ser resueltos por un personal no médico, enfermera o administrativo.

En atención primaria el modelo asistencial fomenta como entrada al sistema sanitario la consulta médica para la resolución de cualquier demanda asistencial, con una escasa utilización de las consultas telefónicas o virtuales.<sup>3</sup>

Todo esto recalca el fracaso del modelo actual saliendo a la palestra nuevos modelos organizativos como reservar huecos en la agenda para pacientes sin cita, formar al personal administrativo en la resolución de consultas administrativas, contratación de médicos de refuerzo o la Consulta de Enfermería de Alta Resolución (CEAR) que ya tiene bagaje en países como Australia, Inglaterra o China.<sup>1 2 3</sup>

La CEAR es una consulta cuyo fin es ser autoconclusiva y descentralizar la atención de la demanda urgente de la consulta médica. Consiste en la resolución de patologías agudas autolimitadas o de baja complejidad mediante una enfermera especialmente formada en habilidades y competencias específicas. Esta enfermera sigue unos protocolos establecidos por el equipo de atención primaria por el cuál resolverá las consultas de los pacientes cuyos signos, síntomas y características les permita ser incluidos en el protocolo de atención y derivará a consulta médica aquellos con criterios de exclusión. El protocolo de atención establece la práctica clínica de una forma estandarizada siguiendo la evidencia científica vigente.<sup>1 2</sup>

En esta revisión nos proponemos conocer la CEAR en España, analizar los resultados obtenidos en diferentes consultas pilotos en nuestro país y compararla con resultados obtenidos en países donde ya lleva tiempo instaurada.

## DESARROLLO

Para la elaboración de esta revisión, consultamos en los tesauros MESH Y DESC los términos clave "Atención Ambulatoria" "Atención Primaria" "Enfermería Clínica" "Triaje"; además de "Practice Patterns, Nurses" que solo se encuentra en MESH.

Debido a que consideramos bastante precisos y adecuados para nuestra búsqueda añadimos los siguientes: "Enfermería Alta Resolución" "Demanda No Programada" "Nursing Consultation" y "Managing Nurse". Realizamos la búsqueda bibliográfica en Pubmed, Dialnet y Cochrane.

Decidimos ampliar información consultando directamente los protocolos de actuación elaborados en el País Vasco, Cataluña, Castilla y León. Obtenemos un resultado de 484 referencias bibliográficas. Seleccionamos aquellas referencias que recogiesen alguna de las siguientes parejas de términos: Alta Resolución + Atención Primaria, Alta Resolución + Demanda No Programada, Alta Resolución + Demanda Urgente. Utilizamos finalmente 14 de ellas.

Numerosos estudios evalúan la labor de las denominadas "Nurse practitioner" que en Inglaterra y EEUU llevan a cabo esta gestión de la demanda urgente de carácter leve, destacando el alto grado de satisfacción por parte de los pacientes, un nivel bajo de prescripción de fármacos, poca derivación a la consulta médica y bajo porcentaje de nuevas visitas a los 3 días

La demanda se puede clasificar en varios grandes grupos de patología: traumatismos, trastornos de aparato digestivo: vómitos/diarrea, lesiones de la piel, trastornos genitourinarios, anticoncepción de urgencia. En un 63,9% se resolvió el problema mediante la intervención de enfermería.

En revisiones sistemáticas realizadas en Reino Unido y EEUU se pone de manifiesto que la resolución por parte de enfermería genera resultados similares en salud a la llevada a cabo por los médicos.<sup>2</sup>

En un estudio realizado en Girona, identifican 16 motivos de consulta protocolizados para CEAR: alteraciones en la piel, cólico del lactante, diarrea, elevación de la presión arterial, heridas, odinofagia, síntomas respiratorios de vías altas, ojo rojo, crisis de ansiedad, anticoncepción de emergencia, quemaduras, dolor mecánico lumbar, epixtasis, molestias urinarias, odontalgia y torcedura de tobillo. Además, atendieron las siguientes consultas no protocolizadas: traumatismo, dolor osteomuscular, dolor abdominal, fiebre, raso cutáneo, mareo, disnea, estreñimiento y dolor torácico.

El 77,4% de las consultas realizadas se resolvieron y no necesitaron una nueva consulta en las primeras 48 horas, elevando al 80.5% cuando solo se tienen en cuenta las consultas protocolizadas.<sup>4</sup>

El País Vasco establecen 19 consultas protocolizadas: anticoncepción postcoital, diarrea y vómitos, dolor de garganta, dolor torácico, patología ocular, picaduras de insectos, quemaduras solares, epixtasis, elevación de la presión arterial, vaginitis, esguince de tobillo, heridas y mordeduras, molestias la orinar, resfriado común, gripe, lumbalgia, cervialgia y dolor de muelas. La tasa de derivación urgente al médico fue del 44%, disminuyendo en los años posteriores con mejoras en la implantación de la CEAR hasta el 28%. Un aspecto novedoso en su estudio es la implantación de la CEAR en pediatría,

motivado por el actual déficit de pediatras y el excesivo uso de las consultas de pediatría para patologías banales. No realizaron encuestas de satisfacción del usuario. <sup>1</sup>

En un estudio del Instituto Catalán de la Salud, el 62,5% de las consultas fueron resueltas por enfermería. El 87,5% de los pacientes indicaron que estaban a favor de ser atendidos por un enfermero, manifestando el 93,8% que volverían a utilizar la CEAR. <sup>5</sup>

Otro estudio catalán declara que la resolución por parte de enfermería fue del 63%, aumentando hasta el 75,7% al final del estudio. Enfermería resolvió el 98% de las consultas por temas administrativos, 80% de las heridas y quemaduras, 72% de las odontalgias y el 50 y 60% de los problemas ginecológicos y de contracepción. Al implantarse el protocolo de CEAR, la resolución de las rinoфарingitis por enfermería aumentó del 4,9% al 78,3% <sup>5</sup>

En una evaluación sobre la CEAR realizada por usuarios el 68,15% aceptó ser atendido por una enfermera. La puntuación media fue de 5,59 sobre 7, valorando más positivamente el tiempo de demora, la eficacia de la enfermera y la confianza en la enfermera. En las encuestas de satisfacción a profesionales, los médicos valoran mejor la CEAR que enfermería. <sup>6</sup>

## DISCUSIÓN

La totalidad de los estudios revisados reafirman el buen funcionamiento de la CEAR en cuanto a resolución de la demanda urgente, cumpliéndose así el objetivo de ser una consulta finalista y no un mero trámite para la derivación a la consulta médica.

Aunque no todos los estudios realizaron una valoración de la satisfacción de los usuarios, aquellos que sí la efectuaron manifiestan un elevado grado de satisfacción, volviendo a utilizar la CEAR en próximas visitas. Estos datos están en concordancia con los descritos en otros países.

Entre las dificultades que se encuentran a la implantación de la CEAR destaca la reticencia de algunos facultativos al considerarlo como una invasión de competencias. El personal de enfermería ve como principal dificultad el aspecto formativo, debiendo quedar muy bien delimitado el campo de actuación y los protocolos a elaborar en consenso por el Equipo de Atención Primaria. Ambos colectivos consideran a la enfermera plenamente capacitada para asumir la competencia y que es beneficioso para el usuario.

Otro aspecto es la prescripción de fármacos por parte de enfermería, resolviéndose en los estudios analizados mediante la autorización telefónica por parte de un facultativo y la prescripción por protocolos, recogido en el Real Decreto de Prescripción Enfermera.

En cuanto a retenciones por parte de los usuarios, los usuarios más jóvenes e inmigrantes son los más favorables a ser atendidos por enfermería, siendo el porcentaje que rechaza la CEAR bajo. Esta disconformidad al ser tratado por enfermería podría deberse al poco conocimiento por parte del usuario de la labor enfermera, aumentando la CEAR la visibilidad del colectivo.

Otra dificultad que se encuentran es la falta de un programa informático que ayude en la anamnesis y seguimiento paso a paso del protocolo.

## CONCLUSIONES

La Asociación Médica Británica (BMA) propone a las enfermeras como gestoras de la puerta de entrada al sistema sanitario, dotando a las enfermeras de mayor responsabilidad, capacidad y autonomía para resolver y gestionar la demanda con una alta calidad y coste-efectividad<sup>1</sup>

En España, históricamente esta labor era habitual en el entorno rural que debido al modelo actual organizativo se ha perdido, pudiéndose recuperar mediante la implantación de la CEAR.

Los estudios realizados en nuestro país están en consonancia con los realizados en el resto de mundo: la CEAR es coste-efectiva y resolutoria, con un alto grado de satisfacción por parte de los usuarios.

Los cambios formativos que se han llevado a cabo y muy especialmente la implantación de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria confieren a la enfermera un alto grado de formación y capacitación que justifica el asumir nuevas responsabilidades y así demostrar su labor y conocimientos.

## BIBLIOGRAFÍA

1. García Arraras I, Trespaderne Beracierto MI. La Consulta de Enfermería de Alta Resolución en la gestión de la demanda indmemorable en atención primaria [Internet]. Escuela de Enfermería de San Sebastián. Curso académico 2012-2013 [citado 28 Diciembre 2016] [Disponible en: <https://addi.ehu.es/bitstream/10810/10402/1/La%20consulta%20de%20enfermer%C3%ADa%20de%20>

alta%20resolución%20en%20la%20gestión%20de%20la%20demanda%20indemorable%20en%20atención%20primaria.pdf]

2. Brugués Brugués A, Peris Grao A, Martí Aguasca T, Flores Mateo G. Abordaje de la demanda de visitas espontáneas de un equipo de atención primaria mediante una guía de intervenciones de enfermería. *Aten Primaria* 2008; 40(8):387-391.

3. Lleras Muñoz S. Presión asistencial y redistribución de tareas: una oportunidad de mejora en Atención Primaria. *Aten Primaria* 2011; 43:522-523.

4. Pascual Marta, Gené Emili, Roser Arnau, Pelegrí Margarida, Pineda Montserrat, Azagra Ledesma Rafael. Evaluación de la eficacia de enfermería en la resolución de las consultas urgentes en atención primaria. *Emergencias: Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias*, ISSN 1137-6821, Vol. 24, Nº. 3 (Junio), 2012, 196-202

5. Leal Negre, Mireia; Alvarado Montesdeoca, Carles; Domenech Rodríguez, Cecilia; Garijo Borja, Ana; Moreiras López, Sonia.

Consulta de enfermería de alta resolución en atención primaria / Nursing consultation, high-resolution primary. *vRev Enferm*; 34(9) sep.2011.592-599

6. Burgués Burgués Alba, Prís Grao Antoni, Pasón Rodríguez Francisca, Viladomat Enric Mateo, Gascón Ferrer Jordi, G. Flores Mateo. Evaluación de la gestión enfermera de la demanda en atención primaria. *Atención primaria: Publicación oficial de la Sociedad Española de Familia y Comunitaria*, ISSN 0212-6567, Vol. 48, Nº. 3, 2016, 159-165

7. Hernández-Faba Eva, Safeliu-Julia Cristina. Atención de la patología aguda de enfermería en atención primaria: caso clínico de odinofagia. *Enferm Clin*. 2010;20(3):197-200

8. Maynegre Santaulària M, Ortega Roca A, Tor Llacuna A, Sánchez López C, Martínez Angulo L, Boquet Martínez M. La gestión de la demanda urgente en los equipos de atención primaria del Maresme. *Metas Enferm* 2009;

9. Maté Enríquez T. Procedimiento específico triaje de enfermería en atención primaria. Valladolid: Gerencia de Atención Primaria de Valladolid Este; 2013.

10. Evangelista F, García Barbero E, Vega Gutiérrez R. Implantación de la consulta de enfermería para la Gestión de la Demanda Urgente en un centro de Atención Primaria. *Revista ALADEFE* 2015; 5(2):48-57.

11. Puigvert Vilalta Margarita, Fabregat Casamitjana M. Assumpta, Del Olmo Maciá Carmé, Fernández San Martín M.J. Gestión de la demanda desde la consulta de Enfermería. *Metas de Enfermería* ISSN 1138-7262. Vol.15 Nº 3. 53-56

12. Ortega Tallón MA, Roca Figueres G, Iglesias Rodríguez M, Jurado Serrano JM. Pacientes hiperfrecuentadores de un centro de atención primaria: características sociodemográficas, clínicas y de utilización de los servicios sanitarios. *Aten Primaria* 2004;33(2):78-8.

13. López Alonso SR, Linares Rodríguez C. Enfermera de Práctica Avanzada para el triaje y la consulta finalista en los servicios de urgencias. *Index Enferm* 2012;21(1- 2):5-2.

14. Martín Santos FJ, Morilla Herrera JC, Morales Asensio JM, Gonzalo Jiménez E. Gestión compartida de la demanda asistencial entre médicos y enfermeras en Atención Primaria. *Enferm Comun* 2005;1(1):35-8.

**ID21:**

**PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN “AFRONTAMIENTO DEL CÁNCER DE MAMA”**

Rocío Santana Alcántara<sup>1</sup>, Alba Chapinal Pablo<sup>1</sup>, Carmen Moratalla Escribano<sup>1</sup>, Ester Campillo Blázquez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>: G.A.I Talavera de la Reina  
[rociosantal@hotmail.com](mailto:rociosantal@hotmail.com)

**RESUMEN**

Cualquier tipo de enfermedad y en especial el cáncer significa una amenaza a la integridad física y vital de la persona, las defensas que se adopten juegan un papel importante en cómo se afronta la enfermedad.

**Objetivo principal:** conocer la situación psico-social de las pacientes “supervivientes” del cáncer de mama.

**Población diana:** población femenina que haya superado el cáncer de mama del Área de Talavera de la Reina, cumpliendo los criterios de inclusión posteriormente descritos.

**Metodología:** Estudio transversal. A través de un listado de pacientes facilitado por los servicios de Oncología y de la Asociación Española Contra el Cáncer, nos pondremos en contacto con aquellas pacientes que cumplan los criterios de inclusión específicos de este estudio para concertar una cita en la que se les pasará un cuestionario de elaboración propia, previamente informadas y firmado el consentimiento. Con los datos obtenidos se realizará un análisis estadístico descriptivo de los mismos.

**PALABRAS CLAVE**

Cáncer de mama, supervivientes del cáncer de mama, afrontamiento, estado psico – social.  
Breast cancer, breast cancer survivors, coping, psycho - social state.

**INTRODUCCIÓN**

El cáncer de mama es el tumor maligno que se origina en el tejido de la glándula mamaria. Las células tumorales proceden del tejido glandular de la mama y tienen capacidad de invadir los tejidos sanos de alrededor y de alcanzar órganos alejados e implantarse en ellos <sup>(1)</sup>. Cualquier tipo de enfermedad y en especial el cáncer significa una amenaza a la integridad física y vital de la persona <sup>(2)</sup>. La percepción de la realidad se ve distorsionada y las defensas que se adopten juegan un papel importante en cómo se afronta la enfermedad <sup>(3)</sup>.

El cáncer de mama es el más frecuente en las mujeres tanto en los países desarrollados como en los países en vías de desarrollo. Representa el 16% de todos los cánceres femeninos. Debido al aumento que se está produciendo sobre todo en países desarrollados, la mayoría en fase avanzada, hace que aumente la incidencia <sup>(4)</sup>. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se prevé que la mortalidad por cáncer de mama aumentará un 45% entre 2007 y 2030, al pasar de 7,9 millones a 11,5 millones de muertes, debido al crecimiento demográfico y al envejecimiento de la población <sup>(5)</sup>.

La Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (IARC), que es el organismo especializado para el cáncer de la Organización Mundial de la Salud (OMS), publicó en el informe GLOBOCAN 2012, una incidencia anual de más de 25.000 casos de cáncer de mama en España, representando el 29% de todos los tumores femeninos <sup>(6)</sup>. Además, supone la primera causa de mortalidad por cáncer en mujeres con 6075 fallecimientos en el año 2012 <sup>(7)</sup>.

Afortunadamente y gracias a la amplia difusión del screening mamográfico, cada vez se llega al diagnóstico en etapas más precoces, lo que sumado a la variedad de estrategias terapéuticas (cirugía,

quimioterapia, radioterapia), ha contribuido a la mejora sustantiva en el pronóstico de la enfermedad, siendo posible en el momento actual lograr una supervivencia global superior a etapas anteriores <sup>(3)</sup>.

El diagnóstico de cáncer se encuentra ligado a términos como vulnerabilidad, desconocimiento e indefensión, por lo que es probable que el simple hecho de recibirlo se constituya como un evento estresante para el sujeto <sup>(8)</sup>.

El impacto emocional que produce el diagnóstico positivo de cáncer de mama supone una situación amenazante, que unido al miedo a un pronóstico incierto, hacen mella y dificultan la capacidad de resistencia de la persona. Se trata de una situación muy compleja, debido a la dificultad en algunas ocasiones para afrontar la enfermedad. En ello influyen diversos factores: Apoyo familiar, profesión, cambios en su imagen corporal, cambios importantes en su vida diaria... Todo ello hace que el afrontamiento sea todo un reto, no sólo para quien lo padece, sino también para su entorno familiar, amical y laboral; por ello, el impacto emocional y psicológico que esta enfermedad puede llegar a producir es importante, así como la influencia que tiene el afrontamiento sobre la lucha y supervivencia de la enfermedad <sup>(2)</sup>.

El afrontamiento es toda actividad cognitiva y motora que utiliza una persona para preservar su integridad física y psíquica, para recuperar las funciones dañadas de un modo reversible y para compensar en lo posible cualquier deterioro irreversible <sup>(2)</sup> Clásicamente fue descrito por Lazarus y Folkman, en su modelo de estrés transaccional, como "los esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo" <sup>(9)</sup> Es un tipo de respuesta que se genera ante una situación estresante.

Según las diferentes etapas de la enfermedad en las que se encuentre, presentará una serie de actitudes <sup>(10)</sup>:

- **Etapas de diagnóstico:** la paciente pasará por una situación emocional bastante difícil; habrá pacientes que prefieran "cargar" con la situación ellas solas para no alarmar a sus familias, otras presentarán cuadros depresivos, ansiedad, incapacidad para llevar a cabo su día a día, se preguntarán que ¿por qué les ha tocado a ellas?...
- **Etapas de tratamiento:** miedos debidos a la cirugía o las consecuencias físicas del tratamiento como la quimioterapia (alopecia, debilidad, vómitos...).
- **Etapas post – tratamiento:** miedo a la recaída, a las consultas de control, dificultades para adaptarse a los cambios en su vida (por ejemplo, en su imagen corporal, o su situación laboral...). En ocasiones les cuesta adaptar su vida a su situación, ya que tras una experiencia de cáncer, es muy habitual que se den cambios en el entorno social. Y en esta etapa, hay que añadir el famoso síndrome de Damocles según el cual el enfermo con cáncer teme continuamente la reaparición de la enfermedad.
- **Etapas de recaída:** volvemos a tener una situación muy parecida a la etapa inicial de diagnóstico pero con una preocupación, tristeza y depresión más intensas.

Todo profesional sanitario, en especial las enfermeras, ya que éstas pasan muchas horas a lo largo del proceso de la enfermedad con la paciente, deben ser capaces de identificar las respuestas de afrontamiento en cualquier etapa de la enfermedad. Deben ofrecerles estrategias de afrontamiento que facilite el manejo de la situación por parte de las pacientes afectas por dicha patología dirigidas a proporcionar cuidados a las pacientes con cáncer de mama mediante acciones que contribuyan a mejorar sus estrategias de afrontamiento. A pesar de que los problemas para afrontar la enfermedad dependen del momento en el que se encuentren y de la propia personalidad, lo cierto es que "a todos los pacientes oncológicos les vendría bien un apoyo psicológico, puesto que el diagnóstico y los tratamientos son una fuente de estrés muy intenso" según trabajos de la Fuente M, psicooncóloga del MD Anderson Cancer Center Madrid <sup>(11)</sup>.

### OBJETIVOS

#### ➤ OBJETIVOS GENERALES:

- ✓ Conocer la situación psico-social de las pacientes “supervivientes” del cáncer de mama desde el diagnóstico de la enfermedad hasta la curación completa de la misma.

#### ➤ OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- ✓ Identificar las maniobras de afrontamiento.
- ✓ El impacto del diagnóstico.
- ✓ El estado psicológico y emocional de las pacientes “supervivientes” del cáncer de mama.
- ✓ El impacto en sus relaciones socio – afectivas.
- ✓ Conocer los pensamientos de las pacientes afectas de cáncer de mama durante el proceso de la enfermedad.
- ✓ Conocer las conductas acerca de la enfermedad.
- ✓ Conocer las reacciones emocionales ante la enfermedad.
- ✓ El impacto de los efectos secundarios en su vida cotidiana.
- ✓ Valoración del trato con el personal sanitario: enfermería, medicina, psicólogo, etc.

### MATERIAL Y MÉTODOS

#### 1. TIPO DE DISEÑO

El presente estudio se trata de un **estudio transversal**, ya que analiza el impacto que ha tenido el cáncer de mama en una población concreta y en un tiempo concreto.

#### 2. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

##### • **Población diana**

Analizaremos la población femenina que ya haya pasado el cáncer de mama, consideradas pues “supervivientes del cáncer de mama” en el Área de Talavera de la Reina, post tratamiento con quimioterapia, quirúrgico, radioterapia... que ya estén curadas de la enfermedad.

##### • **Muestra**

La muestra se seleccionará a partir de un listado de pacientes facilitado por el servicio de Oncología, y en especial a la colaboración por parte de la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC) con sede en Talavera de la Reina. Se seleccionarán a todas aquellas pacientes que consten en el listado y que cumplan los criterios de inclusión mencionados a continuación.

En sus seguimientos por parte de los servicios colaboradores, se les facilitará a las pacientes la información sobre el estudio y se les invitará a participar en el estudio; una vez acepten la participación en dicho estudio y firmen el consentimiento informado; el investigador principal se pondrá en contacto telefónico con ellos para facilitarles una cita en la cual pueda desarrollarse las distintas preguntas recogidas en el cuestionario de elaboración propia, adjuntado posteriormente (ANEXO I).

#### 3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

• **Criterios de inclusión:** Mujeres mayores de 18 años supervivientes del cáncer de mama que acepten participar en el estudio del Área de Talavera de la Reina. Que ya hayan finalizado el tratamiento de la enfermedad y actualmente estén curadas de la misma.

• **Criterios de exclusión:** Todos aquellos pacientes que no cumplan los criterios de inclusión o no quieran participar en el estudio; así como aquellos pacientes que no puedan ser localizados telefónicamente en 2 ó 3 ocasiones. Incidir y tratar como criterios de inclusión a que todas aquellas pacientes que actualmente estén afectas de cáncer de mama y/o en tratamiento.



#### 4. RECOGIDA DE DATOS

Una vez que acepten participar en dicho estudio, se les proporcionará el consentimiento informado (ANEXO II y III) y una vez firmado, el investigador principal y la paciente participante concertarán una cita en la cual se desarrollará un cuestionario de elaboración propia con preguntas relacionadas con el afrontamiento del cáncer de mama, cuestionario recogido en el ANEXO I. Para la elaboración de este cuestionario hemos tomado como base el Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento (PCE) (ANEXO IV), extraído de un artículo de la revista Psicooncología de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Barcelona <sup>(12)</sup>.

Una vez pasado el cuestionario, se procederá al análisis de los datos obtenidos a través de una análisis estadístico descriptivo de los mismos, para así poder extraer una serie de conclusiones que nos ayuden a comprender mejor el proceso de esta enfermedad.

#### 5. VARIABLES

En este estudio se estudiarán diferentes tipos de variables, tanto cuantitativas (en este caso, serán cuantitativas discretas) como cualitativas (dentro de las cualitativas, estas serán tanto cualitativas ordinales como nominales). En la tabla adjuntada en el apartado de “Gráficos/Tablas” se clasifican los distintos tipos de variables que se pretenden estudiar en dicho estudio (Tabla 1).

Todas las variables se podrán estudiar a través del cuestionario propuesto, en los cuales se tratan aspectos sociodemográficos y aspectos relaciones sobre el afrontamiento del cáncer de mama a través de una batería de preguntas orientadas hacia los temas que nos gustaría estudiar.

#### 6. ESTRATEGIA DE ANALISIS

Una vez pasado el cuestionario “Afrontamiento del cáncer de mama” a las mujeres conformes a participar en dicho estudio, se procederá al análisis de los datos obtenidos en la muestra; ya que este nos permite describir y resumir las observaciones obtenidas sobre cómo afrontan el cáncer de mama las diferentes mujeres que han decidido formar parte del estudio.

Una vez analizados los mismos, nos permitirán establecer una serie de conclusiones, las cuales nos aportará información muy útil para poder llevar a cabo en nuestra práctica diaria con estas pacientes.

#### RELEVANCIA

Tras la consulta de literatura específica acerca del cáncer de mama y como bien ya se ha mencionado anteriormente, representa el tipo de cáncer más frecuente en la mujer; como bien se publica en diferentes estudios, entre ellos el informe GLOBOCAN 2012; mencionado anteriormente; el cual ofrece datos sobre la incidencia de los diferentes tipos de cáncer del año 2012, siendo este uno de los estudios que ofrecen datos más actualizados a nivel mundial <sup>(4,5)</sup>.

Llama la atención la sorprendente incidencia de este tipo de cáncer en las mujeres, y es que año tras año, el porcentaje de mujeres con cáncer mama va aumentando, uno de los motivos es debido al diagnóstico precoz gracias al screening.

Una de las razones que me impulsó a realizar este trabajo fue el impacto que me causó al ver a las pacientes en mi rotación por el Hospital de Día Oncológico del Hospital Ntra Señora del Prado. Allí tuve la oportunidad de conocer a pacientes afectas y a aquellas que ya habían superado la enfermedad pero continuaban en seguimiento. Sus historias fueron muy motivadoras. Me di cuenta, en ese momento, que cualquier persona cercana a nuestro entorno puede pasar esta enfermedad y que no siempre sabemos ofrecerle la ayuda adecuada.

Alguna vez, nos hemos preocupado por saber ¿qué sentirán? ¿estarán solas o tendrán un buen apoyo al salir del hospital?, ¿les hemos preguntado si tienen o han tenido miedo?, ¿nos hemos interesado por cómo afrontan el día a día?, ¿qué tipo de relación tiene con su pareja?... Este es principalmente el objetivo de dicho estudio, conocer qué piensan, cómo se sienten, si tienen las ganas suficientes para el no podrán conmigo. No centrarnos en si tiene dolor o no, es si vomitan o no, en el tratamiento de la quimioterapia, o en el proceso de cirugía... centrarnos en cómo ellas han vivido el proceso de la enfermedad.

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Asociación Española Contra el Cáncer.; Sobre el cáncer [Aecc.es]. 19 de julio de 2013 (actualizada el 29 de febrero de 2016; acceso 1 de marzo de 2016). Disponible en: <https://www.aecc.es/SobreElCancer/CancerPorLocalizacion/CancerMama/Paginas/quees.aspx>
2. Revenferm *Hereditaria*. 2012;5(2):89-96.
3. B. Varela, R. Alonso, A. Galain, A. Ibáñez, M. Abreu. *Revista de Psiquiatría del Uruguay* Volumen 75 Nº 2 Diciembre 2011, página 111
4. Organización Mundial de la Salud (OMS). *Cáncer de mama: prevención y control* [sede Web]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/index1.html>
5. Organización Mundial de la Salud. *Reportajes: ¿aumenta o disminuye el número de casos de cáncer en el mundo?* [internet]; Abril 2008 [citado 13-09-09, acceso el 1 de marzo de 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/15/es/index.html>.
6. Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM). *Las Cifras del Cáncer en España 2014* [sede Web]. 2014. [Acceso 9 de marzo de 2016]. Disponible en: [http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/Las\\_cifras\\_del\\_cancer\\_2014.pdf](http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/Las_cifras_del_cancer_2014.pdf)
7. Asociación Española Contra el Cáncer. *Sobre el cáncer, incidencia* [aecc.es]. 2 de septiembre de 2014 [actualizado el 19 de marzo de 2016; acceso 20 de marzo de 2016]. Disponible en: <https://www.aecc.es/SobreElCancer/CancerPorLocalizacion/CancerMama/Paginas/incidencia.aspx>
8. Cifuentes I.C, Villegas M. *Estrés y afrontamiento en pacientes con cáncer de mama*. *Revista Grafías*. [en línea] 2010. nº 9. [Fecha de acceso: 13 de Febrero de 2014]. Disponible en: <http://biblioteca.ucp.edu.co/OJS/index.php/grafias/article/view/296>
9. Lazarus R, Folkman S. *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer; 1984.
10. Rocío Romero Retes. *Cuestionario de atribuciones, creencias y afrontamiento al cáncer* [tesis doctoral]. Valencia. Universitat de València. Servei de Publicacions. 2011.
11. La Razón.es [sede Web]. Almendros A. Fecha de publicación: 15 de Mayo de 2011. [Fecha de acceso: 3 de Marzo de 2014]. *Un cáncer en el centro de las emociones*. Disponible en: [http://www.larazon.es/detalle\\_hemeroteca/noticias/LA\\_RAZON\\_374286/historico/1327-un-cancer-en-el-centro-de-las-emociones#](http://www.larazon.es/detalle_hemeroteca/noticias/LA_RAZON_374286/historico/1327-un-cancer-en-el-centro-de-las-emociones#). Ttt1uZiThMtxqPN
12. Antoni Font y André Cardoso. *Afrontamiento en cáncer de mama. pensamientos, conductas y reacciones emocionales*. Universidad Autónoma de Barcelona. Facultad de PsicologíaPSICOONCOLOGÍA. Vol. 6, Núm. 1, 2009, pp. 27-42

**GRÁFICOS Y/O TABLAS**

**Tabla 1.** En la tabla adjuntada se clasifican los distintos tipos de variables que se pretenden estudiar en dicho estudio:

<b>Variables Cuantitativas</b>	<b>Variables Cualitativas</b>	
<b>Discretas</b>	<i>Ordinales</i>	<i>Nominales</i>
<b>Edad</b>	Estado civil	Comunicación con el equipo sanitario
<b>Número de hijos</b>	Situación laboral	Apoyo psicológico
		Apoyo social
		Pensamientos
		Conductas
		Reacciones emocionales
		Relaciones socio - afectivas
		Efectos secundarios

**ANEXO I. CUESTIONARIO SOBRE EL AFRONTAMIENTO DEL CÁNCER DE MAMA**

➤ **DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS**

- Edad:
- Estado civil (soltera, casada, viuda):
- Número de hijos:
- Situación laboral:

➤ **AFRONTAMIENTO DEL CÁNCER DE MAMA**

1. ¿Cuántos años han transcurrido desde el diagnóstico cáncer de mama?

\_\_\_\_\_.

2. ¿Quién le comunicó la noticia?

\_\_\_\_\_.

3. El diagnóstico de cáncer de mama, ¿diría que se le comunicó de forma adecuada?  
(Atendiendo a la forma y lenguaje empleado, confidencialidad, empatía, etc...)

Sí                       No

4. ¿Cree que es necesario un buen apoyo social para afrontar la enfermedad?

Si                       No

5. ¿Se le ofreció apoyo psicológico?

Si                       No

Si la respuesta es que no, ¿le hubiera gustado que se la ofrecieran?

Si                       No

6. En el momento del diagnóstico; ¿qué pensamientos tuvo?. Marque con una cruz si tuvo algunos de las pensamientos mencionados a continuación:

	SÍ	NO
<i>“Esto lo tengo que superar yo misma”</i>		
<i>Intento nos pensar en la enfermedad. Huyo de esos pensamientos.</i>		
<i>Busco un sentido a la enfermedad.</i>		
<i>Intento buscar una explicación a esta situación</i>		
<i>Otros...</i>		

7. Marque con una cruz si algunas de las siguientes conductas para afrontar la enfermedad fueron llevadas a cabo:

	SÍ	NO
<i>Busco ayuda en otras personas.</i>		
<i>Intento solucionar mis problemas yo misma.</i>		
<i>Busco estar siempre distraída para no pensar</i>		
<i>Busco información sobre esta enfermedad</i>		
<i>Otras...</i>		

8. ¿Qué reacción emocional sintió en el momento del diagnóstico (miedo, rabia, culpabilidad)?

\_\_\_\_\_

9. Marque con una cruz si pasó por algunas de las siguientes reacciones emocionales durante la enfermedad:

	SÍ	NO
<i>Hablo de mis preocupaciones con algún familiar o amigo</i>		
<i>Tengo menos vida social, prefiero estar en casa.</i>		
<i>Me resigno.</i>		
<i>Me siento optimista y esperanzada.</i>		
<i>Expreso abiertamente mis sentimientos.</i>		
<i>Me siento negativa.</i>		

10. El tener cáncer de mama, ¿afectó de alguna manera en su círculo social?

- Sí  No

Si la respuesta es que sí, indique en cuál o cuáles de las siguientes relaciones socio – afectivas, se vieron más afectadas:

- Pareja  
 Hijos  
 Familia (padres, hermanos...)  
 Amigos  
 Otros

11. ¿Qué le resultó más difícil de afrontar en el proceso de la enfermedad?

- Diagnóstico.  
 Pruebas médicas.  
 Tratamiento.  
 Recidiva.

Si la respuesta es el tratamiento; indique cuál de ellos:

- Quimioterapia.  
 Radioterapia.  
 Cirugía.  
 Otras (indique cual: \_\_\_\_\_)

12. Interfieren los efectos secundarios ocasionados por el tratamiento en su vida cotidiana?

- Sí  No

De todos los efectos secundarios, ¿cuál diría que fue el que peor afrontó?

\_\_\_\_\_.



13. ¿Afectaron los cambios de su imagen corporal en su vida sexual?

- Sí  No

Si la respuesta es que sí, indique si tuvo algún tipo de ayuda para afrontar esta situación:

- Sí  No

14. A lo largo de todo el proceso de la enfermedad; ¿cómo valoraría la atención prestada por el servicio sanitario?

- Mala.  
 Adecuada.  
 Buena.  
 Muy buena.

15. Si echa una vista atrás, ¿qué cambiaría?

---

## ANEXO II. HOJA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE.

Por favor, **lea atentamente** esta hoja de información:

En estos momentos se le está proponiendo su participación en un estudio de investigación español, sobre el **afrontamiento del cáncer de mama**. El **objetivo** de este estudio es conocer los mecanismos de afrontamiento, el impacto del diagnóstico, los pensamientos y sentimientos de aquellas pacientes que han pasado por esta enfermedad durante el progreso de la misma, así como la repercusión familiar y social, el impacto de los efectos secundarios originados tanto por la enfermedad como por el tratamiento y una valoración hacia el personal sanitario. Para así poder comprender mejor qué sienten este tipo de pacientes, y mejorar la práctica diaria del personal sanitario atendiendo a las necesidades individuales de cada paciente.

El hecho de que usted acceda a colaborar en este estudio no supondrá ninguna alteración en su programa de controles en el hospital y/o centro de salud, ni se le someterá a ningún procedimiento ni tratamiento distinto a los que recibiría por parte de su médico si no participa en este estudio. Por este motivo, usted no obtendrá ningún beneficio directo por su participación en él.

**Su nombre e iniciales no aparecerán en ningún documento del estudio.** Usted será identificado exclusivamente por un número. El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal se ajustarán a lo dispuesto por la Ley orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal. De acuerdo con esta ley, usted puede ejercer derecho de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos, para lo cual deberá dirigirse a su médico.

El acceso a la información personal quedará restringido a los investigadores y colaboradores, y si así lo requieren el promotor del estudio, el Comité Ético de Investigación Clínica que ha aprobado el estudio y a las autoridades sanitarias, pero siempre manteniendo la confidencialidad de sus datos según la legislación vigente. Los resultados de este estudio se presentarán en publicaciones o comunicaciones en congresos. En ningún caso se le identificará en estas publicaciones.

Para llevar a cabo el estudio, se le pasará a todas aquellas pacientes que acepten participar en el mismo, un cuestionario de elaboración propia titulado "Afrontamiento del cáncer de mama", el cual consta de dos apartados: datos sociodemográficos y datos relacionados con el afrontamiento de la enfermedad. Esta segunda parte del mismo, consta de una batería de 12 preguntas, la gran mayoría de ellas preguntas tipo test.

## ANEXO III. CONSENTIMIENTO INFORMADO.

### *Protocolo de investigación "Afrontamiento del cáncer de mama"*

#### DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

D/Dña....., de ..... años de edad y con DNI nº ..... manifiesta que ha sido informado/a sobre los beneficios de participar en el proyecto de investigación titulado "**Afrontamiento del cáncer de mama**" con el fin de evaluar la información facilitada y recogida en la encuesta.

He sido informado/a de que mis datos personales serán protegidos y se conservará el anonimato atendiendo a la ley 15/1999 de 13 de diciembre.

Tomando ello en consideración, otorgo mi consentimiento a que esta investigación tenga lugar y sea utilizada para cubrir los objetivos especificados en el proyecto.

Talavera de la Reina, a ..... de ..... de 2016.

Fdo D/Dña

**ID28:**

## **VALORACIÓN ENFERMERA SOBRE TABAQUISMO Y SÍNDROME METABÓLICO EN PERSONAS CON UN TRASTORNO MENTAL**

María Rosario Valera Fernández<sup>1</sup>, María Rosario Portero Martínez<sup>2</sup>, Verónica Zamora Romero<sup>2</sup>, María Dolores Flores Bienert<sup>3</sup>, Ana María González Cuello<sup>3</sup>, María Francina Fonseca Casals<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Institut de Neuropsiquiatria i Addiccions. Consorci Mar Parc de Salut. Barcelona

<sup>2</sup> Cap Antón de Borja. Consorci Sanitari de Terrassa.

<sup>3</sup> Departamento de Enfermería. Escuela Universitaria de Enfermería. Murcia

[charo-valera@hotmail.com](mailto:charo-valera@hotmail.com)

### **RESUMEN**

**INTRODUCCIÓN:** El Síndrome Metabólico (SdM) y la alta prevalencia de tabaquismo hacen que las personas con un Trastorno Mental presenten una esperanza de vida entre 10 y 25 años menor que la población general.

**OBJETIVO:** Conocer los factores de riesgo del SdM y tabaquismo de los individuos ingresados en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Breve.

**METODOLOGÍA:** Estudio descriptivo transversal.

**RESULTADOS:** El tamaño muestral es de 68 individuos. Se han encontrado antecedentes orgánicos compatibles con el SdM en el 39,7% de la muestra, de la cual el 17,6% presentan el SdM propiamente dicho.

**CONCLUSIONES:** Enfermería tiene un papel fundamental en el reconocimiento de los signos que alertan de problemas cardiometabólicos.

### **ABSTRACT**

**INTRODUCTION:** Metabolic Syndrome (MDS) and high prevalence of smoking mean that people with a Mental Disorder have a life expectancy between 10 and 25 years younger than the general population.

**OBJECTIVE:** To know the risk factors of SdM and smoking of the individuals admitted to the Brief Psychiatric Hospitalization Unit.

**METHODS:** Cross - sectional descriptive study.

**RESULTS:** The sample size is 68 individuals. Organic records have been found compatible with the MdsM in 39.7% of the sample, of which 17.6% present the MdsM itself.

**CONCLUSIONS:** Nursing has a fundamental role in the recognition of signs that alert to cardiometabolic problems.

### **PALABRAS CLAVE**

Enfermería, evaluación, Factores de riesgo, tabaco, enfermedad mental

Nursing, Evaluation, Risk Factors, tobacco, mental illness

### **INTRODUCCIÓN**

Actualmente se ha constatado que las personas con un trastorno mental severo (TMS) padecen un aumento de comorbilidad y mortalidad dos o tres veces superior a la población general, ya que presentan una mayor prevalencia de factores de riesgo cardiovascular, de síndrome metabólico y de diabetes tipo 2<sup>1,2</sup>.

Las causas del aumento de mortalidad de estas personas no están del todo esclarecidas, pero se atribuyen a la combinación de:

1. Mortalidad natural: es la causante de los 2/3 del exceso de mortalidad en la Esquizofrenia. Las causas más frecuentes son la cardiovascular y los tumores (excepto para el cáncer de pulmón, que varias líneas de investigación afirman que a pesar de tener mayor prevalencia de tabaquismo comparado con la población general tienen una menor prevalencia de cáncer de pulmón)<sup>3</sup>.



2. El suicidio: El riesgo de suicidio es diez veces mayor en las personas con Esquizofrenia que en la población general, dado los efectos debilitantes que padecen al ser una enfermedad crónica y porque el tratamiento no logra ser del todo eficaz<sup>3</sup>.

3. Hábitos de vida poco saludables. Entre ellos se encuentra la alta prevalencia de tabaquismo entre las personas con Esquizofrenia (60-90%), dos o tres veces mayor a la población general (23-30%), especialmente los que padecen una enfermedad severa de años de evolución<sup>4</sup>. Otro de los factores que intervienen son los trastornos de la alimentación. La mayoría de las personas que padecen un TMS presentan conductas de alimentación compulsiva, realizan una dieta pobre en fibra y suelen ser consumidores habituales de sustancias excitantes como la Coca-Cola y la cafeína<sup>5</sup>. Tienen mayor tendencia al sobrepeso y a la obesidad, además del sedentarismo por la dificultad para realizar ejercicio físico.

Las enfermedades cardiovasculares son el mayor contribuyente del aumento de mortalidad. Las personas con un TMS pierden entre 15 y 20 años de vida en comparación con la población general principalmente asociado a una mortalidad cardiovascular prematura. Entre un 50-75% de las personas con Esquizofrenia se ven afectados por problemas de índole cardíaca como la enfermedad cardíaca coronaria y por el síndrome metabólico<sup>6</sup>.

El denominado Síndrome Metabólico está formado por la aparición de aumento de peso, resistencia a la insulina, hiperglicemia, DM tipo 2 y dislipemia<sup>7</sup>.

4. Fármacos Antipsicóticos: se utilizan como base terapéutica en la mayoría de las personas con TMS. El impacto en el riesgo cardiovascular difiere 16 significativamente entre los diferentes fármacos antipsicóticos; así, la olanzapina y clozapina son los que tienen un impacto negativo en el riesgo cardiovascular, mientras que la risperidona y aripipazole tendrían un efecto neutro sobre el mismo<sup>8</sup>. El riesgo de muerte parece aumentar por cada asociación de antipsicótico que se administra.

5. Mayor dificultad para acceder al sistema de atención sanitaria, con poca adherencia a los tratamientos dada la falta de reconocimiento de la enfermedad. El acceso de estos pacientes a la atención sanitaria general es limitado y sus oportunidades de cribado y prevención del riesgo cardiovascular son menores que las esperables para la población no psiquiátrica<sup>9</sup>.

Dado el mayor riesgo de enfermedad cardiovascular que presentan las personas con TMS y la evidencia de que algunos fármacos pueden incrementar dicho riesgo, se ha comenzado a recomendar la monitorización de parámetros metabólicos como el índice de masa corporal (IMC), perímetro de cintura abdominal, glucemia, perfil lipídico y presión arterial con el objeto de disminuir la morbi-mortalidad.

## OBJETIVOS

Conocer los factores de riesgo del Síndrome Metabólico y de tabaquismo de los individuos ingresados en una Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Breve.

## MATERIAL Y MÉTODOS

1. Tipo de estudio: Se trata de un estudio descriptivo de prevalencia.

2. Criterios de selección:

- Personas mayores de 18 años
- Diagnóstico compatible con el Trastorno Mental Severo según los criterios diagnósticos del DSM-5
- Ingresados en la Unidad de Hospitalización Breve (H6) del Centro Asistencial Dr. Emili i Mira del Consorci Mar Parc de Salut en Barcelona
- Participen de forma voluntaria y hayan firmado el Consentimiento Informado

3. Variables del estudio

3.1. Variables sociodemográficas: sexo, edad, estado civil

3.2. Variables clínicas: Diagnóstico según criterios del DSM-5

3.3. Variables relacionadas con el Síndrome Metabólico: peso, talla, IMC, presión arterial, frecuencia cardíaca, perímetro abdominal, glucemia.

3.4. Variables relacionadas con el consumo de tabaco: edad de inicio, número de cigarrillos/día, Saturación de oxígeno.

## RESULTADOS

La muestra del estudio es de 68 individuos.

Respecto a las variables sociodemográficas, el 52,9% de la muestra (n=36) son hombres con una edad media de 44,9 años (oscila entre 18 y 82 años). El 52,7 % (n=36) son solteros, el 38,8% (n=26) están casados y el 8,5% restante (n=6) son divorciados o separados.

En lo referente a los diagnósticos psiquiátricos, el 48,5% (n=33) de la muestra presentan un trastorno psicótico, diferenciándose dentro de esta categoría los diagnósticos de Esquizofrenia, Trastorno Delirante o Psicosis Inespecífica; el 23,4% (n=16) de los individuos padecen un trastorno afectivo, pudiendo diferenciarse entre Trastorno Afectivo Bipolar y el Trastorno Depresivo Mayor. El 16,1% (n= 11) sufre un Trastorno Esquizoafectivo y el 11,7% (n=8) de la muestra restante otros diagnósticos psiquiátricos compatibles con el Trastorno Mental Severo pero que no se pueden englobar en las categorías diagnósticas anteriores, como el Trastorno Límite de la Personalidad (n=8) y el Trastorno Obsesivo Compulsivo (n=3).

En cuanto a lo que el Síndrome Metabólico se refiere se han obtenido los siguientes resultados: El peso medio a la llegada del ingreso es de 75,9 Kgs., existiendo una diferencia entre hombres con un peso de 90 Kgs y mujeres con 62,4 Kgs. El peso medio al alta hospitalaria es de 77,3 Kgs, es decir 1,4 Kgs más que el peso inicial al ingreso, no existiendo diferencias significativas en el peso entre sexos. El IMC medio es de 26,9 considerado como Sobrepeso, diferenciándose entre los hombres con un IMC: 29,2 (Sobrepeso) y las mujeres con un IMC: 24,3 (Rango dentro de la normalidad). Los individuos con mayor ganancia de peso durante el ingreso son aquellos que padecen un trastorno de Esquizofrenia, con una media de 2,8 kgs.

Respecto al perímetro abdominal, la media encontrada en hombres es de 114 cm y en mujeres de 90 cm. La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece el valor máximo saludable del perímetro abdominal en 88 centímetros en la mujer, mientras que en el hombre el valor es de 102 centímetros.

Sobre el consumo de tabaco, el porcentaje de individuos fumadores es del 58,8% (n=40) de la muestra, presentando un mayor porcentaje los individuos que padecen un trastorno de Esquizofrenia con el 69,9% de los casos. El consumo medio de cigarrillos es de 18,4 al día.

Los resultados obtenidos sobre antecedentes médicos compatibles con el Síndrome Metabólico se encuentran en el 39,7% (n=27) de la muestra. "INSERTAR IMAGEN 1". El 19,1% (n=13) de los individuos padecen cifras tensionales elevadas o hipertensión, estando en seguimiento farmacológico el 76,9% (n=10) de los que la padecen. En relación a la hiperglicemia es el 22% (n=15) de la muestra quien la presenta, siendo diagnosticados de Diabetes Mellitus tipo II 6 individuos (8,8%). 23 individuos (33,8% de la muestra) tienen problemas relacionados con el perfil lipídico, ya sea hipertriglicemia, colesterolemia o ambos. "INSERTAR IMAGEN 2". Del total de la muestra el 17,6% (n=12) han sido diagnosticados de Síndrome Metabólico propiamente dicho.

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los resultados del estudio coinciden con los criterios aportados por la OMS de una prevalencia de Síndrome Metabólico en personas con un TMS del 19,3% y los resultados aportados por el estudio EGIR del 15,5%<sup>10</sup> en comparación con el 17,6 % encontrado en la muestra de este estudio.

Se considera fundamental en salud pública la existencia de una comunicación e interrelación bidireccional entre la Atención Especializada y la Atención Primaria, ya que por las características propias de las personas con TMS es necesario tomar conciencia de poder identificar los que padecen un riesgo cardiovascular elevado, para poder ofrecerles una monitorización como un tratamiento con beneficios a largo plazo al igual que se hace con la población general. Enfermería tiene un papel principal en la prevención de estos factores de riesgo, en la educación sanitaria, así como en la detección y seguimiento de estos signos, mejorando la calidad de vida de las personas con un trastorno mental.

Este estudio cuenta con una serie de limitaciones, entre ellas no compara factores de riesgo del Síndrome Metabólico en personas con TMS desde el ámbito de la comunitaria, por lo que el estudio se reduce a una muestra concreta de individuos ingresados en una unidad de hospitalización breve.

Sería interesante para futuras investigaciones ampliar el tamaño muestral y seleccionar individuos desde la hospitalización y la comunitaria.

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Patel JK, Buckley PF, Woolson S, Hamer RM, McEvoy JP, Perkins DO, et al. Metabolic profiles of second generation antipsychotics in early psychosis: findings from the CAFE study. *Schizophr Res* 2009;111 (1-3):9-16.
2. Balf G, Stewart TD, Whitehead R, Baker RA. Metabolic adverse events in patients with mental illness treated with antipsychotics: A primary care perspective. *J Clin Psychiatry* 2008;10:15-24.
3. Auquier P, Lançon C, Rouillon F, Lader M, Holmes C. Mortality in schizophrenia. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2006;15:873-79.
4. Dervaux A, Laqueille X. Smoking and schizophrenia. Epidemiological and clinical features. *Encephale* 2008;34:299-305.
5. Newcomer JW. Metabolic syndrome and mental illness. *Am J Manag Care* 2007;13(Suppl.7):S170-7.
6. Ray WA, Chung CP, Murray KT, Hall K, Stein CM. Atypical Antipsychotic Drugs and the Risk of Sudden Cardiac Death. *N Engl J Med* 2009;360:225-35.
7. Newcomer JW. Second-generation (Atypical) antipsychotics and metabolic effects: a comprehensive literature review. *CNS Drugs* 2005;19 (1):1-93.
8. Daumit GL, Goff DC, Meyer JM, Davis VG, Nasrallah HA, McEvoy JP, et al. Antipsychotic effects on estimated 10-year coronary heart disease risk in the CATIE schizophrenia study. *Schizophr Res* 2008; 105:175-187.
9. Lieberman JA, Stroup TS, McEvoy JP, Swartz MS, Rosenheck RA, Perkins DO, et al for the Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE) investigators. Effectiveness of Antipsychotic Drugs in Patients with Chronic Schizophrenia. *N Engl J Med* 2005;353:1209-22.
10. Serrano M. Resistencia a la insulina y su implicación en múltiples factores de riesgo asociados a diabetes tipo 2. *Medicina Clínica* 2002; 119(12):458-463.

**ID30:****“DAR EL PECHO: IR CONTRACORRIENTE”. INVESTIGACIÓN CUALITATIVA EN GRUPOS DE LACTANCIA MATERNA**Mercedes de Dios Aguado<sup>1</sup>, M<sup>a</sup> Fátima Gallego Moreno<sup>1</sup><sup>1</sup>Gerencia de Atención Primaria de Toledo. SESCAM.[mded@sescam.jccm.es](mailto:mded@sescam.jccm.es)**RESUMEN**

Para fomentar la lactancia materna la OMS recomienda “la creación de grupos de apoyo”. En Atención Primaria de Toledo funcionan numerosos Talleres de Lactancia.

Para **conocer las opiniones y las representaciones colectivas sobre la lactancia materna (LM) de las mujeres que acuden a estos talleres**, se realizó un estudio fenomenológico exploratorio y descriptivo, con entrevistas grupales con guía de discusión abierta orientada. Entre las variables se contempló la permanencia en el taller y el ámbito Rural-Urbano. El análisis se realizó mediante segmentación, codificación y agrupamiento en “familias”.

Los resultados muestran que el taller proporciona apoyo emocional, como “grupo de autoayuda”. Las mujeres perciben una oposición social a la LM, una imagen social negativa; se sienten incomprendidas y “a contracorriente de todo el mundo”.

Como conclusiones, los Talleres deberían orientarse deliberadamente hacia “grupos de autoayuda”, trabajar la oposición social e integrar la lactancia en el discurso de igualdad de género.

**ABSTRACT**

WHO recommends "the creation of support groups" to encourage breastfeeding. In Primary Care of Toledo numerous Lactation Workshops are actually working.

In order to know the opinions and the collective representations about lactation (LM) of the women attending these workshops, an exploratory and descriptive phenomenological study was conducted through group interviews (focal groups) using an open discussion guide. Among the studied variables were the permanence in the workshop and the Rural-Urban area. The data analysis was performed by segmentation, coding and grouping in "families".

The results showed that the workshop provides emotional support, such as "self-help group". Women perceive social opposition to LM, a negative social image. They feel misunderstood and "against the flow" of the whole world".

In conclusion, the Workshops should be deliberately oriented towards "self-help groups", working in the social opposition and integrating lactation in the discourse on gender equality.

**PALABRAS CLAVE**

Lactancia materna, educación en salud, taller de lactancia, grupos de autoayuda.

Breastfeeding, health education, Lactation workshop, self-help groups.

**INTRODUCCIÓN**

La lactancia materna (LM), es la forma ideal de alimentar al hijo/a, por sus múltiples ventajas tanto para el niño/a como para la madre; ventajas que se disfrutarán durante la práctica de la lactancia y a posteriori, durante el resto de la vida de ambos. La LM debería ser un asunto importante para cualquier país por los beneficios en la salud de su población, económicos y medioambientales. Además, la LM es un derecho en sí mismo, formando parte del ciclo sexual y reproductivo en la vida de la mujer (González, 2006). Sin embargo, muchas mujeres que quieren dar LM no lo consiguen o lo viven de forma problemática. De hecho, las cifras de prevalencia de LM en nuestro medio son muy bajas, sólo el 46.9% de los bebés a los 6 meses de edad siguen con LM en 2011-2012 (MSSSI, 2012). Entre las posibles causas cabe destacar: las dificultades para conciliar la vida laboral y familiar; la promoción agresiva de la Lactancia Artificial por la industria farmacéutica; la falta de transmisión de conocimiento intergeneracional sobre LM (muchas mujeres en los años 70-80 del siglo pasado no dieron de mamar y por tanto ahora se ven incapaces de ayudar a sus hijas); e inclusive la presión por parte de algunos movimientos feministas que defienden la lactancia

artificial como “liberadora” de la mujer y lo utilizan como argumento en su lucha por la igualdad de género (Didierjean-Jouveau, 2003).

La sensibilización y la formación en lactancia que hacen los profesionales sanitarios, por ejemplo, en los cursos de “educación maternal” impartidos por las matronas durante el embarazo, se ha demostrado que son insuficientes. Por ello, la OMS recomienda la creación de “grupos de apoyo” como uno de los “Diez pasos para una feliz lactancia exitosa” (OMS, 2003), (García, 2006).

Desde la Gerencia de Atención Primaria de Toledo se apostó por la creación de este tipo de grupos y se formó al personal sanitario más involucrado en LM. En el área se les llamó “Talleres de Apoyo a la Lactancia Materna”, son coordinados principalmente por personal de enfermería experto en lactancia y llegaron a ponerse en marcha más de treinta. El primero de ellos se creó en 1999 en la localidad de Fuensalida y progresivamente se fueron implantando en otras localidades, en concreto los talleres de Yepes y de Santa M<sup>a</sup> de Benquerencia (Toledo) se formaron en 2009.

Las enfermeras responsables de estos Talleres tienen la sensación subjetiva de que resultan muy positivos para las madres. Por este motivo, surgió la necesidad de conocer con rigor la opinión, y valoración de las mujeres que asisten a los talleres y conocer su experiencia de la lactancia, analizar las dificultades que experimentan para acudir a los talleres, de forma que se puedan realizar propuestas de mejora y diseñar nuevas estrategias de fomento de la LM.

## OBJETIVOS

El estudio pretende **conocer la valoración que hacen las mujeres de los talleres de apoyo a la lactancia materna** de Zonas urbanas y rurales de la provincia de Toledo. Así como **realizar una aproximación a la representación social sobre la L.M. que tienen las mujeres que acuden a los talleres de apoyo a la lactancia materna** de distintos ámbitos socioculturales.

## MATERIAL Y MÉTODOS

El estudio siguió un **ENFOQUE METODOLÓGICO CUALITATIVO** centrado en conocer los discursos de las madres lactantes, las representaciones, vivencias y expectativas desde la perspectiva de la población y a partir de sus propias categorías; fue principalmente de carácter explicativo respecto al primero de los objetivos y fenomenológico y de carácter exploratorio respecto al segundo en el que se pretendió acceder tanto a la “significación” (el plano semántico de los discursos), como al “sentido” (el plano pragmático de esa enunciación).

La **población de estudio** fueron las mujeres participantes en los talleres de Yepes, Sta. M<sup>a</sup> de Benquerencia y Fuensalida de la provincia Toledo en el ámbito rural y urbano. Por lo tanto, el universo de la población se dividió en tres poblaciones de características demográficas y sociales diferenciadas:

**La zona básica de Yepes** (municipios de Yepes, Ciruelos, Huerta de Valdecarábanos, Villasequilla y Villamuelas): población tipo regresivo (muy característica de las zonas rurales de Castilla La Mancha), con natalidad escasa, tasas de mortalidad controladas y esperanza de vida alta. Respecto al modelo de crianza cabía suponer que los principales agentes educadores informales serían las madres.

**El distrito de Santa M<sup>a</sup> de Benquerencia:** es el barrio más poblado de Toledo. Se trata de un barrio obrero, con indicadores socioeconómicos medio-bajos, joven, con un *índice de dependencia reducido* y que experimenta un crecimiento poblacional por oferta de vivienda social protegida.

**La zona básica de Fuensalida** (municipios de Fuensalida, Huecas, Portillo de Toledo, Santa Cruz de Retamar y Villamiel), que es una zona rural pero relativamente bien comunicada con la capital, con una buena proporción de población infantil y joven debido a ciertas oportunidades laborales (industriales y de servicios).

El **DISEÑO MUESTRAL** se orientó hacia conseguir una representatividad no estadística sino estructural de los datos, reflejando la heterogeneidad de la población y permitiendo que aflorasen todas las posibilidades de discurso. La muestra tuvo como **variables de inclusión:** mujeres que acuden al taller al menos una sesión y que hayan lactado al menos 15 días; y como **variables de Exclusión** mujeres que no dominasen el castellano, mujeres que sólo acudieron durante el embarazo a los talleres y/o profesionales sanitarias.

Las **variables de estudio**, que pretendieron garantizar diferentes grados de participación en los talleres y diferentes experiencias de lactancia, fueron:

- Permanencia en el taller: “*asistencia a más de 5 sesiones*” frente a “*asistencia entre 3 y 5 sesiones*”.
- Origen: En la zona básica de salud de Yepes distribuida en tres categorías: “*españolas no nacidas en el pueblo*”; “*nacidas en la Zona*” y “*inmigrantes de fuera de España*”; En la zona básica de salud de Santa María de Benquerencia distribuida en: “*españolas*” e “*inmigrantes*”.
- “*Paridad*”: con dos categorías: “*Múltipara*” y “*primípara*”.
- Duración de la lactancia”, dividida en dos categorías: “*Corta*” (de menos de 4 meses) y “*larga*” (de más de 4 meses). El motivo de establecer los perfiles se justifica porque antes de los cuatro meses suelen aparecer factores que conducen al abandono de la práctica<sup>3</sup>

Como variable de segmentación se utilizó: “*Rural-Urbano*”: “*rural*” para los grupos de Yepes y Fuensalida, y “*urbano*” para Santa María de Benquerencia.

Otras variables de control habituales, tales como la edad, clase social o nivel de estudios, no son relevantes en este caso ya que no se toman en cuenta en la organización de los talleres.

Como técnica principal se optó por el **GRUPO DE DISCUSIÓN**, al permitir que los discursos se desplieguen en toda su amplitud, recogiendo todo lo que se dice y cómo se dice, buscado la diversidad y la heterogeneidad en cuanto a representatividad estructural de un discurso (Báez, 2007). Por la naturaleza del estudio no era posible cumplir el requisito de que los miembros del grupo no hubieran tenido contacto previo entre sí, por lo que, en rigor, la técnica empleada se denominó “**Entrevista Grupal**” (similar en todo salvo en esto).

Inicialmente se realizaron cuatro Grupos de discusión (GD), dos por cada variable de segregación (rural-

urbano), considerando que se producía la saturación del discurso. Posteriormente se realizó un quinto grupo en la zona básica de Fuensalida. Los GD contaron con al menos ocho miembros y se realizaron en espacios no significativos para las participantes. Actuaron como **preceptoras** mujeres del equipo de investigación no conocidas por las participantes. El diseño tipo de los grupos de discusión se muestra en la Tabla 1.

Grupo de Discusión 1.1.									
MIEMBRO Nº		1	2	3	4	5	6	7	8
PERMANENTE	3-5		X				X		X
	MÁS 5 VISITAS	X		X	X	X		X	
ORIGEN	“FORÁNEAS”		X	X	X				
	ORIUNDAS					X	X	X	
	INMIGRANTES	X							X
PARIDAD	MULTI	X	X						
	PRIMI			X	X	X	X	X	X
DURACIÓN	MENOS DE 4 MESES			X		X		X	X
	MÁS DE 4 M.	X	X		X		X		

Tabla 1.- Ejemplo de Diseño de grupo de discusión

<sup>3</sup>Algunos autores han señalado: La incorporación al puesto de trabajo; los “*baches*” de lactancia generados en épocas de crecimiento del lactante o por problemas de la madre como grietas, mastitis o ingurgitaciones; la pérdida de los reflejos arcaicos del niño/a (A.E. de Pediatría, 2008); las razones sociales relacionadas con creencias sobre el momento más adecuado para dejar de lactar; la presión del entorno por la importancia que se da al incremento ponderal del lactante. Sin embargo, una vez superados estos factores y pasado este tiempo se puede hablar de “*lactancia materna eficaz*” (NANDA, 2009).

El **proceso de captación** se realizó a través de redes informales de los investigadores mediante *método de pasos de contactación sucesivos* (Mateo Rodríguez, 2000). Los captadores/as fueron informados de manera similar, no incluyendo la información de los principales contenidos de la investigación. Para facilitar el proceso se realizaron fichas de captadores finales, donde figuraba, el perfil de cada una de las personas con la que contactar y los criterios de inclusión y exclusión. Cada sesión se registró en audio y se transcribió literal e íntegramente. Se elaboró una guía de discusión para facilitar la labor al preceptor de cada grupo (Tabla 2).

### Esquema de GUÍA DE DISCUSIÓN GRUPOS

#### INTRODUCCIÓN:

*Presentación preceptor/Agradecimiento/Tiempo estimado  
Garantía de anonimato/ Consentimiento.  
Arranque: opinión de la lactancia materna. Experiencia de LM*

#### GUÍA TEMÁTICA:

1. **EXPECTATIVAS QUE TENÍAN SOBRE LOS TALLERES de L.M.**  
*Qué se busca en el taller: Seguridad, pautas y protocolos de LM, asesoramiento profesional y otros // Expectativas.*
- 2.- **VIVENCIAS QUE TIENEN SOBRE LOS TALLERES de L.M.**  
*El taller como: intercambio de experiencias / relación/ utilidad /  
Sobre el profesional  
Propuestas de mejora / Valoración/  
El momento de dejar de asistir al taller.*
- 3.- **CONCEPTO DE L.M.**  
*Influencia de cuestiones sociales y culturales  
Emociones y LM.  
LM y maternidad y papel femenino./ LM y el lactante  
LM y entorno familiar y doméstico  
Condicionantes inicio y mantenimiento de la LM.  
Beneficios e inconvenientes de LM.*

**Tabla 2.- Ejemplo de Guía de Discusión**

Como triangulación de los datos, en la fase final de la investigación se realizaron dos **ENTREVISTAS INDIVIDUALES** a enfermeras cuya actividad estaba estrechamente relacionada con la lactancia materna (una de ellas reconocida referencia a nivel regional y nacional en el tema). En estos casos se desarrolló una entrevista abierta (denominada "entrevista en profundidad") aunque focalizada a la experiencia de las informantes sobre lactancia, buscando las descripciones y categorizaciones de la experiencia de los informantes. Igualmente, las entrevistas se grabaron y se elaboró una guía de entrevista.

El **PROCESO DE ANÁLISIS** se encuentra esquematizado en la tabla 3. Tras la transcripción se procedió a una lectura para captar las líneas argumentales y posteriormente las categorías principales. Esto permitió elaborar un **libro de códigos inductivos**. Que orientó la **segmentación y codificación** de los fragmentos del texto. Las notas de análisis se diferenciaron en tipologías (teóricas, metodológicas y conceptuales y analíticas). Los fragmentos fueron seleccionados y ordenados según códigos, origen de los textos, anotaciones y notas de análisis. A medida que avanzaba el proceso se incluyeron en el libro de códigos **categorías emergidas de los discursos y del análisis** configurándose el libro de códigos definitivo y la matriz de análisis. Finalmente se extrajeron "**familias**" de códigos, o "**categorías**", que coincidieron con los capítulos del informe de resultados. Las relaciones entre las diferentes categorías orientaron la redacción de resultados generales y conclusiones.

Posteriormente se realizó la triangulación con el análisis de las entrevistas a profesionales y contrastando los resultados con algunas personas participantes en el estudio y personas con experiencia en el tema<sup>4</sup>.

<sup>4</sup>Los resultados preliminares referidos al objetivo primero fueron presentados en VIII Congreso Español de Lactancia Materna de Bilbao y otros aspectos más metodológicos en el VII

### ESTRATEGIA DE ANÁLISIS DE LOS DATOS

1. **LECTURA INICIAL:** primeras impresiones.
2. **ELABORACIÓN DE ESQUEMA DE CODIFICACIÓN:** según objetivos y variables.
  - 2.1. **Elaboración MATRIZ INICIAL**
  - 2.2. **Elaboración LIBRO DE CÓDIGOS INICIALES.**
3. **CICLO DE CODIFICACIÓN INICIAL.**
  - 3.1. Organización de **codificación.**
  - 3.2. Elaboración de **tabla de familias de documentos** según variables.
  - 3.3. **Selección** de pasajes significativos y asignación de códigos a citas:
    - 3.3.1. A PRIORI, deductiva o Cerrada: del **"libro de códigos"**
    - 3.3.2. Abierta (emergentes).
  - 3.4. Elaboración inmediata de **"notas de análisis"** (teóricos/ Conceptual / Analítico).
  - 3.5. **Volcado de citas a tabla**
  - 3.6. Reuniones de ANÁLISIS POR OBJETIVOS O CÓDIGOS.
4. **RECODIFICACIÓN (CATEGORIZACIÓN INICIAL)**
  - 4.1. Relación entre códigos y agrupamiento en "familias".
  - 4.2. PROTOCATEGORÍAS (capítulos del estudio).
5. **CATEGORIZACIÓN E INTERPRETACIÓN**
  - 5.1. DESCRIPCIÓN DE CATEGORÍAS
  - 5.2. REDACCIÓN DE RESULTADOS DE CADA CATEGORÍA.
  - 5.3. RELACIÓN ENTRE CATEGORÍAS y RESULTADOS GENERALES
6. **VERIFICACIÓN (CIRCULARIDAD)**

**Tabla 3.- Estrategia de análisis**

El estudio se realizó en diferentes **FASES**: una **fase exploratoria** en la que se construyó el marco teórico y el diseño proyectado del estudio, consultando diversas fuentes documentales y realizando búsquedas bibliográficas sobre grupos de apoyo a la lactancia, Representaciones sobre la LM, Condicionantes de la lactancia materna, entre otras. La búsqueda bibliográfica se realizó en las bases de datos PubMed - indexedfor MEDLINE y [biblioteca Cochrane](#). En la Fase de campo se realizaron las entrevistas grupales y las individuales. En la **fase de redacción** se procedió a la codificación, análisis y redacción de los capítulos del informe. En la **Fase de verificación de resultados** se procedió a la triangulación de métodos y fuentes y a la elaboración del informe final.

### RESULTADOS

Entre los resultados referidos a la valoración de los talleres de lactancia cabe destacar que hay consenso en el hecho de que les proporciona asesoramiento formal a las madres y les facilita un espacio donde las mujeres pueden hablar entre iguales, manifestar sus preocupaciones y exponer sus miedos. El taller no sólo es visto como un entorno en el que los/las profesionales sanitarios/as atienden sus necesidades y resuelven sus dudas o se les acompaña en su decisión de amamantar, para las mujeres participantes es sobre todo un espacio donde comparten experiencias, verbalizar sus miedos, inseguridades y temores, establecer relaciones madre-madre y formar vínculos entre ellas. Esto permite que se generen relaciones de amistad, cariño y confianza. Las mujeres refieren que viven la asistencia a los talleres como un tiempo de libertad, una *"excusa para salir de casa"*, en un momento en el que se sienten confinadas en sus hogares. Muchas manifiestan que esperan con deseo el día de asistir al taller.

*"Sobre todo, para mí una válvula de escape para salir un poco del encierro que supone los primeros tiempos y luego el compartir la experiencia" GDP1 14-5*

De sus verbalizaciones se deduce que en la sociedad actual a la mujer le falta apoyo familiar para resolver las dificultades inherentes a su rol de madre amamantadora, este hecho hace que la mujer, en ocasiones con una cierta labilidad emocional (Uriarte, 2006), acuda al taller en busca de apoyo, cargada de dudas y llena de inseguridades. Poder expresar sus emociones y constatar que casi todas las mujeres tienen vivencias similares a las suyas genera tranquilidad.

*"todos los meses se ve lo que van engordando, que va bien la lactancia a pesar de haber sido una cesárea, las dudas que tienes te las resuelven, te ayudan, lloras porque estás de las hormonas hasta aquí, no*



*duermes y hablas con otras mujeres que están en tu misma situación, estuve yendo ocho meses y me gustaba mucho"* GDP1 13-5

La mayoría expresa que encuentran en el taller un espacio abierto y dinámico, que favorece las relaciones humanas, y los lazos de amistad entre las asistentes y que cuenta con profesionales expertos que solucionan sus dudas. Todas estas condiciones permiten que el taller adquiera una nueva dimensión para la mujer, más allá del asesoramiento profesional y de la adquisición de conocimientos; más allá de un ámbito para entablar nuevas amistades o de ser una excusa para salir de casa: para ellas, el taller se convierte en un "grupo de autoayuda" (Campuzano, 2004). Efectivamente, debido al soporte emocional que se consigue, el taller favorece un sentimiento de pertenencia, que fideliza la asistencia y consigue prolongar la lactancia materna.

*"Es un poco terapia de grupo [...] salir de mi casa, olvidarme de todo, [...] hablar con las madres, relajarme y olvidarme, darme cuenta de que no soy rara, que todas tenemos el mismo problema"* GDF 00'29"

Las vivencias compartidas de otras mujeres que han pasado o están pasando por lo mismo, invita a comunicar libremente sentimientos, prejuicios, creencias, temores, sin sentirse presionadas o criticadas. En este entorno de seguridad, las mujeres progresivamente van mejorando sus habilidades y adaptándose a su nuevo rol de madre.

Sin embargo, como ellas mismas expresan, cuando en sus hogares hablan con sus parejas o familiares sobre la lactancia, no siempre se sienten comprendidas. Es más, en sus discursos las mujeres comentan sufrir ciertas resistencias del entorno familiar que le dificultan acudir al taller.

*"en el pueblo influye mucho la familia, y si la madre dice: ¿Para qué vas a ir a esa tontería? Si te das cuenta... Yo porque soy de Madrid..."* GDY1 25-2

Algunos de estos aspectos quedan ilustrados en la imagen 1.

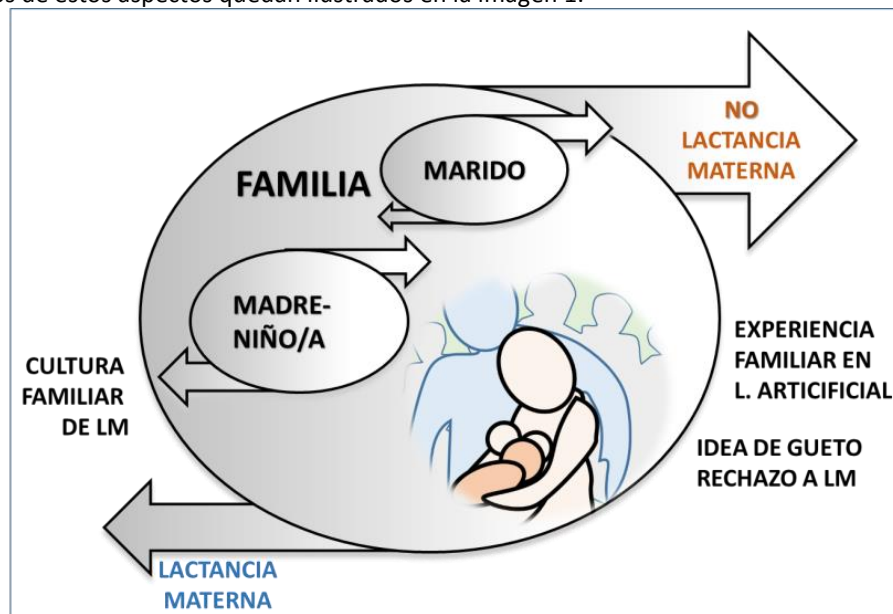


Imagen 1.- Líneas de tensión lactancia y familia.

Este cuestionamiento social que experimentan no solo en el ámbito familiar hace que en los grupos haya consenso en la idea de que la lactancia materna todavía necesita ser defendida y apoyada (aunque se considere el mejor alimento para el hijo/a). Más aún coinciden en reivindicar que amamantar no debería ser visto como un hecho de la esfera estrictamente íntima, sino como un hecho socialmente aceptado. Son conscientes de que en sus entornos (rurales y urbanos) persiste la idea de que lactar no se debe hacer en público y mantienen la postura de que la lactancia salga del ámbito privado porque relegar la lactancia materna a la esfera íntima supone recluir a la mujer.

En este sentido cabe interpretar que la defensa de lactar en los espacios públicos es una estrategia de resistencia al confinamiento en la casa, relacionándolo con la reivindicación del papel de la mujer en la sociedad.

Esta línea argumental de los discursos, tienen relación con la idea de que se debe vencer la sensación de pudor o vergüenza que experimentan al dar el pecho en determinados espacios públicos, donde dar el pecho supone “reparo” y “vergüenza y obliga a mantener cierto recato.

*“yo la primera vez que le di en público, entramos en una cafetería, me siento, le empiezo a dar el pecho, y empiezan a entrar los obreros, [...] y yo: Ay, Dios mío todo el mundo me está mirando”* GDY2 17-6

El taller contribuye a este fin al practicarse en presencia de las demás mujeres (y el o la profesional). Así los grupos de apoyo a la lactancia adquieren un papel muy importante en el proceso de “renaturalizar” la lactancia.

Esto es así porque en primer lugar las participantes experimentan que la lactancia, no sólo es una técnica que necesita ser aprendida, sino que necesita un apoyo para poder darse en entornos sociales donde, de tantas formas, se dificulta hasta el punto de hacer pensar que ya no se daría de forma natural. Precisa por tanto un “grupo de autoayuda”, que actúe además como grupos reivindicativos de la lactancia materna.

*“que tienen que saber, para que también puedan tener una base y contestar a otras mujeres de porqué está funcionando [la LM] [...] y detrás, que ayudaran a otras mujeres y que dieran de mamar en cualquier parte.”* EP2 22’28’’

Por ejemplo, las mujeres en las entrevistas reseñan la ambivalencia de la creación de los “lactarios”, que, concebidos teóricamente como espacios apropiados para favorecer la lactancia, se convierten en espacios que les impiden lactar en los espacios públicos compartidos con otras personas. Así en realidad pasan a ser usados como “nuevos espacios de confinamiento” (tal como tradicionalmente viene siendo el hogar) para las mujeres que lactan, creados para evitar su presencia en el espacio público, algo así como “guetos para la lactancia” que evitan situaciones problemáticas (estas situaciones se han dado en algunos centros comerciales de la provincia).

La misma vivencia adquiere mayor relieve cuando se experimenta en espacios en los que las representaciones sociales de la lactancia la asocian con el cuerpo femenino, el pudor y el pecado (como puede ser la calle y sobre todo la iglesia). En estos entornos se impone sobre el hecho cultural de “amamantar”, el componente sexual del pecho de la mujer. Evidentemente la sensación de vergüenza y pudor que experimentan al mostrar el pecho en determinados espacios públicos está asociada a concepciones histórico-religiosas del cuerpo de la mujer, aún vigentes y que lo relacionan con el pecado y la culpa. Llegado a este punto las participantes del estudio opinan que amamantar en público es más fácil en las grandes ciudades.

*“Aquí en la plaza, aunque me mira la gente como si fuese un bicho raro [alguien ríe], porque es que, además, la propia gente me dice que cómo se me ocurre en la plaza darle de mamar. Como si es que yo le estuviese haciendo un daño.”*GDY1

Otro aspecto que no pasa desapercibido a las participantes es el hecho de que en una sociedad donde el consumo adquiere tanta importancia, la lactancia natural es una práctica que no requiere de productos manufacturados o industriales. Si además estas mujeres defienden la crianza natural, aún consumen menos productos (ni chupetes, ni carritos...).

*“Hay mucha tontá [...] entras en una tienda de niños, todo de chupetes, biberones... o en la farmacia y yo me quedo mirando... y el mío no usa de ná y me apetece comprar algo, pero no usa de ná.”* GDF 59’30’’

Dala impresión de que van contra-corriente en una sociedad donde el consumo articula los usos y costumbres sociales del entorno familiar y donde especialmente la alimentación pasa a ser vista como parte primordial del consumo e indicador del status social. Lo expuesto, que se puede relacionar con el proceso de mercantilización del cuerpo y sus necesidades, explica que la lactancia natural se encuentre desplazada de los usos sociales e incluso genere rechazo.

Estos aspectos quedan esquematizados en la Imagen 2.

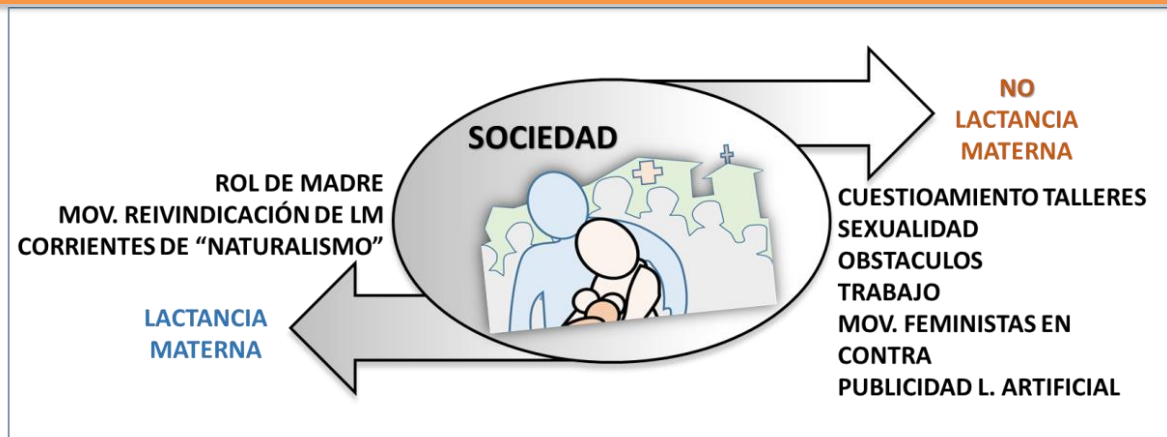


Imagen 2.- Líneas de tensión lactancia y sociedad.

Por todo lo dicho, para las mujeres que asisten a los Talleres se da una evolución en la forma de ver estos espacios. La mujer inicialmente ve “el taller” como un espacio de formación y asesoramiento profesional y técnico, para pasar a experimentarlo como un grupo de autoayuda, donde los “iguales” tienen el ‘papel principal; hasta experimentarlo como un espacio de reivindicación de la lactancia natural ante una sociedad que la dificulta. Efectivamente podemos constatar como la evolución histórica de los grupos también sigue una evolución paralela (Imagen 3).



Imagen 3.- Evolución de los Talleres de Lactancia Materna.

### DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Finalizado el estudio cabe destacar que para establecer una lactancia materna duradera es imprescindible tener en cuenta el estado emocional de la madre, asesorarla y ayudarla a encontrar herramientas que le permitan conseguir un vínculo materno filial sólido que contribuya a vencer las dificultades que se encontrarán madre e hijo/a durante el periodo de lactancia (Becerril Rodríguez, 2012). En este papel las mujeres que asisten a los talleres valoran de forma unánime muy positivamente a las enfermeras/os responsables de los talleres, destacando primordialmente sus actitudes empáticas, de dedicación y de profesionalidad.

El estudio pone de manifiesto que para ello, los Talleres de Lactancia Materna, son una herramienta ideal pues estos actúan como “grupos de autoayuda”, resultando muy útiles a la hora de conseguir una lactancia natural efectiva en las mujeres participantes. En el taller la madre encuentra no sólo por parte de los profesionales sino de “los pares” el apoyo necesario, el asesoramiento oportuno y la comprensión adecuada para lograr que la lactancia sea vivida con plenitud, serenidad, seguridad y confianza.

Respecto al ámbito familiar, dadas las oposiciones (a la asistencia y a prolongar la lactancia), sería recomendable realizar sesiones orientadas a las mujeres de generaciones anteriores (las abuelas) y a las parejas.

En el plano social el rechazo que perciben las mujeres ante el amamantamiento natural, es minimizado, a través de las herramientas de empoderamiento que el grupo de lactancia materna es capaz de proporcionar. Los grupos permiten a las madres vencer sus propios condicionantes y prejuicios, así como la resistencia social al amamantamiento y reivindicar el espacio público para la lactancia. Esto permitirá recabar el apoyo institucional y público necesario para que pueda cumplirse el derecho al amamantamiento, libre de prejuicios e impedimentos.

Además, en el momento actual, el paradigma de la “vuelta a lo natural” está modificando las representaciones sociales sobre lactancia (Sordini y Scacchia, 2010) y es determinante para que la lactancia pueda mejorarse en nuestras sociedades y contribuir a “renaturalizar la lactancia” frente a intereses económicos, industriales, profesionales, laborales, culturales o sociales.

Para este fin los grupos de apoyo a la lactancia adquieren un papel más relevante en la medida en que se consideren, desde su concepción y diseño, no sólo como talleres para aprender la técnica y asesorar profesionalmente, sino como auténticos “grupos de autoayuda”, red de apoyo y elemento de visibilización y reivindicación de la lactancia como un hecho “natural”.

Entre las limitaciones del estudio se podría destacar que es de carácter provincial, recomendando reproducir esta misma investigación en otros ámbitos geográficos para conocer de una forma más precisa las inquietudes y experiencias de la mujer amamantadora.

#### **BIBLIOGRAFÍA:**

(Citada en estilo APA 2017 - 6ta Edición)

- Asociación Española de Pediatría. (2008). Manual de lactancia materna: Ed. Médica Panamericana.
- Báez, J., Tudela, P. (2007). *Investigación cualitativa*: ESIC Editorial.
- Becerril Rodríguez, E. (2012). La teoría del apego en las diferentes etapas de la vida: los vínculos afectivos que establece el ser humano para la supervivencia.
- Campuzano, M. (2004). Los grupos en las instituciones. *La Psicoterapia de Grupo en las Instituciones/group Psychotherapy in the Institutions: Psychoanalysis y Psicodrama: Alternativas Complementarias*, 31.
- Didierjean-Jouveau, C.S. (2003). L'allaitement est-il compatible avec le féminisme? *Spirale* (3), 139-147.
- García, M. J. (2006). Iniciativa hospitales amigos de los niños. *Medicinanaturista*(10), 550-560.
- González, C. (2006). Un regalo para toda la vida. Guía de la lactancia materna.
- Mateo Rodríguez, I. (2000). El grupo focal como técnica de investigación cualitativa en salud: diseño y puesta en práctica. *Atención primaria*, 25(3),181-186.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2012) Informe anual del Sistema Nacional de Salud. Disponible en [www.msssi.gob.es](http://www.msssi.gob.es)
- NANDA International. (2009). NANDA International, DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS: Definiciones y Clasificación, 2009-2011. Elsevier España.
- Organización Mundial de la Salud (2003). Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño. OMS, 1-30.
- Sordini, N., Scacchia, S. (2010). Representaciones sociales de la lactancia materna. Disponible en <http://redi.ufasta.edu.ar>
- Uriarte, A. G. (2006). Estados emocionales en el postparto. *Medicina Naturista*(10), 483-487.
- Villar, C., Melgar, G., De Dios, M. Gallego, F. (2016). Dimensión sociocultural de la lactancia materna. En Universitat de Barcelona. Libro de ponencias del VII Congreso Iberoamericano de Investigación Cualitativa en Salud, 124-125. Disponible en: <http://www.congresoiberoamericanoinvestigacioncualitativa2016.org>

**ID73:****PACIENTE POLIMEDICADO, PACIENTE DE RIESGO: ANÁLISIS DE SITUACIÓN**

Carmen M<sup>a</sup> Moratalla Escribano<sup>1</sup>, Rocío Santana Alcántara<sup>2</sup>, Ana M<sup>a</sup> Gil Jiménez<sup>3</sup>, M<sup>a</sup> del Carmen García Bastida<sup>4</sup>, Alba Chapinal Pablo<sup>5</sup>, Ester Campillo Blázquez<sup>6</sup>.

Gerencia Integrada de Talavera de la Reina.

[carmen.mo.88@hotmail.com](mailto:carmen.mo.88@hotmail.com)

**RESUMEN**

**Introducción:** La polimedicación está asociada a un mayor riesgo de interacciones medicamentosas, efectos adversos, menor adherencia terapéutica y un mayor uso de recursos sanitarios. Por ello, la detección de pacientes polimedificados es de gran importancia para llevar a cabo un adecuado control y seguimiento en atención primaria.

**Objetivo general:** Conocer la prevalencia de pacientes polimedificados en nuestra área sanitaria.

**Método:** Estudio descriptivo transversal realizado en el mes de febrero a través de la explotación de la historia clínica informatizada de Atención Primaria.

**Resultado:** El Área Sanitaria de Talavera de la Reina da cobertura a 148.997 habitantes obteniendo resultados de prevalencia según ámbito (rural 11,86% /urbano 7,87%); media de edad (74,39 años); media de número de fármacos (9,34 medicamentos).

**Conclusiones:**

De manera general, el nº de pacientes polimedificados aumenta a medida que avanza la edad. Se observan diferencias significativas en la distribución según sexo, siendo más frecuente este problema entre mujeres, especialmente en el grupo de entre 75 y 100 años ( $p < 0,05$ ).

En comparación con un trabajo de 2015 de la misma área, se observa un incremento de polimedificados a pesar de poner en marcha un programa de atención al paciente polimedificado.

**PALABRAS CLAVE**

Enfermería en salud comunitaria, cumplimiento de la medicación, Atención Primaria, seguridad del paciente, polimedicación.

Community health nursing, medication compliance, Primary Health Care, patient safety, polymedication.

**INTRODUCCIÓN**

España ocupa el cuarto puesto en longevidad de los 182 países considerados como desarrollados<sup>1</sup>. Como consecuencia del envejecimiento poblacional, en los últimos años hemos podido observar en nuestra sociedad un incremento de la incidencia de enfermedades crónicas. Esta situación hace que cada vez sea más frecuente encontrar a pacientes con multitud de fármacos prescritos. En Atención Primaria hasta el 40 % de los pacientes pluripatológicos presentan tres o más enfermedades crónicas siendo pacientes polimedificados el 94% de ellos<sup>2</sup>.

No existe unanimidad en la literatura científica sobre la definición del término polimedicación aunque se ha venido aceptando comúnmente como “el consumo de más de 5 fármacos de manera continuada durante al menos 6 meses”<sup>3,4</sup>. Esta definición nos acerca al problema de la polimedicación de una manera cuantitativa, pero también podemos tener una aproximación cualitativa si entendemos la polimedicación como “el hecho de tomar más medicamentos de los clínicamente apropiados”<sup>5</sup>.

La polimedicación es considerada como un factor de riesgo de numerosos problemas. A mayor número de fármacos prescritos y mayor complejidad terapéutica, menor grado de adherencia al tratamiento y por tanto menor mejoría clínica de la esperada<sup>6,7</sup>. También se asocia a un mayor riesgo de lesiones por caídas<sup>8</sup>, interacciones medicamentosas y aparición de efectos adversos<sup>9</sup>. Por otro lado también hay que tener en cuenta las consecuencias que tiene la polimedicación sobre el uso de los recursos sanitarios, aumentando el gasto farmacéutico y el riesgo de hospitalización, reingresos y estancias más prolongadas<sup>6</sup>.

Tal y como describen Villafaina y Gavilán, existen tres categorías de factores asociados a la aparición de la polimedicación: los factores dependientes del paciente (aspectos físicos, psicológicos, y sociofamiliares), del sistema sanitario (ingresos hospitalarios, interconsultas entre especialistas, ser atendidos por diferentes prescriptores, etc) y de la sociedad en su conjunto<sup>5</sup>. Cualquier intento de abordar el problema de la polimedicación debe tener en cuenta estos factores de una manera global e integral.

En España se han puesto en marcha diferentes programas de intervención multidisciplinar en los que la acción conjunta de médicos, enfermeros y farmacéuticos tiene como objetivo mejorar la adherencia de los pacientes crónicos y polimedificados. El éxito de estos programas radica en conseguir que el paciente comprenda su enfermedad y la importancia y beneficios de cumplir con el tratamiento prescrito, empoderándolo para conseguir que formen parte activa en la gestión de su propia salud<sup>7</sup>.

En el año 2014 se puso en marcha en el Área Sanitaria de Talavera de la Reina un programa multidisciplinar de atención a pacientes polimedificados. En este programa, la Enfermera Familiar y Comunitaria revisa la medicación que toma el paciente y valora de una manera exhaustiva la adhesión al tratamiento farmacológico, identificando aquellas dificultades que presente el paciente para incorporar o mantener el régimen terapéutico. Tras esta valoración, se realiza un Plan de Cuidados Individualizado utilizando las taxonomías enfermeras internacionales (NANDA, NIC Y NOC). En este Plan de Cuidados la enfermera identifica los problemas detectados o aquellas áreas susceptibles de mejora, estableciendo unos objetivos comunes con el paciente y planificando las intervenciones a realizar para conseguir alcanzar los objetivos propuestos.

#### OBJETIVOS

- **Objetivo general:** conocer la prevalencia de pacientes polimedificados atendidos en el Área Sanitaria de Talavera de la Reina.
- **Objetivos específicos:** identificar las características y la distribución de este tipo de pacientes en nuestra área sanitaria.

#### MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio descriptivo transversal, llevado a cabo durante el mes de Febrero de 2016 en el Área Sanitaria de Talavera de la Reina. Dicha área está formada por 17 Zonas Básicas de Salud (ZBS): 12 zonas rurales y 5 zonas urbanas, dando cobertura a una población de 148 997 usuarios en total, de la cual 55 620 pertenecen a la zona rural y 93 377 usuarios pertenecen a la zona urbana.

Como población objeto de estudio se consideró a todos aquellos pacientes que cumplieran los siguientes criterios de inclusión:

- Ser usuario del Área Sanitaria de Talavera de la Reina
- Edad comprendida entre los 14 y 100 años.
- Tener más de 6 fármacos prescritos y activos en la Historia Clínica informatizada.

Se excluyeron a todos aquellos pacientes que no cumplieran los criterios mencionados anteriormente.

En cuanto a la recogida de datos, estos se obtuvieron a través de la explotación de la Historia Clínica informatizada de Atención Primaria (TURRIANO).

Las variables a estudiar fueron:

<b>VARIABLES CUANTITATIVAS</b>	Edad, número de fármacos prescritos y activos
<b>VARIABLES CUALITATIVAS</b>	Sexo, zona básica de salud a la que pertenece.

Con respecto a la estrategia de análisis se realizó un análisis descriptivo de las variables sociodemográficas así como del número de fármacos prescritos y activos en dicho momento; calculando las frecuencias relativas y absolutas para las variables cualitativas y medidas de tendencia central y de dispersión para las variables cuantitativas. Para el análisis de datos se utilizaron los programas Excel 2003 y SPSS 17.0 considerando un nivel de significación estadística de 0.05.

#### RESULTADOS

Tras realizar el análisis estadístico se obtuvieron un total de 13.070 usuarios con más de 6 fármacos prescritos en la Historia Clínica informatizada, con una media de edad de 74,39 años. En la Figura 1 se muestra la distribución de pacientes polimedificados por rangos de edad.

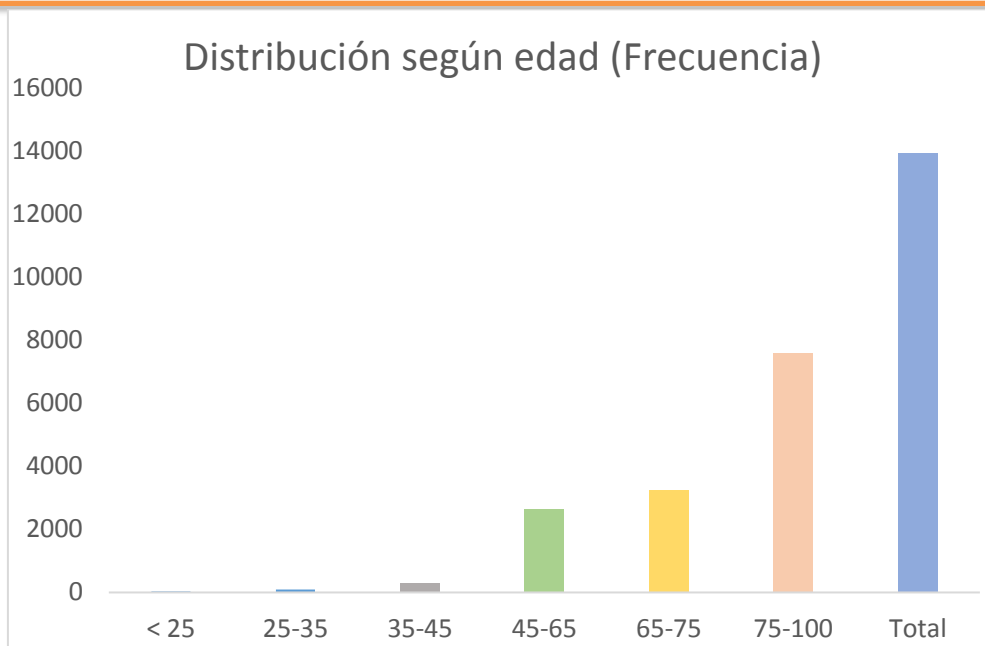


Figura 1: Distribución polimedicaos por rangos de edad.

La distribución según sexo es del 60,3% en mujeres frente al 36,9% en hombres. (Figura 2). Se puede observar la relación de polimedicaos según edad y sexo, encontrando diferencias estadísticamente significativas en el sexo, siendo más frecuente este problema entre las mujeres en el grupo de 75-100 años ( $p < 0.05$ ) (Figura 3).

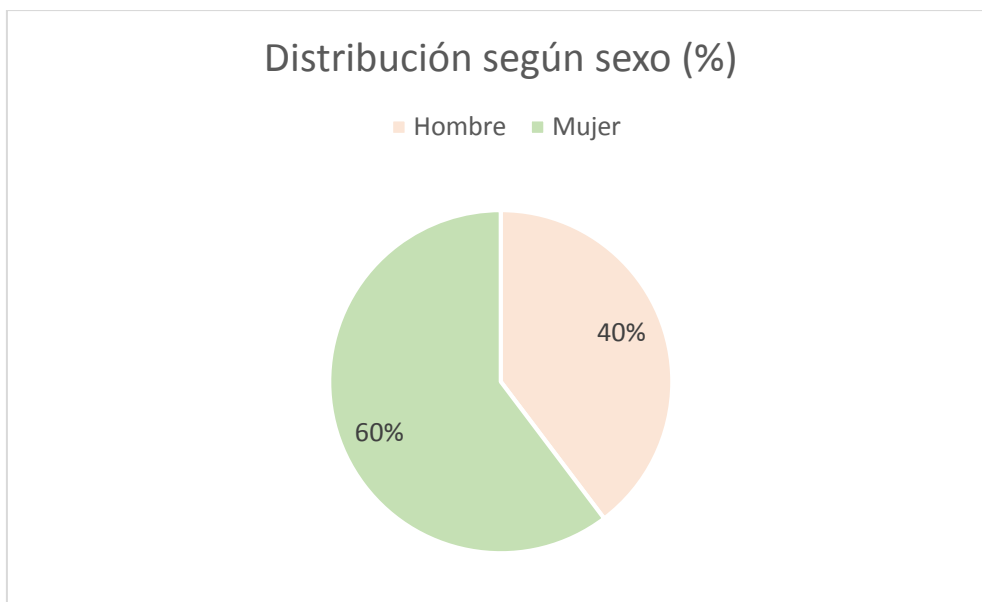


Figura 2: Distribución polimedicaos según sexo

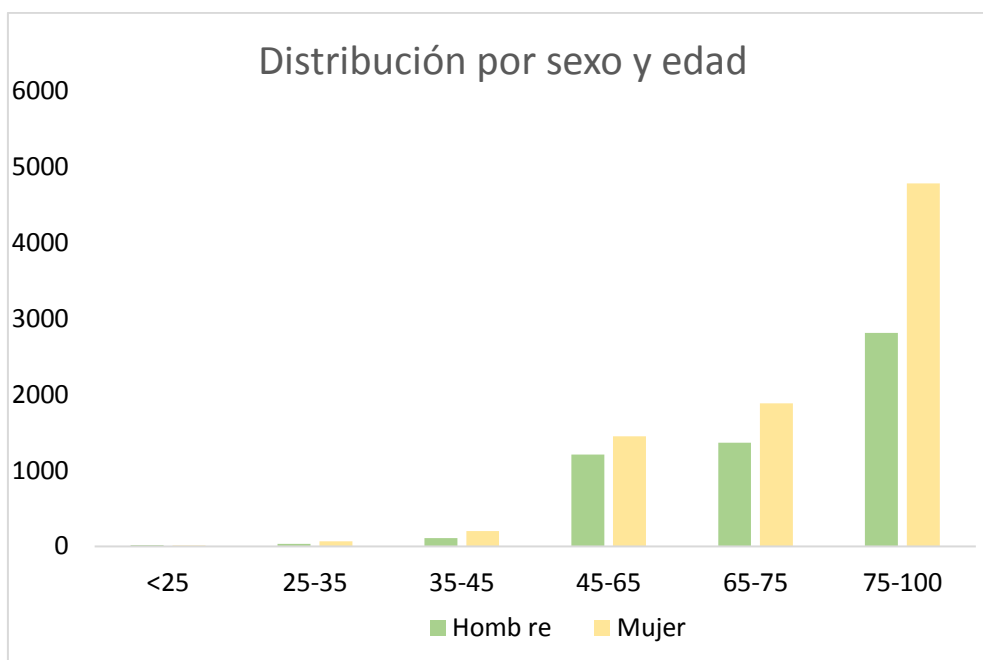


Figura 3: Distribución polimedicados según edad y sexo

En cuanto a la prevalencia de pacientes polimedicados mayores de 65 años en el Área de Talavera de la Reina, hemos obtenido un 33.01%.

Asimismo, se obtuvieron datos sobre prevalencia de polimedicados según el ámbito, hallando en la zona rural un 11,86% de población polimedicada frente al 7,87% en la zona urbana (Figura 4).

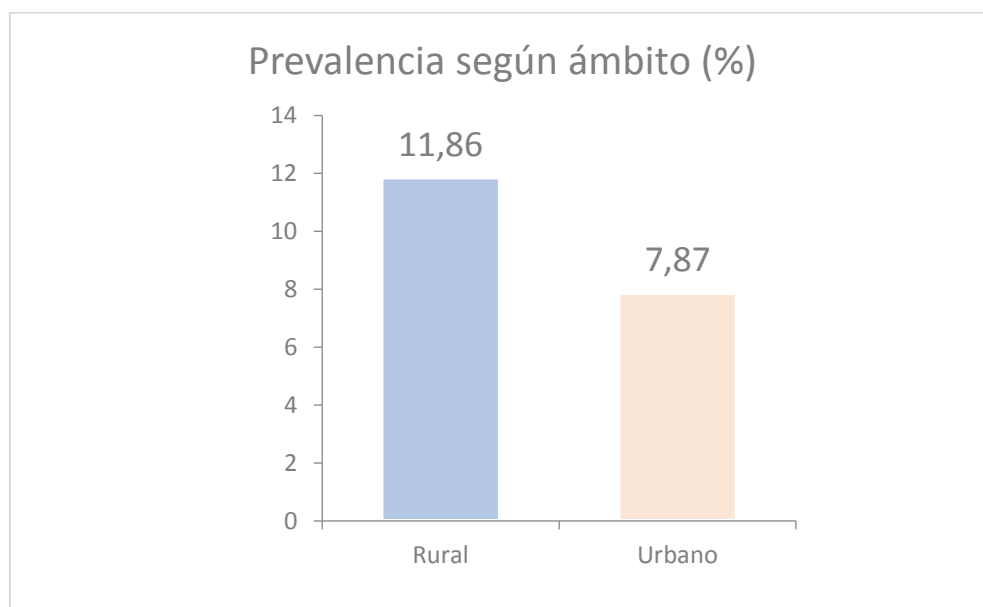


Figura 4: Prevalencia polimedicados según ámbito rural/urbano

Respecto a la prevalencia de polimedicados en la zona rural, vemos que la ZBS con mayor prevalencia es Los Navalmorales, presentando un 16,75% de polimedicados y la ZBS con menor prevalencia de polimedicados, un 9,24%, la ZBS de La Pueblanueva (Figura 5).



### Prevalencia de polimedicados en zona rural

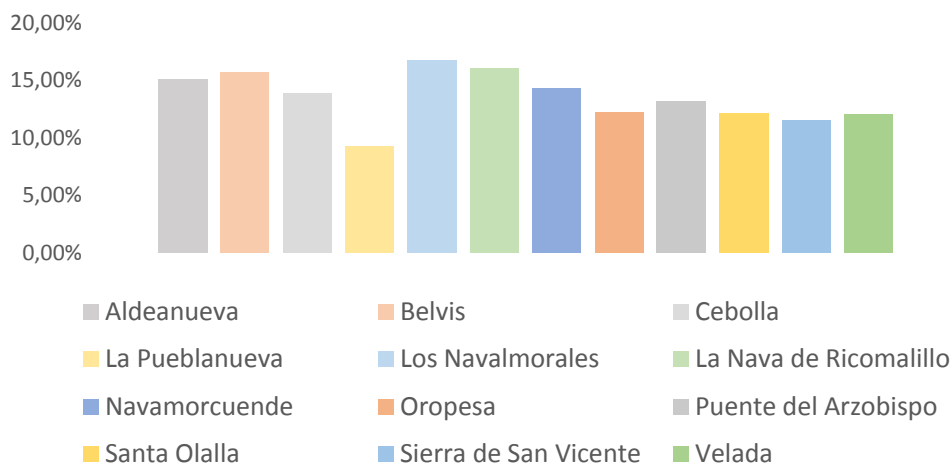


Figura 5: Prevalencia de polimedicados en ámbito rural distribuidos por ZBS

Con referencia a la zona urbana, la ZBS Talavera 3-La Solana con un 10,67% ocupa el primer lugar en cuanto al ranking de prevalencia de pacientes polimedicados del ámbito urbano, frente a la ZBS Talavera 5- Río Tajo, que cuenta con una prevalencia de 7,73% (Figura 6).

### Prevalencia de polimedicados zona urbana

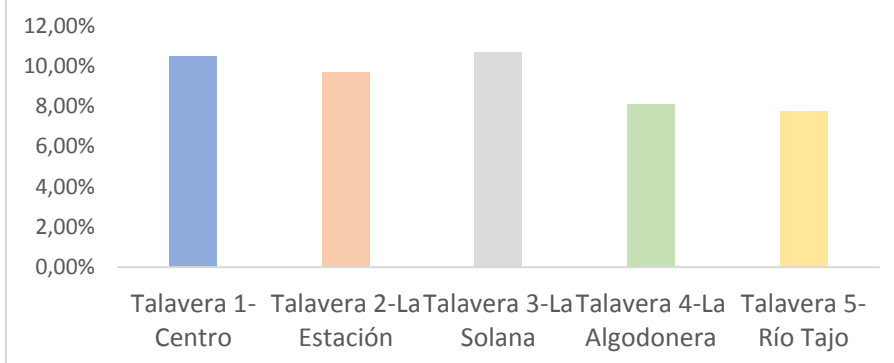


Figura 6: Prevalencia de polimedicados en ámbito urbano distribuidos por ZBS

Respecto al número de fármacos, encontramos una media global de toda el Área de Talavera de la Reina de 9,34 fármacos por usuario polimedicado. Si se desglosa dicho resultado en rural y urbano, se obtiene una media de 9,27 y 9,40 fármacos respectivamente (Figura 7).

### Media de fármacos por ámbito

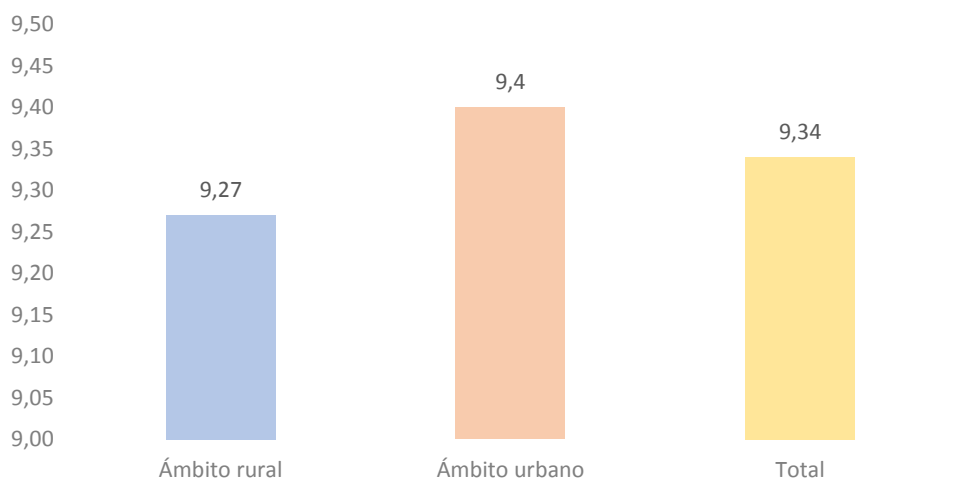


Figura 7: Media de fármacos por ámbito (rural/urbano)

En referencia a la media de fármacos por ZBS y ámbito, se muestra que en ámbito rural las ZBS de Cebolla y Los Navalmorales presentan una media de 9,53 fármacos, frente a los 8,79 fármacos de Aldeanueva (Figura 8).

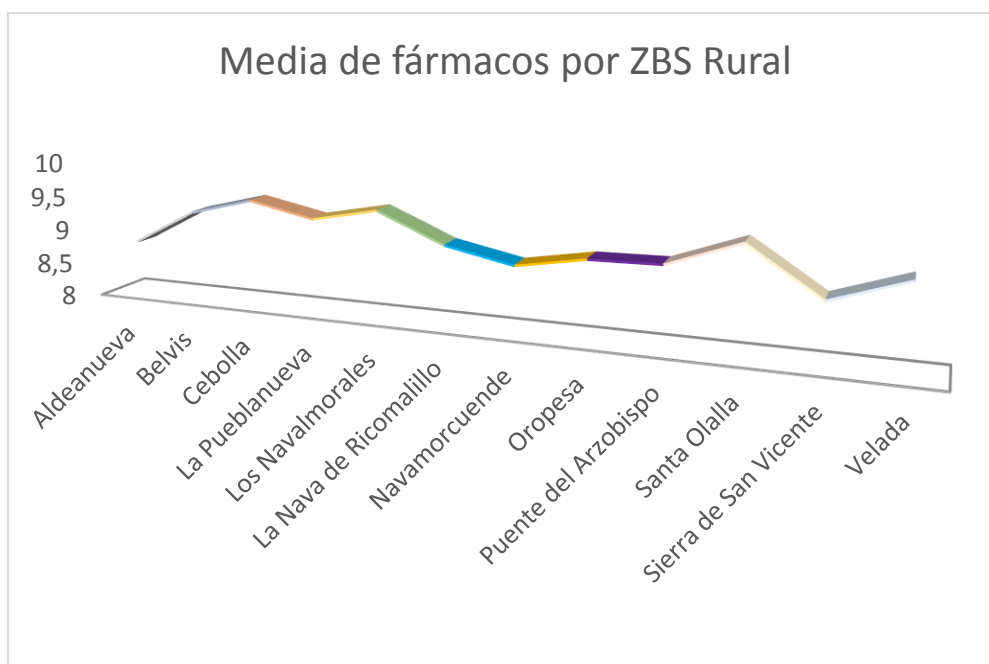


Figura 8: Media fármacos paciente polimedicado por ZBS ámbito rural

En ámbito urbano, la ZBS con mayor media de fármacos es Talavera 3-La Solana con 9,46 fármacos, y Talavera 5- Río Tajo la que menos con una media de 9,27 fármacos (Figura 9).

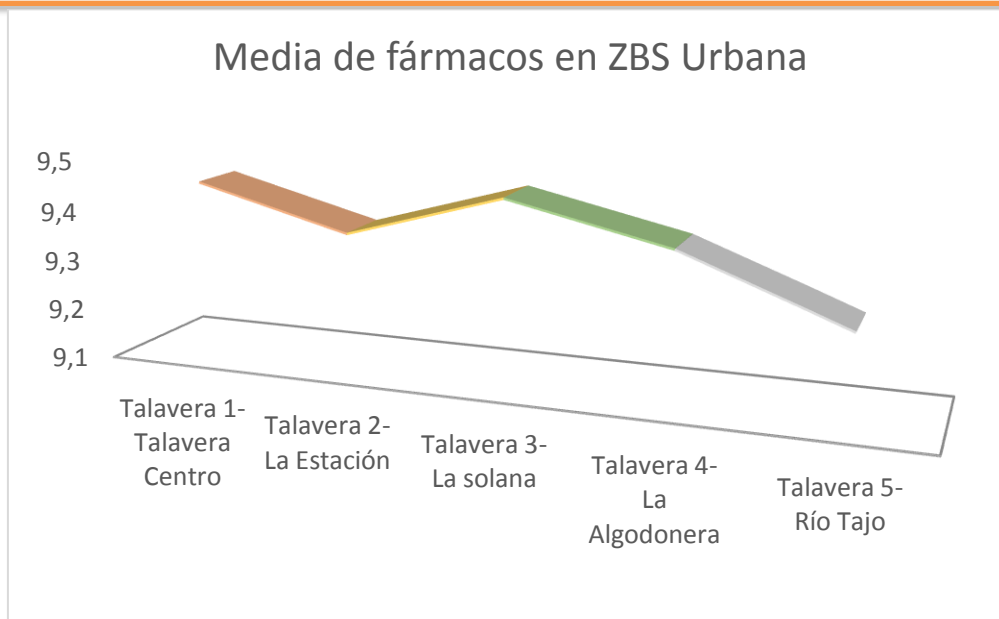


Figura 9: Media fármacos paciente polimedocado ZBS ámbito urbano

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

### Discusión

Los resultados de nuestro estudio muestra una media de edad en los pacientes polimedcados de 74.39 años, dato inferior si lo comparamos con las medias obtenidas en otros estudios realizados (León <sup>(10)</sup> y Barcelona <sup>(11)</sup>), donde las medias de edad de los pacientes polimedcados fueron de 79.9% y 77.3% respectivamente. Las diferencias podrían ser debidas a que en dichos estudios se comparan grupos de edad distintos.

En cuanto a la variable "sexo", nuestro estudio coincide con la mayoría de estudios consultados (León <sup>(10)</sup>, Barcelona <sup>(11)</sup> o Málaga <sup>(12)</sup>), concluyendo que el sexo predominante en pacientes polimedcados es el femenino, ya que en estos estudios, la media resultante de los pacientes estudiados fue superior en mujeres que en hombres. Además, estos estudios muestran, al igual que nuestros resultados, que esta mayor prevalencia en el sexo femenino se mantiene en todos los grupos de edad, aumentando la diferencia entre ambos sexos a medida que aumenta la edad, lo que nos hace preguntarnos qué está ocurriendo en la población femenina para que este dato se vea incrementado con respecto al sexo masculino.

En el estudio se muestra una prevalencia de pacientes polimedcados mayores de 65 años en el Área sanitaria de Talavera de la Reina del 33.01%, dato bastante superior al encontrado en otro estudio realizado en Málaga, donde ésta fue del 13.86%, o en Madrid, donde fue del 55.7%. Esta diferencia podría ser debida a que en estas poblaciones se consideró paciente polimedcado como aquel que consume 5 o más fármacos, mientras que en el presente estudio, se ha considerado paciente polimedcado como aquel que consume más de 6 fármacos <sup>(13,14)</sup>. Igualmente ocurre con datos encontrados en Castilla La Mancha, donde este dato fue del 37% considerándose también un consumo regular de 5 o más fármacos <sup>(15)</sup>.

Además, la distribución de polimedcados se concentra mayormente en la zona rural con respecto a la urbana, coincidiendo estos resultados con los del estudio mencionado anteriormente llevado a cabo en el área sanitaria de León <sup>(10)</sup>. Este dato podría abrirnos un nuevo camino de investigación, donde sería interesante identificar las diferencias en las características de estos dos tipos de población que puedan influir en la existencia de un mayor o menor número de polimedcados. En nuestro estudio, el porcentaje de polimedcados en zona urbana fue del 7.87%, porcentaje muy bajo si lo comparamos con otro estudio realizado en un centro urbano de Granada, donde se obtuvo un porcentaje del 33.77% <sup>(15)</sup>. Estas diferencias se deben a la distinta metodología empleada en los diferentes estudios en cuanto a la consideración de paciente polimedcado.

Los resultados en cuanto al número de fármacos consumidos demuestran que los polimedcados del Área de Talavera de la Reina consumen una media de 9.34 fármacos, cifra muy similar a las medias de otros

estudios, como el realizado hace dos años en el mismo Área sanitaria de Talavera de la Reina <sup>(16)</sup>, la cual era de 9.21 fármacos después de llevar a cabo un programa para reducir su consumo; la de León <sup>(10)</sup>, con una media de 9.4 fármacos; la de Barcelona <sup>(11)</sup>, con una media de 8.9 fármacos, y la de Málaga <sup>(13)</sup> con una media ligeramente inferior de 8 fármacos.

En relación al estudio llevado a cabo en el Área sanitaria de Talavera de la Reina en 2015 <sup>(16)</sup>, el número de pacientes polimedificados que había antes de implantar un programa de atención al paciente polimedificado era de 14.811, y de 12.771 después de iniciar dicho programa. Tras dos años desde la implantación del programa, la cifra actual del número de polimedificados en el Área de Talavera de la Reina ha aumentado a 13.070, lo cual nos hace plantearnos un cambio en el enfoque del programa, tomando medidas correctoras que mejoren su efectividad.

Debido a la heterogeneidad en la metodología empleada en los criterios de inclusión de pacientes, hace difícil la interpretación de las diferencias encontradas. En la mayor parte de los estudios consultados se considera paciente polimedificado aquel con 5 o más medicamentos prescritos de forma crónica mientras en nuestro estudio los datos explotados son de pacientes con más de 6 fármacos prescritos.

Por otra parte, la diferencia de edad de los pacientes incluidos en los distintos estudios comparados nos impide dotar de validez externa estos resultados ya que en estos estudios, los datos extraídos son en base a pacientes a partir de 65 años de edad, mientras que en el presente estudio, la mayor parte de los resultados están calculados para población mayor de 14 años, lo que justifica por tanto las diferencias encontradas en algunos de los resultados extraídos.

Una de las limitaciones de nuestro estudio es que sólo se considera la medicación registrada en la historia clínica del paciente, por lo que podría existir un mayor diagnóstico de pacientes polimedificados al contar fármacos que quizás estén pautados pero que no se estén consumiendo y de igual modo, podría existir un mayor número de polimedificados en casos de automedicación sin prescripción.

### Conclusiones

El estudio de la polimedicación supone un asunto prioritario que precisa revisión y evaluación continua ya que el consumo crónico de medicamentos se continúa evidenciando en nuestra área sanitaria. Impulsar intervenciones que permitan la mejora de la salud y la calidad de vida de la población polimedificada y fomentar un uso racional del medicamento son labores de las que debemos tomar parte los profesionales sanitarios, cada uno en función de sus competencias.

Implantar medidas como programas de atención a pacientes polimedificados con la coordinación entre los profesionales del centro de salud y de farmacia, nos permiten hacer un seguimiento más certero del cumplimiento del régimen terapéutico.

La revisión sistemática del tratamiento así como la formación a los profesionales de atención primaria, hospitalaria y de farmacia y la educación sanitaria dirigida al paciente, son herramientas fundamentales para reducir los riesgos potenciales y los efectos secundarios, consiguiendo con ello una disminución del gasto sanitario y farmacéutico, del riesgo de aumento de la morbi/mortalidad del paciente.

En esta línea de investigación, sería conveniente realizar estudios que aporten más información sobre las características del paciente polimedificado y del tipo de asistencia prestada estos pacientes dado que nuestro estudio muestra un incremento del número de pacientes polimedificados en nuestra área a pesar de la implantación del programa de atención a estos pacientes, para identificar mejoras en las líneas de trabajo con el paciente polimedificado.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Schwab K. The global competitiveness report 2015-2016 [Internet]. Suiza: World Economic Forum; 2015. Disponible en: [http://www3.weforum.org/docs/gcr/2015-2016/Global\\_Competitiveness\\_Report\\_2015-2016.pdf](http://www3.weforum.org/docs/gcr/2015-2016/Global_Competitiveness_Report_2015-2016.pdf) (último acceso 6 febrero 2017)
2. Ferrer C, Orozco D, Román P. Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud [Internet]. España: Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad; 2012. Disponible en: [http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA\\_ABORDAJE\\_CRONICIDAD.pdf](http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf) (último acceso 6 febrero 2017)
3. Filomena Paci J, García Alfaro M, Redondo Alonso FJ, Fernández San-Martín MI. Prescripción inadecuada en pacientes polimedificados mayores de 64 años en atención primaria. *Atención Primaria* 2015; 47 (1):38-47.

4. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Memoria de actividades 2009. [Internet] Disponible en: <https://www.msssi.gob.es/organizacion/consejoInterterri/docs/actividadCisns09.pdf> (último acceso 7 febrero 2017)
5. Villafaina Barroso A, Gavilán Moral E. Pacientes polimedcados frágiles, un reto para el sistema sanitario. *Inf Ter Sist Nac Salud* 2011;35(4):114-123.
6. Gavilán Moral E, Villafaina Barroso A, Jiménez de Gracia L. Polimedcación en personas mayores. *AMF* 2012; 8(8):426-433.
7. Farmaindustria. Plan de adherencia al tratamiento. Uso responsable del medicamento. [Internet] <http://www.farmaindustria.es/adherencia/wp-content/uploads/sites/6/2016/11/farmaindustria-plan-de-adherencia.pdf> (último acceso 7 febrero 2017)
8. Suelves JM, Martínez V, Medina A. Lesiones por caídas y factores asociados en personas mayores de Cataluña, España. *Rev Panam Salud Pública* 2010;27:37-42.
9. Fulton MM, Allen ER. Polypharmacy in the elderly: a literature review. *J Am Acad Nurse Pract*. 2005;17:123-131.
10. Naveiro Rilo JC, Díez Juárez D, Flores Zurutuza ML, Molina Mazo R, Alberte Pérez C. Intervención en ancianos con multimorbilidad y polimedcados: resultados en la prescripción y en la calidad de vida. *Rev Calid Asist*. 2014; 29(5): 256-262.
11. Filomena Paci J, García Alfaro M, Redondo Alonso FJ, Fernández San-Martín MI. Prescripción inadecuada en pacientes polimedcados mayores de 64 años en atención primaria. *Aten Primaria*. 2015. 47(1): 38-47.
12. Núñez Montenegro AJ, Montiel Luque A, Martín Aurioles, E, Torres Verdú, B, Lara Moreno C, González Correa JA. Adherencia al tratamiento en pacientes polimedcados mayores de 65 años con prescripción por principio activo. *Aten Primaria*. 2014. 46(5): 238-245.
13. Cano Pérez MD, Castell Alcalá MV, Queipo Matas R, Martín Martín S, Mateo Pascual C, Otero Puime A. Utilización de servicios de atención primaria, atención especializada y consumo de medicamentos por la población de 65 años y más en la comunidad de Madrid. *Rev Esp Salud Pública* [Internet]. 2016 [citado 8 Feb 2017]; 90(1): 1-11. Disponible en: [http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos\\_propios/resp/revista\\_cdrom/VOL90/ORIGINALES/RS90C\\_MDCP.pdf](http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL90/ORIGINALES/RS90C_MDCP.pdf)
14. Garrido Garrido EM, García Garrido I, García López Durán JC, García Jiménez F, Ortega López I, Bueno Cavanillas A. Estudio de pacientes polimedcados mayores de 65 años en un centro de asistencia primaria urbano. *Rev Calid Asist*. 2011; 26(2): 90-96.
15. Sánchez Serano JL, González Zarca MT, Muñoz Carreras MI, Lara García-Escribano S, García Carreño EM. Deprescripción en el paciente polimedcado. *Boletín Farmacoterapéutico de Castilla la Mahcha*. 2015;16 (3) 1-8.
16. Mena Moreno C, Jimenez Marquez V, Arroyo Moleon R, Bermejo Perez M, Guerra Cano S. Resultados de un programa de atención a pacientes polimedcados. 2015. En: Libro de comunicaciones póster digital: 9º Congreso Nacional de FAECAP "Cuidar etapa tras etapa". Santiago de Compostela; 194.p. 51.

**ID88:****EFICACIA DE UNA ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN INTENSIVA SOBRE CAMBIOS EN LOS ESTILOS DE VIDA DE SUJETOS CON RIESGO CARDIOVASCULAR INTERMEDIO: ENSAYO CLÍNICO RANDOMIZADO Y CONTROLADO**

Natalia Sánchez-Aguadero <sup>1\*</sup>, Sara Mora-Simón <sup>2</sup>, Emiliano Rodríguez-Sánchez <sup>1</sup>, Juan A Hernández-Hernández <sup>3</sup>, Laura Rodríguez-Calzada <sup>3</sup>, María E Roncero-Maíllo <sup>3</sup>.

<sup>1</sup> Unidad de Investigación del CS La Alamedilla de Salamanca, SACYL, Instituto de Investigación Biomédica de Salamanca (IBSAL).

<sup>2</sup> Escuela Universitaria de Relaciones Laborales de Zamora, Centro adscrito a la Universidad de Salamanca, Unidad de Investigación del CS La Alamedilla de Salamanca, IBSAL.

<sup>3</sup> CS Virgen de la Concha de Zamora, SACYL.

[natalia.san.ag@gmail.com](mailto:natalia.san.ag@gmail.com)

**RESUMEN**

**Introducción:** El 80% de las enfermedades cardiovasculares podrían evitarse con la adopción de conductas promotoras de salud, siendo más eficiente actuar en población sin enfermedad establecida pero con riesgo de padecerla que en población general.

**Objetivos:** Diseñar y evaluar la eficacia de una estrategia de intervención intensiva para actuar sobre los estilos de vida en sujetos con riesgo cardiovascular intermedio.

**Material y métodos:** Ensayo clínico aleatorizado y controlado. 200 sujetos de 35-74 años con riesgo cardiovascular intermedio. Efecto de la intervención evaluado mediante: cuestionarios sobre estilos de vida y calidad de vida, parámetros de control metabólico, marcadores inflamatorios, medidas antropométricas y de función vascular y batería neuropsicológica.

**Relevancia:** La demostración de la eficacia de la intervención diseñada la convertiría en una importante herramienta de tratamiento, por su contribución a la prevención de complicaciones, la disminución de la necesidad de intervenciones farmacológicas y la mejora de la calidad de vida.

**ABSTRACT**

**Introduction:** Eighty percent of cardiovascular diseases could be prevented adopting healthy lifestyles. Interventions focused to populations on risk are more efficient than those aimed to the general population.

**Objectives:** To design an intensive intervention for modifying the intermediate cardiovascular risk subjects' lifestyles and to evaluate their effectiveness.

**Material and methods:** A randomized controlled trial with 200 participants aged 35-74 years who have intermediate cardiovascular risk. The effect of the intervention will be assessed using lifestyles and quality of life questionnaires, metabolic control parameters, inflammation markers, anthropometric and vascular function measurements and neuropsychological tests.

**Relevance:** The designed intervention would become an important treatment tool if its effectiveness was demonstrated. In this way, it could contribute to prevent complications, to reduce the drug use and to improve the quality of life.

**PALABRAS CLAVE**

Educación en salud, enfermedades cardiovasculares, estilos de vida, deterioro cognitivo, calidad de vida. Health education, cardiovascular diseases, life style, risk factors, cognitive decline, quality of life.

**INTRODUCCIÓN**

Las enfermedades vasculares están implicadas en el 30% de la mortalidad total mundial (17.3 millones de muertes anuales) [1]. En España, constituyen un problema de salud pública prioritario, no sólo por calcularse que en 2014 causaron 117.393 muertes (29.7% del total de defunciones) [2], sino también por encontrarse entre los condicionantes y problemas de salud más prevalentes y que mayor carga asistencial generan a la Atención Primaria. La OMS estima que aproximadamente un 80% de las enfermedades

cardiovasculares podría evitarse con conductas promotoras de salud [3]. En este sentido, es más eficiente actuar en la población sin enfermedad establecida, pero con un riesgo elevado de padecerla, que en la población general o de bajo riesgo [4,5].

Estos datos han justificado la realización de numerosas investigaciones para evaluar la efectividad de intervenciones dirigidas a mejorar la salud cardiovascular. Sin embargo, aunque el 56% de los acontecimientos cardiovasculares se producen en pacientes de riesgo intermedio, pocos estudios se centran en dicha población [6].

En cuanto a la alimentación, las intervenciones con sesiones más frecuentes son más efectivas [7]. Pese a que la dieta mediterránea se considera actualmente el modelo de alimentación más saludable, hasta el estudio PREDIMED [8], ningún ensayo clínico había comprobado sus efectos en la prevención primaria de enfermedades cardiovasculares. Este estudio logró un incremento inicial de 1.8 puntos en el score de adherencia a la dieta mediterránea en los grupos de estudio frente a un aumento de 0.3 puntos en el grupo de comparación [9]. Esto supuso, a los 4 años de seguimiento, una reducción del 30% en la incidencia de complicaciones cardiovasculares mayores en los grupos de intervención respecto al control [10].

En lo relativo a la actividad física, la promoción del ejercicio en sedentarios incrementa el número de sujetos que pasan a activos a los 12 meses (OR: 1.42, IC 95%: 1.17-1.73), aunque el efecto no se ha demostrado a largo plazo [11,12]. En el estudio PEPAF [13] la prescripción de ejercicio consiguió un incremento de la actividad física de 18 minutos/semana (IC 95%: 6-31) y de 1.3 METS/hora/semana (IC 95%: 0.4-2.2) frente al consejo, con una proporción de población que alcanzó el mínimo de las recomendaciones internacionales un 3.9% mayor en el grupo de intervención (IC 95%: 1.2-6.9) que en el de control.

Por lo que al consumo de tabaco se refiere, la proporción de abstinencia aumenta con la intensidad de la intervención, el tiempo empleado y el número y diversidad de contactos [14]. Actualmente se sabe que el consejo mínimo aislado para la deshabituación tabáquica en población general obtiene una media del 5% de abandonos en un año [15], mientras que intervenciones con seguimiento intensivo pueden llegar a más de un 20% [14,16].

En relación con el consumo de alcohol, según una revisión sistemática [17], intervenciones breves muestran eficacia moderada en la reducción del consumo por parte de bebedores no alcohólicos.

Acerca de si para prevenir enfermedades se debe intervenir sobre uno o más estilos de vida al mismo tiempo, hay pruebas científicas de la efectividad del abordaje simultáneo de múltiples factores de riesgo, especialmente en aquellos pacientes que presentan un alto riesgo de enfermedad [18, 19].

Respecto al deterioro cognitivo y la demencia, se ha encontrado que la presencia de factores de riesgo cardiovascular en la edad adulta puede relacionarse con un mayor riesgo de desarrollar deterioro cognitivo en la vejez [20]. Igualmente, se ha demostrado que puede haber relación entre los estilos de vida y el deterioro cognitivo, observándose que un estilo de vida saludable se asocia con un menor riesgo de deterioro cognitivo [21, 22]. En este sentido, recientes estudios proponen que el abordaje multidisciplinar de los factores de riesgo cardiovascular podría reducir el riesgo de declive cognitivo [23]. Además de todo lo anterior, es también conocida la existencia de una estrecha relación entre las enfermedades cardiovasculares y la calidad de vida [24]. Estudios epidemiológicos han demostrado la influencia de diferentes factores como el tabaquismo o la obesidad en la autopercepción del estado de salud [25,26]. Del mismo modo, hay evidencia de la asociación entre la calidad de vida y los estilos de vida saludables [27, 28, 29].

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVOS GENERALES:**

- Diseñar una estrategia de intervención intensiva que permita a los profesionales del ámbito de la Atención Familiar y Comunitaria (AFyC) actuar de manera eficaz sobre los estilos de vida, en los sujetos con RCV intermedio.
- Evaluar la eficacia de la estrategia de intervención diseñada, aplicada a la AFyC, en el cambio de estilos de vida, control de FRCV, descenso del RCV y mejora de rendimientos cognitivos y calidad de vida, en los sujetos con RCV intermedio.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Evaluar el efecto de la intervención en la mejora de:

- Estilos de vida: cumplimiento de las recomendaciones sobre dieta, actividad física y consumo de alcohol y tabaco.
- FRCV: composición corporal, presión arterial, función renal, perfil lipídico, control metabólico, marcadores inflamatorios y parámetros de función vascular.
- RCV estimado con escalas.
- Rendimientos cognitivos.
- Calidad de vida.

## MATERIAL Y MÉTODOS

### DISEÑO

Ensayo clínico randomizado y controlado. Se desarrollará en la Unidad de Investigación del Centro de Salud de La Alamedilla de Salamanca y el Centro de Salud Virgen de la Concha de Zamora.

### SUJETOS DE ESTUDIO:

La población de estudio estará constituida por sujetos de 35 a 74 años, con riesgo cardiovascular intermedio, determinado según la ecuación de riesgo de Framingham. Se excluirá a quienes presenten antecedentes personales de enfermedad arteriosclerótica, se encuentren institucionalizados o en situación terminal en el momento de la cita, no puedan hacer ejercicio ni seguir la dieta mediterránea o tengan problemas de salud mental que les impidan cumplir de manera satisfactoria el programa de intervención.

La muestra final comprenderá 200 sujetos seleccionados, por muestreo consecutivo, de entre los citados a las consultas de Atención Primaria que cumplan los criterios de inclusión. Posteriormente, serán randomizados en grupo de intervención (GI) y de control (GC) con una razón de 1/1, mediante el programa Epidat 4.0.

El tamaño muestral se ha estimado para las variables principales del estudio, considerando un 3% de pérdidas de seguimiento. En lo referido a la actividad física, aceptando un riesgo alfa de 0.05 y un riesgo beta de 0.20, con una DS de 1800 METS/minuto/semana, se precisarían 200 sujetos (100 en cada grupo) para detectar un incremento de 725 METS/minuto/semana en el GI respecto del GC. En lo relativo a la Adherencia a la Dieta Mediterránea, aceptando un riesgo alfa de 0.05 y un riesgo beta de 0.20, con una DS de 2 puntos, se precisarían 198 sujetos (99 en cada grupo) para detectar un incremento de 0.81 puntos en la puntuación total del cuestionario en el GI respecto del GC.

### VARIABLES E INSTRUMENTOS DE MEDIDA:

#### **Variables socio-demográficas:**

Se recogerán datos sobre edad, sexo, estado civil, situación laboral, nivel educativo y clase social.

#### **Anamnesis:**

En las evaluaciones tanto inicial como de seguimiento se registrarán antecedentes familiares y personales de acontecimientos vasculares, fecha de diagnóstico y tratamiento de hipertensión arterial, diabetes, dislipemia o fibrilación auricular, y, consumo de fármacos relacionados con enfermedades cardiovasculares (antiagregantes, anticoagulantes, anticonceptivos orales, tratamiento hormonal, hipolipemiantes, antihipertensivos y antidiabéticos).

#### **Exploración física:**

En las evaluaciones tanto inicial como de seguimiento se obtendrán:

##### Presión arterial:

Realizando tres mediciones de presión arterial sistólica y diastólica, utilizando la media de las dos últimas, con un tensiómetro Omrom modelo M10 validado y siguiendo las recomendaciones de la Sociedad Europea de Hipertensión.

##### Medidas antropométricas:

**Peso:** determinado en dos lecturas, con el sujeto usando ropa ligera y sin calzado, utilizando una balanza electrónica homologada (Scale 7830; Soehnle Professional GmbH & Co, Backnang, Germany) debidamente calibrada (precisión  $\pm 0,1$  kg).



**Talla:** registrando el promedio de dos lecturas redondeadas al centímetro más cercano, con el sujeto descalzo en bipedestación, empleando un sistema portátil Seca 222.

**Perímetro de la cintura:** estando el sujeto de pie y sin ropa, midiendo después de la inspiración, a la altura del punto medio entre la última costilla y la cresta ilíaca, con una cinta métrica flexible paralela al suelo.

**Perímetro de la cadera:** estando el sujeto de pie y sin ropa, midiendo a la altura de los trocánteres, con una cinta métrica flexible paralela al suelo.

**Índice de masa corporal (IMC):** calculado como el peso (kg) dividido por el cuadrado de la altura (m<sup>2</sup>).

**Composición corporal:**

Determinada con Monitor Inbody 230, que proporciona datos sobremasa de músculo esquelético, masa grasa, agua corporal total, masa libre de grasa, porcentaje de grasa corporal, relación cintura-cadera, metabolismo basal, controlmúsculo-grasa, análisis gráfico segmental, masa magra segmental, masa grasa segmental.

**Índice Cardio-Tobillo-Vascular (CAVI) e Índice Tobillo-Brazo (ABI):**

Con el sujeto en decúbito, utilizando el dispositivo Vasera VS-2000® (Fukuda Denshi).

**Datos de laboratorio:**

En las evaluaciones tanto inicial como de seguimiento se realizará toma de muestras de primera orina de la mañana y sangre tras 12 horas de ayuno, para determinar índice albúmina-creatinina, glucosa, hemoglobina glicosilada, lípidos (colesterol total, HDL-colesterol, LDL-colesterol y triglicéridos), creatinina, proteína C reactiva de alta sensibilidad y fibrinógeno.

**Estimación del riesgo cardiovascular:**

En las evaluaciones tanto inicial como de seguimiento, según la ecuación de riesgo de Framingham.

**Variables relacionadas con los estilos de vida:**

En las evaluaciones tanto inicial como de seguimiento se evaluarán:

**Alimentación:** con *Cuestionario de Frecuencia de Consumo de Alimentos* validado [30], para estimar la ingesta calórica diaria, así como los principios inmediatos y nutrientes esenciales de la dieta, y, *Cuestionario de Adherencia a la Dieta Mediterránea* [31], ya validado en España, que asume adherencia adecuada cuando la puntuación total es igual o superior a 9 de los 14 ítems referentes al cumplimiento de diversos aspectos de la dieta mediterránea.

**Actividad física:** con *Cuestionario Internacional de Actividad Física (IPAQ)* [32], en su versión corta validada en castellano, que valora la actividad de los últimos 7 días, clasificándola en función de tres niveles de actividad (bajo, moderado y alto) y diferenciando entre tres tipos de actividad (andar, actividades de intensidad moderada y actividades de intensidad vigorosa); y, *Podómetro digital* validado (Omron HJ-321 Tri-Axial)[33], que los sujetos llevarán colocado en la parte derecha de la cintura durante 7 días consecutivos, mostrando calorías consumidas, distancia recorrida, pasos totales y pasos aeróbicos (contados por separado al caminar más de 60 pasos por minuto y más de 10 minutos seguidos).

**Consumo de tabaco:** con *Cuestionario sobre historia y patrón de consumo de tabaco*; y, *Cooximetría*, utilizando medidor de monóxido de carbono MicroCO (MicroMedical).

**Consumo de alcohol:** con *Cuestionario del consumo de alcohol en los últimos 7 días*, detallando bebidas y su volumen.

**Rendimientos cognitivos:**

Se evaluarán tanto en la visita inicial como en las de seguimiento, mediante la siguiente batería neuropsicológica:

**Atención y funciones ejecutivas:** Se utilizará el Trail Making Test A para la atención y el Trail Making Test B para la velocidad de procesamiento y funciones ejecutivas [34]. La atención sostenida y selectiva, funciones ejecutivas y velocidad de procesamiento, se explorarán con el test Stroop [35].

**Memoria verbal:** será evaluada en tres intentos con el recuerdo inmediato de un listado de 15 palabras extraídas del Rey Auditory Verbal Learning Test[36] y la memoria verbal demorada mediante el recuerdo libre de las palabras aprendidas en la primera parte de la prueba.

**Memoria de trabajo:** se examinará con la prueba de dígitos inversos del WAIS [37].

**Lenguaje:** La fluidez fonológica se explorará mediante la enumeración durante un minuto de tantas palabras como se pueda que empiecen por diferentes letras [38].

**Calidad de vida:**

En las evaluaciones tanto inicial como de seguimiento, usando el *Cuestionario de Calidad de Vida SF-12* [39], validado para su uso en población española y formado por un subconjunto de 12 ítems del SF-36 a partir de los cuales se construyen los componentes sumarios físico y mental.

**Motivación para el cambio:**

En las evaluaciones tanto inicial como de seguimiento se especificará la etapa de motivación según el Modelo de Prochaska y Diclemente [40].

**INTERVENCIÓN:**

**Intervención común a ambos grupos:**

Todos los participantes recibirán, durante 5 minutos, consejo individual estandarizado, orientado a fomentar la dieta sana y equilibrada, el paseo diario, el abandono del tabaco y el consumo moderado de alcohol.

**Intervención específica del grupo de estudio:**

Los sujetos de dicho grupo participarán en sesiones semanales de 60-90 minutos de duración, que se complementarán con la entrega de material informativo.

1ª sesión grupal.- ¿Por qué son importantes los hábitos de vida?: sesión de discusión dirigida cuyo propósito es dar a conocer el concepto y utilidad del riesgo cardiovascular, factores de riesgo cardiovascular más importantes y forma de modificarlos, así como principales enfermedades cardiovasculares, sus causas y medidas de prevención.

2ª sesión grupal.- Bocados de conocimiento: taller de cocina dirigido a instruir sobre cómo adquirir en el supermercado los alimentos más sanos, repartirlos oportunamente en la dieta regular y cocinarlos de forma saludable, así como a reforzar la importancia de un consumo moderado de alcohol. Para ello, se realizará una breve reflexión inicial sobre alimentación saludable, dieta mediterránea y consumo moderado de alcohol, seguida de la elaboración por los participantes de tres platos de cocina cardiosaludable.

3ª sesión grupal.- Cada paso cuenta: taller de actividad física y relajación dirigido a informar sobre los beneficios de la práctica regular de actividad física y la reducción del estrés, así como a proporcionar preparación para el manejo del estrés y el cumplimiento de las recomendaciones actuales de actividad física. Para ello, se realizará una breve reflexión inicial sobre la importancia de la actividad física y el control del estrés, seguida de la ejecución de un programa de actividad física, con control de la frecuencia cardíaca, estructurado en 5 etapas (calentamiento, trabajo de resistencia muscular con banda elástica, paseo cardiosaludable, estiramientos y relajación).

4ª sesión grupal.- Mitos y realidades acerca del tabaco: sesión de discusión dirigida, para fumadores, cuyo propósito es clarificar lo que se gana al dejar de fumar, anticipar las dificultades que se pueden encontrar en el proceso de abandono del tabaco y proporcionar preparación para conseguir el objetivo de dejarlo y mantenerse abstinentes. Para ello, se plantearán diversos mitos y realidades acerca del tabaco y se utilizará material audiovisual que invite a la reflexión (escenas cinematográficas, anuncios publicitarios, etc.).

Además, se realizarán 2 seguimientos telefónicos al mes y los 6 meses post-intervención, con la finalidad de reforzar el cambio de hábitos y registrar las dificultades encontradas.

**ANÁLISIS ESTADÍSTICO:**

Los resultados se expresarán según la media  $\pm$  desviación estándar en variables cuantitativas o mediante la distribución de frecuencias en el caso de las cualitativas. El análisis de los resultados se hará por intención de tratar. La normalidad de las variables se evaluará mediante el test de Kolmogorov-Smirnov. Para analizar la asociación entre variables cualitativas se utilizarán el test Ji cuadrado en muestras independientes y el test de McNemar en las apareadas. Las medias entre dos grupos se compararán mediante la prueba t de Student para muestras independientes y el cambio dentro del mismo grupo se evaluará con la t de Student para datos apareados. La relación entre variables cuantitativas será analizada mediante el coeficiente de correlación de Pearson. Se realizará un análisis de regresión lineal

múltiple y regresión logística para examinar las variables más determinantes en los cambios de la actividad física y el patrón dietético. Para estudiar el efecto de la intervención se compararán los cambios alcanzados en el grupo de control con los del grupo de intervención y se estimará la cohen d, ajustando por las variables que pueden influir en el resultado. Se hará un análisis por género para evaluar las diferencias entre hombres y mujeres en los resultados obtenidos. El efecto de la intervención podría ser modificado por la edad, sexo, nivel cultural y socioeconómico, índice de masa corporal y estilos de vida basales, así como algunas patologías (diabetes, dislipemia, etc.). Estas variables serán controladas en el análisis. Para los contrastes bilaterales de hipótesis se fija un riesgo alfa de 0.05 como límite de significación estadística. El programa estadístico será SPSS, v.23.0.

#### **CUESTIONES ÉTICAS:**

El estudio ha sido aprobado por el CEIC del área de salud de Salamanca y se realizará en concordancia con la Declaración de Helsinki, previo consentimiento informado de los sujetos de estudio.

#### **RELEVANCIA**

La metodología y el diseño del presente estudio se adecúan a los objetivos planteados. Además, se centra en un problema de salud prioritario, las enfermedades cardiovasculares; y, versa sobre una de las principales áreas de intervención en el ámbito de la Atención Primaria, la promoción de estilos de vida saludables.

Por otra parte, el diseño de una estrategia de intervención intensiva para actuar sobre varios estilos de vida al mismo tiempo, en sujetos tan susceptibles como los de riesgo cardiovascular intermedio, es algo novedoso. De hecho, con la demostración de su eficacia, podría convertirse en una importante herramienta de tratamiento que, además de contribuir a la prevención de complicaciones como la afectación de órganos diana, los eventos cardio y cerebrovasculares o el deterioro cognitivo, también conduciría a una mejora de la calidad de vida y una disminución de la necesidad de intervenciones farmacológicas. Todo ello, implicaría un considerable ahorro de recursos a corto, medio y largo plazo.

Por tanto, los resultados de este trabajo tienen un amplio potencial de transferencia a la práctica clínica, ya que al generalizar esta intervención, se lograría una atención a los factores de riesgo cardiovascular más eficiente, con el establecimiento de nuevas estrategias para su reducción en población sin enfermedad establecida, pero con riesgo elevado de padecerla, desde el ámbito de la Atención Familiar y Comunitaria.

#### **BIBLIOGRAFÍA**

1. Mendis S, Puska P, Norrving B. Global atlas on cardiovascular disease prevention and control. Ginebra 2011. Disponible en: [http://www.who.int/cardiovascular\\_diseases/publications/atlas\\_cvd/en/](http://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/atlas_cvd/en/).
2. Defunciones según la causa de muerte. Año 2014 [Nota de prensa]. Madrid: Instituto Nacional de Estadística, 2016.
3. The World Health Report-Reducing risks, promoting healthy life. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2002.
4. Graham I, Atar D, Borch-Johnsen K, Boysen G, Burell G, Cifkova R, et al. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: executive summary: Fourth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (Constituted by representatives of nine societies and by invited experts). European heart journal. 2007;28(19):2375-414.
5. Ebrahim S, Taylor F, Ward K, Beswick A, Burke M, Davey Smith G. Multiple risk factor interventions for primary prevention of coronary heart disease. The Cochrane database of systematic reviews. 2011(1):Cd001561.
6. Marti R, Parramon D, Garcia-Ortiz L, Rigo F, Gomez-Marcos MA, Sempere I, et al. Improving interMediAte risk management. MARK study. BMC cardiovascular disorders. 2011;11:61.
7. Maderuelo-Fernandez JA, Recio-Rodriguez JI, Patino-Alonso MC, Perez-Arechaederra D, Rodriguez-Sanchez E, Gomez-Marcos MA, et al. Effectiveness of interventions applicable to primary health care settings to promote Mediterranean diet or healthy eating adherence in adults: A systematic review. Preventive medicine. 2015;76 Suppl:S39-55.

8. Estruch R, Martinez-Gonzalez MA, Corella D, Salas-Salvado J, Ruiz-Gutierrez V, Covas MI, et al. Effects of a Mediterranean-style diet on cardiovascular risk factors: a randomized trial. *Annals of internal medicine*. 2006;145(1):1-11.
9. Salas-Salvado J, Fernandez-Ballart J, Ros E, Martinez-Gonzalez MA, Fito M, Estruch R, et al. Effect of a Mediterranean diet supplemented with nuts on metabolic syndrome status: one-year results of the PREDIMED randomized trial. *Archives of internal medicine*. 2008;168(22):2449-58.
10. Estruch R, Ros E, Martinez-Gonzalez MA. Mediterranean diet for primary prevention of cardiovascular disease. *The New England journal of medicine*. 2013;369(7):676-7.
11. Orrow G, Kinmonth AL, Sanderson S, Sutton S. Effectiveness of physical activity promotion based in primary care: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ (Clinical research ed)*. 2012;344:e1389.
12. Hobbs N, Godfrey A, Lara J, Errington L, Meyer TD, Rochester L, et al. Are behavioral interventions effective in increasing physical activity at 12 to 36 months in adults aged 55 to 70 years? A systematic review and meta-analysis. *BMC medicine*. 2013;11:75.
13. Grandes G, Sanchez A, Sanchez-Pinilla RO, Torcal J, Montoya I, Lizarraga K, et al. Effectiveness of physical activity advice and prescription by physicians in routine primary care: a cluster randomized trial. *Archives of internal medicine*. 2009;169(7):694-701.
14. Lemmens V, Oenema A, Knut IK, Brug J. Effectiveness of smoking cessation interventions among adults: a systematic review of reviews. *European journal of cancer prevention : the official journal of the European Cancer Prevention Organisation (ECP)*. 2008;17(6):535-44.
15. Russell MA, Wilson C, Taylor C, Baker CD. Effect of general practitioners' advice against smoking. *British medical journal*. 1979;2(6184):231-5.
16. Stead LF, Bergson G, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2008(2):Cd000165.
17. Alvarez-Bueno C, Rodriguez-Martin B, Garcia-Ortiz L, Gomez-Marcos MA, Martinez-Vizcaino V. Effectiveness of brief interventions in primary health care settings to decrease alcohol consumption by adult non-dependent drinkers: a systematic review of systematic reviews. *Preventive medicine*. 2015;76 Suppl:S33-8.
18. Sweet SN, Fortier MS. Improving physical activity and dietary behaviours with single or multiple health behaviour interventions? A synthesis of meta-analyses and reviews. *International journal of environmental research and public health*. 2010;7(4):1720-43.
19. Goldstein MG, Whitlock EP, DePue J. Multiple behavioral risk factor interventions in primary care. Summary of research evidence. *American journal of preventive medicine*. 2004;27(2 Suppl):61-79.
20. Anstey KJ, Sargent-Cox K, Garde E, Cherbuin N, Butterworth P. Cognitive development over 8 years in midlife and its association with cardiovascular risk factors. *Neuropsychology*. 2014;28(4):653-65.
21. Crichton GE, Elias MF, Dore GA, Robbins MA. Relation between dairy food intake and cognitive function: The Maine-Syracuse Longitudinal Study. *International dairy journal / published in association with the International Dairy Federation*. 2012;22(1):15-23.
22. Grodstein F. Cardiovascular risk factors and cognitive function. *Alzheimer's & dementia : the journal of the Alzheimer's Association*. 2007;3(2 Suppl):S16-22.
23. Richard E, Jongstra S, Soinen H, Brayne C, Moll van Charante EP, Meiller Y, et al. Healthy Ageing Through Internet Counselling in the Elderly: the HATICE randomised controlled trial for the prevention of cardiovascular disease and cognitive impairment. *BMJ open*. 2016;6(6):e010806.
24. Wannamethee G, Shaper AG. Self-assessment of health status and mortality in middle-aged British men. *International journal of epidemiology*. 1991;20(1):239-45.
25. Guterrez-Bedmar M, Segui-Gomez M, Gomez-Gracia E, Bes-Rastrollo M, Martinez-Gonzalez MA. Smoking status, changes in smoking status and health-related quality of life: findings from the SUN ("Seguimiento Universidad de Navarra") cohort. *International journal of environmental research and public health*. 2009;6(1):310-20.
26. Corica F, Corsonello A, Apolone G, Mannucci E, Lucchetti M, Bonfiglio C, et al. Metabolic syndrome, psychological status and quality of life in obesity: the QUOVADIS Study. *International journal of obesity (2005)*. 2008;32(1):185-91.
27. Munoz MA, Fito M, Marrugat J, Covas MI, Schroder H. Adherence to the Mediterranean diet is associated with better mental and physical health. *The British journal of nutrition*. 2009;101(12):1821-7.

28. Koltyn KF. The association between physical activity and quality of life in older women. Women's health issues : official publication of the Jacobs Institute of Women's Health. 2001;11(6):471-80.
29. Stephens T. Physical activity and mental health in the United States and Canada: evidence from four population surveys. Preventive medicine. 1988;17(1):35-47.
30. Fernandez-Ballart JD, Pinol JL, Zazpe I, Corella D, Carrasco P, Toledo E, et al. Relative validity of a semi-quantitative food-frequency questionnaire in an elderly Mediterranean population of Spain. The British journal of nutrition. 2010;103(12):1808-16.
31. Schroder H, Fito M, Estruch R, Martinez-Gonzalez MA, Corella D, Salas-Salvado J, et al. A short screener is valid for assessing Mediterranean diet adherence among older Spanish men and women. The Journal of nutrition. 2011;141(6):1140-5.
32. Roman Vinas B, Ribas Barba L, Ngo J, Serra Majem L. Validación en población catalana del cuestionario internacional de actividad física. Gaceta sanitaria. 2013;27(3):254-7.
33. Huang Y, Xu J, Yu B, Shull PB. Validity of FitBit, Jawbone UP, Nike+ and other wearable devices for level and stair walking. Gait & posture. 2016;48:36-41.
34. Trail Making Test: Reitan RM. Trail Making Test: Manual for a administration and scoring. Tucson: Reitan Neuropsychology Laboratory; 1992.
35. Golden CJ. Stroop: test de colores y palabras. Madrid: TEA Ediciones; 2005.
36. Rey A. L'Examen clinique en psychologie. Paris: Press Universitaire de France; 1964.
37. Wechsler D. Wechsler Memory Scale - Revised manual. San Antonio, TX: Psychological Corporation; 1987.
38. Valencia NJ, Laserna JA, Pérez-García M, Orozco C, Miñán M, Garrido C, et al. Influencia de la escolaridad y el sexo sobre la ejecución en el FAS, nombrar animales y nombrar frutas. Psicología Conductual. 2000;8(2):283-95.
39. Gandek B, Ware JE, Aaronson NK, Apolone G, Bjorner JB, Brazier JE, et al. Cross-validation of item selection and scoring for the SF-12 Health Survey in nine countries: results from the IQOLA Project. International Quality of Life Assessment. Journal of clinical epidemiology. 1998;51(11):1171-8.
40. Prochaska JO, Velicer WF. The transtheoretical model of health behavior change. American journal of health promotion : AJHP. 1997;12(1):38-48.

**ID125:**

## **INFLUENCIA DE LA PRESCRIPCIÓN ENFERMERA EN LA CARGA ASISTENCIAL MÉDICA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN ESPAÑA: ESTUDIO ECOLÓGICO**

Ana Belén Fernández Ramírez, Juan Riesgo Martín<sup>1</sup>, David Alcaide Carrillo<sup>2</sup>

<sup>1,2</sup> Gerencia de Atención Integrada de Segovia.

[david.alcaidedue@gmail.com](mailto:david.alcaidedue@gmail.com)

### **RESUMEN**

**Objetivo:** Mostrar la influencia de la regulación de la prescripción enfermera en la carga asistencial medicatomoando como referencia la situación en Andalucía.

**Material y Métodos:** Se obtuvieron datos absolutos del número de consultas médicas y enfermeras en todas las comunidades autónomas para los años 2009 y 2015 y se compararon los obtenidos para la comunidad de Andalucía con las demás.

**Resultados:** Se observó que, en la comunidad de Andalucía, las consultas de medicina se redujeron en más de 8 millones mientras que en las demás se mantuvieron más o menos estables. Las consultas de enfermería no variaron en ninguna comunidad.

**Conclusiones:** La prescripción enfermera podría ser una herramienta útil para reducir consultas médicas sin aumentar la carga asistencial de enfermería por lo que habría que regular este ámbito en las demás comunidades y estudiar el impacto que tendría a nivel económico, asistencial y de satisfacción del usuario y profesionales.

### **ABSTRACT**

**Aim:** To show the influence of the regulation of the prescription on the medical care load taking as a reference the situation in Andalucía.

**Material and Methods:** Absolute data were obtained from the number of medical and nurses consultations in all autonomous communities for the years 2009 and 2015 and compared those obtained for the community of Andalucía with the others.

**Results:** It was observed that, in the community of Andalucía, medical consultations were reduced by more than 8 million while in others they remained more or less stable. Nursing consultations did not change in any community.

**Conclusions:** Prescription can be a useful tool to reduce medical consultations without increasing the burden of nursing care, so it is regulating this area in other communities and study the impact that tends to an economic level, care and user or professionals' satisfaction.

### **PALABRAS CLAVE:**

Asistencia médica, Prescripciones de medicamentos, Medicamentos sin prescripción, enfermeros, España.

Medical Assistance, Drug Prescriptions, Nonprescription Drugs, Nurses, Spain.

### **INTRODUCCIÓN**

En España, las profesiones sanitarias se definieron explícitamente en la Ley 44/2003 de 21 de noviembre, en la cual se define por primera vez el ámbito de actuación de la enfermería según la cual, "los enfermeros son los responsables de la dirección, evaluación y prestación de cuidados orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud".(1) Fue en 2006 con la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, cuando se diferenciaron dos categorías de medicamentos: aquellos sujetos a prescripción médica y los que no lo estaban, siendo estos últimos aquellos que no necesitan de un diagnóstico médico para ser dispensados en las oficinas de farmacia de modo que los enfermeros, a través de un documento denominado orden de dispensación, podrían indicarlos de forma autónoma mientras que, para determinados medicamentos sujetos a prescripción médica, sería necesaria la elaboración de protocolos y guías de práctica clínica asistencial validados por la Agencia de Calidad del

Sistema Nacional de Salud que regularan la indicación, uso y autorización de dispensación por parte de los enfermeros los cuales deben estar correctamente acreditados para realizar esta función.(2,3)

Con este marco legislativo, Andalucía fue la única comunidad autónoma que reguló específicamente la situación de los enfermeros respecto a la dispensación de medicamentos y productos sanitarios y aprobó el Decreto 307/2009 por el que se define la actuación de las enfermeras/os en el ámbito de la prestación farmacéutica del sistema sanitario público de Andalucía y, según el cual, los enfermeros pertenecientes al SAS acreditados para tal efecto, podrán cooperar en el seguimiento protocolizado de determinados tratamientos individualizados establecidos con previa indicación y prescripción médica a través de la orden de dispensación (prescripción colaborativa).(4) Además, provee de autonomía a este colectivo para la modificación de dichos tratamientos conforme a lo establecido en los protocolos autorizados por la Consejería competente además de para productos sanitarios y medicamentos no sujetos a prescripción médica (prescripción independiente).(4)

A partir de esto, el colectivo enfermero en Andalucía ha logrado dar los primeros pasos en el avance de la prescripción de manera que existen más de 7600 profesionales que realizan prescripción independiente suponiendo esto que el 61% del total de la prescripción de productos sanitarios lo realizan las enfermeras.(5) En relación a la prescripción colaborativa, se han publicado 4 protocolos de seguimiento farmacológico enfermero para personas con enfermedad crónica (riesgo vascular, anticoagulación oral, sedación paliativa y diabetes).(4,6–9)

Dado que, actualmente, Andalucía es la única comunidad autónoma que ha regulado la situación de la enfermería en este ámbito, pretendemos describir si la asunción de competencias en el marco de la prescripción por parte del colectivo enfermero podría tener alguna influencia en la carga asistencial médica en las consultas de atención primaria con respecto a las demás comunidades.

**OBJETIVOS**

Observar si a, partir de la regulación de la prescripción enfermera en Andalucía, se reducen las visitas de usuarios a las consultas médicas con respecto a las demás comunidades autónomas.

**MATERIAL Y MÉTODOS**

Se diseñó un estudio descriptivo ecológico para lo cual comenzamos realizando una búsqueda bibliográfica en distintas bases de datos como PubMed, Cuiden, Cinhal y Cochrane utilizando las palabras clave. Se recopiló la legislación disponible sobre prescripción a través del Boletín oficial del Estado (BOE) para aquella de ámbito nacional y del Boletín Oficial de la Junta de Andalucía (BOJA) para el decreto que regula la actuación de enfermería en la prestación farmacéutica en dicha comunidad.

Los datos se obtienen a través de la que se denomina “población informante”, entendida como aquella población con tarjeta sanitaria individual (TSI) sobre la que se dispone de datos en los distintos centros de salud españoles. Además, son datos obtenidos de la actividad ordinaria de los profesionales de medicina y enfermería que se define como aquella efectuada por los Equipos de Atención Primaria (EAP) durante el horario ordinario de atención de los centros de salud y consultorios locales. Estos datos se recogieron agrupados en función de la Comunidad Autónoma de manera que obtenemos la variable “carga asistencial médica” relativa al número de consultas de atención primaria que los facultativos realizaron durante los años 2009 y 2015 para todas las Comunidades Autónomas de España (datos absolutos en millones de consultas). Se midió a su vez, la variable “carga asistencial enfermera” del mismo modo que la anterior y para los mismos periodos de tiempo. (Tabla 1)

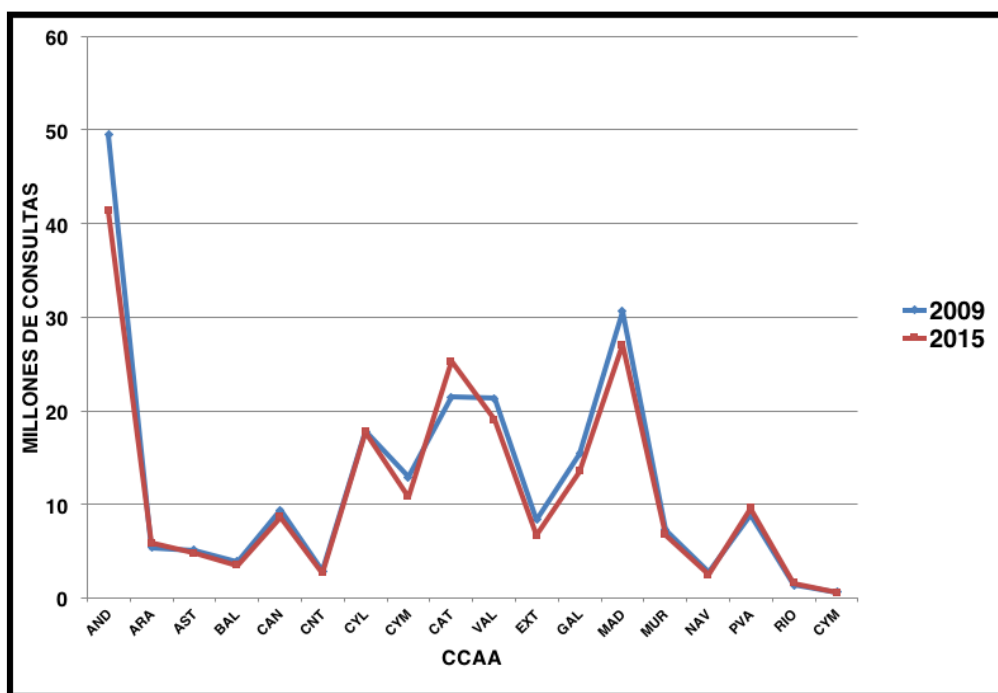
MEDICINA	AND	ARA	AST	BAL	CAN	CNT	CyL	CyM	CVAL
2009	49.478.715	5.373.921	5.087.450	3.887.241	9.410.514	2.899.173	17.796.274	12.909.629	21.461.875
2015	41.350.448	5.871.599	4.798.817	3.493.928	8.625.991	2.679.442	17.742.474	10.782.788	25.256.560
	CVA	EXT	GAL	MAD	MUR	NAV	PVA	RIO	CEyME
2009	21.362.049	8.364.113	15.436.198	30.635.093	7.252.641	2.712.444	8.924.500	1.369.354	602.271
2015	19.032.341	6.693.587	13.544.182	27.039.412	6.768.758	2.479.290	9.588.286	1.583.935	572.058
ENFERMERÍA	AND	ARA	AST	BAL	CAN	CNT	CyL	CyM	CAT
2009	26.902.347	2.972.023	3.235.321	2.667.632	3.815.993	1.873.174	11.243.990	8.687.033	14.025.964
2015	26.501.312	3.234.271	3.258.567	2.489.280	4.445.666	1.424.411	9.895.154	7.475.127	15.221.505
	CVAL	EXT	GAL	MAD	MUR	NAV	PVA	RIO	CeyMe
2009	12.396.242	5.425.035	6.988.598	16.733.152	4.487.477	2.640.890	8.099.936	837.132	432.555
2015	13.697.121	3.756.338	8.448.023	15.176.637	4.075.073	2.498.355	8.776.896	1.215.930	399.684

**Tabla 3. Consultas de medicina y enfermería durante 2009 y 2015 en las distintas CCAA. (Datos absolutos).**

Los datos se obtuvieron desde la web del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad a través de la aplicación destinada a talefecto en el Portal estadístico del SNS habilitado en su página (14). Hay que tener en cuenta que los de las comunidades de Ceuta y Melilla se encontraron agrupados en un mismo dato y así se muestran en este estudio. El número de consultas médicas y enfermeras en ambos años se compararon mediante la elaboración de dos gráficos de líneas y puntos, tomando como punto de referencia lo obtenido para la comunidad autónoma de Andalucía. Tanto para la creación de la base de datos como para la realización de tablas y gráficos utilizamos Microsoft® Excel para Mac, Versión 15.30. Por otra parte, se utilizaron datos de población total (en millones de habitantes) de las comunidades de Andalucía, Madrid y Cataluña para 2009 y 2015 por ser las que mayor número de habitantes presentan para así tener en cuenta las variaciones en el número de habitantes entre estos dos periodos. Estos datos se obtuvieron a través de la página web del Instituto Nacional de Estadística (INE) (15).

**RESULTADOS**

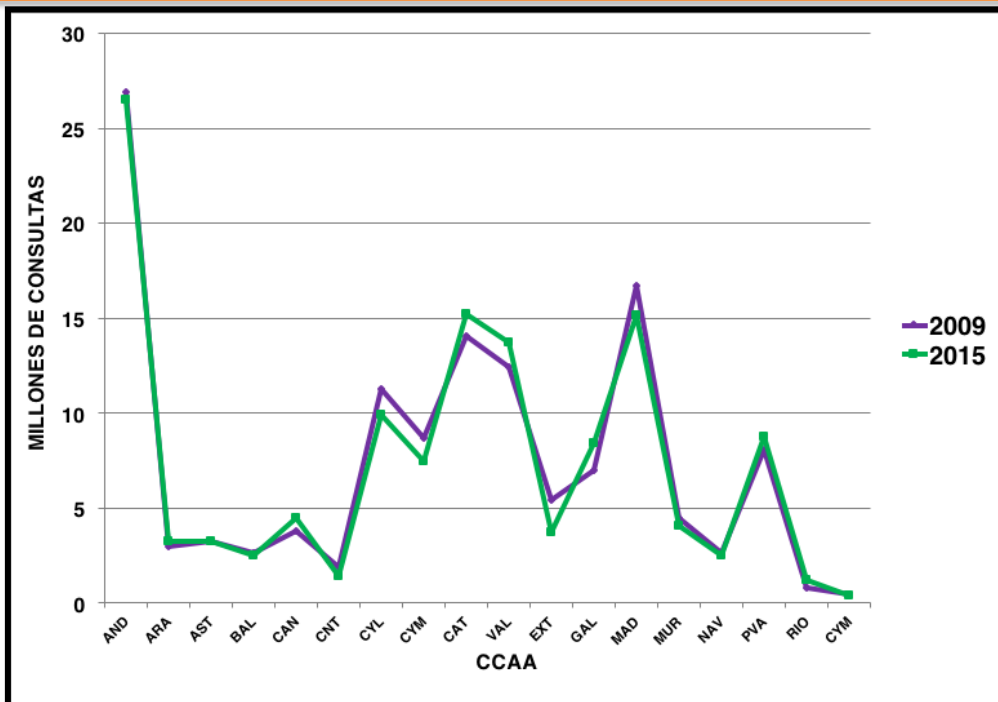
En las gráficas obtenidas, se observa que en la comunidad autónoma de Andalucía se da un descenso de más de 8 millones de consultas médicas entre estos dos años. En la Comunidad de Madrid, también se observa un ligero descenso de entorno a 3 millones y medio de consultas. En el resto de comunidades, este dato se mantiene estable e incluso en Cataluña, se aprecia un ligero aumento en el año 2015 de alrededor de 3.800.000 consultas médicas más que en el año 2009. (Gráfico 1).



**Gráfico 1. Comparativa de consultas médicas durante 2009 y 2015 en cada CCAA. (Datos absolutos).**

Sin embargo, las consultas de enfermería se mantienen sin apenas variaciones en los dos años salvo en Castilla y León y Extremadura donde se observa un ligero descenso en 2015 y Cataluña y Valencia donde las consultas de enfermería aumentan aproximadamente un millón en este mismo año. (Gráfico 2).





**Gráfico 2. Comparativa de consultas de enfermería durante 2009 y 2015 en cada CCAA. (Datos absolutos).**

En la tabla 2, se muestra una comparativa de la población total entre las comunidades autónomas de Madrid, Cataluña y Andalucía por ser aquellas que presentan mayor número de habitantes en España. Como se puede ver, no hay diferencias importantes entre el número de habitantes que se registraron en dichas comunidades entre 2009 y 2015.

CCAA	Población total 2009	Población total 2015	Consultas medicina 2009	Consultas medicina 2015	Consultas enfermería 2009	Consultas enfermería 2015
ANDALUCÍA	8.285.692	8.399.618	49.478.715	41.350.448	26.902.347	26.501.312
CATALUÑA	7.467.423	7.396.991	21.461.875	25.256.560	14.025.964	16.733.152
MADRID	6.360.241	6.385.298	30.635.093	27.039.412	15.221.505	15.176.637

**Tabla 4. Comparativa de población total (1 de enero 2009 y 2015), consultas médicas y consultas de enfermería en las CCAA de Andalucía, Cataluña y Madrid durante los años 2009 y 2015. (Datos absolutos).**

**DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES**

En base a estos resultados podemos observar que, a partir de la regulación de la situación de la enfermería con respecto a la prestación farmacológica en Andalucía, ha aparecido un notable descenso de la carga asistencial médica con respecto a las demás comunidades en las que el patrón se mantiene estable. Hay que destacar que las consultas de enfermería se mantienen sin variaciones notables. Esto puede ser debido a que la mayor carga del trabajo enfermero en atención primaria viene definido por la atención al paciente crónico cuyas patologías tales como diabetes, HTA, hipercolesterolemia, etc. son susceptibles de ser reguladas mediante protocolos, los cuales pueden ser utilizados por las enfermeras acreditadas para prescribir o modificar tratamientos. Así mismo, tres de los 4 protocolos existentes en la actualidad para tal fin (diabetes, riesgo vascular y anticoagulación oral) hacen referencia al manejo de pacientes de este tipo, a los cuales la enfermera atiende en su labor diaria. Por ello, en una misma consulta, se resuelven tanto cuestiones de prescripción de fármacos como de revisión de los parámetros que se

vigilan en dichas patologías periódicamente como control de glucemias, obtención del valor de INR para anticoagulación oral, control de tensión arterial, educación para la salud en cuestiones de dieta y ejercicio, etc.

Como concluye Romero-Collado, las consecuencias de la implementación de laprescripción enfermera no se pueden predecir en la actualidad puesto que el marco legislativo todavía no ofrece una autonomía total a este colectivo para realizar esta función. (16) En este sentido, sería necesario realizar estudios en los que se tuvieran en cuenta las opiniones de los usuarios, así como realizar un seguimiento a aquellos enfermeros que prescriben fármacos y determinar si esto influye de manera positiva en la calidad de la atención. (12)

Algunos estudios, relacionan la prescripción enfermera de productos sanitarios con la disminución del gasto. Según Ramos Sánchez, en un estudio en el que se implantó una guía para la prescripción de absorbentes por parte de la enfermería para comprobar en qué medida disminuía el gasto sanitario, se llega a la conclusión de que la prescripción enfermera regulada por protocolos de actuación, disminuye el gasto y contribuye por tanto a la sostenibilidad del sistema. (13)

La asunción de más responsabilidad por parte del colectivo enfermero puede ser considerada como una forma de restar protagonismo al modelo biomédico de salud y una fuente más de conflicto entre profesionales sanitarios y usuarios. (10) Pero, debemos tener en cuenta que, si la calidad de los servicios globales que se prestan al paciente mejoran, el personal médico verá disminuida la burocratización en su labor asistencial causada por la prescripción inducida por el personal enfermero (11).

Con la regulación de la prescripción enfermera podría aumentarse la capacidad resolutoria de problemas en acto único sin necesidad de que el usuario acuda a otros profesionales lo cual tendría un gran impacto en las necesidades actuales de la ciudadanía, especialmente en los problemas de salud crónicos atendidos en atención primaria, pudiendo así mejorar la gestión de la demanda compartida (5).

## CONCLUSIONES

La prescripción enfermera podría suponer la disminución de la carga asistencial médica en las consultas de atención primaria, eliminando aquellas meramente burocráticas y a favor de las enfermeras de este sector, las cuales recibirían mayor independencia para la provisión de cuidados a los pacientes sin modificar el número de consultas que atienden.

Paralelo se necesitaría ampliar el marco legal que regule esta situación en todas las comunidades y realizar estudios de mayor potencia que valoren la capacidad de los enfermeros prescriptores para la mejora de la calidad de los cuidados, control del gasto sanitario y aumento de la satisfacción de los usuarios.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Gobierno de España. Ministerio de la Presidencia (2003) Ley 44/2003, del 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, Boletín Oficial del Estado 280. Available at: <http://www.boe.es/boe/dias/2003/11/22/pdfs/A41442-41458.pdf>.
2. Gobierno de España, Ministerio de la Presidencia (2006) Ley 29/2006, de 26 de Julio, de Garantías y uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios, Boletín Oficial del Estado 178. Available at: <http://www.boe.es/boe/dias/2006/07/27/pdfs/A28122-28165.pdf>.
3. Gobierno de España, Ministerio de la Presidencia (2009) Ley 28/2009, de 30 de diciembre, de Medicación de la Ley 29/2006, de 26 de julio, de Garantías y uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios, Boletín Oficial del Estado 315. Available at: <http://www.boe.es/boe/dias/2009/12/31/pdfs/BOE-A-2009-21161.pdf>.
4. Servicio Andaluz de Salud. DECRETO 307 / 2009, de 21 de julio, por el que se define la actuación de las enfermeras y los enfermeros en el ámbito de la prestación farmacéutica del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Available at: [http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=/contenidos/profesionales/normativas/D307\\_2009/enfermeros\\_farmaceuticos.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=/contenidos/profesionales/normativas/D307_2009/enfermeros_farmaceuticos.pdf).
5. Gómez SR, Robles N de la F, Mora MIC, Fernández MA. [Nurse prescribing within the Spanish national Health Service: fact or fiction?]. *Enferm Clin*.d.; 25:107-9. doi: 10.1016/j.enfcli.2015.05.001.

6. Consejería de Salud. Protocolo para el seguimiento farmacológico individualizado de personas con riesgo vascular en tratamiento con hipolipemiantes y antihipertensivos. Junta de Andalucía; 2012.
7. Consejería de Salud. Protocolo para el seguimiento farmacológico individualizado en personas con anticoagulación oral. Junta de Andalucía; 2014.
8. Consejería de Salud. Protocolo para el seguimiento farmacológico individualizado de personas con sedación paliativa. Junta de Andalucía; 2012.
9. Consejería de Salud. Protocolo para el seguimiento farmacológico individualizado de personas con diabetes tipo 2. Junta de Andalucía; 2014.
10. MolaSanna B, IgualAyerbe B. [Conflict management in the workplace]. *Rev Enferm* 2010; 33:18–27.
11. Blancafort X, Fernández-Liz E. Prescripción inducida por parte del especialista hospitalario: algo más que burocracia. *Med Clin (Barc)* 2010; 135:314–8. doi: 10.1016/j.medcli.2009.02.051.
12. Romero-Collado A, Homs-Romero E, Zabaleta-del-Olmo E, Juvinya-Canal D. Nurse prescribing in primary care in Spain: legal framework, historical characteristics and relationship to perceived professional identity. *J NursManag*2014; 22:394–404. doi:10.1111/jonm.12139.
13. Ramos Sánchez ME, Rodríguez Castilla J, Domínguez Domínguez J. Prescripción enfermera: ¿contribuye a la sostenibilidad del sistema? *Enfuro*, ISSN 0210-9476, No 125, 2013, Págs 4-10 2013:4–10.
14. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [Sede Web]\*. Madrid: Portal estadístico del SNS [Acceso 22 de noviembre de 2016]. Disponible en:  
<http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/OrdAlf.htm>.
15. Instituto Nacional de Estadística [Sede Web]\*. Madrid. [Acceso 22 de noviembre de 2016]. Disponible en: <http://www.ine.es/>.
16. Gobierno de España. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2015). Real Decreto 954/2015, de 23 de octubre, por el que se regula la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por parte de los enfermeros, *Boletín Oficial del Estado* 306. Available at: <https://www.boe.es/boe/dias/2015/12/23/pdfs/BOE-A-2015-14028.pdf>.

**ID128:**

## EFFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN GRUPAL EDUCATIVA EN PERSONAS A TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES ORALES EN MALLORCA

Nerea Tudela Galán<sup>1</sup>, Miquel Llobera Gost<sup>1</sup>, Pablo Valladares Fernández<sup>2</sup>, Alba Lucas García<sup>1</sup>, Alicia Esther Tur Salom<sup>3</sup>, Jose Luís Ferrer Perelló<sup>3</sup>.

<sup>1</sup>Residente de Enfermería Familiar y Comunitaria de la Unidad Docente Multidisciplinar de Mallorca. <sup>2</sup> Residente de Medicina Familiar y Comunitaria de la Unidad Docente Multidisciplinar de Mallorca. <sup>3</sup> Tutor de la Unidad Docente Multidisciplinar de Mallorca.

[nere.tg@gmail.com](mailto:nere.tg@gmail.com)

### RESUMEN

**Título:** Efectividad de una intervención grupal educativa en personas a tratamiento con anticoagulantes orales. **Introducción:** El estrecho margen terapéutico de los anticoagulantes pone de manifiesto la necesidad de incidir sobre la educación para la salud con el objetivo de mejorar adherencia y conocimientos relacionados para conseguir un buen control. **Objetivos:** evaluar la efectividad de una intervención grupal educativa, respecto a adherencia terapéutica (test Hermes), conocimientos (test OAK) y buen control (TRT). **Métodos:** Ensayo clínico aleatorizado de dos ramas en usuarios del CS de Santa Ponça. Al grupo control (45) se le realiza intervención habitual y los del grupo intervención (45) asistirán a tres sesiones grupales educativas. Medición previa de las variables y a los 6 meses de la intervención. **Análisis:** test X<sup>2</sup> en cualitativas y T de Student/U de Mann-Whitney en cuantitativas. **Relevancia:** Un mejor control gracias a la educación para la salud fomentará la autonomía y reducirá complicaciones asociadas.

### PALABRAS CLAVE

Anticoagulantes, educación en salud, promoción de la salud, atención primaria de salud, ensayo clínico. Anticoagulants, health promotion, primary health care, clinical trial.

### INTRODUCCIÓN

La terapia con fármacos anticoagulantes (TAO) constituye un tratamiento farmacológico prevalente en nuestra sociedad, de tal modo que el 1% de la población europea utiliza este tipo de medicamentos. (1) Los anticoagulantes orales se prescriben de manera habitual tanto para el tratamiento de diversas patologías como para la prevención de complicaciones derivadas de las mismas. Destacan la fibrilación auricular, valvulopatías cardíacas o tromboembolismos venosos, entre otras. (2)

El acenocumarol y la warfarina son los anticoagulantes orales más extendidos en atención primaria. El margen terapéutico de la anticoagulación de estos fármacos antivitamina K es muy estrecho. La medida habitual para control terapéutico se conoce como intervalo del cociente internacional normalizado (INR). Los valores recomendados se encuentran habitualmente entre 2-3, aunque existen excepciones como las cardiopatías valvulares con prótesis mecánicas, donde este rango se sitúa entre 2,5-3,5.3

Valores por encima o por debajo del rango terapéutico hace que aumenten notablemente la incidencia de complicaciones. Las hemorragias constituyen el efecto adverso más frecuente y que producen mayor morbimortalidad. Existe un riesgo asociado a la TAO de hemorragia grave del 1-3% persona/año, produciéndose un 0,2% de fallecimientos por este motivo. (2)

El porcentaje de INR en rango terapéutico (número de determinaciones del INR dentro de rango respecto al número total de determinaciones) es un método sencillo para medir la calidad del control, sin embargo, tiene el inconveniente infravalorar el grado de mismo.4 Rosendaal et cols propusieron un método que permitiese determinar los efectos farmacológicos óptimos del tratamiento anticoagulante. Una de las aplicaciones de este método es como medida de control de coagulación mediante el TRT (tiempo en rango terapéutico). (5) Dicho Método calcula la proporción de tiempo con INR dentro de rango terapéutico, asumiendo que entre 2 pruebas consecutivas el incremento o decremento del INR tiene un comportamiento lineal. (4)

Para establecer un listón que defina «buen control» se ha estudiado la relación entre el TRT y la incidencia de complicaciones, establecido esta definición en valores en torno al el 60-65% de TRT. (4)

Para mantener un rango terapéutico adecuado se deben tener en cuenta numerosos elementos que alteran la farmacocinética y la farmacodinamia de la TAO. Debido a la relación con la vitamina K, una variación en la ingesta de este nutriente o en su absorción puede aumentar o disminuir el efecto anticoagulante. Algunos alimentos que disminuyen el efecto son los vegetales de hoja verde (col, té verde, espinacas, brócoli...). Las interacciones farmacológicas también son frecuentes, reduciendo el efecto (determinados antibióticos y antiarrítmicos) (6) o potenciando su acción (AAS, amiodarona, tramadol, o algunos AINEs). De tal modo que los individuos polimedcados la incidencia de complicaciones secundarias a la TAO aumenta en un 7% si toma de 3-5 medicamentos y en un 40% si se trata de más de 10 fármacos. (7) Otras circunstancias fisiológicas o patológicas también pueden modificar los valores de INR; excediendo el rango terapéutico (hipertiroidismo, neoplasias, fiebre o la senectud) o no llegando a niveles de adecuados de INR (embarazo, hipotiroidismo). (3, 8, 9)

Debido a la variabilidad del INR el individuo que está realizando este tratamiento debe someterse a controles periódicos. Dependiendo de la estructura sanitaria y la gestión del sistema en la que el usuario está inmerso pueden darse varias modalidades de control. Puede acudir a realizarse el control de INR a la unidad especializada de hematología, a la consulta de enfermería de AP o puede realizarse autocontroles en su domicilio. (10) Tras la punción de sangre venosa el resultado de la prueba será valorado para la posterior dosificación de la pauta por el médico especialista de la unidad de hematología o por su médico de atención primaria. Por lo tanto, el control implica a un equipo multidisciplinar, compuesto por el personal de enfermería y el equipo médico. (3, 8, 11)

En los controles periódicos los profesionales verifican si el paciente ha seguido la pauta médica y cuál es su valor de INR, además de averiguar si se ha presentado algún efecto adverso durante ese tiempo. El porcentaje de individuos en rango terapéutico ha variado en la bibliografía consultada a lo largo de los años, desde un 33.7% de individuos controlados hasta un 63% o un 58%. (12-14)

Algunos estudios ponen de manifiesto que existe un factor que se ha incluido como elemento predictor de la adherencia terapéutica y por lo tanto coadyudante del buen control terapéutico: el conocimiento de los pacientes sobre el TAO. (9, 15, 16) Otros estudios afirman que un mayor conocimiento sobre el TAO reduce el número de complicaciones asociadas. (17)

Para suplir esta carencia, es responsabilidad de los profesionales sanitarios realizar una educación sanitaria efectiva para dotar a los usuarios de conocimientos y habilidades necesarias. A pesar de que existen numerosos estudios publicados en los que se desarrollan intervenciones educativas para mejorar el buen control o para aumentar los conocimientos de los individuos no existe un diseño prototipo claro, puede ser tanto a nivel grupal como individual. Por contacto presencial como telefónico. (9, 12-14, 18-20) La estructuración y desarrollo de las sesiones educativas no se especifican en todos los estudios. (12) En aquellos que se desarrollan se plantean una media de 3 sesiones de 30-120 minutos de duración. En la primera sesión se da información teórica sobre el tratamiento anticoagulante mediante tecnologías audiovisuales de soporte y entrega de material formativo en formato escrito. En la segunda se plantean la consecución de habilidades relacionadas con el manejo de INR, conductas de buen control y complicaciones secundarias al tratamiento. En algunas intervenciones se describen el planteamiento de casos prácticos para que los usuarios se enfrenten a situaciones reales. Por último, en la tercera sesión se enseña a los usuarios formas de actuación en situaciones especiales o casos de urgencia y evaluación final de la intervención. (11-13)

El problema para la evaluación del resultado de estas intervenciones radica por un lado en la heterogeneidad de las intervenciones y por otro la definición de "intervención habitual" que se lleva a cabo en el grupo control. Para intentar solucionar esta limitación en un estudio se realizó un análisis cualitativo previo a través de grupos focales formados por profesionales del centro sanitario de referencia. (9, 14, 17) Otra limitación que se refleja en la bibliografía publicada es el uso de cuestionarios de creación propia para la medición del conocimiento asociado al TAO a pesar de existir instrumentos validados para ello. (14, 17, 21)

Por todo lo expuesto, se pone de manifiesto la necesidad de realizar ensayos clínicos en los que se desarrolle y exponga una intervención educativa a los individuos en tratamiento con TAO. Para evaluar así la efectividad de dicha intervención sobre el buen control terapéutico y el nivel de conocimientos adquiridos a través de la misma mediante herramientas estandarizadas que permitan la comparación de los resultados obtenidos con otras publicaciones con diseños similares. Buscando con esto la excelencia de los cuidados sanitarios aumentando la calidad de vida y situación clínica de los individuos.

El número de individuos que se encuentran a tratamiento anticoagulante con antagonistas de la vitamina k en el CS de Santa Ponça es de 228. En un estudio previo desarrollado en este entorno, en pacientes con fibrilación auricular, se llegó a la conclusión que alrededor de un 46% de los individuos estaban mal controlados. Por lo tanto, es pertinente y necesaria la aplicación de una intervención sanitaria grupal educativa con la que se intentará poner de manifiesto que esta intervención mejorará los conocimientos y la adherencia terapéutica de los pacientes, aumentando así el porcentaje de individuos bien controlados.

Se plantea por lo tanto la hipótesis por la cual una intervención grupal educativa en pacientes a tratamiento anticoagulante mejorará los conocimientos y la adherencia terapéutica de los pacientes, aumentando en un 20% el porcentaje de individuos bien controlados.

### OBJETIVOS

- General: Evaluar la efectividad de una intervención grupal educativa en individuos a tratamiento con TAO, en cuanto a buen control terapéutico (medido mediante el TRT), nivel de conocimientos y adherencia terapéutica.
- Específicos:
  - Conocer la prevalencia de pacientes mal controlados con TAO según índice Rosendaal (TRT).
  - Evaluar la satisfacción de los usuarios sobre la intervención educativa

### MATERIAL Y MÉTODOS

**TIPO DE ESTUDIO/DISEÑO:** Se trata de un proyecto piloto llevado a cabo mediante un ensayo clínico, con dos grupos aleatorizados. Un grupo control a los que se les realizará la intervención habitual y el grupo intervención en el que se llevará a cabo la intervención educativa.

**ÁMBITO:** Atención primaria de salud, concretamente CS Santa Ponça (Mallorca, Islas Baleares), que fue inaugurado el año 1994. Se trata de un centro docente tanto para medicina como para enfermería familiar y comunitaria. El CS de Santa Ponça cuenta con una plantilla de 11 médicos, 3 pediatras, 12 enfermeros/as, 10 administrativos, 2 ginecólogos, 1 psiquiatras, 2 fisioterapeutas, 1 médico de desplazados, 1 rehabilitador, 1 psicólogo, 10 médicos residentes, 2 enfermeros residentes, 1 residentes de psicología, 1 residente de salud mental.

**POBLACIÓN DE ESTUDIO:** Todos los pacientes tratados con AVKs (warfarina o acenocumarol), a los que les corresponda realizar el control periódico para la determinación del INR, en el CS de Santa Ponça o sus unidades básicas, y que además cumplan los criterios de inclusión/exclusión.

#### Criterios de inclusión

- Pacientes tratados con AVKs, controlados en el CS Santa Ponça y/o en sus unidades básicas con el "Coagucheck xs" y que hayan dado su consentimiento informado.
- Cuidadores principales de pacientes que su situación clínica no les permita acudir a los talleres grupales y que cumplan el criterio anterior.

#### Criterios de exclusión

- Pacientes menores de 18 años.
- Negativa del paciente a participar en el estudio.
- Pacientes que no hayan acudido a los 5-6 últimos controles de INR.
- Pacientes con enfermedades graves, con baja esperanza de vida o en estado terminal.
- Pacientes institucionalizados.
- Pacientes con barrera idiomática que impida la entrevista.

**CÁLCULO DE LA MUESTRA:** El cálculo muestral se ha realizado en base a la variable principal: control terapéutico, medido mediante el TRT. Aceptando un riesgo  $\alpha$  de 0.05 en un contraste bilateral con 45 individuos pertenecientes al grupo intervención y 45 al control, la potencia del contraste de hipótesis es del 61% para detectar como estadísticamente significativa la diferencia de 0.46 en el grupo de control a

0.66 en el grupo intervención. Con esto, se deja claro que para detectar diferencias significativas entre ambos grupos debe haber un aumento del 20% de individuos bien controlados.

## VARIABLES

### Las variables principales del estudio son:

- Control terapéutico de los pacientes tratados con anticoagulantes orales. Se considerará buen control cuando el TRT sea  $\geq 65\%$ .
- Conocimientos sobre TAO. Medidos mediante el Test OAK validado para población española, al inicio de la investigación y a los 6 meses de la finalización de la intervención. Se medirá en tanto en el GC como GI. Incluido en el CRD.
- Cumplimiento. Medición de la adherencia terapéutica mediante el test de Hermes. Incluido en el CRD y validado.

### Las variables secundarias son:

#### Variables sociodemográficas:

- Edad
- Sexo
- Nivel de estudios (sin estudios, primarios, secundarios, universitarios)
- Convivencia: con quién vive, si tiene un cuidador principal.
- Centro de salud o unidad básica de salud a la que pertenece.

#### Variables relacionadas con el tratamiento anticoagulante:

- Patología: especificar la dolencia para la que se le ha prescrito el fármaco.
- Tipo de TAO: warfarina o acenocumarol.
- Tiempo que lleva a tratamiento con TAO.
- Número de fármacos: especificar de forma numérica los fármacos que toma, para poder clasificar a los pacientes polimedicados.
- Eventos agudos relacionados con la TAO, tanto previo como durante la realización del estudio. Especificando si son graves, precisando ingreso hospitalario (ICTUS, tromboembolismo pulmonar...) o leves (hematomas subcutáneos).

#### Variables relacionadas con la intervención:

- Satisfacción del individuo. Medido mediante cuestionario incluido en el Protocolo de educación para la salud desarrollado por la Gerencia de AP de Mallorca.
- Intervención educativa. Esta variable determinará si el paciente pertenece al grupo de control o al grupo intervención.

#### Otras variables:

- Consumo de alcohol. (si/no) y consumo de tabaco (número de cigarrillos/día.)
- Actividad física que realiza y frecuencia de la misma
- Dieta. Se le interrogará al paciente sobre el consumo habitual de alimentos, suplementos o productos de herboristería ricos en Vitamina K.

## PROCEDIMIENTO

En primer lugar, se expondrá al equipo sanitario del centro las características del estudio, para pedir colaboración.

Durante los meses de febrero y abril de 2016 los investigadores principales realizarán la consulta de control de INR en el CS de Santa Ponça y las UBS con el fin de incluir a pacientes en el estudio. Tras el control habitual se invitará a todos los individuos que cumplan los criterios de inclusión a participar en el estudio, informando del carácter voluntario del mismo y garantizando la protección de sus datos. Si tras la explicación detallada de las características del estudio recogida en la hoja de información al paciente acceden a participar, se expondrá el consentimiento informado que cada uno de ellos deberá firmar. Tras esto el paciente será asignado aleatoriamente al GC o GI.

La asignación de cada paciente se hará utilizando una tabla de números aleatorios y este número estará indicado en tarjetas colocadas en sobres cerrados y opacos numerados secuencialmente. Cada

profesional dispondrá de 30 sobres para entregar uno a cada sujeto. El profesional desconocerá el esquema de randomización.

En esta primera entrevista se administrará el cuestionario de recogida de datos (CRD) que previamente habrá sido pilotado en un grupo reducido de individuos. En el CRD se incluirán las variables sociodemográficas y los cuestionarios relacionados con el conocimiento de TAO y la adherencia terapéutica.

Antes de comenzar las sesiones de la intervención educativa se realizarán una serie de sesiones de formación del personal investigador y colaborador para que las intervenciones educativas posteriores se realicen mediante la misma metodología.

La siguiente fase será desarrollar la intervención educativa en el grupo intervención y continuar con la intervención habitual en el grupo control:

### **Intervención habitual**

En la intervención habitual, la enfermera responsable realiza una educación individual breve en la primera consulta para control de INR tras el diagnóstico médico por el cual le han prescrito el anticoagulante. En ella se desarrollan aspectos clave del tratamiento con TAO incluyendo qué es, para qué y por qué está tomando este medicamento y recomendaciones para la correcta administración del fármaco. Además de estos conocimientos se desarrollan habilidades relacionadas con el manejo de la hoja de pauta, qué hacer en caso de olvido y modo de actuación ante efectos secundarios. Para finalizar la consulta se le facilita un tríptico informativo en el que se incluyen los conceptos desarrollados en la entrevista. En posteriores visitas se les pregunta cómo han estado durante la semana o semanas entre controles y si ha habido alguna situación que aumentara el riesgo de un mal control, como pueda ser fiebre, la toma de alguna medicación que interactúe con los antagonistas de la vitamina K, cambios en la dieta, etc. Esta información queda reflejada en el apartado de observaciones para que el hematólogo lo tenga en cuenta cuando realice las pautas de medicación.

### **Intervención educativa**

Los individuos asignados al GI participarán en una intervención educativa grupal basada en el "Protocolo de educación para la salud: pacientes en tratamiento anticoagulante oral (TAO)" desarrollado por la Gerencia de Atención Primaria de Mallorca (Gerencia de Atención Primaria de Mallorcalb-salut, 2010).

Está compuesta por 1 sesión semanal de 60 a 90 min. durante 3 semanas consecutivas en las que se incluirán un máximo de 20 participantes. Será llevada a cabo por un mínimo de 2 profesionales, uno de los cuales (investigador principal) desarrollará el contenido de las sesiones y otro (Investigador principal/colaboradores) actuará como observador/conductor del grupo. Los contenidos de cada una de las sesiones son orientativos y siempre deberán adaptarse a las características del grupo.

- **Primera sesión:** El objetivo será profundizar en conocimientos previos y falsas creencias acerca del tratamiento con TAO con el fin de aumentar los conocimientos básicos de los pacientes sobre la anticoagulación oral incluyendo definición de la terapia, mecanismo de acción del fármaco o principales indicaciones del mismo.
- **Segunda sesión:** En esta sesión se incidirá sobre las habilidades necesarias para manejar e interpretar la hoja de pauta de la TAO y los conocimientos para conocer los factores modificadores del INR y la influencia de situaciones especiales en la terapia anticoagulante (cirugías, extracciones dentarias...) así como las principales complicaciones relacionadas con la infracoagulación y efectos adversos.
- **Tercera Sesión:** Se desarrollarán los conocimientos y habilidades necesarias para enfrentarse a una hemorragia, ya sea leve o grave. Para finalizar la intervención se realizará un recordatorio con los puntos clave a recordar y entregando un folleto informativo.

Además de esto se entregará a los participantes un cuestionario de satisfacción sobre la intervención educativa.

El último paso a realizar será la valoración final a los 6 meses de la intervención. Uno de los investigadores principales/colaborador realizará la evaluación de todos los individuos respecto al control terapéutico, la adherencia al tratamiento y los conocimientos sobre TAO.



**PLAN DE ANÁLISIS:**

En primer lugar se realizará un análisis inicial para valorar la comparabilidad del GC y GI en relación a las variables descriptivas. Las variables numéricas serán analizadas utilizando media, desviación típica, varianza y rango. Para las variables cualitativas se utilizarán como instrumento de medida las frecuencias absoluta y relativa.

En el análisis comparativo se llevará a cabo la prueba  $\chi^2$  para la asociación de variables cualitativas entre sí. Se utilizará la Prueba T de Student cuando la distribución sea normal, para comprobar si existen diferencias significativas entre las medias de dos grupos. En el caso contrario de distribución no normal, usaremos la U de Mann-Witney. Cuando la variable cualitativa tenga más de dos categorías se utilizará el análisis de la varianza o test ANOVA.

**LIMITACIONES**

- Para evitar el sesgo relacionado con la pertenencia al GC o GI llevaremos a cabo la aleatorización de la inclusión en cada uno de los grupos y un análisis inicial de ambos grupos para comprobar la comparabilidad de ambos grupos.
- Para evitar el sesgo de observación relacionado con el entrevistador realizaremos una formación previa a los enfermeros que vayan a participar tanto en la captación de los pacientes, en la intervención educativa y como en la evaluación de los pacientes.
- Aunque lo ideal sería que una persona externa realizara la valoración final, debido a las necesidades asistenciales del servicio no podemos incorporar al equipo nuevos miembros ajenos al centro, por lo que un investigador colaborador realizará esta función.

**CRONOGRAMA**

TAREA	RESPONSABLE/S	FECHA PREVISTA
Obtención de listado de pacientes a tratamiento con TAO	Gabinete técnico	Enero 2016
Elaboración CRD + pilotaje	Investigadores principales	Febrero 2016
Elaboración de consentimiento informado y hoja de información al paciente	Investigadores principales y gabinete técnico	Marzo 2016
Exposición de la investigación en el CS	Investigadores principales	Abril 2016
Sesiones formativas al personal investigador	Gabinete técnico Investigadores principales y colaboradores	Abril 2016
Captación de individuos	Investigadores principales y colaboradores	Mayo-Octubre 2016
Intervención educativa	Investigadores principales y colaboradores	Mayo-Octubre 2016
Evaluación final (tras 6 meses)	Investigador colaborador	Noviembre 2016/Abril 2017
Codificación de variables Mecanización de los datos	Investigadores principales	Abril 2017
Análisis y discusión de los resultados	Investigadores principales	Mayo 2017
Difusión en congresos y sociedades científicas	Investigadores principales	Por determinar

**Imagen 1: Cronograma 1**

## RELEVANCIA

Un correcto control de los niveles de anticoagulación gracias a la intervención propuesta pondría de manifiesto la importancia de la educación para la salud en este colectivo de personas. Reduciendo al mismo tiempo el número de complicaciones asociadas dando un beneficio para el usuario y disminuyendo el gasto sanitario. Este estudio incluye como novedad respecto al resto de publicaciones (9, 11, 19, 20) cuestionarios validados para la medición de sus principales variables, lo que le otorga una mayor validez y reproducibilidad en otras muestras de población. Al mismo tiempo se describe con minuciosidad la intervención habitual realizada no así como en otros trabajos publicados. (9, 14, 17)

## BIBLIOGRAFÍA

1. Cervera Á, Amaro S, Chamorro AJ. Oral anticoagulant-associated intracerebral hemorrhage. *J Neurol*. 2012 Feb 5;259(2): 212-24.
2. Polo García J, Rodilla Rodilla E. (2015). *Terapia con antiagregantes y anticoagulantes*. Madrid: Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid; 2015. ISBN: 978-84-694-2761-3.
3. Grupo Asturiano de Trombosis y Hemostasia. *Control del tratamiento anticoagulante oral guía de actuación*. Asturias: Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias; 2005. AS-xxxx/2005.
4. Roca RA, Figueroa Guerrero CA, F, De Paz Mainar P, Arribas García MP, Sánchez Perruca L, Rodríguez Barrientos R, et cols. Grado de control del tratamiento anticoagulante oral en los centros de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid: estudio CHRONOS-TAO. *Med Clín (Barc)*. 2015;145(5):192-7.
5. Rosendaal FR, Cannegieter SC, Van der Meer FJ, Briët E. (1993). A method to determine the optimal intensity of oral anticoagulant therapy. *Thrombosis and haemostasis*. 1993;69(3):236-9.
6. Flores Moya AL. Factores que modifican el índice internacional ajustado en los pacientes con anticoagulación oral. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*. 2009;17(1-3):6-9.
7. Núñez García, A, Moltó Boluda AM, Núñez García I, Poza Anglés A, Torres Pérez AM, Oyola Carmona D. Guía sobre anticoagulación oral en la consulta de enfermería. *Hygia*. 2009;(70):14-22.
8. Legaz Domenech JM, Valpuesta Bermúdez MP, Sánchez-Lanuza Rodríguez M, Martínez Ballesteros M. *Anticoagulación oral: Coordinación en el control y seguimiento del paciente*. Sevilla:Consejería de salud del Servicio Andaluz de Salud; 2005. ISBN: 84-689-5870-0.
9. Clarksmith, DE, Pattison, HM, Lane DA. Educational and behavioural interventions for anticoagulant therapy in patients with atrial fibrillation (Review). *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 Jun;4;(6).
10. Romero Ruiz A, Parrado Borrego G, Rodríguez González J, Caparrós Miranda IS, Vargas Lirio MI, Ortiz Fernández P. La consulta de terapia antitrombótica: progresando hacia la Enfermería de Práctica Avanzada. *Enferm Clin*.2014;24(3):200-4.
11. González Ramón E, Gómez Alonso M, Miralles Xamena J. *Protocolo de Educación para la salud: pacientes en tratamiento anticoagulante oral (TAO)*. Mallorca: Gerencia de Atención Primaria de Mallorca; 2010. ISBN: 978-84-693-8880-8.
12. Sawicki PT. A structured teaching and self-management program for patients receiving oral anticoagulation: a randomized controlled trial. *JAMA*. 1999;281(2):145-150.
13. Gadisseur APA, Breukink-Engbers WGM, Van Der Meer FJM, Van Den Besselaar AMH, Sturk A, Rosendaal FR. Comparison of the quality of oral anticoagulant therapy through patient self-management and management by specialized anticoagulation clinics in the Netherlands: a randomized clinical trial. *Arch Intern Med*. 2003;163(21):2639-2646.
14. Smith DE, Borg Xuereb C, Pattison HM, Lip YHG, Lane DA. Trial of an Educational intervention on patients' knowledge of Atrial fibrillation and anticoagulant therapy, INR control, and outcome of Treatment with warfarin (TREAT). *BMC cardiovascular disorders*. 2010;10:21.
15. Davis NJ, Billett HH, Cohen HW, Arnsten JH. Impact of adherence, knowledge, and quality of life on anticoagulation control. *Ann Pharmacother*. 2005 Apr;39(4):632-6.
16. Tang YLEO, Lai SM, Lee, KCK, Wong SMR, Cheng G, ChaN YKC. Relationship between patients' warfarin knowledge and anticoagulation control. *Ann of Pharmacother*. 2003;37(1),34-9.
17. Wong PYH, Schulman S, Woodworth S, Holbrook A.. Supplemental patient education for patients taking oral anticoagulants: systematic review and meta-analysis. *J Thromb Haemost*. 2013;11(3),491-502.



18. Beyth, RJ, Quinn L, Landefeld CS. A multicomponent intervention to prevent major bleeding complications in older patients receiving warfarin: a randomized, controlled trial. *Ann Intern Med.* 2000;133(9):687-695.
19. Polek C, Hardie T. Warfarin Use Post Hospitalization: Pilot Comparative Effectiveness of Telephone Follow-Up. *Rehabilitation Nursing.* 2012;37(2):80-87.
20. Martinelli Pelegrino F, Bolela F, Corbi ISDA, Da Silva Carvalho AR, Spadoti Dantas RA. (2014). Educational protocol for patients on oral anticoagulant therapy: construction and validation. *Text Context Nursing Florianópolis.* 2014 Jul-Sep;23(3):799-806.
21. Zeolla MM, Brodeur MR, Dominelli A, Haines TS, Allie DN. Development and validation of an instrument to determine patient knowledge: the oral anticoagulation knowledge test. *Annals of Pharmacotherapy.* 2006;40(4):633-8.

**ID147:****¿LA CONTAMINACIÓN DEL AIRE TIENE EFECTOS NEGATIVOS SOBRE LA SALUD DE LA POBLACIÓN EN ASTURIAS?**

Sara Diez González<sup>1</sup>, Olga Alonso Alonso<sup>1</sup>, Ana Fernández Somoano<sup>2</sup>, Valentín Rodríguez Suárez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Epidemiología Laboral y Ambiental. Consejería de Sanidad del Principado de Asturias.

<sup>2</sup> Universidad de Oviedo.

[saradiezglez@hotmail.com](mailto:saradiezglez@hotmail.com)

**RESUMEN****Introducción**

El aire puede incidir en la aparición y agravamiento de enfermedades respiratorias, cardiovasculares y cánceres.

**Objetivo**

Determinar si la contaminación del aire tiene efectos negativos sobre la salud a corto plazo en la población del área central de Asturias.

**Material y métodos**

Estudio ecológico que relaciona el número de casos diarios de diversas patologías respiratorias y circulatorias con el valor promedio diario de: partículas en suspensión (PM<sub>10</sub>), dióxido de nitrógeno (NO<sub>2</sub>), dióxido de azufre (SO<sub>2</sub>) y Ozono (O<sub>3</sub>). Análisis multivariante.

**Resultados**

NO<sub>2</sub> presenta mayor asociación, principalmente en enfermedades respiratorias. SO<sub>2</sub> y PM<sub>10</sub> se asocian con menos intensidad. O<sub>3</sub> muestra asociación negativa por la particular formación a partir de otros contaminantes.

**Discusión y conclusiones**

Clara asociación entre contaminación atmosférica y salud de la población, siendo necesario implantar un sistema de vigilancia epidemiológica.

Se está desarrollando un sistema de alerta del estado de calidad del aire para las personas de riesgo.

**ABSTRACT****Introduction**

Air can influence the onset and aggravation of respiratory, cardiovascular and cancers.

**Objective**

To determine if air pollution has negative short-term health effects on the population of the central area of Asturias.

**Material and methods**

Ecological study that relates the number of daily cases of various respiratory and circulatory pathologies with the average daily value of: particulate matter (PM<sub>10</sub>), nitrogen dioxide (NO<sub>2</sub>), sulfur dioxide (SO<sub>2</sub>) and Ozone (O<sub>3</sub>). Multivariate analysis.

**Results**

NO<sub>2</sub> has a greater association, mainly in respiratory diseases. SO<sub>2</sub> and PM<sub>10</sub> are associated with less intensity. O<sub>3</sub> shows negative association by the particular formation from other contaminants.

**Discussion and Conclusions**

Clear association between air pollution and population health, and it is necessary to implement an epidemiological surveillance system.

An air quality alert system for people at risk is being developed.

**PALABRAS CLAVE**

Calidad del Aire, Efectos de la Contaminación del Aire, Salud Ambiental, Enfermedades Ambientales, Vigilancia Sanitaria Ambiental.

Air Quality, Air Contamination Effects, Environmental Health, Environmental Illness, Environmental Health Surveillance.

## INTRODUCCIÓN

El aire limpio es un requisito básico para la salud y el bienestar humano. La calidad del aire que respiramos posiblemente sea la principal preocupación ambiental en las sociedades desarrolladas. Según la OMS, son más de 2 millones las muertes prematuras que se pueden atribuir cada año a los efectos de la contaminación del aire. Más de la mitad de esta carga de enfermedad recae en las poblaciones de los países en desarrollo (1) (2).

El análisis de la calidad del aire y su impacto es complejo, ya que no sólo dependen de los niveles de producción y emisión, sino que influyen otros muchos factores (viento, temperatura, actividad humana...). Además, la contaminación atmosférica no suele deberse a un único contaminante sino que suele ser mixta, lo que dificulta aún más la medida de la exposición.

Los efectos sobre la salud se pueden producir por exposiciones a bajas concentraciones durante un periodo largo de tiempo o por exposiciones a altas concentraciones y de menor duración. En ambos casos se puede relacionar de manera cuantitativa los niveles de contaminación y el aumento de la mortalidad o morbilidad.

La contaminación atmosférica incide en la aparición y agravamiento de enfermedades respiratorias, cardiovasculares y cánceres (3). El asma, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y el cáncer de pulmón son las tres enfermedades respiratorias epidemiológicamente más importantes. Aunque existen cada vez más pruebas de otros efectos en la salud, como menor crecimiento fetal, partos prematuros por exposición prenatal o problemas de salud en la vida adulta debido a la exposición perinatal (3).

La contaminación del aire no afecta a todas las personas por igual, sino que hay grupos de población más vulnerables desde un punto de vista biológico, por ejemplo, los ancianos, las personas de salud comprometida (con bronquitis crónica, EPOC, asma, enfermedades cardiovasculares y/o diabetes), los niños y las mujeres embarazadas (4) (5) (6).

Aunque la magnitud del riesgo individual es pequeña, desde el punto de vista de salud pública hay que destacar que el impacto de la contaminación es grande, ya que puede afectar a toda la población expuesta. Los contaminantes más problemáticos para la salud son las partículas en suspensión ( $PM_{10}$  y  $PM_{2.5}$ ), el dióxido de nitrógeno ( $NO_2$ ), el ozono ( $O_3$ ) y el dióxido de azufre ( $SO_2$ ). La mezcla e interacción de los mismos entre sí puede provocar un factor coadyuvante entre ellos, dificultando la caracterización individual de sus efectos sobre la salud (7).

En Asturias, la presencia de contaminantes en el aire se vigila desde la Red de control de calidad del aire gestionada por el Principado de Asturias. Dicha red está formada por 22 estaciones remotas, ubicadas en 8 localidades: Cangas del Narcea, Avilés, Gijón, Oviedo, Siero, Mieres, Langreo y San Martín del Rey Aurelio. Los datos obtenidos en estas estaciones están a disposición del público general en Internet (8). Según los artículos 24 y 25 del Real Decreto 102/2011, de 28 de enero, relativo a la mejora de la calidad del aire (9), cuando en determinadas zonas los niveles de contaminantes en el aire ambiente superen cualquier valor límite o valor objetivo, así como el margen de tolerancia que corresponda a cada caso, las comunidades autónomas deberán aprobar planes de calidad del aire para esos lugares con el fin de que se respeten los valores fijados.

Dado que la evolución en la zona central de Asturias y en la aglomeración de Gijón se superaron los valores permitidos de partículas  $PM_{10}$ , el Principado de Asturias elaboró dos planes de mejora de la calidad del aire para reducir su contaminación en las zonas afectadas. El Plan de Mejora de la Calidad del Aire en la Aglomeración de Gijón contiene una línea de actuación llamada "Vigilancia de la salud", en la que se establece que la Consejería de Sanidad implantará un sistema de vigilancia epidemiológica en relación a las tasas de mortalidad y morbilidad de determinadas enfermedades que se asocian con la contaminación atmosférica a corto y largo plazo. De acuerdo a este compromiso, la Consejería de Sanidad ha iniciado la monitorización de indicadores de salud y de calidad del aire para analizar las posibles relaciones que puedan existir entre ellos y determinar si la contaminación atmosférica tiene efectos negativos sobre la salud de la población.

## OBJETIVOS

El objetivo general de este estudio consiste en determinar si la contaminación del aire tiene efectos negativos sobre la salud a corto plazo en la población del área central de Asturias.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio epidemiológico de diseño ecológico en el que se relaciona el número de casos diarios de una o varias patologías con el valor promedio diario de varios contaminantes atmosféricos.

Los datos de calidad del aire se han obtenido de cada una de las estaciones de medición de Avilés, Gijón y Oviedo-Siero. Para cada una de las estaciones se han obtenido los datos horarios de cuatro contaminantes: partículas en suspensión (PM<sub>10</sub>), dióxido de nitrógeno (NO<sub>2</sub>), dióxido de azufre (SO<sub>2</sub>) y Ozono (O<sub>3</sub>).

Los datos de salud se han obtenido de dos fuentes sanitarias:

1) Consultas por asma (CIAP: R96) en los centros sanitarios de Atención Primaria (AP) de las Áreas Sanitarias III(Avilés), IV(Oviedo) y V(Gijón).

2) Ingresos urgentes en el Hospital San Agustín (Avilés), Hospital de Cabueñes y Hospital de Jove (Gijón) y Hospital Universitario Central de Asturias (Oviedo), codificados con la novena revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-9).

Para el cálculo de la frecuencia (por 1.000 personas) de consultas por asma en AP y de ingresos hospitalarios urgentes en los 4 hospitales, se utilizaron los datos del Sistema de Información de Población y Recursos Sanitarios (SIPRES).

Las patologías y agrupaciones de enfermedades seleccionadas son las respiratorias y circulatorias, ya que son las que están más relacionadas con la contaminación atmosférica a corto plazo.

Entre las enfermedades respiratorias se seleccionaron: el total de enfermedades respiratorias, EPOC y enfermedades asociadas (incluyendo el asma), bronquitis crónica, bronquitis aguda y bronquiolitis, asma, infecciones respiratorias agudas y neumonía.

Entre las patologías circulatorias se seleccionaron: el total de enfermedades circulatorias, cardiopatía isquémica, trastornos de la conducción y disritmias cardíacas, insuficiencia cardíaca y enfermedad cerebrovascular.

En cada una de las tres Áreas Sanitarias estudiadas (Avilés, Oviedo y Gijón) durante el periodo 2003-2015 se realizó un análisis multivariante (regresión logística) en el que se consideró como variable dependiente el número de casos del indicador de salud (consultas de asma en AP o ingresos urgentes en los hospitales) y como variable independiente las concentraciones (µg/m<sup>3</sup>) de cada uno de los cuatro contaminantes (PM<sub>10</sub>, NO<sub>2</sub>, SO<sub>2</sub> y O<sub>3</sub>).

El análisis de datos se realizó con el programa estadístico Stata v12.1 (StataCorporation, CollegeStation, TX, USA).

## RESULTADOS

El NO<sub>2</sub> es el contaminante que presenta mayor asociación estadística con los indicadores de salud. Sus efectos se observan tanto sobre las consultas por asma en AP (tabla 1), como sobre los ingresos urgentes en los hospitales del centro de Asturias (tabla 2). Los mayores efectos se producen sobre las enfermedades respiratorias.

SO<sub>2</sub> y PM<sub>10</sub> también presentan asociación estadística con los indicadores de salud, pero de menor intensidad que el NO<sub>2</sub>. En la tabla 3 se muestran los estimadores del riesgo asociados a las partículas.

El O<sub>3</sub> muestra una clara asociación estadística negativa con los indicadores de salud, es decir, los días de menor concentración de este contaminante se observa un mayor número de consultas e ingresos en el hospital. Este paradójico fenómeno se debe a la particular formación de este contaminante secundario a partir de otros contaminantes, de forma que cuando hay menos O<sub>3</sub> se mide más NO<sub>2</sub>, que es el causante de los eventos de salud.

En la tabla 4 se recogen los riesgos de que se produzcan consultas médicas o ingresos hospitalarios urgentes en los tres últimos años estudiados (2013-2015).

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El estudio surge de la necesidad de implantar y mantener en Asturias un sistema de vigilancia epidemiológica que de manera continua permita la observación conjunta de los valores de los contaminantes atmosféricos y su relación con los indicadores de salud, con el propósito de cuantificar el impacto negativo de la contaminación del aire ambiente sobre la salud.

Al tratarse de un estudio ecológico, la unidad de análisis no es el individuo sino la población, por lo que los resultados obtenidos en el estudio no se deben de interpretar como el riesgo que un individuo tiene de enfermar o de ingresar en un hospital, sino como la probabilidad de que los días de mayor contaminación se consulte más al médico o se pueda ingresar más en los hospitales por determinadas patologías.

Para reducir las consecuencias de esta limitación de los estudios ecológicos, se han recogido los datos de varios años, de diferentes estaciones de medición, en tres zonas geográficas distintas (Avilés, Gijón y Oviedo) y datos de diferentes fuentes de información sanitarias. Todo ello con el objetivo de asegurar una suficiente consistencia.

Se incluyeron estos cuatro contaminantes (SO<sub>2</sub>, NO<sub>2</sub>, PM<sub>10</sub> y O<sub>3</sub>) porque se miden en todas las estaciones y son los que refiere la OMS como los más problemáticos para la salud.

Sobre los datos de salud, los indicadores elegidos son:

- El asma en AP (CIAP R96), ya que esta patología está relacionada con la contaminación atmosférica. El análisis se restringió a las consultas por asma de los centros sanitarios más próximos a las estaciones de medición de contaminantes, ya que la inclusión en el análisis de consultas por asma en zonas muy alejadas de las estaciones (normalmente rurales), produciría estimadores de riesgo sesgado.
- Los ingresos hospitalarios son una fuente de información completa y precisa porque es obligatorio codificar la causa de ingreso, y además como se realiza al final de la estancia en el hospital, el dato es mucho más fiable.

El análisis multivariante permite establecer comparaciones entre diferentes indicadores de salud y Áreas Sanitarias, de forma que si existe consistencia de los resultados (riesgo relativo: OR) con todos los indicadores de salud y en todas las Áreas Sanitarias, se refuerza la hipótesis de que los factores de riesgo estudiados, en este caso los contaminantes ambientales, determinan realmente el incremento de los eventos de salud.

Así, el conjunto de todos los resultados muestran una clara asociación entre la contaminación atmosférica y la salud de la población, como era previsible de acuerdo con el conocimiento científico.

También se ha observado que el efecto de los contaminantes se manifiesta fundamentalmente sobre las enfermedades respiratorias y en menor medida sobre las circulatorias. El NO<sub>2</sub> es el principal factor de riesgo a corto plazo para las enfermedades respiratorias y circulatorias, seguido de PM<sub>10</sub> y SO<sub>2</sub>. En Asturias actualmente el O<sub>3</sub> no plantea problemas de salud a la población.

Se está desarrollando un sistema de información a la población general y de alerta del estado de la calidad del aire para las personas de mayor riesgo, ya que es conveniente que tomen ciertas precauciones por los posibles efectos que pueden experimentar sobre la salud cuando la calidad del aire empeora. Este sistema pretende ofrecer desde el Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA), la posibilidad de comunicar personalmente a este grupo de población la previsión de días con peor calidad del aire debido a estabilidad meteorológica y/o inversión térmica. Estas personas recibirían un mensaje de texto con consejos en su teléfono móvil con 2-3 días de antelación, para que adecúen sus actividades en el exterior al escenario de mala calidad del aire que se prevé, e informándoles de que pueden consultar los datos y las previsiones de contaminación en el sitio Web del Principado de Asturias(8).

Los profesionales sanitarios de AP y de las áreas de Atención Especializada que tienen mayor relación con los efectos de la contaminación del aire, deberán conocer las acciones encaminadas a proteger la salud de las personas más vulnerables a los episodios de alta contaminación para informar a sus pacientes, ofreciéndoles material impreso, elaborado por la Unidad de Epidemiología de Salud Ambiental ("Información del estado de la calidad del aire y consejos sanitarios a personas susceptibles").

El sistema de vigilancia epidemiológica de Asturias continuará profundizando en el conocimiento de la relación entre contaminación del aire y salud para aproximarse al grado de relación causal con patologías específicas, intentado encontrar concentraciones de contaminantes por debajo de las cuales no se observan efectos sobre la salud (umbrales de no efecto).

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe sobre la salud en el mundo 2002: Reducir los riesgos y promover una vida sana. Organ Mund la Salud OPS. 2002;175.
2. OMS. Guías de calidad del aire de la OMS relativas al material particulado, el ozono, el dióxido de nitrógeno y el dióxido de azufre. Actualización mundial 2005. Organ Mund la Salud. 2005;25.
3. Biodiversidad C. El Medio ambiente en Europa: Estado y perspectivas 2015. Informe de síntesis (SOER 2015). Copenhague. 2015. 208 p.
4. AirNow [Internet]. [citado 2 de febrero de 2017]. Disponible en: <https://www.airnow.gov/>
5. Department for Environment Food & Rural Affairs. Daily Air Quality Index [Internet]. Department for Environment, Food and Rural Affairs (Defra), Nobel House, 17 Smith Square, London SW1P 3JR helpline@defra.gsi.gov.uk; 2013 [citado 2 de febrero de 2017]. Disponible en: <http://uk-air.defra.gov.uk/air-pollution/daq>
6. Brook RD, Franklin B, Cascio W, Hong Y, Howard G, Lipsett M, et al. Air pollution and cardiovascular disease: A statement for healthcare professionals from the expert panel on population and prevention science of the American Heart Association. Vol. 109, Circulation. 2004. p. 2655-71.
7. EEA. Air Quality in Europe - 2016 report. European Environment Agency Report. 2016;28.
8. Gobierno del Principado de Asturias. Monitorización Red Calidad del Aire [Internet]. [citado 31 de enero de 2017]. Disponible en: <http://tematico.asturias.es/cecomaweb/>
9. Ministerio de la Presidencia. Boletín Oficial del Estado- Real Decreto 102/2011, de 28 de enero, relativo a la mejora de la calidad del aire. 2011;1-53.

**GRÁFICOS Y/O TABLAS**

**Tabla 1: Estimación del riesgo relativo (OR) de superar la mediana diaria de consultas por asma (CIAP R96) en las Áreas Sanitarias de Avilés, Gijón y Oviedo cuando los valores de los contaminantes son analizados de forma continua (2003-2015)**

Contaminante	Avilés	Gijón	Oviedo
Dióxido de Azufre (SO <sub>2</sub> )	1,7 (1,5-1,9)	1,6 (1,5-1,8)	1,2 (1,2-1,3)
Dióxido de Nitrógeno (NO <sub>2</sub> )	1,8 (1,7-1,9)	1,8 (1,7-1,9)	1,9 (1,8-2,0)
Partículas en suspensión (PM <sub>10</sub> )	1,3 (1,2-1,3)	1,4 (1,3-1,4)	1,2 (1,2-1,3)
Ozono (O <sub>3</sub> )	0,8 (0,8-0,8)	0,8 (0,8-0,8)	0,8 (0,8-0,8)

**Tabla 2: Estimación del riesgo relativo (OR) de superar la mediana diaria de ingresos por diferentes patologías en los hospitales de Asturias cuando los valores de NO<sub>2</sub> son analizados de forma continua (2003-2015)**

	H. San Agustín	H. Cabueñes + H. Jove	HUCA
Todas las causas	<b>1,2 (1,1 – 1,3)</b>	<b>1,6 (1,5 – 1,7)</b>	<b>1,8 (1,7 – 1,9)</b>
Enfermedades cardiocirculatorias	1,0 (1,0 – 1,1)	1,1 (1,0 – 1,1)	1,1 (1,0 – 1,1)
Enfermedades respiratorias	1,1 (1,0 – 1,1)	<b>1,6 (1,5 – 1,7)</b>	<b>1,6 (1,6 – 1,7)</b>
Síntomas respiratorios y torácicos	<b>1,1 (1,1 – 1,2)</b>	<b>1,1 (1,1 – 1,2)</b>	1,1 (1,0 – 1,2)



**Tabla 3: Estimación del riesgo relativo (OR) de superar la mediana diaria de ingresos por diferentes patologías en los hospitales de Asturias cuando los valores de  $PM_{10}$  son analizados de forma continua (2003-2015)**

	H. San Agustín	H. Cabueñes + H. Jove	HUCA
Todas las causas	1,0 (1,0 – 1,1)	<b>1,3 (1,3 – 1,4)</b>	<b>1,4 (1,3 – 1,5)</b>
Enfermedades cardiocirculatorias	0,9 (0,9 – 1,0)	1,0 (1,0 – 1,1)	1,0 (1,0 – 1,1)
Enfermedades respiratorias	<b>0,9 (0,8 – 0,9)</b>	<b>1,3 (1,2 – 1,4)</b>	<b>1,3 (1,2 – 1,3)</b>
Síntomas respiratorios y torácicos	<b>1,1 (1,1 – 1,2)</b>	<b>1,1 (1,1 – 1,1)</b>	<b>1,2 (1,1 – 1,2)</b>

**Tabla 4: Estimación del riesgo relativo (OR) de que se produzcan consultas médicas o ingresos hospitalarios por encima de la mediana en el periodo 2013-2015, en las 3 zonas estudiadas (Avilés, Gijón y Oviedo):**

Contaminante	Enfermedades respiratorias		Enfermedades circulatorias
	Consultas por asma	Ingresos hospitalarios	Ingresos hospitalarios
NO <sub>2</sub>	6,0 – 7,2	1,9 – 4,7	1,5 – 2,1
SO <sub>2</sub>	1,4 – 2,2	0,7 – 4,8	1,3 – 1,6
PM <sub>10</sub>	1,5 – 2,2	1,0 – 1,8	0,6 – 1,8
O <sub>3</sub>	0,3 – 0,5	0,4 – 0,5	0,6 – 0,7

**ID175:**

## EVALUACIÓN DE LA FORMACIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA EN ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Álvaro Carrera García<sup>1</sup>, Ana Sáez Ribao<sup>1</sup>, Francisco Jesús Represas Carrera<sup>2</sup>, Alberto Rodríguez Seoane<sup>1</sup>, María González Fondado<sup>1</sup>, Nieves Quinteiros Estevez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Atención Primaria Ourense. Servizo Galego de Saúde. Asociación Galega de Enfermería Familiar e Comunitaria (AGEFEC).

<sup>2</sup>Atención Primaria Vigo. Servizo Galego de Saúde. Asociación Galega de Enfermería Familiar e Comunitaria (AGEFEC).

[alvaro.carrera.garcia@sergas.es](mailto:alvaro.carrera.garcia@sergas.es), [alvaro.carrera.garcia@r.gal](mailto:alvaro.carrera.garcia@r.gal)

### RESUMEN

**Introducción:** La formación sanitaria especializada precisa de una evaluación continua para mejorar su calidad. **Objetivo:** Evaluar la formación en Enfermería Familiar y Comunitaria que se imparte en el Servicio Gallego de Salud. **Métodos:** Estudio descriptivo observacional transversal. **Población diana:** Tutores, residentes y especialistas en enfermería familiar y comunitaria de Galicia. **Muestra representativa:** 51 profesionales calculada con un nivel de confianza del 95% ( $\alpha=0,05$ ), una precisión de  $\pm 5\%$  y una proporción esperada de pérdidas del 10%. **Selección:** muestreo aleatorio con reposición hasta completar el tamaño muestral. Recogida de datos: anónima, mediante cuestionario *ad hoc*. **Variables:** datos sociodemográficos, valoración global EIR y valoración específica de las competencias. **Análisis estadístico:** descriptivo, mediante tasas y medias. **Consideraciones éticas:** Participantes fueron informados sobre el estudio y consintieron su participación. Se respetó la legislación vigente. **Conclusiones:** las competencias del programa formativo son adecuadas. La formación práctica es bien valorada y la formación teórica debe mejorar.

### ABSTRACT

**Introduction:** Specialized health training needs continuous evaluation to improve its quality. **Objective:** To evaluate the training in Family and Community Nursing that istaught in the Galician Health Service. **Methods:** Cross-sectional observational descriptive study. **Target population:** Tutors, residents and specialists in family and community nursing in Galicia. **Representative sample:** 51 professionals calculated with a confidence level of 95% ( $\alpha = 0.05$ ), an accuracy of  $\pm 5\%$  and an expected loss ratio of 10%. **Selection:** random sampling with replenishment until the sample size is complete. Data collection: anonymous, by ad hoc questionnaire. **Variables:** sociodemographic data, EIR global assessment and specific assessment of competences. **Statistical analysis:** descriptive, using rates and means. **Ethical considerations:** Participants were informed about the study and agreed to participate. The legislation in force was respected. **Conclusions:** the competences of the training program are adequate. Practical training is well valued and theoretical training must be improved.

### PALABRAS CLAVE

Enfermería en Salud Comunitaria, Educación de Posgrado en Enfermería, Especialidades de Enfermería, Enfermería de la Familia, Atención Primaria de Salud  
Community Health Nursing; Education, Nursing, Graduate; Specialties, Nursing; Family Nursing; Primary Health Care

### INTRODUCCIÓN

Según la OMS, “La misión de la Enfermería en la sociedad es ayudar a los individuos, familias y grupos a determinar y conseguir su potencial físico, mental y social, realizándolo dentro del contexto en que viven y trabajan”.<sup>1</sup>

El desarrollo de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria tiene como objetivo dar respuesta a determinantes como son los: cambios y tendencias en salud de la población; el envejecimiento de la

población y el aumento de las enfermedades crónicas y discapacidades; cambios y necesidades de apoyo al cuidador; aumento de población inmigrante. Así mismo el desarrollo de esta especialidad tiene que dar respuesta a las tendencias del sistema sanitario a: mantener a la población en su entorno familiar y comunitario, potenciar las medidas de prevención y promoción de la salud y hacer más eficiente la organización del sistema sanitario. También, la especialización es una respuesta a necesidades profesionales como los cambios y evolución de la práctica de la Enfermería, la necesidad de conocimiento y práctica especializada en Atención Primaria de Salud y la atención a las familias y a la comunidad entre otros.<sup>2</sup>

La calidad de los cuidados prestados por las enfermeras y enfermeros, mejora al ritmo que la responsabilidad científica se convierte en parte de inherente a la praxis profesional. La responsabilidad científica es irrenunciable para las enfermeras y enfermeros en todas sus áreas de actuación: asistencial con individuos, familias y comunidades; en el ámbito gestor: administración de recursos, gestión clínica, planificación y en el ámbito docente.

Desde la Asociación Galega de Enfermería Familiar e Comunitaria (AGEFEC) y junto a todas las Sociedades Científicas de Enfermería Familiar y Comunitaria integradas en la Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria (FAECAP), apostamos decididamente por la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria.

El Real Decreto 450/2005 posibilitó el desarrollo de las especialidades de enfermería y en concreto, el programa formativo de Familiar y Comunitaria<sup>3</sup>. Esto supuso un gran avance en el modelo de desarrollo diseñado por la Ley 44/2003, de ordenación de las profesiones sanitarias en la profesión enfermera<sup>4-5</sup>.

Dado el compromiso adquirido por AGEFEC con la especialidad, supone para esta sociedad científica un objetivo prioritario mejorar la docencia y las condiciones de formación de los Enfermeros Internos Residentes (EIR) de Enfermería Familiar y Comunitaria, para formar a los profesionales que serán la guía de la Atención Primaria en un futuro próximo.

La formación sanitaria especializada en Enfermería Familiar y Comunitaria comenzó a formar los primeros especialistas mediante sistema EIR en 2010. En Galicia ha tardado un año más en comenzar a formar los primeros especialistas. Después de 4 promociones de especialistas a nivel de Estado y 3 promociones en Galicia, consideramos que había la experiencia necesaria para realizar una evaluación de la formación de los Enfermeros/as Especialistas en Enfermería Familiar y Comunitaria que se está llevando a cabo en Galicia.

## OBJETIVOS

Evaluar la formación sanitaria especializada en Enfermería Familiar y Comunitaria que se imparte en el Servicio Gallego de Salud.

## MATERIAL Y MÉTODOS

- **Diseño:** estudio descriptivo observacional transversal, realizado entre los meses de octubre y noviembre de 2016. Población a estudio tutores, residentesy especialistas en enfermería familiar y comunitaria de las unidades docentes gallegas.
- **Muestra representativa:** de 51 profesionales calculada con un nivel de confianza del 95% ( $\alpha=0,05$ ), una precisión de  $\pm 5\%$  y una proporción esperada de pérdidas del 10%.
- **Criterios de selección:** selección de la población mediante muestreo aleatorio con reposición hasta completar el tamaño muestral.
- **Variables:** véase tabla 1  
"INSERTAR TABLA 1"
- **Recogida de datos:** anónima mediante cuestionario *ad hoc* realizado por especialistas en enfermería familiar y comunitaria para el estudio y pilotado por expertos.
- **Análisis estadístico:** descriptivo, mediante tasas y medias.
- **Consideraciones éticas:** los participantes fueron informados sobre los objetivos del estudio. Todos consintieron su participación. Se respetó en todo momento la legislación vigente sobre investigación y protección de datos.

## RESULTADOS

En cuanto a los datos sociodemográficos, los tutores presentan una media de edad de 56 años y medio con una experiencia laboral de 34 años. Los especialistas vía EIR presentan una media de edad de 29 años y una experiencia laboral de 5,5 años. Los residentes tienen de media 26 años y tienen casi 3 años de experiencia laboral.

Especialistas y residentes valoran mayoritariamente con un 7 el período de formación. La media de los especialistas es unos 0.5 puntos superior. Los tutores con un 8.

De media, los encuestados consideran que las competencias evaluadas en la encuesta tienen un valor medio de 4.4, entre bastante importantes y muy importantes. Las competencias valoradas entre importantes y bastante importantes (media entre 3 y 4 sobre 5) son: modelos conceptuales de enfermería o enfermería familiar y comunitaria, atención y seguimiento del embarazo, parto y puerperio. Sin embargo, la mayoría de los participantes las consideran entre bastante importantes y muy importantes. La valoración media de la formación práctica/clínica es de 3.2/5, valorándola como bien. La mayoría de la población estudiada otorga una puntuación inferior a 3/5 en: relajación y salud, modelos conceptuales y estructura y dinámica familiar, ciclo vital familiar y plan de atención familiar. La mayoría otorga una valoración igual o superior a 4/5 en: mejora de la adherencia en el paciente polimedcado, alimentación saludable y dietas terapéuticas, registro documental en el proceso de atención, promoción de la salud y prevención de la enfermedad en el individuo, familia y comunidad, atención a procesos crónicos: EPOC y asma, enfermedad cardiovascular, diabetes, demencia y úlceras; Atención a problemas de salud agudos, de crisis y estrés; urgencias, emergencias y triaje; soporte vital avanzado y transporte; atención al desarrollo y cuidados en la infancia; vacunas; salud sexual y reproductiva, prevención de embarazos y enfermedades de transmisión sexual.

La formación teórica es valorada con una media de 2.8/5, puntuación que se sitúa entre bastante mal y bien. La mayoría de los encuestados le otorgan una valoración inferior a 3/5 en: prescripción enfermera, relajación y salud, liderazgo del trabajo en equipo, modelos organizativos de los equipos de atención primaria: gestión de casos, cuidados y centro; participación comunitaria y planificación de programas educativos; problemas de salud mental: ansiedad, depresión y duelo complicado; cuidados enfermeros en el adolescente, comunicación y abordaje familiar; estructura y dinámica familiar, ciclo vital familiar y plan de atención familiar; climaterio masculino y femenino; prevención y detección de la violencia de género.

La mayoría de la población a estudio ha otorgado una valoración igual o superior a 4/5 en: alimentación saludable y dietas terapéuticas, promoción de la salud y prevención de la enfermedad en el individuo, familia y comunidad; atención a procesos crónicos: EPOC y asma, enfermedad cardiovascular, diabetes, demencia y úlceras; atención a problemas de salud agudos, de crisis y estrés, urgencias, emergencias, triaje, soporte vital avanzado y transporte; vacunas.

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En cuanto a los resultados sociodemográficos, actualmente los especialistas vía EIR están siendo formados por tutores con una larga trayectoria profesional, con mucha experiencia, lo que aporta un gran valor añadido en el período formativo. Sin embargo, estos tutores están cerca de la edad de jubilación, hecho que hace necesario formar y preparar un relevo generacional de estos docentes. En cuanto al perfil típico del residente, se trata de enfermeros/as con escasa experiencia laboral. Consideramos que esta existente aunque escasa experiencia laboral de los residentes, es un valor añadido en el proceso formativo.

Que la valoración general del período formativo sea superior en tutores que en especialistas y residentes, y en especialistas sobre residentes, hace deducir que la formación EIR en Familia y Comunitaria es mejor valorada conforme se incrementa la experiencia profesional. Será una interesante línea de investigación, conocer cómo valoran en global la formación EIR los especialistas con el paso de los años, es decir, conocer la diferencia de opinión entre los especialistas vía EIR más novatos y más veteranos.

La inmensa mayoría considera que las competencias recogidas en el programa formativo de la especialidad, resumidas en estas 39 áreas, son importantes o muy importantes. Los implicados están de acuerdo con las competencias reconocidas a la especialidad.

La formación práctica y teórica son bien valoradas en las áreas tradicionalmente fuertes de Atención Primaria en el Estado (educación y promoción de la salud, cuidados a la cronicidad, urgencias, vacunas, etc.).

Todos los encuestados consideraron que la formación teórica debe mejorar considerablemente en salud mental, bienestar emocional, gestión, atención a la mujer y en programación y planificación de la actividad comunitaria y de programas educativos.

La principal debilidad de este estudio es sin duda que se trata de una muestra pequeña y solo evalúa la formación en un servicio de salud (Galicia).

Sin embargo, este es un estudio novedoso, es el primero que se lleva a cabo y nos permite obtener una imagen objetiva de la situación. Sirve de punto de partida para identificar áreas de mejora en el período de formación EIR y permite reconocer aquellas áreas en las que la formación obtiene mejor valoración. Esto último permitirá identificar e implantar el mejor método formativo. Por último, al tratarse de un cuestionario totalmente anónimo, permite que los participantes se expresen con libertad.

Como futuras líneas de investigación, sería necesario ampliar la población de este estudio extendiéndolo al resto de comunidades y profundizar en las áreas de mejora de la formación de los futuros especialistas en Enfermería Familiar y Comunitaria.

**BIBLIOGRAFÍA**

1. OMS; Enfermería en acción. Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid 1993.
2. Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria. Justificación de la necesidad de desarrollo de la Especialidad de Enfermería de Salud Comunitaria. Biblioteca Lascasas, 2005; 1. Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0060.php>
3. Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería. Boletín Oficial de Estado, núm. 108, de 6 de mayo de 2005.
4. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. Boletín Oficial de Estado, núm. 280, de 22 de noviembre de 2003.
5. Represas Carrera FJ, Comesaña Diego L, Carrera García Á, Fernández Fernández MV, Rodríguez Iglesias FJ, Calvo Pérez AI, et al. Situación actual de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria en España. Enfermería Glob [Internet]. 27 de septiembre de 2016 [citado 10 de octubre de 2016]; 15(4):197. Recuperado a partir de: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/225041>

**GRÁFICOS Y/O TABLAS**

**Tabla 1.**

Tabla 1. Variables	
variable	
Sexo	hombre mujer
Edad	(en años)
Experiencia laboral como enfermero/a	(en años)
Perfil	Tutor – Colaborador Docente Especialistas vía EIR Residente
en caso de ser tutor, indica cuantos especialistas has formado	
unidad docente a la que perteneces o te has formado	
En términos globales, ¿qué nota le darías al período de formación EIR?	mínimo 1, máximo 10
En relación con las competencias o formación en estos ámbitos, responde a las siguientes preguntas:	Preguntas:
Ámbitos:	a. Nivel de importancia para la práctica clínica en Atención Primaria. Mínimo 1 como nada importante y máximo 5 como muy importante.
1. Comunicación terapéutica, entrevista clínica y entrevista motivacional	b. Valoración de la formación práctica/clínica. Mínimo 1 como muy mal y máximo 5 como muy bien.
2. Mejora de la adherencia en el paciente polimedcado	
3. Prescripción Enfermera	

4. Alimentación saludable y dietas terapéuticas	c. Valoración de la formación teórica. Mínimo 1 como muy mal y máximo 5 como muy bien.
5. Prescripción de ejercicio físico para la salud y en las principales enfermedades crónicas	
6. Relajación y salud	
7. Cirugía Menor	
8. Registro documental del proceso de atención	
9. Coordinación de recursos entre dispositivos asistenciales (Atención Primaria – Hospitalaria – Socio-sanitaria)	
10. Liderazgo de equipos	
11. Fundamentos y principios éticos en la práctica enfermera de atención a las familias y a la comunidad	
12. Modelos conceptuales de enfermería y enfermería familiar y comunitaria	
13. Proceso de Atención de Enfermería (PAE) en individuos, familias y comunidades	
14. Diagnóstico enfermero, resultados e intervenciones más frecuentes en Atención Primaria	
15. Metodología de la investigación y difusión del conocimiento científico. Enfermería Basada en la Evidencia.	
16. Modelos organizativos de los equipos de Atención Primaria (gestión de casos, cuidados, centro...).	
17. Mejora continuada de la calidad en Atención Primaria	
18. Seguridad del paciente en Atención Primaria	
19. Salud Pública: salud medioambiental y vigilancia epidemiológica. Salud en el trabajo.	
20. Promoción de la salud y prevención de la enfermedad en el individuo, familia y comunidad.	
21. Prevención de la enfermedad, fomento de la salud y cuidados en grupos excluidos o en riesgo de exclusión social.	
22. Participación comunitaria y planificación de programas educativos.	
23. Atención a procesos crónicos: EPOC y asma, enfermedad cardiovascular, diabetes, demencia, úlceras...	
24. Atención a procesos oncológicos.	
25. Prevención y deshabituación de hábitos tóxicos: alcohol, tabaco y drogas.	
26. Atención a problemas de salud mental: ansiedad, depresión y duelo complicado.	
27. Atención a problemas de salud agudos, de crisis y estrés. Urgencias y emergencias. Triage. Soporte vital avanzado y transporte.	
28. Atención al desarrollo y cuidados en la infancia.	
29. Vacunas	

30. Cuidados enfermeros en el adolescente. Comunicación y abordaje familiar.	
31. Estructura y dinámica familiar. Ciclo vital familiar. Plan de atención familiar.	
32. Salud sexual y reproductiva. Prevención de embarazos y enfermedades de transmisión sexual.	
33. Atención y seguimiento del embarazo, parto y puerperio.	
34. Atención y seguimiento del climaterio femenino y masculino.	
35. Prevención y detección de violencia de género.	
36. Atención socio sanitaria a personas ancianas: fomento de la salud, cuidados en el domicilio, redes de ayuda, abandono de cuidados y maltrato al mayor.	
37. Atención a los cuidadores de personas dependientes, prevención de sobrecarga y claudicación familiar.	
38. Cuidados enfermeros en la dependencia: promoción y prevención de la salud, autocuidado y autonomía personal y metodología de la visita domiciliaria.	
39. Cuidados al final de la vida	
En términos globales, ¿qué nota le darías al período de formación EIR?	mínimo 1, máximo 10

**ID248:****EFFECTIVIDAD DEL USO DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS EN LA PÉRDIDA DE PESO EN SUJETOS OBESOS Y SEDENTARIOS**

Sandra Conde Martín<sup>1</sup>, Ángela De Cabo Laso<sup>2</sup>, Cristina Agudo Conde<sup>3</sup>, Luis García Ortiz<sup>4</sup>, José Ignacio Ramírez Manent<sup>5</sup>, Fernando Salcedo Aguilar<sup>6</sup>.

Centro de salud Garrido Sur (Salamanca)<sup>1, 2</sup>, Unidad de investigación de la Alamedilla (Salamanca)<sup>3, 4</sup>, Centro de Salud Sta Ponça (Palma de Mallorca)<sup>5</sup>, Centro de Salud Cuenca III (Cuenca)<sup>6</sup>.

[sandraconde6@gmail.com](mailto:sandraconde6@gmail.com)

**RESUMEN**

**Introducción:** La utilización de las tecnologías de la información y comunicación (TIC) en el ámbito de la salud ha ido en aumento, pero son pocos los trabajos que validan estas herramientas.

**Objetivo:** Desarrollar una aplicación para la utilización en Tablet y Smartphone en la que se incluye la información generada de una Smartband y evaluar el efecto de esta herramienta para disminuir el peso en sujetos obesos y sedentarios.

**Metodología:** Ensayo clínico de dos grupos paralelos, aleatorizado, doble ciego y multicéntrico. Se incluirán 850 sujetos obesos y sedentarios, de 20 a 60 años, seleccionados en 8 centros. En ambos grupos se proporcionará consejo sobre alimentación y sobre actividad física. El grupo de intervención, además, utilizará durante tres meses la herramienta TIC.

**Relevancia:** Este estudio está orientado a demostrar que el uso adecuado de esta herramienta puede contribuir a mejorar la salud de la población.

**ABSTRACT**

**Introduction:** Use of communication and information technologies (TIC) in health department has raised, but there are few papers which support those tools.

**Objective:** To develop an App (for tablets and smartphones) where we could find all the information generated by a Smartband, therefore it will be possible to measure the effect of this tool in obese and sedentary patients.

**Methodology:** by clinical trial of two parallel, double-blind, random groups and also multicenter. It will be based on 850 obese and sedentary patients, among 20 and 60 years old from 8 different centres. It will be provided advice about diet and physical exercise. This intervention group will be using this TIC tool during three months.

**Relevance:** this study is oriented to demonstrate that the correct use of this tool might help to improve the health of the population.

**PALABRAS CLAVE**

Obesidad, ejercicio, estilo de vida sedentario, rigidez vascular, tecnología de la información.

Obesity, exercise, sedentary lifestyle, vascular stiffness, information technology.

**INTRODUCCIÓN**

En los países occidentales la obesidad está aumentando en proporciones epidémicas [1]. En las dos últimas décadas, en España se ha duplicado la obesidad (16% en mujeres y 18% en varones) [2]. El sobrepeso y la obesidad se asocian a numerosos problemas de salud, especialmente cardiovasculares incluyendo hipertensión, enfermedad cardíaca coronaria, insuficiencia cardíaca y fibrilación auricular [1, 3]. La obesidad empeora la mayoría de los principales factores de riesgo cardiovascular y sobrecarga el corazón, incrementado el riesgo de mortalidad, especialmente por enfermedades cardiovasculares [4]. Datos recientes sugieren que la obesidad puede ser responsable de casi el 20% de la mortalidad general [5]. Por otro lado, hay evidencia de que una pérdida de peso moderada tiene efectos beneficiosos sobre los factores de riesgo cardiovascular [6]. Seguir una dieta hipocalórica y equilibrada como la mediterránea, aporta además los beneficios ya demostrados por esta [7]. El método del plato, que mantiene una proporción de nutrientes adecuada, puede ser una herramienta apropiada en los programas de pérdida de



peso [8]. En el momento actual la evidencia no apoya el uso de consejo aislado de baja o moderada intensidad en el tratamiento de la obesidad [9], por el contrario las intervenciones complejas y multicomponentes, han mostrado una reducción clínicamente relevante (mayor al 5% de peso) [10], en adultos con sobrepeso y obesidad [11].

Por otro lado, la actividad física juega un papel importante en la prevención de varias enfermedades crónicas, tales como enfermedades cardiovasculares, hipertensión, obesidad, diabetes mellitus, osteoporosis, cánceres de colon y lesiones relacionadas con caídas [11, 12]. Asimismo, una baja forma física se asocia con un incremento del riesgo de enfermedades cardiovasculares y todas las causas de mortalidad, mientras que una mejor forma física se asocia con reducción del riesgo de mortalidad [13]. La mayor parte del tiempo de vigilia de los adultos occidentales se emplea en actividades sedentarias [14, 15]. El sedentarismo se ha identificado como un factor de riesgo para el aumento de peso y las enfermedades crónicas relacionadas, (cardiovasculares, diabetes y cáncer) [16-17], incrementando el riesgo de mortalidad prematura en un 49% [18]. No obstante, es importante destacar que el riesgo incrementado de morbilidad y mortalidad debido al sedentarismo es independientemente de la actividad física moderada o vigorosa que se realiza [19, 20]. Buman et al. mostraron que por cada 30 minutos de tiempo de sedentarismo que pasaba a actividad física moderada o vigorosa, había una mejora 2-25% en los biomarcadores de riesgo (circunferencia de cintura, lípidos, insulinemia, etc) [21]. Aunque las evidencias de los beneficios de la actividad física son abundantes, la proporción de sujetos que pueden considerarse activos [17] es escasa en nuestro entorno [18]. En un metaanálisis de ensayos en Atención Primaria se concluye que la promoción de la actividad física en sedentarios incrementa el número de sujetos que pasan a activos a los 12 meses, aunque el efecto no se ha demostrado a largo plazo [19]. Aunque hay varias revisiones que examinan la eficacia de las intervenciones para incrementar los niveles de actividad física [20], aún se desconoce si estas intervenciones también tienen la capacidad de reducir el tiempo de sedentarismo. Las intervenciones para disminuir tiempo de sedentarismo han sido muy heterogéneas, pero en general, después de una mejoría inicial, a las dos semanas el efecto desaparece [21, 22], hecho similar al que sucede con las intervenciones para incrementar la actividad física [12]. En esta línea, en la revisión realizada por Prince SA et al. se concluye que hay evidencias que apoya las intervenciones centradas en reducir el tiempo de sedentarismo, además de promover la actividad física, para conseguir efectos clínicamente relevantes en la salud [23]. Una mayor eficacia se asoció con el uso de un conjunto de técnicas de autorregulación y automonitorización y un mayor tiempo o frecuencia de contactos. También sugieren que es necesario investigar en el incremento de uso de técnicas de apoyo para mantener los cambios de comportamiento a largo plazo.

Las tecnologías de la información están encontrando un campo importante de aplicación en el área de la salud y la medicina. La utilidad de las aplicaciones para smartphone y Tablet destinadas al uso por personal sanitario, tanto en la formación como en el apoyo a la toma de decisiones en la atención clínica habitual, ha ido en aumento [24]. El potencial que tienen estos dispositivos para transformar la atención a la salud y las intervenciones clínicas en la comunidad es muy importante [25], pero se necesita evaluar su efectividad mediante ensayos clínicos multicéntricos, como recomienda la FDA. Son muchas las aplicaciones que se han desarrollado en el ámbito de la salud, especialmente en materia de alimentación y ejercicio, sin embargo aunque hay algunos en marcha [26], son pocos los trabajos que validan estas herramientas. En este sentido se ha evaluado la aceptación y facilidad de uso para el registro de comida y actividad física en adultos jóvenes [27], pero no se han valorado en otros grupos de edad o población, ni tampoco se ha estudiado su efectividad ni la repercusión que pueden tener en la mejora de la salud de las personas que los utilizan [28]. Intervenciones basadas en teléfonos móviles e internet, sin contacto personal [29], o la automonitorización mediante herramientas TIC de dieta y actividad física [30-31] también se asociaron a una pérdida de peso. En general, las mayores pérdidas de peso ocurren cuando la tecnología es combinada con contactos semanales persona a persona [32-33]. La utilización de tablets, aunque es una herramienta de más fácil manejo para todas las edades, ha sido menos estudiada [34-35]. Sobre el efecto de la smartband, no hemos encontrado estudios que lo evalúen, posiblemente porque se trata de una tecnología muy reciente.

Este estudio pretende aportar evidencias sobre el efecto que tendrían las nuevas tecnologías de la información y comunicación (TIC), y de forma específica el uso de Tablet/Smartphone y Smartband con

una app específica, como herramientas de apoyo en el cambio hacia estilos de vida saludables en sujetos obesos y sedentarios.

## OBJETIVOS

Objetivos principales:

1. Evaluar el efecto de añadir una herramienta TIC, aplicación para Tablet y pulsera Smartband integradas, a una intervención estandarizada para incrementar la actividad física en sujetos obesos y sedentarios. Asimismo se evaluará la consecución las recomendaciones internacionales para considerarlos activos o alcanzar los 10.000 pasos/día.
2. Evaluar el efecto de añadir una TIC (app) a una intervención estandarizada en la disminución del tiempo de sedestación en obesos/sedentarios.
3. Evaluar el efecto de añadir una herramienta TIC a una intervención estandarizada para reducir el peso al menos un 5%. Asimismo se evaluará la consecución de las recomendaciones internacionales sobre el índice de masa corporal (<30) y perímetro de cintura (<102 cm varones y 88 cm mujeres) en los sujetos obesos/sedentarios.
4. Evaluar el efecto de añadir una herramienta TIC a una intervención estandarizada en la disminución de la ingesta calórica global, mejora del patrón de consumo de principios inmediatos y adaptación a la dieta mediterránea en los sujetos obesos/sedentarios.

Objetivos secundarios

1. Evaluar el efecto de añadir una herramienta TIC a una intervención estandarizada para incrementar actividad física y descender el peso en la estructura y función vascular, parámetros hemodinámicos cardiovasculares, consumo máximo de oxígeno y marcadores inflamatorios.
2. Evaluar el efecto de la intervención en la mejora de los factores de riesgo cardiovascular (presión arterial, peso, lípidos, glucemia, HbA1c y tabaco).
3. Evaluar la influencia del género en la adherencia al uso de la herramienta TIC y en los resultados de incremento de la actividad física o disminución del peso y envejecimiento arterial.

## MATERIAL Y MÉTODOS

**Diseño:** Ensayo clínico aleatorizado de dos grupos paralelos, multicéntrico y doble ciego.

**Población de estudio:** Los sujetos se reclutarán de las consultas de Atención Primaria por muestreo aleatorio de los diagnosticados de obesidad. Los criterios de inclusión serán: Sujetos de 20 a 60 años, con IMC  $\geq 30$  y  $< 40$ , clasificados como sedentarios según cuestionario breve de actividad física validado en el EVIDENT II y firmen el consentimiento informado. Se excluirán los mayores de 60 años, por las dificultades para el uso de TICs; los que no puedan hacer ejercicio o seguir una dieta hipocalórica; patología aterosclerótica coronaria o cerebrovascular, insuficiencia cardiaca grado II o superior de la NYHA, EPOC moderado o severo, enfermedad músculo-esquelética que limite la deambulación, enfermedad respiratoria, renal o hepática avanzadas, enfermedad mental severa, enfermedad oncológica en tratamiento diagnosticada en los últimos 5 años, situación terminal, embarazo, cirugía bariátrica y dietas especiales u otras causas que dificulten su inclusión en el estudio.

**Tamaño de la muestra:** La estimación del tamaño de la muestra se ha realizado para las variables principales del estudio. Actividad física, aceptando un riesgo  $\alpha$  de 0,05 y un  $\beta$  de 0,20, con DS de 3750 pasos, se precisarían 680 sujetos (340 por grupo) para detectar un incremento de 850 pasos/día en el GI respecto GC, considerando un 10% de pérdidas de seguimiento. Pérdida de peso, aceptando un riesgo  $\alpha$  de 0,05 y un  $\beta$  de 0,20, con una DS de 4.5, se precisarían 708 sujetos (354 por grupo) para detectar un descenso en el IMC de 1 punto o más en el GI respecto GC, considerando un 10% de pérdidas de seguimiento. La inclusión de 850 sujetos, 100 por grupo y el coordinador 150, proporciona una muestra con potencia suficiente para detectar diferencias clínicamente relevantes en las variables principales.

**Variables del estudio:** Variables sociodemográficas: edad, sexo, estado civil, nivel de estudios y ocupación. Variables antropométricas: peso corporal, altura, IMC y perímetro de la cintura y de la cadera. Medida de la presión arterial. Variables de laboratorio (lípidos, glucosa, creatinina, úrico, AST, ALT, GGT, HBA1c, índice albúmina/creatinina, insulinemia, TSH, hemograma y marcadores inflamatorios).

**Composición corporal:** Se determinará mediante el bioimpedanciometro Monitor Inbody 120, que permite obtener variables antropométricas como la masa de músculo, % de grasa corporal, tasa metabólica basal, etc. **Variables relacionadas con la actividad física:** medidas mediante acelerómetros (acelerómetros GT3X) que miden la cantidad y la intensidad de actividad física expresado en counts/minuto y número de pasos/día. También se determinarán el tiempo dedicado a la actividad ligera, moderada e intensa y tiempo de sedentarismo, además de las kilocalorías gastadas. **Cuestionario internacional de actividad física (IPAQ):** Se utilizará la versión corta, validada en castellano, que evalúa la actividad física de los últimos 7 días. **Cuestionario de sedestación:** evalúa las horas que el individuo está sentado, en su actividad laboral, en los desplazamientos y en su casa, durante la semana y el fin de semana. **Variables del patrón alimentario:** El consumo de alimentos se recogerá a través de un cuestionario de frecuencia de consumo validado en España. Este cuestionario permite estimar la ingesta calórica diaria, los principios inmediatos de la dieta y los nutrientes esenciales. Además se realizarán dos registros del consumo de alimentos en 24 horas, con al menos una semana de diferencia entre cada uno de ellos, recogiendo la hora, los alimentos consumidos y el tamaño de la ración para analizarlos con el software validado en el proyecto EVIDENT II. **Cuestionario de adherencia a la Dieta Mediterránea (DM),** validado en España, establece 14 ítems referentes al cumplimiento de diferentes aspectos de la DM. **Análisis de motivación para el cambio:** Se utilizará el Modelo de Prochaska y Diclemente. **Adherencia a la herramienta TIC:** se evaluará mediante el nº y días de registros en el dispositivo. En todos los sujetos se evaluará también el CardioAnkle Vascular Index (CAVI), mediante el dispositivo Vasera VS 1500® (FukudaDenshi) y el consumo máximo de oxígeno (VO2max) mediante cicloergometro y en una sub muestra se valorará además: **Análisis (PWA) y velocidad de la onda de pulso (PWV)** mediante el Sphygmocor.

**Intervención común en ambos grupos:** Consejo sobre nutrición: Todos los participantes antes de que se realice la asignación aleatoria recibirán consejo nutricional orientado a un buen cumplimiento del método del plato. El consejo consistirá en una cita individual, de 10 minutos de duración, donde se desarrollarán los conceptos del método del plato y se insistirá en la importancia de cumplirlo. El consejo será estandarizado para ambos grupos y entregará un díptico informativo. En la primera parte se desarrollará el concepto del método del plato, en la segunda parte el concepto de los grupos alimentarios y la última a resolver dudas. Consejo sobre actividad física: ambos grupos recibirán consejo sobre actividad física orientado al cumplimiento de las recomendaciones actuales. El consejo consistirá en una cita individual, de 10 minutos, donde se explicarán los beneficios sobre la salud de la actividad física y la recomendación de realizar al menos 30 minutos de actividad moderada, cinco días a la semana, o 20 minutos de actividad vigorosa, 3 días a la semana. Se hará entrega de un díptico informativo. En la primera parte se desarrollará el fundamento de las recomendaciones de la actividad física sobre la salud cardiovascular, la segunda estará orientada a desarrollar los conocimientos sobre la intensidad de actividad física concreta y la última, a resolver las dudas. Se realizará un consejo específico para reducir horas de sedestación.

**Intervención específica del grupo experimental:** Al GI se le prestarán una Tablet/Smartphone y una Smartband (Xiaomi Miband S1), durante un período de 3 meses, que se corresponde con el período de la intervención. Se realizará una visita inicial, de aproximadamente 15 minutos, donde se adiestrará a los sujetos en el manejo del dispositivo y de le la APP diseñada específicamente para el estudio.

En la primera parte de esta visita se configurará la APP con los datos de cada participante. La APP permite el control integral diario de la alimentación y de la actividad física realizada. Integra la información recogida por la Smartband relacionada con la actividad física y la información relacionada con la alimentación después de que el sujeto haya introducido diariamente los alimentos ingeridos, seleccionados del menú de la aplicación y en función de las características del sujeto y objetivos planteados hará recomendaciones personalizadas. Se hará una nueva visita a la semana de la entrega del dispositivo, para confirmar la adecuación de su utilización y resolver dudas. En la visita de los tres meses se recogerán los dispositivos. La información generada por la APP también será analizada.

**Evaluación basal y seguimiento:** Evaluación basal: Comprobación criterios de inclusión, explicación el proyecto, consentimiento informado y se pondrán el acelerómetro. Visita 7 días: Recogida de acelerómetro y los cuestionarios sobre alimentación y actividad; Consejo común. Al GI se le entregarán la Tablet smartphone y la smartband y se les entrenará. Visita 15 días: se citará al GI para verificar el correcto uso del dispositivo y aclarar dudas. Visita 3 meses: Evaluación común y recogida de los dispositivos. Visita 12 meses: Evaluación común similar a la basal.

**Análisis estadístico:** Los resultados se expresarán como media±desviación estándar en variables cuantitativas o la distribución de frecuencias en las cualitativas. El análisis de los resultados se hará por intención de tratar. Se utilizará el test Ji cuadrado para analizar la asociación entre variables cualitativas independientes y el test de McNemar para muestras apareadas. Mediante las prueba T-Student, se compararán las medias entre los dos y la T-Student apareada se utilizará para evaluar el cambio dentro del mismo grupo. La relación entre variables cuantitativas será analizada con el coeficiente de correlación de Pearson. Se hará un análisis multivariante de regresión lineal múltiple y regresión logística para analizar las variables más determinantes en los cambios de la actividad física, patrón dietético y parámetros de rigidez arterial (PWV, Aix y CAVI). Mediante el GLM se analizarán las variables dependientes relacionadas. Para analizar el efecto de la intervención, se compararán los cambios alcanzados en el grupo de control frente al de intervención y se estimará la d de Cohen, ajustando por las variables que pueden influir en el resultado. Mediante una regresión logística se analizará la OR para alcanzar los objetivos de cumplimiento de dieta y actividad física. Se hará un análisis multinivel, para determinar el efecto de los diferentes centros de reclutamiento; un análisis incorporando la perspectiva de género, para evaluar las diferencias entre hombres y mujeres en la adherencia a la aplicación y los resultados a medio (3 meses) y largo plazo (12 meses); y, un análisis en función del grado de motivación en la evaluación basal y de la adherencia en la utilización de la aplicación. Como el efecto de la intervención podría ser modificado por la edad, sexo, nivel cultural y socioeconómico, algunas patologías, así como los estilos de vida basales, estas variables serán controladas en el análisis. Para los contrastes de hipótesis se fija un riesgo  $\alpha$  de 0.05. El programa estadístico será SPSS, v.21.0.

#### RELEVANCIA

Este proyecto se centra en los problemas de salud más prevalentes, ocasionados principalmente por estilos de vida poco saludables, como es la obesidad y el sedentarismo. Los resultados del estudio, por tanto, podrían contribuir en la mejora de la salud poblacional. Dispositivos como la Tablet/smarphone está extendidos ampliamente en la población y su utilidad como herramienta multiuso es imparable. Este proyecto apoya el desarrollo de la tecnología aplicada en el ámbito de la salud, orientado no solo a desarrollar tecnología, sino sobre todo a demostrar su utilidad en la mejora de salud de los usuarios. Demostrar que el uso adecuado de esta herramienta puede contribuir a mejorar la salud de la población le puede dar una potencialidad impredecible debido a la amplia difusión de los dispositivos TIC en todos los grupos de la población. Aunque hay múltiples aplicaciones relacionadas con la salud, son escasas las que han demostrado que son capaces de cambiar estilos de vida a medio y largo plazo, así como de mejorar la salud de la población, especialmente en la prevención de patologías relacionadas con los estilos de vida, como son las principales enfermedades crónicas que afectan a la sociedad occidental.

Estas herramientas ya están influyendo en los nuevos planteamientos de salud pública y los servicios de salud tendrán que adaptarse en los próximos años a disponer de ellas como apoyo al diagnóstico, seguimiento y tratamiento de diferentes problemas de salud. Este proyecto comporta un importante avance en materia de TIC y contribuye a la innovación en el área de la salud, y por lo tanto al desarrollo del Sistema Nacional de Salud.

Por último, también contribuirá a evaluar el efecto de las nuevas tecnologías, como apoyo al consejo para el cambio hacia estilos de vida más saludables. Esto puede contribuir a la transferencia de esta aplicación y desarrollo de otras similares.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Lavie CJ, et al. J Am Coll Cardiol. 2014;63:1345-54.
2. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, et I. Encuesta nacional de salud 2011-2012. 2013.
3. Bastien M, et al. Prog Cardiovasc Dis. 2014;56:369-81.
4. Whitlock G, et al. Lancet. 2009;373:1083-96.
5. Masters RK, et al. Am J Public Health. 2013;103:1895-901.
6. Neter JE, et al. Hypertension. 2003;42:878-84.
7. Estruch R, et al. N Engl J Med. 2013;368:1279.
8. Raidl M, et al. Prev Chronic Dis. 2007;4:A12.
9. Tsai AG, et al. J Gen Intern Med. 2009;24:1073-9.
10. Wing RR, et al. Diabetes Care. 2011;34:1481-6.

11. Varo Cenarruzabeitia JJ, et al. *Med Clin (Barc)*. 2003;121:665-72.
12. Muller-Riemenschneider F, et al. *Prev Med*. 2008;47:354-68.
13. Myers J, et al. *N Engl J Med*. 2002;346:793-801.
14. Colley RC, et al. *Health Rep*. 2011;22:7-14.
15. Matthews CE, et al. *Am J Epidemiol*. 2008;167:875-81.
16. Thorp AA, et al. *Am J Prev Med*. 2011;41:207-15.
17. Haskell WL, et al. *Med Sci Sports Exerc*. 2007;39:1423-34.
18. Wilmut EG, et al. *Diabetologia*. 2012;55:2895-905.
19. Chomistek AK, et al. *J Am Coll Cardiol*. 2013;61:2346-54.
20. Koster A, et al. *PLoS One*. 2012;7:e37696.
21. Buman MP, et al. *Am J Epidemiol*. 2014;179:323-34.
22. Grandes G, et al. *Arch Intern Med*. 2009;169:694-701.
23. Orrow G, et al. *BMJ*. 2012;344:e1389.
24. Greaves CJ, et al. *BMC Public Health*. 2011;11:119.
25. Hobbs N, et al. *BMC Med*. 2013;11:75.
26. Pronk NP, et al. *Prev Chronic Dis*. 2012;9:E154.
27. Prince SA, et al. *Obes Rev*. 2014;15:905-19.
28. Low D, et al. *Anaesthesia*. 2011;66:255-62.
29. Boulos MN, et al. *Biomed Eng Online*. 2011;10:24.
30. Fukuoka Y, et al. *BMC Public Health*. 2011;11:933.
31. Wohlers EM, et al. *Conf Proc IEEE Eng Med Biol Soc*. 2009;2009:5183-6.
32. Free C, et al. *BMC Res Notes*. 2010;3:250.
33. Appel LJ, et al. *N Engl J Med*. 2011;365:1959-68.
34. Burke LE, et al. *J Am Diet Assoc*. 2011;111:92-102.
35. Burke LE, et al. *Contemp Clin Trials*. 2009;30:540-51.
36. Burke LE, et al. *Obesity (Silver Spring)*. 2011;19:338-44.
37. Spring B, et al. *JAMA Intern Med*. 2013;173:105-11.
38. Seguin RA, et al. *Prev Chronic Dis*. 2015;12:E102.
39. Ehlers DK, et al. *Telemed J E Health*. 2015;21:125-31.

**ID272:****IMPACTO DE UN PROGRAMA DE TOMA DEL PULSO PARA LA DETECCIÓN TEMPRANA DE FIBRILACIÓN AURICULAR NO VALVULAR**

Lorena Cabricano Canga<sup>1</sup>, Judit Canudas Canadell<sup>1</sup>, Jordi Casanovas Font<sup>1</sup>, Ana Frutos Martín<sup>1</sup>, Mireia Gallés Muntada<sup>1</sup>, Àngels Moleiro Oliva<sup>1</sup>.

EAP Vic (Barcelona)

[lorenacabricano@gmail.com](mailto:lorenacabricano@gmail.com)

**RESUMEN**

- **Objetivo:** Evaluar el impacto de la implantación de la palpación del pulso periférico como medida de detección temprana de la fibrilación auricular (FA).
- **Material y métodos:** Estudio de cohortes retrospectivo llevado a cabo en el área básica de salud Vic Sud (Barcelona), que comparará los casos de FA detectados en dos grupos de pacientes  $\geq 65$  años, visitados en nuestro centro en dos períodos de tiempo definidos, uno de ellos previo y otro posterior a la implantación de una intervención para la detección temprana de FA.
- **Relevancia:** El estudio pretende contribuir a reducir las complicaciones derivadas de la FA facilitando la implantación de un protocolo para su detección precoz en el ámbito de atención primaria.

**3.2.- ABSTRACT:**

- **Aim:** To evaluate the impact of the implantation of the peripheral pulse palpation as a measure of early detection of atrial fibrillation.
- **Methods:** A retrospective cohort study carried out in Vic Sud basic health area (Barcelona), that will compare the cases of AF detected in two groups of patients aged 65 years or older, visited in our centre in two defined periods of time, one of them before and the other one after the implementation of an intervention for the early detection of AF.
- **Relevance:** The study aims to contribute to reduce the complications derived from AF facilitating the implementation of a protocol for its early detection in the primary care setting.

**PALABRAS CLAVE**

Fibrilación Atrial, Frecuencia Cardíaca, Diagnóstico Precoz, Anticoagulantes, Accidente Cerebrovascular. Atrial Fibrillation, Heart Rate, Early Diagnosis, Anticoagulants, Stroke.

**INTRODUCCIÓN****Antecedentes y estado actual del tema**

La fibrilación auricular (FA) es la arritmia más frecuente en los países occidentales y una de las causas más importantes de morbilidad cardiovascular<sup>1</sup>. La relevancia de la FA reside principalmente en el hecho de que, en su presencia, aumenta 5 veces el riesgo de padecer un accidente cerebrovascular (ACV) isquémico.<sup>2</sup>

Su incidencia es mayor en los países desarrollados y se prevé que la prevalencia de FA en 2030 sea del 3% en adultos de 20 o más años<sup>1</sup>. Se estima que en todo el mundo 20,9 millones de hombres y 12,6 millones de mujeres la padecen. A nivel europeo, la prevalencia de la FA es del 5,5% en personas  $\geq 55$  años. En España, la prevalencia de FA en la población general mayor de 40 años es del 4,4%, aumentando al 9,3% en sujetos entre 70 y 80 años, y al 17,7% en mayores de 80 años.

Las últimas guías de la Sociedad Europea de Cardiología recomiendan el cribado oportunista de la FA en pacientes mayores de 65 años mediante la palpación del pulso periférico<sup>1</sup>, como una medida con un nivel de evidencia alto. Otras guías de práctica clínica, como la británica o la estadounidense también recomiendan la realización de un electrocardiograma en todos aquellos pacientes, asintomáticos o no, en los que se haya detectado un pulso irregular<sup>3,4</sup>.

Sin embargo, diversos estudios realizados muestran resultados dispares<sup>5-9</sup>. Es por esto que entidades de prestigio dedicadas a los servicios preventivos como la de Reino Unido, Estados Unidos o Canadá, no

contemplan este método de detección entre sus recomendaciones<sup>10,11,12</sup>. Todo esto ha generado controversia a la hora de establecer medidas de acción para la detección precoz de la FA.

En cuanto al tratamiento de la FA, el tratamiento anticoagulante (TAO) es sin duda el de elección en aquellos pacientes con riesgo de sufrir ACV o Accidente Isquémico Transitorio (AIT). Pese a que se mantiene una elevada morbilidad, la aparición de nuevos anticoagulantes ha contribuido a reducir la incidencia de ACV y la mortalidad en los pacientes diagnosticados.

### Justificación del estudio

En nuestro centro de atención primaria, situado en Vic (Barcelona) se ha fomentado recientemente la palpación del pulso periférico en pacientes  $\geq 65$  años como método de detección sistemática de la FA entre todos los profesionales implicados. Para ello, se llevó a cabo una sesión de presentación de la intervención, sus objetivos y los procedimientos a realizar.

Una vez detectado un pulso irregular en un paciente, el diagnóstico de FA será confirmado mediante electrocardiograma y el/la médico/a de familia se encargará de pautar el tratamiento más adecuado para el paciente.

La implantación de esta medida puede ayudar a mejorar la calidad de vida de personas en riesgo de sufrir una de las complicaciones de la FA y es por esto que queremos realizar un estudio que evalúe el impacto de esta intervención.

### OBJETIVOS

- Principal: Evaluar el impacto de la implantación de la palpación del pulso periférico como medida de detección temprana de la FA.
- Específicos:
  - Describir el número de pulsos arrítmicos detectados en los pacientes a estudio y las FA diagnosticadas.
  - Describir el número de pacientes a los cuales se les instaura TAO así como los que sufren complicaciones debido al mismo.
  - Describir el número de ACV detectados.

### MATERIAL Y MÉTODOS

#### • Tipo de estudio:

Estudio de cohortes retrospectivo que se llevará a cabo en el Área Básica de Salud Vic Sud (Barcelona).

#### • Población de estudio:

Pacientes  $\geq 65$  años que hayan sido visitados en el centro en dos periodos definidos, el primero de ellos entre el 1 de noviembre de 2015 y el 31 de marzo de 2016; y el segundo entre el 1 de noviembre de 2016 y el 31 de marzo de 2017.

#### • Criterios de selección:

- Criterios de inclusión:
  - Pacientes  $\geq 65$  años visitados en el centro durante dos periodos definidos, antes y después de la implantación de la actividad.
- Criterios de exclusión:
  - Pacientes diagnosticados de valvulopatía severa o portadores de prótesis valvular cardiaca.
  - Pacientes diagnosticados previamente de FA.
  - Pacientes con antecedentes de ACV o accidente isquémico transitorio (AIT).

#### • Tamaño muestral y procedimiento de muestreo:

Aceptando un riesgo alfa de 0.05 y un riesgo beta de 0.2 en un contraste bilateral, se precisan 140 sujetos en el primer grupo (pre-intervención) y 140 sujetos en el segundo grupo (post-intervención) para detectar como estadísticamente significativa la diferencia entre dos proporciones, que para el grupo 1 se espera (la detección de FA) sea de 0.05 y el grupo 2 de 0.15. Se ha estimado una tasa de pérdidas de seguimiento del 5%. Se ha utilizado la aproximación del ARCOSENO.

Para la obtención de la muestra, se realizará una preselección anonimizada de los pacientes que cumplan los criterios de inclusión y no los de exclusión mediante el programa Binomi®.

Posteriormente, mediante un programa estadístico (STATA) se obtendrán dos listas (una para cada uno de los periodos analizados) de 140 pacientes de entre los que cumplen los citados criterios de selección por el método de aleatorización simple.

- **Variables:**

Las variables de resultado evaluadas serán:

- Principal: FA detectadas en cada uno de los períodos.
- Secundarias:
  - Edad
  - Sexo
  - Factores de riesgo cardiovascular (hipertensión arterial -HTA-, diabetes mellitus –DM-, dislipemia, tabaquismo, obesidad/sobrepeso, sedentarismo).
  - Tipo de pulso (rítmico/arrítmico)
  - Instauración de TAO (Sí/no)
  - Duración de TAO (en días)
  - Número y tipo de complicaciones hemorrágicas, derivadas del TAO: gingivorragia, epistaxis, hematomas severos o sangrado importante en heridas, hemoptisis, hemorragia digestiva (alta/baja), metrorragia, hematuria)
  - ACV y AIT detectados

- **Recogida de datos:**

Se realizará una revisión de las historias clínicas seleccionadas por el procedimiento previamente explicado a partir del programa informático OMI-AP.

Los datos recogidos se registrarán en una tabla Excel que recoge todas las variables a estudio.

Se utilizará una tabla para el grupo pre-intervención y otra para el grupo post- intervención.

NHC	Sexo	Edad	HTA	DM	Dislipemia	Tabaquismo	Obesidad/sobrepeso	Sedentarismo

Imagen1- Tabla Excel I

Pulso arrítmico	FA diagnosticada	TAO	Duración TAO (días)	Complicaciones TAO	Tipo complicación	AIT	ACV

Imagen2 - Tabla Excel II



- **Estrategia de análisis prevista:**

Se compararán los porcentajes de los pacientes diagnosticados de FA en los dos períodos de tiempo (antes y después de la implantación de la actividad preventiva) mediante la prueba de ji-cuadrado.

Asimismo, se realizará un análisis multivariante para comparar el porcentaje de FA detectadas por diferentes subcategorías. Edad, Sexo, HTA, DM, Dislipemia, Tabaquismo, Obesidad/sobrepeso, Sedentarismo, Duración del TAO.

Para el análisis estadístico se utilizará el programa STATA versión 14.1.

### RELEVANCIA

El estudio pretende contribuir a reducir las complicaciones derivadas de la FA facilitando la implantación de un protocolo para su detección precoz en el ámbito de atención primaria, de manera que esta intervención podría ampliarse a otros Centros de Salud de nuestro entorno. Este protocolo podría incluir no solo las intervenciones realizadas hasta la fecha, sino también otras como sesiones formativas para que los pacientes aprendan a detectar un pulso arrítmico y conozcan en qué consiste la FA y las estrategias de prevención del ACV<sup>13</sup>.

También se valora el beneficio/riesgo de la detección precoz de la FA e instauración de un tratamiento anticoagulante en cuanto a prevención de complicaciones de la FA y complicaciones del mismo TAO.

Aunque existan discrepancias en las recomendaciones, disponemos de suficiente evidencia científica que sostiene que esta medida resulta eficaz para poder detectar un problema de salud que afecta cada vez a más personas y cuyas consecuencias suponen una carga creciente para los sistemas sanitarios de todo el mundo.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Grupo de Trabajo de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) para el diagnóstico y tratamiento de la fibrilación auricular. Guía ESC 2016 sobre el diagnóstico y tratamiento de la fibrilación auricular, desarrollada en colaboración con la EACTS. *RevEspCardiol*. 2016;70(1):43.e1-e84
2. Pérula-de Torres LA, et al. Validación de la toma del pulso arterial en atención primaria para la detección de fibrilación auricular y otros trastornos del ritmo cardiaco en mayores de 65 años. *Semergen*. 2016. <http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2016.06.015>
3. National Institute for Health and Care Excellence. Atrial fibrillation: management. Nice Guideline; 2014.
4. National Guideline Clearinghouse. Atrial fibrillation: the management of atrial fibrillation. Agency for Healthcare Research and Quality; 2014
5. González Blanco V, et al. Cribado oportunista de fibrilación auricular frente a detección de pacientes sintomáticos de 65 años o más: ensayo clínico controlado por clúster. *MedClin (Barc)*. 2016. <http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2016.07.036>
6. Robledo Martín E, et al. Estudio de prevalencia de la fibrilación auricular en la población de 65 años o más. Validez de la toma de pulso radial como cribado de fibrilación auricular. *SEMERGEN*. 2005;31(7):303-6
7. Davis RC, et al. Prevalence of atrial fibrillation in the general population and in high-risk groups: the ECHOES study. *Europace*. 2012;14:1553–1559
8. Lowres et al. Screening to identify unknown atrial fibrillation. *ThrombHaemost*. 2013 Aug;110(2):213-22
9. Hobbs FDR, Fitzmaurice DA, Jowett S, Mant J, Murray E, Bryan S, et al. A randomised controlled trial and cost-effectiveness study of systematic screening (targeted and total population screening) versus routine practice for the detection of atrial fibrillation in people aged 65 and over. The SAFE study. *Health Technol Assess* 2005;9(40).
10. The UK NSC recommendation on Atrial Fibrillation screening in adults. [consultado 2 Feb 2017]. Disponible en: <http://www.screening.nhs.uk/atrialfibrillation>
11. U.S. Preventive Services Task Force. Recommendations for Primary Care Practice. [consultado 2 Feb 2017]. Disponible en: <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Name/recommendations>



---

12. Canadian TaskForceonPreventiveHealthCare. [consultado 2 Feb 2017]. Disponible en: <http://canadiantaskforce.ca/>

13. Munschauer III FE, et al. A CommunityEducationProgramon Atrial Fibrillation: Implications of Pulse Self-examinationonAwareness and Behavior. Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases. 2004;13(5):208-213

**ID291:****ACOSO ESCOLAR: DETECCIÓN Y ACTUACIÓN DESDE ATENCIÓN PRIMARIA**

Natalia Díaz Vigón<sup>1</sup>, Lidia Fernández Gutiérrez<sup>2</sup>, Olaya Suárez González<sup>3</sup>, Ana Isabel Díaz Cano<sup>4</sup>, Mercedes Vega Gutiérrez<sup>5</sup>, Carmen Diez Fernández<sup>5</sup>.

1. Atención primaria área sanitaria III de Asturias.
2. Centro de Salud Mieres Norte.
3. Centro de Salud Piedras Blancas
4. Hospital San Agustín.
5. Centro de Salud Las Vegas

[nataliadiazvigon@gmail.com](mailto:nataliadiazvigon@gmail.com)

**RESUMEN**

El acoso escolar es cualquier forma de maltrato psicológico, verbal o físico producido entre escolares de forma reiterada, tanto en el aula, como a través de las redes sociales. (1)

Esta situación provoca en las víctimas una serie de efectos negativos que, en muchas ocasiones, son motivo de consulta en su centro de salud.

Objetivo: Conocer los protocolos de actuación a seguir ante la detección de un caso de acoso escolar en atención primaria, a través de la realización de una búsqueda bibliográfica realizada durante el tercer trimestre de 2016.

**DESARROLLO (METODOLOGÍA, RESULTADOS)**

Búsqueda bibliográfica en bases de datos y páginas Web oficiales, no encontrando protocolos sanitarios de actuación a nivel nacional.

**COMENTARIOS Y CONCLUSIONES**

La bibliografía consultada refleja una prevalencia elevada de acoso escolar, con importantes manifestaciones en la víctima (1-3). Dada la ausencia de protocolos sanitarios se plantea la creación de un grupo de trabajo.

**ABSTRACT**

School bullying is any form of psychological, verbal or physical abuse suffered repeatedly and repetitively, both in the classroom and through social networks. (1)

This situation causes a series of negative effects in the victims that often are the reasons for seeking professional help.

Objective: To know the protocols of action to be followed in the detection of a case of school bullying in primary care, through a bibliographic search conducted during the third quarter of 2016.

**DEVELOPMENT (METHODOLOGY, RESULTS)**

Bibliographic search in databases and official Web pages, not finding sanitary protocols of action at national level.

**COMMENTS AND CONCLUSIONS**

The bibliography consulted reflects a high prevalence of school bullying, with significant manifestations in the victim (1-3). Given the absence of health protocols, the creation of a working group is proposed.

**PALABRAS CLAVE**

Acoso escolar; atención primaria de salud; protocolos.

Bullying; Primary health Care; protocols.

**INTRODUCCIÓN/JUSTIFICACIÓN/OBJETIVO**

El acoso escolar o bullying ha sido definido por Dan Olweus (1983) como una conducta de persecución física y/o psicológica que realiza un/a alumno/a contra otro/a, al que escoge como víctima de repetidos ataques. La continuidad de estas relaciones provoca en las víctimas efectos claramente negativos como descenso de la autoestima, estados de ansiedad e incluso cuadros depresivos, lo que dificulta su integración en el medio escolar y el desarrollo normal de los aprendizajes. (1,4)

Según el informe Cisneros realizado en el año 2006 en España, señala que uno de cada cuatro escolares sufre acoso escolar, pudiendo verse incrementado por las nuevas tecnologías como medio de desarrollo del ciberacoso. (5) Un estudio más reciente, realizado en España a 21.487 estudiantes de Educación Secundaria Obligatoria y publicado en el año 2016, refleja que un 9,3% de los encuestados ha sufrido acoso escolar y un 6,9% ciberacoso. Esto, extrapolado al conjunto de la población, el número de víctimas se eleva a 111.000 y 82.000 respectivamente. Por otro lado, el porcentaje de los que reconocen haber sufrido ambos tipos de acoso es de un 3,7%, lo que supone 44.000 víctimas. En cuanto a la distribución por sexo, las cifras son superiores en chicas que sufren acoso que en chicos, tanto en acoso tradicional como en ciberacoso. Respecto al acosador, el porcentaje es más elevado en chicos que en chicas en ambos tipos de violencia.(3)

Al analizar por Comunidades Autónomas, comparando con los promedios obtenidos a nivel estatal, se encontraron las mayores proporciones de encuestados que habían sido víctimas de acoso en Andalucía, Melilla, Islas Baleares y Murcia. En cuanto al ciberacoso destacaba Cataluña. Respecto al acoso tradicional, hay menos víctimas en Ceuta, Extremadura, Asturias y País Vasco y, en cuanto al ciberacoso, en Cantabria, Navarra y País Vasco.(3)

Las víctimas consideran que han sido acosadas, principalmente, para ser molestadas, por su aspecto físico o porque les tenían manía. Entre los acosadores, la mayoría no identifica el motivo de su comportamiento y otros manifiestan que lo hacen por gastar una broma. (3)

En cuanto a las manifestaciones que puede provocar el acoso, las víctimas, tienen más probabilidades que sus compañeros de presentar problemas de salud tales como dolores de cabeza, dolores de espalda, dolor de estómago, problemas de sueño, falta de apetito y enuresis nocturna (Gini & Pozzoli, 2009). (4) Todos estos indicadores son, en varias ocasiones, motivo de consulta en atención primaria, donde podría identificarse el problema a tiempo. De igual modo, en las revisiones del programa de salud infantil se incluye un apartado referente a indicadores de maltrato infantil, donde se aborda dicho tema para una detección precoz. Un estudio realizado en un centro de atención primaria de Madrid, concluye que la detección de víctimas de acoso escolar desde el ámbito sanitario es similar a la de los centros educativos si se pregunta en la consulta por ello. (6)

El acoso y el ciberacoso son actos de violencia contra la infancia, en ningún caso justificables y que deben prevenirse trabajando conjuntamente desde diversos ámbitos mediante un abordaje integral, esto incluye la prevención, detección precoz, protección y reparación ante cualquier forma de violencia. (3)

La Ley Orgánica 1/1996 de 15 de enero, de protección jurídica del menor de edad, recoge en su artículo 13.1 que: "Toda persona o autoridad y especialmente aquellos que por su profesión o función detecten una situación de maltrato, de riesgo o de posible desamparo de un menor, lo comunicarán a la autoridad o sus agentes más próximos, sin perjuicio de prestarle el auxilio inmediato que precise". (7)

El hecho de detectar un caso de acoso escolar en la consulta de pediatría nos hizo buscar protocolos de actuación desde atención primaria, no encontrando ninguno. A nivel nacional, hay diversas guías y protocolos de actuación ante situaciones de acoso escolar (8) que, aunque no incluyen al ámbito sanitario, nos pueden ayudar a trazar la línea de actuación.

El programa informático OMI-AP que utilizamos en atención primaria en Asturias cuenta, dentro del programa de salud infantil, con un apartado referente a sospecha o indicadores de maltrato y aporta un enlace para acceder a una guía sobre acoso escolar. Dicha guía, redactada en el año 2006, es muy completa desde el punto de vista de actuación desde el centro educativo, sin embargo, no tiene en cuenta el ciberacoso ni los pasos a seguir en caso de detección desde la consulta de atención primaria.

Por tanto, el objetivo que se plantea es conocer los protocolos de actuación a seguir ante la detección de un caso de acoso escolar en atención primaria, a través de la realización de una búsqueda bibliográfica realizada durante el tercer trimestre de 2016.

## **DESARROLLO**

Búsqueda bibliográfica con las palabras clave bullying, primary health care y protocols con el conector booleano AND, en los buscadores Cuiden, Cinahl y Pubmed. El resultado de la misma fue de 37 artículos, seleccionando los más relevantes para nuestro estudio. Igualmente hemos consultado la Web del ministerio de educación, cultura y deporte del Gobierno de España y la web oficial de la Asociación Española para la prevención del acoso para obtener las guías de acoso escolar vigentes, así como la Web de la Fundación Save the Children.

Los artículos seleccionados son coincidentes en las cifras de prevalencia del acoso escolar así como en las repercusiones del mismo y la necesidad de fomentar estrategias de prevención, detección precoz y trabajo multidisciplinar.

La guías y protocolos obtenidos están orientados al ámbito escolar y cómo actuar por parte del alumnado, el profesorado y familiares. A pesar de no incluir al sistema sanitario nos sirven de ayuda para trazar los pasos a seguir ante la sospecha o detección de un caso.

## DISCUSIÓN

Como limitaciones del estudio, nos encontramos la ausencia de protocolos o guías de actuación ante detección de casos de acoso escolar desde el ámbito sanitario. Sin embargo, hay una amplia bibliografía y varias guías y protocolos nacionales sobre dicho tema donde detallan la forma de actuar ante un caso de acoso escolar desde el ámbito educativo, pudiendo adaptar las actuaciones a atención primaria.(8) Los estudios consultados coinciden en una elevada prevalencia del acoso escolar que no sólo se sufre en horario escolar sino que, dadas las nuevas tecnologías, este acoso se mantiene a lo largo de todo el día con todas las consecuencias negativas que esto provoca en quien lo sufre. (1-6)

Los artículos son coincidentes en la gravedad de este tipo de violencia y la necesidad del trabajo multidisciplinar. Deberían llevarse a cabo más estrategias de prevención del acoso escolar y buenos tratos desde edades tempranas ya que la mayor prevalencia del acoso escolar es entre los 11 y 13 años, más programas formativos que faciliten la detección precoz del acoso tanto para personal de los centros escolares como padres y personal sanitario, protocolos de actuación actualizados que faciliten los pasos a seguir en caso de detección de acoso escolar, así como guías con los recursos disponibles.

## CONCLUSIONES

La atención primaria está presente en todas las etapas de la vida, trabajando con las personas, familias y comunidades tanto dentro como fuera del centro de salud mediante actuaciones de prevención de la enfermedad y promoción de la salud. Desde las consultas de pediatría se establece el contacto desde el nacimiento, generando una relación de confianza que puede facilitar la detección de los casos de acoso escolar aprovechando las revisiones del programa de salud infantil, en consultas ocasionales por sintomatología que nos pueda hacer sospechar que el/la niño/a sufre algún tipo de violencia en el colegio o porque los padres manifiesten su preocupación. La forma de actuar debería estar recogida en protocolos de actuación que facilitasen a los profesionales los pasos a seguir y garantizase que todas las víctimas recibiesen la misma atención y se les ofreciesen los mismos recursos. Tras la búsqueda bibliográfica, tan sólo se encontraron protocolos de actuación desde el sistema educativo que mencionaban que, dadas las manifestaciones clínicas que podían generar el acoso en la víctima, podría necesitar asistencia sanitaria, pero no mencionaban la forma de actuar ante el diagnóstico desde atención primaria. La manera de trabajar debería ser multidisciplinar, de esta forma ante la detección de un caso desde el sistema sanitario, debería informarse a la familia, centro educativo y trabajador/a social para que lleven a cabo las intervenciones oportunas y pongan en conocimiento de la víctima los recursos disponibles así como el establecimiento de un plan de protección. Una vez comunicada la situación debería hacerse un seguimiento del caso y valoraciones periódicas del/la niño/a.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Asociación Española para la Prevención del Acoso Escolar. Acoso escolar. 2015. Consultada en Noviembre de 2016. Disponible en: <http://aepae.es/acoso-escolar>
2. Jordi Collell i Caralt, Carme Escudé Miquel. El acoso escolar: un enfoque psicopatológico. Anuario de psicología clínica y de la salud. 2006; 2. 9-14.
3. Calmaestra J., Escorial A., García P., del Moral C., Perazzo C. y Ubrich T. Yo a eso no juego. Bullying y cyberbullying en la infancia. Save the children. Febrero, 2016. Consultada en Noviembre de 2016. Disponible en: [https://www.savethechildren.es/sites/default/files/imce/docs/yo\\_a\\_eso\\_no\\_juego.pdf](https://www.savethechildren.es/sites/default/files/imce/docs/yo_a_eso_no_juego.pdf)
4. Stopbullying.gov. Comprender el papel de los profesionales de la salud y seguridad en los esfuerzos de prevención del acoso escolar en toda la comunidad. Washington. Consultado en Noviembre de 2016. Disponible en: [https://www.stopbullying.gov/prevention/training-center/hrsa\\_guide\\_profesionales-de-la-salud-y-seguridad\\_508.pdf](https://www.stopbullying.gov/prevention/training-center/hrsa_guide_profesionales-de-la-salud-y-seguridad_508.pdf)

5. Oñate Cantero A y Piñuel y Zabala I. Estudio Cisneros X. Violencia y acoso escolar en España. Septiembre 2006. Instituto de innovación educativa y desarrollo directivo. Consultado en Noviembre de 2016. Disponible en: [http://www.acosolaboral.org.uy/bullying/estudio\\_cisneros\\_ae.pdf](http://www.acosolaboral.org.uy/bullying/estudio_cisneros_ae.pdf)
6. Miguel Vicenti M., Benito Ortiz L., Reyes Fernández N., Pedraz García MI., Martín Redondo B. y Olivares Ortiz J. Detección de víctimas de bullying en un centro de atención primaria. Semergen 2008;34:375-8. Consultado en Noviembre de 2016. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-semergen-medicina-familia-40-articulo-deteccion-victimas-bullying-un-centro-13127214>
7. Artículo 13.1, Ley Orgánica 1/1996 de 15 de enero, de protección jurídica del menor de edad. <https://www.boe.es/buscar/pdf/1996/BOE-A-1996-1069-consolidado.pdf>
8. Ministerio de Educación, cultura y deporte Convivencia escolar. Protocolos de actuación. Consultado en Noviembre de 2016. Disponible en: <http://www.mecd.gob.es/educacion-mecd/mc/convivencia-escolar/recursos/materiales-otros-recursos/acoso-escolar.html>
9. Equipo Técnico de la Dirección General de Ordenación Académica de la Consejería de Educación y Ciencia del Principado de Asturias. Maltrato cero. Orientaciones sobre el acoso escolar. Modificado el lunes, 22 de abril de 2013. Consultado en Noviembre de 2016. Disponible en: [http://historico.educastur.es/index.php?option=com\\_content&task=view&id=922&Itemid=54](http://historico.educastur.es/index.php?option=com_content&task=view&id=922&Itemid=54)

**ID292:**

## **LA MOTIVACIÓN COMO EJE FUNDAMENTAL EN EL TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD, UNA INTERVENCIÓN COMUNITARIA**

Rocío Rubio Martínez<sup>1</sup>, Sara Prieto Matesanz<sup>2</sup>, Carolina Garrido Montero<sup>3</sup>, Iván Fernández Gómez<sup>4</sup>, Cristina Carrero González<sup>5</sup> y Nerea Ruiz González<sup>6</sup>.

Centro de Salud Nuestra Señora del Pilar. Alcalá de Henares. Madrid. España.

[rocio.rubio@salud.madrid.org](mailto:rocio.rubio@salud.madrid.org)

### **RESUMEN**

**INTRODUCCIÓN:** El tratamiento de la obesidad debe ser un programa general que incluya dieta, ejercicio físico y factores psicológicos.

**OBJETIVOS:** El objetivo de este estudio es capacitar a los individuos con sobrepeso u obesidad en la gestión de su propia salud.

**DESARROLLO:** Se trata de un estudio exploratorio de una intervención comunitaria, no aleatorizado, sin grupo control en 9 adultos con sobrepeso y obesidad.

**RESULTADOS:** Los descensos en el porcentaje de peso oscilaron entre -0,2% y +5,3%. Así mismo, se produjeron modificaciones significativas en el control emocional relacionado con la alimentación.

**CONCLUSIONES:** Esta intervención evidencia el aumento del autocontrol y del bienestar emocional en los pacientes con exceso de peso sometidos a tratamiento psicológico.

### **ABSTRACT**

**THE MOTIVATION AS A FUNDAMENTAL AXIS IN THE TREATMENT OF OBESITY, A COMMUNITY INTERVENTION.**

**INTRODUCTION:** The obesity treatment should be a general program that includes diet, exercise and psychological factors.

**OBJECTIVES:** The objective of this study is to train individuals who are overweight or obese in managing their own health.

**METHODS:** An exploratory study of a non-randomized community intervention with no control group in 9 overweight and obese adults.

**RESULTS:** The declines in the weight percentage ranged from -0,2% to +5,3%. Likewise, there were significant changes in emotional control related to food.

**CONCLUSION:** This intervention evidences increased self-control and emotional well-being in overweight patients undergoing psychological treatment.

### **PALABRAS CLAVE**

Motivación. Dieta. Obesidad. Sobrepeso. Atención Primaria.

Motivation. Diet. Obesity. Overweight. Primary care.

### **INTRODUCCIÓN/PRESENTACIÓN**

La obesidad es una enfermedad crónica multicausal de gran trascendencia sociosanitaria y económica, la cual constituye un problema de salud pública ya que se ha convertido en la epidemia del siglo XXI a nivel mundial<sup>1</sup>.

Cuando una persona presenta obesidad, el exceso de peso deja de ser un problema meramente estético, debido a los múltiples problemas de salud que ocasiona: riesgo cardiovascular, diabetes, trastornos metabólicos, problemas gastroentéricos, pulmonares, trastornos ortopédicos y psicológicos<sup>2</sup>. Estos factores hacen que aumente la morbimortalidad y disminuya la calidad de vida de quien la padece<sup>3</sup>.

Sin embargo, habitualmente las personas con sobrepeso u obesidad realizan dietas de forma regular a lo largo de su vida, se les denomina dietantes crónicos<sup>4</sup>. Esta restricción crónica de ingesta de comida unida en ocasiones a situaciones estresantes o ansiosas, puede provocar una sobrealimentación, consiguiendo el efecto contrario al deseado. Debido al uso de la restricción-sobrealimentación como principal herramienta para regular las emociones se hace necesario un adecuado manejo en el control de éstas en

los sujetos dietantes crónicos para que, de este modo, sean capaces de mantener, aumentar o suprimir un estado afectivo en curso<sup>1</sup>.

Para más inri, dentro de los problemas psicológicos, el desarrollo de una baja motivación juega un papel fundamental. Este hecho se manifiesta por una mayor predisposición a la frustración y dificultad para la consecución de sus objetivos<sup>2</sup>. La motivación es un estado de disponibilidad o deseo de cambiar, el cual puede fluctuar de un momento a otro o de una situación a otra<sup>5</sup>. Esto es, “la probabilidad de que una persona inicie, continúe, y se comprometa con una estrategia específica para cambiar”<sup>5</sup>. Esta definición desplaza la pasividad del adjetivo motivado al verbo activo motivar. De este modo, la responsabilidad que se transfiere a los pacientes con los consejos de cambio que habitualmente se proporcionan en las consultas confiando o asumiendo que estén motivados para llevarlos a cabo es sustituida por una responsabilidad propia del terapeuta, la cual consiste en motivar al paciente, aumentando la probabilidad de que consiga sus objetivos de cambio.

En el tratamiento del sobrepeso y la obesidad, se considera esencial la dieta, la cual ha de estar asociada a un programa general, que incluya ejercicio físico, modificación de estilos de vida y apoyo psicológico<sup>3</sup>. Pese a que en estudios anteriores se ha demostrado que únicamente una perspectiva que considere la importancia de los aspectos psicológicos del paciente puede lograr los objetivos propuestos en la pérdida de peso<sup>1</sup>, la mayor parte de la literatura existente se encuentra centrada en el abordaje de la obesidad a través de la prescripción de dieta y ejercicio físico, sin contemplar variables psicológicas o conductuales que pueden influir en la adherencia<sup>1</sup>. Ocurriendo así, el paradigma habitual en el seguimiento del tratamiento de la obesidad, en el que inicialmente se logran pérdidas de peso significativas, aunque en la mayoría de ocasiones no se prolongan en el tiempo<sup>3</sup>.

Bajo este planteamiento, se evidencia la necesidad de realizar una intervención comunitaria llevada a cabo por profesionales de enfermería en el centro de salud Nuestra Señora del Pilar (Alcalá de Henares, Madrid) bajo la premisa de la motivación como eje fundamental en el tratamiento de la obesidad para valorar la reducción del peso conseguido, los conocimientos obtenidos y el control emocional.

#### **OBJETIVOS (DE LA EXPERIENCIA)**

El objetivo principal del presente estudio es capacitar a los individuos con sobrepeso u obesidad en la gestión de su propia salud.

Los objetivos secundarios son:

- Demostrar la pérdida ponderal mediante el porcentaje de la disminución de peso pos intervención.
- Expresar los conocimientos sobre hábitos saludables y el control emocional adquiridos pos tratamiento a través del cuestionario de hábitos alimentarios para pacientes con sobrepeso y obesidad.

#### **DESARROLLO**

Se trata de un estudio exploratorio de intervención, no aleatorizado, sin grupo control, que se desarrolla en el ámbito de atención primaria. La metodología usada en esta intervención comunitaria fue la educación grupal.

Los sujetos de interés son adultos con sobrepeso y obesidad. Siguiendo las directrices de la Organización Mundial de la Salud, el sobrepeso se define como el IMC por encima de 25 kg/m<sup>2</sup> y obesidad cuando lo está por encima de 30 kg/m<sup>2</sup>.

Criterios de inclusión: 1.- Pacientes de ambos géneros con sobrepeso u obesidad. 2.- Edad comprendida entre 18 y 65 años (debido a que los requerimientos nutricionales y la actividad física varía a partir de los 65 años). 3.- Verbalización del propio paciente de estar interesado en la pérdida de peso.

Criterios de exclusión: Pacientes con alteraciones psíquicas o sensoriales graves que puedan interferir en el aprovechamiento de la experiencia comunitaria.

El muestreo ha sido por conveniencia. La captación de los sujetos que cumplían los criterios de inclusión se realizó de forma activa en las diferentes consultas (medicina y enfermería) o mediante una llamada telefónica por su enfermero/a de referencia; así mismo también fue pasiva, a través de trípticos y carteles informativos distribuidos por el centro. Inicialmente se partió de una muestra de 9 individuos (n=9), sin embargo a lo largo del proceso se produjo 1 abandono, finalizando el presente estudio con un total de 8 observaciones realizadas (n=8). Este grupo está constituido por 7 mujeres y 1 varón, con edades comprendidas entre los 49 y 59 años (siendo la edad media de 54 años) y un nivel socioeconómico y



cultural medio-bajo y bajo. Con respecto a los datos sobre obesidad pretratamiento, el 12,5% presentaba sobrepeso, el 50% obesidad tipo I, el 12, 5% obesidad tipo II y el 25% obesidad mórbida, según la clasificación de la Organización Mundial de la Salud.

La variable principal para valorar el impacto de este método de abordaje del tratamiento de la obesidad fue el porcentaje de descenso de peso conseguido o no postratamiento.

Igualmente, en el momento inicial y a las cuatro semanas, una vez finalizada la intervención, se utilizó un cuestionario cerrado autoadministrado de hábitos alimentarios para pacientes con sobrepeso y obesidad (Castro Rodríguez P, Bellido Guerrero y Pertega Díaz S)<sup>6</sup>. Dicho test consta de 8 factores en los que se agrupan 36 preguntas. Los factores hacen referencia a las siguientes cuestiones: consumo de azúcar en la dieta, seguimiento de las normas dietéticas, práctica de ejercicio físico, calorías en la dieta, relación entre la ingesta de alimentos y el factor psicológico, tipo de alimento que más se consume habitualmente, conocimiento y control sobre la comida y bebidas alcohólicas. Las preguntas tienen 5 posibilidades de respuesta a modo de escala Likert. La puntuación total del cuestionario y de cada uno de los factores se obtiene mediante el sumatorio de cada una de las preguntas. Para la interpretación de los resultados se dispone además de percentiles, los cuales, mediante su estudio y comparación pueden indicar la posibilidad de modificación de hábitos y la variabilidad entre estos.

La intervención consistió en cuatro sesiones de noventa minutos cada una durante los meses de octubre y noviembre de 2016. Para favorecer la participación se decidió usar un método bidireccional o directo, fomentando el intercambio de conocimientos a través del diálogo educativo, la charla y la discusión en grupo.

Para lograr los objetivos propuestos se usaron las siguientes técnicas educativas grupales: 1.- Brainstorming o tormenta de ideas. 2.- Discusión. 3.-Ejercicio. 4.- Demostración en entrenamiento. 5.- Rejilla. 6.- Simulación operativa.

**Sesión 1: “Principios de la alimentación y mitos”**

Se insistió en la explicación de los nutrientes principales de los alimentos (hidratos de carbono, proteínas y grasas), la pirámide nutricional, la dieta hipocalórica y los falsos mitos de las “dietas milagrosas”.

Como valoración inicial pretratamiento se realizó una medición antropométrica para determinar el peso de los asistentes y se les pasó un cuestionario autoadministrado sobre hábitos alimentarios.

**Técnicas de investigación en el aula:** Brainstorming o tormenta de ideas.

**Finalización de la sesión:** Entrega de documentación resumida con los puntos claves tratados.

Objetivos educativos	Contenidos	Técnica	Evaluación
Los pacientes expresen sus conocimientos sobre la alimentación	Preconcepciones sobre alimentación	Brainstorming o tormenta de ideas	Análisis de materiales

**Sesión 2: “Alimentación saludable y dieta mediterránea”**

A la semana de la primera.

Los puntos a tratar fueron: dieta mediterránea y método plato.

El método plato se basa en la división de éste en cuatro partes iguales, de las cuales dos de ellas corresponden a verduras u hortalizas, una para alimentos proteicos y otra para hidratos de carbono.

Cabe destacar la buena aceptación entre los asistentes de aplicar medidas “caseras” (un plato pequeño, un cucharón, un vaso, etc.), por resultarle más cercano para reconocer las raciones de los alimentos sin tener que recurrir a la báscula.

**Técnicas de análisis:** Discusión y ejercicio.

**Finalización de la sesión:** Entrega de documentación resumida con los puntos destacados.

Objetivos educativos	Contenidos	Técnica	Evaluación
Los pacientes expongan y analicen sus hábitos alimentarios	Pautas previas alimentarias y propuestas de mejora	Discusión	Cuestionario de hábitos alimentarios para pacientes con sobrepeso y obesidad
El grupo desarrolle habilidades para realizar una dieta	Preparación de un menú	Ejercicio	Análisis de materiales

**Sesión 3: “Actividad física y ejercicio”**

A la semana de la segunda.

En esta sesión se trataron los siguientes aspectos: sedentarismo, actividad física, ejercicio físico y deporte.

Se les enseñó cómo adaptar el tipo de ejercicio en función de sus limitaciones (físicas, falta de tiempo, etc.) tanto el isotónico o aeróbico como el isométrico o anaeróbico.

Como método de reconocimiento de la intensidad del ejercicio cardiovascular se les enseñó el “Test de hablar”, el cual nos permite reconocer una actividad física de intensidad moderada cuando no nos es posible mantener una conversación a la vez que se realiza dicha actividad.

**Técnica de desarrollo de habilidades:** Demostración en entrenamiento.

**Finalización de la sesión:** Entrega de documentación con ejercicios de estiramiento.

Objetivos educativos	Contenidos	Técnica	Evaluación
Los pacientes realicen ejercicio físico	Ejercicios de estiramiento muscular	Demostración en entrenamiento	Análisis de tareas

**Sesión 4: “Estrategia para el cambio de conducta en el tratamiento de la obesidad”**

A la semana de la tercera.

El eje conductor de esta sesión fue la motivación como pilar fundamental para el tratamiento de la obesidad a largo plazo mediante la reestructuración cognitiva, el autocontrol y la relajación.

Cómo parte práctica de la sesión se procedió a realizar la relajación muscular progresiva de Jacobson durante la cual pudieron experimentar cierto grado de bienestar según la verbalización de los asistentes.

**Técnica de investigación en el aula:** Rejilla.

**Técnica de desarrollo de habilidades:** Rejilla y simulación operativa.

**Finalización del estudio:** Valoración final postratamiento del peso de los asistentes, así como de los conocimientos obtenidos y control mediante el cuestionario sobre hábitos alimentarios.

Objetivos educativos	Contenidos	Técnica	Evaluación
El grupo analice sus actitudes ante la alimentación y la obesidad	Aspectos sociales de la obesidad	Rejilla	Análisis de tareas y Cuestionario sobre hábitos alimentarios para pacientes con sobrepeso y obesidad

Los pacientes desarrollen habilidades para enfrentarse a situaciones cotidianas	Entrenamiento en habilidades sociales	Simulación operativa	Análisis de tareas
---	---------------------------------------	----------------------	--------------------

Tabla 1.- Cronograma

Los recursos a utilizar fueron: 1.- Humanos: Cuatro profesionales de enfermería. 2.- Materiales: Ordenador, cañón de proyección, diapositivas, rotafolio, papel, bolígrafos y báscula.

**RESULTADOS**

Debido al escaso número de sujetos que componen la muestra y a las diferencias intersujetos, los datos se presentan de forma individual.

Como puede observarse en la Tabla 2, los descensos en el porcentaje de peso oscilan entre -0,2% y +5,3%. Dividiendo por categorías se puede observar que: 2 sujetos lograron descensos de peso superiores al 1% que corresponden a una disminución de 1,6 kg y 4,6 kg respecto a su peso pretratamiento; 5 sujetos obtuvieron reducciones de peso menores del 1%, es decir, consiguieron descender su peso pre intervención entre 0,4 kg y 1kg; y 1 sujeto aumentó su peso inicial en un 0,2%, esto es, 0,2 kg.

SEXO	EDAD (años)	ALTURA (cm)	PESO INICIAL (kg)	PESO FINAL (kg)	% DESCENSO SOBREPESO	ÍNDICE DE MASA CORPORAL FINAL (kg/m <sup>2</sup> )	CLASIFICACIÓN OBESIDAD FINAL
M	53	162	99,8	100	-0,2%	38,1	Obesidad tipo II
M	55	160	77,6	77	0,77%	30,08	Obesidad tipo I
M	59	163	109,8	109,4	0,36%	41,18	Obesidad mórbida
M	49	162	129	128	0,78%	48,77	Obesidad mórbida
H	49	176	94,2	93,6	0,64%	30,22	Obesidad tipo I
M	57	165	80,2	79,4	0,99%	29,16	Sobrepeso
M	56	154	77,8	76,2	2,06%	32,13	Obesidad tipo I
M	57	167	86,6	82	5,3%	29,4	Sobrepeso

Tabla 2.- Descripción de la muestra y resultados obesidad

Con respecto a los hábitos alimentarios y control de emociones (Tablas 3 y 4), se produjeron modificaciones importantes en las siguientes conductas: comer por bienestar psicológico, frecuencia de consumo de distintos alimentos (ambas con un aumento del 75% sobre el percentil de referencia), y conocimiento y control sobre la propia dieta (con un aumento del 50% sobre el percentil de referencia). Con una variación más discreta, del 37,5% sobre el percentil pretratamiento, encontramos una disminución del consumo de azúcar, contenido calórico en la dieta y consumo de alcohol. Y un aumento también del 37,5% de la práctica de ejercicio físico.

La conducta con menor variación positiva fue la de mantener una alimentación saludable, ya que contó por un lado con un aumento del 37,5% sobre el percentil inicial, y por otro lado sin embargo, con una disminución del 50% sobre dicho percentil.

	Factor 1		Factor 2		Factor 3		Factor 4	
	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post
<b>Paciente1</b>	75	50-75	90	90	90	90	75-90	75-90
<b>Paciente2</b>	75	50-75	75-90	50-75	50	75-90	75-90	75-90
<b>Paciente3</b>	50-75	50-75	50	25-50	75	75	50-75	50-75
<b>Paciente4</b>	10	10-25	75-90	10	90	50	90	10-25
<b>Paciente5</b>	50	50	75-90	75	90	90	75	50-75
<b>Paciente6</b>	25-50	75-90	50-75	75-90	75-90	90	10-25	75-90
<b>Paciente7</b>	75	50-75	50	50	25-50	50-75	25-50	25-50
<b>Paciente8</b>	25-50	25-50	50-75	50	75-90	75-90	25-50	10-25

Tabla 3.- Resultados (I) cuestionario hábitos alimentarios para pacientes con sobrepeso y obesidad.

	Factor 5		Factor 6		Factor 7		Factor 8	
	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post
<b>Paciente1</b>	50-75	50	50	90	75-90	50-75	25-50	25-50
<b>Paciente2</b>	25-50	50	75	75	75	75-90	25-50	50
<b>Paciente3</b>	25	75	75-90	90	25	50-75	75	25-50
<b>Paciente4</b>	25	25-50	10	25-50	75-90	25-50	25-50	10
<b>Paciente5</b>	50	50-75	75-90	75	50-75	50-75	10	10
<b>Paciente6</b>	50	75-90	25-50	75-90	25-50	75-90	25-50	25-50
<b>Paciente7</b>	50	50-75	50	90	75	75	50	25-50
<b>Paciente8</b>	75-90	75-90	75	75	25	50-75	25-50	25-50

Tabla 4.- Resultados (II) cuestionario hábitos alimentarios para pacientes con sobrepeso y obesidad.

**CONCLUSIONES**

El presente estudio pone de manifiesto que un tratamiento que contemple el factor psicológico de la obesidad consigue aumentos significativos del autocontrol y del bienestar relacionados con la alimentación. La limitación principal ha sido la dificultad para conseguir unos resultados más significativos, ya que la duración de la intervención ha sido de cuatro semanas, quedando pendiente para estudios futuros una continuidad en el seguimiento de las variables a estudio.

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Bonet J, Parrado E, Barahona A, Capdevila L. Desarrollo y aplicación de un sistema de evaluación combinada de ejercicio físico, de alimentación y de variables psicológicas en jóvenes universitarias. *Apunts Med Esport.* 2016; 51(191): 75-83. DOI 10.1016/j.apunts.2016.03.002.
2. Aguilar MJ, González E, Padilla CA, Guisado R, Sánchez AM. Sobrepeso y obesidad como factor pronóstico de la desmotivación en el niño y el adolescente. *Nutr Hosp.* 2012; 27(4): 1166-1169. DOI 10.3305/nh.2012.27.4.5853.
3. Tárraga ML, Rosich N, Panisello JM, Gálvez A, Serrano JP, Rodríguez-Montes JA et al. Eficacia de las estrategias de motivación en el tratamiento del sobrepeso y obesidad. *Nutr Hosp.* 2014; 30(4): 741-748. DOI 10.3305/nh.2014.30.4.7704.
4. Montalvini PR, Lucero M, Baldi G. Estilos de apego y su relación con el patrón alimenticio de restricción-sobrealimentación en sujetos dietantes crónicos. *Rev Chil. Neuropsicol.* 2014. 9(1-2): 8-11. DOI 10.5839/rcnp.2014.090102.03.
5. Miller WR, Rollnick S. *La entrevista motivacional.* Paidós. 1999.
6. Castro P, Bellido D, Pertega S et al. Elaboración y validación de un nuevo cuestionario de hábitos alimentarios para pacientes con sobrepeso y obesidad. *Endocrinol Nutr.* 2010; 57(4): 130-139. DOI 10.1016/j.endonu.2010.02.006

**ID306:**

**PREVALENCIA DE FRAGILIDAD EN DIABÉTICOS TIPO 2 MAYORES DE 70 AÑOS A TRAVÉS DE LA SHORT PHYSICAL PERFORMANCE BATTERY (SPPB)**

Nuria Alcolea Ruiz 1, Rocío Pedrero Panés2, María Pérez Velasco3.

Dirección Asistencial Sur. Gerencia de Atención Primaria. Servicio Madrileño de Salud1.

[nuria.alcolea@salud.madrid.org](mailto:nuria.alcolea@salud.madrid.org)

**RESUMEN**

El incremento de personas de edad avanzada combinado con la alta prevalencia de Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), que cursa con pérdida acelerada de la masa muscular y fuerza<sup>2</sup>, ha creado una necesidad de intervenciones para prevenir o retrasar la aparición de fragilidad y el deterioro funcional.<sup>3</sup> **Objetivo:** Conocer la prevalencia de fragilidad en DM2 mayores de 70 años e independientes para ABVD, según la escala SPPB, de los C.S. El Greco (Getafe) y Pinto (Pinto). **Material y Métodos:** Estudio descriptivo transversal. Se estima una prevalencia en la población de estudio con criterios de fragilidad del 13%. Con un IC del 95% y una precisión del 5%, obtenemos un tamaño muestral necesario de 155 personas. **Relevancia:** La implementación de esta escala permitirá la detección precoz del deterioro funcional, ofreciendo la posibilidad de prevenir el empeoramiento funcional a través de programas de rehabilitación multifactoriales que retrasen la aparición de complicaciones<sup>7</sup>.

**ABSTRACT**

The increase in the elderly, combined with the high prevalence of type 2 Diabetes Mellitus (DM2), which leads to an accelerated loss of muscle mass and strength<sup>2</sup>, has created a need for interventions to prevent or delay the onset of frailty and Functional impairment.<sup>3</sup> **Objective:** To know the prevalence of fragility in DM2 older than 70 years and independent for ABVD, according to the SPPB scale, of CS El Greco (Getafe) and Pinto (Pinto). **Material and Methods:** Cross-sectional descriptive study. We estimated a prevalence in the study population with fragility criteria of 13%. With a 95% CI and a precision of 5%, we obtain a required sample size of 155 people. **Relevance:** The implementation of this scale would lead to the early detection of functional impairment. Offering the possibility of preventing functional deterioration through multifactorial rehabilitation programs that delay the onset of complications.<sup>7</sup>

**PALABRAS CLAVE**

Anciano, Diabetes Mellitus, Evaluación de la discapacidad, Actividad Motora, Atención Primaria de Salud. Aged, Diabetes Mellitus, Disability Evaluation, Motor Activity, Primary Health Care.

**INTRODUCCIÓN**

El envejecimiento mundial es todo un triunfo y, al mismo tiempo, supone un desafío. Esto se debe a los cambios sociales y políticos que implica, y que derivarán en mayores exigencias económicas y sociales a todos los niveles, y en concreto, al sistema sanitario. España tiene una de las esperanzas de vida más altas del mundo, con una pirámide poblacional prácticamente invertida “INSERTAR IMAGEN 1”, lo que sumado al incremento de la prevalencia de enfermedades crónicas, como por ejemplo la Diabetes Mellitus, aumenta la población en riesgo de presentar un empeoramiento de su limitación funcional<sup>1</sup>.

Para afrontar este reto, se deben fomentar la autonomía y la independencia en las personas mayores. Esto se puede llevar a cabo detectando a las personas que se encuentran en una situación funcional previa al desarrollo de discapacidad y dependencia. Es decir, detectando a los mayores frágiles<sup>1</sup>.

Se entiende por fragilidad al estado previo a la discapacidad, donde la persona se encuentra en riesgo de desarrollar una nueva dependencia, debido a una situación de limitación funcional incipiente. Se toma

como referencia que funcionalidad es la capacidad de realizar actividades motoras que requieren acciones musculares finas o groseras y que permiten vivir de forma independiente 2.

Una de las múltiples definiciones que existen en la literatura sobre fragilidad define a la persona mayor frágil como aquella con disminución de las reservas fisiológicas y una elevada vulnerabilidad a enfermedades y procesos agresores (hospitalización, cirugía, inmovilismo, etc.) y, consecuentemente, mayor probabilidad, a su vez, para episodios adversos en salud (hospitalización, caídas, complicaciones posquirúrgicas, etc.), institucionalización, pérdida de función, dependencia y muerte 3.

Los datos sobre prevalencia de fragilidad son muy variables, según autores y métodos de detección. En España, la prevalencia varía entre un 8,1 y el 16,9 4, lo que destaca el gran impacto de la fragilidad en la población anciana 5. Castell Alcalá et al realizaron un estudio de prevalencia en la Comunidad de Madrid en mayores de 65 años, midiendo la fragilidad según los 5 criterios de L. Fried. Obtuvieron una prevalencia del 10,3% (IC del 95%: 8,2–12,5): el 8,1% en hombres y el 11,9% en mujeres ( $p=0,084$ ), asociándose a la edad avanzada, al bajo nivel educativo y a la acumulación de trastornos crónicos 6. El estudio FRADEA llevado a cabo en Albacete es uno de los más importantes de nuestro país. Se trata de un estudio de cohortes concurrente de base poblacional, que utilizando también los criterios de L. Fried, evidencia la asociación entre fragilidad y mortalidad a largo plazo, discapacidad incidente en ABVD y hospitalización en españoles mayores de 70 años. 4,7.

En relación a los factores asociados, se ha evidenciado que tanto el bajo nivel de estudios, el bajo nivel económico, las elevadas tasas de comorbilidad crónica y la discapacidad, son variables asociadas a la fragilidad 6, 7, 8. Entre estos factores, vivir solo obtuvo una clara significación estadística como predictor de fragilidad 8. Otro dato relacionado con los factores asociados a la fragilidad, es que tan solo un 27% de las personas dependientes en ABVD fueron frágiles 8. Dato que sugiere que la fragilidad comienza por las tareas que afectan a la movilidad antes de causar dificultad en la función para llevar a cabo las ABVD. Por ello, detectar limitaciones en la capacidad funcional parece que es sinónimo de detectar fragilidad 8.

En las revisiones sistemáticas consultadas sobre instrumentos de cribado de fragilidad en el contexto de la Atención Primaria, se encuentran diferentes opciones para valorar la detección de los ancianos frágiles. Desde los “factores o indicadores de riesgo”, como hospitalización reciente o múltiple, edad avanzada, deficiencias condiciones socio-familiares, comorbilidad, polimedicación, inactividad física, caídas y alteración nutricional; así como la “pérdida incipiente o precoz de funcionalidad”, detectada a través de la Escala de Lawton y Brody. También las “pruebas de ejecución”, que valoran la marcha y la movilidad, como por ejemplo, la Short Physical Performance Battery (SPPB), validada y normalizada en Atención Primaria que combina equilibrio, velocidad de la marcha y levantarse de la silla. Igualmente el “Fenotipo clínico de Fried” que busca criterios clínicos objetivos como pérdida de peso, debilidad, baja energía, lentitud de la marcha, inactividad física. Hasta los “Índices multidimensionales”, basados en acumulación de ítems de morbilidad, discapacidad y factores mentales y sociales. 3, 9

Por otro lado, una de las enfermedades crónicas más prevalentes de nuestro medio es la Diabetes Mellitus, que se incrementa paralelamente con el envejecimiento de la población. En España, al menos el 30% de la población comprendida entre los 61 y los 75 años, y más del 35% de los mayores de 75, padecen Diabetes Mellitus tipo 2 10. En las poblaciones de edad avanzada, la diabetes se asocia con la reducción de fuerza muscular, mala calidad del músculo y pérdida acelerada de la masa muscular 11. Por todo esto, además de todos los daños que la diabetes puede causar en los sistemas principales del organismo, es un fuerte predictor de limitación funcional, de un peor rendimiento en las funciones de los miembros inferiores y de caídas. La prevalencia de complicaciones diabéticas aumenta significativamente con la duración de la enfermedad, la edad y el manejo inefectivo del control glucémico por parte del paciente 12, datos importantes a tener en cuenta. El rápido incremento en el número de personas de edad avanzada, combinado con la alta prevalencia de la diabetes en el envejecimiento de la población, ha creado una necesidad urgente de intervenciones efectivas para prevenir o retrasar la aparición de la fragilidad y el deterioro funcional en las personas mayores 13.

El diseño de intervenciones efectivas para prevenir o retrasar el deterioro funcional y la discapacidad en las personas mayores es una prioridad de Salud Pública

14. La actuación e investigación sobre envejecimiento y fragilidad es actualmente una prioridad en Europa, como lo demuestran diferentes iniciativas. Así, el Partenariado de Innovación Europeo sobre envejecimiento activo y saludable (EIP on AHA), tiene como una de sus acciones priorizadas la prevención y diagnóstico precoz del deterioro funcional y cognitivo, con intervenciones dirigidas a la fragilidad 1. Además, el Programa Marco para la Investigación e Innovación 2014–2020 (Horizon 2020): tiene 6 subprogramas directamente dirigidos a la fragilidad, y la 9ª llamada de propuestas de la Innovative Medicines Initiative 2013, dedica uno de sus 4 programas al «desarrollo de intervenciones terapéuticas innovadoras para la fragilidad física y la sarcopenia, como prototipo de indicación geriátrica» 1. Así mismo, la OMS propuso a finales de los años 90 el concepto de “envejecimiento activo”, cuyo objetivo es mantener la autonomía y la independencia a medida que se envejece. Este concepto engloba el de envejecimiento saludable, que comprende el mantenimiento de una buena capacidad funcional, tanto física como cognitiva 15.

En el documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor del SNS, se describe como “el medio asistencial idóneo para la detección y manejo de la fragilidad” a la Atención Primaria 1. De las estrategias de detección y cribado de fragilidad expuestas anteriormente, parece más oportuno utilizar las pruebas de ejecución debido a su mayor precisión, sencillez y factibilidad de aplicación, así como a su validación en el ámbito de Atención Primaria 3. La SPPB es una herramienta adecuada para medir la movilidad en personas mayores por la objetividad y rapidez de sus resultados, la facilidad de adaptación a distintos entornos culturales, la escasa duración de la prueba y la posibilidad de realizarla en muestras de población grandes debido al bajo coste económico 16.

Una vez detectados los pacientes frágiles, podremos intervenir sobre ellos. Las diversas investigaciones realizadas en personas mayores sobre los efectos que el ejercicio físico aporta a su salud, demuestran la mejora de capacidades físicas tales como el equilibrio, la bipedestación, la agilidad y la deambulaci3n 14. Existe evidencia de que los programas de rehabilitaci3n multifactoriales reducen la fragilidad en ancianos 14. Por ejemplo, Cameron ID et al, evidenciaron que tras 12 meses de realizar una intervenci3n multifactorial interdisciplinaria, la reducci3n media del n3mero de criterios de fragilidad (L. Fried) fue de 0,80 (DE = 1,19) en el grupo de intervenci3n y 0,41 (DE = 1,02) en el grupo control (diferencia entre los grupos 0,41; IC del 95%, 0,14, 0,68; P <0,01). La movilidad se mantuvo relativamente estable en el grupo de intervenci3n, mientras que se redujo sustancialmente en el grupo de control. A los 12 meses, hubo una disminuci3n promedio en la escala de SPPB (12 puntos) de 0,98 (SD = 2,30) en el grupo de control y un aumento medio de 0,52 puntos (DE = 2,47) en el grupo de intervenci3n (diferencia de grupo entre 1,44 puntos; IC del 95%: 0,80; 2,07; P <0,001)17.

En la misma l3nea, el grupo de expertos de actividades preventivas de los mayores del PAPPs, afirma que la realizaci3n de actividad f3sica regular en presencia de enfermedades cr3nicas implica beneficios para la salud, as3 como tambi3n disminuye la incidencia de Diabetes tipo 2. 18 En concordancia, la Cartera de Servicios Estandarizados de Atenci3n Primaria de la Comunidad de Madrid (actualizaci3n de 2016), reconoce como Criterios de Buena Atenci3n dentro de la Atenci3n al paciente con Diabetes Mellitus: la valoraci3n del ejercicio que incluya, al menos, tipo e intensidad de ejercicio y exploraci3n f3sica en el 3ltimo a3o que incluya: IMC, reflejos osteotendinosos y sensibilidad.19

Por todo lo anterior, parece importante detectar a los pacientes fr3giles desde las consultas de Atenci3n Primaria, especialmente a aquellos que tienen m3s factores de riesgo de progresi3n de la limitaci3n funcional, como son los pacientes diab3ticos tipo 2. Una vez sean detectados, se podr3a intervenir desde el 3mbito de Atenci3n Primaria con diferentes estrategias que permitan contribuir a frenar la aparici3n de discapacidad en estos pacientes. El objetivo de este estudio es conocer el grado de capacidad funcional de los pacientes con diagn3stico de diabetes tipo 2, atendidos en dos centros de salud de la Comunidad de Madrid.

## OBJETIVOS

**GENERAL:** Conocer, en la población diabética tipo 2 mayor de 70 años e independiente para la vida diaria, el grado de capacidad funcional y riesgo de fragilidad según la SPPB en los C.S. El Greco (Getafe) y C.S. Pinto (Pinto).

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Conocer las características sociodemográficas de la población diabética tipo 2, mayor de 70 años e independiente para la vida diaria, de los C.S. El Greco (Getafe) y C.S. Pinto (Pinto).
- Conocer la relación entre la capacidad funcional y riesgo de fragilidad de esta población y:
  - o Tipo de tratamiento: medidas higiénico dietéticas, ADO o insulina.
  - o Duración de la enfermedad (desde el diagnóstico de la misma).
  - o Comorbilidades asociadas.
  - o Características clínicas (caídas u hospitalización en el último año, IMC).
  - o Características económicas y sociales (estado civil, convivencia, situación laboral, poder adquisitivo).

## MATERIAL Y MÉTODOS

**Tipo de estudio:** Estudio descriptivo transversal. Población de estudio: pacientes con diagnóstico de diabetes tipo 2 de ambos sexos, con 70 o más años, del C.S. "El Greco" (Getafe) y el C.S. "Pinto" (Pinto).

### Criterios de inclusión:

- Presencia de episodio en AP- Madrid de Diabetes Mellitus tipo 2 (Código: T90),
- Edad  $\geq$  70 años (nacidos a partir de 1946),
- Puntuación en Índice de Barthel  $\geq$  90 puntos (Independiente ABVD).

### Criterios de exclusión:

- No comprender el castellano.
- Presencia de patología aguda o no encontrarse en situación basal en el momento de la captación.
- Episodio en AP- Madrid de deterioro cognitivo o patología mental grave que impida comprender al paciente el consentimiento informado o suponga un riesgo para su enfermedad, presencia de trastorno visual o auditivo severo.
- Negativa a participar.

**Tamaño muestral y muestreo:** Respecto al tamaño muestral, se estima que hay 900 y 720 diabéticos tipo 2 mayores de 70 años en las poblaciones del C.S. "El Greco" (Getafe) y el C.S. "Pinto" (Pinto), respectivamente. Según estudios publicados, un 85% serían IABVD20, quedando, aproximadamente 765 y 612 pacientes susceptibles de participar en este estudio, en los del C.S. "El Greco" y el C.S. "Pinto", lo que haría un total de 1.377 pacientes.

Para calcular el tamaño de la muestra, se partirá de que el porcentaje de personas mayores frágiles en España se sitúa en un rango de entre un 8 a un 16%<sup>4</sup>, por lo que calcularemos que nuestra muestra podría acercarse a un 13%, teniendo en cuenta que la población de estudio es diabética. Con un intervalo de confianza del 95% y una precisión del 5%, se obtendrá un tamaño muestral necesario de 86 y 69 en Getafe y Pinto, respectivamente.

**Muestreo:** Se estima que se necesitará en torno a un mes para alcanzar el tamaño muestral. Por tanto, se realizará un muestreo sistemático de cada consulta, tanto de medicina como enfermería del centro de salud, escogiendo a todos los pacientes que cumplan los criterios de inclusión. Se valorará, según la afluencia de pacientes, la posibilidad de cambios en la captación en caso de que aumente el tiempo de espera, planteando que deriven las consultas de número par los días pares de mes e impares el resto durante el mes de febrero de 2017.



**Variables del estudio:****1.- Demográficas,**

- Edad (Fecha de nacimiento);
- Sexo (Hombre o Mujer);
- Estado civil (Soltero/a / Casado/a / Viudo/a / Separado/a – Divorciado/a / Unión libre);
- Pérdida de pareja en el último año (si/ no);
- Nivel de estudios (No sabe leer ni escribir, Sabe leer y escribir, Estudios básicos, Estudios Medios FP/ Bachillerato, Estudios superiores);
- Convivencia (Vive solo / Vive con pareja / Vive con familiares / Vive con cuidadores formales / Vive con cuidadores informales);
- Situación laboral (Trabaja / Jubilado/a);
- Ingresos mensuales en el hogar (Bajo <900 / Medio 900-1.200 / Alto >1.200)6.

**2.- Clínicas:**

- IMC (pesando y tallando a paciente durante la entrevista y clasificándolo posteriormente en: Normal 18,5-24,9, Sobrepeso 25-29,9, Obesidad  $\geq 30$ ),
- Sobre la Diabetes Mellitus:
- Duración de la enfermedad (fecha de diagnóstico).
- Tipo de tratamiento de la diabetes: Medidas higiénico-dietéticas (si/no), ADO (si/no), Insulina (si/no).
- Caídas en el último año (si/no),
- Hospitalización en el último año (si/no),
- Comorbilidades recogidas como si/no señalaremos las que se encuentren registradas en la historia clínica informatizada de las siguientes: Artrosis, Artritis, Osteoporosis, Hipertensión, EPOC, ICC, Claudicación Intermitente, IAM
- Angina de pecho, Insuficiencia renal, VIH.
- Complicaciones diabéticas registradas en la historia clínica informatizada de las siguientes: Retinopatía, Neuropatía, Enfermedad vascular periférica y Nefropatía (si/no).

**3.- Funcionales:**

El **índice de Barthel** es un instrumento que mide la capacidad de una persona para realizar diez actividades de la vida diaria, consideradas como básicas (ABVD), obteniéndose una estimación cuantitativa de su grado de independencia. Según su capacidad para realizar cada una de estas, se dará un puntaje entre 0, 5, 10 o 15, con una puntuación máxima de 100. A mayor puntuación obtenida, más independiente se considerará a la persona 21. Está validado al español por Baztán et al.22 Se recogerá teniendo en cuenta la puntuación en cada ítem y en conjunto, siendo necesaria para la inclusión del paciente en el estudio una puntuación  $\geq 90$  puntos.

La **escala de Lawton y Brody**: valora la capacidad de una persona para realizar ocho actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD). Se puntúa con 1 si es capaz de realizar la actividad de forma independiente y con 0 si no es capaz. La puntuación máxima total es de 8. A mayor puntuación, mayor independencia 23. Se recogerá también cada ítem por separado y la puntuación final total, que oscila entre 0 y 8. A pesar de su extenso uso, no está validada al castellano.

El **Short Physical Performance Battery (SPPB)** es una prueba de ejecución que consiste en la realización de tres pruebas: equilibrio (en tres posiciones: pies juntos, semitándem y tándem), **velocidad de la marcha (4 metros)** y levantarse y sentarse en una silla cinco veces. La puntuación total del SPPB resultará de la suma de los tres sub-tests, y oscilará entre 0 y 12. Una puntuación por debajo de 10 indica fragilidad y un elevado riesgo de discapacidad, así como de caídas 1. Está validado para la población española en mayores de 70 años 24. Se recogerán por separado las puntuaciones en equilibrio, fuerza y velocidad así

como la puntuación final total, clasificando a los pacientes como frágiles en los casos en los que el resultado total sea menor de 10.

**Sistemática de recogida de información:** Tras dar una sesión a todo el equipo de cada Centro de Salud para informar de los objetivos y desarrollo del proyecto, se recogerán aquellos pacientes que acudan a las consultas de enfermería y medicina de los Centros de Salud que cumplan los criterios de inclusión y acepten participar en el proyecto tras ser informados brevemente en la consulta. Los pacientes captados serán derivados a la agenda creada específicamente para el estudio. En esta consulta, que será llevada a cabo por una de las investigadoras y que se realizará inmediatamente después de ser derivado, se informará más exhaustivamente al paciente, entregando el consentimiento informado y contestando todas las dudas que puedan surgir. Una vez firmado el consentimiento informado, se procederá a realizar las valoraciones pertinentes para llevar a cabo el estudio de forma sistemática: en primer lugar se recogerán las variables demográficas, luego las funcionales y por último las clínicas, recogidas en la historia clínica informatizada.

**Análisis estadístico:** Se llevará a cabo un análisis descriptivo expresando las variables cuantitativas mediante media y desviación estándar o mediana y rango intercuartílico en función de la normalidad o no de las distribuciones. Las variables cualitativas se expresarán mediante frecuencias y porcentajes. El porcentaje de pacientes con fragilidad se calculará con intervalos de confianza al 95%. La relación entre las características clínicas (control glucémico, duración de la enfermedad, comorbilidades asociadas, caídas y hospitalización) y socioeconómicas (estado civil, convivencia, situación laboral, poder adquisitivo) y tener o no fragilidad se realizará mediante las pruebas estadísticas adecuadas al tipo de variable analizada (cuantitativa o cualitativa) y a su distribución (paramétrica o no paramétrica).

**Aspectos éticos:** A todos los pacientes se les informará de forma verbal de que van a participar en un estudio de investigación, totalmente voluntario y ajeno al motivo de consulta por el que acuden. Acto seguido, a todos aquellos a los que les interese se les entregará el consentimiento informado por escrito para que lo puedan leer y se resolverá cualquier duda antes de proceder a la firma del mismo y por consiguiente, su inclusión en el estudio.

## RELEVANCIA

En el “Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en personas mayores” del SNS, se describe a Atención Primaria como “el medio asistencial idóneo para la detección y manejo de la fragilidad”, utilizando la prueba de ejecución SPPB 6. Se trata de una prueba corta, económica y fácilmente aplicable en la consulta de Atención Primaria 16.

La implementación de esta escala daría lugar a la detección precoz del deterioro funcional, así como la de los pacientes frágiles. La evidencia apoya que los programas de rehabilitación multifactoriales reducen la fragilidad en ancianos 14, ofreciendo así la posibilidad de prevenir el empeoramiento funcional a través de estos programas, mejorando así la capacidad física y retrasando la aparición de complicaciones 7.

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Documento de consenso sobre prevención de caídas y fragilidad en la persona mayor. Estrategia de promoción de la salud y la prevención del SNS.[Internet] Madrid ; 2014 [Citado el 22 feb 2016] Disponible en: [https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/FragilidadyCaídas\\_personamayor.pdf](https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/FragilidadyCaídas_personamayor.pdf)
2. Abizanda-Soler P, Romero-Rizos L. Innovación en valoración funcional. Rev Esp Geriatr Gerontol. [Internet] 2006 [Citado el 8 octubre 2016]; 41 (1): 27-35. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-innovacion-valoracion-funcional-13096075>
3. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. PAPPS 2014: Actividades preventivas en personas mayores. Aten Primaria [Internet] 2014 [Citado el 30 Octubre 2016] Vol. 46. (Supplement 1V): 75-81. Disponible en: [http://www.papps.es/upload/file/PAPPS\\_2014.pdf](http://www.papps.es/upload/file/PAPPS_2014.pdf)
4. Martínez-Reig M, Flores Ruano T, Fernández Sánchez M, Noguerón García A, Romero Rizos L, Abidanza Soler P. Fragilidad como predictor de mortalidad, discapacidad incidente y hospitalización a largo plazo en ancianos mayores. Estudio FRADEA. Rev Esp Geriatr Gerontol. [Internet] 2016 [Citado el 9 nov 2016]; Vol 55. (5) 254-9. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0211139X16000433>
5. Cobo A, Vázquez LA, Reviriego J, Rodríguez-Mañas L. Impact of frailty in older patients with diabetes mellitus: An overview. Endocrin Nutr [Internet] 2016 [Citado el 1 may 2016] 63(6):291-303. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26971016>
6. Castell, Alcalá MV, Otero A, Sánchez MT, Garrido A, González Montalvo JI, Zunzunegui MV. Prevalencia de fragilidad en una población urbana de mayores de 65 años y su relación con comorbilidad y discapacidad. Aten Primaria. [Internet] 2010 [Citado el 9 nov 2016]; 42:520-7. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-prevalencia-fragilidad-una-poblacion-urbana-S0212656709006325>
7. Abidanza Soler P, López-Torres Hidalgo J, Romero Rizos L, López Jimenez M, Sánchez Jurado PM, Atienzar Nuñez P, et al. Frailty and dependence in Albacete (FRADEA study): Reasoning design and methodology. Rev Esp Geriatr Gerontol. [Internet] 2011 [Citado 9 nov 2016]; 46:81-8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21396741>
8. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2001;56: 146-56.
9. Collard RM, Boter H, Schoevers RA, Oude Voshaar RC. Prevalence of frailty in community-dwelling older persons: a systematic review. J Am Geriatr Soc 2012; 60: 1487-92. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1532-5415.2012.04054.x/pdf>
10. Machuca Albertos MJ, Acosta Matamoros L, Bellanco Esteban P, Flores Cebada E, Pérez Eslava M, Benítez Rivero J. Resultados tras intervención sobre valoración geriátrica integral en pacientes ancianos diabéticos. Estudio MADICA II. En: Gázquez Linares JJ, coordinador. Investigación en salud y envejecimiento. 1ª ed. Cádiz: ASUNIVEP; 2015. P. 167-172.
11. usa Cadore E, Izquierdo M. Exercise interventions in polypathological aging patients that coexist with diabetes mellitus: improving functional status and quality of life. Age. 2015; 37 (64)
12. Cereda Cordeiro R, Jardim JR, Rodríguez Perracini M, Ramos LR. Factors associated with functional balance and mobility among elderly diabetic outpatients. Arq Bras Endocrinol Metab. 2009; 53 (7): 834-843
13. Rodríguez-Mañas L et al. An evaluation of the effectiveness of a multi-modal intervention in frail and pre-frail older people with type 2 diabetes – the MID-Frail study: study protocol for a randomized controlled trial. Trials. 2014; 15 (34).
14. Giné-Garriga M, Roqué-Fíguls M, Coll-Planas L, Sitjà-Rabert M, Salvà A. Physical exercise interventions for improving performance-based measures of physical function in community-dwelling, frail older adults: A systematic review and meta-analysis. Physical Medicine and Rehabilitation. 2014; 95:753-69. Disponible en: [http://www.archives-pmr.org/article/S0003-9993\(13\)01213-6/abstract](http://www.archives-pmr.org/article/S0003-9993(13)01213-6/abstract)
15. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento activo: un marco político. Madrid, España. Rev Esp Geriatr Geront [Internet] 2002 [Citado 25 Octubre 2016]

;37(S2):74-105. Disponible en:

<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/oms-envejecimiento-01.pdf>

16. Rubio-Castañeda FJ, Tomás-Aznar C, Muro-Baquero C, Chico-Guerra J. Descripción de los instrumentos de medida de la movilidad en personas mayores de 65 años. Revisión sistemática. Rev Esp Salud Pública. 2015; 89: 1-17.

17. Cameron ID, Fairhall N, Langron C, Lockwood K, Monaghan N, Aggar C, et al. A multifactorial interdisciplinary intervention reduces frailty in older people: randomized trial. BMC Med 2013;11:65. Disponible en: <http://bmcmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/1741-7015-11-65>

18. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. PAPPS 2016: Actividades preventivas en personas mayores. Aten Primaria [Internet] 2016 [Citado el 25 Octubre 2016] 48 (1):98-104 Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-actividades-preventivas-los-mayores-S0212656716301901>

19. Dirección General de Atención Primaria. Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Madrid: Servicio Madrileño de Salud; [Internet] 2016 [Actualizado en noviembre 2016] Disponible en: <era%20de%20Servicios%20Estandarizados%20AP.%20Actualización%202016.pdf>

20. Arnau A, Espauellad J, Serrarolse M, Canudase J, Formigaf F, Ferrerb, M. Factores asociados al estado funcional en personas de 75 o más años de edad no dependientes. Gac Sanit. [Internet] 2012 [Citado el 5 nov 2016];26(5):405–413. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S021391112000040>

21. Barrero-Solís CL, García-Arrijoja S, Ojeda-Manzano A. Índice de Barthel (IB): Un instrumento esencial para la evaluación funcional y la rehabilitación. Plast & Rest Neurol [Internet] 2005 [Citado el 10 nov 2016] ;4 (1-2): 81-85. Disponible en: [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-doc/indice\\_de\\_barthel.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-doc/indice_de_barthel.pdf)

22. Baztán JJ, Pérez del Molino J, Alarcón T, San Cristóbal E, Izquierdo G, Manzarbeitia I. Índice de Barthel: Instrumento válido para la valoración funcional de pacientes con enfermedad cerebrovascular. Rev Esp Geriatr Gerontol. 1993; 28: 32-40.

23. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-main-taining, and instrumental activities of daily living. Gerontologist 1969; 9: 179-86.

24. Cabrero García J, Reig A, Muñoz CL, Cabañero MJ, Ramos JD, Richard M, et al. Reproducibilidad de la batería EPESE de desempeño físico en Atención Primaria. Anal Modifcación conducta [Internet] 2007 [Citado 12 febrero 2017], 33: 67-83. Disponible en: [http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/5813/Reproducibilidad de la bateria epese.pdf?sequence=2](http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/5813/Reproducibilidad_de_la_bateria_epese.pdf?sequence=2)

## GRÁFICOS Y TABLAS

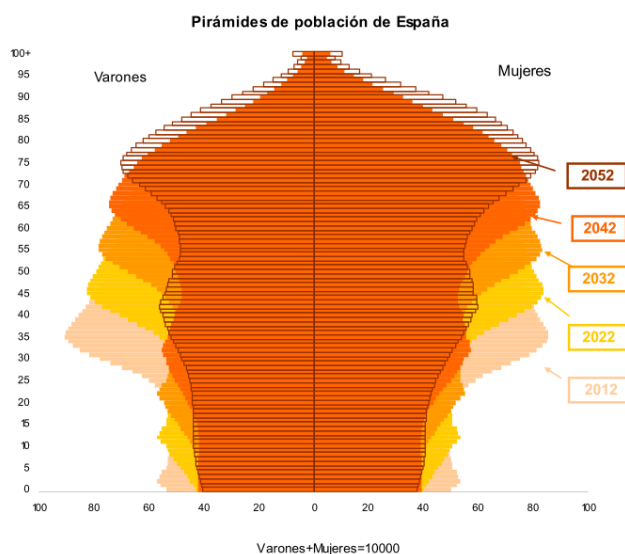


Imagen 1. Pirámide poblacional España. Proyecciones 2012-2052.

**ID321:****ANÁLISIS DE LA PREVALENCIA DE DEMENCIAS IRREVERSIBLES Y SUS CONDICIONANTES SOCIODEMOGRÁFICOS, EN POBLACIÓN DE PAÍSES INDUSTRIALIZADOS. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**

Juan José Fernández Ruiz

Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria Cartagena-Mar Menor.

[jj\\_fr@hotmail.com](mailto:jj_fr@hotmail.com)**RESUMEN****Objetivo:** analizar la prevalencia de demencias irreversibles en países industrializados y sus condicionantes sociodemográficos.**Desarrollo y Discusión:** se diseñó una búsqueda bibliográfica con un proceso de búsqueda documental en las bases de datos de la Biblioteca de la Universidad de Castilla-La Mancha. Se seleccionaron cinco artículos de acceso libre con fecha de publicación posterior a 2008. Del análisis de los artículos seleccionados se puede concluir que la demencia está asociada con la edad, el bajo nivel de estudios y el sexo femenino. Sin embargo, resulta complicado establecer el grado en que influye cada uno de esos factores. Del mismo modo, las diferencias metodológicas entre los estudios no permiten establecer una cifra de prevalencia global de demencia para el conjunto de los países analizados.**Conclusiones:** los estudios realizados en esta materia son escasos por lo que es incrementar la producción científica y establecer criterios comunes para valorar el deterioro cognitivo.**ABSTRACT****Objective:** To analyze the prevalence of irreversible dementia in western countries and its socio-demographic determining factors.**Carrying out and Discussion:** A literature review was designed, whose documentary search was carried out in databases in the library catalogue of Castilla-La Mancha University. Five free-access articles published 2008 onwards were chosen. From the analysis of the chosen articles, it can be concluded that dementia is associated with age, low education level and the female sex. However, it is difficult to establish the degree to which each of these factors contributes to the development of dementia. Likewise, differences in methodology between surveys do not allow us to determine a figure for the global prevalence of dementia for analyzed countries as a whole.**Conclusion:** Surveys which have been carried out are insufficient, therefore, it is necessary to increase scientific production on this matter and to also establish common criteria to assess cognitive impairment.**PALABRAS CLAVE**

Demencia, prevalencia, factores sociodemográficos, sexo femenino, nivel educativo

Dementia, prevalence, socio-demographic factors, female sex, education level

**INTRODUCCIÓN/JUSTIFICACIÓN/OBJETIVO**

El envejecimiento de la población, es un fenómeno que afecta o afectará a la mayor parte de regiones del mundo en un futuro cercano, y será cada vez más acentuado<sup>(1-4)</sup>, especialmente en España<sup>(5-7)</sup>, como consecuencia de una estructura poblacional más envejecida, con menos mujeres en edad fértil y con el aumento de la esperanza de vida<sup>(1,5,8-10)</sup>.

La importancia del envejecimiento de la población en salud es que conlleva un aumento en la prevalencia e incidencia de las patologías específicas como la demencia, porque cada vez son más las personas que alcanzan edades avanzadas, edades que cada vez lo son más<sup>(4,11,12)</sup>.

El término "demencia" engloba numerosas alteraciones cognitivas diferentes entre sí, y constituye un síndrome clínico adquirido, de carácter orgánico y etiología múltiple. Se caracteriza por la presencia de déficit cognitivo, generalmente progresivo, y se manifiesta con alteraciones de la función mental en diferentes áreas. Esto produce un grave deterioro en el funcionamiento personal y social del enfermo<sup>(13-15,16)</sup>.

En base a su etiología, encontramos demencias degenerativas primarias, demencias secundarias o demencias mixtas, de acuerdo con Robles, Carnero y Pascual, en su Guía oficial para el diagnóstico y tratamiento de las demencias de 2009, citada por Antequera et al.<sup>(13)</sup>.

Las demencias degenerativas primarias son consecuencia del proceso neurodegenerativo, y su carácter es progresivo e irreversible. Incluyen la demencia por Enfermedad de Alzheimer (que representa hasta el 70% de todos los casos), Demencia con Cuerpos de Lewi y Degeneración Lobular Frontal<sup>(13,14)</sup>.

Las demencias secundarias son causadas por trastornos neurológicos no degenerativos, e incluyen las Demencias Vasculares (segundo tipo más frecuente) y otros muchos subtipos menos frecuentes<sup>(13,14,17)</sup>.

Las demencias mixtas incluyen aquellos tipos en los que coexisten diferentes procesos neuropatológicos capaces de causar demencia, como en el caso de Enfermedad de Alzheimer junto a Demencia Vascular, donde se producen los dos tipos de lesión<sup>(13,14)</sup>.

Las implicaciones de esta patología trascienden del ámbito individual. Es un problema de gran implicación para familiares y cuidadores y puede conducir a la institucionalización del enfermo, lo que significa un importante gasto de recursos económicos y sanitarios, además de representar un alto coste social<sup>(13-15)</sup>.

Las cifras de prevalencia de esta enfermedad son muy variables debido a la utilización de diferentes criterios e instrumentos diagnósticos y a estudios con metodologías diferentes. Además, en muchas ocasiones no se realiza el diagnóstico o se demora, por el estigma que supone el diagnóstico de una enfermedad irreversible, progresiva y poco modificable.

En la población europea, se estima una prevalencia global de demencia de entre el 5,9 y el 9,4% en mayores de 65 años, según datos del consorcio EURODEM, citado en la Guía de Práctica Clínica sobre la Atención Integral a las personas con Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias<sup>(14)</sup>, y en España sería de entre el 5 y el 14,9% para mayores de 65 años<sup>(12-14,17)</sup>.

El factor de riesgo más importante para el desarrollo de este tipo de patologías es la edad, pero existen otros muchos que también la favorecen, como son factores genéticos, factores de riesgo cardiovascular (que favorecen la aparición de Demencia Vascular), bajo nivel educativo, sexo femenino o bajo nivel socioeconómico, entre otros<sup>(13,14,17)</sup>.

Conocer los factores de riesgo asociados a demencias irreversibles, o posibles factores protectores (si los hubiera), podría ser útil para mejorar las estrategias de prevención (por ejemplo, incidiendo en aquellos factores que se puedan modificar) o encontrar tratamientos más eficaces. Y, en definitiva, conseguir un mejor abordaje y atención al enfermo y su familia, desde el ámbito de la Enfermería, para potenciar su autocuidado y su funcionalidad, teniendo en cuenta que estamos ante una patología con un coste social muy alto.

En este sentido, el presente trabajo pretende actualizar los conocimientos sobre la prevalencia de demencias de carácter irreversible, en países industrializados, y sus condicionantes sociodemográficos.

## **DESARROLLO**

El presente trabajo se ha diseñado como una revisión bibliográfica, con un proceso de búsqueda y selección de documentación de acuerdo con unos criterios de inclusión y de exclusión.

Criterios de inclusión:

- Fecha de publicación igual o posterior a 2008
- Aportación de datos suficientes sobre la prevalencia de demencia en mayores y su relación con factores sociodemográficos
- Realización del estudio en población de países occidentales (Europa y América del Norte)
- Disponibilidad del artículo a texto completo en la base de datos respectiva

Criterios de exclusión:

- Abordaje de la prevalencia de comorbilidad asociada a demencia

- Estudio de aspectos relacionados con el tratamiento de la demencia
- Abordaje de la prevalencia de demencia de inicio precoz y demencias reversibles
- Estudio de diferencias raciales en la prevalencia de demencia
- Estimación de proyecciones de prevalencia de demencia en el futuro

La búsqueda y selección de documentos se llevó a cabo a partir de las bases de datos de Medicina y Enfermería de la página Web de la Biblioteca de la Universidad de Castilla-La Mancha (UCLM), empleando una combinación de Descriptores en Ciencias de la Salud (DECS) y descriptores intuitivos.

Los DECS empleados han sido *Demencia/Dementia*, *Prevalencia/Prevalence* y *Sexo/Sex*.

Se ha utilizado también el descriptor intuitivo *Género/Gender*.

De los 28 artículos seleccionados, 16 estaban duplicados (aparecían en dos o más bases de datos). Finalmente, de los 12 artículos para lectura a texto completo, se seleccionaron cinco, desechando el resto por no cumplir criterios de inclusión y exclusión.

De forma resumida, la selección de artículos se presenta en el siguiente diagrama de flujo:

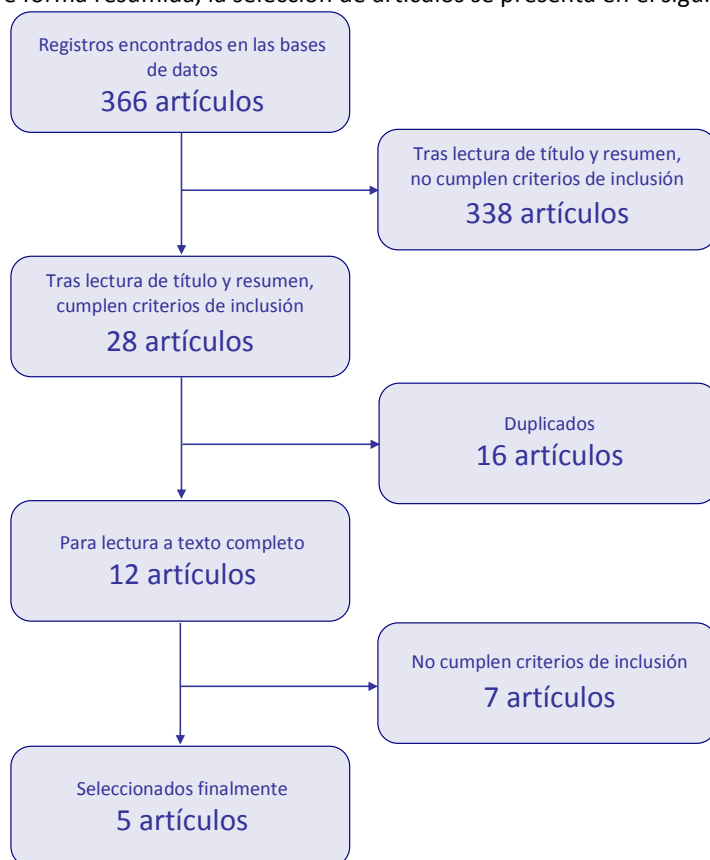


Imagen 1: Diagrama de flujo

Las características que se han recogido de cada uno de los estudios analizados se muestran en la tabla de evidencia (Anexo), y son las siguientes:

- Título
- Autor, año de publicación y país de realización del estudio
- Objetivo
- Diseño
- Muestra
- Criterios empleados para la evaluación cognitiva y funcional inicial (cribado de deterioro cognitivo)
- Criterio diagnóstico de demencia
- Resultados principales
- Sesgos
- Declaración de conflicto de intereses

- Calidad de la evidencia, según la *Agència d'Avaluació de Tecnologia Mèdica*, citada por Argimón y Jiménez<sup>(16)</sup>, que toma como referencia el tipo de diseño metodológico de cada estudio.

Anexo: Tablas de Evidencia

Título	Autores, año de publicación y país de realización	Objetivo	Diseño	Muestra	Criterio de cribado de deterioro cognitivo	Criterio diagnóstico de demencia	Resultados principales	Sesgos	Conflicto de intereses	Calidad de la evidencia
Prevalence and incidence of dementia among 75-80-year-old community-dwelling elderly in different districts of Antwerp, Belgium: The Antwerp Cognition (ANCOG) study	P.P. De Deyn, J. Goeman, A. Vervaet, B. Douvrou-Belle-Rose, D. Van Dam, E. Geerts 2011 Bélgica	Analizar la prevalencia e incidencia de demencia en una población de ancianos (75-80 años) residentes en la comunidad, en diferentes distritos socioeconómicos De Antwerp (Bélgica) teniendo en cuenta posibles diferencias en cuanto a género y nivel educativo	Estudio de cohortes (cohorte prospectiva)	825 ancianos	Mini-Mental State Examination (MMSE)	Cambridge Examination for Mental Disorders of the Elderly-revised (CAMDEX-R-N)  Cambridge Cognitive Examination (CAMOG)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prevalencia de demencia: 8,7%</li> <li>Incidencia acumulada de demencia en los 3 años de estudio: 36.60/1000 personas y año. Mayor en mujeres (41.53) que en hombres (28.85)</li> <li>Prevalencia de deterioro cognitivo mayor en mujeres (11,4%) que en hombres (4,2%) (<math>\chi^2=11,37</math>; <math>p&lt;0,001</math>)</li> <li>Asociación significativa entre nivel educativo y prevalencia de deterioro cognitivo (<math>\chi^2=12,08</math>; <math>p=0,002</math>)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Población del estudio muy heterogénea</li> <li>Proporción considerable de individuos con bajo nivel educativo</li> </ul>	No consta	VI



Título	Autores, año de publicación y país de realización	Objetivo	Diseño	Muestra	Criterio de cribado de deterioro cognitivo	Criterio diagnóstico de demencia	Resultados principales	Sesgos	Conflicto de intereses	Calidad de la evidencia
Prevalence of dementia and subtypes in Valladolid, Northwestern Spain: The DEMINVALL Study	M.A. Tola-Arribas, M.I. Yugueros, M.J. Gareta, F. Ortega-Valín, A. Cerón-Fernández, B. Fernández-Malvido et al. 2013 España	Describir la prevalencia de demencia y subtipos en la población anciana en general en el noroeste de España y analizar la influencia de factores sociodemográficos	Estudio descriptivo, transversal	2.170 ancianos	7-Minute Screen Neurocognitive Battery (7MS) en su versión española Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE) Cambridge Examination of Mental Disorders of the Elderly, en su versión española	DSM-IV	-Prevalencia de demencia: 8,5% (IC 95%: 7,3-9,7) - Subtipos más prevalentes de demencia: Enfermedad de Alzheimer (77%), Demencia con cuerpos de Lewi (7,6%) y Demencia Vascular (5,9%) - Demencia asociada a la edad (OR:1,14; IC 95%: 1,12-1,17 por cada año de incremento) sexo femenino (OR:1,79; IC 95%: 1,22-2,63) y nivel educativo (OR:2,53; IC 95%: 1,45-4,44 en aquellos sin estudios respecto a los que tenían educación primaria o superior)	- Solo el 79% de los participantes inicialmente elegidos, fue finalmente evaluado	No consta	VIII

**DISCUSIÓN**

**1. Características Metodológicas de los artículos seleccionados**

Algunas características metodológicas de los estudios son diferentes entre sí. Elementos como la edad de los pacientes (el límite inferior de edad de los participantes no es el mismo en todos los estudios), el tipo de estudio (se incluyen artículos de carácter descriptivo y uno de carácter analítico), la presencia de algunos sesgos como la pérdida de pacientes en las diferentes fases de la valoración, y las diferentes escalas o procedimientos utilizados como criterio diagnóstico, condicionan la comparación de los resultados obtenidos en los trabajos seleccionados.

El nivel de calidad de la evidencia de los artículos es bajo, por lo que sus aportaciones deben ser tomadas más como generadoras de hipótesis y como base de trabajos analíticos más consistentes.

En más de la mitad de los estudios no consta si hay o no conflicto de intereses por parte de los autores, un requisito ético fundamental que influye también en la fiabilidad de los resultados.

Por otro lado, el hecho de de cuatro de los cinco estudios seleccionados se hayan realizado exclusivamente sobre población española, cuestionaría la extrapolación de sus resultados a otros países industrializados, ámbito geográfico de interés en el objetivo de este trabajo.

## **2. Demencia y factores sociodemográficos asociados**

Las cifras de prevalencia de demencia que se extraen de los estudios analizados, se aproximan, en general, a las reportadas para población europea mayor de 65 años, entre el 5,9 y el 9,4% según datos proporcionados por el consorcio EURODEM, citado en la Guía de Práctica Clínica sobre la Atención Integral a las personas con Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias<sup>(14)</sup>, excepto en el *Estudio RESYDEM*<sup>(20)</sup>, en el que se obtiene una prevalencia mucho más elevada. Esto podría explicarse que se llevó a cabo con ancianos institucionalizados exclusivamente, a diferencia del resto de trabajos. Los ancianos con demencia presentan un alto nivel de dependencia y deterioro funcional y cognitivo, por lo que suelen residir en instituciones geriátricas en lugar de su domicilio particular en el ámbito comunitario, de acuerdo con Mulrow et al., citados por Valdivieso et al.<sup>(24)</sup>.

Por otro lado, el empleo de criterios diferentes a la hora de determinar la presencia de deterioro cognitivo, puede explicar las diferencias considerables en cuanto a las cifras de prevalencia halladas en los estudios, incluso cuando se utilizase de forma común el criterio diagnóstico de demencia del DSM-IV.

Otro aspecto a tener en cuenta para explicar estas diferencias de prevalencia sería la tipología de profesionales que realizan el diagnóstico, como señalan De Pedro-Cuesta et al.<sup>(22)</sup>.

Respecto a la prevalencia de los subtipos de demencia, la más frecuente reportada es la demencia por Enfermedad de Alzheimer. La proporción de esta patología respecto al total de demencias fue similar en tres de los estudios<sup>(19,22,23)</sup> (57,5%, 53,6% y 59,21%)<sup>(20)</sup>. En el *Estudio DEMINVALL*<sup>(21)</sup> se obtuvo un 77%, que se explicaría por el criterio empleado para el cribado del deterioro cognitivo (7MS). Este criterio es más sensible en la detección de Enfermedad de Alzheimer<sup>(21)</sup> ya que no contempla la categoría de demencia mixta, por lo que posibles casos de ésta estarían incluidos en la categoría de Enfermedad de Alzheimer de forma exclusiva.

Respecto a los demás tipos de demencia, las diferencias notables entre los estudios no permiten establecer el segundo subtipo de demencia más frecuente con nitidez.

### **Edad**

La edad está relacionada con el aumento de incidencia y prevalencia de demencia, mostrándose un mayor número de casos de demencia en los sujetos de más edad. Todos los estudios han establecido relación estadísticamente significativa entre estas variables.

Sin embargo, esta situación no se cumple en el caso concreto de demencia por Enfermedad de Alzheimer, cuya mayor frecuencia no se situaría en las edades más avanzadas. Lo mismo ocurre para la Demencia Vasculare, cuyos picos de prevalencia fueron en edades más tempranas aún que para la Enfermedad de Alzheimer.

En este sentido, el aumento de prevalencia global que se observa en las edades más avanzadas sería a costa de subtipos de "demencia de etiología desconocida tras evaluación neuropatológica"<sup>(20)</sup>.

### **Sexo**

La prevalencia de demencias muestra diferencias por sexo. La proporción de mujeres con demencia fue significativamente superior a la de los hombres en los estudios analizados, asociándose el sexo femenino a las demencias, coincidiendo con Bachman et al., citado por De Deyn et al.<sup>(23)</sup>, entre otros autores<sup>(14,23)</sup>, salvo en el *Estudio Ariadna*<sup>(19)</sup>, donde no se encontraron diferencias significativas.

Lo mismo ocurrió para la Enfermedad de Alzheimer, cuya relación con el sexo femenino, relación que ya mencionaban Arana<sup>(17)</sup> y Barnes et al., citados por López et al.<sup>(20)</sup>, en los estudios analizados fue aún mayor que para la demencia en general.

Para la Demencia Vascular, no se han encontrado diferencias significativas en la prevalencia por sexo, en ningún estudio.

### **Nivel educativo**

El bajo nivel educativo se asoció con la demencia en los cuatro estudios que analizaron esta variable<sup>(19-21,23)</sup>. Los grupos de sujetos con un número menor de años de escolarización presentaron mayor prevalencia de demencia respecto a los grupos con mayor formación, reduciéndose la prevalencia de demencia en los sujetos a medida que aumenta su nivel educativo.

Sin embargo, nivel educativo y sexo no se presentan de forma aislada, sino que coexisten en los mismos sujetos, por lo que es difícil establecer el peso relativo de cada una de estas variables en el fenómeno de desarrollo de demencia.

En los estudio se pone de manifiesto que las mujeres presentan mayor prevalencia de demencia que los hombres, y que aquellos sujetos con nivel educativo más bajo presentan mayor prevalencia de demencia que aquellos más formados. Sin embargo, también se muestra que es mucho menor el nivel educativo de las mujeres que el de los hombres en estos trabajos. Los sujetos estudiados son de edades avanzadas, por lo que su periodo formativo tuvo lugar hace más de medio siglo, cuando la realidad social era diferente y pocas mujeres cursaron estudios en comparación con los hombres que sí lo hicieron<sup>(25)</sup>. Por tanto, es posible que sea mayor la influencia del nivel educativo sobre la demencia, que el propio sexo femenino. Esto podría verse en un futuro, cuando las generaciones menos dispares en cuanto a su formación educativa por sexo, alcancen las edades avanzadas.

### **Limitaciones del estudio**

Este trabajo presenta una serie de limitaciones por las restricciones en el proceso de búsqueda y selección de los artículos. La búsqueda de artículos se redujo únicamente a aquellas bases de datos con acceso gratuito (bien libre o a través de recursos de la UCLM), y sólo se seleccionaron artículos disponibles a texto completo con acceso gratuito.

Si a esto añadimos no haber incluido artículos en idiomas diferentes al inglés y español, es muy posible que estudios relevantes para el objetivo de este trabajo hayan quedado excluidos.

La escasez de estudios encontrados fuera de España (uno), ha limitado el alcance de los resultados a población fundamentalmente española.

### **CONCLUSIONES**

Los artículos analizados reportan cifras de prevalencia de demencia en España y Bélgica concordantes con las dadas por estudios previos en esta materia, pero su escasez y las diferencias metodológicas entre ellos, y la escasez de los mismos, no permiten establecer una prevalencia global de demencia válida para el conjunto de los países industrializados.

La demencia causada por Enfermedad de Alzheimer es el subtipo más prevalente, con frecuencias muy superiores a las de cualquier otro tipo de demencia.

En cuanto a los factores sociodemográficos asociados a las demencias, han resultado significativos la edad, el bajo nivel educativo y el sexo femenino. Sin embargo, es difícil establecer en qué medida cada uno de ellos incrementaría el riesgo de desarrollo de demencia, pues no se presentan de forma aislada, sino relacionados entre sí, lo que reafirmaría el carácter multifactorial de los determinantes sociodemográficos.

Existe variedad de criterios para determinar el deterioro cognitivo de los sujetos, por lo que se debería trabajar el consenso de los expertos en el empleo de escalas o instrumentos específicos para la valoración neurocognitiva de personas con demencia.

En cualquier caso, se hace necesario aumentar la producción científica sobre este tema para permitir un mayor conocimiento de esta enfermedad, un abordaje más integral especialmente desde el ámbito de la Enfermería Comunitaria, y un mejor ajuste de los recursos sanitarios dado el gran coste social y económico que conlleva, sabiendo además que, como consecuencia del envejecimiento de la población, verá aumentada su incidencia y prevalencia.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Instituto de Mayores y servicios Sociales. Informe 2012: las personas mayores en España: datos estadísticos estatales y por Comunidades Autónomas, 2014 [base de datos en Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en: <http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/infoppmm2012.pdf>
2. División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de la Secretaría de las Naciones Unidas. La situación demográfica en el mundo, 2014 [monografía en Internet]. Nueva York: Naciones Unidas; 2014. Disponible en: <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/trends/Concise%20Report%20on%20the%20World%20Population%20Situation%202014/es.pdf>
3. Cardona D, Peláez E. Population aging in the twenty-first century: Opportunities, challenges and concerns. Rev Salud Uninorte [revista en Internet]. Diciembre de 2012; 28(2):335-48. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_serial&pid=01205552&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_serial&pid=01205552&lng=en&nrm=iso)
4. Herreros ÓP, Garvi MG. La longevidad globalizada: un análisis de la esperanza de vida en España (1900-2050). Scr Nova Rev Electrónica Geogr Cienc Soc [revista en Internet]. 2008; (12):260 - . Disponible en: <http://www.ub.edu/geocrit/sn/sn-260.htm>
5. Alcalde FP. La teoría de la transición demográfica: recursos didácticos. Enseñ Las Cienc Soc Rev Investig [revista en Internet]. 2010; (9):129-38. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3299885>
6. Pasca AJ, Pasca L. Transición nutricional, demográfica y epidemiológica: Determinantes subyacentes de las enfermedades cardiovasculares. Insufic Cardíaca [revista en Internet]. Marzo de 2011; 6(1):27-9. Disponible en: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1852-38622011000100005&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-38622011000100005&lng=es&nrm=iso)
7. Camino RP, Calpe CL. Nuevos retos de la Gerencia de Riesgos: el envejecimiento de la población, ¿es un riesgo sistémico? Gerenc Riesgos Seguros [revista en Internet]. 2010; 27(107):35-53. Disponible en: <http://www.mapfre.com/fundacion/html/revistas/gerencia/n107/estudio-2.html>
8. Valencia B, Inés M. Aging population: A challenge for public health. Rev Colomb Anestesiol [revista en Internet]. Octubre de 2012; 40(3):192-4. Disponible en: <http://www.revcolanest.com.co/en/aging-population-a-challenge-for/articulo/90149959/>
9. Zafra JML. Envejecimiento de la población y dependencia. Situación actual y retos de futuro. Econ Esp Protección Soc [revista en Internet]. 2009; (1):35-66. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3023266>
10. INE. Proyección de la Población de España 2014-2064. Notas de prensa [INEBASE]. Madrid: Instituto Nacional de Estadística. Disponible en: [http://www.ine.es/inebaseDYN/propob30278/propob\\_resultados.htm](http://www.ine.es/inebaseDYN/propob30278/propob_resultados.htm)
11. Pedraza C. Neuropsicología del envejecimiento y demencia. Escr Psicol Internet [revista en Internet]. Diciembre de 2013; 6(3):1-4. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S198938092013000300001&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S198938092013000300001&script=sci_arttext)
12. Saavedra C. Envejecimiento y demencias. Índice Rev Estad Soc [revista en Internet]. 2011; (49):24-5. Disponible en: <http://www.revistaindice.com/numero49/p24.pdf>

13. Antequera Torres MM, Vivancos Moreau L, Pérez García M. Trastornos neurocognitivos mayores y leves. En: Caballo V, Salazar I, Carrobles JA, directores. Manual de psicopatología y trastornos psicológicos. 2.a ed. Madrid: Ediciones Pirámide (Grupo Anaya, S.A.); 2014. p. 765-87.
14. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias [monografía en Internet]. Madrid: Ministerio de Ciencia e Innovación; 2010. Disponible en: [http://aunets.isciii.es/ficherosproductos/351/AIAQS\\_GPC\\_Alzheimer\\_completa.pdf](http://aunets.isciii.es/ficherosproductos/351/AIAQS_GPC_Alzheimer_completa.pdf)
15. Formiga F, Robles MJ, Fort I. Demencia, una enfermedad evolutiva: demencia severa. Identificación de demencia terminal. Rev Esp Geriátria Gerontol [revista en Internet]. Noviembre de 2009; 44:2-8. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-demencia-una-enfermedad-evolutiva-demencia-13148319>
16. Asociación Americana de Psiquiatría. DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. 5ª ed. Arlington, VA: Editorial Médica Panamericana; 2014.
17. Arana Fernández de Moya E. Demencias e imagen: lo básico. Radiología [revista en Internet]. Enero de 2010; 52(1):4-17. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-radiologia-119-articulo-demencias-e-imagen-lo-basico-13147281>
18. Arguimon J, Jimenez J. Métodos de investigación clínica y epidemiológica. 3a Ed. Elsevier España; 2005.
19. Gavrilá D, Antúnez C, Tormo MJ, Carles R, García Santos JM, Parrilla G, et al. Prevalence of dementia and cognitive impairment in Southeastern Spain: the Ariadna study. Acta Neurol Scand [revista en Internet]. Noviembre de 2009; 120(5):300-7. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19832772>
20. Mongil RL, Trigo JAL, Sanz JC, Gómez ST, León-Colombo T. Prevalencia de demencia en pacientes institucionalizados: estudio RESYDEM. Rev Esp Geriátria Gerontol Organo Of Soc Esp Geriátria Gerontol [revista en Internet]. 2009; 44(1):5-11. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2924824>
21. Tola-Arribas MA, Yugueros MI, Garea MJ, Ortega-Valín F, Cerón-Fernández A, Fernández-Malvido B, et al. Prevalence of dementia and subtypes in Valladolid, northwestern Spain: the DEMINBALL study. PloS One [revista en Internet]. 2013; 8(10):e77688. Disponible en: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0077688>
22. Pedro-Cuesta J de, Virués-Ortega J, Vega S, Seijo-Martínez M, Saz P, Rodríguez F, et al. Prevalence of dementia and major dementia subtypes in Spanish populations: A reanalysis of dementia prevalence surveys, 1990-2008. BMC Neurol [revista en Internet]. 19 de octubre de 2009; 9(1):55. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2377/9/55>
23. De Deyn PP, Goeman J, Vervaet A, Dourcy-Belle-Rose B, Van Dam D, Geerts E. Prevalence and incidence of dementia among 75-80-year-old community-dwelling elderly in different districts of Antwerp, Belgium: the Antwerp Cognition (ANCOG) Study. Clin Neurol Neurosurg [revista en Internet]. Noviembre de 2011; 113(9):736-45. Disponible en: <http://www.clineu-journal.com/article/S0303-8467%2811%2900231-9/abstract>
24. Valdivieso C, García-Martín J, Ponce J, Rodríguez LP. Valoración de la institucionalización de los sujetos ancianos en relación a su dependencia, en función de la capacidad para las actividades de la vida diaria. Mot Eur J Hum Mov [revista en Internet]. 12 de septiembre de 2010; 8(0):95-110. Disponible en: [http://www.revistamotricidad.es/openjs/index.php?journal=motricidad&page=article&op=view&path\[\]=74](http://www.revistamotricidad.es/openjs/index.php?journal=motricidad&page=article&op=view&path[]=74)
25. Paniagua ND. Mujer y educación. Soc Bol Soc Amigos Cult Vélez-Málaga [revista en Internet]. 2014; (13):11-4. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4745694>

**ID349:****EMPODERAMIENTO DE LOS DIABÉTICOS TIPO 2 QUE REALIZAN AUTOMONITORIZACIÓN DE GLUCOSA CAPILAR EN DOMICILIO Y SU RELACIÓN CON EL CONTROL METABÓLICO DE LA DIABETES**

Beatriz Cervera Monteagudo<sup>1</sup>, Carlos Cuevas Sánchez<sup>1</sup>, Rafael Romero Cuesta<sup>1</sup>, Catuxa Argibay González<sup>1</sup>, Patricia de las Heras Bueno, Irene<sup>1</sup> Ortega García

Gerencia de Atención Integrada de Cuenca. Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria. SESCAM

[bcervera@sescam.jccm.es](mailto:bcervera@sescam.jccm.es)

**RESUMEN**

El empoderamiento del paciente podría llevar a mejorar los resultados en salud de los diabéticos. Uno de los elementos que posibilitan el empoderamiento del paciente es proporcionarles la posibilidad de realizar la automonitorización de glucosa capilar en sus domicilios (AMGCD).

Objetivo: Evaluar el empoderamiento de los pacientes con DM2 y su relación con el grado de adecuación a los estándares de la SED en AMGCD y el control metabólico.

Metodología: Estudio observacional analítico. Población a estudio Pacientes del área de salud de Cuenca con DM2 que realizan AMGC en su domicilio (n= 346) Variables Resultado: HbA1c y Empoderamiento: Cuestionario validado Diabetes EmpowermentScale DS-28. Variables Secundarias: Demográficas, Cuidador principal, Técnica de autoanálisis, Medidas de autocontrol, Persona de la que ha recibido la información.

**PALABRAS CLAVE**

Autoeficacia, Automonitorización de la glucosa sanguínea, diabetes Mellitus Tipo 2, Hemoglobina A Glicosilada, Atención Primaria de Salud

Self-efficacy, Blood Glucose Self-Monitoring, Diabetes Mellitus Type 2, Hemoglobin A Glycosylated, Primary Health Care.

**INTRODUCCIÓN**

La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) es una enfermedad crónica que supone el trastorno metabólico más frecuente caracterizado por hiperglucemia y que provoca alteraciones fisiopatológicas secundarias en muchos sistemas orgánicos (1).

La DM2 se ha convertido en un problema de salud de proporciones epidémicas en la mayor parte del mundo, calculándose 246 millones de afectados y con una previsión de 380 millones en el 2025 (2).

La prevalencia global en 2008 se estimó entre un 8-11% en los adultos mayores de 25 años (3). En España el estudio Di@bet.es reveló una prevalencia de DM2 en mayores de 18 años de 13,8% y en mayores de 75 años de 41,3% y 37,4% en mujeres y varones respectivamente(4). En Castilla-La Mancha durante el periodo 1980-2004, la DM fue responsable del 2,9% de las defunciones respecto al total de causas de muerte, lo que supone una media anual de 468 muertes por DM (5).

El impacto económico que representa la DM2 es uno de los principales problemas que deben asumir los presupuestos de las instituciones sanitarias públicas (6) puesto que la población con diabetes consume un 4-14% del gasto sanitario global, lo que supone un gasto 2-6 veces mayor que el de otros pacientes con otras enfermedades crónicas (7).

En los cuidados de la DM2 son fundamentales una buena evaluación inicial, así como el manejo de la enfermedad para conseguir un buen control glucémico (8). Indicadores de este buen control glucémico pueden venir determinados por indicadores analíticos como la glucosa plasmática, la hemoglobina glicosilada (HbA1c) y los niveles de la glucosa capilar (9).

La medición de la glucosa capilar puede ser realizada en domicilio por el propio paciente (AMGCD) y es una técnica sencilla y de gran fiabilidad en los resultados (9). Es especialmente importante en los pacientes con tratamiento insulínico para detectar y prevenir hipoglucemias asintomáticas e hiperglucemias (9,10).

En el caso de diabéticos tipo 2 no insulino dependientes, si bien hay estudios que asocian la frecuencia de AMGCD con una reducción de HbA1c en estos pacientes (11), según la revisión Cochrane de Malanda UL et al. (12) no habría suficiente evidencia para establecer causalidad entre la realización de AMGCD y la reducción en los niveles de HbA1C en esos pacientes.

A pesar de esto, en España, Cano Blanquer et al (13) establecen una prevalencia de alrededor del 50% de AMGCD en diabéticos tipo 2 no insulino dependientes.

Por otra parte, algunos autores, entre los que se encuentra el propio Malanda, indican que en la revisión Cochrane más arriba citada no han sido analizados factores claves en la consecución de objetivos clínicos y proponen profundizar en algunos de ellos como el uso estructurado y centrado en objetivos específicos de la AMGC, así como en las características de la educación sanitaria que debe acompañar al proceso de AMGC en domicilio (14-15).

En este sentido, la American Diabetes Association ha cuestionado los beneficios de la AMGCD rutinaria en pacientes con DM2 no insulino dependiente justificándola únicamente en caso de mal control metabólico y durante el periodo de educación terapéutica de nuevos pacientes; en este periodo se recomienda un control diario o un perfil semanal (9,15).

La educación terapéutica debe ser abordada por un equipo multidisciplinar que dirija sus intervenciones a que la persona con DM2 asuma un rol activo en su cuidado mediante el empoderamiento del paciente (16,17), instruyendo a los pacientes en la utilización correcta de los glucómetros y la técnica de obtención de la muestra de sangre capilar (autoanálisis); del mismo modo se debe enseñar a los pacientes a cómo usar los datos obtenidos (autocontrol) para ajustar la ingesta de comida, el ejercicio, o la terapia farmacológica con el fin de alcanzar unos objetivos glucémicos específicos. El profesional sanitario debe también establecer los mecanismos de comunicación de los resultados de la AMGCD y evaluar estas capacidades periódicamente (9,14-18).

La Sociedad Española de Diabetes (SED), establece unos estándares para la realización del autoanálisis, la frecuencia del mismo así como de las cifras consideradas metas según las características personales y clínicas de cada paciente (18). Respecto a la realización del autoanálisis se recomienda realizar una técnica correcta que incluiría el lavado de manos con agua y jabón, la no utilización de soluciones alcohólicas, la rotación del lugar de obtención de la muestra, la elección preferente por las caras laterales de los dedos, el desechar la primera gota de sangre capilar o la no reutilización de lancetas. En cuanto a la frecuencia de autoanálisis, ésta varía de manera importante entre los pacientes con buen control metabólico y en los que no hay un buen control, así como en los que están con tratamiento higiénico-dietético exclusivamente y los que utilizan además fármacos orales hipoglucemiantes o no y/o insulina para el control de su diabetes. (19-21)

Los objetivos de control metabólico expresados por los valores de HbA1c deben ser individualizados, y si bien en personas jóvenes sin complicaciones se deben esperar cifras de 4-6%, en otras personas de edad avanzada, con evolución de la diabetes superior a 10 años, complicaciones cardiovasculares el objetivo de control puede ser menos estricto (HbA1c 7-8%) En general, se acepta como un buen control glucémico un cifra igual o inferior al 7%. (9, 20)

El buen control metabólico está estrechamente relacionado con el grado de adherencia al tratamiento (farmacológico y no farmacológico). Por otra parte alrededor del 50% de los pacientes con diabetes mellitus no cumplen adecuadamente con el mismo (22). La adherencia al tratamiento se asocia también con la autoeficacia psicosocial adquirida a través del empoderamiento del paciente entendida como el conocimiento sobre las capacidades percibidas en el autocuidado, la capacidad percibida de evaluar la

satisfacción con el manejo de la diabetes y la disposición al cambio, así como la selección de objetivos adecuados al cumplimiento de metas en la gestión de su enfermedad (22,23).

Gran parte de los profesionales sanitarios creen que el empoderamiento del paciente es básico para el manejo de la enfermedad, sin embargo, la visión biomédica de la diabetes por parte de los profesionales impide al paciente a menudo adquirir el control sobre la misma(24).

En nuestro medio, el sistema de salud proporciona a los pacientes instrumentos de empoderamiento sobre la enfermedad como son la posibilidad de automonitorización de la glucosa en el domicilio, facilitando a los pacientes los medidores de glucemia y las tiras reactivas para la determinación de la glucosa capilar. Sin embargo, hasta donde conocemos, en nuestra área de salud no se ha estudiado en qué medida los pacientes con DM2 del área de salud Cuenca que realizan AMGC en domicilio lo hacen de manera adecuada, qué tipo de educación han recibido sobre los objetivos de su uso y qué repercusión tiene esto sobre su empoderamiento y el control metabólico de la diabetes.

## **OBJETIVOS**

**GENERAL:** El objetivo general del proyecto de investigación es evaluar el empoderamiento que presentan los pacientes con DM tipo 2 que realizan AMGCD y su relación con grado de adecuación en la AMGC a las recomendaciones de la SED y el control metabólico de la diabetes.

## **ESPECÍFICOS:**

- Evaluar el grado adecuación de la AMGCD que realizan los diabéticos tipo 2 a las recomendaciones de la SED.
- Valorar si existe relación entre el grado de adecuación y el control metabólico.
- Analizar la relación entre el grado de adecuación y el empoderamiento de los diabéticos tipo 2
- Analizar la relación entre el empoderamiento y el control metabólico de la diabetes en los sujetos de estudio.

**HIPÓTESIS:** los diabéticos tipo 2 con mayores niveles de empoderamiento presentan mejores resultados en el control metabólico y en la adecuación a las recomendaciones de la SED

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

### **TIPO DE ESTUDIO**

Estudio observacional analítico.

### **POBLACIÓN A ESTUDIO**

Pacientes del área de salud de Cuenca con diabetes mellitus tipo 2.

### **SELECCIÓN DE LA MUESTRA**

Los pacientes serán seleccionados a partir del censo de registros de solicitud de nuevos aparatos para la AMGCD autorizados por la Gerencia de Atención Integrada (GAI) de Cuenca desde enero del año 2013 hasta octubre del año 2016 (N=386).

- Criterios de inclusión
  1. Personas con diabetes mellitus tipo 2
  2. Realización de automonitorización de glucemia capilar en el domicilio al menos 6 meses de antigüedad.
- Criterios de exclusión:
  1. Edad menor de 18 años.
  2. No firmar consentimiento informado para la participación en el estudio.
  3. Sin capacidad cognitiva suficiente para responder a los cuestionarios según el criterio de los investigadores.



4. Otros: tratamiento con Victoza®, diabetes secundaria a corticoterapia, pancreatocromía, carcinoma pancreático, lupus eritematoso, diabetes gestacional, diabetes LADA.

#### **VARIABLES E INSTRUMENTOS DE MEDIDA**

- Datos sociodemográficos:
  1. Edad: expresada en años.
  2. Sexo: hombre o mujer.
  3. Nivel de estudios: sin estudios, primarios, secundarios, universitarios
  4. Ingresos mensuales de la unidad familiar: menos de 707 € (salario mínimo interprofesional 2017), entre 707 y 1414 €, más de 1414 €
  5. Nº de personas en la unidad familiar
  6. Estado civil: soltero, casado / vive en pareja, divorciado, viudo.
  7. Cuidador principal: ninguno, cónyuge/pareja, hijos, otros familiares, cuidador profesional.
  8. Tiempo diagnosticado de diabetes: menos de 1 año, de 1 a 5 años, más de 5 años
  
- **Evaluación de la AMGC**
  1. Tiempo desde el que realiza la AMGC: en años
  2. Realiza autoanálisis el mismo/otros lo hacen por él (cónyuge/pareja, hijos, otros familiares, cuidador profesional).
  3. Técnica de realización del autoanálisis: correcta si cumple todos los ítems (lavado de manos, NO uso de alcohol/antisépticos, desechar primera gota, rotar zona de punción, utilizar lanceta nueva), incorrecta (cumple alguno o ninguno de los ítems).
  4. Ha recibido información sobre las técnicas: si/no
  5. Persona de la que ha recibido la información sobre las técnicas: enfermero, médico, cuidador, otras personas (especificar)
  6. Frecuencia del autoanálisis: expresado en días por semana, y veces por día.
  7. Ha recibido información sobre la frecuencia correcta: si/no
  8. Persona de la que ha recibido la información sobre las frecuencia: enfermero, médico, cuidador, otras personas (especificar)
  9. Realización de medidas de autocontrol: si, no y cuales (modificación de dieta, ejercicio o medicación) y tipo (individual o grupal)
  10. Persona que decide las medidas de autocontrol: sujeto, cónyuge/pareja, hijos, otros familiares, cuidador profesional.
  11. Persona de la que ha recibido la información sobre las, medidas: enfermero, médico, cuidador, otras personas (especificar)
  12. Comunicación de resultados del autoanálisis a los profesionales sanitarios: no, si siempre, solo valores alterados
  13. Comunicación de resultados de medidas de autocontrol a los profesionales sanitarios: no, si siempre, solo con valores alterados
  14. Medio de comunicación con el profesional sanitario: programado telefónico, programado consulta, demanda telefónico, demanda consulta, otros.
  
- **Empoderamiento:** medido mediante el cuestionario Diabetes EmpowermentScale (DES-28) (25,26). Es un cuestionario autoadministrado que evalúa:
  1. Gestión de los aspectos psicosociales de la diabetes (9 ítems).
  2. Evaluación de la insatisfacción y disposición al cambio (9 ítems).
  3. Selección y consecución de metas en la diabetes (10 ítems).
  
- **Control metabólico de la diabetes:** expresado por el último valor de HbA1c registrado en el laboratorio clínico durante al año 2016.

#### **RECOGIDA DE DATOS**

La recogida de datos se realizará mediante una encuesta anónima y autoadministrada en la que se combinan los datos generales sobre el paciente con los ítems que evalúan la AMGCD y la escala DES-28.

La muestra inicial ha sido obtenida del análisis de la base de datos en fichero excel de solicitud de nuevos glucómetros de la Gerencia de Atención Integrada de Cuenca con datos actualizados al año 2016 complementando la información contenida en el mismo con los documentos en papel de cada de solicitud (n=346).

Ampliaremos la información clínica relativa al tratamiento y a la evolución de la enfermedad a través de la historia clínica de Turriano y la herramienta del Visor Clínico.

Se enviarán cartas informativas del proyecto a través del correo electrónico a coordinadores y responsables de enfermería de los centros de salud de la GAI de Cuenca, así como a los profesionales sanitarios de los mismos explicando los objetivos y metodología del proyecto e invitándoles a participar en la recogida de datos.

A los profesionales que acepten participar en la recogida de datos se les enviará el listado de participantes que cumplen los criterios de inclusión de su cupo. Mediante los sistemas de videoconferencia (Cíclope) de los que dispone la GAI de Cuenca, se realizarán sesiones informativas con los profesionales de los centros que han aceptado participar para entrenarles en la identificación de los criterios de exclusión de los participantes y los métodos de captación de pacientes, haciendo hincapié en el carácter autoadministrado del cuestionario, las formas de colaborar que no comprometan la validez de los datos recogidos, así como los aspectos relacionados con la ética y confidencialidad que deben seguir en la recogida y manejo de los datos.

Mediante estas sesiones se establecerán también los mecanismos de recogida de los cuestionarios más convenientes para cada centro que garanticen el anonimato de la información.

A los profesionales que no manifiesten su disposición a participar se les contactará telefónicamente para ofrecerles la posibilidad. En el caso de rechazar la participación, en aquellos centros donde algún otro profesional haya aceptado participar en la recogida, se asignarán los sujetos a este profesional.

Con el fin de minimizar la tasa de no respuesta, en el caso de centros donde ningún profesional del centro de salud acepte participar en la recogida de datos, se pedirá a los profesionales que comuniquen a los pacientes la información que requieran sobre el estudio o en su caso los datos de contacto del investigador principal para cualquier información que necesiten al respecto. En este caso se solicitará al responsable del centro un espacio y los sujetos serán informados por carta y telefónicamente de la realización del estudio y serán citados en el centro de salud para la administración del cuestionario.

A los sujetos que acepten participar en el estudio se les solicitará la firma del consentimiento informado, se les garantizará la confidencialidad de la información y se les entregará el cuestionario pidiéndoles que lo cumplimenten en el momento. El cuestionario tiene un tiempo respuesta de entre 3 a 7 minutos.

El equipo investigador accederá al módulo del laboratorio de análisis clínicos para consultar el valor de la Hemoglobina Glicada.

#### **ANÁLISIS ESTADÍSTICO PREVISTO**

Se realizará un estudio descriptivo de cada una de las variables, expresando los resultados mediante medidas de tendencia central y dispersión para parámetros cuantitativos y mediante frecuencia absoluta y porcentaje (variables cualitativas). Se calcularán los intervalos de confianza (IC) al 95% de los distintos parámetros obtenidos.

Para el análisis bivalente se utilizarán pruebas paramétricas (t de Student, ANOVA) para la comparación de variables cuantitativas entre dos o más grupos, así como Chi-cuadrado o test exacto de Fisher para la comparación de variables cualitativas. La comprobación de la normalidad de la distribución de las variables cuantitativas se realizará con el test de Kolmogorov-Smirnov. En caso de no poder asumir

normalidad en la distribución de las variables cuantitativas, se utilizarán las pruebas no paramétricas correspondientes (U de Mann-W hitney, Kruskal-W allis).

El empoderamiento y el control metabólico de la diabetes serán las principales variables de resultado. Se calculará el Odds-ratio (OR) y su correspondiente IC al 95% para aquellas variables que pudieran estar teóricamente relacionados con las mismas.

Está previsto realizar un pilotaje con el 10% de la muestra para testar el proceso de recogida de datos y la factibilidad del cuestionario.

Dada la naturaleza observacional y transversal del estudio, y las múltiples variables que pueden relacionarse con la principal variable dependiente, se considerará la oportunidad de realizar un análisis multivariante utilizando regresión logística con aquellas variables que pudieran mostrar relación estadísticamente significativa en el análisis bivariante.

El nivel de significación estadística se establecerá, como es habitual, para valores de  $p < 0.05$ . Se utilizará el programa de análisis estadístico IBM SPSS v. 17.

### **ASPECTOS ÉTICOS**

El estudio se realizará bajo los principios de la Ley 14/2007 de investigación biomédica y Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal. Los investigadores participantes en este estudio nos responsabilizamos de mantener la confidencialidad y anonimato de las informaciones recogidas, garantizando que la utilización de estos datos no tendrá otros fines distintos que el de la propia investigación.

Sólo se admitirá la participación de los sujetos que no cumplan los criterios de exclusión y que acepten la firma del consentimiento informado.

El estudio se ha presentado a evaluación del Comité Ético de Investigación Clínica del Área de Cuenca, el visto bueno de este Comité garantizará la adecuación del mismo a los requisitos éticos.

Limitaciones del estudio: Una de las principales limitaciones sería la no respuesta por parte de los pacientes; para minimizarla se han diseñado estrategias de captación con apoyo sistematizado a los profesionales de los centros y recogida de datos por el equipo investigador en los centros donde los profesionales no deseen participar les explicará el valor que tiene su colaboración y la absoluta confidencialidad y anonimato de los datos que proporcionen. La encuesta es breve y sencilla de completar.

### **CRONOGRAMA**

1) Revisión bibliográfica, diseño e impresión de la encuesta:

Mayo - Junio 2017 Equipo investigador

2) Coordinación entre los Centros participantes sobre el proceso de recogida de datos. Pilotaje de la encuesta de recogida de datos, revisión y modificaciones si proceden.

Junio - Agosto 2017 Equipo investigador

3) Recogida de datos:

Septiembre 2017 – Enero 2018. Identificación de pacientes que cumplan criterios. Entrega de encuestas.

Recogida de las contestadas. Equipo investigador y colaboradores en los centros.

4) Procesamiento de los datos y análisis estadístico. Elaboración de resultados:

Febrero 2018–Marzo 2018 (aunque puede realizarse un procesamiento de parte de los datos recogidos a lo largo del proceso de recogida de datos). Equipo investigador.

5) Redacción informe final:

Abril 2018–Mayo 2018. Equipo investigador.

### **RELEVANCIA**

La diabetes es un problema de salud con gran impacto económico sobre los servicios sanitarios y en la calidad de vida de las personas afectadas y de sus cuidadores.

Se ha postulado que el empoderamiento del paciente podría llevar a mejorar los resultados en salud de los diabéticos. Uno de los elementos que posibilitan el empoderamiento del paciente es proporcionarles la posibilidad de realizar la automonitorización de glucosa capilar en sus domicilios (AMGC). Este aspecto está ampliamente estudiado en diabéticos tipo 1 en tratamiento con insulina. Sin embargo, es necesario

profundizar más en la relación entre empoderamiento del diabético tipo 2 que realiza autocontrol en domicilio utilizando la AMGCD y el grado de control metabólico de la diabetes.

En este sentido, en nuestra área de salud, más del 85% de las autorizaciones de tiras para automonitorización de glucosa en el domicilio lo son para diabéticos tipo 2, por lo que parece necesario estudiar en nuestro medio si la automonitorización de glucosa domiciliar empodera al paciente diabético y si este empoderamiento tiene relación con el control metabólico de su enfermedad. Los resultados de este estudio nos permitirían contribuir al conocimiento de la relación entre AMGCD, empoderamiento del diabético y control metabólico de la diabetes y realizar actividades en la práctica asistencial que mejorasen el autocontrol domiciliario de los diabéticos tipo 2 y su empoderamiento.

## BIBLIOGRAFÍA

1 Longo DL, Jameson L, Fauci AS, Hauser SL, Loscalzo J. Harrison. Principios de medicina interna. 18ªed. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 2012. Diabetes mellitus; p6411.

2 Shaw JE, Sicree RA, Zimmet PZ. Global estimates of the prevalence of diabetes for 2010 and 2030. *Diabetes Res Clin Pract.* 2010 Jan; 87(1): 4-14.

3 Organización Mundial de la Salud.[Internet] Global status report on noncommunicable diseases 2010. Ginebra:OMS; 2011.[Citado el 12 de febrero de 2017] Disponible en: [http://www.who.int/nmh/publications/ncd\\_report\\_chapter1.pdf](http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_chapter1.pdf)

4 Soriguer F, Goday A, Bosch-Comas A, Bordiú E, Calle-Pascual A, Carmona R, et al. Prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose regulation in Spain: the Di@bet.es Study. *Diabetologia.* 2012 Jan; 55(1): 88-93.

5 López Hernández JL, Morillo Garay F, Solas Gaspar O, Giralt Muíña P, Galindo Bonilla E, Cano Masa C, et al. Plan Integral de Diabetes Mellitus de Castilla-La Mancha 2007–2010. Consejería de Sanidad de Castilla-La Mancha; 2007. Disponible en: <http://pagina.jccm.es/sanidad/salud/PIDMCLM07.pdf>

6 Mata M, Antoñanzas F, Tafalla M, Sanz P. The cost of type 2 diabetes in Spain: the CODE-2 study. *Gaceta sanitaria.* 2001 Dec;16(6):511-20.

7 Ruiz-Ramos M, Escolar-Pujolar A, Mayoral-Sánchez E, Corral-San Laureano F, Fernández-Fernández I. La diabetes mellitus en España: mortalidad, prevalencia, incidencia, costes económicos y desigualdades. *Gac Sanit.* 2006;20(Supl 1): 15-24.

8 Arnold LW, Wang Z. The HbA1c and all-cause mortality relationship in patients with type 2 diabetes is J-shaped: a meta-analysis of observational studies. *Rev Diabet Stud* 2014;11:138–52.

9 American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes—2016. *Diabetes Care.* 2016;39(suppl 1):S1-S112.

10 Hansen MV, Pedersen-Bjergaard U, Heller SR, Wallace TM, Rasmussen AK, Jørgensen HV, et al. Frequency and motives of blood glucose self-monitoring in type 1 diabetes. *Diabetes Res Clin Pract.* 2009;85:183-8.

11 Allemann S, Houriet C, Diem P, Stettler C. Self-monitoring of blood glucose in non-insulin treated patients with type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Curr Med Res Opin.* 2009; 25: 2903-13.

12 Malanda UL, Welschen LMC, Riphagen II, Dekker JM, Nijpels G, Bot SD. Selfmonitoring of blood glucose in patients with type 2 diabetes mellitus who are not using insulin. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012 Jan;18;1

13 Cano-Blanquer Diego, Cervera-Casino Pedro, Peiró-Moreno Salvador, Mateu-García Mónica, Barreda-Aznar Amparo. Prevalencia y factores asociados de la automonitorización glucémica en pacientes diabéticos tipo 2 no tratados con insulina en la Comunidad Valenciana. *Rev. Esp. Salud Pública [Internet].* 2013 Abr [citado 2017 Feb 15];87(2):149-163. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S113557272013000200005&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113557272013000200005&lng=es).  
<http://dx.doi.org/10.4321/S1135-57272013000200005>.

- 14 Malanda UL, Bot SD, Nijpels G. Self-monitoring of blood glucose in noninsulin-using type 2 diabetic patients: it is time to face the evidence. *Diabetes Care*.2013;36:176-178.
- 15 Bailey TS, Grunberger G, Bode BW. American Association of Clinical Endocrinologists and American College of Endocrinology 2016 outpatient glucose monitoring consensus statement.*EndocrPract*.2016;22:231-261.
- 16 Scambler S, Newton P, Asimakopoulou K.The context of empowerment and self-care within the field of diabetes.*Health*. 2014; 18(6):545-60.
- 17 Wens J, Vermeire E, Hearnshaw H, Lindenmeyer A, Biot Y, Van Royen P. Educational interventions aiming at improving adherence to treatment recommendations in type 2 diabetes: A sub-analysis of a systematic review of randomised controlled trials. *Diabetes Res ClinPract*. 2008 Mar;79(3):377-88. PMID 17643546.
- 18 Menéndez Torre E, Torton García T, Ortega Millán JA, García Mayor R, López Fernández ML, et al. Recomendaciones 2012 de la Sociedad Española de diabetes sobre la utilización de tiras reactivas para la medición de la glucemia capilar en personas con diabetes. *AvDiabetol*. 2012; 28(1):3-9. DOI 10.1016/j.avdiab.2012.01.002. Disponible en: <http://www.sediabetes.org/gestor/upload/files/recomendaciones2012.pdf>
- 19 Amaya M, Galindo M, Hernández T, Hierro V, Jiménez A, Lecumberri MC, et al. Evaluación de la técnica de análisis domiciliario de glucemia capilar entre la población con diabetes de siete comunidades autónomas de España. *Av Diabetol*. 2011; 27(2): 47–52. DOI 10.1016/S1134-3230(11)70008-4.
- 20 Sacks DB, Arnold M, Bakris GL, Bruns DE, Horvath AR, Kirkman MS, et al. Guidelines and recommendations for laboratory analysis in the diagnosis and management of diabetes mellitus.*Clin Chem*. 2011; 57:e 1-47.
- 21 Schnell O, Alawi H, Battelino T, Ceriello A, Diem P, Felton A, et al. Addressing schemes of self-monitoring of blood glucose in type 2 diabetes: a European perspective and expert recommendation. *Diabetes TechnolTher*. 2011; 13: 959-65.
- 22 Menéndez Torre E, Lafita Tejedor FJ, Artola Menéndez S, Millán Núñez-Cortés J, Alonso García A, Puig Domingo M, et al. Recomendaciones para el tratamiento farmacológico de la hiperglucemia en la diabetes tipo 2. *Atencion Primaria*. 2011; 43(4): 202.e1-9.
- 23 Cerezo Paloma Garcimartín, Juvé-UdinaMaria-Eulália, Delgado-Hito Pilar. Concepts and measures of patient empowerment: a comprehensive review. *Rev. esc. enferm. USP* [Internet]. 2016 Aug [cited 2017 Feb 15]; 50( 4 ): 667-674. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342016000400667&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342016000400667&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000500018>.
- 24 Asimakopoulou K., Newton P., Sinclair A. J., Scambler S. Health care professionals' understanding and day-to-day practice of patient empowerment in diabetes; time to pause for thought?*Diabetes Research and Clinical Practice*. 2012; Feb 95(2):224–229. doi: 10.1016/j.diabres.2011.10.005
- 25 Anderson, R. M., Fitzgerald, J. T., Gruppen, L. D., Funnell, M. M., & Oh, M. S. The diabetes empowerment scale-short form (DES-SF).*Diabetes Care*, 2003;Mai 26(5), 1641-1642.
- 26 Balcázar-Nava, P., Gurrola-Peña, G. M., Moysén-Chimal, A., Urcid-Velarde, S., Garay-López, J. C., Velasco-Fuentes, M. C., ... & Estrada-Laredo, E.. Análisis de las propiedades psicométricas de la diabetes empowermentscale (des-lf-s) en español. *Duazary*,2016; 13(2), 95-104.

**ID350:****ATRAVESANDO LA MIRADA DE LA ENFERMERÍA: LA PERCEPCIÓN DEL METAPARADIGMA ENFERMERO**Edurne Mezquita Yarza<sup>1</sup>Servicio de Salud del Principado de Asturias<sup>1</sup>[edurne.mezquita@gmail.com](mailto:edurne.mezquita@gmail.com)**RESUMEN**

Introducción: La concepción de la disciplina ha ido cambiando conforme ha ido evolucionando en el tiempo, resultando en múltiples modelos y teorías y en diferentes manifestaciones.

Objetivo: Estudiar el marco conceptual de los enfermeros del Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA).

Material y métodos: Estudio descriptivo transversal. Se realizó a través de cuestionario de elaboración propia entre enero-marzo de 2015.

Resultados: Entre las teorías y modelos mencionados destacan la de Henderson y Orem, reuniendo el 84,61% de las referencias. En cuanto a la orientación de la disciplina, la persona ocupa el primer lugar (43,98%), seguida por el de la apertura al mundo (23,6%). La enfermedad y la salud pública quedan en último lugar, reuniendo el 18,95% y el 12,77% de la perspectiva. El paradigma de la integración recoge el 43,98% de la perspectiva, la transformación un 23,60% y la categorización un 31,73%.

Conclusiones: La enfermería del SESPA tiene una visión multiparadigmática, reflejo de una heterogeneidad en la perspectiva que aflora cuestiones inherentes a la naturaleza de la Enfermería aún sin resolver. Caben dos aproximaciones a esta situación. O bien esta "pluralidad teórica" es inherente a la naturaleza del campo, o bien es sólo parte de un itinerario que en sucesivas etapas terminará por ir aclarándose

**PALABRAS CLAVE**

Filosofía en Enfermería, Historia de la Enfermería, Teoría de Enfermería, Investigación en Enfermería, Enfermería.

Nursing Philosophy, History of Nursing, Nursing Theory, Nursing Research, Nursing.

**INTRODUCCIÓN**

El desarrollo de la enfermería ha presentado una heterogeneidad ineludible, condicionada por unos contextos con realidades sociales, morales, organizativas y académicas muy diferentes. El modelo de enfermería que actualmente tenemos consolidado en España es muy potente, tanto en lo que se refiere a su entramado institucional, como a su relevancia y papel en el conjunto del sistema sanitario. Un modelo profesional, académico y científico, que está alcanzando su máximo desarrollo en amplitud de miras, competencias y nivel académico.

Como toda disciplina que crece, la enfermería suele dedicar parte de su actividad a la reflexión sobre sí misma. Reflexión que frecuentemente es canalizada a través de las discusiones metodológicas. Una práctica, ésta, que en general ha sido más frecuente en países anglosajones, especialmente en los Estados Unidos de América, que en el nuestro.

Desde los años cincuenta del siglo pasado han sido numerosos los autores que han propuesto un marco teórico que fundamentase la identidad de la disciplina y disminuyera su dependencia histórica de otras ciencias de la salud, como numerosas han sido también las conceptualizaciones enunciadas sobre la misma. El metaparadigma, los paradigmas, las orientaciones, las escuelas de pensamiento, los modelos conceptuales y las teorías, intentan organizar tentativamente un campo complejo.

Un conjunto considerable de conceptos e ideas, no siempre delimitadas con precisión, resultan en lo que Kerouacet al<sup>1</sup> bautizarían más adelante como el "Pensamiento Enfermero". Describen una diacronía en la ideología que resulta en la evolución de la formación, la práctica, la gestión y la investigación, a través de un cambio más global: la concepción de la propia disciplina.

La formación de las nuevas generaciones, su encaje organizativo en el sistema sanitario, la utilidad social de su papel, la satisfacción profesional de su ejercicio, dependen en gran medida de una correcta

interpretación de su naturaleza como disciplina y de su adecuada articulación teórica. Por eso se hace necesario dedicar más esfuerzo al análisis de la enfermería como disciplina.

### OBJETIVOS

Como una primera aproximación para el análisis de la naturaleza epistemológica de la disciplina de un estudio más amplio denominado “¿Qué es eso que llamamos Enfermería?”, el objetivo principal del presente trabajo fue estudiar el marco conceptual de los enfermeros del Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA).

Los objetivos específicos planteados fueron describir las orientaciones de la práctica y los paradigmas, conocer el uso de teorías y modelos enfermeros en la práctica y ver las posibles asociaciones de ambas con las variables socio-laborales y formativas estudiadas.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio esencialmente descriptivo transversal, a pesar de incluir un apartado analítico.

La población diana la conformaron los 3.970 profesionales de enfermería que desarrollan su actividad asistencial en los centros del sector público pertenecientes al SESPA y que se encuentran en situación de servicio activo. Fueron excluidos los puestos directivos.

El tamaño de la muestra fue calculado considerando un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5% con el programa Epidat versión 4.2. El resultado fue de 351 profesionales, que se incrementaron hasta los 466 al considerar unas pérdidas potenciales del 33%.

La distribución se realizó por niveles asistenciales; la Atención Especializada (AE) por un lado (367 profesionales, 12,07%) y la Atención Primaria (AP) por el otro (99 profesionales, 10,65%).

En el primer caso, se realizó un muestreo aleatorio por grupos. Se formaron conglomerados por hospital de referencia.

En AP, se formaron conglomerados por área sanitaria y posteriormente por Centro de Salud para los Equipos de Atención Primaria (EAP), resultando elegidos 14 Centros de Salud. Sin embargo, los equipos del Servicio de Atención Continuada (SAC) y Servicio de Urgencias de Atención Primaria (SUAP) se trataron conjuntamente por el reducido número de profesionales que los conformaban. Por lo tanto, el muestreo fue aleatorio por grupos en los EAP y aleatorio simple en el SAC y SUAP.

Para la recogida de datos se utilizó un cuestionario de elaboración propia que constaba de 94 ítems, de los que se emplearon 11 para completar el presente estudio. Las dimensiones estudiadas en este caso fueron tres: la socio-laboral, la formativa y la conceptual.

El apartado socio-laboral constaba de una pregunta cerrada de elección única y 2 abiertas. Las variables estudiadas fueron: el sexo (mujer / hombre), la edad (años), la antigüedad (años) y el ámbito laboral (AP / AE).

La sección formativa comprende la variable grado de formación (pregrado: 1<sup>er</sup> ciclo, postgrado: especialidad o 2<sup>o</sup> ciclo y/o doctorado o 3<sup>er</sup> ciclo). Se respondía a través de una pregunta cerrada de elección única.

La parte conceptual recogía 5 preguntas cerradas y una abierta. Constaba de dos partes: una primera que recogía las variables de los conceptos metaparadigmáticos (entorno, salud, persona, enfermería), los paradigmas (categorización, integración y transformación) y las orientaciones de la práctica (salud pública, enfermedad, persona y apertura al mundo); la segunda, incluía las teorías y modelos enfermeros.

En la primera parte el encuestado debía señalar la noción de los conceptos entorno, salud, persona y cuidado con la que sentía más afinidad. Los conceptos corresponden a los fenómenos particulares de interés para la disciplina enfermera que forman parte del metaparadigma según Fawcett<sup>2</sup>. Las definiciones propuestas respondían a las conceptualizaciones de Kerouac et al<sup>1</sup> en las que la autora describe el desarrollo de la filosofía enfermera basada en orientaciones de la disciplina. Son 4 las orientaciones expuestas, respondiendo cada caso a una perspectiva diferenciada, y por lo tanto, a una visión particular sobre el metaparadigma tal como muestra la Imagen 1.

Orientaciones				
	A la salud pública	A la enfermedad	A la persona	La apertura al mundo
Cuidado	Proporcionar el mejor entorno posible para que	“Hacer para”: eliminar los problemas, cubrir	“Actuar con”: determinar las necesidades de	“Estar con”: acompañar a la persona en sus vivencias de salud. La

	las fuerzas de la naturaleza permitan la curación o el mantenimiento de la salud. La enfermera obedece las reglas y consignas aprendidas.	los déficits y suplir a los incapacitados. La enfermera es la experta que posee conocimientos y habilidades.	ayuda teniendo en cuenta las percepciones o la globalidad del otro. La enfermera es la consejera-experta que ayuda a escoger los comportamientos de salud mejor adaptados.	enfermera y la persona son colaboradores en los cuidados. Se deben individualizar los cuidados.
Persona	Posee los componentes físico, intelectual, emocional y espiritual. Tiene la capacidad y la responsabilidad de cambiar su situación.	Es un todo formado por la suma de sus partes, cada una de las cuales es reconocible e independiente. No participa en los cuidados	Es un todo formado por la suma de sus partes que están relacionadas (ser bio-psico-socio-cultural-espiritual). Participa en sus cuidados.	Es un todo indivisible mayor que la suma de sus partes y diferente a ésta en relación mutua y simultánea con el entorno en continuo cambio. Orienta los cuidados según sus prioridades.
Salud	El deseo de utilizar bien cada capacidad que la persona posee.	La ausencia de enfermedad. Un estado de equilibrio, altamente deseable, percibido positivamente.	El ideal que se ha de conseguir según el contexto en que la persona vive. La salud y la enfermedad están en interacción continua.	La realización del potencial de creación de la persona. Son los valores y experiencias vividas según las perspectivas de cada persona.
Entorno	Compuesto por elementos externos a la persona, que puedan ser controlados a fin de que ésta pueda movilizar sus energías para la curación o la conservación de la salud.	Separado de la persona. Definido en sus aspectos físico, social y cultural. Se percibe como factor que debe ser manipulado y controlado.	Constituido por los contextos histórico, social, político, etc. rico en estímulos positivos y negativos.	Compuesto por el conjunto del universo del que la persona forma parte íntegramente. Caracterizado por su propio ritmo y una orientación imprevisible.

Imagen 1.- Definiciones de los elementos del metaparadigma según las orientaciones de la disciplina (basado en las conceptualizaciones de Kerouac, 1996)

Seguidamente se preguntaba sobre el uso de teorías o modelos conceptuales en la práctica. En caso afirmativo, se pedía especificar cuál.

Las orientaciones, los paradigmas y las teorías y modelos se comportaron como variables dependientes. El resto fueron independientes.

El periodo de recogida de datos comprendió los meses de enero a marzo de 2015. Para la organización y la metodología a emplear con cada grupo fue determinante la colaboración de los equipos directivos y las características de cada servicio. Fueron 3 las formas de entrega y recogida de los formularios:



presencialmente por la autora (reuniendo el 52% en el primer caso y el 60% en el segundo), por una persona de referencia, la supervisora o la coordinadora del servicio (el 27% de las entregas y el 34% de las recogidas) o por correo interno (el 16% y el 4% respectivamente). La realización fue en el 90% de los casos no presencial y en el 10% restante, presencial.

Los datos obtenidos se han analizado con el paquete estadístico SPSS 13. Se ha realizado un estudio descriptivo de todas las variables y un tratamiento bivariante en determinados casos.

La construcción del marco conceptual se ha fundamentado en la "Estructura jerárquica del conocimiento" propuesto por Fawcett y DeSanto<sup>3</sup>, donde el metaparadigma, las filosofías, los modelos conceptuales, las teorías y los indicadores empíricos se sitúan en una estructura descendente que vincula lo abstracto con los niveles más concretos, y las clasificaciones propuestas por Kerouac et al<sup>4</sup> y Meleis<sup>4</sup> donde se vertebran todos estos niveles. La extrapolación de los datos está fundamentada en este marco teórico.

Al ser la participación voluntaria y garantizarse el anonimato a los participantes, el estudio no presentó problemas éticos. La tramitación de las licencias y gestiones pertinentes se realizó mediante las gerencias de cada área sanitaria.

## RESULTADOS

Tras el periodo de recogida de datos, participaron un total de 322 profesionales de enfermería en el estudio sobre los 466 que conformaron la muestra. El porcentaje de respuesta fue del 69,10%; un 80,81% en AP y un 65,94% en AE. El nivel de confianza alcanzado fue del 94,74%.

En la muestra estudiada el 83,8% fueron mujeres. La media de edad fue de 49,40 años (DT: 10,24), en un rango de 23 a los 65 y la experiencia media de 24,66 años (DT: 10,65).

En cuanto a la formación, el 74,4% sólo tenía estudios de 1º ciclo o pregrado. Entre los profesionales que realizaron el 2º ciclo, el 14% cursó una Especialidad en Ciencias de la Salud y el 11,9% había estudiado un máster. El 0,3% tenía el grado de doctor, que corresponde al 3º ciclo formativo.

Para el análisis y la construcción del marco conceptual se seguirá una secuencia que irá desde los niveles más concretos, las teorías y modelos conceptuales, hacia los más abstractos, pasando por las orientaciones de la disciplina y los paradigmas.

Comenzando con los modelos y teorías, 69 (21,43%) afirmaron utilizar un modelo / teoría enfermera en su praxis habitualmente. De éstas 26(8,07%) especificaron cual.

Las que se nombraron con mayor frecuencia fueron la "Teoría de las Necesidades" de Henderson con un 57,69% (15 referencias) y la "Teoría del Déficit de Autocuidado" de Orem con un 26,92% (7 referencias). Las otras teorías mencionadas fueron la "Teoría de las Relaciones Interpersonales" de Peplau, el "Modelo de Adaptación" de Roy y la "Teoría de la diversidad y la universalidad de los cuidados transculturales" de Leininger.

Siguiendo las clasificaciones propuestas, a excepción de la última, el resto se engloban dentro de la orientación hacia la persona y el paradigma de la integración. El 96,15% de las mencionadas, por lo tanto, correspondieron a esta perspectiva.

Las definiciones otorgadas a los elementos nucleares del metaparadigma enfermero según las orientaciones de la práctica no establecían un consenso, sino que adoptaron una perspectiva diferente en cada caso.

El concepto de cuidado se inclinó a la apertura al mundo, siendo elegida por el 47,3% de los participantes. En segundo lugar quedaba la orientación hacia la persona (33,2%). Las opciones de la enfermedad y la salud pública fueron adoptadas por un 13,7% y 5,8 respectivamente.

La conceptualización de la salud a través de la orientación hacia la enfermedad fue la preferida por el 56,3%. El 32,5% escogió la perspectiva hacia la persona. La apertura al mundo y la salud pública fueron elegidas con menos frecuencia (7,1% y 4,1%).

La orientación hacia la persona ha sido la ideología que en un 70,3% de los casos se señaló para definir la persona. Un 20,1% optó por la apertura al mundo. En tercer lugar quedó la salud pública con un 8,5%, y en el último, la enfermedad con un discreto 1%.

El entorno fue concebido a través de la orientación hacia la persona en un 39,9% de los casos, y la salud pública por un 35,4%. El 19,9% escogió la perspectiva de la apertura al mundo, y el 4,8% restante, la enfermedad.

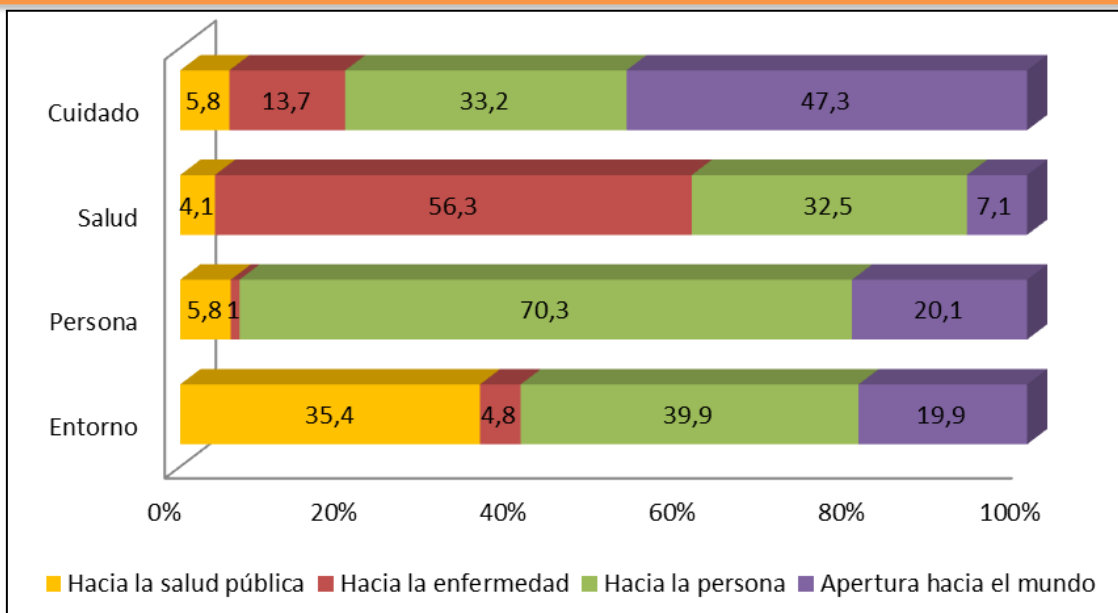


Imagen 2.- Interpretación del metaparadigma por orientaciones de la disciplina

Hilvanado estas 4 conceptualizaciones, la orientación se acercamayormente hacia la persona (43,98%), seguida por el de la apertura al mundo (23,6%). La enfermedad y la salud pública quedan en último lugar, reuniendo el 18,95% y el 12,77% de la perspectiva.

Extrapolando estos últimos resultados se obtuvo la visión de los paradigmas. Ha quedado en primer lugar el paradigma de la integración con un 43,98%, correspondiente a la orientación hacia la persona. En el segundo, está la categorización, que reúne la orientación hacia la salud pública y la enfermedad, sumando un 31,73%. Por último, queda la trasformación, que equivale a la orientación de la apertura al mundo, con un 23,60%.

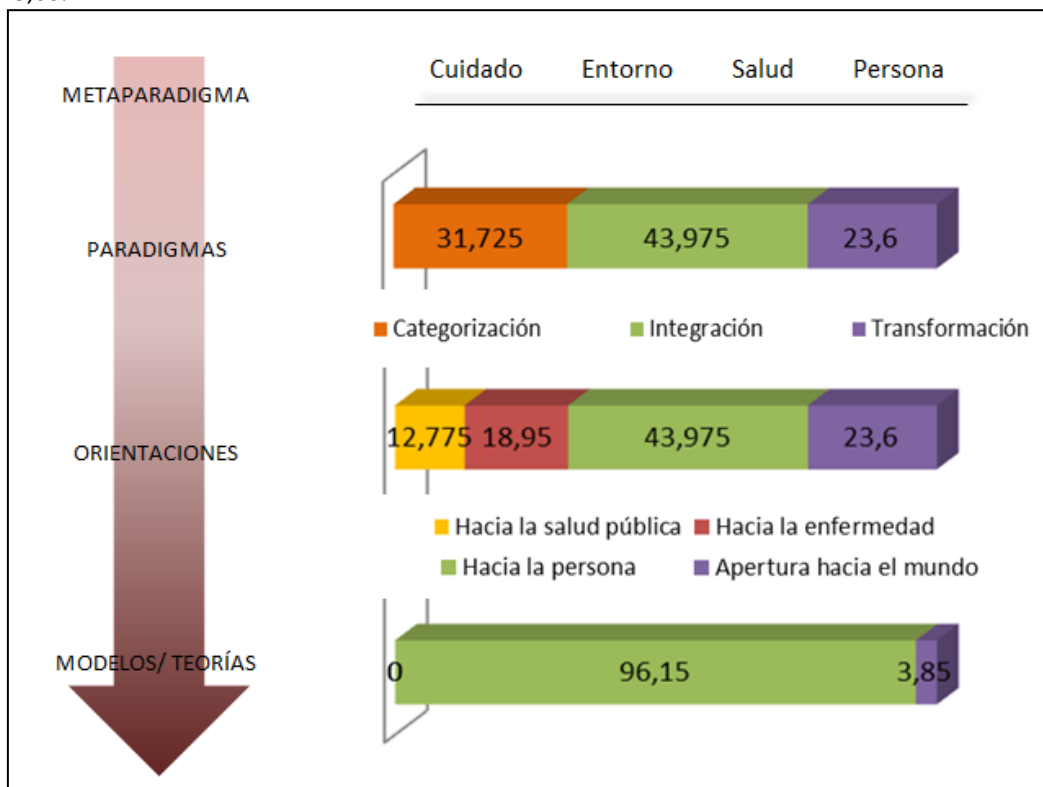


Imagen 3.- Construcción del marco conceptual

El análisis bivariado muestra algunas asociaciones significativas entre las variables estudiadas (ver Imagen 4).

Elementos del metaparadigma	Paradigmas				Orientaciones				Teorías			
	S	E	P	C	S	E	P	C	S	E	P	C
	p*	p*	p*	p*	p*	p*	p*	p*	p*	p*	p*	p*
Sexo												
- Hombre	,12	,11	,64	,68	,01	,22	,56	,71	,41	,53	,41	,76
- Mujer												
Ámbito laboral												
- AE	,34	,29	,41	,31	,10	,45	,59	,03	,57	,70	,34	,27
- AP												
Formación												
- Pregrado (1º ciclo)	,04	,16	,03	,78	,05	,29	,06	,36	,50	,37	,47	,73
- Postgrado (2º y 3º ciclo)												
	p**	p**	p**	p**	p**	p**	p**	p**	p**	p**	p**	p**
Edad (años)	,01	,87	,15	,03	,01	,69	,14	,02	,20	,35	,51	,60
Antigüedad (años)	,07	,64	,22	,02	,04	,52	,18	,05	,37	,47	,47	,51

S: Salud  
E: Entorno  
P: Persona  
C: Cuidado  
p\*: Significación obtenida mediante la prueba del Chi Cuadrado  
p\*\*: Significación obtenida mediante la prueba de Mann-Whitney

Imagen 4.- Pruebas de significación estadística para la asociación de las variables

No se han objetivado diferencias significativas entre las definiciones planteadas según el sexo ( $p > 0,05$ ), exceptuando la perspectiva sobre el concepto de salud. En ésta, según las orientaciones, las mujeres muestran una mayor inclinación hacia la enfermedad que los hombres, con una diferencia de un 5,5% entre ambos grupos.

La orientación hacia la apertura al mundo resulta elegida en más ocasiones para concebir el cuidado por los profesionales que desarrollan su actividad asistencial en AP (57,3%) frente a los que lo hacen en AE (45,4%). Ocurre el caso contrario en la orientación a la persona, donde se cuantifica la misma diferencia en sentido inverso.

Se hallaron diferencias significativas entre los profesionales que finalizaron la formación de postgrado (2º o 3º ciclo) respecto a los que no lo hicieron en la definición de la salud siguiendo las orientaciones y los paradigmas. A mayor grado formativo parece aumentar la predilección por la orientación hacia la apertura al mundo y el paradigma de la transformación (un 7,1% y 7,28% respectivamente). Por el contrario, se objetiva un descenso en la orientación hacia la enfermedad y el paradigma de la categorización.

La edad y la antigüedad han influido en algunas conceptualizaciones del cuidado y la salud a través de las orientaciones y los paradigmas. Se observa que el paradigma de la transformación y la orientación de la disciplina hacia la apertura al mundo fueron elegidas con más frecuencia entre los profesionales de menos edad y experiencia. Las cifras de la media de edad y los años de experiencia profesional aumentan entre los participantes que eligen el paradigma de la categorización y la orientación hacia la enfermedad.

Los datos obtenidos no mostraron diferencias significativas en el apartado de teorías y modelos.

**DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES**

El análisis de los conceptos metaparadigmáticos muestra una clara inclinación de la orientación de la disciplina hacia la persona y, por lo tanto, del paradigma de la integración. Una perspectiva que si bien sólo se establece como opción preferente en el concepto de persona, se mantiene constante como segunda opción en los 3 restantes. Los datos obtenidos en el estudio concuerdan con otros similares, donde los enfermeros se identifican con modelos y teorías englobadas en el paradigma de la integración

5,6.

Las variables que mostraron incidir de forma significativa en las definiciones otorgadas no siguen un esquema uniforme en todos los enunciados. Por lo tanto, las tendencias con cada uno de los elementos estudiados difieren del resto y obedecen a un comportamiento individualizado.

Siguiendo con los modelos y teorías, cuyo uso podría calificarse de inusual, podría responder a dos posibles orígenes: bien a un desconocimiento del campo por parte del personal, o bien, a una disonancia entre la teoría y la práctica asistencial. El reducido número de denominaciones enunciadas correctamente, incluso en aquellas personas que confirman el uso de ellos, unido a la incongruencia en la interpretación de los conceptos metaparadigmáticos, parece reforzar la primera hipótesis.

La simultaneidad de varias perspectivas ideológicas contradice el planteamiento propuesto por Kerouac et al<sup>1</sup>, donde cada filosofía está sujeta a un periodo histórico concreto. La actualidad correspondería, por ende, a la última de estas; la orientación hacia la apertura al mundo y el paradigma de la transformación. Esta diversidad deja entrever una pluralidad en la perspectiva que no sólo esconde riqueza, sino, en ocasiones, incompatibilidad. La filosofía de la ciencia por la que se ha intentado dar respuesta a esta cuestión ha sido el positivismo lógico, ideología hegemónica en el campo de las ciencias de la salud. Siguiendo la línea de esta perspectiva, el carácter multiparadigmático de la enfermería, implica que ésta no pueda llegar a adquirir el estatus de “ciencia madura”, limitándose a un estado de “preciencia” o “inmadurez científica”, según la visión de Kuhn<sup>7</sup>.

Así, el afán por el reduccionismo ha conllevado numerosos intentos de acotar el amplio abanico de posibilidades interpretativas de la disciplina enfermera. Autoras como Hardy<sup>8</sup> y Northrup<sup>9</sup>, por ejemplo, sugieren el consenso por un paradigma específico como medio para cohesionar la disciplina.

Más recientemente, el Consejo Nacional de la Enfermería de España afirma lo siguiente en el Código Deontológico que data de 1989<sup>10(p3)</sup>: “El establecimiento de un Código Deontológico que sirva de marco para el ejercicio profesional ha de partir, necesariamente, de un marco conceptual que unifique y delimite los conceptos que sobre el hombre, la sociedad, la salud y propia Enfermería tengan los profesionales que la ejerzan”.

No obstante, autoras como Meleis<sup>11</sup> y Barrett<sup>12</sup> reivindican la diversidad y pluralidad en la filosofía, ciencia y práctica enfermera. Una inconmensurabilidad teórica fruto de la heterogeneidad en sus diferentes manifestaciones en distintos contextos geográficos y culturales, que se acerca más a las corrientes filosóficas de la ciencia naturalista.

Por lo tanto, se concluye que la enfermería del SESPAs tiene una visión multiparadigmática reflejo de una heterogeneidad ideológica que aflora cuestiones inherentes a la naturaleza de la Enfermería aún sin resolver. Caben dos aproximaciones a esta situación. O bien esta “pluralidad teórica” es inherente a la naturaleza del campo, o bien es sólo parte de un itinerario que en sucesivas etapas terminará por ir aclarándose.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Kérouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A y Major F. El pensamiento enfermero. Barcelona: Masson; 1996.
2. Fawcett J y De Santo S. Contemporary Nursing Knowledge. Philadelphia: F.A. Davis; 1995.
3. Fawcett J. Analysis and evaluation of conceptual models of nursing. Philadelphia: F.A. Davis; 1995.
4. Meleis AI. Theoretical Nursing. Development & Progress. Philadelphia: J.B. Lippincott Co; 1991.
5. Godínez A, Rodríguez D. Revisión crítica de los metaparadigmas subyacentes en los artículos vinculados a la salud mental de la revista de enfermería del Instituto Mexicano de Seguridad Social. 2008 – 2011. Enfermería en Costa Rica. 2013; 34 (1): 30-36.
6. Santos S, López M, Varez S, Abril D. ¿El ámbito profesional modifica la conceptualización enfermera? Estudio comparativo entre enfermeras del ámbito médico y quirúrgico. Enfermería Global. 2009; 17. Disponible en: <https://digitum.um.es/xmlui/bitstream/10201/24391/1/El%20ambito%20profesional%20modifica%20la%20conceptualizacion%20enfermera.Estudio%20comparativo%20entre%20enfermeras%20del%20ambito%20medico%20y%20quirurgico..pdf> (último acceso el 10/02/2017)
7. Kuhn T. La Estructura de las Revoluciones Científicas. México: FCE, Col. Breviarios; 1991.
8. Hardy ME. Perspectives on nursing theory. Advances in Nursing Science. 1978; (1): 37-48.
9. Northrup DT. Commentary: a unified perspective within nursing. Nursing Science Quarterly. 1992; 5 (4): 154-155.

## ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA



**X CONGRESO NACIONAL DE FAECAP  
I CONGRESO DE ACAMEC  
VII ENCUENTRO DE EIR Y DE TUTORES**

**Toledo, de 30 de marzo a 1 abril de 2017**



10. Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Enfermería. Código Deontológico de la Enfermería Española. 1989.
11. Meleis AI. Theoretical nursing: today's challenges, tomorrow's bridges. Nursing Papers. 1987; (2): 49-63.
12. Barrett EAM. Response: a unified perspective within nursing. NursingScienceQuarterly. 1992; 5(4): 154-155.

**ID381:**
**ACCIDENTES EN CENTROS ESCOLARES: PREVENCIÓN Y ACTUACIÓN. TALLERES DE PRIMEROS AUXILIOS PARA DOCENTES DE CENTROS EDUCATIVOS DE PRIMARIA**

Encarnación Tornay Muñoz<sup>1</sup>, María Prieto Marcos<sup>1</sup>, Julia Cano Carrascosa<sup>1</sup>, Aranzazu González Valls<sup>1</sup>,  
María Martín Martín<sup>1</sup>, Petra García Sanz<sup>1</sup>, Julita Merino Lorente<sup>1</sup>

Centro de Salud Juncal. Área Este. Torrejón de Ardoz. Madrid  
[encar18@hotmail.com](mailto:encar18@hotmail.com)

**RESUMEN**
**INTRODUCCIÓN**

Los accidentes infantiles constituyen un grave problema de salud pública, siendo la primera causa de muerte en niños (1-14 años). La mayoría podrían evitarse, formando al personal docente.

**OBJETIVOS**

Prevenir/Actuar en accidentes.  
Adquirir/reforzar conocimientos

**DESARROLLO**

Talleres teórico-práctico de primeros auxilios básicos para docentes de colegios de primaria.  
3 sesiones/taller (60 minutos/sesión).

**Contenidos:**

Análisis de conceptos sobre prevención de accidentes,

**Temario:** Golpes/caídas, heridas/hemorragias, quemaduras, cuerpos extraños, intoxicaciones, Fiebre, convulsiones, crisis asmática, shock anafiláctico, convulsiones, pérdida de conocimiento, hipoglucemia, botiquín, RCP básica, teórica/práctica.

**Recursos:** elaboración material, folletos, audiovisuales. Tormenta de ideas, rol-play, práctica simulada (RCP) básica e interactividad.

**RESULTADOS**

3 talleres, 3 sesiones/taller, 1 hora/sesión.

78 Profesores.

Cumplido el temario.

**Encuesta satisfacción:**

Formato del programa: excelente 73,08%.

Duración del taller: excelente 64,1%.

Actualidad/Relevancia de información: excelente 83,33%.

Conocimiento de docentes: excelente 96,15%.

Accesibilidad de docentes: excelente 97,44%.

Recursos materiales: excelente 64,1%.

Expectativas del taller: excelente 71,79%.

Mayor duración. Repetirlo periódicamente

**CONCLUSIONES**

Objetivos cumplidos, participativo-colaborativo. Mayor duración. Realizarlos periódicamente

**ABSTRACT**

**INTRODUCTION:** Childhood accidents constitute a serious public health problem, being the leading cause of death in children (1-14 years). The majority could be avoided by training teachers.

**OBJECTIVES:** Prevent/Acting in accidents. Acquire/reinforce knowledge.

**DEVELOPMENT:** Theoretical-practical workshops of basic first aid for teachers of primary schools. 3 sessions/workshop (60 minutes/session).

**Contents:** Analysis of concepts on accident prevention. Temary: Bumps/falls, wounds/hemorrhages, burns, foreign bodies, poisonings, Fever, seizures, asthma crisis, anaphylactic shock, convulsions, loss of consciousness, hypohyperglycemia, medicine, basic CPR, theoretical/practical.

**Resources:** material elaboration, brochures, audiovisuales. Brainstorming, role-play, simulated practice/interactivity(RCP).

**RESULTS:** Workshops, 3 sessions/workshop, 1 hour/session. 78 Teachers. Completed the agenda. Satisfaction Survey: Program format: excellent 73.08%. Duration (workshop): excellent 64.1%. Current/Relevance of information: excellent 83.33%. Knowledge(Teaching nurse): excellent 6.15%. Teaching nurse accessibility: excellent 97.44%). Material resources: excellent 64.1%. Expectations (workshop): excellent 71.79%. Longer duration. Repeat periodically

**CONCLUSIONS:** Objectives fulfilled, participativo-colaborativo. Longer duration. Perform them periodically.

#### **PALABRAS CLAVE**

PREVENCIÓN ACCIDENTES, PRIMEROS AUXILIOS, SEGURIDAD DE EQUIPOS  
ACCIDENT PREVENTION , FIRST AID, EQUIPMENT SAFETY

#### **INTRODUCCIÓN/PRESENTACIÓN**

La **promoción y prevención de la salud** es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla- y que se dedica a estudiar las formas de favorecer una mejor salud en la población. La definición dada en la histórica [Carta de Ottawa](#)<sup>1</sup> de 1986 es que la promoción de la [salud](#) "consiste en proporcionar a la gente los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre la misma". Las áreas de acción que propone la Carta de Ottawa son: construir [políticas públicas](#) saludables, crear **ambientes** que favorezcan la salud, desarrollar habilidades personales, reforzar la [acción comunitaria](#), reorientar los [servicios de salud](#).

La OMS publicó en 1986 la primera edición de este glosario<sup>4</sup> de términos de promoción de la salud a modo de orientación para los lectores de sus documentos y publicaciones, con el propósito de aclarar el significado y la relación entre los numerosos términos cuyo uso no estaba generalizado por aquel entonces. Aquella primera edición del glosario fue traducida a varios idiomas (francés, español, ruso, japonés, e italiano), habiendo sido ampliamente utilizados, tanto dentro como fuera de la OMS, los términos en él definidos. Este glosario<sup>2</sup> fue adaptado y reeditado en alemán en 1990.

Muchas cosas han ocurrido desde la publicación del glosario. Cabe destacar que, en octubre de 1986 se celebró en Ottawa (Canadá), la Primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, que dio lugar a lo que hoy se conoce como la **Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud**.<sup>1,2,3</sup> A esta conferencia siguieron otras que examinaron los temas más destacados tratados en la **Carta de Ottawa** sobre una política pública saludable (Adelaide, 1988), y sobre entornos que apoyan la salud (Sundsvall, 1991). Dichas conferencias han constituido una gran aportación a nuestra comprensión de las estrategias de promoción de la salud y a su aplicación práctica, al tiempo que se prestaba más atención a las cuestiones relevantes para los países en desarrollo.

La promoción de la salud se nutre de muchas disciplinas.

De tal forma que la **Educación para la Salud**, como disciplina y como estrategia conjugada con la promoción debe apuntar entre otras cosas, principalmente a lograr el autocuidado de la salud y la modificación de conductas hacia estilos de vida saludables.

Teniendo en cuenta lo anterior, **la prevención de accidentes en centros escolares**<sup>5,6,7,8</sup> cumple los requisitos suficientes para realizar una intervención comunitaria, para favorecer la salud de los individuos y /o mejorarla en caso de actuación. Así como crear un ambiente favorable para la minimización de accidentes.

Por todo ello, se llevará a cabo un programa de, **Prevención y Actuación de accidentes en centros escolares**, en el municipio de Torrejón de Ardoz interdisciplinar, en el cual, pondremos a la disposición de los usuarios y/o agentes de salud todo el conocimiento, la motivación y las habilidades necesarias para conseguir que mejorando su autocuidado mejoremos también el de la comunidad.

Los accidentes infantiles constituyen un grave problema de salud pública, ya que, son la **primera causa de muerte en niños y niñas de uno a catorce años**.

En estas edades hay más muertes por lesiones que por la suma de todas las demás enfermedades infantiles.

Está demostrado que si se toman **las medidas preventivas** oportunas, la mayor parte de estos accidentes **podrían evitarse**.

De todos los accidentes infantiles, **el 15% ocurren en centros escolares**.

El centro escolar es el espacio donde niño y niñas pasan una gran parte de su tiempo y donde además realizan actividades, que implican riesgos añadidos a los habituales.

La prevención de accidentes en el centro escolar implica la asunción de su papel como entorno promotor de salud; por ello su tarea debe ser la de poner en marcha todas las medidas de protección posibles para lograr un entorno seguro, respetando la normativa vigente y adoptando una serie de recomendaciones específicas.

**El personal docente**, como agentes de salud, debe transmitir al alumnado los mensajes oportunos y del trabajo en el aula.

Para cumplir esta tarea, debe conocer los riesgos potenciales de accidente y poner en marcha las medidas preventivas a su alcance, pero además debe estar adecuadamente informado para intervenir en el supuesto de que se produzca un accidente.

Por ello nos planteamos realizar un proyecto con talleres de primeros auxilios dirigidos al personal docente de los Colegios públicos del Municipio de Torrejón de Ardoz

**Población diana:** los profesores de los colegios de primaria.

**Captación:** En los 3 Colegios Públicos que pertenece a nuestra zona básica de salud.

**Contenidos:**

Análisis de conceptos sobre prevención de accidentes.

Análisis de conceptos sobre un entorno seguro.

Conocimiento para actuar, en caso de actuación en un accidente.

Confianza personal, manifiesto de miedos, inquietudes.

Los últimos años en Torrejón de Ardoz, han sido el periodo en el que se ha registrado un mayor crecimiento poblacional<sup>9,10,11,12</sup>, sobre todo del año 2010 al 2011, pasando de 118.441 a los 122.589 habitantes, lo que significa un incremento de 4.148 vecinos en tan sólo un año. De esta forma, Torrejón ocupa el puesto 54 en el orden de las ciudades más pobladas de España y la octava dentro de la Comunidad de Madrid detrás de la capital, Móstoles, Alcalá de Henares, Fuenlabrada, Leganés, Getafe y Alcorcón y por delante de Parla y Alcobendas. El censo municipal de Torrejón<sup>6,7,8,9,10</sup> supera ya los 125.000 habitantes. En concreto con fecha 1 de enero de 2015 el número de vecinos residentes en la ciudad alcanzaba los 129.269 habitantes. Y el año 2016 con un total de 133.944 habitantes<sup>GRAFICA 1</sup>, de los cuales 25.299 son de origen extranjero, lo que representa un 18,89% del total de la población. En la actualidad, son 25.299 los extranjeros residentes<sup>GRAFICA 2</sup>, representando el 18,89% del total de la población de Torrejón de Ardo. Una cifra inferior a la de otras grandes ciudades madrileñas como Arganda (24,68%), Parla (23,63%), Coslada (21,79%), Collado Villalba (20,23%) o Alcalá de Henares (19,09%) entre otras, según datos del último informe de población extranjera del Observatorio de la Inmigración de la Comunidad de Madrid<sup>9,10,11,12</sup>

## **OBJETIVOS (DE LA EXPERIENCIA)**

### **OBJETIVO GENERAL:**

Prevenir y Actuar en accidentes en Centros Escolares.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

#### **ÁREA COGNITIVO:**

- Adquirir conocimientos sobre medidas de prevención de accidentes en el alumnado.
- Adquirir conocimientos para lograr un entorno seguro.
- Adquirir conocimientos para realizar una adecuada actuación en caso de accidente.
- Reforzar conocimientos aprendidos.

#### **ÁREA EMOCIONAL:**

- Trabajar la confianza personal.
- Aumentar la seguridad personal.

#### **ÁREA HABILIDADES:**



- Demostrar habilidades de los materiales necesarios para prevención y/o actuación , en caso de accidente.
- Demostrar habilidades en la pauta a seguir en caso de una emergencia.
- Demostrar habilidades en las distintas situaciones de actuación en accidente.

## DESARROLLO

Talleres teórico-práctico de primeros auxilios básicos, dirigidos a docentes de colegios públicos de primaria en nuestra zona básica de salud.

Contactos con los directores de los colegios, para programar fechas y horarios. Reuniones para coordinar: intervención, grupo, reparto de tareas, cambios, puesta en común, evaluar.

Encuesta de satisfacción, guía del observador.

### Estructura

Recursos humanos: 2-3 profesionales sanitarios por taller desempeñando función docente y observador alternando, el observador tendrá como funciones comprobar mediante apunte nominal el número de asistentes, la participación de los mismos y comprobación de si los materiales y recursos usados son los necesarios y adecuados para los objetivos planteados.

Mínimo 3 sesiones por taller, de 60 minutos de duración cada sesión.

Clima grupal cálido en aulas de los colegios.

Para evaluar al personal docente se realizará una tormenta de ideas, y se establece un feed-back para resolver posibles demandas y dudas en el momento de la intervención.

Se analizarán los resultados de los cuestionarios de satisfacción y la evaluación del observador. También se analizarán futuras demandas.

Se realizarán evaluaciones continuas durante el desarrollo de cada tema mediante preguntas orales o aplicación inmediata de contenidos en la resolución de casos de urgencia sanitaria, con el propósito de cumplir con los objetivos propuestos.

También está contemplada una evaluación realizada por los discentes, referente a la metodología empleada por los docentes. Esta evaluación tiene como objetivo conocer la opinión de los participantes e incorporar las sugerencias y críticas con vistas a mejorar este taller.

### Contenidos

Análisis de conceptos sobre prevención de accidentes y entorno seguro.

Conocimientos para actuar, en caso de un accidente

Confianza personal, manifiesto de miedos, inquietudes.

**Temario:** Golpes, caídas, heridas y hemorragias, quemaduras, cuerpos extraños, intoxicaciones, Fiebre, convulsiones, crisis asmática, shock anafiláctico, convulsiones, pérdida de conocimiento, hipo-hiperglucemia, botiquín, RCP básica, teórica y práctica.

**Recursos:** elaboración de presentaciones, recursos materiales, petición de folletos, audiovisuales (ordenador, cañón, presentación power point), folios, bolígrafos, etiquetas, material práctico, documentación, bibliografía y direcciones de interés, folletos informativos. Tormenta de ideas, rol play, casos prácticos, práctica simulada, maniquí para reanimación cardiopulmonar (RCP) básica e interactividad.

### Actividades y Técnicas: *GRAFICA 3*

Documentación sobre la teoría, pizarra, rotafolios, retroproyector, folios, cañón, carpetas, bolígrafos, muñeco de RCP básica, etc

2 Docentes, (enfermeras)

1ª Sesión: presentación de docentes y discentes.

Presentación y cohesión grupal. Exposición magistral. Manifiesto de inquietudes

Etiquetas con su nombre .Tormenta de ideas. Casos prácticos. Talleres prácticos

Presentación en power point con los temas: Golpes, caídas, heridas y hemorragias, quemaduras, cuerpos extraños e intoxicaciones.

2ª Sesión: Igual que en la primera, y con el temario: Fiebre, convulsiones, crisis asmática, shock anafiláctico, convulsiones, pérdida de conocimiento, hipo-hiperglucemia, el botiquín.

3ª Sesión: Igual que en la primera, y con el temario: RCP básica, teórica y práctica.

Reuniones de Coordinación:

3 reuniones para coordinar la intervención, formación de grupo, reparto de tareas, cambios, puesta en comun, y 1 reunión para evaluación.

## RESULTADOS

Contactos con los directores de los colegios.

3 reuniones para coordinar y elaborar: intervención, grupo, reparto de tareas, cambios, puesta en común y 2 reuniones para evaluaciones.

Se realizaron 3 talleres en 3 colegios de primaria adscritos a nuestra zona básica de salud, 3 sesiones/taller, de 1 hora de duración por sesión: Aulas de colegios, clima grupal cálido.

Asistentes: 78 Profesores (64 mujeres, 14 hombres).

2 Docentes/Observadores alternando.

Clima grupal cálido en aulas de colegios.

Presentación power point: Golpes, caídas, heridas y hemorragias, quemaduras, cuerpos extraños, intoxicaciones, Fiebre, convulsiones, crisis asmática, shock anafiláctico, convulsiones, pérdida de conocimiento, hipó-hiperglucemia, botiquín, RCP básica, teórica y práctica. Folios, bolígrafos, etiquetas, preservativos. Tormenta de ideas, rol-play, casos, práctica simulada, interactividad, entrega de documentación de interés, maniquí de reanimación cardiopulmonar (RCP) básica e interactividad. Manifiesto de inquietudes.

### Encuesta satisfacción:

Formato del programa: excelente 73,08%, bueno 30,77%.

Duración del taller: excelente 64,1%, bueno 35,9%.

Actualidad/Relevancia de la información: excelente 83,33%, bueno 6,67%.

Conocimiento de los docentes: excelente 96,15%, bueno 3,84%.

Accesibilidad de los docentes: excelente 97,44%, bueno 2,56%.

Material y recursos: excelente 64,1%, bueno 29,49%, regular 6,41%.

Expectativas del taller: excelente 71,79%, bueno 26,21%.

### Aspectos mejorables:

Mayor duración para: poder realizar más actividades prácticas, más formación, profundizar más en los temas y para que fuera posible realizar más actividades prácticas..

Repetirlo periódicamente.

### Otros temas interesantes:

Como actuar ante accidentes de tráfico.

### Observaciones:

Estuvieron atentos, hicieron preguntas, dudas y creencias erróneas que se resolvieron

La tormenta de ideas resultó adecuada y hubo mucha participación.

Muy receptivos, preguntas, dudas y creencias erróneas que se resolvieron.

Se realizaron evaluaciones continuas con muy buenos resultados, durante el desarrollo de cada tema mediante preguntas orales o aplicación inmediata de contenidos en la resolución de casos de urgencia sanitaria, que nos llevaron a cumplir con los objetivos propuestos.

Comentarios: una gran mayoría dijeron "Nos ha quitado bastantes dudas y ha sido de gran utilidad".

## CONCLUSIONES

Objetivos cumplidos, buena participación-colaboración. Demanda más tiempo y realizarlos periódicamente.

Estuvieron atentos, hicieron preguntas, dudas y creencias erróneas que se resolvieron

Objetivos cumplidos ampliamente, para prevenir y actuar en accidentes en centros escolares.

La tormenta de ideas resultó adecuada y hubo mucha participación.

Como conclusión podemos decir que los talleres obtuvieron unos resultados muy gratificantes.

La encuesta de satisfacción ha resultado adecuada.

Se realizaron evaluaciones continuas con muy buenos resultados, durante el desarrollo de cada tema mediante preguntas orales y aplicación inmediata de contenidos en la resolución de casos de urgencia sanitaria, con el propósito de cumplir con los objetivos propuestos.

La evaluación realizada de la encuesta de los discentes referente a la metodología empleada por los docentes en los talleres, nos ha permitido conocer su opinión sobre los mismos e incorporar las sugerencias y críticas con vistas a mejorar los talleres.

Para este año hemos incluido también colegios concertados y escuelas infantiles.

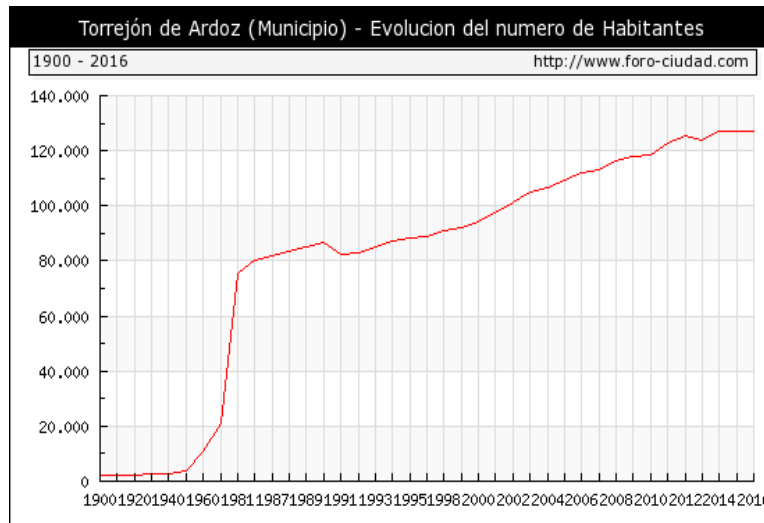
Este es un proyecto del grupo de trabajo de EpSalud de todos los centros de salud de Torrejón de Ardoz, que también han realizado los talleres con resultados muy similares a los nuestros, se han impartido en todos los colegios públicos de nuestro municipio, en total 20 colegios. Y en un futuro muy próximo lo vamos a presentar para validación y poder subirlo a la Biblioteca de Atención Primaria de la Comunidad, para que puedan utilizarlo todos los centros de salud de la comunidad, pudiéndolo adaptar a sus necesidades.

#### **BIBLIOGRAFÍA**

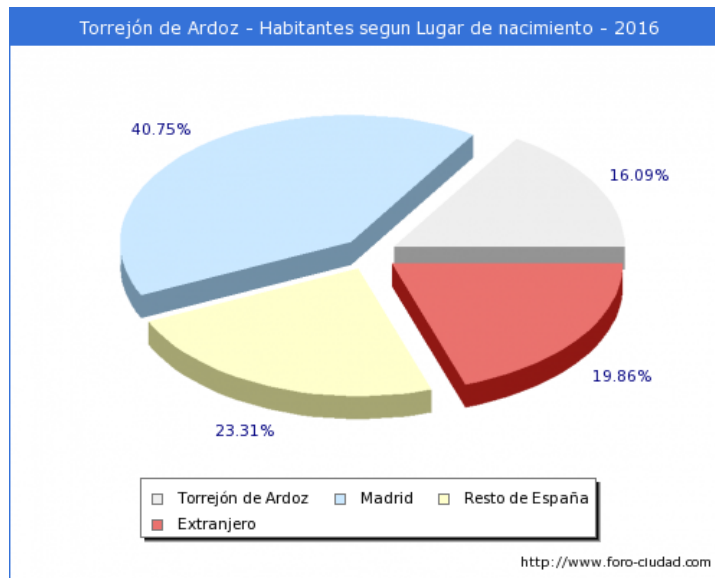
- 1.-<http://mpsp.webs.uvigo.es/rev01-1/Ottawa-01-1.pdf>
- 2.-[http://www.famp.es/racs/intranet/otras\\_secciones/documentos/CARTA%20DE%20OTTAWA.pdf](http://www.famp.es/racs/intranet/otras_secciones/documentos/CARTA%20DE%20OTTAWA.pdf)
- 3.-<http://www.fmed.uba.ar/depto/toxico1/carta.pdf>
- 4.<https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosario.pdf>
- 5.-<http://www.who.int/bulletin/volumes/87/5/09-050509/es/>
- 6.-[http://faros.hsjdbcn.org/adjuntos/348.1\\_guia\\_prevenccion\\_accidentes\\_escolares.pdf](http://faros.hsjdbcn.org/adjuntos/348.1_guia_prevenccion_accidentes_escolares.pdf)
- 7.[http://servicios2.abc.gov.ar/lainstitucion/organismos/dir\\_prov\\_educ\\_tecnica\\_profesional/formacion\\_profesional/documentos/manual\\_art\\_escuela.pdf](http://servicios2.abc.gov.ar/lainstitucion/organismos/dir_prov_educ_tecnica_profesional/formacion_profesional/documentos/manual_art_escuela.pdf)
- 8.[http://apps.wl.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet?\\_f=10&pident\\_articulo=80000085&pident\\_usuario=0&pcontactid=&pident\\_revista=51&ty=129&accion=L&origen=apccontinuada&web=www.apcontinuada.com&lan=es&fichero=v2n5a85pdf001.pdf&anuncioPdf=ERROR\\_publici\\_pdf](http://apps.wl.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=80000085&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=51&ty=129&accion=L&origen=apccontinuada&web=www.apcontinuada.com&lan=es&fichero=v2n5a85pdf001.pdf&anuncioPdf=ERROR_publici_pdf)
- 9.-<http://www.ayto-torrejón.es/plantilla.asp?nPagina=1&ccClave=31>
- 7.[http://www.madrid.org/cs/Satellite?pagename=PortalInmigrante/Page/INMI\\_pintarContenidoFinal&cid=1142340982052](http://www.madrid.org/cs/Satellite?pagename=PortalInmigrante/Page/INMI_pintarContenidoFinal&cid=1142340982052)
- 10.<http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DInforme+de+poblaci%C3%B3n+extranjera+empadronada+en+la+C.M.+Enero+2016.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DPortalInmigrante&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352904963383&ssbinary=true>
- 11.[http://www.madrid.org/cs/Satellite?pagename=PortalInmigrante/Page/INMI\\_pintarContenidoFinal&cid=1142340982052](http://www.madrid.org/cs/Satellite?pagename=PortalInmigrante/Page/INMI_pintarContenidoFinal&cid=1142340982052)
- 12.-<http://www.foro-ciudad.com/madrid/torrejón-de-ardoiz/mensaje-11461332.html>

GRAFICAS Y TABLAS:

Grafica 1 estadística población



Grafica 2 estadística población e inmigración



Grafica 3 organigrama de las sesiones

SESION	DURACION	LUGAR	CONTENIDOS	ACTIVIDADES	TÉCNICAS	MATERIALES
<u>1ª Sesión</u> Docentes	1 hora	Colegio	-Prevención de accidentes. -Entorno seguro -Seguridad personal	- Presentación y cohesión grupal. - Exposición magistral. -Manifiesto de inquietudes	Etiquetas con su nombre . <u>Power point</u> Tormenta de ideas Casos prácticos  Power point	Lápices de colores, ordenador, Cañón, Muñecos para RCP
<u>2ª Sesión</u> Docentes	1 hora	Colegio	-Actuación en caso de accidente. -Activación de emergencias  -RCP Básica	-Exposición magistral. - Algoritmo para emergenda.   -Exposición magistral	Talleres prácticos Power point  Talleres <u>prácticos</u>	
<u>3ª Sesión</u> Docentes	1 hora	Colegio				



# COMUNICACIONES POSTER



## PREMIOS COMUNICACIONES POSTER

**ID310:****CASO DE BROTE DE ESCABIOSIS EN CENTRO RESIDENCIAL, COORDINACIÓN ENTRE NIVELES PARA ASEGURAR LA ADHERENCIA A QUIMIOPROFILAXIS****PRIMER PREMIO POSTER**

Oliver García, Mercè<sup>a</sup>; Ortiz i Congost, Sònia<sup>a</sup>; Serra Peruchet, Anna<sup>a</sup>; Tarragona Tàssies, Eva<sup>a</sup>; Giralt Peiró, Montserrat<sup>a</sup>; Solé Boldú, Montse<sup>a</sup>.

<sup>a</sup> Enfermeras. ABS Balaguer. Institut Català de la Salut. Socias AIFiCC/FAECAP.

[moliver.lleida.ics@gencat.cat](mailto:moliver.lleida.ics@gencat.cat)

**RESUMEN**

**INTRODUCCIÓN:** Analizamos la adherencia terapéutica a quimioprofilaxis de casos y contactos en un brote de sarna.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** se realizó seguimiento del cumplimiento mediante diferentes agentes de salud coordinados entre sí (Área Básica de Salud –ABS-, salud pública): notificación a la dirección del ABS, coordinación para la búsqueda de contactos (familiares); charla informativa a trabajadores de la residencia y ABS; localización de contactos (familiares); prescripción y educación sanitaria sobre quimioprofilaxis; control adherencia.

**VALORACIÓN:** Recogida datos: individual (inspección piel en ingresados y contactos); del brote (encuestas epidemiológicas, reunión de coordinación residencia/salud pública, registro dispensación farmacéutica).

**PLAN DE CUIDADOS Y RESULTADOS:** El brote afectó: 15 residentes (17.85%), 9 trabajadores (13.8%). Erradicación del brote: 100% cumplimiento tratamiento afectados: 100% residentes, 100% trabajadores. Asegurar la adherencia a quimioprofilaxis en contactos: 100% residentes (84 ingresados, 16 centro día, 6 pisos tutelados), 100% trabajadores; 85.3% contactos.

**DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:** Hay un elevado cumplimiento en casos y contactos.

**ABSTRACT**

**INTRODUCTION:** We study the therapeutic adherence to chemoprophylaxis cases and contacts in scabies outbreak.

**CASE PRESENTATION:** The tracing of medication adherence was done through several health agents coordinated each other (Primary Care Center -PCC-, Public Health –PH-): notification to the PCC director, coordination for the search of contacts (family); informative meeting to the residential and PCC employees; location of contacts (family); prescription and health education about chemoprevention; medication adherence.

**Data collection:** individual (skin inspection of admitted people and their contacts); the outbreak (epidemiological inquest, coordination meetings residential/PH, pharmaceutical dispensing registration).

**CARE PLAN AND RESULTS:** outbreak affected 15 residents (17.85%) and 9 employees (13.8%). About medication adherence to eradicate the outbreak: 100% cases, 100% residents, 100% employees. About medication adherence of contacts: 100% other residents (84 admitted, 16 day center, 6 on guarded flats), 100% employees; 85.3% contacts/family.

**DISCUSSION/CONCLUSION:** There is an elevated accomplishment in cases and contacts.

**PALABRAS CLAVE**

Escabiosis, Cumplimiento a la Medicación, Quimiopreención, Atención Primaria de Salud, Salud Pública. Scabies, Medication Adherence, Chemoprevention, Primary Health Care, Public Health.



## INTRODUCCIÓN

La escabiosi (sarna) es una enfermedad contagiosa causada por la infestación de la piel por un parásito (ácaro). Sus síntomas característicos son prurito intenso y erupciones cutáneas, sobre todo entre los dedos de manos y pies<sup>1</sup>.

Es una enfermedad que se encuentra en todo el mundo, y puede afectar tanto niños como adultos de cualquier clase social. Se transmite fácilmente por contacto piel con piel.

Ocasiona un problema de salud importante en instituciones cerradas, como residencias, hospitales, donde convivientes y cuidadores pueden adquirir la enfermedad, lo que puede dar lugar a pequeñas epidemias<sup>1</sup>.

La adherencia al tratamiento es el grado de coincidencia del comportamiento de un paciente en relación al tratamiento farmacológico y no farmacológico recomendado por los profesionales de la salud<sup>2</sup>. La falta de adherencia al tratamiento puede comportar déficit en el control de la enfermedad, aumento de la demanda asistencial y extensión de las infecciones<sup>3,4</sup>.

Según el análisis realizado por la OMS, en los países desarrollados la adherencia terapéutica en pacientes que padecen enfermedades crónicas es sólo el 50%<sup>5</sup>. En algunos estudios apuntan a porcentajes más bajos en adhesión terapéutica, hasta el 40%<sup>6</sup>.

Los profesionales de enfermería de atención primaria y comunitaria tenemos un papel relevante para aumentar la adherencia al tratamiento. Una de nuestras funciones consiste en proporcionar conocimientos sobre la enfermedad, prevención de contagio, sintomatología y tratamiento. En lo que se refiere al tratamiento debemos dar información sobre la medicación y realizar una anamnesis al paciente. Durante todo el tratamiento, el personal de enfermería debe realizar un seguimiento de la adherencia al mismo, de manera que incrementamos la seguridad (posibles efectos adversos e interacciones) y mejoramos el cumplimiento.

A partir de un brote de escabiosis en una residencia de nuestra zona, se inicia la coordinación entre distintos agentes de salud de nuestro territorio. Los agentes de salud implicados fueron: Salud Pública, el servicio de Epidemiología, el equipo sanitario de la residencia y los profesionales sanitarios del Centro de Atención Primaria.

Analizamos la adherencia terapéutica a quimioprofilaxis de casos y contactos. A todos se realizó seguimiento para evaluar y asegurar su adherencia.

## PRESENTACIÓN DEL CASO

El Área Básica de Salud (ABS) de Balaguer es de tipo semi-rural, consta de un Centro de Atención Primaria i 25 consultorios locales. Presta atención a 28.000 habitantes aproximadamente. Dentro del ABS hay 7 centros residenciales y un centro socio-sanitario.

La residencia asistida Comtes d'Urgell se encuentra en la población de Balaguer y, actualmente, dispone de 86 plazas.

El 15 de diciembre de 2016, la unidad de Epidemiología territorial comunica a la Dirección del ABS que se ha detectado un brote de escabiosis en esta residencia.

El brote de sarna afectó a 15 residentes (17.85%) y 9 trabajadores (13.8%).

- El Caso índice/fuente: paciente de recién ingreso una semana antes del inicio de brote.

- El Diagnóstico gradual de los casos: los 3 primeros casos fueron detectados por el médico de la residencia, posteriormente se realizó una búsqueda activa de casos: se detectaron 12 casos más entre los residentes ingresados (diagnosticados por el médico residencial), y 9 trabajadores diagnosticados por parte de los médicos del ABS. El diagnóstico fue a partir de prurito y lesiones cutáneas (el patognomónico surco acarino y vesículas o nódulos).

- Actuación de los agentes de salud pública (SP): realizaron la encuesta epidemiológica (Imagen 1) y declaración obligatoria individual del brote; notificaron a la dirección del ABS y se coordinaron para la búsqueda de contactos (familiares); realizaron una sesión informativa a los trabajadores de la residencia (sobre la higiene de la ropa del centro, prevención del contagio y tratamiento).

- Actuación del ABS: informaron del brote a trabajadores sanitarios; localizaron los contactos (familiares); llevaron a cabo la prescripción y educación sanitaria de la quimioprofilaxis; y seguimiento de la adherencia al tratamiento.

Por motivos éticos, sólo se informó a familiares considerados contactos por SP. Todos los trabajadores fueron alertados de la confidencialidad del brote.

Cabe también destacar que no hubo ninguna complicación en ninguno de los pacientes afectados.

## VALORACIÓN

Recogida de datos:

a) Valoración individual: inspección de piel de todos los ingresados y contactos (trabajadores y familiares). Cabe destacar que todos los pacientes afectados, tanto ingresados en la residencia como usuarios, presentaron los mismos signos clínicos: prurito intenso y lesiones cutáneas (lesiones interdigitales en manos y pies, líneas delgadas en surcos de la piel, lesiones por rascado).

b) Valoración del brote: encuestas epidemiológicas del brote (Imagen 1), reunión de coordinación con residencia y agentes de SP, registro dispensación farmacéutica (ECAP/SIRE).

Del corte transversal del brote resultó una población total de contactos de 205 personas. Todos tenían alteración de la necesidad 9- Evitar los peligros del entorno.

Las variables de estudio fueron: escabiosis (si/no), cumplimiento quimioprofilaxis (si/no), origen (residente ingresado, centro de día, piso tutelado, trabajador, familiar). Análisis de datos: variables categóricas descritas a partir del cálculo de frecuencias absolutas y relativas; uso de software Office Excel.

## PLAN DE CUIDADOS y RESULTADOS

### 1.-Erradicar el brote<sup>7,8,9</sup>:

00193.-Descuido personal, relacionado con deterioro funcional, caracterizado por higiene personal inadecuada.

NOCs: 0305-Autocuidados-higiene.

1609-Conducta terapéutica: enfermedad/lesión.

NICs: 2316-Administración de medicación-tópica.

1800-Ayuda al autocuidado.

Una vez detectado el brote, se inició inmediatamente el tratamiento a todos los residentes y trabajadores afectados que consiste en aplicar crema Permetrina al 5% el día 0 y el día 7 post-infección. Asimismo, se procedió al aislamiento de los residentes afectados. Se aplicaron las medidas higiénicas para controlar la infección: limpieza de la ropa personal, ropa de cama y toallas utilizadas por la persona infestada, desde 2 días antes del tratamiento. Se lavó con agua caliente, más de 60º y secada con la secadora. La ropa que no pudo tratarse de esta manera, se introdujo en una bolsa de plástico y se dejó cerrada durante una semana.

100% cumplimiento tratamiento afectados: 15/15 residentes, 9/9 trabajadores (Gráfico 1).

### 2.-Asegurar la adherencia a quimioprofilaxis en contactos<sup>7,8,9</sup>:

00004.-Riesgo de infección, relacionado con la exposición ambiental y conocimiento insuficiente para evitar la exposición a patógenos.

NOC: 1808-Conocimiento: medicación.

NIC: 2395-Control de medicación.

00082.-Manejo efectivo del régimen terapéutico.

NOCs: 1601-Conducta de cumplimiento.

1813-Conocimiento: régimen terapéutico.

NICs: 5616-Enseñanza: medicamentos prescritos.

6540-Control infecciones.

6630-Aislamiento.

5510-Educación sanitaria.

1800-Ayuda al autocuidado.

El equipo de Salud Pública realizó una sesión informativa al centro residencial. La dirección de la residencia avisó a todos los contactos y los derivó al Centro de Atención Primaria (o su consultorio de referencia) para la realización de la quimioprofilaxis. Desde el ABS se asumió la tarea de la prescripción farmacológica del tratamiento y el seguimiento de la adherencia al mismo.

Cumplimiento quimioprofilaxis en contactos: 100% residentes (84 ingresados, 16 centro día, 6 pisos tutelados), 100% trabajadores (65); 85.3% contactos (29 de 34) (Gráfico 2).

### DISCUSIÓN / CONCLUSIONES

El 100% de pacientes afectados siguieron el tratamiento prescrito. La adherencia a la quimioprofilaxis de los familiares/contactos fue de un 85,3%. Se trata de un elevado cumplimiento, en parte, gracias a la intervención y seguimiento de los profesionales de enfermería de nuestra ABS.

Destacamos la implicación y coordinación de todos los agentes de salud para el seguimiento y la erradicación del foco.

Después de esta experiencia, el Equipo de Atención Primaria ha encabezado la propuesta de crear una comisión interdisciplinaria, con todos los agentes de salud territoriales, destinada al abordaje de situaciones que pongan en riesgo la salud de la comunidad que puedan producirse en un futuro.

### BIBLIOGRAFÍA

- 1- Sarna. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000830.htm>
- 2- World Health Organization (WHO). Adherence to Long-Term Therapies. 2004.
- 3- Martín L. Acerca del concepto de adherencia terapéutica. *Rev Cubana Salud Pública* [online] 2004;30(4):0-0. ISSN 0864-3466.
- 4- Salinas E, Nava G. Adherencia terapéutica. *Enf Neurol (Mex)* 2012; 11(2):102-104.
- 5- Martín L. Repercusiones para la salud pública de la adherencia terapéutica deficiente. *Rev Cubana Salud Pública* [on line] 2006; 32(3):0-0. ISSN 0864-3466.
- 6- Ortiz M, Ortiz E. Psicología de la salud: Una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica. *Rev Méd Chile* 2007; 135:647-652.
- 7- Moorhead S et al. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 2008. 4ª Edición. Ed Elsevier-Mosby.
- 8- McCloskey J et al. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 2008. 5ª Edición. Ed Elsevier-Mosby.
- 9- Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2007-2008. NANDA Internacional. Ed Elsevier.

**GRÁFICOS Y/O TABLAS**

**IMAGEN 1.** Encuesta epidemiológica de caso de escabiosis.

**ENQUESTA EPIDEMIOLÒGICA DE CAS D'ESCABIOSI**

Cas núm.

**Dades del pacient**

---

Nom \_\_\_\_\_ Cognoms \_\_\_\_\_

Data naixement \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Gènere \_\_\_\_\_

Data entrada centre \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Data sortida \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Habitació \_\_\_\_\_ Mòdul \_\_\_\_\_

Resident o treballador \_\_\_\_\_

---

**Dades clíniques**

---

Data inici dels símptomes \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Localització	Si	No	Ns/Nc
- Mans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Extremitats superiors	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Coll/cara	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Tronc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Extremitats inferiors	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Generalitzada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Símptomes	Si	No	Ns/Nc
- Picor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Vesícules	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Pàpules	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Solcs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Lesions per rascat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Qui ha realitzat el diagnòstic

Dermatòleg

Metge d'Atenció Primària. Especificar \_\_\_\_\_

Data diagnòstic \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Tractament amb \_\_\_\_\_

Data 1r tractament \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Data 2n tractament \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Altres tractaments anteriors \_\_\_\_\_ Dates \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Dades epidemiològiques**

Contacte amb cas conegut d'escabiosi SI  NO

Lloc \_\_\_\_\_

Nombre de contactes familiars convivents \_\_\_\_\_

Nombre de contactes familiars convivents afectats \_\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

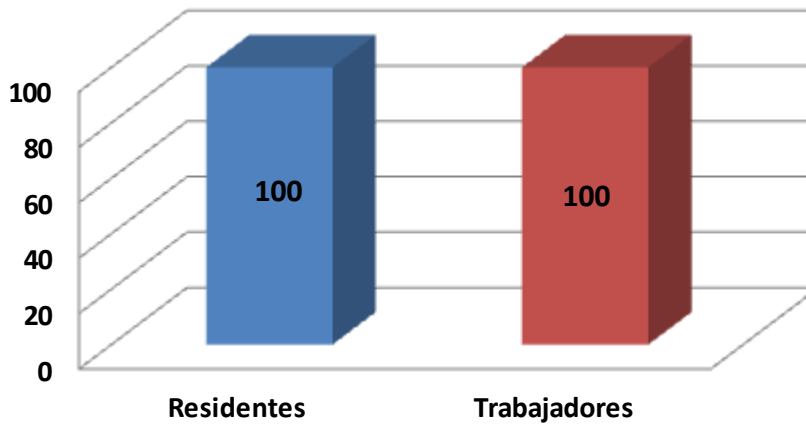
\_\_\_\_\_

Data de tractament dels contactes familiars \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

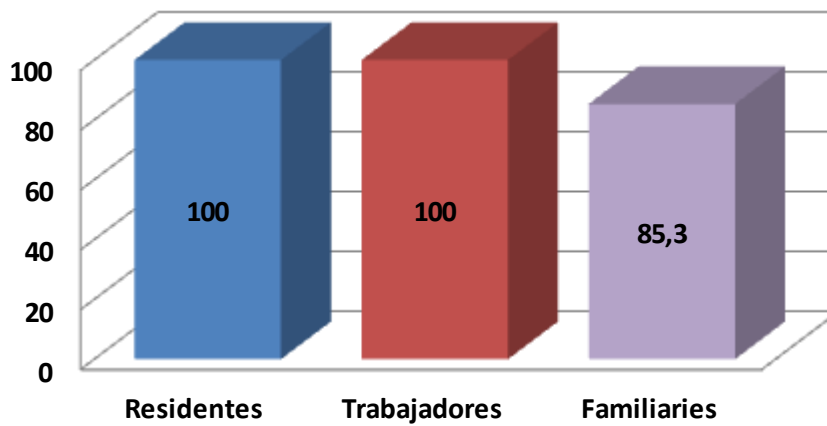
**Observacions**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Gráfico 1. Cumplimiento quimioprofilaxis entre los casos de escabiosis**



**Gráfico 2. Cumplimiento quimioprofilaxis entre los contactos**



ID167

## PARTICIPACIÓN Y EMPODERAMIENTO DE LOS ESTUDIANTES SOBRE EL ACOSO ESCOLAR O BULLYING

### PREMIO POSTER EIR

Sara García Rivas<sup>1</sup>, Francisco Javier Gómez Sánchez<sup>2</sup>, José Ignacio España<sup>3</sup>

Unidad Docente Este, Residente de Enfermería Familiar y Comunitaria. C.S. Barajas<sup>1</sup>; Unidad Docente Este, Residente de Enfermería Familiar y Comunitaria. C.S. Mar Báltico<sup>2</sup>; Unidad Docente Este, Residente de Enfermería Familiar y Comunitaria. C.S. Vicente Muza<sup>3</sup>

[sgrivas@salud.madrid.org](mailto:sgrivas@salud.madrid.org)

#### RESUMEN

**Objetivo:** profundizar en el rol de la enfermera en la comunidad, sobre el Bullying, para capacitar en su detección y el abordaje, favoreciendo en la participación y el empoderamiento de los estudiantes.

**Metodología:** revisión bibliográfica de la literatura científica publicada en las principales bases de datos (Cochrane Plus, PubMed, Medline, Scielo, Embase, LILACS, CUIDEN, GuíaSalud) y otras fuentes como páginas web 2.0 dedicadas al acoso escolar.

**Resultados:** en España la incidencia del acoso escolar es del 23%, casi uno de cuatro estudiantes, presentándose en mayor porcentaje en chicas con edades entre 11-13 años y siendo el tipo de conducta de agresión más frecuente la verbal mediante insultos.

El rol de la enfermera se considera una pieza clave en la detección de estos casos para promover la detección temprana e intervención eficaz así como para prevenirlo y responder eficazmente.

**Discusión:** existe limitada investigación con evidencia científica sobre su abordaje por la enfermería. Se recomienda la creación de protocolos y guías, así como la creación de una consulta/revisión en Atención Primaria dirigida a los adolescentes para capacitarles en conocimientos y realizar EpS en las aulas de los Colegios en la ESO para hacerles partícipes de este problema.

**Conclusiones:** es necesaria una mayor investigación en el ámbito de las intervenciones enfermeras que permitan mantener el derecho de proteger la salud de este colectivo y evitar sus múltiples consecuencias.

#### ABSTRACT

**Objective:** deepen the role of the nurse in the community, on the Bullying, to train in its detection and the approach favoring in the participation and the empowerment of the students. Methodology: bibliographic review of the scientific literature published in the main databases (Cochrane Plus, PubMed, Medline, Scielo, Embase, LILACS, CUIDEN, GuíaHealth) and other sources such as web 2.0 pages dedicated to bullying.

**Results:** In Spain the incidence of bullying is 23%, almost one in four students, presenting a higher percentage in girls aged 11-13 years and being the type of behavior of aggression more frequent verbal abuse. The role of the nurse is considered a key element in detecting these cases to promote early detection and effective intervention as well as to prevent and respond effectively.

**Discussion:** There is limited research with scientific evidence about their approach to nursing. It is recommended the creation of protocols and guidelines, as well as the creation of a consultation / review in Primary Care directed to adolescents to train them in knowledge and to perform EpS in the classrooms of the Schools in the ESO to make them participate in this problem.

**Conclusions:** more research is needed in the field of nursing interventions that allow the maintenance of the right to protect the health of this group and avoid its multiple consequences.

#### PALABRAS CLAVE

Acoso escolar, agresión, enfermería, España, estadística, estudiantes, rol.

Bullying, aggression, nursing, Spain, statistics, students, role.

## INTRODUCCIÓN/JUSTIFICACIÓN/OBJETIVO

El Acoso Escolar o Bullying es una forma de violencia entre iguales que puede parecer un fenómeno reciente pero no es exactamente así. Ya en la década de 1970, el Dr. Dan Olweus inició la primera investigación mundial sobre la agresión en las escuelas refiriendo que es un fenómeno muy antiguo pero solo hasta hace poco se empezó a tomar conciencia de él.

Esta forma de abuso que puede existir en cualquier ámbito donde convive un grupo de personas, pero ocurre con más frecuencia en el ámbito escolar de niños y adolescentes. Se diferencia de las agresiones esporádicas porque implica comportamientos reiterados de una o más personas, las cuales, ejercen un comportamiento lesivo, intencional, y repetido en el tiempo contra otro u otros individuos, que se caracteriza por un abuso sistemático que causa desequilibrio del poder (física, psicológica o socialmente). Siendo los implicados víctimas, agresores y espectadores. Esta conducta puede expresarse de diferentes formas: como agresión física, verbal, psicológica y social.<sup>1,2,3,4</sup>

El estado actual del acoso escolar se ve según informes de la fundación ANAR (Ayuda a Niños y Adolescentes en Riesgo), donde los casos de acoso escolar atendidos en 2015 crecieron un 75% frente al año anterior y desde enero de 2016 crecen las llamadas de padres, profesores, niños/as y adolescentes con un alto nivel de ansiedad por sentirse objeto de acoso. El 46% de los casos atendidos en 2015 fueron chicos y chicas de entre 11-13 años (edad media 11.9), siendo mayor el porcentaje de mujeres que de hombres. Además las estadísticas presentadas muestran que el 40% de los afectados sufre el acoso desde hace más de un año en duración y el 70% es a diario, en frecuencia.<sup>4</sup>

Además, en el estudio de SavetheChildren donde se realizó una encuesta en 2016 a una muestra de 21487 estudiantes de toda España entre 1º-4ºESO donde se mostraba un 9,3% acoso escolar siendo mayor en mujeres (10,6%) que en hombres (8%) y sobre todo los porcentajes más elevados se daban en Andalucía, Melilla, Islas Baleares y Murcia. Dándose mayor acoso escolar entre los jóvenes de 1º-2ºESO (11,2%) que en el resto de cursos (7,4%). El tipo de conducta de agresión más frecuente es verbal mediante insultos. Las víctimas consideran que han sido acosadas fundamentalmente para ser molestadas por su aspecto físico o porque les tenían "manía". La mayoría de los acosadores reconoce no saber qué motiva su comportamiento, la segunda causa más declarada para el acoso tradicional es gastar una broma y la tercera para molestarle.<sup>5</sup>

Insertar imagen 1, 2, 3 y 4.<sup>5</sup>

Las víctimas de acoso mostraron menor autoestima y habilidades comunicativas. Mientras que los niños y niñas con conductas de agresión de acoso destacaron en más baja autoestima, menor empatía cognitiva y afectiva, menos asertividad y una más baja capacidad para resolver conflictos. En la imagen 5 se muestran las características tanto de la víctima como del agresor y en la 6 se muestra un resumen del comportamiento, las consecuencias y las formas de darnos cuenta de cada uno de los participantes del Bullying.<sup>5</sup>

Insertar imagen 5, 6.<sup>4,5</sup>

Conociendo la población diana sobre la que más se produce el acoso escolar y viendo la pérdida de calidad de vida en cuanto a que dicha acción negativa e intencionada sitúa a las víctimas en posiciones difíciles que provocan disminución de autoestima, estados de ansiedad e incluso cuadros depresivos lo que hace complicada su integración en el ámbito escolar y en el desarrollo normal del aprendizaje (Olweus, 1993). Con todo ello, deberemos romper con la "*Ley del Silencio*" y capacitar a la población para detectar y abordar los casos de acoso escolar. Para ello como objetivo nos marcamos qué función desempeña la enfermera de atención primaria para favorecer la participación y el empoderamiento de los estudiantes sobre el acoso escolar o Bullying.<sup>1,3,4</sup>

## DESARROLLO

### Metodología

Para la realización del trabajo y, por tanto, para responder al objetivos planteado, me basaré en una revisión bibliográfica de la literatura científica publicada en las principales bases de datos, tanto en español como en inglés (Cochrane Plus, PubMed, Medline, Scielo, Embase, LILACS, HSTAT) y otras fuentes como páginas web 2.0 y 3.0 dedicadas al bullying o acoso escolar.

Para la inclusión de estudios de la revisión en la literatura científica va a estar basado en la pirámide de evidencia científica, excluyendo la literatura basada en experimentos con animales y que no esté centrada en los términos de búsqueda y en el objetivo principal. Por tanto los estudios incluirán literatura científica que aludan a la temática y que estén centrados en población adolescente. Además



se ha centrado teniendo en cuenta el tipo de diseño y fecha de publicación que no posee más de 10 años de antigüedad.

A la hora de la búsqueda he decidido incluir los siguientes términos de búsqueda, los cuales se han revisado en descriptores de Ciencias de Salud (DeCS y Mesh): acoso escolar, agresión, enfermería, España, estadística, estudiantes (En inglés: Bullying, aggression, nursing, Spain, statistics, students). Se han encontrado 151 artículos de literatura científica aplicando los términos de búsqueda y criterios de inclusión-exclusión, de los cuales 18 artículos han sido seleccionados y 9 revisados.

## Resultados

El acoso escolar o Bullying es considerado como problema de salud pública aunque es poco calificado como un diagnóstico en el campo de la salud asistencial. En España, la incidencia del acoso escolar es del 23%, es decir, casi uno/a de cuatro estudiantes lo sufre. Es un problema que actualmente está saliendo a la luz como consecuencia de la mayor concienciación y mayor abordaje del gran número de casos en nuestro país pero supone un gran desafío. En páginas web 2.0 (Stopbullying.gov) nos muestra como los profesionales de la sanidad y salud pública deben crear conciencia sobre este tipo de acoso y compartir la información necesaria sobre las actividades y respuestas más apropiadas y eficaces.<sup>1, 2, 6</sup>

Los profesionales que prestan servicios de salud a los jóvenes pueden ayudar a limitar las consecuencias negativas del acoso escolar a través de la prevención, detección temprana y la intervención eficaz.<sup>6</sup> Para promover la detección temprana y la intervención eficaz se deberá realizar preguntas en las visitas de los pacientes a fin de valorar las interacciones del niño o adolescente con sus compañeros y la posible exposición al acoso escolar; se valorarán conductas inusuales de fobia escolar, problemas de atención, o afecciones psicósomáticas; intervenir con rapidez cuando los factores de riesgo son evidentes para los niños que acosan y aquellos que son víctimas del acoso escolar, prestando especial atención a las poblaciones que están en mayor riesgo (lesbianas, gays, bisexuales y transexuales y jóvenes con discapacidad); ayudar a los padres y cuidadores en la respuesta a las señales del acoso escolar.<sup>6</sup>

En cuanto a promover la prevención y respuesta eficaces contra el acoso escolar se debería capacitar y educar de manera continuada sobre estrategias de prevención del acoso escolar en programas de salud, seguridad, áreas sanitarias y enseñanza.<sup>6</sup>

El personal de enfermería como parte de un equipo multidisciplinar tiene un papel relevante en la captación de pacientes en rango de edad escolar a través de la consulta continuada, lo cual ubica a este estamento en una posición privilegiada para apoyar en la resolución de conflictos, estrategias de afrontamiento y en la capacitación en habilidades sociales para adquirir conductas asertivas y no agresivas o pasivas.<sup>4</sup>

Insertar imagen 7.<sup>4</sup>

Existen diagnósticos enfermeros apoyados por la literatura científica encontrada como Conflicto de decisiones y Disposición para mejorar la toma de decisiones que deberían usarse como metodología de trabajo en la toma de decisiones sobre la salud por parte del equipo enfermero para facilitar el proceso. Los estudios más destacables realizados en nuestro país, a nivel nacional, con el fin de analizar la violencia escolar en los centros educativos españoles son cinco. Los cuales nos muestran un resumen de cómo afecta el acoso escolar a la población joven<sup>7, 8</sup>:

1. Encuesta sobre las Relaciones de Convivencia en los Centros Escolares y en la Familia (Martín, Rodríguez, y Marchesi, 2003), donde nos muestra resultados tales como que las formas más habituales en que se manifiesta el bullying son los insultos y críticas, opinado tanto desde el punto de vista de las víctimas (49.4%) como de los agresores (43.6%), mientras que lo menos frecuente es la agresión física según las víctimas (12.4%) y el chantaje y las amenazas según los agresores (8.7%). No obstante, los resultados muestran como los varones maltratan más habitualmente a través de la agresión física y el chantaje, mientras que las mujeres lo hacen a través de insultos y críticas.

2. Informe sobre Violencia entre Compañeros en la Escuela (Serrano e Iborra, 2005), realizado mediante entrevista telefónica a 800 adolescentes entre 12-17 años, escolarizados en centros de Educación Secundaria Obligatoria de todo el país. Los resultados muestran que el 75% de los jóvenes entrevistados han sido testigos de agresiones en el centro escolar, siendo la mayoría de los maltratos observados de tipo emocional (84.3%) y físico (76.5%), y los menos observados los que se refieren al abuso sexual (1.3%).

3. Informe Cisneros X, Acoso y Violencia Escolar en España (Oñate y Piñuel, 2007), realizado a través de un cuestionario con el que los estudiantes valoran tanto la frecuencia con la que sufren conductas de hostigamiento como la aparición de posibles daños psicológicos derivados del mismo. En el estudio participaron 24990 alumnos de 2º de Educación Primaria a 1º de Bachillerato. De los resultados de este informe, cabe destacar que la tasa de acoso escolar se sitúa en torno a un 23.3% y, dentro de este, más del 25% de los alumnos y alumnas refieren sufrirlo desde hace un curso o más.

Las modalidades de acoso y violencia escolar más frecuentemente sufrida son el bloqueo y el hostigamiento (29.3% y 20.9% respectivamente), mientras que otras consideradas más graves como las agresiones y amenazas se dan entre un 13% y un 9%. En cuanto a los comportamientos se señalan como más frecuentes los relacionados con violencia de tipo verbal y la exclusión social: llamar por motes (13.9%) o no hablar (10.4%) a algún compañero o compañera.

Respecto a las secuelas psicológicas que se derivan están la disminución de la autoestima, las somatizaciones, la depresión, los síntomas de estrés postraumático y la autoimagen negativa, aparecen con una frecuencia superior al 50%.

Otro dato mucho más positivo que se desprende de este Informe es que la mayoría de los estudiantes acosados (el 75%) no responden con violencia al acoso.

4. Violencia Escolar: El Maltrato entre Iguales en la Educación Secundaria Obligatoria 1999-2006 (Defensor del Pueblo-UNICEF, 2007) realizado sobre una muestra de 3000 estudiantes de Educación Secundaria Obligatoria y evaluado desde las tres partes, víctima, agresor y espectador.

Desde el punto de vista de la víctima se aprecia mayor prevalencia de agresión verbal y exclusión social. Siendo lo más frecuente que se hable mal sobre otro compañero o compañera (31.6% de los casos) o ser ignorado (10.5%). Les siguen por orden de frecuencia las agresiones físicas indirectas, siendo lo más frecuente el esconder cosas de la víctima (16%), y las conductas de amenaza. Es de destacar que precisamente aquellas conductas violentas consideradas más graves, agresión física directa y acoso sexual, son justamente las menos frecuentes, no alcanzando el cuatro ni el uno por ciento respectivamente. Respecto al uso de las TIC cabe decir que el 5.5% del alumnado dice sufrir acoso a través de estos medios.

Desde el punto de vista del agresor la frecuencia de los distintos tipos de agresiones es bastante similar a la informada por las víctimas, excepto que los agresores confiesan pegar más de lo que las víctimas perciben (5.3% frente a 3.9%). Los agresores confiesan utilizar las TIC como herramientas para maltratar a sus compañeros en un 5.4% de los casos.

Respecto a los espectadores, es el porcentaje de alumnado que dice ser testigo de maltrato. Las conductas agresivas observadas con mayor frecuencia son las que se refieren a insultar (89.8%), hablar mal de alguien (89.7%), poner motes (88.9%), ignorar (82.9%) y esconder cosas (73.3%). Al igual que sucedía en el caso de las víctimas y los agresores, aquellas conductas consideradas más graves (amenazar con armas o acosar sexualmente) son también las que los testigos informan como menos frecuentes (menor del 10%). Tal como sucede con el resto de los tipos de maltrato, el abuso usando las TIC se muestra como mucho más frecuente desde la perspectiva de los testigos, un 25%, que desde la perspectiva del agresor/agresora o de la víctima.

5. Estudio estatal sobre la Revista de Formación del Profesorado e Investigación Educativa convivencia escolar en los centros de Educación Secundaria Obligatoria (Díaz-Aguado, 2010), realizado a través de un cuestionario informatizado. En él participan un total de 23000 estudiantes de Educación Secundaria Obligatoria pertenecientes a 301 centros de todo el país, que fueron seleccionados mediante muestreo aleatorio estratificado proporcional al tamaño de la población.

De entre los resultados que se ofrecen, cabe destacar que el 84.4% de los estudiantes evaluados declara no haber sido víctima de acoso durante los últimos meses, frente a un 3.8% que declaran haberlo sido a menudo o muchas veces. Similares porcentajes se encuentran respecto a los agresores, siendo el 2.4% los y las alumnas encuestados que dicen haber acosado a algún compañero en los últimos meses.

Respecto a cómo se posiciona el alumnado ante los episodios de violencia, el 80.2% declara que bien intervienen para impedir la agresión o bien creen que deberían intervenir.

Por el contrario, el 6% del alumnado participa en esas agresiones. Llama la atención que el 13.9% de los estudiantes permanezcan impasibles ante este tipo de suceso.

Tienden a confirmarse los resultados obtenidos por otros estudios. Así, las agresiones de tipo verbal son la que se dan de forma más reiterada, y entre ellas lo más frecuente es insultar, ofender o ridiculizar, que sucede en el 4.9% de las veces. A estas les siguen las situaciones de exclusión social, no dejar

participar, ignorar o rechazar, que ocurren “a menudo” y “muchas veces” entre el 4.7% y el 3.2%, y las situaciones de violencia indirecta (robar o romper cosas). Otras formas de violencia consideradas más graves como pegar, amenazar para hacer algo, amenazar con armas o intimidar con frases de carácter sexual, presentan una frecuencia mucho menor, situándose todas ellas por debajo del 1%. Las situaciones en las que se incluyen las TIC son igualmente poco frecuentes, utilizándose estas herramientas para grabar o hacer fotos a compañeros y posteriormente amenazar con ellas o difundirlas (entre el 0.3% y el 0.4%).

Por todo ello y, además de otros profesionales, el rol de la enfermera en el Bullying o acoso escolar debe considerarse importante ya que es una pieza clave en la detección de estos casos<sup>6</sup>.

Nuestro objetivo principal como enfermeras es mantener la calidad de vida de los niños en edad escolar, esto implica la atención integral del individuo, atendiendo a los aspectos físicos, psíquicos y sociales para favorecer su bienestar y desarrollo integral atendiendo a sus necesidades y problemas de salud, promover la salud y prevenir la enfermedad<sup>1, 2, 6</sup>.

Bien es cierto que en países como Londres, EEUU, Francia, Escocia y Suecia la figura de la Enfermera Escolar está plenamente implantado. Sin embargo, en España hay un gran debate entre la enfermería escolar y la comunitaria, ya que dicha figura en la enseñanza pública aún no se encuentra implantada y la ausencia, se cubre por las enfermeras comunitarias y los programas de salud escolar.<sup>9</sup>

Con esta revisión se pretende hacer ver la poca cobertura sanitaria en el ámbito escolar y de la problemática del Bullying tan presente en la actualidad. Ya que en la búsqueda de literatura no se ha podido identificar mucha investigación acerca de este tema en el ámbito enfermero.<sup>9</sup>

Además, se pretende fomentar tanto la presencia de una Enfermera Escolar como la presencia de una figura en la Zona Básica de Salud como es la Enfermera de Atención Primaria para la creación de una consulta dirigida a los adolescentes de 11-13 años para capacitarles mayores conocimientos tanto a ellos como a sus padres de la problemática a tratar y realizar EpS en las aulas de los Colegios en la Educación Secundaria Obligatoria para ampliar nuestros márgenes y abordar este problema tan actual.

## DISCUSIÓN

La enfermería práctica intervenciones de EpS a la comunidad y, por tanto, a las escuelas, lo que les convierte en idóneos para la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, intervención, seguimiento y cuidado de escolares.

Pese a esto, la OMS revela que la EpS en centros escolares es deficitaria, lo que complica a los profesionales sanitarios para convertirse en verdaderos agentes generadores de salud, los cuales deben fortalecer los estilos de vida saludable desde la infancia a través de la familia y la escuela.<sup>9</sup>

De todos los estudios se desprenden varias ideas que son esenciales de cara a desarrollar estrategias y programas de intervención que ayuden a mejorar el clima de convivencia escolar por lo que debe animarnos a hacernos conscientes de tratar esta temática. Sin embargo, en la literatura encontrada existe limitada investigación con evidencia científica sobre su abordaje por la enfermería. Se recomienda la creación de protocolos y guías, así como la creación de una consulta/revisión con seguimiento en Atención Primaria dirigida a los niños y adolescentes para capacitarles en conocimientos y realizar EpS en las aulas de los Colegios en la ESO para hacerles partícipes de este problema tan actual.

## CONCLUSIONES

El personal de enfermería como parte de un equipo multidisciplinar tiene la responsabilidad compartida de empoderar a la comunidad para que la persona tenga los conocimientos y autonomía necesarios para la resolución de conflictos tales como el acoso escolar.

La enfermera tiene un papel relevante en la captación de pacientes en rango de edad escolar a través de la consulta continuada, lo cual ubica a este estamento en una posición privilegiada para apoyar en la resolución de conflictos, estrategias de afrontamiento y en la capacitación en habilidades sociales para adquirir conductas asertivas y no agresivas o pasivas<sup>4</sup>.

De hecho existen diagnósticos enfermeros apoyados por la literatura científica encontrada como Conflicto de decisiones y Disposición para mejorar la toma de decisiones que deberían usarse como metodología de trabajo en la toma de decisiones sobre la salud por parte del equipo enfermero para facilitar el proceso.

Con todo ello, no cabe duda de la importancia de la actuación enfermera respecto a este maltrato entre iguales hace necesaria una mayor investigación en el ámbito de las intervenciones enfermeras que

permitan mantener el derecho, descrito en la Constitución Española, de proteger la salud de este colectivo y evitar sus múltiples consecuencias.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Castillo Pulido LE. El acoso escolar de las causas, origen y manifestaciones a la pregunta por el sentido que le otorgan los actores. *Magis: Revista Internacional de Investigación en Educación* [Internet]. 2011 [Citado en 10 Octubre 2016]. 4 (8): 415-428. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4435188>
2. Pichardo Galán JI, De Stéfano Barbero M, Faure J, Sáenz M, Williams Ramos J. Abrazar la diversidad: propuesta para una educación libre de acoso homofóbico y transfóbico [Internet]. España: Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad; 2015 [Citado en 10 Oct 2016]. 184 p. Disponible en: [http://www.inmujer.gob.es/actualidad/NovedadesNuevas/docs/2015/Abrazar\\_la\\_diversidad.pdf](http://www.inmujer.gob.es/actualidad/NovedadesNuevas/docs/2015/Abrazar_la_diversidad.pdf)
3. Loredo-Abdalá A, Perea-Martínez A, López-Navarrete GE. "Bullying: acoso escolar. La violencia entre iguales. Problemática real en adolescentes. *Acta PediatrMex* [Internet]. 2008 [Citado en 10 Octubre de 2016]. 29(4): 210-4. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/actpedmex/apm-2008/apm084e.pdf>
4. Barajas Ramírez M, Caballero Laín M, Martín Hernández MV, Ramos Alía AE. Reírte con el Bullying te transforma en cómplice [Internet]. España: fundación ANAR; 2016 [Citado en 10 Oct 2016]. 31 p. Disponible en: [http://www.acabemosconelbullying.com/recursos/pdf/BULL\\_profesores.pdf](http://www.acabemosconelbullying.com/recursos/pdf/BULL_profesores.pdf)
5. Calmaestra J, Escorial A, García P, Del Moral C, Perazzo C, Ubrich T. Yo a eso no juego, Bullying y cyberbullying en la infancia [Internet]. España: Savethechildren; 2016 [Citado el 10 Oct 2016]. 132 p. Disponible en: [https://www.savethechildren.es/sites/default/files/imce/docs/yo\\_a\\_eso\\_no\\_juego.pdf](https://www.savethechildren.es/sites/default/files/imce/docs/yo_a_eso_no_juego.pdf)
6. Stopbullying.gov. Comprender el papel de los profesionales de la salud y seguridad en los esfuerzos de prevención del acoso escolar en toda la comunidad [Internet]. Washington: Stopbullying.gov [revisado en Nov 2016]. Disponible en: <https://espanol.stopbullying.gov/index.html>
7. Dobarro A. Revisión de los principales estudios sobre la incidencia de la violencia escolar en Asturias. *Magister: Revista miscelánea de investigación*. 2011 (24): p.77-89.
8. Defensor del Pueblo-UNICEF (2007). *Violencia escolar: el maltrato entre iguales en la Educación Secundaria Obligatoria 1999-2006*. Madrid: Publicaciones de la Oficina del Defensor del Pueblo.
9. Encinar Casado A. Enfermería Escolar. La situación hoy en día. *RevenfermCyL* [Internet]. 2015 [Citado en 10 Nov 2016]. 1 (7): 56-61. Disponible en: <http://www.revistaenfermeriacyl.com/index.php/revistaenfermeriacyl>

#### GRÁFICOS Y/O TABLAS

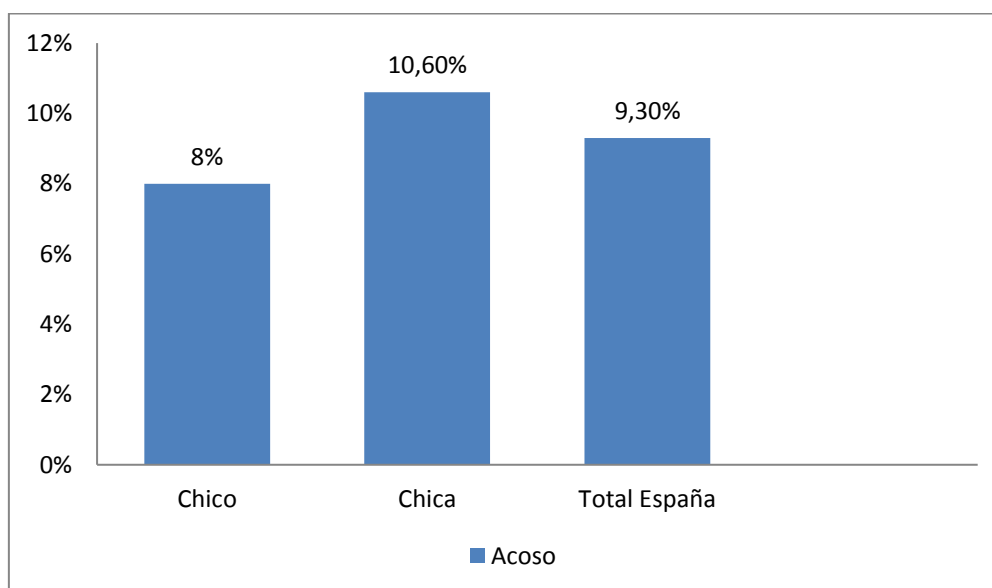


Imagen 1. Porcentaje de acoso según el sexo.

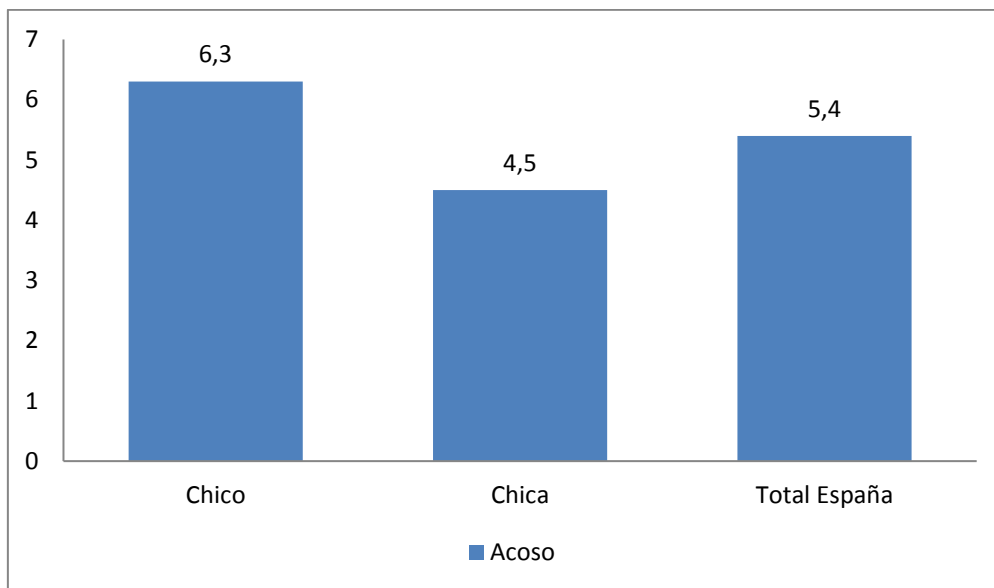


Imagen 2. Porcentaje de agresores según género.

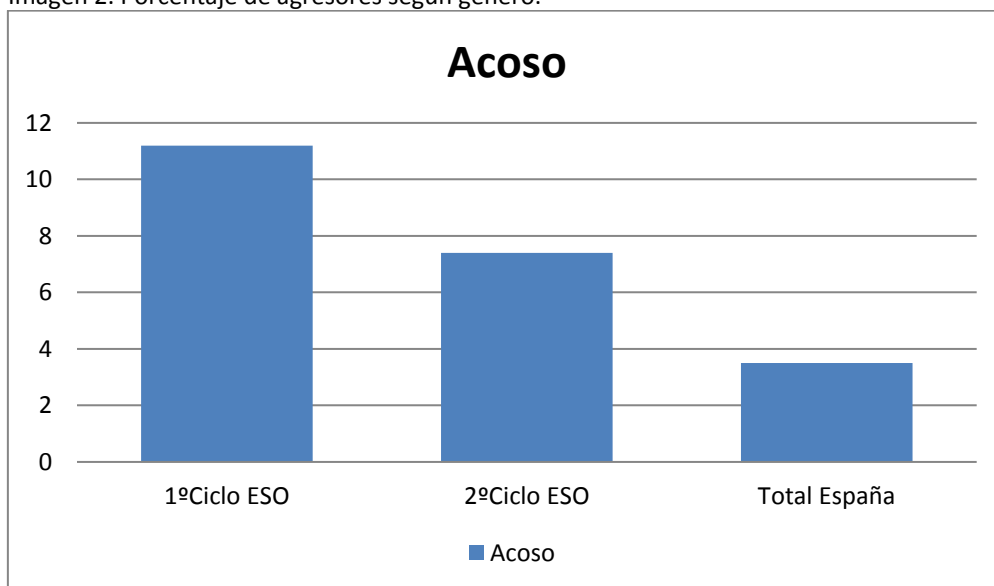


Imagen 3. Porcentaje de acoso según ciclo escolar.

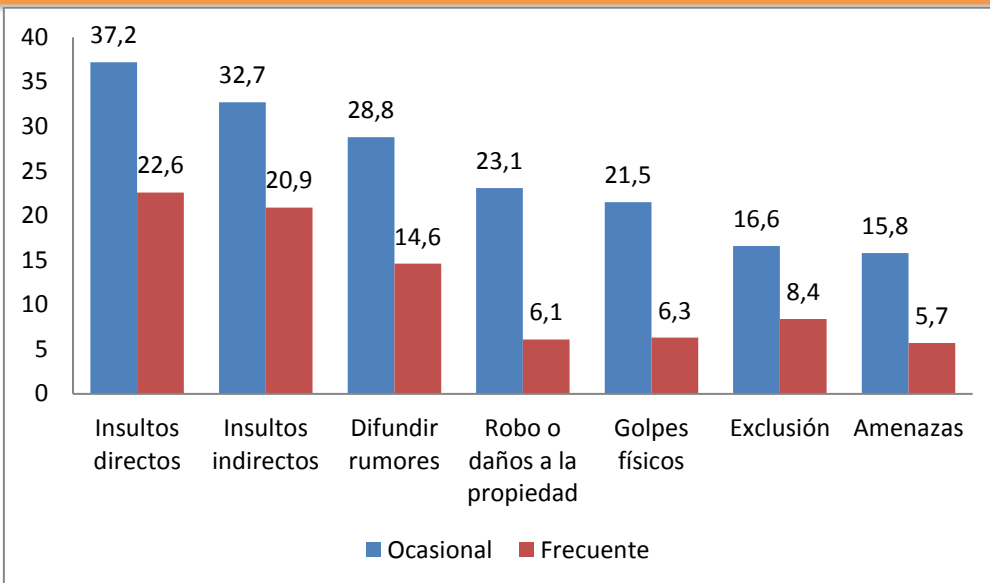


Imagen 4. Porcentaje según situaciones vividas, ocasional y frecuentemente.

	Víctima tradicional	Agresor tradicional
<b>Autoestima</b>	↓	↓
<b>Empatía cognitiva</b>	↑	↓
<b>Empatía afectiva</b>	↑	↓
<b>HHSS comunicativas</b>	↓	↓
<b>HHSS Asertividad</b>	=	↓
<b>HHSS resolución de conflictos</b>	=	↓

Imagen 5. Características de la personalidad (autoestima, empatía, habilidades sociales) tanto de la víctima como del agresor.

Agresores	Víctimas	Espectadores
<p><b>No empático</b>  <b>No siente culpa</b>  <b>Baja tolerancia a la frustración</b>  <b>Dominante</b>  <b>Bajo autocontrol</b>  <b>Popular o provocar temor</b></p>	<p>Inseguro                      Baja autoestima                      Afrontamiento inadecuado                      Déficit en habilidades sociales                      Poco popular                      En ocasiones familia sobreprotectora</p>	<p>Participan o fomentan la violencia/Indiferentes y permisivos de la violencia</p>
<b>Consecuencias</b>		
<p><b>Aprende a conseguir sus objetivos a partir de violencia pudiéndose convertir en su patrón de conducta habitual.</b></p>	<p>Pierden confianza en sí mismas. Quedan indefensas y en soledad.                      Problemas psicológicos: ansiedad, tristeza, somatizaciones. etc. que pueden derivar en trastornos psicológicos.</p>	<p>Normalizan estas situaciones y se acostumbran a no hacer nada ante ellas. En ocasiones se sienten culpables pero no actúan por miedo.                      Aprenden conductas basadas en el dominio-sumisión.</p>
<b>¿Cómo nos damos cuenta?</b>		
<p><b>Se mete más en peleas.</b>  <b>No controla impulsos o reacciones.</b>  <b>Se muestra más agresivo.</b>  <b>Justifica sus reacciones violentas y no valora la gravedad de sus actos.</b></p>	<p>Esta más triste y vulnerable                      Falta a clase                      Se relaciona menos con los compañeros                      Puede presentar marcas                      A menudo le desaparecen cosas                      Cambios de actitud y conducta (introversión, menos participación y rendimiento)</p>	

Imagen 6. Conductas de tres partes: víctima, agresor y espectador.

Conducta agresiva	Conducta Pasiva	Conducta asertiva
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Expreso mis opiniones y sentimientos gritando, insultando y humillando</b></li> <li>• <b>Defiendo mis derechos imponiéndolos sobre los demás</b></li> <li>• <b>Establezco relaciones basadas en el temor</b></li> <li>• <b>Soy impulsivo</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No expreso mis sentimientos, opiniones y necesidades por miedo a ser rechazado</li> <li>• Tengo falta de confianza</li> <li>• No sé decir que no</li> <li>• Dejo que los demás violen mis derechos</li> <li>• No tengo control sobre la situación</li> <li>• No me siento bien actuando así</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Expreso mis sentimientos, necesidades y opiniones sin herir a los demás</li> <li>• Sé cuáles son mis derechos y los defiendo teniendo en cuenta los de los demás</li> <li>• Tengo confianza en mí mismo</li> <li>• Me siento satisfecho</li> </ul>

Imagen 7. Conductas



**ID264:**
**DIA MUNDIAL SIN TABACO: INTERVENCIÓN COMUNITARIA EN ARANJUEZ LIDERADA POR ENFERMERAS DE ATENCIÓN PRIMARIA**

### SEGUNDO PREMIO A POSTER

Luz Divina Barrios García, Regina Martí Tortosa, Cecilia Moro López,  
Centro de Salud Las Olivas - DASUR –Aranjuez 28300 Madrid  
[luzdivina.barrios@salud.madrid.org](mailto:luzdivina.barrios@salud.madrid.org)

#### RESUMEN

##### Objetivos:

Informar Día Mundial sin Tabaco, los efectos nocivos, ofrecer ayuda para deshabituación, prevenir el consumo e implicar a los agentes intersectoriales.

##### Método:

- Concurso dibujo "Qué sano es vivir sin tabaco"
- Entrevista en radio. Se difundieron las intervenciones del Día Mundial sin Tabaco. Se informó de efectos nocivos y recursos para dejar de fumar.
- Mesa informativa en Centro de Salud: folletos, Test Fagerström y valoración etapas Prochaska/Diclemente.

##### Resultados:

- Participaron 1.297 niños. Se premiaron y expusieron dibujos en centro.
- Realizamos encuesta audiencia entrevista en radio: 490 pacientes (58% mayores 60 años).
- Solicitaron información 996 personas (382 fumadores medio-alta dependencia nicotina. Según Prochaska/Diclemente: 10% precontemplativa, 31% contemplativa, 12% preparación, 9% acción.
- 239 personas solicitaron ayuda para dejar de fumar.
- Se implicó a agentes intersectoriales.

##### Conclusiones:

Los niños disfrutaban viendo sus dibujos, animaron a familiares a realizar deshabituación. Captamos pacientes tras entrevistas en radio. La comunidad educativa nos anima a realizar el concurso. Estas intervenciones ayudan a dar visibilidad a la enfermería comunitaria.

#### ABSTRACT

##### Objectives

To inform about World No Tobacco Day, the damaging effects, to offer help to quit smoking, to prevent the consumption (Tobacco Free Initiative) and to involve the intersectoral agents.

##### Method

- Drawing contest: "How healthy is to live without tobacco".
- Radio interview. Interventions of World No Tobacco Day were spread. Information about damaging effects and resources to break the habit was given.
- Information point in Primary Health Care Centre: leaflets, Fagerström Test and Prochaska/Diclemente stage valuation.

##### Results

- 1.297 children took part. Drawings were awarded and exposed in the Centre.
  - Audience inquire about radio interview: 490 patients (58% older than 60).
  - 996 people asked for information (382 smokers middle-high nicotine dependants).
- According to Prochaska/Diclemente: 10% pre-considering, 31% considering, 12% preparing, 9% action.
- 239 people asked help for quitting smoking (abstinence 139, reduction 68, relapse 32).
  - Intersectoral agents were implied.

##### Conclusions

Children enjoy looking at their drawings. They encourage their relatives to quit smoking.

We help people to smoking cessation after radio interviews. Educational community encourages us to do the contest. Those interventions help giving visibility to Community Nursing.

**PALABRAS CLAVE**

Enfermería en Salud Comunitaria; Tabaco; Prevención Primaria; Cese del tabaquismo; Atención Primaria de Salud.

Community Health Nursing; Tobacco; Primary Prevention; Smoking Cessation; Primary Health Care.

**INTRODUCCIÓN/PRESENTACIÓN**

Desde el año 1988 la OMS conmemora el Día Mundial sin Tabaco con el objetivo de llamar la atención sobre uno de los más importantes problemas de salud que afecta a toda la población: el tabaquismo.

El tabaquismo es la primera causa aislada y evitable de enfermedad y muerte, en los países desarrollados, estimándose que el consumo de tabaco es responsable del 90 por ciento de la mortalidad por cáncer de pulmón, del 95 por ciento de las muertes por enfermedad pulmonar obstructiva crónica, del 50 por ciento de la mortalidad cardiovascular y del 30 por ciento de las muertes que se producen por cualquier tipo de cáncer.

Por otra parte, las evidencias científicas indican que el humo del tabaco ambiental es causa de mortalidad, enfermedad y discapacidad, en quienes lo respiran (fumadores involuntarios o pasivos). La Agencia Internacional de Investigación del Cáncer (IARC) ha determinado que la exposición al aire contaminado con humo del tabaco es carcinogénica en los seres humanos.

Los profesionales de Atención Primaria se encuentran en una situación idónea para abordar los problemas relacionados con el consumo de tabaco por ser los más accesibles del Sistema Sanitario, estar en contacto directo con la unidad familiar y tener una visión biopsicosocial, además de tener fácil acceso a los centros escolares, con la posibilidad de realizar una intervención multidisciplinar.

Según datos epidemiológicos del consumo de tabaco en la población madrileña adolescente, la tendencia es descendente y se ha acentuado en los últimos años. Aunque este descenso se está produciendo tanto en chicas como en chicos, el número de chicas que fuma es superior al de los chicos. Esta tendencia positiva que nos indica que cada vez menos adolescentes fuman, puede cambiar en cualquier momento si no se mantienen actuaciones de prevención eficaces, tanto por parte de las autoridades sanitarias y las escuelas, como por parte de las familias. No olvidemos que la presión para promover el tabaco y el riesgo de inicio en su consumo siguen existiendo.

Desde hace cuatro años el centro de Salud las Olivas forma parte de la Red de centros de Salud sin humo, con este programa la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, pretende potenciar y facilitar las actividades asistenciales y preventivas del tabaquismo en los Centros de Atención Primaria.

El programa contempla entre sus objetivos:

- Facilitar el cumplimiento de la legislación vigente: ley 28/2005 modificada por la ley 42/2010 de medidas sanitarias frente al tabaquismo
- Sensibilizar y concienciar a los profesionales sobre el impacto del tabaco en la salud de la población (fumadores y fumadores pasivos), y en la importancia de la prevención, control y tratamiento del tabaquismo.
- Formar a los profesionales de la salud en el adecuado abordaje del paciente fumador.
- Potenciar la asistencia sanitaria al fumador para ayudarlo a dejar de fumar.
- Impulsar, fomentar e implementar acciones de promoción de la salud y prevención del tabaquismo desde el centro de salud en la comunidad.

Por todos estos motivos, las enfermeras del Centro de Salud Las Olivas hemos liderado varias intervenciones comunitarias con motivo del día Mundial sin Tabaco.

**OBJETIVOS (DE LA EXPERIENCIA)**

Informar a nuestra comunidad de las actividades que se llevan a cabo en el Día Mundial sin Tabaco desde nuestro Centro de Salud.

Prevenir el consumo de tabaco en los alumnos de 2º y 3º ciclo de Educación Primaria de todos los colegios de Aranjuez.

Sensibilizar a la población sobre los riesgos para la salud del consumo de tabaco.

Ofrecer información sobre la epidemia de tabaquismo y los recursos disponibles para iniciar el cese del hábito tabáquico desde la Atención Primaria de Salud.

Implicar a todos los agentes intersectoriales en esta intervención.

## DESARROLLO

1.-Concurso de dibujo dirigido a alumnos de 2º y 3º ciclo de Educación primaria de todos los colegios de la localidad, cuyo objetivo era prevenir el consumo de tabaco. Tenían que realizar un dibujo bajo el tema “Qué sano es vivir sin tabaco” y escribir un lema antitabaco con un máximo de 8 palabras.

Se difundió la actividad a través de:

-carteles en el Centro de Salud Las Olivas.

- las emisoras de radio que junto al técnico de la delegación de salud Pública de la antigua Área 11 sanitaria de Madrid, realizamos una cuña informativa y entrevistas.

-También contactamos con los compañeros del Centro de Salud Aranjuez, del Hospital Comarcal del Tajo, la Gerencia de Atención Primaria y de la Delegación de Salud del Ayuntamiento de Aranjuez, para repartir los carteles con las bases del concurso entre toda la comunidad educativa local y animar a los niños a participar.

2.– Charla-Coloquio emisoras ONDA ARANJUEZ y CADENA SER.

Durante el mes de mayo se elaboró y emitió una cuña para dar a conocer las otras actividades que estábamos organizando con motivo del Día Mundial sin Tabaco, sirviéndonos de plataforma para difundirlas entre la población .

La última semana de mayo realizamos una charla informativa-coloquio en las emisoras locales, sobre el día Mundial del tabaco, dentro del proyecto “Onda Aranjuez”, donde participábamos todos los martes profesionales de todas las instituciones para informar a la población de los temas sanitarios y de consumo que nos solicitaba la población.

3. - Mesa informativa en el Centro de Salud:

Las actividades propuestas estaban basadas en la intervención breve recomendada por la OMS para profesionales de la salud.

Incluye estas características:

-Preguntar sobre el consumo de tabaco.

-Aconsejar: consejo sanitario antitabaco. Debe ser firme y contundente, a la vez que convincente y personalizado.

-Valorar la motivación para dejar el hábito tabáquico y el nivel de dependencia.

-Ayudar al fumador en su intento de deshabituación ofreciéndole apoyo.

-Acordar el seguimiento del abandono si es posible.

A las personas que se acercaron a la mesa o acudieron por otro motivo a la consulta se les preguntó sistemáticamente sobre su consumo de tabaco.

A aquellos usuarios que eran fumadores, se les habló de las ventajas de abandonar el hábito tabáquico y se les ofreció:

-La valoración del grado de dependencia de la nicotina mediante el Test de Fagerström, que consta de 6 preguntas autodeclaradas.

“Insertar imagen 1”

-Se valoró la motivación para dejar el hábito estableciendo a través del cuestionario de Prochaska/Diclemente, en qué fase del proceso de abandono se hallaban: precontemplación, contemplación, preparación, acción.

“Insertar imagen 2”

-Una vez cumplimentados los dos cuestionarios y valorados su dependencia se les entregó: la hoja con el resultado del Test de Fagerström y se les dio información de las sensaciones positivas que se producen desde el momento mismo de abandonar la adicción tabáquica.

-En función de la fase del proceso de abandono de tabaco en la que se encontraban, se informó a estos fumadores de las ayudas disponibles y se les entregó el folleto correspondiente a su fase de abandono.

-A los pacientes que acudieron por otro motivo a las consultas se les ofreció información sobre los riesgos de consumir tabaco. A aquellos usuarios que eran fumadores, se les habló de las ventajas de abandonar el hábito tabáquico, se les ofreció la valoración del grado de dependencia de la nicotina y se les informó de las ayudas que podían tener en función de las fases del proceso de abandono del tabaco descritas por Prochaska/Diclemente.

-Se hizo un registro de todos los participantes. “Insertar imagen 3”  
 Se les entregó material divulgativo y se les informó de los recursos disponibles para deshabituarse desde Atención Primaria.

## RESULTADOS

1.- Participaron 1.397 niños en el concurso de dibujo de prevención del tabaquismo.

“Insertar imagen 4”

“Insertar imagen 5”

Un jurado multidisciplinar formado por una enfermera comunitaria, un pediatra, un médico de familia, una compañera de la unidad administrativa del Centro de Salud y un neumólogo de la Unidad Especializada de Tabaquismo del Hospital del Tajo, eligieron los más creativos.

Los dibujos ganadores se premiaron con material educativo donado por varias empresas de la localidad en un acto muy emotivo acompañados de sus familiares y la comunidad educativa. Los niños explicaron a la audiencia lo que habían querido transmitir a través de sus dibujos y dejaron muy claro sus sentimientos y experiencias negativas relacionadas con los fumadores que conocían.

Este acto se englobó dentro de la semana de la Salud de Aranjuez, toda la población pudo ver los dibujos ganadores y posteriormente se expusieron en los pasillos de pediatría y enfermería del centro de Salud.

2.- Las emisoras de radio no realizaron estudios de audiencia.

Los propios pacientes cuando acudieron al centro de salud nos manifestaron que nos habían escuchado y transmitieron lo útil que les parecieron nuestras intervenciones, porque muchos son familiares de los niños que habían participado en el concurso de dibujo y tenían algún familiar fumador, al que animaron a acudir al centro de salud.

Realizamos una encuesta en la consulta a 490 pacientes (el 58% de los mayores de 60 años escucharon el programa). El programa se emitió el penúltimo martes del mes de mayo a las 12:00 p.m. teniendo una duración de 30 minutos. Los datos de la encuesta reflejan que los oyentes eran parados, jubilados, o amas de casa.

“Insertar imagen 6”

Fue realizado por un médico y una enfermera de familia responsables de la comisión de tabaquismo del centro de salud sin humo, el neumólogo del Hospital del Tajo responsable de la unidad de tabaquismo y el técnico de salud pública.

Informamos sobre los últimos datos de la epidemia de tabaquismo, los riesgos para la salud del consumo de tabaco, los beneficios del cese de su consumo y de los recursos disponibles para dejar de fumar desde Atención Primaria y Atención Especializada. AL final del programa se abrieron las líneas telefónicas para quienes desearon participar. Llamaron por teléfono dos pacientes que habían conseguido dejar de fumar con nuestra ayuda y animaron a la población a tomar esa decisión.

“Insertar imagen 7”

3.-En la intervención en la Mesa informativa y divulgativa dentro del centro de Salud Las Olivas, participaron: enfermeras comunitarias, pediatras, auxiliares de enfermería, médicos de familia, alumnos de grado de enfermería de la universidad Complutense de Madrid y de la Universidad Pontificia de Comillas.

996 personas solicitaron información en la mesa del Día Mundial sin tabaco, de las cuales 382 eran fumadores y el 61% tenían una dependencia media-alta a la nicotina).

Según el Modelo Transteórico de Prochaska/Diclemente: el 10% estaban en fase precontemplativa, el 31% en fase contemplativa, el 12% en fase de preparación y el 9% en la fase de acción.

239 personas solicitaron deshabituación tabáquica, acudiendo a nuestras consultas de Atención Primaria. Tras contacto telefónico al año consiguieron abstinencia total: 139, redujeron el consumo: 68, y en fase de recaída: 32.

4.- Se consiguió implicar a todos los agentes intersectoriales: Ayuntamiento de Aranjuez, Salud Pública de la antigua Área 11 sanitaria, El Hospital Comarcal del Tajo, La unidad especializada de Tabaquismo del Hospital Comarcal del Tajo, Las emisoras de radio locales, La Comunidad Educativa, los dos centros de salud Aranjuez y las Olivas y la Gerencia de Atención Primaria de Madrid.

## CONCLUSIONES

Con estas actividades hacemos más visible a la enfermería comunitaria:

Los pacientes refieren que nos escuchan a través de las emisoras de radio locales e intervienen telefónicamente contando sus experiencias personales al lograr el cese del consumo de tabaco con nuestra ayuda.

Nos felicitan por realizar estas actividades y manifiestan su agradecimiento por haberles ayudado a deshacerse, animando a sus propios familiares o amigos a hacer el intento.

La población infantil y juvenil disfruta viendo sus dibujos expuestos en los pasillos de las consultas de pediatría y enfermería del centro de salud, mientras esperan para entrar a las consultas miran los dibujos y leen los lemas antitabaco, ya que muchos tienen formato de cómic, convenciendo los propios niños a sus familiares a dejar de fumar.

También captamos muchos pacientes en las revisiones del niño sano cuando hablamos del tabaquismo pasivo e informamos de los efectos nocivos de la inhalación del humo del tabaco para los niños que conviven con fumadores.

La comunidad educativa nos anima a seguir realizando el concurso de dibujo cada año, estrechándose el vínculo colaborador para otros proyectos de prevención y promoción de la salud con intervenciones directas en las aulas.

Los pacientes al acudir a nuestras consultas refieren el alto grado de satisfacción respecto a las intervenciones que hemos realizado con motivo del Día Mundial sin Tabaco.

El concurso de dibujo se realiza en dos poblaciones más donde nos solicitaron el proyecto, lo que justifica su aplicabilidad.

La intervención en tabaquismo desde el ámbito de la Atención Primaria es muy relevante y necesaria. Las enfermeras comunitarias tenemos un amplio campo de actuación, con una adecuada formación y el empoderamiento de los equipos multidisciplinares, lograremos cumplir las demandas de la comunidad y diseñar proyectos para combatir la epidemia del tabaquismo.

Estas intervenciones nos satisfacen personal y profesionalmente, y ayudan a dar más visibilidad a la enfermería comunitaria.

## BIBLIOGRAFÍA

Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. (CMCT)  
<http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9243591010.pdf>

Informe OMS sobre la epidemia mundial de Tabaquismo. OMS. 2013.  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85382/1/WHO\\_NMH\\_PND\\_13.2\\_spa.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85382/1/WHO_NMH_PND_13.2_spa.pdf?ua=1)

Día Mundial sin tabaco. Portal de Salud. Salud Madrid.  
[http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1354399674433&language=es&pagename=PortalSalud%2FPag e%2FPTSA\\_pintarContenidoFinal&vest=1354336158184](http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1354399674433&language=es&pagename=PortalSalud%2FPag e%2FPTSA_pintarContenidoFinal&vest=1354336158184)

T. Salvador Llivina, R. Córdoba García. Usted puede dejar de fumar. Comité nacional para la prevención del tabaquismo. [http://cnpt.es/doc\\_pdf/Guia05.pdf](http://cnpt.es/doc_pdf/Guia05.pdf)

Centros de Salud sin humo. Portal de Salud. Salud Madrid.  
[http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1354400315046&language=es&pagename=PortalSalud%2FPag e%2FPTSA\\_pintarContenidoFinal&vest=1156329913958](http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1354400315046&language=es&pagename=PortalSalud%2FPag e%2FPTSA_pintarContenidoFinal&vest=1156329913958)

Mayayo Ulibarri, Marisa. Papel de la Enfermería en la atención del fumador. Manual SEPAR de procedimientos. Barcelona. Novartis. 2007

Hablemos del tabaco en casa. Programa de prevención de inicio del consumo de tabaco. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Salud Madrid. Comunidad de Madrid.

Gómez-Plana Usero, María José. Prevención de hábitos tóxicos: drogas. Enfermería Familiar y Comunitaria. Programa de formación continuada. Vol. 2 N. 5 – 2015

Sánchez Gómez M<sup>a</sup> B, Gómez Salgado J, Duarte Clíments G. Educación para la Salud. Enfermería Comunitaria. Madrid. FUDEN 2008

Nancy Burns; Susan K.Grove. Investigación en enfermería. 5ª edición. Barcelona. Edit. Elsevier. 2012.

Salamanca Castro, Ana Belén. El aeiou de la investigación en Enfermería. Enero 2013. Madrid. FUDEN. 2013

**GRÁFICOS Y/O TABLAS**



**TEST DE FAGERSTRÖM MODIFICADO**

Pregunta	Respuesta	Puntuación
¿Cuánto tiempo tarda en fumar su primer cigarrillo después de despertarse?	< 5 minutos	3
	6-30 minutos	2
	31-60 minutos	1
	> 60 minutos	0
¿Encuentra dificultad para no fumar en los sitios en que está prohibido (cine...)?	Sí	1
	No	0
¿A que cigarrillo le costaría más renunciar?	El primero	1
	Otros	0
¿Cuántos cigarrillos fuma cada día?	Más de 30	3
	21-30	2
	11-20	1
	Menos de 11	0
¿Fuma más durante las primeras horas tras levantarse que durante el resto del día?	Sí	1
	No	0
¿Fuma si está tan enfermo que ha estado tan enfermo que ha estado en la cama la mayor parte del día?	Sí	1
	No	0

**Puntuación dependencia:**

Baja: Menor de 4  
Media: Entre 4 y 6,  
Alta: Igual o mayor de 7



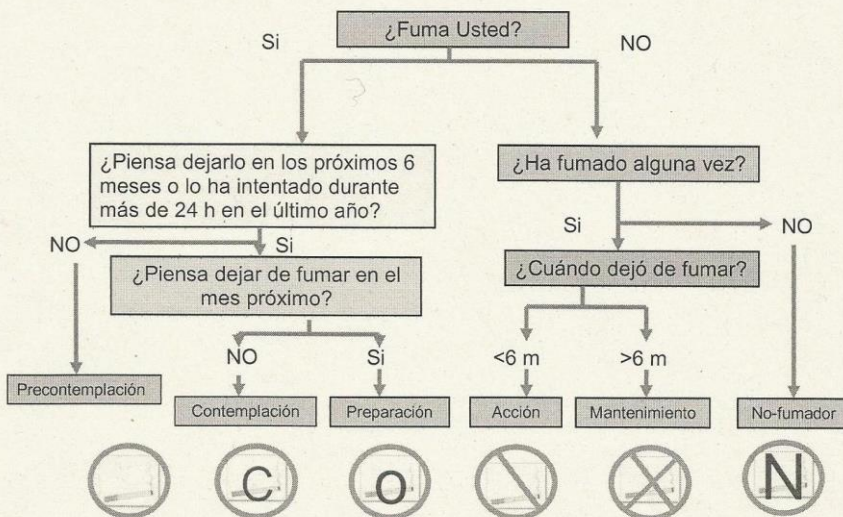
Servicio Madrileño de Salud  
Dirección General de  
Atención Primaria

Comunidad de Madrid

IMAGEN 1.- TEST DE FAGERSTRÖM

Anexo 2 (para profesionales responsables de las Mesas)

Proceso de abandono del tabaco según fases descritas por PROCHASKA Y DICLEMENTE



Actuaciones según fases de Prochaska

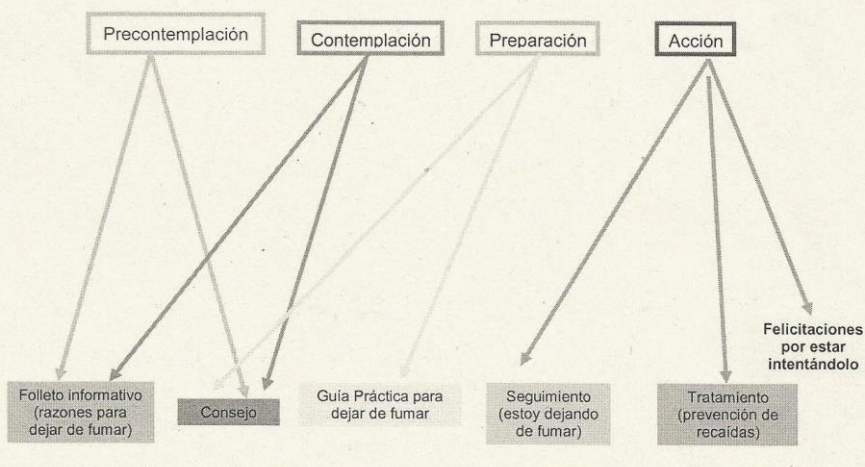


IMAGEN 2 – MODELO TRANSTEÓRICO DE PROCHASKA / DICLEMENTE

**Anexo 3 (Evaluación cumplimentada por el responsable de la mesa y a remitir al SSPA que corresponda)**

-Resultados del Test de de-FAGERSTRÖM de dependencia nicotina

-Fase de proceso abandono tabaquismo según PROCHASKA Y DICLEMENTE

- Resultado cooximetría fumadores

CENTRO SANITARIO: .....

EDAD	SEXO	FUMIA	NO FUMIA	Ex- FUMADOR	Valoración de dependencia física a la nicotina. (Fagerström)			Fase proceso abandono ( Prochaska y Diclemente)					Resultado cooximetría en cifras				
					Baja 0-3 puntos	Mediana 4-6 puntos	Alta 7 y mas puntos	Pre contemplación	Contemplación	Preparación	Acción	Mantenimiento		Finalización			

Observaciones:

IMAGEN 3 – HOJA DE REGISTRO DE LA MESA INFORMATIVA EN EL CENTRO DE SALUD DEL DIA MUNDIAL SIN TABACO.



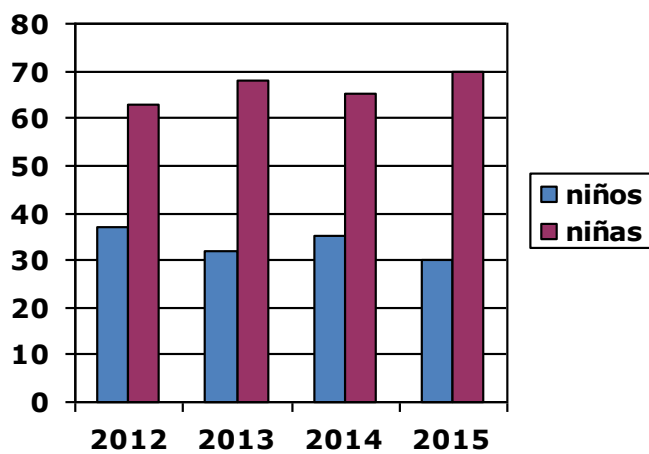


IMAGEN 4 – RESULTADOS DE PARTICIPACIÓN DEL CONCURSO DE DIBUJO. DISTRIBUCION POR SEXOS

2012 : 315 dibujos  
2013: 340 dibujos  
2014: 360 dibujos  
2015: 382 dibujos

IMAGEN 5 – RESULTADOS DE PARTICIPACIÓN DEL CONCURSO DE DIBUJO. EVOLUCIÓN ANUAL DE DIBUJOS PRESENTADOS.

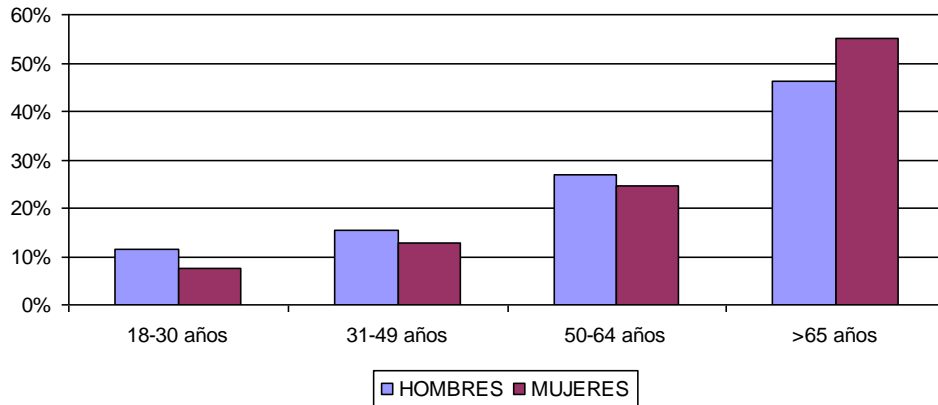


IMAGEN 6 – ENCUESTA SOBRE PERSONAS QUE HABÍAN ESCUCHADO EL PROGRAMA RADIOFÓNICO. DISTRIBUCIÓN POR EDADES.

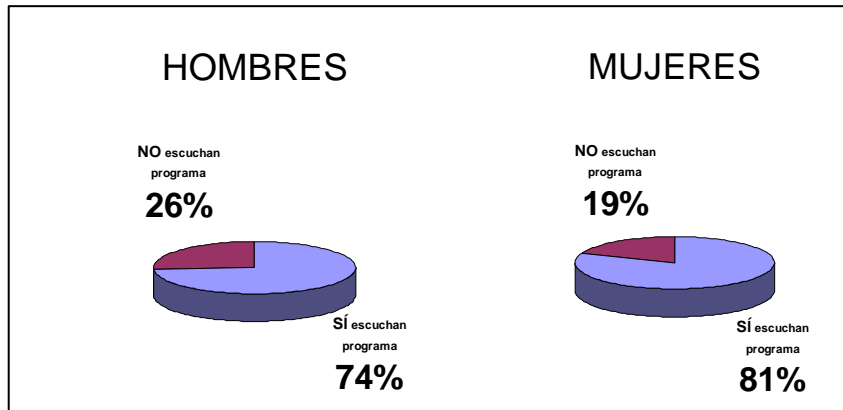


IMAGEN 7 – ENCUESTA SOBRE PERSONAS QUE HABÍAN ESCUCHADO EL PROGRAMA RADIOFÓNICO. DISTRIBUCIÓN POR SEXOS.



# COMUNICACIONES POSTER

## TEXTO COMPLETO

## Empoderando a la persona y a la familia

**ID47:**

### **BABY LED-WEANING: UN NUEVO MÉTODO DE INTRODUCCIÓN A LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA**

Alba Fernández Pita<sup>1</sup>, Francisco Javier García Oliva<sup>2</sup>, Carolina Tessainer Cabellos-Nocq<sup>3</sup>

Hospital Universitario de la Princesa<sup>1</sup>, Centro de Atención Primaria Lavapiés<sup>2,3</sup>.

[alba.fpita@gmail.com](mailto:alba.fpita@gmail.com)

#### **RESUMEN**

**INTRODUCCIÓN.**La siguiente revisión bibliográfica pretende conocer en mayor profundidad un nuevo método de introducción de la alimentación complementaria en los lactantes, creado por Gill Rapley y Tracey Murkett, conocido como *baby-led weaning* (destete dirigido por el bebé). **DESARROLLO.** Mediante búsqueda bibliográfica utilizando la base de datos *PubMed* y el buscador *Google*. **DISCUSIÓN.** Existen una serie de principios básicos a seguir para llevar a cabo este método de alimentación de forma correcta y evitar problemas, como el atragantamiento. **CONCLUSIONES.** Es fundamental desde las consultas de Enfermería de Atención Primaria orientar a los padres y establecer los pasos a seguir en caso de elección de este sistema, destacando siempre el papel de éstos sobre la adquisición de hábitos dietéticos saludables.

#### **PALABRAS CLAVE**

Métodos de alimentación, destete, desarrollo infantil, destreza motora, enfermería.

#### **INTRODUCCIÓN/JUSTIFICACIÓN/OBJETIVO**

El paso de la lactancia, bien sea materna o artificial, a una dieta equilibrada siempre ha sido un tema sujeto a cambios, aunque casi siempre éstos han ido orientados a la modificación en la edad de inicio de la alimentación complementaria o al atraso o adelanto de introducción de algunos alimentos, y no tanto a la forma en la que éstos se presentan.

Gill Rapley y Tracey Murkett son las creadoras de un nuevo método de introducción de alimentos en el lactante denominado *baby-led weaning* o, en castellano, *destete dirigido por el bebé*, muy popular en países anglosajones. Consiste en introducir alimentos sólidos en la dieta, siendo el bebé el que se alimenta por sí mismo, sin usar cubiertos ni purés, haciendo de la alimentación un acto social, ya que éste comparte el hecho de “sentarse a la mesa” con el resto de la familia.

En el presente trabajo se pretende profundizar sobre lo que es el *baby-led weaning*, así como conocer cuál es la bibliografía existente sobre el tema.

#### **DESARROLLO**

Mediante búsqueda bibliográfica se obtuvieron los siguientes resultados:

- Utilizando como término *baby-led weaning* en el buscador *Google* aparecieron 910.000 resultados, escogiendo dos webs concretas: la creada por las autoras de este método de alimentación, traducida al español, y un blog de una experta española en este método. En el apartado de noticias apareció una reciente publicada en un periódico digital, donde se hacía referencia al apoyo de la Asociación Española de Pediatría al uso de este sistema.
- Tratando de encontrar evidencia científica sobre el tema, se utilizó el sistema de búsqueda *PubMed*, centrándose la búsqueda en los documentos publicados los últimos 5 años; de los 41 existentes se escogieron 3, donde destacaba un ensayo controlado que relacionaba el citado método con otros factores, como el peso, así como posibles inconvenientes, como el riesgo de atragantamiento, quedando demostrado que no hay más número de casos de asfixia que con respecto a los bebés que son alimentados utilizando alimentos triturados.

## DISCUSIÓN

Los principios básicos a seguir en el método *baby-led weaning* son:

- Sentar al bebé erguido.
- Los alimentos deben estar cortados en tiras o gajos grandes, sin huesos.
- Es el bebé el que debe elegir y coger el alimento.
- No ofrecer frutos secos o semillas enteras.
- Explicar este método a cualquier persona que tenga que alimentar al bebé.
- Nunca dejar al bebé solo mientras esté comiendo.

La principal limitación a la que se ha visto sometida la búsqueda es la falta de aceptación y el desconocimiento por parte de los padres de este método, sobre todo en España, por lo que la bibliografía existente en castellano y los estudios hechos en nuestro país son todavía escasos.

*Recomendaciones para la práctica enfermera:* es importante que las enfermeras, sobre todo las de Atención Primaria que se encuentran en las consultas del programa de Niño Sano conozcan cuáles son los principios básicos del *baby-led weaning*, con el objetivo de orientar de forma correcta a los padres interesados.

## CONCLUSIONES

El método conocido como *baby-led weaning* supone el desarrollo de un rol activo del niño/a en su alimentación, ya que es el bebé el que regula la cantidad de alimento a ingerir, ayudando a fomentar una mayor aceptación de alimentos a través de la variedad de texturas y sabores. Además, no supone un riesgo añadido a provocar situaciones de atragantamiento. Es fundamental desde las consultas de Enfermería de Atención Primaria orientar a los padres y establecer los pasos a seguir en caso de elección de este método, destacando siempre el papel de éstos sobre la adquisición de hábitos dietéticos saludables.

## BIBLIOGRAFÍA

1. <http://www.unamaternidaddiferente.com/2011/07/vacaciones-y-encuentros.html>
2. [http://www.abc.es/familia/supersanos/abci-pediatras-recomiendan-baby-weaning-metodo-alternativo-cuchara-201602042212\\_noticia.html](http://www.abc.es/familia/supersanos/abci-pediatras-recomiendan-baby-weaning-metodo-alternativo-cuchara-201602042212_noticia.html)
3. <http://www.babyledweaning.es/>
4. Sonya L. Cameron, Rachael W. Taylor, and Anne-Louise M. Heath. Development and pilot testing of Baby-Led Introduction to SolidS - a version of Baby-Led Weaning modified to address concerns about iron deficiency, growth faltering and choking. BMC Pediatr. 2015 Aug 26;15:99.
5. Arden MA1, Abbott RL. Experiences of baby-led weaning: trust, control and renegotiation. Matern Child Nutr. 2015 Oct; 11(4): 829-44.
6. Daniels L, Heath AL, Williams SM, Cameron SL, Fleming EA, Taylor BJ, Wheeler BJ, Gibson RS, Taylor RW. Baby-Led Introduction to SolidS (BLISS) study: a randomised controlled trial of a baby-led approach to complementary feeding. BMC Pediatr. 2015 Nov 12; 15:179.

**ID59:**

## **ATENCIÓN INTEGRAL A LA MUJER MASTECTOMIZADA EN ATENCIÓN PRIMARIA**

Claudia Hernández Muriel<sup>1</sup>, Elena Pérez González<sup>2</sup>, Yaiza Gonzalo Arranz<sup>3</sup>

C.S. Ciudad de los Periodistas<sup>1</sup>, C.S. Barrio del Pilar<sup>2</sup>, C.S. Rosa de Luxemburgo<sup>3</sup>.  
[claudiahernaez@hotmail.com](mailto:claudiahernaez@hotmail.com)

### **RESUMEN**

Introducción: El cáncer de mama es una enfermedad prevalente con implicaciones en todas las esferas de la vida de las pacientes, por lo que desde Atención Primaria se deben conocer en profundidad esta dolencia, para optimizar la atención con los mejores recursos disponibles. Objetivo: Nos planteamos como objetivo el conocer las necesidades de cuidados de estas pacientes. Metodología/Resultados: Los 10 artículos que se presentan ofrecen un resumen elaborado a partir de una revisión detallada de la literatura sobre este tipo de cáncer publicada en los últimos 11 años. Discusión: Debido a la necesidad de atención integral de estas pacientes es necesaria la continua formación de los profesionales responsables. Conclusiones: La completa colaboración de todo el equipo multidisciplinar es imprescindible para atender los cuidados de estas pacientes desde el nivel primario de salud.

### **PALABRAS CLAVE**

Mastectomía, Enfermeros, Atención Primaria de Salud, Atención de Enfermería, Calidad de vida.  
Mastectomy, Nurses, PrimaryHealthCare, NursingCare,Quality of life.

### **INTRODUCCIÓN/JUSTIFICACIÓN/OBJETIVO**

El cáncer de mama, entre las mujeres norteamericanas y de Europa occidental, es la neoplasia maligna más frecuente. Supone más del 30% de todos los tipos de cáncer dentro de este grupo, así como la primera causa de muerte por cáncer. Según las estimaciones de la IARC (Internacional Agency forResearchonCancer), la prevalencia anual en España es de 18.855 casos y la incidencia 50,9 por 100.000 habitantes.

La mayoría de los cánceres de mama, el 70-80%, son esporádicos; sin embargo los casos que se asocian a antecedentes familiares son entre un 15-20%. Existen dos genes, BRCA1 y BRCA2 que aumentan la susceptibilidad al cáncer de mama.

La tasa de mortalidad por cáncer de mama se ha mantenido estable en nuestro país durante la última década, con una tendencia ligeramente descendente. La supervivencia a los cinco años se ha incrementado debido a los programas de detección, entre otras causas.

La descentralización del sistema sanitario español ha hecho que el abordaje del cáncer de mama, especialmente la implantación del diagnóstico precoz, se haya producido de forma paulatina a lo largo del tiempo. A partir de 1992 se empezaron a poner en marcha los programas poblacionales de forma descentralizada, progresiva y dependiendo de las Comunidades Autónomas (CCAA)<sup>8</sup>. Estas diferencias pueden tener reflejo en el comportamiento de la mortalidad.

El objetivo de nuestra revisión consiste en determinar las necesidades de cuidados de estas pacientes, basándonos en una atención integral e integrada.

### **DESARROLLO**

Realizada una búsqueda bibliográfica sobre la atención holística a la mujer mastectomizada, en las siguientes bases de datos: Fistera, Cuiden, Pubmed, UpToDate, Clinical Key y Google académico, así como en diferentes guías de cuidados sanitarias.

Palabras clave utilizadas: Mastectomía, atención de enfermería, atención primaria, calidad de vida. Varias combinaciones con los operadores booleanos: And, Or.

Límites de búsqueda: fechas entre 2006 y 2016; idiomas: castellano e inglés.

Tras la búsqueda y lectura crítica de diferentes artículos, se seleccionaron finalmente 10 documentos.

Una vez analizados los artículos seleccionados, se podrían resumir los cuidados para una buena atención de la siguiente manera:

- Cuidados del brazo afecto: cuidados de la piel, precauciones ante procedimientos sanitarios, rehabilitación del miembro, etc.
- Vestimenta: tejidos y prendas más adecuados, recomendaciones sobre bisutería y complementos, etc.
- Alimentación: consejo sobre una dieta equilibrada y variada.
- Actividades diarias: pautas para normalizar su rutina diaria.
- Deporte: indicaciones de ejercicios progresivos y controlados.
- Relaciones personales y familiares: consejo sobre expresión de sentimientos y fomentar la búsqueda de apoyo y afecto.

### DISCUSIÓN

Varias de las publicaciones encontradas inciden en la necesidad de una atención integral a estas pacientes. Por lo que sería imprescindible y necesario la continua formación de los profesionales responsables así como la necesidad de captación y seguimientos de estas pacientes una vez que les hayan dado el alta hospitalaria para así poderles brindar la atención necesaria.

### CONCLUSIONES

Puesto que, en España, a estas mujeres una vez finalizados los tratamientos se las atiende en su centro de salud, la colaboración y coordinación entre profesionales es imprescindible para una satisfactoria adaptación y recuperación.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Álvarez-Riesgo JA. Trends in breastcancermortality in Asturias, Spain. EurCancerPrev. 2000;9(5):343-350.
2. Encuesta de Morbilidad Hospitalaria, año 2014. Instituto Nacional de Estadística
3. Sociedad Española de Oncología Médica. Disponible en: <http://www.seom.org/es/prensa/el-cancer-en-espanyacom/105460-el-cancer-en-espana-2016?showall=1>
4. EUCAN [Internet]. ARCI: OMS; [último acceso el 03/01/17]. Disponible en: <http://eco.iarc.fr/EUCAN/Default.aspx>
5. Kamangar F, Doros GM, Anderson WF. Patterns of cancerincidence, mortality, and prevalenceacrossfivecontinents: definingprioritiesto reduce cancerdisparities in differentgeographicregions oftheworld. J ClinOncol. 2006;24(14):2137-2150.
6. Hery C, Ferlay J, Boniol M, Autier P. Changes in breastcancerincidence and mortality in middle-aged and elderlywomen in 28 countrieswithCaucasianmajoritypopulations. Ann Oncol. 2008; 19(5):1009-1018.
7. Pérez-Gómez B, Aragonés N, Pollán M, Suárez B, Lope V, Llacer A, et al. Accuracy of cancerdeathcertificates in Spain: a summary of availableinformation. GacSanit. 2006; 20 Supl 3: 42-51.
8. Steliarova-Foucher E, O'Callaghan M, Ferlay J, Masuyer E, Forman D, Comber H et al. EuropeanCancerObservatory: CancerIncidence, Mortality, Prevalence and Survival in Europe. Version 1.0 (September 2012) European Network of CancerRegistries, International Agency forResearchonCancer.
9. Aguiar J, Hernández M, Gómez M. Definición de cáncer. En: Cuidados paliativos e intervención psicosocial en enfermos terminales. Las Palmas de Gran Canaria: Edit I.C.E.P.S.S., 1994:13-4
10. Demicheli R, Bonadonna G, Hrushesky WJ, Retsky MW, Valagussa P. Menopausal status dependence of earlymortalityreductiondueto diagnosis of smallerbreastcancers (T1 v T2-T3): relevancetoscreening. J ClinOncol. 2004; 22(1):102-107.
11. Asociación Española Contra el Cáncer. Disponible en: <https://www.aecc.es/SobreElCancer/CancerPorLocalizacion/CancerMama/Paginas/pronostico.aspx>
12. American CancerSociety. BreastCancer: TreatmentGuidelines. Version VII, 2005.

**ID61:****ASOCIACIÓN ENTRE APOYO SOCIAL Y CONTROL METABÓLICO DE LA ENFERMEDAD EN DIABÉTICOS TIPO 2 QUE ACUDEN A LA CONSULTA DE ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA**

María Jesús Losilla Peláez

Unidad Docente Centro de Atención Comunitaria de Madrid

[mjlosilla@gmail.com](mailto:mjlosilla@gmail.com)**RESUMEN**

**INTRODUCCIÓN:** Los niveles más altos de apoyo social a menudo se asocian con un mejor control de la glucemia. Se han llevado a cabo estudios que demuestran la relación entre el apoyo social y la diabetes, sin embargo, no hay un consenso establecido.

**OBJETIVOS:** Determinar si existe asociación entre el apoyo social que perciben los diabéticos tipo 2 que acuden a consulta de enfermería y el control metabólico de la enfermedad.

**MATERIAL Y MÉTODO:** Se ha llevado a cabo un estudio observacional descriptivo correlacional, en el centro de salud de los Rosales en Madrid.

**RESULTADOS:** Se obtuvo un Coeficiente de Correlación de Pearson de -0,352, con  $p < 0,01$ .

**DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:** El apoyo social funcional total se correlaciona significativamente con el control metabólico de la diabetes, es decir, existe cierta asociación entre el apoyo social que perciben los diabéticos tipo 2 que acuden a nuestra consulta de enfermería y el control metabólico.

**PALABRAS CLAVE**

Apoyo Social, Diabetes Mellitus Tipo 2, Hemoglobina A Glucosilada, Atención Primaria de Salud, Enfermería.

Social Support, Diabetes Mellitus, Type 2, Hemoglobin A, Glycosylated, Primary Health Care, Nursing.

**INTRODUCCIÓN**

La Diabetes Mellitus tipo 2 representa el 90% de los casos de diabetes en todo el mundo (1). La autogestión de la Diabetes tipo 2 requiere la asistencia de múltiples fuentes de apoyo, no sólo de los profesionales sanitarios, sino también y de forma destacada, de las personas de la red social.

Los niveles más altos de apoyo social a menudo se asocian con un mejor control de la glucemia, el aumento de los conocimientos, el aumento de la adherencia al tratamiento, y la mejora de calidad de vida (2, 3). El apoyo social además, es beneficioso en la aceptación del diagnóstico, en el ajuste emocional, y en la disminución del estrés (4, 5). Por el contrario, la falta de apoyo social se ha asociado con un aumento de la mortalidad y las complicaciones relacionadas con la diabetes (2, 4). Pero a pesar de todo esto, el mecanismo existente entre el apoyo social y el control de la diabetes no se entiende bien. Se han llevado a cabo estudios que demuestran la relación entre el apoyo social y la diabetes, sin embargo, no hay un consenso establecido (2). Debido a las lagunas e inconsistencias en la literatura y las diferencias entre las poblaciones de las muestras, se necesita más investigación sobre la influencia del apoyo social en diversos resultados relacionados con la diabetes.

**OBJETIVOS**

El presente estudio tiene como objetivo determinar si existe asociación entre el apoyo social que perciben los diabéticos tipo 2 que acuden a la consulta de enfermería de Atención Primaria y el control metabólico, medido mediante los valores de hemoglobina glicosilada HbA1c.

**MATERIAL Y MÉTODOS**

Se ha llevado a cabo un estudio observacional descriptivo correlacional, en el centro de salud de los Rosales en el distrito de Villaverde Bajo de Madrid.

El criterio de inclusión ha sido: pacientes diagnosticados de Diabetes tipo 2 incluidos en el cupo de pacientes de nuestra consulta de enfermería y que aceptan participar en el estudio. Los criterios de exclusión han sido: pacientes con deterioro cognitivo, demencia, trastorno psiquiátrico u otro



padecimiento que les impida percibir el grado de soporte social que reciben, mujeres embarazadas o pacientes que no acepten participar en el estudio.

El tamaño de la muestra ha sido de 60 pacientes, calculado para un nivel de confianza del 95%, una precisión del 5% y un valor del porcentaje a estimar del 50%. La selección de individuos se ha realizado mediante muestreo aleatorio simple.

La variable dependiente ha sido el valor de hemoglobina glicosilada (HbA1C), y la independiente la red social y la percepción del apoyo social. El instrumento utilizado ha sido el cuestionario de apoyo social MOS, realizado en EEUU en 1991 y validado por De la Revilla (6) en nuestro medio. Se trata de un cuestionario breve, multidimensional, que evalúa el apoyo social estructural (tamaño de la red social) y el apoyo social funcional total, incluidas sus cuatro dimensiones (apoyo emocional, afectivo, instrumental e interacción social positiva).

Las variables recogidas durante el desarrollo del estudio han sido transcritas al editor de datos del programa SPSS, que es el programa que se ha utilizado para el análisis de los datos.

Se ha obtenido informe favorable de la Comisión Local de Investigación Centro de Madrid.

## RESULTADOS

La población estudiada estaba compuesta por 32 hombres (53,3%) y 28 mujeres (46,7%), con una edad media de 66,15 años (+/- 13,1 años), mayoritariamente casados (65,0%) o viudos (18,3%). El 70% trataban su diabetes con antidiabéticos orales, el 20% con combinación de antidiabéticos orales e insulina, y el resto exclusivamente con dieta o insulina. La media de años de evolución de la enfermedad fue de 7,32 años (+/- 5,973), y solo el 10% presentaban normopeso con un IMC inferior a 25, mientras que el 90% restante presentaban sobrepeso (45%) u obesidad (45%). La media de IMC de los pacientes en el momento de su captación fue de 30,44 (+/- 4,74) y HbA1c de 7,09 (+/- 1,38) mg/dl. El 41,7% presentaban niveles de riesgo según los valores de la HbA1c (>7 mg/dl), de los cuales el 52% presentaban niveles superiores a 8 mg/dl. Tenían asociada HTA el 73,3% y Dislipemia el 76,7%.

El 43,3% de los pacientes referían escasa red social (5 o menos de 5 contactos sociales), mientras que el 56,7% referían una red social adecuada, con más de 5 contactos sociales. Detectamos que el 20% percibían un apoyo social escaso, mientras que el 80% un apoyo social adecuado, de los cuales percibían adecuado apoyo emocional el 68,3%, afectivo el 83,3%, instrumental el 81,7% e interacción social positiva el 88,3%.

Evaluando mediante correlación la asociación entre la cifra de HbA1C y apoyo social funcional total, se obtuvo un Coeficiente de Correlación de Pearson de -0,352, siendo la correlación significativa con  $p < 0,01$ . Evaluando de nuevo mediante correlación la asociación entre la cifra de HbA1C y cada uno de los componentes del apoyo social funcional total, se obtuvo correlación estadísticamente significativa, con  $p < 0,01$ , únicamente en el caso del apoyo emocional, que presentaba un Coeficiente de Correlación de Pearson de -0,452.

Mediante regresión lineal simple entre las variables cifra de hemoglobina glicosilada como variable dependiente, y apoyo social funcional total como variable independiente, se obtuvo un Coeficiente de Determinación  $R^2$  de 0,124, es decir, que el apoyo social funcional total explica el 12,4% de la variabilidad de la cifra de hemoglobina glicosilada.

A continuación se realizó la regresión lineal entre la cifra de hemoglobina glicosilada como variable dependiente, y los cuatro componentes del apoyo social funcional total como variables independientes, obteniendo un Coeficiente de Determinación  $R^2$  de 0,258, es decir, que los cuatro componentes del apoyo social funcional total, que son el apoyo emocional, el apoyo afectivo, el apoyo instrumental y la interacción social positiva, explican el 25,8% de la variabilidad de la cifra de hemoglobina glicosilada. Realizando la regresión lineal con el método de selección de variables hacia adelante, se obtiene que de estos cuatro componentes del apoyo social funcional total, es el apoyo emocional el que explica el 20,5% de la variabilidad de la cifra de hemoglobina glicosilada, obteniéndose un Coeficiente de Determinación  $R^2$  de 0,205.

Por último, tras someter a regresión logística el control de hemoglobina glicosilada (variable dependiente) y el apoyo social funcional total y la red social (variables independientes), se obtuvo que las variables de apoyo social funcional total y la red social se han demostrado como factores protectores del aumento de la hemoglobina glicosilada. El control de la hemoglobina glicosilada ( $HbA1C < 7,0\%$ ) mantiene una relación directa con el apoyo social, actuando este como un factor protector del control de la hemoglobina ( $RR=1,50$ ; IC95%: 0,74; 3,03;  $OR=2,33$ ; IC95%: 0,64; 8,45). La red social también se comporta como un

factor protector para mantener cifras de hemoglobina glicosilada por debajo de 7% (RR=1,46; IC95%: 0,91; 2,35; OR=2,43; IC95%: 0,85; 6,99).

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En nuestro estudio los resultados obtenidos indican que el apoyo social funcional total se ha relacionado significativamente con el control metabólico de la diabetes mellitus (analizado mediante el valor de la hemoglobina glicosilada), y que de sus cuatro componentes es el apoyo emocional el que se correlaciona más fuertemente con el control metabólico de la diabetes. De los componentes del apoyo social funcional total, el apoyo emocional es el que está relacionado con el cariño y la empatía, y es en torno al cual se tiende a conceptualizar cuando las personas consideran que otra persona les ofrece apoyo.

Además, en nuestro estudio se ha obtenido que tanto el apoyo social funcional total como la red social son factores protectores del aumento de la hemoglobina glicosilada, ya que la probabilidad de que los pacientes con un apoyo social funcional total adecuado tengan buen control de hemoglobina glicosilada es 2,33 veces mayor que en los pacientes con escaso apoyo social funcional total. Y la probabilidad de que los pacientes con una red social adecuada tengan buen control de hemoglobina glicosilada es 2,43 veces mayor que en los pacientes con una red social escasa.

Es decir, que las variables que ejercen mayor influencia sobre el control de la hemoglobina glicosilada parecen ser la red social, el apoyo social funcional total y la dimensión de apoyo emocional.

Por lo tanto podemos afirmar que existe cierta asociación entre el apoyo social que perciben los diabéticos tipo 2 que acuden a nuestra consulta de enfermería de Atención Primaria y el control metabólico de la enfermedad, medido mediante los valores de hemoglobina glicosilada HbA1c, de forma que los pacientes con mayor apoyo social tienen una tendencia a presentar un mejor control metabólico de la enfermedad. Los resultados obtenidos en nuestro estudio están en consonancia con algunos artículos publicados, como Okura et al. (7) que encontraron que niveles medios y bajos de apoyo social se asociaban con valores elevados de HBA1C, o Misra y Lager (8) que reportaron un mayor apoyo social asociado con una menor HBA1C. La importancia del apoyo socio-emocional ya había sido señalado por autores como Westaway (9) o Cheng (10), que, en su estudio, realizado sobre una muestra de 200 pacientes diabéticos tipo 2, verifica que en ancianos diabéticos el apoyo social general parece ser más beneficioso que el apoyo social específico para la enfermedad.

Sherbourne (11) obtiene conclusiones similares, afirmando que de los componentes del apoyo social funcional total, la dimensión más importante en población general es el apoyo emocional. Todo esto confirma la creencia de que las relaciones emocionales parecen ser más beneficiosas para la salud y el bienestar que las ayudas instrumentales (9).

Es importante señalar la importancia del abordaje bio-psicosocial de estos pacientes en nuestra consulta de enfermería, debido a la influencia, que como hemos comprobado, estos aspectos tienen sobre la salud y el buen control de patologías como la diabetes. Muchas veces pasamos por alto la influencia de los aspectos psicosociales sobre nuestros pacientes, olvidándonos de la necesidad de prestar cuidados también en estos ámbitos. Con este trabajo se pretende demostrar como hay más variables, además de las físicas o del tratamiento farmacológico, que pueden influir en que los enfermos crónicos que tratamos en nuestras consultas de atención primaria tengan una mejor o peor evolución y control de estas enfermedades crónicas.

Desde la consulta de enfermería debemos investigar el apoyo social con el que cuentan nuestros pacientes, y fomentar en ellos el establecimiento de redes de soporte, sobre todo en aquellos pacientes con mal control de la enfermedad. Además debemos prestar cuidados de enfermería encaminados a conseguir mejorar estos apoyos y que sean adecuados y percibidos de este modo por los pacientes.

En cuanto a las limitaciones de este estudio, tenemos que tener en consideración que las características de la población diana, formada por los diabéticos tipo 2 incluidos en el cupo de nuestra consulta de enfermería, y el número de pacientes incluidos en la muestra, no son representativos de la población general, por lo cual los resultados aquí presentados solo tienen validez para la población de nuestra consulta de enfermería.

## BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. World Health Organization: 10 facts about diabetes. World Health Organization, Chronic Diseases and Health Promotion, Diabetes Unit; Geneva, Switzerland: Sep. 2011 [www.who.int/diabetes/en/index.html](http://www.who.int/diabetes/en/index.html)



2. Ciechanowski P, Russo J, Katon WJ, Lin EHB, Ludman E, Heckbert S, Von Korff M, Williams LH, Young BA. Relationship styles and mortality in patients with diabetes. *Diabetes Care*. 2010; 33:539–544.
3. Trief P, Sandberg JG, Ploutz-Snyder R, Brittain R, Cibula D, Scales K, Weinstock RS. Promoting couples collaboration in type 2 diabetes: the Diabetes Support Project Pilot Data. *Families, Systems & Health*. 2011; 29(3):235–261.
4. Zhang X, Norris SL, Gregg EW, Beckles G. Social support and mortality among older person with diabetes. *Diabetes Educ*. 2007; 33(2):273–281.
5. Sacco WP, Yanover. Diabetes and depression: the role of social support and medical symptoms. *Journal of Behavioral Medicine*. 2006; 29(6):523–531.
6. De la Revilla Ahumada L, Luna del Castillo J, Bailón Muñoz E, Medina Moruno I. Validación del cuestionario MOS de apoyo social en Atención Primaria. *Medicina de Familia (And)* 2005; 1: 10-18.
7. Okura T, Heisler M, Langa KM. Association between cognitive function and social support with glycemic control in adults with diabetes mellitus. *J Am Geriatr Soc* 2009; 57: 1816-24.
8. Misra R, Lager J. Ethnic and gender differences in psychosocial factors, glycemic control, and quality of life among adult type 2 diabetic patients. *J Diabet Complications* 2009; 23: 54-64.
9. Westaway MS, Seager JR, Rheeder P, Van Zyl DG. The effects of social support on health, well-being and management of diabetes mellitus: A black South African perspective. *Ethnicity and Health*. 2005; 10(1): 73-89.
10. Ling Cheng T, Weng Boey K. Coping, social support, and depressive symptoms of older adults with Type II diabetes mellitus. *Clin Gerontol*. 2000; 22 (1): 15-30.
11. Sherbourne C, Stewart A. "The MOS Social Support Survey". *Soc Sci Med*. 1991; 32: 705-14.

**ID76:**
**DESHABITUACIÓN TABÁQUICA A TRAVÉS DE INTERNET: FAVORECIENDO EL AUTOCUIDADO**

 Jéssica Hernández Gómez<sup>1</sup>, Consuelo Febrel Bordeje<sup>2</sup>

 Centro de Salud García Noblejas. SERMAS.<sup>1</sup>
[hernandez.gomez.jessica@gmail.com](mailto:hernandez.gomez.jessica@gmail.com)
**RESUMEN**
**1. INTRODUCCIÓN**

El consumo de tabaco supone un problema de salud pública.

Las principales estrategias para este problema son la prevención y la deshabituación tabáquica. Internet tiene un gran potencial para favorecer la deshabituación tabáquica. El objetivo es explorar las diferentes estrategias para la deshabituación a través de internet.

**2. DESARROLLO**

Se realizó una búsqueda con PubMed, ScienceDirect y ETHERIA. La ecuación de búsqueda fue "internet" AND "interventions" AND "cessation smoking". Se observó una diferencia significativa en la abstinencia a corto plazo.

**3. DISCUSIÓN**

Las intervenciones a través de internet para dejar de fumar están en auge pero se encuentran poco explotadas.

Es recomendable que la enfermería conozca estas herramientas para poder llegar a mayor número de personas.

**4. CONCLUSIONES**

El avance de la tecnología en el ámbito de la salud permite llegar a un mayor número de personas en la comunidad y estas intervenciones permiten mejorar la abstinencia.

**3.2.-ABSTRACT:**
**1. INTRODUCTION**

Tobacco use is a public health problem. The main strategies for this problem are prevention and smoking cessation. The Internet has great potential to promote smoking cessation. The objective is to explore the different strategies for dishabituacion through Internet.

**2. DEVELOPMENT**

We searched PubMed, ScienceDirect and ETHERIA. The search equation was "internet" AND "interventions" AND "cessation smoking". There was a significant difference in short-term abstinence.

**3. DISCUSSION**

Internet interventions to stop smoking are booming but are under-exploited. It is recommended that nurses know these tools to reach more people.

**4. CONCLUSIONS**

The advancement of technology in the field of health allows to reach a greater number of people in the community and these interventions allow to improve the abstinence.

**PALABRAS CLAVE**

Internet, cessation smoking, interventions

Internet, cessation smoking, interventions

**INTRODUCCIÓN/JUSTIFICACIÓN/OBJETIVO**

El consumo de tabaco supone un problema importante de Salud Pública a nivel internacional, debido a su mortalidad, morbilidad, y los costos sanitarios y no sanitarios elevados que genera.

**1.-MARCO LEGISLATIVO**
**1.-Marco Internacional:**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) centra la atención sobre el control de consumo de tabaco en el **Convenio Marco**, que fue elaborado en 2003 y vigente desde 2005. (1)

### 2.-Marco Nacional:

- **Ley 28/2002, de 26 de Diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos de tabaco.** (2)
- **Ley 42/2010, de 30 de Diciembre, por la que se modifica la anterior ley y aumentan los espacios libres de humo.**(3)

### 3.-Marco Regional:

- **Decreto 93/2006, de 2 de Noviembre de la Comunidad de Madrid que desarrolla y ejecuta la Ley 28,2005, de 26 de Diciembre, sobre medidas sanitarias frente a tabaquismo.** (4)

**4.- Marco de la atención sanitaria:** Cartera de Servicios de Atención Primaria del Servicio Madrileño de Salud.

## 2.- JUSTIFICACION

### ● **Mortalidad**

#### ○ **Ámbito internacional**

El consumo de tabaco **causa la muerte a 5,4 millones de personas al año en el mundo**, en 2030 se estima que morirán más de 8 millones. (5,6) **Durante el Siglo XXI ocurrirán mil millones de muertes** relacionadas con el consumo de tabaco. (7)

#### ○ **Ámbito nacional.**

En España la mortalidad asociada al tabaco en 2012 ocasiono más de 60.000 muertes al año, un 24,45%. (8) En la Comunidad de Madrid en 2012 el tabaco causo 5.464 muertes. (9)

### ● **Morbilidad**

El tabaco se relaciona con el desarrollo **de gran morbilidad**, diferentes tipos de cáncer, enfermedades cardiovasculares y otras enfermedades (5,6).

#### ○ **Ámbito nacional**

Según la Encuesta de Salud realizada en 2014 **la prevalencia de fumadores diarios de 16 o más años fue del 23%** y a pesar de que el porcentaje de fumadores desciende año tras año, todavía sigue siendo un problema importante de salud pública. (10,11)

#### ○ **Ámbito regional**

Según el informe SIVFRENT-A de 2015, realizado en la Comunidad de Madrid a personas adultas entre 18 y 64 años, el 23,8% de las personas encuestadas era fumador.(12)

En cuanto a la población juvenil, el informe SIVFRENT-J de 2015 que engloba a las personas de 15 a 18 años, revela que el 21,5% fumaba con asiduidad. (13)

### ● **Costes sanitarios y no sanitarios.**

**En EEUU** los costes sanitarios de tratamiento ascienden a 96 mil millones de dólares al año y genera una pérdida de productividad de 97 mil millones de dólares al año. (14)

**En España**, según el Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo, el hábito de fumar supone anualmente al Estado unos 8.000 millones de euros.(15)

**Una gran parte de la morbi-mortalidad causada por el tabaco podría evitarse** si los fumadores dejaran de fumar antes de los 30 años. (16)

## 3.-ESTRATEGIAS INTERVENCIÓN

Las principales estrategias para hacer frente a este problema son la prevención y la deshabituación tabáquica. El tabaquismo puede ser prevenido primariamente a través de programas de promoción de la salud y a través de intervenciones para deshabituación.

Alrededor del 70% de los fumadores querrían dejar de fumar. (5,6).

En España alrededor del 60% lo han intentado pero tan sólo el 3-5% de ellos lo ha conseguido. (11) De los fumadores habituales el 5,6% estaba pensando en dejar de fumar en el plazo de un mes y un 13,2% en los próximos 6 meses.(17)

Algunas de las intervenciones que se realizan en el entorno sanitario para el abandono tabáquico son las terapias de reemplazo de nicotina, la prescripción de medicamentos y las intervenciones psicosociales.(7)

Estamos en una época de transformación y el cuidado de la salud no es ajeno a ello. En el centro de esta transformación están las intervenciones digitales en salud facilitadas por internet. (18) Se estima que en 2012 había 2,4 millones de usuarios de internet en todo el mundo. (5) En España, según el Instituto Nacional de Estadística, en 2015, el 78,7% de los hogares tuvo acceso a internet. (19)

Los expertos sugieren que el uso de internet y páginas web para la deshabituación tabáquica tienen un gran potencial. (20) Internet representa un apoyo ideal para todas aquellas personas que quieren dejar de fumar y no pueden o no quieren realizar intervenciones cara a cara con los profesionales sanitarios. (16) El uso de internet para intervenciones en deshabituación tabáquica ofrece múltiples ventajas como la facilidad de uso y acceso, bajo coste, capacidad de llegar a mayor número de personas, confidencialidad, comodidad y reducción del estigma que muchas veces soportan los fumadores. (5,6,7,21)

A pesar de todas las ventajas es necesario tener en cuenta la llamada “brecha digital”, ya que, los usuarios desfavorecidos tienden a utilizar menos internet y es vital que no sean excluidos, (22) porque según un estudio estas personas son más propensas a fumar y a experimentar morbilidad y mortalidad prematura debido al hábito tabáquico. (23)

Para muchas personas internet se ha convertido en el primer lugar donde buscan información y asesoramiento en temas relacionados con la salud. Los fumadores no son ajenos a esta situación y miles de ellos, cada año, se registran en páginas webs en las que se realizan intervenciones para dejar de fumar. (18)

Debido a estos avances, múltiples investigaciones se han centrado en la realización de intervenciones a través de internet para favorecer la deshabituación tabáquica.

## OBJETIVOS

- Revisar la bibliografía existente acerca de programas de deshabituación tabáquica a través de internet.
- Explorar las posibles limitaciones que existen en las intervenciones a través de internet para deshabituación tabáquica.

## DESARROLLO

### METODOLOGÍA

#### ▪ Fuentes de datos

Se realizó una búsqueda a través de bases de datos electrónicas (PubMed, ScienceDirect y ETHERIA) acerca de intervenciones para deshabituación tabáquica a través de internet, desde 2010, en español e inglés.

Se incluyó también literatura gris, que se buscó de manera manual. No se hicieron restricciones respecto al tipo de estudio.

#### ▪ Estrategia de búsqueda

##### ○ Selección de estudios

Para la búsqueda de estudios originales se utilizó la base de datos PubMed y Etheria y la plataforma ScienceDirect. La ecuación de búsqueda para PubMed fue: “internet” AND “interventions” AND “cessation smoking”, todos ellos términos MeSH. Se usaron los filtros de artículos originales de los últimos 5 años, que el texto fuera libre de acceso y que los términos se encontraran en el Title/abstract. En la base de datos Etheria se utilizó la misma secuencia. En la plataforma ScienceDirect también se realizó la búsqueda con la misma ecuación.

En la búsqueda de literatura gris se seleccionaron todos aquellos documentos que incluyesen información acerca del consumo de tabaco, mortalidad relacionada con el hábito tabáquico, medidas de prevención y deshabituación así como documentos relacionados con el uso de las nuevas tecnologías.

#### ▪ Criterios de inclusión y exclusión

Se consideró los estudios que realizaran intervenciones en deshabituación tabáquica en adultos utilizando internet y se excluyeron aquellos que no utilizaban internet y aquellos estudios que se realizaron en mujeres embarazadas.

#### ▪ Extracción y análisis de los datos

Tras la búsqueda inicial se localizaron en los recursos consultados 272 documentos, de ellos se excluyeron 245 que no resultaron relevantes para el objetivo de esta revisión bibliográfica. Se seleccionaron 17 de la base de datos de PubMed, 3 de la plataforma ScienceDirect y 4 de la base de datos ETHERRA.

Se analizaron artículos originales que fueran revisiones sistemáticas y meta-análisis, ensayos clínicos y protocolos de estudio para ensayos clínicos.

## RESULTADOS

A lo largo de los años y debido a la entrada en la era digital hay investigaciones que se han centrado en la eficacia de las intervenciones a través de internet para la deshabituación tabáquica. Para esta revisión se han incluido 9 artículos el más antiguo del año 2011 y el más reciente de 2016. Los países en los que se realizaron los estudios revisados fueron Noruega(24), Alemania(25,6), Estados Unidos(7,23,26,27), Inglaterra(21) y Canadá(20).

Los resultados de los artículos analizados se recogen en la Tabla 1.

Salvo en el estudio en el cual se realizó la evaluación de la eficacia del programa a través de un pretest y un posttest (20), los demás usaron una metodología de comparación a través de un grupo intervención en el cual se aplicaba el programa basado en la web y un grupo control.

La muestra de los estudios intento ser representativa en mujeres y en hombres, salvo un estudio que sólo estudio la eficacia de un programa de internet en hombres, estableciendo como conclusión que es necesario realizar los programas a través de internet con enfoque de género.(20)

Los participantes fueron reclutados a través de diferentes métodos.(20,21,6,7,26,27,24,23)En tres fue una labor realizada por el médico que atendía a los pacientes en la consulta.(6,26,23) Otro estudio recluto a los participantes a través del médico o de la enfermera del centro de rehabilitación dónde estaban ingresados.(25) El resto de estudios utilizó internet para realizar el reclutamiento de los participantes (7, 20,21,27,24).

En cuanto a las tasas de abstinencia se observó que en uno de ellos hubo una diferencia significativa en la abstinencia a corto plazo, pero no a largo plazo. A los 3 meses la tasa de abstinencia fue de 13.5% en el grupo intervención frente al 9.4% del grupo control. Sin embargo, a los 12 meses de seguimiento la tasa de abstinencia fue de 11.2% en el grupo intervención frente a 11.7% en el grupo control. Se demostró que el uso de mensajes e intervenciones individualizadas, adaptadas a la persona y más intensas consiguen mayores tasas de éxito.(24)

En los demás estudios no se encontraron diferencias significativas en las tasas de abstinencia. Además del estudio mencionado se encontró en otro ensayo que la abstinencia a las cuatro semanas de la intervención fue de 22.7% en el grupo de intervención y de 11.1% en el grupo control. A los 6 meses la prevalencia puntal de abstinencia fue dos veces mayor en el grupo en el cual se realizó la intervención. (25)

Otro estudio obtuvo una abstinencia que iba del 36,18% en el primer mes a 41,34% a los 12 meses. Pero se perdieron muchos participantes a lo largo del seguimiento por lo que tras ajustar los datos las tasas de abstinencia fueron de 13,63% en el primer mes a 8,28% a los 12 meses. (7)

Otras variables que se estudiaron fue el número de cigarrillos fumados al día. Un estudio comprobó que los participantes que usaban más las páginas webs disminuyeron el número de cigarrillos diarios (26). Otro obtuvo que el número de cigarros promedio al día disminuyó un 9.3 en el grupo intervención y un 6.6 en el control.(6)

Uno de los estudios analizados introdujo la variable socioeconómica y se encontró que los participantes con bajo nivel socioeconómico obtuvieron más ayuda a través de la intervención que los participantes en el grupo control. (21)

Algunos estudios tuvieron en cuenta como variable el uso de recursos que se facilitaban a los participantes. Se demostró que los participantes que tenían intervenciones más proactivas e intensas accedían más al programa web.(27) En el estudio que se realizó sólo con hombres se encontró que los que redujeron el número de cigarros diarios utilizaron más los recursos disponibles de la intervención a través de internet.(20)

## DISCUSIÓN

Se pone de manifiesto que la realización de intervenciones proactivas y que involucran a los pacientes de una forma dinámica y activa consiguen mejores resultados a la hora de la deshabituación tabáquica.

Durante la revisión se encontraron varias limitaciones. Una de ellas es que el seguimiento de los estudios no se ha realizado a largo plazo. (6,7,20,21,23,24,25,26,27)

Otra limitación es que la evaluación de las tasas de abstinencia se realice a través de auto informe del participante y no se compruebe bioquímicamente. (7,20,25,26,27)

Además algunos estudios indican que el reclutamiento de los participantes se realiza a través de internet pero esto conlleva un sesgo, ya que los participantes se involucran en el estudio de una forma más activa y esto puede que no resulte representativo. (7,20,21,24,27)

Las enfermeras de atención primaria deben tener en cuenta este nuevo tipo de intervenciones en aquellos pacientes a los que les cueste acudir al centro de salud. Es un nuevo método que está en fase de crecimiento y es probable que este tipo de intervenciones vaya en aumento a medida que pasen los años. Las enfermeras deben actualizarse para poder ofrecer a las personas que atienden un amplio abanico de posibilidades en los que ellos sean el punto clave de la intervención.

## CONCLUSIONES

El tabaco es una de las grandes epidemias del siglo XXI y la prevención y la deshabituación tabáquica constituyen los principales pilares de tratamiento.

Internet por su riqueza de opciones y oportunidades se ha convertido en parte cotidiana de la población. Por ello hay que considerarla como una herramienta para el apoyo a la deshabituación tabáquica.

Hoy en día, un alto porcentaje de personas tienen acceso a internet por lo que resulta fácil poder llegar a un gran número de personas. Además, es un método barato y que tiene grandes posibilidades de uso. Por todo ello, las intervenciones a través de internet en el ámbito de la salud son cada vez más abundantes y la deshabituación tabáquica no es ajena a este tipo de intervenciones.

Según diversos estudios las intervenciones para dejar de fumar pueden obtener tasas de abstinencia comparables con otras modalidades de tratamiento y mejores tasas que si no realizamos ninguna intervención. Además, a corto plazo sí que han demostrado una alta eficacia en la cesación del hábito tabáquico.

Esto demuestra que a pesar de que internet es una herramienta prometedora y con alto potencial para apoyar medidas de deshabituación tabáquica todavía no ha alcanzado todo su potencial y no consigue tasas de abstinencia a largo plazo.

Para aumentar la eficacia de este tipo de intervenciones y poder ampliar la abstinencia a largo plazo es necesario que se encuentren adaptadas a los participantes, teniendo en cuenta el enfoque de género y otras variables como el nivel socioeconómico, así como realizar recordatorios periódicos para favorecer la adherencia a los programas.

Deben tratarse de intervenciones proactivas y que involucren a los participantes de forma dinámica.

Las intervenciones en deshabituación tabáquica a través de internet están en auge pero es necesario realizar estudios más amplios para comprobar su eficacia. A pesar de ello podemos considerar este tipo de intervenciones como apoyo al asesoramiento individual o grupal, a los métodos de reemplazo de nicotina o al uso de terapia farmacológica.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el control del tabaco. Ginebra, Suiza. 2003.
2. Ley 28/2002, de 26 de Diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos de tabaco. Boletín Oficial del Estado, número 309 (27-12-2005).
3. Ley 42/2010, de 30 de Diciembre, por la que se modifica la Ley 28/2002, de 26 de Diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos de tabaco. Boletín Oficial del Estado, número 318 (31-12-2010).
4. Decreto 93/2006, de 2 de Noviembre de la Comunidad de Madrid que desarrolla y ejecuta la Ley 28,2005, de 26 de Diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el



suministro, el consumo y la publicidad de los productos de tabaco. Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid (7-11-2006).

5. Civiľjak M, Stead LF, Hartmann-Boyce J, Sheikh A, Car J. Internet-based interventions for smoking cessation (Review). Cochrane Library. 2013.
6. Mehring M, Haag M, Linde K, Wagenpfeil S, Schneider A. Effects of a guided web-Based Smoking Cessation Program With Telephone Counseling: A Cluster Randomized Controlled Trial. J Med Internet Res. 2014; vol (16): 1-13.
7. Leykin Y, Aguilera A, D Torres L, Pérez-Stable L, Muñoz R. Interpreting the outcomes of automated Internet-Based Randomized Trials: Example of an International Smoking Cessation Study. J Med Internet Res. 2012; vol (14): 1-13.
8. <https://www.aecc.es> › Sobre el cáncer › Prevención › Tabaco
9. Boletín epidemiológico CCMM
10. Encuesta de Salud España 2014
11. Díaz-Gete L, Puigdomènech E, Mercedes Briones E, Fàbregas-Escuriola M, Fernandez S, Del Val JL, et al. Effectiveness of an intensive E-mail based intervention in smoking cessation (TABATIC study): study protocol for a randomized controlled trial. BMC Public Health. 2013; vol 13:364.
12. SIVFRENT-A 2015. Comunidad de Madrid.
13. SIVFRENT-J 2015. Comunidad de Madrid.
14. Sadasivam R, Hogan T, Volkman J, Smith B, Coley H, Williams J, et al. Implementing point of care “e-referrals” in 137 clinics to increase access to a quit smoking internet system: the Quit-Primo and National Dental PBRN HI-QUIT Studies. TBM. 2013; vol (3): 370-376.
15. Comité Nacional para la prevención del tabaquismo.
16. Brown J, Michie S, Raupach T, West R. Prevalence and Characteristics of Smokers Interested in Internet-Based Smoking Cessation Interventions: Cross-sectional Findings From a National Household Survey. J Med Internet Res. 2013; vol (15): 1-9.
17. SIVFRENT-A 2014. Comunidad de Madrid.
18. Graham A, Carpenter K, Cha S, Cole S, Jacobs M, Raskob M, et al. Systematic review and meta-analysis of internet interventions for smoking cessation among adults. Substance Abuse and Rehabilitation. 2016; vol (7): 55-69.
19. Nota de prensa INE sobre el uso de TIC en los hogares.
20. Bottorff J, Oliffe J, Sarbit G, Sharp P, Caperchione C, Currie L, et al. Evaluation of QuitNow Men: An Online, Men-Centered Smoking Cessation Intervention. J Med Internet Res. 2016; vol (18): 1-10.
21. Brown J, Michie S, Geraghty A, Yardley L, Gardner B, Shahab L, et al. Internet-based intervention for smoking cessation (StopAdvisor) in people with low and high socioeconomic status: a randomized controlled trial. Lancet Respir Med. 2014; vol (2): 997-1006.
22. Michie S, Brown J, Geraghty A, Miller S, Yardley L, Gardner B, et al. A theory-based interactive internet-based smoking cessation intervention. TBM. 2012; vol (2): 263-275.
23. Brunette M, Gunn W, Alvarez H, Finn P, Geiger P, Ferron J, et al. A pre-post pilot study of a brief, web-based intervention to engage disadvantaged smokers into cessation treatment. Addiction science & clinical practice. 2015; vol (10): 1-8.
24. Wangberg S, Nilsen O, Antypas K, Torhild Gram I. Effect of Tailoring in an Internet-Based Intervention for Smoking Cessation: Randomized Controlled Trial. J Med Internet Res. 2011; vol (13): 1-12.
25. Haug S, Meyer C, John U. Efficacy of an internet program for smoking cessation during and after inpatient rehabilitation treatment: a quasi-randomized controlled trial. Addictive Behaviors. 2011; vol (36): 1369-1372.
26. Emmons K, Puleo E, Sprunck-Harrild K, Ford J, Ostroff J, Hodgson D, et al. Partnership for Health-2, A Web-Based Versus Print Smoking Cessation Intervention for Childhood and Young Adult Cancer Survivors: Randomized Comparative Effectiveness Study. J Med Internet Res. 2013; vol (15): 1-17.
27. Cobb C, Graham A. Use of Non-Asigned Interventions in a Randomized Trial of Internet and Telephone Treatment for Smoking Cessation. Nicotine & Tobacco Research. 2014; vol (16): 1289-1297.

**(Las tablas se muestran en la páginas siguientes)**

**TABLA 1. ENSAYOS CLÍNICOS CON INTERVENCIONES PARA DESHABITUACIÓN TABÁQUICA A TRAVÉS DE INTERNET.**

			<b>Selección participantes</b>				
<b>Efficacy of an internet program for smoking cessation during and after inpatient rehabilitation treatment: a quasi-randomized controlled trial</b>	2011	Ensayo cuasiexperimental aleatorio controlado	- 7574 pacientes - 3 centros - 477 participantes: 242 intervención y 235 grupo control	- Grupo intervención con programa de internet con consejo individual, con experto y proactivo. Grupo control.	Abstinencia: Control: 11,1% Int.:23,6%	Tras 6 meses de seguimiento mayor abstinencia en la intervención.	- Sólo 1/3 usaba internet de forma habitual. - Resultados a corto plazo (6 meses). - No se comprueba abstinencia de forma bioquímica.
<b>Internet-based intervention for smoking cessation (StopAdvisor) in people with low and high socioeconomic status: a randomized controlled trial</b>	2014	Ensayo clínico aleatorizado controlado	- 4613 participantes: 2142 bajo nivel socioeconómico y 2471 alto. - 2321 participantes en StopAdvisor y 2292 en grupo control	Grupo intervención con programa de internet StopAdvisor y grupo control.	Tasa de abandono similar entre grupos (10%). Bajo nivel mostró beneficio.	Tasas globales de deshabituación fueron similares entre grupos pero la intervención fue dependiente de la situación socioeconómica. Mejor efecto en bajo.	- Reclutamiento de participantes directamente de internet. - La investigación es en un país con nivel socioeconómico alto. - No evalúan si toman otros tratamientos.
<b>Use of Non-Assigned Interventions in a Randomized trial of internet and telephone treatment for smoking cessation</b>	2014	Ensayo clínico aleatorizado	- 2005 participantes: 679 internet básico, 651 avanzado, 675 avanzado y teléfono.	Tres brazos: Internet básico Internet avanzado y llamadas Sitio web interactivo	Más participación en el avanzado. Diferencias significativas en satisfacción	No asignar tratamiento es común en los estudios de investigación y es un factor a considerar en la evaluación de los efectos.	- Los participantes pueden tener expectativas por la intervención. - No se comprueba bioquímicamente la abstinencia.
<b>Partnership for health-2, a web-based vs print smoking cessation intervention for childhood and Young adult cancer survivors: randomized comparative effectiveness study</b>	2013	Ensayo clínico aleatorizado controlado	- 329 participantes: 128 con material impreso y 201 en sitio web.	Dos intervenciones, una en sitio web y otra con material impreso.	No diferencias significativas en el seguimiento. Mayor cesación en web. Más intento en impreso.	Bajo nivel de compromiso y uso. Necesidad de desarrollar un sistema eficaz. Niveles equivalentes de eficacia. Métodos	- Requisitos estrictos de captación. - Evaluación abstinencia por autoinforme.

						para aumentar participación.	
<b>A pre-post pilot study of a brief, web-based intervention to engage disadvantaged smokers into cessation treatment</b>	2015	Estudio piloto	- 38 participantes en el grupo de intervención y 60 pacientes en el grupo control. - Embarazadas y no embarazadas.	- En la intervención: uso internet con observador y luego cuestionario.	39% del grupo intervención uso después el programa. 10% abstinencia a los 2 meses	Sitio web como sistema de apoyo es prometedor y es una estrategia de bajo coste. Se necesita más investigación.	- Bajo número de muestra.
<b>Effect of tailoring in an internet-based intervention for smoking cessation: randomized controlled trial</b>	2011	Ensayo clínico aleatorio controlado.	- 2298 participantes: 1029 en grupo intervención y 1043 en grupo control.	- Dos brazos. En la intervención se dan mensajes individuales adaptados y en el grupo control no.	Mayor eficacia en grupo intervención en el seguimiento del mes 1 y 3, no en el mes 12.	La adaptación de una intervención en internet aumenta la tasa de éxito a corto plazo.	- Misma base para grupo control e intervención.
<b>Evaluation of quitnow men: an online, men-centered smoking cessation intervention</b>	2016	Estudio pretest y posttest	- 117 participantes: Sólo en 67 seguimientos completo. - Sólo hombres	Pretest antes de usar programa 6 meses. Posttest a los 3 y 6 meses de uso.	Disminución significativa nº cigarrillos a los 3 y 6 meses.	Integrar el enfoque de género. Web con potencial para ayudar a la deshabituación.	- Muestra no representativa. - Evaluación con autoinforme.
<b>Interpreting the outcomes of automated internet-based randomized trials: example of an international smoking cessation study</b>	2012	Ensayo clínico aleatorio controlado	- 16.430 participantes de 165 ciudades.	4 brazos: a) sitio web estático; b) emails sincronizados; c) emails y sesiones; d) email, sesiones y moderador.	Resultados poco fiables por gran pérdida de participantes en seguimiento.	Versiones más complejas dan mejores resultados.	- No validez abstinencia bioquímicamente. - No aleatorio. - Resultados no generalizables.
<b>Effects of a guided web-based smoking cessation program with telephone counseling: a cluster randomized controlled trial</b>	2014	Ensayo clínico aleatorio controlado, no ciego.	- 121 participantes: 51 en el grupo de intervención y 70 en el grupo control. - Análisis basal y a las 12 semanas	Grupo intervención en página web y grupo control.	No diferencia significativa.	No se mostró evidencia de la intervención en página web fuera más eficaz que la atención habitual para dejar de fumar.	- Aleatorización no ciega - Tamaño muestra bajo.

**ID81:**

## **LA SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRINCIPAL, ¿CÓMO ACTUAMOS DESDE ATENCIÓN PRIMARIA?**

Leticia Elvira Gutiérrez<sup>1</sup>, Lucía Roche Gutiérrez<sup>2</sup>, Empar Gómez Sánchez<sup>3</sup>

1-3: EIR R1 Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria de Alicante.

leticiaelvira@gmail.com

### **RESUMEN**

El aumento de la población geriátrica en los países occidentales ligado a una mayor supervivencia de personas con enfermedades crónicas y discapacidades físicas y/o psíquicas, ha generado una mayor necesidad de personas que se dediquen a brindar cuidados en el ambiente familiar. La mayor parte de los cuidadores son mujeres, generalmente sin estudios o estudios primarios y amas de casa, que con el tiempo ven mermada su inclusión en el ámbito laboral, social y económico debido a la dependencia de los enfermos. El objetivo del presente trabajo es conocer qué es el síndrome de sobrecarga del cuidador, incluyendo consecuencias derivadas de este, tanto a nivel físico como psíquico, así como determinar qué intervenciones puede poner en práctica la enfermera de familia para mejorar la calidad de vida del cuidador informal.

Se trata de un estudio de revisión de la literatura científica utilizando como fuentes de información: Pubmed, Cochrane, Cuiden, Scielo, ScienceDirect y Elsevier. También se realizó una búsqueda inversa, revisando diversas referencias en los artículos encontrados. Dicha búsqueda se ha centrado en el periodo de tiempo comprendido entre 2008-2016. Las palabras clave utilizadas fueron: caregivers, nursing, burden, dependency, health community, quality of life. Inicialmente han sido encontrados 266 artículos. Se analizaron aquellos artículos que hacían referencia en el título a los cuidadores, a las personas dependientes y las intervenciones en cuidadores y finalmente se consideraron válidos 27 por estar relacionados con los objetivos del presente trabajo. Se han excluido cartas, actas, comentarios, informes y artículos de opinión, así como aquellos artículos relacionados con pacientes pediátricos y pacientes con traumatismo craneoencefálico.

En la síntesis de datos se ha visto que los cuidadores no perciben un apoyo suficiente del sistema sanitario. Los programas educativos y de apoyo pueden ayudar a mejorar la calidad de vida de los cuidadores. Es por ello que se hace necesario el abordaje integral al cuidador principal por parte de la enfermera de atención primaria desde un punto de vista holístico, de modo que este sea considerado como un usuario que también requiere atención.

### **ABSTRACT**

The increase in the geriatric population in Western countries, united to a greater survival of people with chronic diseases and physical and / or psychic disabilities, has generated a greater need of people who are dedicated to providing care in the family environment. Most of the caregivers are women, usually without studies or primary studies and housewives, who over time are reduced their inclusion in the workplace, social and economic because of the dependency of the patients. The objective of the present study is to know what is the syndrome of overload of the caregiver, including consequences derived from this, both physically and psychically, as well as determine what interventions can be implemented by the family nurse to improve the quality of life of the caregiver informal.

This is a review study of the scientific literature using as sources of information: Pubmed, Cochrane, Cuiden, Scielo, Science Direct and Elsevier. A reverse search was also performed, reviewing various references in the articles found. This search has focused on the time period between 2008-2016. The keywords used were: caregivers, nursing, burden, dependency, health community, quality of life. Initially 566 items were found. We analyzed those articles that referred in the title to caregivers, dependent persons and interventions in caregivers and were finally considered 42 because they are related to the objectives of the present study. We have excluded letters, comments, reports and opinion articles as well as articles related to pediatric patients and patients with traumatic brain injury.

In the synthesis of data it has been seen that caregivers do not perceive sufficient support of the health system. Educational and support programs can help improve the quality of life of caregivers. This is why it is necessary to approach the primary caregiver integrally by the primary care nurse from a holistic point of view, so that it is considered as a user that also requires attention.

## **PALABRAS CLAVE**

Cuidadores, enfermería, sobrecarga, dependencia, calidad de vida.  
Caregivers, nursing, burden, dependency, quality of life.

## **INTRODUCCIÓN/JUSTIFICACIÓN/OBJETIVO**

Los cuidadores poseen un papel clave en el mantenimiento de una adecuada calidad de vida, así como de la autonomía de los pacientes con enfermedades crónicas o discapacidades físicas y/o psíquicas. Se ha demostrado que la presencia de un cuidador disminuye la morbimortalidad en estos pacientes<sup>1</sup>

El cuidado informal puede definirse como la prestación de cuidados de salud a personas dependientes por parte de familiares u otras personas de la red social inmediata, sin recibir una remuneración económica por ello.

Se trata de una actividad con un escaso reconocimiento, fuertemente feminizada y ligada al ámbito doméstico<sup>2</sup>. En España, el 60-75% de los cuidadores son mujeres que además, suelen ser también responsables de las tareas domésticas del hogar y por lo general tienen una relación de parentesco directa con las personas a quienes cuidan, ya sea mujer o hija, sin estudios o con estudios primarios<sup>3</sup>. Con el tiempo, el cuidador ve mermada su inclusión en el ámbito laboral, social y económico debido a que la atención al paciente se convierte en su principal actividad<sup>4</sup>

Teniendo en cuenta lo anterior, asumir el cuidado del paciente constituye un factor de riesgo para la salud. Es común que los cuidadores informales presenten sentimientos de culpa, rabia, tristeza, apatía, cansancio, ansiedad, depresión, altos niveles de estrés además de menor bienestar subjetivo y peor salud física<sup>5</sup>

Estos síntomas son debidos a que muchas veces desempeñan las actividades sin orientación y sin un soporte adecuado, lo que sumado a diversas demandas económicas, organización familiar y acumulación de tareas dan lugar a la aparición de sobrecarga en el cuidador<sup>6,7</sup>

El acto de cuidar, por tanto, ha sido conceptualizado como un importante factor de estrés y, sumado al carácter crónico y sin un tiempo definido para su duración, se encuentra asociado a repercusiones negativas del cuidar, provocando interferencias en la salud física y psicológica de quien cuida<sup>8</sup>

Actualmente las personas mayores de 65 años representan el 15,2% de la población general, de ellos un 24% necesitan ayuda para las actividades básicas de la vida diaria<sup>9</sup>. Es un tema de especial relevancia social y sanitaria que los cuidadores reciban asesoramiento terapéutico tanto para prevenir los factores de riesgo que conlleva la sobrecarga como para paliar la sintomatología asociada<sup>10,11</sup>

El análisis de la sobrecarga del cuidador es un instrumento indispensable para el profesional y da lugar a un diagnóstico que permite la realización de un cuidado fundamental junto al cuidador principal. Esto tiene una especial relevancia para el profesional de enfermería de Atención Primaria, que por su cercanía con la población, está en una posición única para prestar apoyo a los cuidadores, atender sus necesidades y potenciar sus fortalezas<sup>11,12</sup>

El objetivo del presente trabajo es conocer qué es el síndrome de sobrecarga del cuidador, incluyendo consecuencias derivadas de este, tanto a nivel físico como psíquico, así como determinar qué intervenciones puede poner en práctica la enfermera de Atención Primaria para mejorar la calidad de vida del cuidador informal.

## **DESARROLLO**

Las fuentes de información consultadas fueron las bases de datos electrónicas: Pubmed, Cochrane, Cuiden, Scielo, ScienceDirect y Elsevier. La búsqueda bibliográfica se realizó durante los meses de noviembre y diciembre del 2016. También se llevó a cabo una búsqueda inversa, revisando diversas referencias en los artículos encontrados.

Dicha búsqueda se ha centrado en el periodo de tiempo comprendido entre 2008-2016. Las palabras clave utilizadas fueron: *caregivers, nursing, burden, dependency, health community, quality of life*. Se realizó una combinación de las palabras clave utilizadas con el operador booleano "AND".

Para el presente trabajo de revisión, se han seleccionado aquellos artículos tanto originales como revisiones, relacionados con el manejo del paciente dependiente por parte del cuidador e intervenciones de enfermería en cuidadores. Por otra parte, se excluyeron artículos referidos a población pediátrica, aquellos que se centraban en cuidadores de pacientes politraumatizados y también se han excluido cartas, comentarios, actas, informes y artículos de opinión.

Mediante la búsqueda realizada con las palabras clave citadas, inicialmente han sido encontrados 266 artículos. Se analizaron los resúmenes de aquellos artículos que hacían referencia en el título a los cuidadores de pacientes dependientes y a las intervenciones enfermeras que se realizan sobre estas personas. De estos artículos se descartaron 158 por no cumplir los criterios de inclusión. De los 108 válidos, finalmente se han seleccionado 20 por estar relacionados con los objetivos del presente trabajo. La mayoría de los artículos fueron encontrados en Pubmed y ScienceDirect, siendo muchas las referencias que coincidieron en las distintas búsquedas. En la base de datos Cochrane no se ha encontrado ninguna referencia válida con los términos de búsqueda utilizados. Por otro lado, de los artículos finalmente seleccionados, se realizó una búsqueda dentro de las referencias bibliográficas. Se localizaron inicialmente 20 artículos, de los cuáles sólo se seleccionaron 7. Así pues, resultaron un total de 27 artículos válidos para el desarrollo de este trabajo. Cabe destacar que la evidencia científica enfermera en este ámbito no está muy desarrollada, de ahí los escasos artículos que cumplen nuestros criterios de inclusión.

Gran parte de la evidencia científica revisada coincide en el perfil del cuidador, mujer (generalmente hijas o esposas), casada, y con escolaridad media. Algunos estudios no llegaron a establecer la relación entre el número de horas y el nivel de sobrecarga del cuidador, indicando que el número de horas no es un factor determinante en el nivel de sobrecarga<sup>13</sup>.

Otros estudios relacionan el bajo nivel socioeconómico, el escaso o nulo nivel de educación y el hecho de ser un adulto mayor enfermo con el riesgo de desarrollar el síndrome del cuidador<sup>14</sup>.

Por otro lado, el apoyo social constituye un predictor de la calidad de vida del cuidador ya que está relacionado con el mayor afrontamiento del cuidado de personas dependientes. El análisis de la función familiar en el momento de la valoración es un instrumento fundamental para establecer estrategias de actuación sobre el cuidador y el paciente dependiente<sup>15, 16</sup>. Desde atención primaria y más concretamente desde la enfermería, resulta fundamental desarrollar estrategias de apoyo que mejoren el cuidado de los pacientes por parte de los cuidadores así como el propio autocuidado de estos, abordando no sólo aspectos físicos sino también aspectos emocionales y psicológicos.

## DISCUSIÓN

Los adultos mayores por motivos de edad o enfermedad pierden la autonomía para mantener su funcionalidad física, sensorial o intelectual, lo que hace que requiera de una persona que les supla o apoye en aquellas las actividades básicas de la vida diaria (ABVD). En la teoría del Déficit de autocuidado de Orem, a esta persona se le denomina como agente de cuidado permanente, representado por la figura del cuidador informal quien es principalmente un miembro de la familia<sup>17, 18</sup>.

La tendencia actual de prestación de cuidado va encaminada a ofrecer servicios de salud en el domicilio, ya que esto disminuye los costos de la atención y produce un desplazamiento de cuidados cada vez más complejos hacia el sistema informal.

Quien asume el rol de cuidador en la familia del anciano se enfrenta al riesgo de que su vida se trastorne originándole sensación de carga severa. La edad, género, estado civil y el parentesco son características importantes que pueden intervenir en ese riesgo, ya que en función de estas varía la experiencia, dedicación, madurez, estabilidad y la toma de decisiones adecuadas para resolver las demandas del cuidado. Generalmente el cuidador prioriza solo el cuidar de aquel que necesita de él, sin considerarse como un ser que requiere cuidados, dedicándose exclusivamente a cuidar de otros<sup>17, 19</sup>.

Diversos estudios muestran que los cuidadores principales al cuidar a una persona enferma y en condición de discapacidad se exponen a cambios de índole personal, familiar, laboral y social que producen efectos negativos tanto en su salud física como mental<sup>20</sup>.

En un estudio se demuestra que la funcionalidad familiar influye sobre la sobrecarga del cuidador, en donde se encontró una asociación positiva entre la sobrecarga para el cuidador y un bajo puntaje en el APGAR familiar, lo que asociaron a factores como: capacidad de adaptación que tienen los miembros de la familia en tiempos de necesidad de crisis, el grado de participación y comunicación en cuanto al cuidado del anciano y la capacidad de movilización de recursos<sup>17</sup>.

Algunos autores<sup>21</sup>, manifiestan que el cuidado informal, al ser visto como una extensión del cuidado de la salud en el hogar, necesita de políticas gubernamentales dirigidas a cuidadores de personas dependientes que reconozcan este tipo de cuidado como un trabajo que aporta a la economía y no como un recurso sin valor

Otros consideran que no se puede ignorar la importancia del cuidador, ya que él influye en la asistencia de la salud del enfermo brindando cuidados directos, por lo que resalta la importancia de "cuidar de quien

cuida” y refleja la necesidad de considerar dentro de un enfoque holístico la atención al cuidador. También resaltan la importancia de realizar intervenciones de enfermería para reducir o prevenir la sobrecarga a cuidadores en el ambiente domiciliario<sup>22</sup>

Varios estudios<sup>23, 24, 25</sup> han evidenciado una disminución de la sobrecarga del cuidador y el aumento del grado de funcionalidad de las familias al medirlos después de realizar programas educativos donde se realizaban intervenciones efectivas de autocuidado, identificación del rol de cuidador, manejo de conflictos intrafamiliares, comunicación, relajación, toma de decisiones y estrategias para brindar un cuidado de calidad.

El cuidado del paciente crónico por parte de un familiar en el hogar, requiere de la orientación y apoyo permanente del profesional de enfermería, quien a través del Proceso de Atención de Enfermería (PAE), contribuya a prevenir complicaciones en el cuidador y a disminuir la sobrecarga o el riesgo de padecerla<sup>17</sup> En este sentido el enfermero(a) debe dirigir acciones de promoción de la salud y prevención de complicaciones en los cuidadores, utilizando el intercambio de experiencias conjuntas y estimulando a estos a responsabilizarse de su propia salud. El profesional de enfermería debe estar capacitado para realizar valoraciones integrales y realizar intervenciones que permitan disminuir el riesgo de presentar patologías tanto agudas como crónicas en el cuidador, lo que indirectamente favorece la disminución de sobrecarga de cuidado y favorece la calidad de cuidado brindado por ellos<sup>26</sup>

La Técnica de Resolución de Problemas (TRP) es un recurso que permite aprender a identificar, aceptar y responder a un problema de cuidados buscando soluciones de forma reflexiva y efectiva. Consiste en convertir y definir la queja del cuidador en un problema que resolver, mediante un estilo de pensamiento pro-activo y dirigido a facilitar la acción y/o resolución, en vez de una escucha pasiva y reiterativa de la queja.

En un ensayo clínico, los diagnósticos de enfermería asociados a los cuidadores fueron: trastorno del patrón de sueño, afrontamiento familiar comprometido, sufrimiento moral, baja autoestima situacional, deterioro de la interacción social-profesional y cansancio del rol del cuidador. La enfermera de AP al detectar la situación debe plantearse intervenciones (NIC) que potencien la conciencia en sí mismo, la sociabilización, disminución de la ansiedad, así como otras intervenciones en las que se trabaje la esperanza y la aceptación sin olvidar el ámbito físico de disminución de la fatiga, el estrés y mejora del sueño y descanso<sup>27</sup>

Sin embargo, son insuficientes los estudios publicados acerca de programas de intervención a partir de las necesidades de los cuidadores, dirigidos a mejorar los aspectos físicos, psicológicos y socioeconómicos del cuidador, por lo que con esta revisión se pone de manifiesto la necesidad de investigar y actuar sobre dicho tema.

## CONCLUSIONES

1. Las necesidades de aprendizaje de los cuidadores no se limitan sólo al ámbito asistencial como traslado de paciente, uso adecuado de la mecánica corporal, movilización del paciente, manejo de oxigenoterapia, sino que también abarcan espacios de comunicación y manejo de emociones, de reflexión, interrelación y autocuidado.
2. Se deben ofrecer programas que brinden estrategias de afrontamiento para proporcionar al cuidador un momento de respiro para el manejo del estrés que les genera la situación de cuidado.
3. Es imprescindible diseñar e implementar programas institucionales para la detección e intervención de la sobrecarga psicofísica en los cuidadores principales, en donde se incluya el seguimiento al cuidador como parte de la consulta además de crear un espacio para la orientación y apoyo de los cuidadores.
4. El cuidado de enfermería brindado en otros espacios extra hospitalarios y centrados en personas no enfermas, contribuye a disminuir la sobrecarga requiriendo del apoyo permanente del profesional de enfermería.
5. El cuidado familiar debe ser incorporado en los programas de formación de los profesionales de la salud, así como la importancia de los cuidadores en la atención a la salud. Unos profesionales formados y sensibles mejorarán las condiciones de estos cuidadores.
6. La Educación para la salud grupal nos da la oportunidad de que los cuidadores sociabilicen entre ellos, compartan experiencias y se sirvan de modelo positivo a la hora de tomar decisiones importantes que son requeridas por su situación vital.

7. La cercanía y el conocimiento que los profesionales de enfermería de atención primaria suelen tener de la situación de la cuidadora, facilitan su papel para resolver dudas en los momentos más conflictivos.
8. La Técnica de Resolución de Problemas (TRP) es un recurso que permite aprender a identificar, aceptar y responder a un problema de cuidados buscando soluciones de forma reflexiva y efectiva

## BIBLIOGRAFÍA

1. Rodríguez-Violante M, Camacho-Ordoñez A, Cervantes-Arriaga A, González-Latapí P, Velázquez-Osuna S. Factores asociados a la calidad de vida de sujetos con enfermedad de Parkinson y a la carga en el cuidador. *Neurología*. [Internet] junio de 2015 [Consultado 19 de octubre de 2016] 30(5):257-63. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213485314000280>
2. García-Calvente MM, Del Río M, Castano E, et al. Análisis de género de las percepciones y actitudes de los y las profesionales de atención primaria ante el cuidado informal. *Gac Sanit*. 2010;24:293–302
3. Sen G, Östlin P. Unequal, unfair, ineffective and inefficient, gender inequity in health: why it exists and how we can change it. En: Final report to the WHO Commission on Social Determinants of Health, Women and Gender Equity Knowledge Network. Geneva: WHO; 2007. Disponible en [http://www.who.int/social\\_determinants/resources/csdxmedia/wgekn\\_final\\_report\\_07.pdf](http://www.who.int/social_determinants/resources/csdxmedia/wgekn_final_report_07.pdf)
4. Martínez-Martín P, Forjaz MJ, Frades-Payo B, Rusinol ~ AB, Fernández-García JM, Benito-León J, et al. Caregiverburden in Parkinson's disease. *MovDisord*. 2007;22:924—31.
5. García Calvente M, del Río Lozano M, Marcos Marcos J. Desigualdades de género en el deterioro de la salud como consecuencia del cuidado informal en España. *Gaceta Sanitaria*. Diciembre de 2011; 25(2):100-7
6. Domínguez Guedea MT, Damacena FA, Montiel Carbajal MM, Marcobich PO, Álvarez Hernández G, Valdéz Lizárraga L, et al. Necesidades de apoyo social em cuidadores de familiares idosos mexicanos. *Psicol Soc*. 2009;21(2):242-9
7. Gratão ACM, Vale FAC, Roriz-Cruz M, Haas VJ, Lange C, Talmelli LFS, et al. The demands of family caregivers of elderly individuals with dementia. *RevEscEnferm USP*. 2010;44(4):873-80.
8. Nardi EF, Sawada NO, Santos JLF. Asociación entre la incapacidad funcional del anciano y la sobrecarga del cuidador principal. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. [Internet] Octubre de 2013 [consultado 19 de octubre de 2016] 21(5):1096-103. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692013000501096&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000501096&lng=es&tlng=es)
9. Olzarán Rodríguez J, Sastre Paz M, Martín Sánchez S. Asistencia sanitaria en las demencias: satisfacción y necesidades del cuidador. *Neurología*. [Internet] Mayo de 2012 [Consultado 2 de noviembre de 2016] 27(4):189-96. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-neurologia-295-articulo-asistencia-sanitaria-las-demencias-satisfaccion-S0213485311002714?redirectNew=true>
10. De la Cuesta Benjumea C. El cuidado familiar: una revisión crítica. *Investigación y educación en enfermería*. [Internet] Octubre de 2009 [Consultado 4 de noviembre de 2016] 27(1):96-102. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0120-53072009000100010&lng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0120-53072009000100010&lng=es)
11. Mariscal Reinante G. Grupo de ayuda mutua para familiares de pacientes con demencia. «Cuidado al cuidador». *Información Psicológica*. [Internet] Noviembre de 2011 [Consultado 22 de noviembre de 2016] 0(101):58-63. <http://www.informaciopsicologica.info/OJSmottif/index.php/leonardo/article/view/82/69>
12. Borghi AC, De Castro VC, Marcon SS, Carreira L. Sobrecarga de familiares cuidadores de ancianos con la enfermedad de Alzheimer: un estudio comparativo. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. [Internet] Agosto de 2013 [consultado 19 de octubre de 2016] 21(4):876-83. Disponible en: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n4/es\\_0104-1169-rlae-21-04-0876.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n4/es_0104-1169-rlae-21-04-0876.pdf)
- 13--Jiménez Mendoza A, Camacho Estrada L, Hinojosa Arvizu G, Sobrecarga del cuidador primario de personas con Deterioro Cognitivo y su relación con el tiempo de Cuidado. *Enfermería Universitaria* 2010:735-41. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=358741836006>
- 14-De Valle-Alonso M.J., Hernández-López I.E., Zúñiga-Vargas M.L., Martínez-Aguilera P.. Sobrecarga y Burnout en cuidadores informales del adulto mayor. *Enferm. univ* [revista en la Internet]. 2015 Mar [citado 2016 Nov 30] ; 12(1 ): 19-27. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-70632015000100004&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632015000100004&lng=es)



- 15- Espinoza Miranda Karina, Jofre Aravena Viviane. Sobrecarga, apoyo social y autocuidado en cuidadores informales. *Cienc. enferm.* [Internet]. 2012 Ago [citado 2016 Nov 30];18(2):23-30. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532012000200003&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532012000200003&lng=es).
- 16- Aníbal Pérez Peñaranda, Luis García Ortiz, Emiliano Rodríguez Sánchez, Andrés Losada Baltar, Nieves Porrás Santos, Manuel Ángel Gómez Marcos. Función familiar y salud mental del cuidador de familiares con dependencia. *Atención Primaria.* 2009 Nov; 41(11): 621-628. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656709002261>
17. Sánchez Martínez R, Molina Cardona E, Gómez-Ortega O. Intervenciones de enfermería para disminuir la sobrecarga en cuidadores: un estudio piloto. *Revista Cuidarte.* 2006; 7(1):171-84. Disponible en: <http://www.revistacuidarte.org/index.php/cuidarte/article/view/251/525>
18. Marriner A, Raile M. Modelos y teorías en enfermería. Sexta edición. Elsevier España. 2012
19. De Valle-Alonso MJ, Hernández-López IE, Zúñiga-Vargas ML, Martínez-Aguilera P. Sobrecarga y Burnout en cuidadores informales del adulto mayor. *Enferm. univ* [Internet]. Marzo de 2015 [consultado 30 de noviembre de 2016] 12(1):19-27. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-70632015000100004&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632015000100004&lng=es)
20. Ocampo J, Herrera J, Torres P, Rodríguez J, Lobo L, García C. Sobrecarga asociada con el cuidado de ancianos dependientes. *Colombia Médica.* 2007; 38 (1): 387-97
21. Vaquiro S, Stieповich J. Cuidador informal. Un reto asumido por la mujer. *Cienc. enferm.* 2010; 16(2):17-24
22. Melo De Souza L, Wegner W, Pinto M. Health Education a Strategy of care for the lay caregiver. *Rev Latino-am Enfermagem.* 2007; 15 (2): 337-43. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692007000200022>
23. Flóres G, Arcos M. Afrontamiento y sobrecarga subjetiva de cuidadores de paciente con diagnóstico de demencia. *Rev Psicología.* 2014; 1 (1): 41-7.
24. Velásquez V, López L, Cataño N, Muñoz E. Efecto de un programa educativo para cuidadores de personas ancianas. Una perspectiva cultural. *Rev. de Salud Pública.* 2011;13 (3): 458-49. <http://dx.doi.org/10.1590/s0124-00642011000400006>
25. Leal M, Sales R, Ibáñez E, Giner J, Leal C. Valoración de la sobrecarga en cuidadores informales de pacientes con esquizofrenia antes y después de un programa psicoeducativo. *Actas Esp Psiquiatría.* 2008; 36(2): 63-9.
26. Pinto Afanador N, Barrera Ortiz L, Sánchez Herrera B. Reflexiones sobre el cuidado a partir del programa "Cuidando a los cuidadores". *Aquichán* [Internet]. Octubre de 2005 [consultado 26 de noviembre de 2016] 5(1):128-137. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-59972005000100013&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972005000100013&lng=en)
27. Ferré-Grau C; Rodero-Sánchez V; Cid-Buera D; Vives-Relats C; Aparicio-Casals MR. Guía de Cuidados de Enfermería: Cuidar al Cuidador en Atención Primaria. Tarragona:Publidisa ; 2011.

**ID85:****CUIDADOS PALIATIVOS EN PACIENTE PEDIÁTRICO Y ACOMPAÑAMIENTO EN EL DUELO A LA FAMILIA.  
A PROPÓSITO DE UN CASO**Adriana Varela Buceta<sup>1</sup>, Sonia Farran Farré<sup>1</sup>, Laia Esteve Caritg<sup>1</sup>, Isaura Gonzalez Garrido<sup>1</sup><sup>1</sup>EAP Palamós. Serveis de Salut Integrats Baix Empordà. Palamós. Girona. España.[avarela@ssibe.cat](mailto:avarela@ssibe.cat)**RESUMEN**

**Introducción:** La muerte de un bebé supone un duelo doloroso para padres y familia. Cada individuo lo manifestará diferente según su concepto de salud-enfermedad, creencias, cultura y religión, para lo cual deberemos adaptar los cuidados enfermeros(1). **Descripción del caso:** Se presenta el caso de una lactante de un mes de vida afecto de una Acidemia Propiónica sin opción de tratamiento curativo. La familia solicita el alta a domicilio por inicio del Ramadán y acompañamiento familiar. **Valoración:** Se utilizaron los patrones de Marjory Gordon, los alterados más significativos fueron cognitivo-perceptivo y el rol-relaciones(2). **Plan de cuidados y resultados:** taxonomía Nanda, Noc y Nic(3)(4)(5). **Discusión/Conclusión:** Los cuidados paliativos se proporcionaron mediante una atención integral según problemas, necesidades y respetando sus valores y creencias mediante la cooperación de diferentes equipos profesionales, esta implicación consiguió una buena resolución del duelo. Adaptarlos dentro de las diferentes culturas es aún un reto para nuestra profesión.

**ABSTRACT**

**Introduction:** The death of a baby is a painful grief for parents and family. Each person manifests this grief in a different way according to his idea of health-illness, beliefs, culture and religion, for these reasons nurses have to adapt the cares they provide. **Case description:** The case of a one-month life infant affected by a Propionic Academy without possibility of curative treatment is presented. Their parents request hospital discharge due to the beginning of Ramadan and family support. **Assessment:** Gordon Marjory patterns were used, the most significant altered are cognitive-perceptual and role-relations. **Plan of care and results:** taxonomy Nanda, Noc and Nic. **Discussion/Conclusion:** Palliative cares were provided using a comprehensive care according to problems, needs and also respecting their values and beliefs. With the cooperation of different professional teams, this involvement achieved a good resolution of the grief. Adapting to different cultures is still a challenge for our profession.

**PALABRAS CLAVE**

Cuidados paliativos, competencia cultural, pediatría, acidemia propiónica y duelo.  
Palliative care, cultural competency, pediatrics, propionic acidemia and grief.

**INTRODUCCIÓN**

La muerte de un bebé supone una de las experiencias más dolorosas por las que una persona puede pasar en su vida. Es una gran tragedia donde todas las ilusiones se transforman en pena, una situación de choque inesperada a la que los padres y el resto de la familia se tienen que enfrentar. Las manifestaciones del duelo dependen de la cultura, religión, valores de creencias de salud y enfermedad. El duelo se caracteriza por la aparición de pensamientos, emociones y comportamientos causados por la muerte del ser querido. Su duración es muy variable, se puede considerar que los dos primeros años suelen ser los más duros, aún así, cada persona tiene su propio ritmo(1).

La Dra. E. Kübler Ross es una de las descriptoras más populares conocidas sobre el tema y dice que los dolientes no atravesarán por ellas en un orden prescrito sino que se trata de un marco que nos permite iniciar un proceso de aprendizaje donde finalmente comprenderemos que es posible convivir con esta pérdida y continuar en una realidad en la que este familiar ya no estará. Estas etapas no suceden en orden sino que vamos y venimos de ellas hasta finalmente aceptar la muerte como un hecho inevitable de la vida, la clave es comprender cómo se produce este proceso de duelo y en qué etapa está. Esta autora distingue las siguientes etapas del duelo: negación, ira, negociación, depresión y aceptación(6).

De esta manera, se comprende que la muerte de un recién nacido requiera el acompañamiento de los profesionales de la salud, por ello es importante que se conozcan las fases del duelo para poder ayudar a afrontarlo.

Debemos tener en cuenta que la concepción de la salud y de la enfermedad es diferente dependiendo de las creencias, cultura y religión.

Los cuidados deben abordarse como cita Leininger, la fundadora de la enfermería transcultural, en su modelo donde afirma que los cuidados enfermeros deben ser acordes con “la cultura, creencias de salud y enfermedad, valores y prácticas de las persona, para ayudarles a mantener o recuperar su salud, y hacer frente a sus discapacidades o a su muerte”(7).

Siendo así el objetivo principal la de una atención sanitaria culturalmente apropiada, eficiencia clínica culturalmente competente, respetuosa, flexible y sensible.

Nuestro objetivo es proponer un plan de enfermería individualizado donde se recogen cuidados paliativos, adaptación de la familia a esta situación, preparación para el duelo y todo ello intentando competencia cultural por parte del equipo profesional implicado.

### **PRESENTACIÓN DEL CASO**

Lactante de un mes de vida afecto de una metabolopatía sin opción a tratamiento curativo. Se trata de una niña nacida en el Hospital de Palamós, fruto de una gestación controlada de bajo riesgo con serologías negativas, parto eutócico. Recién nacida a término con peso adecuado a la edad gestacional. APGAR 9-10. Incompatibilidad con grupo sanguíneo anti-A con Coombs directo inicial positivo y en control posterior, negativo.

Segundo hijo de padres consanguíneos de origen marroquí, con un hijo previo sano, que inicia lactancia materna bien tolerada hasta la aparición de vómitos e irritabilidad a los 3 días de vida.

Presenta también frialdad distal, hiporexia, deposiciones normales y diuresis normales con “olor fuerte”. Consultan por ese motivo al servicio de urgencias de hospital comarcal, donde se detecta acidosis metabólica. A pesar de administrarse un bolo inicial de suero fisiológico y aporte de líquidos endovenosos, la acidosis persiste. Al llegar a urgencias, el estado del bebé es de alerta, actividad y reactividad pero evoluciona, durante su estancia, a un estado de hipoactividad e hiporeactividad.

Se decide traslado al Hospital Josep Trueta de Gerona para estudio de metabolopatía. Al hallarse niveles de amonio elevados en sangre, se traslada a Hospital Sant Pau de Barcelona para iniciar tratamiento detoxificador y hemofiltración. Se realiza ampliación de estudio de metabolopatías, con elevación de glicina e hiperamonemia importante y se establece diagnóstico de Acidemia Propiónica.

La acidemia propiónica (AP) es un error innato del metabolismo de herencia autosómica recesiva, causada por la deficiencia de la enzima propionil CoA carboxilasa, que cataliza la conversión de propionil CoA a malonil CoA. En el período neonatal se manifiesta comúnmente con vómito, dificultad en la alimentación, hipotonía, letargia, acidosis metabólica, cetosis e hiperamonemia y se caracteriza por episodios potencialmente mortales de descompensación metabólica y disfunción neurológica(8).

A pesar del inicio precoz de tratamiento, la evolución clínica es mala.

A los 3 días del debut se inicia diálisis peritoneal y tratamiento antibiótico con Vancomicina, Cefotaxima y Metronidazol para descontaminación intestinal.

A los pocos días, aparecen convulsiones tratadas con Fenobarbital y Lacosamida, empeoramiento clínico respiratorio, pancitopenia, anasarca y cuadro compatible con enterocolitis necrotizante, por lo que requiere ingreso en UCI pediátrica de San Juan de Dios. A nivel cerebral, la RMN evidencia lesiones cerebrales graves e irreversibles.

Por todo ello, se decide manejo conjunto por unidad de cuidados paliativos y neurología, con plan de intervención mínima.

La familia, una vez informada de la situación y del mal pronóstico del bebé, acuerda con el equipo sanitario no realizar reanimación y solicita el alta a domicilio por inicio del Ramadán y acompañamiento familiar.

Se da de alta con alimentación artificial (fórmula de inicio) a demanda y según tolerancia, bomba de infusión continua (BIC) de Morfina vía subcutánea, fenobarbital vía oral como anticonvulsivante, Sinogan 1 gota de rescate en caso de irritabilidad y paracetamol rectal lactantes en caso de presentar fiebre.

El cuidado en el domicilio recae principalmente en la madre, de 21 años, llegada de Marruecos al casarse. Habla correctamente castellano y toda su familia vive en su país de origen.

Su marido, por motivos laborales, debe residir en el extranjero, no pudiendo estar presente durante todo el proceso.

En el domicilio familiar conviven el bebé y su madre con su otro hijo de 3 años y la familia paterna de los niños, los abuelos y 3 tíos paternos, uno de ellos preadolescente de 12 años de edad.

Son una familia humilde, de escasos recursos económicos, valorada por servicios sociales y mediadora cultural y que disponen de un seguro de repatriación.

El equipo de cuidados paliativos, formado por médico, enfermera y psicólogo, se pone en contacto con el equipo de atención primaria para hacer un seguimiento conjunto del caso.

Se programa una primera visita por parte del equipo de atención primaria al alta hospitalaria, otra conjunta de los dos equipos al día siguiente y pactamos coordinación.

Los sucesivos días, nos coordinamos ambos equipos, realizando visitas a domicilio conjuntas y por separado y mantenemos comunicación vía email y llamadas telefónicas.

Nuestro objetivo fue en todo momento garantizar el control sintomático y el confort de la niña, dar apoyo a la familia favoreciendo su implicación, reforzar las capacidades de la madre como cuidadora principal y acompañamiento al duelo.

Pocos días antes de morir, se inicia también bomba de Midazolam para sedación. La niña falleció un mes después del alta hospitalaria.

Días después de su muerte, realizamos visita también a domicilio con la familia para cerrar el duelo.

### **VALORACIÓN**

Para la valoración y posterior creación del plan de cuidados se han utilizado los patrones de Marjory Gordon(2).

Los define como una configuración de comportamientos más o menos comunes a todas las personas, que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano; que se dan de una manera secuencial a lo largo del tiempo y proporcionan un marco para la valoración con independencia de la edad, el nivel de cuidados o la patología.

De la valoración de los patrones funcionales se obtiene una importante cantidad de datos relevantes de la persona (físicos, psíquicos, sociales, del entorno), de una manera ordenada, lo que facilita a su vez el análisis de los mismos.

La valoración se realiza mediante la recogida de datos subjetivos, objetivos, la revisión de la historia clínica o informes de otros profesionales.

La valoración se lleva a cabo en el domicilio de la paciente, al alta del ingreso hospitalario, incluyendo a los familiares más próximos.

### **PATRÓN 1: PERCEPCIÓN – MANEJO DE SALUD: NO ALTERADO.**

El bebé, en el momento del alta hospitalaria después de su nacimiento, estaba correctamente. Se le realizaron las pruebas y controles correspondientes como pruebas metabólicas, test de APGAR (9-10), medidas antropométricas (percentil 68). En cuanto comenzó la sintomatología de la enfermedad, los padres acudieron a urgencias y fueron conscientes de la situación. Después, en los cuidados en domicilio, la madre demostró ser capaz de manejarse correctamente y detectar posibles signos de alarma.

Hábitos higiénicos: personales, vivienda, vestido: correcta y aceptable.

No vacunada porque no procede.

Alergias: no conocidas

Percepción de su salud: el entorno familiar conocen la situación de la paciente y su enfermedad incompatible con la vida

Conductas saludables de interés y conocimiento de la familia y cuidadora principal adecuadas.

Existencia o no de alteraciones de salud (tipo de alteración, cuidados, conocimiento y disposición): diagnóstico de Acidemia Propiónica en tratamiento paliativo con plan de intervención mínima a domicilio.

No se conocen hábitos tóxicos.

Accidentes laborales, tráfico y domésticos: no se conocen

Ingresos hospitalarios: Urgencias de Hospital de Palamós y de Hospital Josep Trueta de Girona. Ingreso en Hospital Sant Pau con derivación a Hospital Sant Joan de Deu para cuidados paliativos.

**PATRÓN 2: NUTRICIONAL – METABÓLICO: ALTERADO.**

En la forma de aparición neonatal grave, los niños afectados presentan síntomas de intoxicación metabólica (mala alimentación, vómitos, sensorio alterado), y pancitopenia en un periodo que va de las pocas horas a las semanas después del nacimiento.

Precisó nutrición parenteral total (NPT) adaptada en la primera fase de la enfermedad, posteriormente tras extubación se inició nutrición enteral (NE) por sonda nasogástrica (SNG). Se dió de alta con nutrición oral a demanda y según tolerancia.

Valoración del IMC: no valorable por medidas no intervencionistas.

Valoración de la alimentación: alimentación enteral a demanda y según tolerancia

Valoración de problemas para comer: escasa ingesta

Problemas digestivos (náuseas, vómitos, pirosis): una vez a domicilio no presentaba

Valoración de la piel y mucosas: se observó piel cérea y palidez cutánea

Alteraciones de la piel: deshidratación y hundimiento de fontanelas, debido a su escasa ingesta.

**PATRÓN 3: ELIMINACIÓN: ALTERADO.**

El lactante presentaba oliguria y deposiciones escasas, por los motivos antes expuestos.

**PATRÓN 4: ACTIVIDAD – EJERCICIO: ALTERADO.**

Bebé hipotónico, con movilidad espontánea disminuida, poca reactividad y tono disminuido. No mantenía el contacto visual, ni hacía seguimiento. También presentaba bradipnea y tiraje costal.

La madre permanecía las 24h en el domicilio familiar al cuidado del bebé.

**PATRÓN 5: SUEÑO – DESCANSO: NO ALTERADO.**

El espacio físico (ventilación, temperatura agradable y libre de ruidos): correcto y adecuado para el descanso.

El tiempo dedicado al sueño u otros descansos diurnos: gran parte se mantiene letárgica y muy somnolienta, con breves periodos de vigilia.

Tratamientos farmacológicos que puedan influir en el sueño: opioides.

**PATRÓN 6: COGNITIVO – PERCEPTIVO: ALTERADO.**

Patrones sensorio- perceptuales y cognitivos: desconocimiento al inicio por parte de los padres en cuanto al tratamiento paliativo; manejo de la alimentación, crisis generales de ausencia y bomba de medicación.

Nivel de conciencia: alterado

Percepción del dolor y tratamiento: dolor controlado mediante la bomba de morfina. Puntualmente preciso dosis extra por disconfort.

Toma de decisiones: aceptadas y partícipes por parte de los padres

**PATRÓN 7: AUTOPERCEPCIÓN – AUTOCONCEPTO: ALTERADO.**

Actitudes acerca de uno mismo: Había preocupación y temor en la familia a no saber realizar los cuidados y al momento final.

Patrón emocional: La madre se encontraba angustiada porque el marido estaba en el extranjero por temas laborales y no podía compartir estos momentos tan complicados. Sufría por su estado de ánimo al no poder estar presente.

Otro aspecto que generaba angustia en la madre eran los reiterados cambios de palomita, ya que se induraba la zona de punción con facilidad. Le preocupaban porque las punciones provocaban molestias al bebé.

**PATRÓN 8: ROL – RELACIONES: ALTERADO.**

El patrón de compromisos de rol y relaciones: la cuidadora principal es la madre; pasaba las 24h cuidando al bebé en el domicilio. El padre por motivos laborales no pudo estar presente en todo el proceso y los abuelos paternos estuvieron muy involucrados en los cuidados y en ayudar a su nuera. Los tíos paternos tenían muy buena relación con la familia.

La percepción de los roles más importantes (el papel que ocupan en la familia, sociedad..): la madre se mostró en todo momento tranquila y cercana al personal sanitario. Buscaba contacto físico con el personal sanitario, verbalizando expresiones de resignación como “la vida es así” y explicando que,

cuando hablaba con su marido por teléfono, este casi no se expresaba y lloraba y esta situación para ella se vivía con tristeza y angustia.

La abuela ayudaba en el cuidado de la paciente y las tareas de la casa. El abuelo se encargaba de recoger al hermano de 3 años a la salida del colegio.

El menor de los tíos de 12 años de edad manifestó su disgusto ante la situación llorando cuando los profesionales sanitarios realizaban las visitas a domicilio.

El hermano de 3 años permaneció al lado de su madre y hermana, su expresión fue tranquila y con una conducta normal acorde con la edad.

**PATRÓN 9: SEXUALIDAD Y REPRODUCCIÓN: NO ALTERADO.**

**PATRÓN 10: ADAPTACIÓN TOLERANCIA AL ESTRÉS: NO ALTERADO.**

Las formas o estrategias de afrontamiento general de la persona: apoyo del núcleo familiar, reconocer la muerte como un hecho natural que forma parte de un ciclo y entender la enfermedad como incompatible con la vida y marcar el objetivo principal como el confort absoluto para la paciente y acompañamiento hacia una muerte digna.

La capacidad de adaptación a los cambios: adaptación aceptable a los cambios de estado de la paciente El soporte individual y familiar con que cuenta el individuo: buen soporte familiar y buen soporte por parte de los equipos sanitarios

La percepción de habilidades para controlar o dirigir situaciones estresantes: la familia supo encontrar mecanismos de afrontamiento efectivos a pesar de la situación.

**PATRÓN 11: VALORES – CREENCIAS: NO ALTERADO.**

Los patrones de valores y creencias que guían las elecciones o decisiones: la familia de creencias musulmanes, deseaban poder volver a domicilio y iniciar el Ramadán. Se permitió cumplir con su deseo y respetar sus creencias y valores, se les dio el alta a su domicilio por festivos propios de su religión y para cuidar a la paciente con el apoyo y acompañamiento de la familia.

**8.- PLAN DE CUIDADOS y RESULTADOS**

Para la realización del plan de cuidados y resultados se utilizaron la taxonomía NANDA, NOC y NIC(3)(4)(5).

**PATRÓN 2 NUTRICIÓN-METABÓLICO**

**NANDA**

00027 Déficit de volumen de líquidos relacionado con (R/C) mecanismos de regulación comprometidos manifestado por (M/P9) disminución de la diuresis y membranas y mucosas secas.

**NOC**

0602 Hidratación:

- 60220 Fontanelas hundidas
- 60202 Membranas mucosas húmedas
- 60211 Diuresis

1008 Estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos:

- 100801 Ingestión alimentaria oral

**NIC**

1052 Alimentación con biberón

- Controlar la toma de líquido

1570 Manejo del vómito:

- Proporcionar alivio durante el episodio del vómito.
- Fomentar el uso de técnicas no farmacológicas junto con otras medidas de control del vómito.

· **PATRÓN 3: ELIMINACIÓN**

A pesar de ser un patrón alterado no consideramos oportunos los planes de cuidados enfermeros puesto que prevalecen los cuidados paliativos.

· **PATRÓN 4: ACTIVIDAD-EJERCICIO**

A pesar de ser un patrón alterado no consideramos oportunos los planes de cuidados enfermeros puesto que prevalecen los cuidados paliativos.

· **PATRÓN 6 COGNITIVO-PERCEPTIVO**

**NANDA**

00132 Dolor agudo R/C Agentes lesivos físicos (palomita) y agentes lesivos biológicos M/P conducta expresiva (inquietud, llanto).

**NOC**

1605 Control del dolor:

- 160509 Reconoce síntomas asociados del dolor
- 160505 Utiliza los analgésicos de forma apropiada

**NIC**

8180 Consulta por teléfono.

2300 Administración de medicación.

- Instruir a la familia acerca de las acciones y efectos adversos esperados de la medicación.

1400 Manejo del dolor.

- Asegurarse que el paciente recibe los cuidados analgésicos correspondientes. Observar signos no verbales de molestias.

**NANDA**

00161 Disposición para mejorar los conocimientos M/P expresa deseo de mejorar el aprendizaje

**NOC**

1846 Conocimiento: alimentación con biberón

- 184601 Señales de hambre del lactante.
- 184612 Posición correcta del lactante durante la toma

1803 Conocimiento proceso de la enfermedad

- 180302 Características de la enfermedad
- 180306 Signos y síntomas de la enfermedad.
- 180307 Curso habitual de la enfermedad
- 180309 Complicaciones potenciales de la enfermedad.

1606 Participación en las decisiones sobre la asistencia sanitaria:

- 160609 Declara la intención de actuar según la decisión
- 160612 Negocia las preferencias asistenciales.

**NIC**

5602 Enseñanza: proceso de enfermedad.

- Reconocer el conocimiento del paciente sobre su afección.
- Describir signos y síntomas comunes de la enfermedad, según corresponda.
- Describir el proceso de la enfermedad, según corresponda.
- Proporcionar el número de teléfono al que llamar si surgen complicaciones.
- Reforzar la información suministrada por los otros miembros del equipo de cuidados, según corresponda.

5230 Mejorar el afrontamiento.

- Alentar a la familia a verbalizar sus sentimientos por el miembro familiar enfermo.
- Alentar la verbalización de sentimientos, percepciones y miedos.

-Utilizar un enfoque sereno, tranquilizador. Proporcionar un ambiente de aceptación.

**PATRÓN 7 AUTOPERCEPCIÓN-AUTOCONCEPTO**
**NANDA**

00146 Ansiedad R/C Grandes cambios M/P sufrimiento, temor y preocupación a causa de cambios en acontecimientos vitales.

**NOC**

1302 Afrontamiento de problemas:

- 130201 Identifica patrones de superación eficaces.
- 130205 Verbaliza aceptación de la situación.

**NIC**

5230 Mejorar el afrontamiento.

- Valorar el impacto de la situación vital del paciente en los papeles y relaciones.
- Valorar la comprensión del paciente del proceso de enfermedad.
- Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico.
- Proporcionar al paciente opciones realistas sobre ciertos aspectos de los cuidados.
- Reconocer la experiencia espiritual/cultural del paciente. Alentar el uso de fuentes espirituales, si resulta adecuado.

**NANDA**

00125 Impotencia R/C Sentido de control insuficiente M/P expresa temores en los cuidados y en la relación a distancia con el cónyuge.

**NOC**

1702 Creencias sobre la salud: Percepción de control

- 170201 Responsabilidad percibida por decisiones sobre la salud.
- 170202 Implicación requerida en decisiones sobre la salud.

**NIC**

5250 Apoyo en la toma de decisiones.

- Determinar si hay diferencias entre el punto de vista del paciente y de los profesionales sanitarios sobre la afección del paciente.
- Facilitar al paciente la articulación de los objetivos de los cuidados.
- Facilitar la toma de decisiones en colaboración.
- Proporcionar la información solicitada por el paciente.

**PATRÓN 8: ROL- RELACIONES**
**NANDA**

00159 Disposición para mejorar los procesos familiares M/P los roles familiares son flexibles, se desempeñan las tareas familiares, comunicación adecuada.

**NOC**

2600 Afrontamiento de los problemas de la familia:

- 260007 Expresa sentimientos y emociones abiertamente entre los miembros.
- 260006 Implica a los miembros de la familia en la toma de decisiones

**NIC**

7110 Fomentar la implicación familiar.

- Establecer una relación personal con el paciente y los miembros de la familia que estarán implicados en el cuidado.
- Observar la estructura familiar y sus roles.
- Facilitar la comprensión de los aspectos médicos del estado del paciente a los miembros de la familia.
- Identificar otros factores estresantes situacionales para los miembros de la familia. -
- Proporcionar el apoyo necesario para que la familia tome decisiones informadas.

**NANDA**

00136 Duelo R/C muerte de una persona significativa M/P sufrimiento, dolor.

**NOC**

2608 Resiliencia familiar:

- 260809 Apoya a los miembros.



- 260813 Comunicación clara entre los miembros.
- 260818 Mantiene rutinas familiares usuales.
- 260827 Busca apoyo emocional de la familia extensa.
- 260832 Utiliza el equipo de asistencia sanitaria para información y ayuda.

**NIC**

8340 Fomentar Resiliencia.

- Fomentar el apoyo familiar.

5290 Facilitar el duelo.

- Fomentar la expresión de sentimientos acerca de la pérdida.
- Responder a las preguntas de los niños relacionados con la pérdida.

Se hizo una evaluación continua del plan de cuidados. Los objetivos se fueron cumpliendo a lo largo del proceso, pero en relación al control del dolor, en algún momento hubo diversidad de opinión entre compañeras con respecto a si sufría o no, o si la madre era capaz de valorar correctamente los signos y síntomas relacionados con el dolor del bebé.

**DISCUSIÓN / CONCLUSIONES**

Es importante proporcionar los cuidados paliativos mediante una atención integral a todas las personas implicadas, atendiendo sus problemas y necesidades y respetando su mundo de vínculos y valores. Es imprescindible una buena valoración del paciente y la familia, no solo para conocer la enfermedad de base, los problemas principales del paciente y el pronóstico, sino también en todas sus dimensiones, siguiendo un modelo bio-psico-social. Tras definir bien los problemas después de una buena valoración, se diseña un buen plan terapéutico individualizado de cada binomio paciente -familia, que se reevalúa y adapta según la evolución.

En este caso, fue fundamental la cooperación de los equipos profesionales implicados, para poder dar una buena cobertura en el hospital pero sobretodo, en el domicilio, con el fin de empoderar a la familia para que pudieran asumir los cuidados del niño y una buena adaptación al duelo en la fase final de vida.

Para ello fue imprescindible acordar un mismo abordaje, y el buen manejo de la información por parte de todos aún siendo un proceso muy complejo.

Se intentó una buena educación sanitaria a la familia para que supieran abordar los acontecimientos que fueron sucediendo, se fortalecieron vínculos entre los familiares, se reforzó el papel de cuidador, se intentó implicar a toda la familia en los cuidados del bebé y se proporcionó un espacio de contención emocional.

Se intentó un acompañamiento emocional durante toda la enfermedad lo que ayudó a afrontar la situación, intentando así prevenir problemas en un posible duelo posterior. Tras el fallecimiento, se realizaron visitas de seguimiento a la familia.

El acompañamiento espiritual fue esencial en esta familia, disponiendo de recursos de apoyo ofrecidos por su comunidad musulmana. Para ellos fue muy importante poder pasar el Ramadán con el resto de su familia, aunque, en contraposición, el padre, al encontrarse fuera del domicilio por motivos laborales, se sintió culpable y se le ofreció apoyo psicológico y acompañamiento.

En todo momento se intentó respetar las creencias y valores de esta familia y comprender la importancia de sus fiestas religiosas. Esto nos hizo reflexionar que, ante el aumento de la diversidad cultural de nuestra sociedad, los profesionales sanitarios debemos adaptarnos y plantearlo como nuevos retos en nuestra profesión.

En ningún momento observamos signos de claudicación, ya que se intentó en todo momento coordinar todos los recursos materiales y personales para asegurar una buena cobertura social de la familia, a pesar de que, al ser un caso inusual en nuestra práctica cotidiana, a nivel de primaria nuestros recursos fueron algo limitados.

Respecto a los cuidados del bebé, se cumplieron todos los objetivos marcados, pero en relación al control del dolor pensamos que en alguna ocasión pudo haber un mal control. Creemos que esto se podría haber evitado con el uso y registro de una escala validada del dolor.

En conclusión, este caso nos ha enriquecido profesionalmente y como experiencia personal y todo gracias a un buen trabajo en equipo. Fue fundamental también empatizar con la familia y establecer un buen vínculo.

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Codorniu N, Guanter L, Molins A, Utor L. Competencias enfermeras en cuidados paliativos [Internet]. Madrid: Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL); 2013 Mar [citado 6 may 2015]. 64 p. Monografía N° 3 SECPAL. Disponible en: <http://www.secpal.eom//Documentos/Blog/MONOGRAFIA%203.pdf>
2. Gordon, M: Manual de diagnósticos enfermeros. 10a Edición. Madrid. Edit. Elsevier. 2003
3. NANDA International. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación. 2015-2017. Madrid: Elsevier; 2015.
4. Sue Moorhead, Marion Johnson, Meridean L. Maas, Elizabeth Swanson. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 2015.
5. Gloria M. Bulechek, Howard k. Butcher, Joanne McCloskey Dochterman. Clasificación de Intervenciones Enfermeras (NIC). 6ª ed. Barcelona: Elsevier; 2015.
6. Kübler-Ross E. On Death and Dying. New York: Macmillan, 1969
7. Leininger M., McFarland M. Culture Care Diversity & Universality: A Worldwide Nursing Theory. 2ª ed. Sudbury, Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers; 2006
8. Campistol J.; Bóveda MD.; Couce ML.; Lluch MD.; Merinero B. Protocolo de diagnóstico y tratamiento de las acidemias propiónica, metilmalónica e isovalérica.
9. Disponible en: <http://ae3com.eu/protocolos/protocolo2.pdf>

**ID102:****EFFECTOS ADVERSOS MÁS COMUNES DE LA VACUNA MENINGOCÓCICA DEL GRUPO B EN LA POBLACIÓN INFANTIL**Lorena Moriano Domínguez<sup>1</sup>, Elena Hernández Blasco<sup>1</sup>.<sup>1</sup>EIR Pediatría del Complejo Hospitalario de Toledo.[lorenamoriano@gmail.com](mailto:lorenamoriano@gmail.com)**RESUMEN**

Tras la publicación de la nota de prensa que autoriza a las farmacias a dispensar esta vacuna, cambiando esta de la categoría de uso hospitalario a medicamento sujeto a prescripción médica, su administración aumenta exponencialmente en la población general. Debido a esta creciente demanda, realizamos un estudio descriptivo- trasversal en la población pediátrica registrando los efectos adversos.

Para este estudio se incluyeron los cien primeros pacientes correlativos de edades comprendidas entre los dos meses y catorce años que acudieron con la vacuna previa prescripción médica. Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia.

La recogida de datos se realizó mediante un cuestionario no validado de ocho preguntas que se registró previa llamada telefónica tras una semana de la administración de la vacuna.

Los resultados reflejan que los efectos adversos más frecuentes son: las reacciones locales como el dolor, hinchazón, eritema y/o tumefacción y la fiebre como reacción sistémica.

En conclusión, esta vacuna ocasiona importantes reacciones locales seguidas de fiebre alta. Nuestros resultados coinciden con los descritos en su ficha técnica.

**ABSTRACT**

After the publication of the press notice which allows chemist's to grant this vaccine, it changed from the category of hospital use to the classification of medicine subject to medical prescription; thus its administration to the overall population grows exponentially. Due to the increasing demand, we carry out a cross-descriptive study in the childhood population, making a record of the adverse effects.

For this study, the first hundred correlative patients aged 2 months – 14 years old who received the vaccine with the previous medical prescription have been included. A non-probabilistic for convenience sampling was done.

The data collection was carried out through a non-validated questionnaire of eight questions which was recorded on a previous phone call taking into account that the vaccine had been administered a week early.

The outcomes show that the most usual adverse effects are: local reactions such as pain, bump, erythema and/or swelling and fever as a systemic reaction.

To sum up, this vaccine causes important local reactions followed by high fever. Our results coincide with the ones described in its technical datasheet.

**PALABRAS CLAVE**

Vacuna meningocócica, grupo B, enfermedad meningocócica, niños, efectos adversos.

Meningococcal vaccines, group B, meningococcal disease, children, adverse effect.

**INTRODUCCIÓN**

El objeto de estudio es conocer los efectos adversos locales y sistémicos que produce la vacuna Meningocócica del grupo B administrada a la población infantil.

Tras la publicación de la nota de prensa que autoriza a las farmacias a dispensar esta vacuna, cambiando esta de la categoría de uso hospitalario a medicamento sujeto a prescripción médica, su administración aumenta exponencialmente en la población general. Debido a esta creciente demanda, se realiza un estudio en la población infantil registrando los efectos adversos de dicha vacuna.

## OBJETIVOS

El objetivo del estudio es identificar y conocer los efectos adversos más comunes que se producen tras la administración de la vacuna Meningocócica del grupo B en la población infantil.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se realiza un estudio descriptivo- transversal en la población pediátrica con unos criterios de selección que incluyen:

- Prescripción médica
- Edad (2 meses a 14 años)
- Localidad
- Consentimiento informado.

El tamaño de la muestra seleccionada fueron los cien primeros pacientes correlativos que acudieron con la vacuna. Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia.

Como variable independiente identificamos la vacuna y como variables dependientes se encuentran los efectos adversos locales y/o sistémicos tras su administración.

La recogida de datos se realiza mediante un cuestionario no validado de ocho preguntas que se registra previa llamada telefónica tras una semana de la administración de la vacuna.

La estrategia de análisis prevista es la realización de una base de datos.

Dentro de las consideraciones éticas cabe destacar la petición del consentimiento informado por parte de los padres previo al estudio y recogida de datos.

## RESULTADOS

Los resultados obtenidos tras la administración de la vacuna Meningocócica del grupo B reflejan que los efectos adversos más frecuentes son: las reacciones locales incluidos el dolor a la presión en el punto de punción que impide o limita la funcionalidad así como la hinchazón, eritema y/o tumefacción en un 63% de la muestra, seguido por reacción sistémica definida por fiebre  $\geq 38$  °C presentada en un 21%. En un 7% de los pacientes, los padres describen como reacción adversa malestar general no especificando. Un 15%, por el contrario, refiere no tener ninguna sintomatología. Por último, un 10% de los pacientes no pudieron ser localizados.

### Reacciones adversas más comunes de la vacuna meningocócica del grupo B

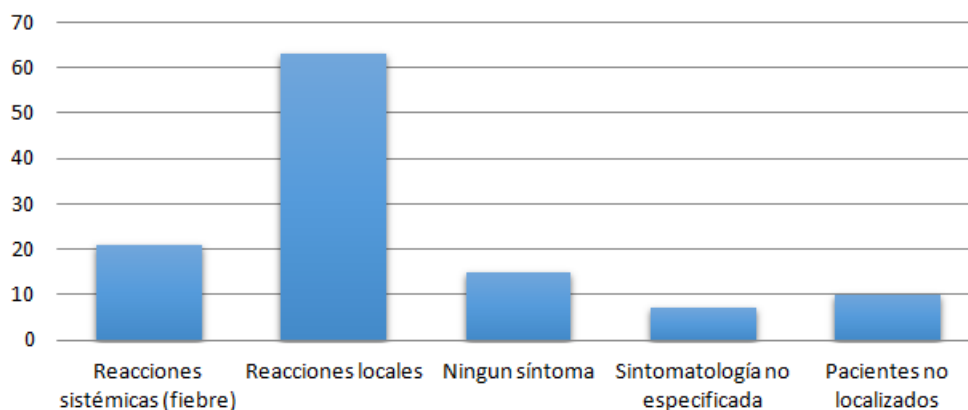


Imagen 3

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En conclusión, la vacuna Meningocócica del grupo B ocasiona importantes reacciones locales seguidas de fiebre alta. Nuestros resultados coinciden con los descritos en la ficha técnica de la vacuna donde ambas reacciones son consideradas como altamente frecuentes.

Dentro de las limitaciones del estudio destacamos una muestra pequeña, la presencia de sesgo de olvido debido a que los datos son recogidos siete días después de la administración. A pesar de que la vacuna

está aprobada por la FDA y recomendada por la AEP su administración en este estudio se realiza con una separación de treinta días entre las vacunas del calendario sistemático.

Las futuras líneas de investigación irían encaminadas a la posibilidad de administrar la vacuna Meningocócica del grupo B conjunta con las del calendario sistemático.

#### **BIBLIOGRAFÍA**

1. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Las farmacias están autorizadas a vender la vacuna contra la meningitis B a partir del uno de octubre. Nota de prensa publicada el 22 de septiembre de 2015. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?metodo=detalle&id=3764> (último acceso 30 de Enero de 2017).

2. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). Modificación de las condiciones de prescripción y dispensación de la vacuna Bexsero®: eliminación de la clasificación como de uso hospitalario. Nota publicada el 23 de septiembre de 2015. Disponible en: [http://www.aemps.gob.es/informa/notasInformativas/medicamentosUsoHumano/vacunas/2015/NI-MUH\\_23-2015-vacuna-bexsero.htm](http://www.aemps.gob.es/informa/notasInformativas/medicamentosUsoHumano/vacunas/2015/NI-MUH_23-2015-vacuna-bexsero.htm) (último acceso 30 de Enero de 2017).

3. Ficha técnica de Bexsero® (EPAR EMA). Disponible en: [http://www.ema.europa.eu/docs/es\\_ES/document\\_library/EPAR\\_-\\_Product\\_Information/human/002333/WC500137881.pdf](http://www.ema.europa.eu/docs/es_ES/document_library/EPAR_-_Product_Information/human/002333/WC500137881.pdf) (último acceso 30 de Enero de 2017).

**ID150:****EFFECTIVIDAD DE LAS ESTRATEGIAS PARA LA MEJORA DE LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES CRÓNICOS**

Silvia Martínez Escoriza<sup>1</sup>; María del Mar Ruiz García<sup>2</sup>; María José Valverde Soto<sup>3</sup>; Manuela Salas Lario<sup>4</sup>.

1. Centro de Salud Lorca San Diego. Área III (Murcia).
2. Centro de Salud Lorca San Diego. Área III (Murcia).
3. Centro de Salud de Calasparra. Área IV (Murcia).
4. Centro de Salud Lorca San Diego. Área III (Murcia).

[Silvia\\_m92@hotmail.com](mailto:Silvia_m92@hotmail.com)

**RESUMEN****Introducción.**

La falta de adherencia al tratamiento farmacológico es un problema prevalente y relevante en la práctica clínica, especialmente en el tratamiento de enfermedades crónicas.

**Objetivo general.**

Conocer la efectividad de las herramientas disponibles para aumentar la adherencia al tratamiento.

**Objetivo específico.**

Desarrollar los diferentes grupos de intervenciones para mejorar la adherencia terapéutica.

**Metodología.**

Revisión bibliográfica años 2005-2016. Artículos en español e inglés de bases de datos como Pubmed y Scielo.

**Desarrollo.**

Encontramos que hay diferentes tipos de intervenciones:

- Intervenciones cognitivas: información y educación del paciente. Las más utilizadas.
- Intervenciones conductuales: refuerzan comportamientos favorecedores del cumplimiento.
- Intervenciones sobre el tratamiento: reducir la complejidad del tratamiento, facilitan su cumplimiento.
- Intervenciones de apoyo social y familiar: enfocado a implicar a la familia del paciente en el tratamiento.

**Discusión.**

La mayoría de estrategias pueden beneficiar al paciente pero las estadísticas muestran que no son muy efectivas. No existen intervenciones óptimas.

**Conclusiones.**

La efectividad de las herramientas disponibles es baja, siendo necesaria la actuación de los profesionales de enfermería para mejorarla y conseguir una mayor adherencia al tratamiento crónico.

**ABSTRACT****Introduction.**

Non-adherence to drug treatment is a prevalent and relevant problem in clinical practice, especially in the treatment of chronic diseases.

**General objective.**

Know the effectiveness of the aid strategies to treatment compliance.

**Specific objective.**

Develop different groups of interventions to increase adherence.

**Methods.**

Bibliographic review years 2005-2016. Articles in Spanish and English. We have used some databases like Pubmed and Scielo.

**Development.**

We have found different types of strategies:

- Cognitive strategies: Information and education of the patient. These are the most used.
- Behavioural strategies: reinforce behavior fetching to compliance.
- Strategies about treatment: reduce the complexity of treatment, facilitate compliance.
- Social and family support strategies: try to involve the patient's family in treatment.

**Discussion.**

Most strategies can benefit the patient but statistics show that they are not very effective. There are no optimal interventions.

**Conclusions.**

Effectiveness of different strategies is low. The nurse's performance is necessary to improve and get a greater adherence to chronic treatment

**PALABRAS CLAVE**

"Estrategias adherencia", "adherencia terapéutica", "cumplimiento tratamiento".

"Therapeutic adherence", "adherence strategies"-

**INTRODUCCIÓN/JUSTIFICACIÓN/OBJETIVO**

La falta de adherencia al tratamiento farmacológico o incumplimiento terapéutico es un problema prevalente y relevante en la práctica clínica, especialmente en el tratamiento de enfermedades crónicas (1). La Organización Mundial de la Salud lo ha considerado un tema prioritario de salud pública debido a sus consecuencias negativas tanto para los pacientes como para la salud mundial.

Los pacientes con enfermedades crónicas, cuya adherencia terapéutica es baja, tienen un riesgo de mortalidad, unas tasas de hospitalización y de fracaso terapéutico considerablemente más altas que las de los pacientes que cumplen correctamente los tratamientos establecidos (2).

Diversos estudios han llegado a la conclusión de que, en la actualidad, la adherencia al tratamiento a largo plazo de las enfermedades crónicas en los países desarrollados promedia el 50%; en los países en desarrollo, las tasas son aun menores (3).

Una vez conocido el grave problema y las repercusiones que causa la baja tasa de adherencia al tratamiento, es necesaria la actuación de los profesionales sanitarios, tanto de médicos como enfermeras. Aun sabiendo la frecuencia con la que se produce la no adherencia, es muy difícil de detectar por lo que es vital aumentar los porcentajes de detección temprana en las consultas de Atención Primaria, poniendo en práctica los diferentes métodos y escalas disponibles para medir la adherencia terapéutica. Concienciar a los pacientes y aumentar su grado de responsabilidad con el tratamiento crónico es básico para mejorar la salud de la población, sobre todo en estos momentos en los que la prevalencia de las enfermedades crónicas no transmisibles está aumentando considerablemente. Las intervenciones para eliminar las barreras a la adherencia terapéutica deben convertirse en un componente central de los esfuerzos para mejorar la salud de la población y para lo cual se precisa un enfoque multidisciplinar.

La medición y evaluación de la adherencia terapéutica es una necesidad continua, que permite la planificación de tratamientos efectivos, eficientes y de calidad que mejorarán la salud de los pacientes y reducirá los costes sanitarios (4).

En esta revisión bibliográfica se pretende hacer un repaso acerca de la magnitud de un problema presente en la población actual con enfermedades crónicas, y recopilar las diferentes estrategias disponibles para la detección y mejora de la adherencia terapéutica.

**Objetivos:**

- Identificar el grado de adherencia terapéutica en enfermedades crónicas en países desarrollados.
- Identificar los diferentes grupos de intervenciones para mejorar la adherencia terapéutica.
- Conocer la efectividad de las herramientas disponibles para aumentar la adherencia al tratamiento.

**DESARROLLO**

**Metodología:** Este trabajo es una revisión bibliográfica de artículos científicos seleccionados preferiblemente con fecha entre los años 2005 y 2016, aunque hay algunos artículos de años anteriores debido a su relevancia.

He excluido artículos anteriores al año 2003 y algunos que trataban de la adherencia terapéutica en enfermedades agudas, puesto que esta revisión bibliográfica está centrada en pacientes con enfermedades crónicas.

Se han utilizado también los operadores booleanos "and" y "not" para concretar la búsqueda.

Se han incluido artículos tanto en español como en inglés extraídos de las principales bases de datos disponibles. Éstas son las siguientes:

- Pubmed
- Elsevier
- Cuiden Plus
- Scielo
- Cinahl
- Medline

Además, he utilizado documentos oficiales del Ministerio de Sanidad y de la Organización Mundial de la Salud.

Tras hacer la selección y descartar los artículos que no cumplían las características para esta revisión, utilizamos 37 artículos científicos.

## **RESULTADOS**

### **Definición de adherencia terapéutica**

La adherencia terapéutica es un fenómeno complejo que está condicionado por múltiples factores de diversa naturaleza. La conducta de cumplir el tratamiento médico está mediada, entre otras cosas, por el sistema de conocimientos y creencias que el paciente tenga acerca de su enfermedad, su motivación para recuperar la salud o por adaptarse adecuadamente a su condición de enfermo, sus actitudes y el desarrollo de los procesos volitivos (5, 6).

### **Relevancia del problema y repercusiones de la baja adherencia**

En los países desarrollados, la adherencia terapéutica en las personas que sufren enfermedades crónicas es deficiente, dado los recursos y estrategias disponibles para su medición y mejora, apenas ronda el 50%, lo que quiere decir que está muy por debajo de los niveles que deberían alcanzarse. En estas enfermedades, después de 6 meses de haber comenzado un tratamiento, entre el 30 y el 80% de los pacientes deja de tomar la medicación.

La baja adherencia tanto al régimen terapéutico como a los estilos de vida tiene numerosas consecuencias, tanto clínicas como económicas. Está demostrado el aumento de la mortalidad y la morbilidad en pacientes que no cumplen con lo acordado con el profesional sanitario. Estas consecuencias serán más o menos graves dependiendo de la enfermedad de la que estemos hablando y de los fármacos prescritos.

La consecución de niveles aceptables de cumplimiento ayuda a conocer los beneficios reales de los fármacos y evita la aparición de incertidumbre sobre su efectividad (7). Cuando se cumple de forma correctamente el tratamiento pautado es cuando de verdad tenemos conocimiento acerca de los beneficios de esos fármacos, de su eficiencia y su efectividad, sin embargo, si se produce un incumplimiento del tratamiento, no tenemos las condiciones necesarias para evaluarlo (8).

Cuando hacemos referencia a las consecuencias económicas, podemos afirmar que la no adherencia terapéutica produce un despilfarro y una sobreutilización de los servicios sanitarios.

En España, la baja adherencia al tratamiento y los estilos de vida produce hasta un tercio de todos los ingresos hospitalarios y un aumento considerable de las visitas a Urgencias y a los Centros de Atención Primaria.

Además, también produce una mayor cantidad de pruebas diagnósticas más invasivas, cambios frecuentes de prescripciones médicas o aumento de la dosis de los fármacos, el deterioro de la salud, el surgimiento o la exacerbación de los problemas emocionales y en casos severos la muerte del cliente (9,10).

Las intervenciones encaminadas a mejorar la adherencia terapéutica proporcionarían un considerable rendimiento de la inversión mediante la prevención primaria y la prevención secundaria, consiguiendo una detección precoz de la no adherencia y mediante el esfuerzo de los profesionales sanitarios en mejorarla para mejorar la economía de la sanidad y la calidad de vida del paciente, evitando así resultados de salud no esperados y adversos (11).

### **Instrumentos de evaluación de la adherencia**

Una vez conocida la importante repercusión que la falta de adherencia tiene sobre la práctica clínica, habiéndose detectado consecuencias en términos tan diversos como falta de control del proceso,



aumento de los costes sanitarios y no sanitarios e insatisfacción de la persona, es innegable la necesidad de poder medirla y evaluarla de una forma adecuada.

La medición de forma correcta de la adherencia, al estar hablando de una conducta, produce una dificultad aumentada, lo que supone un gran problema en la práctica clínica.

Para evaluar la adherencia de un paciente al tratamiento no nos sirve con medir solo una de las variables. Necesitamos medir todas las variables que tienen influencia en ella (12).

Los métodos existentes se dividen en dos grandes grupos, separados en función de si miden la concentración de fármaco o se centran en otros aspectos. Estos dos grandes grupos son los métodos directos y métodos indirectos (13).

Los **métodos directos** son aquellos que se basan en la determinación del fármaco, sus metabolitos o sustancias trazadoras en sangre, orina, saliva u otro fluido, por lo que no son de utilidad en la práctica clínica cotidiana.

Estos métodos suelen ser caros y dificultosos de aplicar sobre todo en las consultas de Atención Primaria, donde deben detectarse la mayoría de casos de no adherencia terapéutica (14,15).

Los **métodos indirectos** son los que se utilizan con más frecuencia en la práctica clínica diaria de las consultas de Atención Primaria. Son medidas más sencillas y baratas por lo que se les da prioridad ante las directas.

MÉTODOS	VENTAJAS	INCONVENIENTES	OBSERVACIONES
Entrevista personalizada o autocuestionario	Sencillo y el más útil en la práctica médica diaria	Diferentes resultados según los cuestionarios usados Alterable por el paciente	Test de Batalla Test de Morisky-Green Test de Haynes-Sackett
Recuento de la medicación sobrante	Objetivo, cuantificable, fácil de aplicar	Requiere tiempo No detecta pautas incorrectas Alterable por el paciente	Utilizado en ensayos clínicos
Control de la dispensación	Método sencillo y fácil de aplicar	No detecta si el paciente toma la pauta correctamente	Complementa otros métodos
Monitorización electrónica	Objetivo, preciso, cuantificable	Requiere tecnología cara Se asume que apertura de envase = toma de medicación	Utilizado en ensayos clínicos. Adaptados al envase de los medicamentos.
Evaluación del resultado terapéutico	Sencillo y fácil de aplicar	Requiere tiempo Interferencia con otros factores	

Imagen 1 - Métodos indirectos más habituales de medición y evaluación de la adherencia terapéutica

Dentro de estos métodos se incluyen diferentes herramientas y técnicas mediante las cuales se extrae información del paciente y/o familiares allegados a través de cuestionarios o test o evaluación de respuesta al tratamiento (16,17).

Algunos tienen como inconveniente que la fiabilidad es más baja puesto que son métodos subjetivos en los que nos tenemos que fiar de lo que el paciente nos dice.

Los test más habituales utilizados en las consultas de Atención Primaria son el test de Morisky-Green, el test de Haynes-Sackett, la Escala de Adherencia Terapéutica, el test de la comprobación fingida y el test de Batalla.

El más utilizado de los tres en nuestro entorno es el test **de Morisky-Green**, sencillo en su utilización y rápido de realizar.

Consiste en una serie de cuatro preguntas de contraste con respuesta dicotómica si/no, que refleja la conducta del enfermo respecto al cumplimiento.

Es un método muy fiable si el paciente se declara no cumplidor y es útil para indagar sobre las razones de la no adherencia.

Para considerar una buena adherencia, la respuesta de todas las preguntas debe ser adecuada (no, sí, no, no).

**Tipos de estrategias para mejorar la adherencia y efectividad**

Después de la revisión de los artículos seleccionados, se pueden describir diversas estrategias dependiendo del enfoque que le dan al problema. Pero antes de entrar en los diferentes grupos de estrategias y herramientas establecidos hay que nombrar una serie de aspectos comunes a todas. Hay que tener en cuenta que antes de centrarnos en planificar cómo mejorar el problema, tenemos que realizar todo lo anteriormente expuesto en este trabajo.



Imagen 2 - Grupos de estrategias para mejorar la adherencia

Los aspectos comunes a cualquier intervención son los siguientes (18):

- Es importante apoyar siempre al paciente y no culpabilizarlo.
- Individualizar la intervención. Cada paciente es un mundo, todos son diferentes, por lo tanto, todas las intervenciones realizadas no pueden ser iguales. Hay que adaptar las estrategias a las condiciones del paciente y a los factores psicosociales que le rodean.
- Relación enfermera-paciente. La relación con el paciente debe estar basada en la confianza ya que, si ésta no existe, difícilmente podremos conseguir que el paciente lleve a cabo la estrategia acordada. Si existe la confianza entre profesional y paciente, será más fácil para éste reconocer sus problemas a la hora de adherirse al tratamiento lo que facilita poner en marcha las distintas intervenciones para mejorarla (3).
- Integración en la práctica clínica diaria. Si las intervenciones propuestas se incluyen dentro de las actividades de la práctica clínica diaria será más fácil hacerlas llegar a mayor número de pacientes. De esta forma, las mismas estrategias pueden funcionar en distintos pacientes con el único requisito de adaptarlas a las condiciones de ese paciente. En este aspecto tiene gran relevancia las consultas de Atención Primaria mediante sus intervenciones comunitarias.
- Las intervenciones para mejorar la adherencia son un medio para conseguir el fin último de mejorar el control de la patología, pero estas intervenciones consumen recursos y podrían acarrear también efectos negativos (falta de privacidad y autonomía del paciente, incremento de efectos adversos), hay que tenerlo en cuenta.
- Simplicidad. Las estrategias más simples son las más fáciles de recordar y llevar a cabo por los pacientes.

- **Multidisciplinariedad.** La prevención, detección y abordaje de la falta de adherencia no son competencia exclusiva de una categoría profesional sanitaria determinada, sino abierta a la sinergia procedente del trabajo de médicos, enfermeras, auxiliares etc. De forma que se construya un equipo multidisciplinar que avance siempre hacia la misma dirección.

En los estudios analizados se encontraron hasta 67 estrategias diferentes para mejorar la adherencia al tratamiento, de las cuales tan sólo en el 33 se demostró una mejoría estadísticamente significativa en los resultados clínicos. La mayoría de ellas, pueden beneficiar al paciente, pero las estadísticas muestran que no son muy efectivas. A pesar de ello, la búsqueda de intervenciones efectivas que faciliten una adherencia óptima a los planes de tratamiento adecuado es una prioridad en el manejo de enfermedades crónicas (1).

No existen intervenciones óptimas para todos los pacientes, porque como ya hemos dicho cada persona es distinta y tiene unos factores que le influyen por lo que debemos analizar todas estas influencias y a partir de ahí, elegir y adaptar las mejores intervenciones.

Entre las aportaciones para mejorar el cumplimiento, Cockburn, considera que las siguientes recomendaciones son las más apropiadas (13):

- Realización de entrevistas hábiles.
- Investigar en las creencias del paciente y ofrecer soluciones a los inconvenientes.
- Utilizar estrategias para incrementar la memoria del paciente.
- Reducir la complejidad del régimen.
- Adaptar el régimen terapéutico a la situación del paciente.
- Utilizar recordatorios, ejemplos, forzar intercambios de preguntas y respuestas: motivar.
- Obtener apoyo familiar.
- Monitorizar el paciente periódicamente.

Las estrategias y herramientas disponibles están clasificadas en cuatro grandes grupos: intervenciones cognitivas, intervenciones conductuales, intervenciones sobre el tratamiento e intervenciones de apoyo social y familiar.

### Intervenciones cognitivas

- **Información/educación al paciente:** la trasmisión de información tendría su papel sobre el cumplimiento a través del proceso de aprendizaje orientado para que el individuo adopte voluntariamente la conducta más beneficiosa ofreciéndole los medios adecuados. Estas intervenciones incluyen información verbal y/o escrita, a través de cartas, folletos, soporte audiovisual o telefónico, sesiones individuales o grupales y realizada por cualquier profesional sanitario (médico, enfermera...).

Las más habituales son las siguientes:

- o Carteles informativos sobre la adherencia a la medicación, que pueden estar expuestos en lugares visibles de los centros sanitarios.
- o Dípticos, trípticos o folletos sobre la necesidad de una buena cumplimentación del tratamiento farmacológico.
- o Etiquetas adhesivas con pictogramas educativos sobre precauciones de uso, efectos secundarios, condiciones de conservación, etc.
- o Información en revistas de salud. o Educación individual motivadora

- **Mejora de la comunicación paciente-profesional:** La enfermera en su consulta de Atención Primaria debe establecer y reforzar esta relación con el paciente para poder recorrer el camino juntos y que el paciente sienta que puede confiar en ella. La escucha activa es básica para una relación enfermera-paciente de calidad.

Los recursos comunicativos que se movilicen cumplen un rol importante en todo el proceso, desde el momento de la instauración del tratamiento y durante el curso de la enfermedad (19).

### Intervenciones conductuales

Los estilos de vida son fundamentales. Éstos están basados en los comportamientos de las personas a lo largo de la vida. Hay diversos factores que influyen también sobre la conducta que adopta la persona. Estas intervenciones se encaminan a modificar o reforzar comportamientos favorecedores del cumplimiento y a mejorar la capacidad del paciente en el manejo de su proceso. Se realizan a través de técnicas de responsabilización, autocontrol y refuerzo conductual.

Aquí podemos clasificar **los Sistemas Personalizados de Dosificación (SPD)** diseñados para facilitar la toma correcta de los medicamentos y en el cual se agrupa toda la medicación sólida que toma el paciente, según la pauta prescrita, y siguiendo unos protocolos normalizados de trabajo, dependiendo de cómo le sea más fácil al paciente (20).

**Los sistemas de recuerdo horario (SRH)** de la toma de la medicación son de gran relevancia. Éstos basan su eficacia en que el olvido es una de las principales causas del incumplimiento y pueden llegar a ser la solución más importante. Si los tratamientos son muy complejos, tienen que tomar muchas pastillas muchas veces al día, si requieren modificaciones que suponen un gran esfuerzo para el paciente pueden aumentar el número de olvidos.

### **Intervenciones sobre el tratamiento**

Se ha demostrado la relación directa entre la complejidad de tratamiento prescrito (en términos de dosificación, vía de administración, número de fármacos, etc.) y la adherencia al tratamiento. Cuando mayor es la complejidad, mayor es la tasa de no adherencia de los pacientes. Por tanto, toda estrategia encaminada a simplificar el tratamiento debería tener como resultado la mejora en la adherencia terapéutica.

Entre estas estrategias se incluyen reducir al máximo el número de fármacos a administrar, prescribiendo solo los necesarios y disminuir el número de dosis, facilitando así que el paciente recuerde cuándo debe tomar cada tratamiento.

### **Intervenciones de apoyo social y familiar**

Según los estudios, las personas diagnosticadas de enfermedad crónica que viven solas, tienen tasas más bajas de adherencia terapéutica. Debido a esto, otro grupo de estrategias para mejorarla es el que está enfocado a implicar a la familia del paciente y a sus personas más allegadas. La evidencia es escasa en cuanto a intervenciones que impliquen a la familia o al entorno social, pero sí se sabe que causa efectos positivos en la motivación del paciente tener personas interesadas por su salud que estén cerca de él.

### **Intervenciones combinadas**

En la mayoría de artículos de esta revisión afirman que la unión de varias intervenciones es la mayor estrategia disponible para la mejora de la adherencia terapéutica (21). La efectividad de las estrategias aumenta cuando se unen diferentes tipos ya que facilita su cumplimiento.

Hay que tener en cuenta que, a mayor complejidad en las intervenciones, mayor será la dificultad de los pacientes para seguirla y cumplirla de forma adecuada. Por eso, es más beneficioso planificar intervenciones sencillas y efectivas<sup>36</sup>.

Las combinaciones más habituales son la de estrategias informativas/educacionales con otras de recordatorio o reducción de la complejidad del tratamiento. Pero como ya hemos dicho, esto va a depender del tipo de paciente, de los factores psicosociales que lo afecten y del apoyo e implicación que obtenga por parte de los familiares. Lo más importante es elegir las estrategias de forma consensuada entre profesional y paciente (22).

## DISCUSIÓN

Después del análisis de los diferentes artículos se llega a la conclusión de que no existen intervenciones óptimas para todos los pacientes, ya que cada persona es distinta y tiene unos factores que le influyen por lo que debemos analizar todas estas influencias y a partir de ahí, elegir y adaptar las mejores intervenciones.

La mayoría de estrategias pueden beneficiar al paciente pero las estadísticas muestran que no son muy efectivas.

Entre las intervenciones más apropiadas para mejorar la adherencia se encuentran la realización de entrevistas hábiles, reducir la complejidad del régimen terapéutico, estrategias para mejorar la memoria del paciente y utilizar recordatorios del tratamiento.

## CONCLUSIONES

- La baja tasa de adherencia al tratamiento en los países desarrollados es un problema de gran relevancia por las consecuencias clínicas y económicas que conlleva.
- La medición y evaluación de la adherencia al tratamiento supone un problema en la práctica clínica, puesto que todos los métodos existentes tienen ventajas e inconvenientes, no hay ninguno que sea óptimo.
- Actualmente existen numerosas estrategias para mejorar las tasas de adherencia terapéutica. Lo más adecuado es una combinación de intervenciones educativas y simplificación del tratamiento.
- La efectividad de las diferentes estrategias para mejorar la adherencia no está demostrada, sabiendo que son útiles.
- El funcionamiento de las diferentes estrategias disponibles está basado en una buena relación enfermera-paciente, que se fundamenta en la confianza, la escucha activa y la participación de ambos a la hora de llegar a acuerdos que beneficien al paciente.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Thinking outside the pillbox. A system-wide approach to improving patient medication adherence for chronic disease. New England Healthcare Institute; 2009.
2. Estrategias para mejorar la adherencia terapéutica en patologías crónicas. Información terapéutica del Sistema Nacional de Salud. 2005;29(2):40-48.
3. Adherencia al tratamiento farmacológico en patologías crónicas. Eskualdeko Farmakoterapi Informazioa. 2011;19(1)
4. Veliz-Rojas L, Mendoza-Parra S, Barriga O. Adherencia terapéutica y control de los factores de riesgo cardiovasculares en usuarios de atención primaria. Enfermería Universitaria. 2015;12(1):3-11.
5. Martín Alfonso L, Grau Abalo J. La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. Psicología y salud. 2004;14(1):89-99.
6. Martín Alfonso L, Grau Ábalo J, Espinosa Brito A. Marco conceptual para la evaluación y mejora de la adherencia a los tratamientos médicos en enfermedades crónicas. Revista Cubana de Salud Pública. 2014;40(2):225-238
7. Dilla T, Valladares A, Lizán L, Sacristán J. Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. Atención Primaria. 2009;41(6):342-348.
8. Martín Alfonso L. Repercusiones para la salud pública de la adherencia terapéutica deficiente [Internet]. Bvs.sld.cu. 2016 [cited 9 January 2016]. Available from: [http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol32\\_3\\_06/spu13306.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol32_3_06/spu13306.htm)
9. Pnoticias. La falta de adherencia es la primera causa de fracaso terapéutico [Internet]. 2014 [cited 9 January 2016]. Available from:

<http://prnoticias.com/hemeroteca/20128227-la-falta-de-adherencia-es-la-primera-causa-de-fracaso-terapeutico>

10. World Health Organization (WHO) [internet]. Ginebra: WHO, 2013 [citado 15 Feb 2016]. Health topics. Chronic Diseases. Disponible en: [http://www.who.int/topics/chronic\\_diseases/en/](http://www.who.int/topics/chronic_diseases/en/)
11. Soria Trujano R, Ávila López D, Vega Valero Z, Nava Quiroz C. Estrés familiar y adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas. *Alternativas en psicología*. 2012;16(26):78-84.
12. Palop Larrea V, Martínez Mir I. Adherencia al tratamiento en el paciente anciano. *Información terapéutica del Sistema Nacional de Salud* 2004; 28(5): 113-120.
13. Núñez Montenegro A. Adherencia al tratamiento, errores de medicación y adecuación de la prescripción en pacientes polimedicados mayores de 65 años [Doctorado]. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Málaga; 2014.
14. Varela Arévalo M. El reto de evaluar la adherencia al tratamiento en la hipertensión arterial. *Pensamiento psicológico*. 2010;7(14):127-140.
15. Sanahuja M, Villagrasa V, Martínez Romero F. Adherencia terapéutica. *Pharmaceutical Care*. 2012;14(4):162-167
16. Conthe P, Márquez Contreras E, Aliaga Pérez A, Barragán García B, Fernández de Cano Martín M, González Jurado M et al. Adherencia terapéutica en la enfermedad crónica: estado de la situación y perspectivas de futuro. *Revista clínica española*. 2014;214(6):336-344.
17. Nogués Solán X, Sorli Redó ML, Villar García J. Instrumentos de medida de adherencia al tratamiento. *An Med Interna(Madrid)*. 2007;24:138-41.
18. Alonso M, Álvarez J, Arroyo J, Ávila L, Aylon R, Gangoso A et al. Adherencia terapéutica: estrategias prácticas de mejora. *Notas farmacoterapéuticas Comunidad de Madrid*. 2006;13(8):31-38.
19. Rodríguez Chamorro MA. Efecto de la actuación farmacéutica en la adherencia del tratamiento farmacológico de pacientes ambulatorios con riesgo cardiovascular. Tesis Doctoral, Granada 2008.
20. Rodríguez-Chamorro MA, García-Jiménez E, Rodríguez Chamorro A, Ruiz García E, Pérez Merino EM. La adherencia al tratamiento farmacológico desde la farmacia comunitaria (y III). *Aula de la farmacia*. 2011; 83(7):30-41.
21. Rodríguez Chamorro M, Pérez Merino E, García Jiménez E, Rodríguez Chamorro A, Martínez Martínez F, Faus Dader M. Revisión de estrategias utilizadas para la mejora de la adherencia al tratamiento farmacológico. *Pharmaceutical care*. 2014;16(3):110-120.
22. Zachary A, Marcum, Pharm D, MSa, Walid F, Gellad. Medication Adherence to Multidrug Regimens. *Clin Geriatr Med* 28 (2012) 287-300.

**ID193:**

## **VALORACIÓN DE LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL EN EL MANEJO DE LOS PACIENTES CON EPOC**

Francisco Javier Gómez Sánchez<sup>1</sup>, Sara García Rivas<sup>2</sup>, Beatriz Quiroga Torres<sup>3</sup>

Residente de Enfermería de la Unidad Docente Multiprofesional Madrid Este. Hospital Ramón Y Cajal.  
Cs Mar Báltico.

[javier\\_21\\_09\\_93@hotmail.com](mailto:javier_21_09_93@hotmail.com)

### **RESUMEN**

#### **INTRODUCCIÓN/JUSTIFICACIÓN/OBJETIVO**

La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), es una enfermedad crónica, que en muchas ocasiones, la falta de motivación conlleva a un manejo dificultoso de la situación.

Con el presente trabajo, tratamos de valorar la factibilidad de introducir la EI en el manejo de los pacientes con EPOC.

#### **DESARROLLO**

Se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica, por diferentes bases de datos, principalmente en "ETHERIA", donde las palabras clave que han primado han sido: "entrevista motivacional", "EPOC",... Finalmente se han seleccionado un total de 9 artículos.

#### **DISCUSIÓN**

A nivel general se coincide en la necesidad de implementar métodos que fomenten la motivación del paciente. Aunque la realidad nos presenta que el planteamiento de la intervención y el manejo de la herramienta será directamente proporcional al nivel de motivación adquirido por el paciente.

#### **CONCLUSIONES**

Como conclusión podemos decir que la EI en pacientes de EPOC tiene un marcado efecto positivo.

### **ABSTRACT**

#### **INTRODUCTION / JUSTIFICATION / OBJECTIVE**

Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) is a chronic disease, which in many cases, lack of motivation leads to a difficult handling of the situation.

With the present work, we try to evaluate the feasibility of introducing IE in the management of patients with COPD.

#### **DEVELOPMENT**

A bibliographic search has been carried out, through different databases, mainly in "ETHERIA", where the key words that have prevailed are: "motivational interview", "EPOC",... Finally, a total of 9 articles have been selected.

#### **DISCUSSION**

In general, there is a need to implement methods that encourage patient motivation. Although the reality shows us that the approach of the intervention and the management of the tool will be directly proportional to the level of motivation acquired by the patient.

#### **CONCLUSIONS**

As a conclusion we can say that IE in COPD patients has a marked positive effect.

### **PALABRAS CLAVE**

"Entrevista motivacional", "EPOC", "enfermedad crónica", "adherencia terapéutica", "epidemiología"  
"Motivational interviewing", "Pulmonary Disease, Chronic Obstructive", "Chronic Disease",  
"epidemiology"

## INTRODUCCIÓN/JUSTIFICACIÓN/OBJETIVO

Las enfermedades crónicas son consideradas como enfermedades con una enorme magnitud e impacto en la sociedad actual. Tal es su magnitud, que en 2008, 36 millones de personas murieron en el mundo con una enfermedad crónica, la mitad de sexo femenino, y el 29% se trataba de personas menores de 60 años de edad.

Pero la problemática no reside tanto en la prevalencia de la misma, ni en los datos que se nos presentan, sino que cómo enfermedad crónica, la falta de adherencia y cumplimiento del plan terapéutico es notable (50 %), a lo que hay que añadirle que en muchos casos la falta de motivación conlleva a un manejo dificultoso de la situación.<sup>1</sup>

A nivel de las enfermedades respiratorias, concretamente en el ranking mundial de las causas de muerte, se representan 4 puestos dentro de los 10 primeros. Además, ha habido un incremento del número de personas con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), de 210 millones a 328 millones en todo el mundo desde 1990 hasta ahora.<sup>2</sup>

En España 2 millones están diagnosticados de EPOC. A esto hay que añadirle muchos que no lo están y no están recibiendo tratamiento.<sup>2</sup>

Teniendo en cuenta estos datos, se debe considerar que el EPOC, es una enfermedad que requiere de un buen manejo de la situación. Pero desafortunadamente, la manera en la que se llevan a cabo el plan terapéutico no es eficiente y la manera de transmitir del profesional no consigue que haya un cambio de conducta del propio paciente para revertir la situación en la que se encuentra y mejorar la salud.

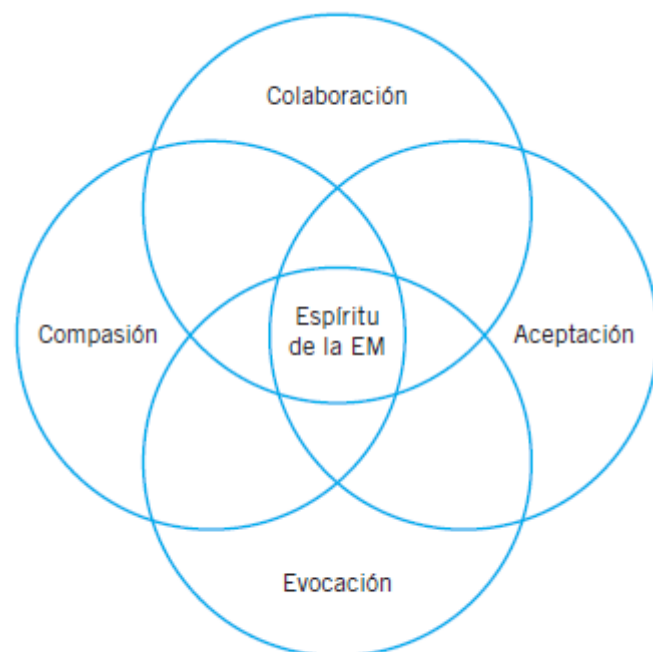
A esto se le suma la falta de motivación como uno de los pilares fundamentales del cambio.<sup>3</sup>

Así, dado el perfil de los pacientes con EPOC, concretamente aquellos donde la adherencia al tratamiento o a programas de rehabilitación respiratoria es dificultosa (se destaca el tabaquismo, el soporte familiar y los marcadores de gravedad como factores predictores de asistencia y adherencia a los programas de rehabilitación), la puesta en marcha de la entrevista motivacional tendrá un marcado efecto positivo en la problemática del paciente.<sup>2,4,5</sup>

La entrevista motivacional, concepto desarrollado por Miller y Rollnick, la definen como un método directivo centrado en el paciente, que trata de aumentar la motivación intrínseca para el cambio, ayudando al paciente a explorar y resolver su ambivalencia.<sup>4</sup>

Dicha entrevista se tiene que llevar a cabo utilizando un “estilo guía”, colaborativo, evocativo y de respeto a la autonomía del paciente, donde el profesional orienta y ambos utilizan el compromiso como base de la relación de trabajo.

El compromiso terapéutico es un requisito previo a todo lo que sigue e implica bastante más que mostrarse amistoso y amable con el paciente. La EM se basa en las fortalezas, esfuerzos y recursos propios del paciente. Es él y no el profesional quien produce el cambio.<sup>3,6</sup>



**Figura 2. Componentes del espíritu de la entrevista motivacional (EM)<sup>14</sup>.**



Finalmente, el presente trabajo, como objetivos a tener en cuenta, trata de valorar la factibilidad de introducir la EI en el manejo de los pacientes con EPOC, así como, conocer las características propias de esta técnica.

## DESARROLLO

Se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica, en la cual se han consultado diferentes bases de datos. De las bases consultadas, la principal utilizada ha sido la base "ETHERIA". Así, muchos de los documentos a tener en cuenta han sido seleccionados de la misma.

Además, bases como SCIELO, BIBLIOTECA DE LA SEPAR, PUBMED, ...han complementado la búsqueda. Teniendo en cuenta esto, los descriptores utilizados en la realización nuestra búsqueda han sido: "entrevista motivacional", "EPOC", "enfermedad crónica", "adherencia terapéutica", "epidemiología",... siendo los utilizados en inglés: "motivational interviewing", "Pulmonary Disease, Chronic Obstructive", "Chronic Disease", "epidemiology".

Tras la utilización de la terminología para la realización de las cadenas de búsqueda, se han obtenido diferentes documentos, de los cuales se han ido seleccionando una media de dos documentos

Como criterios a tener en cuenta, o filtros utilizados, decir que se han intentado que sean documentos actuales (desde año 2000), siendo el total de documentos revisados de 9.

De los documentos seleccionados, se ha atendido principalmente a las reflexiones que sacan los diferentes autores sobre los resultados obtenidos en sus intervenciones con EI.

Dichas reflexiones serán comentadas en los siguientes apartados, pero como ideas previas, decir que el consenso general de los mismos han sido una mezcla de apoyos a la técnica y condicionantes a la hora de llevarla a cabo.

## DISCUSIÓN

Tras la revisión de los diferentes documentos, diversos autores coinciden en la necesidad de implementar métodos que fomenten la motivación del paciente para una mayor adherencia terapéutica, autogestión y manejo eficaz de su situación de salud.

Así, de los metaanálisis existentes, se muestra un marcado efecto positivo de la EM en un elevado número de ensayos en comparación con lo que se puede llamar «tratamiento habitual», y la mejora con el aumento de la intensidad (cantidad de entrevistas), pareciendo ser eficaz incluso con breves encuentros.<sup>4</sup>

La manera en la que el profesional guía para conseguir un cambio de conducta es posible en EPOC, y no solo en estas circunstancias, sino que la extrapolación a otras circunstancias de salud, como pueden ser las enfermedades crónicas de otro tipo, o a programas de rehabilitación cardíaca, son posibles.<sup>7,8</sup>

En este sentido, a nivel de atención primaria (APS), los profesionales tienen un papel protagonista en el campo de la promoción de salud y prevención de enfermedad, donde la base, el sustrato para llevar a cabo el cambio, se encuentra en un nivel superior.<sup>4</sup>

Aunque muchas de estas ideas son atractivas, la realidad nos da una de cal y otra de arena. A nivel general, se arroja un beneficio considerable, pero la realidad también está condicionada por la forma de planteamiento de la intervención (seguimiento, llamada telefónica, sesiones...) y por manejo por parte del profesional de dicha herramienta que será directamente proporcional al nivel de motivación adquirido por el paciente.<sup>9</sup>

El presente artículo quiere dar a mostrar la defensa de esta técnica en situaciones de cambio de conducta con pacientes con enfermedades crónicas como el EPOC, pero para ello, se sugiere la necesidad de llevarlo a cabo en una situación real con un grupo real.

Con ellos obtendríamos unos resultados que arrojarían más verdad a la situación que queremos mostrar y podríamos comparar con otros grupos de intervención. Así, tendremos que hacer frente a condicionantes tales como: motivación inicial del grupo, formación por parte de los profesionales, planteamiento de la intervención, calidad de la intervención, etc.

## CONCLUSIONES

Como conclusión, podemos decir que la Entrevista Motivacional es un método atractivo que nos puede ayudar en el manejo de las enfermedades crónicas.

De este modo, las personas con EPOC, conseguirían que su nivel de motivación, su adherencia al plan terapéutico y actitud y manejo de la enfermedad se verán realmente favorecidos. Pero como hemos visto, la utilización de esta herramienta no puede conseguir el 100% de beneficio.

Finalmente, a modo de observación, sería una buena oportunidad que los profesionales sanitarios tuvieran acceso a este conocimiento, esta herramienta para conseguir transmitir de una manera diferente el modo de afrontar una enfermedad crónica al paciente.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1 Conthea P, Márquez Contreras E, Aliaga A, Barragán B, et al. Adherencia terapéutica en la enfermedad crónica: estado de la situación y perspectiva de futuro. Revista Clínica Española [revista en internet] 2014 [consultado 4/1/2017]; 214(6):336-344. Disponible en: <http://www.revclinesp.es/es/linkresolver/adherencia-terapeutica-enfermedad-cronica-estado/S0014256514001271/>
- 2 Miravittle M, Soler-Cataluña J, Called M, Molinae J, et al. Guía española de la EPOC (GesEPOC). Actualización 2014. Archivos de Bronconeumología [revista en internet] 2014 [consultado 4/1/2017]; 50(Supl 1):1-16. Disponible en: [http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Guia\\_Espanola\\_EPOC\\_gesEPOC\\_Actualizacion\\_2014.pdf](http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Guia_Espanola_EPOC_gesEPOC_Actualizacion_2014.pdf)
- 3 Rodríguez Sanz J, Álvarez-Ude Cotera F, Massons Cirer J. Entrevista motivacional (parte I). Formación Médica Continuada en Atención Primaria [revista en internet] 2014 [Consultado 4/1/2017]; 21:9-24. Disponible en: <http://www.fmc.es/es/vol-21-num-protocolo-3/sumario/13019295/>
- 4 Bóveda Fontána J, Pérula de Torres L, Campiñez Navarro M, et al. Evidencia actual de la entrevista motivacional en el abordaje de los problemas de salud en atención primaria. Atención Primaria [revista en internet] 2013 [consultado 4/1/2017]; 45(9):486-495. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-evidencia-actual-entrevista-motivacional-el-S0212656713000504>
- 5 Almadana Pacheco V, Pavón Masa M, Gómez-Bastero Fernández A, et al. Perfil de los pacientes que abandonan un programa de rehabilitación respiratoria. Archivos de Bronconeumología [revista en internet] 2016 [consultado 12/1/2017]. Disponible en: <http://www.archbronconeumol.org/es/perfil-pacientes-que-abandonan-un/avance/S0300289616301934/>
- 6 Rodríguez Sanz J, Álvarez-Ude Cotera F, et al. Entrevista motivacional (parte II). Formación médica continuada en atención primaria [Internet] 2014 [Consultado 4/1/2017]; 21:9-34. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/playContent/1-s2.0-S1134207214708175?returnurl=null&referrer=null>
- 7 Benzo R, Vickers K, PhD, et al. Development and Feasibility of a COPD Self-Management Intervention Delivered with Motivational Interviewing Strategies. J Cardiopulm Rehabil Prev [revista en internet] 2013 [consultado 28/1/2017]; 33(2): 113–123. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3586298/>
- 8 European Clinical Respiratory Journal 2015, 2: 27915. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3402/ecrj.v2.27915>
- 9 Benzo R. Mindfulness and Motivational Interviewing: Two candidate methods for promoting self-management. Chron Respir Dis [revista en internet] 2013 [consultado 28/1/2017]; 10(3): 175–182. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3953462/>

**ID197:**

## **APRENDER A CUIDARME PARA PODER CUIDAR**

Beatriz Quiroga Torres; Jose Ignacio España Carballo; Francisco Javier Gómez Sánchez

R1 enfermería familiar y comunitaria área Este de la Comunidad de Madrid.

[Beatriz\\_quiroga@salud.madrid.org](mailto:Beatriz_quiroga@salud.madrid.org)

### **RESUMEN**

La figura del cuidador principal se conoce desde tiempos muy remotos. Este se define como aquella persona que se responsabiliza de los cuidados de otra, dependiente o discapacitada, que requiere asistencia de forma permanente y continuada. También son denominados “cuidadores informales” por suplir o complementar los cuidados profesionales sin recibir remuneración económica por ello.

Tradicionalmente, este rol recaía en algún familiar, siendo este casi siempre una mujer, considerándose una tarea de completa entrega.

La promoción en los últimos años de leyes como la 39/2006 Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, han intentado cambiar y mejorar la situación de estas personas.

### **ABSTRACT**

The figure of the main caregiver has been known since very remote times. This is defined as that person who is responsible for the care of another, dependent or disabled person, who requires assistance on a permanent and continuous basis. They are also called "informal caregivers" for supplementing professional care without receiving financial compensation for it. Traditionally, this role falls on some relative, being often a woman, considered a task of completely dedication. The promotion in the last years of laws like the 39/2006 Law of Promotion of the Personal Autonomy and Attention to the people in situation of dependence, has tried to change and to improve the situation of these people.

### **PALABRAS CLAVE**

Cansancio cuidador, cuidador principal, cuidar cuidador.

Caregiver fatigue, principal caregiver.

### **INTRODUCCIÓN/JUSTIFICACIÓN/OBJETIVO**

La figura del cuidador principal se conoce desde tiempos muy remotos. Este se define como aquella persona que se responsabiliza de los cuidados de otra, dependiente o discapacitada, que requiere asistencia de forma permanente y continuada. También son denominados “cuidadores informales” por suplir o complementar los cuidados profesionales sin recibir remuneración económica por ello.

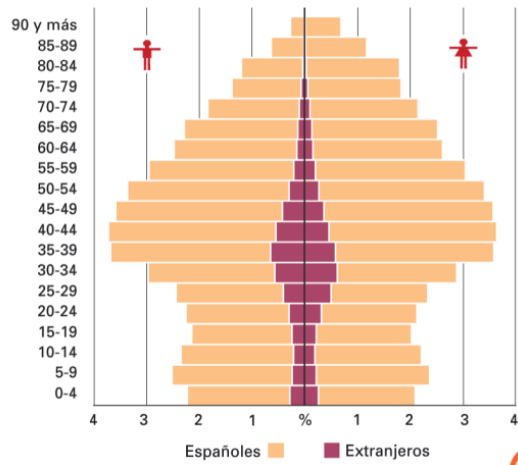
Tradicionalmente, este rol recaía en algún familiar, siendo este casi siempre una mujer, considerándose una tarea de completa entrega.

España se encuentra actualmente, entre los países más envejecidos del mundo.

El número de personas de 65 años o más alcanza la cifra de 8,6 millones y representa al 18,6% de la población total. De estos, 15.479 personas tienen 100 años o más.

La pirámide poblacional corresponde a una pirámide regresiva, presentando una base más estrecha que las zonas centrales. Indica un envejecimiento poblacional propio de países desarrollados

**Pirámide de población de España. A 1 de enero 2015**



**Imagen 1. Pirámide poblacional.**

Este envejecimiento se puede explicar debido a múltiples causas, encontrando entre ellas el aumento de la esperanza de vida, el descenso de la natalidad y el aumento en los últimos años de la emigración de población en edad de trabajar.

Debido a esta pirámide poblacional, y a la introducción de la mujer en el mundo laboral, nos encontramos con que cada vez hay más personas dependientes y menos personas que puedan ocuparse de ellas brindándoles unos mínimos cuidados.

Es por ello que en España, la promoción en los últimos años de leyes como la 39/2006 Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, han intentado cambiar y mejorar la situación de estas personas.

La situación actual de los cuidadores principales, es lo que nos ha llevado a plantearnos una revisión bibliográfica del tema, para saber si se están llevando a cabo actuaciones o no, y si estas son efectivas, ya que es un problema que debido a múltiples causas (el envejecimiento de la población como la más importante), cada vez va más en aumento, siendo muy habitual observarlo en las consultas de atención primaria.

## DESARROLLO

Para la localización de los documentos bibliográficos se utilizaron varias fuentes documentales, utilizando los términos MeSH “caregiver fatigue”, “principal caregiver” y DeCS “cansancio cuidador”, “cuidador principal”, “cuidar cuidador”.

Con estas palabras se inició una búsqueda bibliográfica a través de diferentes bases de datos.

Se consultaron en las bases de Etheria, utilizando la palabra clave “cuidador principal” y realizando la búsqueda de los diez últimos años, encontrándose 726 artículos. De ahí se filtraron los datos interesándonos en revistas de atención primaria obteniendo 45 resultados, de los cuales aparecieron en el trabajo dos.

En la base de datos Pubmed, se utilizó la palabra clave “fatigue caregiver” y el filtro de búsqueda de los últimos diez años encontrando 482 resultados, teniendo que utilizar otro filtro en el que solo apareciesen revisiones, obteniendo así 62 resultados, de los cuales se utilizaron dos.

La última base de datos consultada fue la de Scielo, utilizando el término “cuidar cuidador” no obteniéndose resultados. Se probó con el término “cuidador principal”. En este caso se obtuvieron 38 resultados, utilizando dos.

Se realizó una búsqueda bibliográfica en la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, utilizando el término “cuidador”, encontrando dos artículos de gran interés.

También se realizó una búsqueda en internet en el buscador “google académico” con los mismos términos, encontrándose gran variedad de información útil para la realización del trabajo.

Por último se realizaron varias búsquedas de tablas y datos estadísticos en el INE.

Se seleccionaron aquellos documentos que informasen sobre los cuidadores informales, el cansancio del rol del cuidador, la situación de dependencia en España así como la situación poblacional.

## DISCUSIÓN

En la revisión realizada en los diferentes artículos se han encontrado muchos puntos en común.

Si nos centramos en la figura del cuidador principal, nos encontramos con que en la mayor parte de los casos, son principalmente mujeres, de 45 a 65 años, con lazos sanguíneos con la persona dependiente, normalmente hijas, casadas, amas de casa o con ingresos limitados.

La mayoría de estos cuidadores dedica un tiempo medio de entre 6 y 12 horas al día, lo que corresponde a una jornada completa de trabajo.

Respecto al tiempo que hace que se dedican a cuidar a personas dependientes, encontramos que gran parte lleva más de 3 años.

Predominan los cuidadores en entornos urbanos más que en entornos rurales, esto puede explicarse debido a la facilidad que encuentran las personas dependientes de encontrar ayuda en otras personas no familiares en zonas no urbanas.

Aunque los cuidados son prestados por un cuidador principal, cuando éste tiene que recurrir a otras personas porque precisa ayuda se apoya en otros familiares, que suelen ser también mujeres (hermanas, cuñadas, hijas, sobrinas...).

Según los artículos analizados, la mayoría de cuidadores no conviven con la persona dependiente, sino que se desplazan cada día para prestar sus cuidados.

Los cuidados que prestan estas personas van desde los más básicos (aseo, alimentación, movilización de la persona cuidada) hasta los más complejos (cura de heridas, cuidados de los sondajes, manejo de medicación...).

Es común encontrar artículos en los que los cuidadores indican que su vida diaria ha cambiado, siendo lo que más repercute en su percepción la disminución de su tiempo libre, seguido de la afectación en su vida familiar.

También se ha encontrado en muchos de los artículos la problemática de la afectación de la propia salud del cuidador, aquejándose en la mayor parte de los casos de dolores osteoarticulares, cansancio, fatiga o estrés.

En los cuidadores principales predominan síntomas de frustración e impotencia que raras veces consultan con los profesionales de atención primaria.

Sobre las principales necesidades percibidas, en todos los artículos estas personas refieren falta de apoyo y reconocimiento social, tanto de familiares como de profesionales sanitarios.

Al ser un problema que afecta cada vez a un mayor número de personas, nos parece fundamental el abordaje desde la consulta de primaria.

Se podrá realizar un cribado en consulta a los familiares de personas dependientes mediante el test de Zarit, el cual valora la sobrecarga del cuidador. Es una escala auto-administrada. Consta de 22 preguntas relacionadas con las sensaciones del cuidador. Cada pregunta se puntúa con un valor que va desde el 0 (nunca) al 4 (casi siempre). Las puntuaciones menores a 46 indican que no existe sobrecarga.

Para el resto de puntuaciones (de sobrecarga ligera a intensa), se cuenta con la posibilidad de establecer un plan de cuidados para esa persona dependiente.

En la NANDA se recogen varios diagnósticos de enfermería que pueden ser útiles a la hora de elaborar dicho plan:

Riesgo de cansancio del rol del cuidador (00062): El cuidador habitual de la familia tiene la sensación de que le resulta difícil seguir desempeñando ese papel.

Cansancio del rol del cuidador (00061): El cuidador habitual de la familia tiene dificultad para seguir desempeñando ese papel.

Afrontamiento inefectivo (00069): La persona no es capaz de valorar acertadamente los agentes estresantes a los que se enfrenta, elegir las respuestas prácticas o utilizar los recursos de los que dispone.

Conocimientos deficientes (00126): La persona carece de información cognitiva suficiente sobre un tema específico relacionado con la salud.

Gracias a la elaboración de un plan de cuidados podemos ayudar a resolver los principales problemas que rodean a los cuidadores principales.

**Cuestionario Zarit Burden Interview (ZBI) cuidador**

Test autoadministrado

A continuación se presenta una lista de afirmaciones, en las cuales se refleja cómo se sienten, a veces, las personas que cuidan a otra persona.

Después de leer cada afirmación, debe indicar con qué frecuencia se siente usted así: nunca, raramente, algunas veces, bastante a menudo y casi siempre. A la hora de responder, piense que no existen respuestas acertadas o equivocadas, sino tan sólo su experiencia.

Nunca = 0, rara vez = 1, algunas veces = 2, bastantes veces = 3, casi siempre = 4

1. ¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?	0	1	2	3	4
2. ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para Vd.?	0	1	2	3	4
3. ¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?	0	1	2	3	4
4. ¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?	0	1	2	3	4
5. ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	0	1	2	3	4
6. ¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente a la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?	0	1	2	3	4
7. ¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?	0	1	2	3	4
8. ¿Piensa que su familiar depende de Vd.?	0	1	2	3	4
9. ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?	0	1	2	3	4
10. ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?	0	1	2	3	4
11. ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar?	0	1	2	3	4
12. ¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar a su familiar?	0	1	2	3	4
13. ¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?	0	1	2	3	4
14. ¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?	0	1	2	3	4
15. ¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?	0	1	2	3	4
16. ¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	0	1	2	3	4
17. ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?	0	1	2	3	4
18. ¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?	0	1	2	3	4
19. ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?	0	1	2	3	4
20. ¿Piensa que debería hacer más por su familiar?	0	1	2	3	4
21. ¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?	0	1	2	3	4
22. Globalmente, ¿qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?	0	1	2	3	4

**Imagen 2. Test de Zarit.**

**CONCLUSIONES**

Después de la revisión bibliográfica realizada y habiendo consultado a diversos profesionales sanitarios acerca del tema, se ha llegado a la conclusión de que a pesar de conocerse las causas de la sobrecarga del cuidador, éste sigue siendo en gran parte olvidado por el sistema sanitario de salud.

Se sabe que desde tiempos remotos ha existido una figura (mayoritariamente femenina) que se ha encargado de las tareas del hogar y del cuidado de los dependientes.

Sorprende que, a día de hoy, estas personas sigan percibiendo que no tienen recursos familiares, sanitarios ni sociales donde puedan descargar parte de las responsabilidades que acarrear.

Esta percepción, es la que hace que en ellos surjan problemas psicológicos, sociales, físicos y lo que no es menos importante, económicos, habiéndose incluso descrito un patrón de fases de adaptación en la mayoría de los cuidadores (negación, búsqueda de información, reorganización y resolución).

En un 77% de los casos se trata de cuidadores permanentes, por ello, es de vital importancia el dedicar grandes esfuerzos en la formación y adquisición de destrezas de estos cuidadores, así como brindarles todos los soportes disponibles, ya que ellos son los que garantizan una continuidad de cuidados de calidad en el domicilio, disminuyendo la presión asistencial.

Es labor clave del equipo de atención primaria el detectar este problema en consulta y abordarlo de la mejor manera posible, estableciendo algún protocolo que indique las pautas de actuación.

En el campo de la enfermería, se tiene como herramienta muy útil el PAE, pudiendo abordar los diferentes casos que se planteen de una manera más estructurada y ofertando soluciones de calidad.

Además sería interesante poder conocer todos los recursos sociales que dispone nuestra área de salud, para poder asesorar a los cuidadores y ofertarles aquellos que mejor se adapten a sus necesidades.

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Moreno Gaviño, Lourdes; Bernabeu-Wittel, Máximo; Alvarez-Tello, Margarita; RincónGómez, Manuel; Bohórquez Colombo, Pilar; García-Morillo, Salvador. (2008) Sobrecarga sentida por la figura del cuidador principal en una cohorte de pacientes pluripatológicos. Aten Primaria. 40(4):193-8 |
2. Rodríguez-González AM, et al. Estudio observacional transversal de la sobrecarga en cuidadoras informales y los determinantes relacionados con la atención a las personas dependientes. Aten Primaria. 2016.
3. Huis in het Veld et al. (2015). The effectiveness of interventions in supporting self-management of informal caregivers of people with dementia; a systematic meta review. BMC Geriatrics 2015;15:147

4. Lynch, S. H. and Lobo, M. L. (2012), Compassion fatigue in family caregivers: a Wilsonian concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 68: 2125–2134. doi:10.1111/j.1365-2648.2012.05985.x
5. López Gil, María Jesús et al. (2009) El rol de Cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su Calidad de Vida y su Salud *Rev Clin Med Fam* vol.2 no.7 Cuenca.
6. Gálvez González, María, Ríos Gallego, Francisca, & García Martínez, Ana María. (2013). Crecer cuidando: el rol cuidador en las hijas de madres dependientes. *Index de Enfermería*, 22(4), 237-241.
7. Nanda Internacional (2016) NANDA Diagnósticos Enfermeros 2015-2017. Definiciones y clasificación. Elsevier.
8. Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. Estudio CuidadorES sobre cuidadores de personas mayores dependientes. IMC
9. Lobo A, Launer MJ, Fraglioni I, et al, Prevalence of dementia and major subtypes in Europe: A collaborative study of population – based cohorts, *Neurology* 2000;54:S4-S9.
10. Area de envejecimiento activo del Imsero (2015) Informe 2014. Las personas mayores en España. Datos estadísticos estatales y por Comunidades Autónomas.
11. Ambriz-López, María Concepción. Perfil del cuidador principal y su relación con el cuidado del personal de enfermería. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc* 2014;22(3):123-9
12. Instituto Nacional de estadística <https://www.ine.es>

**ID199:****CUIDADOS AL FINAL DE LA VIDA: UNA COMPETENCIA DE LA ENFERMERA FAMILIAR Y COMUNITARIA**Marta Parrón Parra<sup>1</sup>; Elvira Muñoz Millán<sup>2</sup><sup>1</sup> CS. Barrio del pilar. SERMAS<sup>2</sup> CS. Castroviejo. SERMAS[martaparron@gmail.com](mailto:martaparron@gmail.com)**RESUMEN**

**Introducción:** En los últimos años se ha producido un aumento en el número de pacientes con necesidades de cuidados paliativos. Aunque en España contamos con recursos específicos para estos cuidados, son insuficientes para hacer frente a esta demanda. Otro de los recursos con los que contamos para este fin es el equipo de Atención Primaria.

**Desarrollo:** Se realizó una búsqueda bibliográfica en base de datos oficiales de artículos en español e inglés a texto completo posteriores a 2011.

**Discusión:** La mitad de los pacientes con necesidades de cuidados paliativos, no necesitarán de la atención de los servicios específicos, pudiendo ser controlados en su totalidad por los profesionales de Atención Primaria.

**Conclusiones:** Para garantizar una buena atención y cuidado al paciente paliativo debe haber una estrecha relación entre los diferentes niveles asistenciales. En este ámbito la Enfermera Especialista en Familia y Comunitaria tiene un papel esencial.

**ABSTRACT**

**Introduction:** In recent years there has been an increase in the number of patients with palliative care needs. Although in Spain we have specific resources for these care, they are insufficient to meet this demand. Another of the resources we have for this purpose is the Primary Care team.

**Development:** A bibliographic search was conducted in an official database of articles in Spanish and English in full text after 2011.

**Discussion:** Half of the patients with palliative care needs will not need the care of the specific services and can be totally controlled by Primary Care professionals.

**Conclusions:** To ensure good care and care for the palliative patient, there must be a close relationship between the different levels of care. In this area, the Nurse Specialist in Family and Community has an essential role.

**PALABRAS CLAVE**

Cuidados paliativos, atención domiciliar de salud, atención primaria de salud, rol de la enfermera, enfermería en salud comunitaria

Paliative care, home nursing, primary health care, nurse's rol, community health nursing

**INTRODUCCIÓN/JUSTIFICACIÓN/OBJETIVO**

Los cuidados paliativos se definen, según la Asociación Europea de Cuidados Paliativos, como “el cuidado total activo de los pacientes cuya enfermedad no responde a tratamiento curativo, donde el control del dolor y otros síntomas y de problemas psicológicos, sociales y espirituales es primordial”. En los últimos años se ha producido un aumento de la demanda de estos cuidados debido al mayor porcentaje de población envejecida y al progreso de las enfermedades crónicas.

En el 2016 en España contamos con 128 equipos de cuidados paliativos entre básicos y avanzados, la mayor parte se corresponde a básicos, compuestos por un médico y una enfermera. Esto es una cantidad insuficiente de recursos específicos para satisfacer la demanda que existe. Otro recurso con el que contamos para el cuidado de estos pacientes son los profesionales de Atención Primaria.



En 2008, tan solo el 22,1% de los pacientes con necesidades de cuidados paliativos aparecía registrado en la historia de Atención Primaria.

## DESARROLLO

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos (Pubme, Etheria...) en inglés y español utilizando como términos claves DESC(cuidados paliativos, atención domiciliaria de salud, atención primaria de salud) y MESH (terminal care, home care Services). También se consultaron varias guías clínicas vigentes en la actualidad. Se seleccionaron 12 documentos, entre artículos a texto completo o guías clínicas, posteriores a 2011, por su relevancia en el tema estudiado.

## DISCUSIÓN

Alrededor de un 50% de los pacientes con necesidades de Cuidados Paliativos no necesitará la intervención de equipos específicos, pudiendo ser controlados por equipos de Atención Primaria. Varios estudios exponen que el personal de Atención Primaria se encuentra cualificado para atender las necesidades y cuidados del paciente paliativo no complejo.

Esta situación hace que la enfermera de Atención Primaria tenga un papel clave en el cuidado de estos pacientes y su entorno, que en la mayoría de los casos se sitúa en el domicilio. La atención domiciliaria es fundamental si se quieren prestar unos cuidados, garantizando la calidad y continuidad de los mismos.

Varias iniciativas se inclinan por potenciar las competencias de los profesionales de enfermería, en este caso de Atención Primaria, permitiéndoles el manejo del paciente más complejo, como sería el paciente paliativo. En este contexto nace la categoría de Enfermera Especialista en Familiar y Comunitaria

En el Boletín oficial del Estado que recoge el plan de formación de la Especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria, que contempla como competencia de esta, la atención al individuo y su familia en el final de la vida.

La formación y experiencia de la Enfermera Familiar y Comunitaria le permite tener una visión más holística del paciente, de la familia y de su entorno. Esta valoración es esencial a la hora de planificar los cuidados adecuados a cada paciente, dependiendo de sus necesidades y las de sus familiares para garantizar una alta calidad de vida en el estado de final de vida.

Además estos profesionales cuentan con la capacidad y la formación necesaria para prestar asistencia a los familiares del paciente durante el proceso de final de vida, apoyando los cuidados que lo familiares, principales cuidadores, prestan a su familiar y tras el fallecimiento, representando un papel de apoyo y de persona de referencia durante el proceso de duelo.

## CONCLUSIONES

Una buena interrelación entre los diversos niveles asistenciales permite garantizar un mejor cuidado en el paciente paliativo. En este contexto la enfermera especialista en familiar y comunitaria representa un papel importante y así lo amparan sus competencias específicas. Esta profesional cuenta con una visión del entorno del paciente, es el primer profesional de contacto con el sistema sanitario y mantiene una relación más estrecha con el paciente y su familia. Por todo ello, la Enfermera Especialista en Familiar y Comunitaria cuenta con unas cualidades que la capacitan para el cuidado del paciente paliativo no complejo en el domicilio.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Correa Casado M, Granero Molina J, Hernández Padilla JM, Fernández Sola C. Transferencia de pacientes de cuidados paliativos desde el hospital hasta atención primaria: un estudio cualitativo. Aten Primaria. 2016.
2. Vega T, Arrieta E, Lozano JE, Miralles M, Anes Y, Gómez C et al. Atención sanitaria paliativa y de soporte de los equipos de Atención primaria en el domicilio. Gac Sanit. 2011; 25 (3): 2015-210
3. Álvarez Cordovés MM, Mirpuri Mirpuri PG, Gonzalez Losada J, Chávez Díaz B. Cuidados paliativos en Atención Primaria. A propósito de un caso. Semergen. 2013; 39(7): 396-399
4. Reñones Crego MC, Fernández Pérez D, Vena Fernández C, Zamudio Sánchez A. Estrategias para la mejora del cuidado del paciente oncológico: Resultados del proyecto SHARE (Sesiones Interhospitalarias de Análisis y Revisión en Enfermería). Enferm Clin. 2016; 26 (5): 312-320



5. Arrieta A, Gómez de Caso JA, Vega T, Lozano JE, Zuriaga O. Pacientes que reciben atención sanitaria paliativa y de soporte de los equipos de atención primaria en el domicilio. Estudio APASO, mediante Redes Centinelas Sanitarias. Med Paliat. 2015
6. Corrales Nevado D, Alonso Babarro A, Rodríguez Lozano MA. Continuidad de cuidados, innovación y redefinición de papeles profesionales en la atención a pacientes crónicos y terminales. Informe SESPAS 2012. Gac Sanit. 2012; 26 (5): 63-68
7. Balaguer Madrid G. Evolución de la enfermería y aparición de nuevos roles: Rol de la enfermera de cuidados paliativos. Trabajo fin de grado. 2014. Universitat Internacional de Catalunya

**ID252:****REGISTRO DE EJERCICIO FÍSICO EN PACIENTES CRÓNICOS. ¿DIFERENCIA CORRECTAMENTE PACIENTE ACTIVO DE SEDENTARIO?**

Alfonso Torre Valle<sup>1</sup>, Lorena De Carlos Negro<sup>1</sup>, María Cifrián Martínez<sup>1</sup>, Margarita Fernández Arce<sup>1</sup>, Zeltia Elena Agra Díez<sup>1</sup>, Elisa Alonso Liaño<sup>1</sup>

1: Enfermero/a del Centro de Salud Puertochico. Santander. Servicio Cántabro de Salud.  
[alfonso.torre.valle@gmail.com](mailto:alfonso.torre.valle@gmail.com)

**RESUMEN****Introducción**

La valoración de la actividad física de los pacientes crónicos y su codificación como ejercicio físico en la consulta de Enfermería de Atención Primaria, a través del soporte informático OMI-AP se reduce a un "sí" o un "no".

**Objetivos**

Comparar la codificación actual de ejercicio físico de los pacientes con el cuestionario Rapid Assessment of Physical Activity" (RAPA)

**Material y métodos**

Muestra de 122 pacientes crónicos en 6 consultas de enfermería comparando su estado de ejercicio físico previo con el resultado del cuestionario RAPA.

**Resultados**

82% de concordancia en los pacientes catalogados como "NO ejercicio físico" en la herramienta OMI-AP y el cuestionario RAPA.

La codificación de "ejercicio físico SI" mostró una discrepancia del 54,5% coincidiendo sólo el 45,5%.

**Conclusiones**

La actual codificación del ejercicio físico, es escasa e imprecisa para conocer el estado activo o sedentario de un paciente, cuando se compara con otras herramientas ya validadas.

**ABSTRACT****Introduction**

The assessment of the physical activity of chronic patients and their coding as physical exercise in Primary Care Nursing Consultation, through the OMI-AP software is reduced to "yes" or "no".

**Objectives**

To compare the current physical exercise coding of chronic patients with the Rapid Assessment of Physical Activity questionnaire (RAPA)

**Methods**

A sample of 122 chronic patients in 6 Nurse Consultations comparing their previous physical exercise status with the questionnaire RAPA.

**Results**

82% of correspondence in patients coded as "NO" between the OMI-AP tool and the RAPA Questionnaire. 54,5% of patients coded as "YES" physical exercise" showed discrepancy with only 45,5% of correspondence.

**Conclusions**

The current coding of physical exercise is limited and ambiguous to know the current status of the physical activity of a patient in comparison to another validated tools.

**PALABRAS CLAVE**

Ejercicio, Actividad Motora, Registros Electrónicos de Salud, Registros de Enfermería, Enfermedad Crónica, Promoción de la Salud

Exercise, Motor Activity, Electronic Health Records, Nursing Records, Chronic Disease

## INTRODUCCIÓN

Según la OMS, la inactividad física es el cuarto factor de riesgo de mortalidad en todo el mundo. (1)

La importancia de realizar actividad física y reducir el sedentarismo y el tiempo de pantalla influyen claramente en la mejora de la salud, en la prevención de enfermedades crónicas y por lo tanto en la calidad y esperanza de vida de la población.

Dentro de las medidas higiénico-dietéticas en el tratamiento y prevención de dichas enfermedades se encuentra el ejercicio físico, entendiendo el ejercicio físico como: Tipo concreto de actividad física que corresponde a un movimiento corporal planificado, estructurado y repetitivo, y realizado con un objetivo relacionado con la mejora o el mantenimiento de uno o más componentes de la aptitud física (2)

Según el artículo “La modificación de los hábitos y la adherencia terapéutica, clave para el control de la enfermedad crónica”, se recomienda proporcionar información clara, veraz y comprensible, así como reforzar el ejercicio físico como hábito necesario para la mejora de salud y para fomentar la participación activa de los pacientes en sus autocuidados. (3)

Las recomendaciones de actividad física del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad para la población adulta, con edades comprendidas entre los 18 y los 64 años es de al menos: (2) (4)

- 150 minutos de actividad moderada a la semana: aquella que aumenta la sensación de calor y produce ligera sudoración (como caminar ligero)
- 75 minutos de actividad vigorosa a la semana: aquella en la que la sensación de calor y sudoración es más intensa (como correr o montar en bici a buen ritmo)
- Una combinación equivalente de las anteriores, entendiendo que 1 minuto de actividad vigorosa, equivale a 2 minutos de actividad moderada (2)
- Realizar actividades que fortalezcan los principales grupos de músculos al menos 2 días a la semana

Las recomendaciones mundiales de la OMS sobre la actividad física para la salud para mayores de 65 años especifican: (4)

- 150 minutos de actividad aeróbica moderada, 75 minutos de actividad vigorosa, o el equivalente entre ambas, a la semana.
- Sesiones de 10 minutos como mínimo
- A fin de obtener mayores beneficios de salud. 300 minutos semanales de actividad física moderada, 150 minutos de actividad física vigorosa o una combinación equivalente entre ambas.
- Los adultos con movilidad reducida, realicen actividades físicas al menos 3 días a la semana.
- Realizar actividades que fortalezcan los principales grupos de músculos al menos 2 días a la semana
- En adultos de mayor edad que no puedan realizar la actividad física debido a su estado de salud, realizar la actividad física que permita su estado.

La valoración de la actividad física de los pacientes crónicos y su codificación como ejercicio físico en la consulta de Enfermería de Atención Primaria, a través del soporte informático OMI-AP actualmente se reduce a un “sí” o un “no”, sin otra herramienta de medida. Este ítem se suele responder a través de una respuesta cerrada del paciente o de manera subjetiva por el profesional sanitario en función de la información que recoja al respecto, sin haber un consenso o una escala que valore esta decisión más allá de la intuición o el razonamiento de dicho profesional sanitario, que se decantará por una opción o por otra.

-----

Adherencia al tto  Sí  No (S - 6/02/2017)    Sínt hipoglucemia  Sí  No (N - 21/03/2016)

Alim adecuada  Sí  No (S - 6/02/2017)    Ejercicio físico  Sí  No (N - 6/02/2017)

Aceptar Cancelar

Imagen 4- Codificación Ejercicio Físico mediante soporte OMI-AP

El cuestionario “Rapid Assessment of Physical Activity” (RAPA), desarrollado por: University of Washington Health Promotion Research Center en 2006 (5) (6), es una herramienta de uso rápido para evaluar el nivel de actividad física en pacientes ancianos. Ha sido validado y comparado con el cuestionario Community Healthy Activities Model Program for Seniors (CHAMPS) (7) y traducido al castellano siguiendo el Protocolo de Traducción del Cuestionario RAPA de la propia Universidad (8) , además de un estudio en el que se valida su traducción al español (9) (10). Actualmente este cuestionario ha sido utilizado en estudios de investigación en Holanda y Estados Unidos (11) (12) (13)

El cuestionario RAPA, está dividido en 3 partes:

La primera parte valora la actividad física aeróbica, en 7 preguntas que se responden en “sí” y “no”, de carácter progresivo según la cantidad de actividad física que se realiza y que debería tener como resultado un solo “sí”. Así mismo, en la interpretación del propio cuestionario, se clasifica la actividad física según en qué pregunta numerada se encuentra la respuesta afirmativa valorándose como:

- Valor 1 – Sedentario
- Valor 2 – 3 Poco activo
- Valor 4 – 5 Moderadamente activo
- Valor 6 – 7 Activo

**¿Cuál es su nivel de actividad física? (Marque una respuesta en cada línea)**

		¿Le describe de manera adecuada?	
		Sí	No
RAPA I	1	Casi nunca hago actividades físicas.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	2	Hago alguna actividad física <b>ligera</b> o <b>moderada</b> , pero no todas las semanas.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	3	Todas las semanas hago alguna actividad física <b>ligera</b> .	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	4	Hago hasta 30 minutos de actividades físicas <b>moderadas</b> al menos 5 días a la semana.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	6	Hago 30 minutos o más al día de actividades físicas <b>moderadas</b> , 5 ó más días a la semana.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	5	Hago hasta 20 minutos de actividades físicas <b>intensas</b> al menos 3 días a la semana.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	7	Hago 20 minutos o más al día de actividades físicas <b>intensas</b> , 3 ó más días a la semana.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Imagen 5 - Extracto Cuestionario RAPA

La segunda parte es una pregunta sobre actividades que aumenten fuerza muscular.

La tercera parte es una pregunta sobre actividades que mejoren flexibilidad.

### OBJETIVOS

Objetivo principal: Comparar la codificación actual de ejercicio físico de los pacientes con el cuestionario RAPA de valoración de actividad física.

Objetivo secundario: Comprobar la utilidad del Cuestionario “Rapid Assessment of Physical Activity” (RAPA) de valoración de la actividad física por parte del personal sanitario como parte de la consulta de seguimiento de los pacientes crónicos.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio: validación de la herramienta de OMI-AP para la medida de la actividad física

En una muestra aleatoria de 122 pacientes crónicos con cartera de servicios propia: CIAP (Hipertensión – K86-, Hipercolesterolemia –T93-, Diabetes tipo II –T90-, Obesidad –T82-) dentro del seguimiento en 6 consultas de enfermería del Centro de Salud Puertochico (Santander) en el periodo de Junio 2016 a Diciembre de 2016.

Se solicitó que cumplimenten el cuestionario RAPA, solamente la primera parte referente a la actividad aeróbica, codificando su resultado de 1 a 7 siguiendo la escala de actividad física (ejercicio aeróbico) del mismo. Se registran los datos disociados en una hoja de cálculo para su posterior análisis estadístico. Se interpreta un valor 1-3 como paciente poco activo y un valor 4-7 como paciente activo. Se compara el resultado de este cuestionario con el registrado en la historia clínica de la consulta previa.

Se pasa un breve cuestionario de satisfacción a los profesionales implicados para valorar el cuestionario RAPA

Los autores de este estudio declaran no tener ningún conflicto de intereses con los cuestionarios u organizaciones aquí mencionadas.

Al realizar el Cuestionario RAPA a los pacientes de la muestra, no se interfiere con el trabajo realizado desde las consultas de Enfermería en el seguimiento de pacientes crónicos por los profesionales participantes en el estudio que les pueda suponer un perjuicio frente al resto de pacientes.

Se ha informado a la University of Washington Health Promotion Research Center, siguiendo su formulario web de la utilización del Cuestionario RAPA.

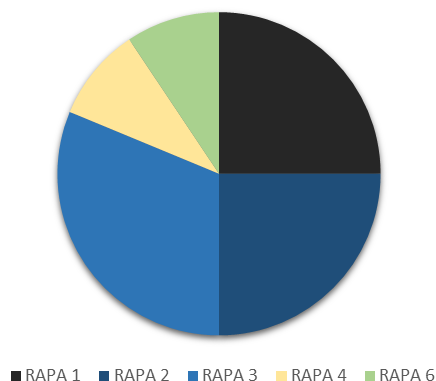
### RESULTADOS

Se pasó el cuestionario a 45 hombres y 77 mujeres. La edad media fue 69,4 años con un rango de edad de (38-88). La mediana se situó en 71 y la moda fue 67.

Los pacientes codificados como “NO” (n=34) tenían una edad media de 75,5 años, una mediana de 78 y una moda de 84. Por género 8 eran hombres (media 76,1 - mediana 79) y 26 mujeres (media 75,3 – mediana 76,5)

El grupo codificado como “SI” (n=88), con una edad media de 67,1 años, una mediana de 67 y una moda de 68. Por género 37 eran hombres (media 65,1 – mediana 67) y 51 mujeres (media 68,7 – mediana 68) Dentro del grupo “Ejercicio Físico NO”: 8 pacientes obtuvieron un valor 1 (Sedentario) y 20 obtuvieron un valor 2-3 Poco activos (5 hombres y 23 mujeres). Frente a 3 pacientes con valor 4-5 (Moderadamente activo) y 3 pacientes con valor 6-7 (activos) (3 hombres y 3 mujeres).

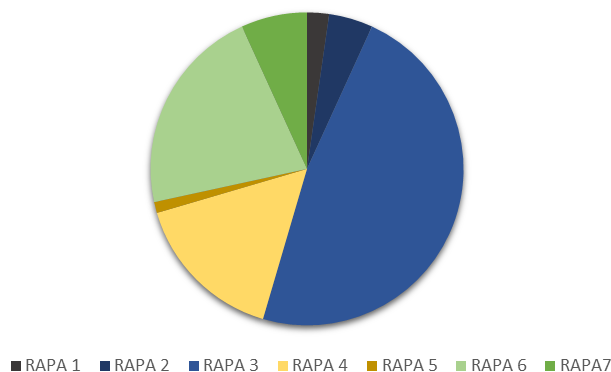
**RESULTADO CUESTIONARIO RAPA A PACIENTES  
OMI-AP EJERCICIO FISICO "NO"**



*Imagen 6- Resultado Cuestionario RAPA a pacientes OMI-AP Ejercicio Físico "NO"*

Dentro del grupo "Ejercicio Físico SI": 2 pacientes obtuvieron un valor 1 (Sedentario) y 46 obtuvieron un valor 2-3 (Poco activos) (15 Hombres y 33 mujeres). Frente a 15 pacientes con valor 4-5 (Moderadamente activo) y 25 pacientes con valor 6-7 (activos) (22 Hombres y 18 mujeres).

**RESULTADO CUESTIONARIO RAPA A  
PACIENTES OMI-AP EJERCICIO FISICO "SI"**



*Imagen 7 - Resultado Cuestionario RAPA a pacientes OMI-AP Ejercicio Físico "SI"*

Tomando como referencia los registros anteriores de la historia clínica, del grupo de pacientes que estaba codificado como "Ejercicio Físico NO", el 82% coinciden en esa misma categoría al utilizar el cuestionario RAPA. (El 62,5% de los hombres y el 88,4% de las mujeres).

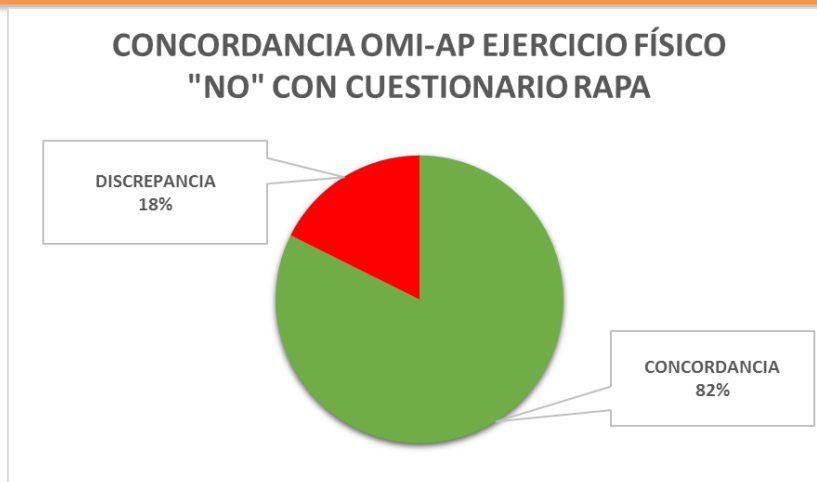


Imagen 8 - Concordancia OMI-AP Ejercicio Físico "SI" con Cuestionario RAPA

Mientras que del grupo que estaba codificado como "Ejercicio Físico SI" sólo coinciden un 45,5% (59,4 de los hombres y el 35,2% de las mujeres) al cumplimentar el cuestionario RAPA (moderadamente activos o activos) El 54,5% restante de los pacientes son clasificados ahora como sedentarios o poco activos.

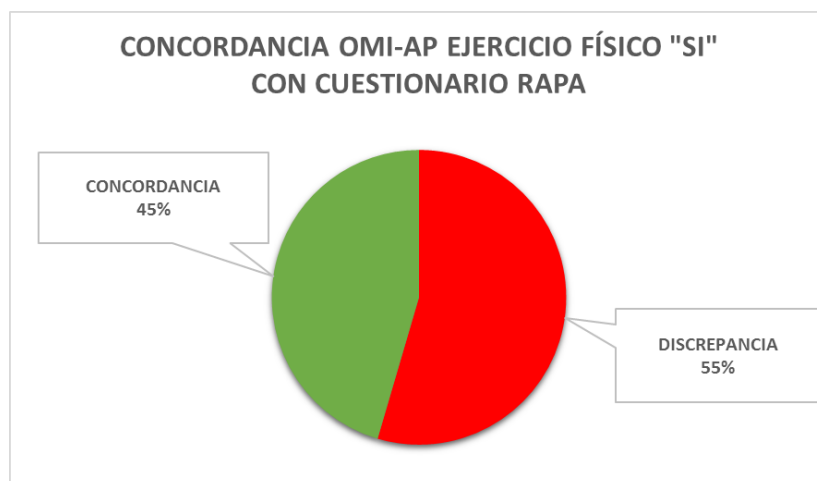


Imagen 9 - Ejercicio Físico "SI" con Cuestionario RAPA

### DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Tras la revisión de los datos obtenidos encontramos gran discordancia entre la clasificación actual en la historia clínica del paciente y los resultados obtenidos al compararlo con una herramienta validada para tal efecto (RAPA). Siendo esta discrepancia mucho mayor en la codificación de personas sedentarias como activas y en las mujeres de este grupo.

La actual codificación del ejercicio físico en la historia electrónica debido al componente subjetivo de su estimación, no es de utilidad para conocer el estado activo o sedentario de un paciente, ya que proporciona poca información e incorrecta, no permitiendo un seguimiento y evolución de los mismos.

Una mala codificación como persona activa de una persona sedentaria puede acarrear, entre otros, un menor esfuerzo por parte del profesional sanitario a la hora de intentar modificar su estilo de vida. Cuando se codifica como activo a un paciente, se da por hecho que sabe qué tipo de ejercicio es el que más le conviene, se le felicita por ello y se le anima a seguir. Sin embargo, si se codifica como sedentario, se busca activamente, junto con el paciente, aquella actividad más adecuada a sus características, lo que le impide o facilita hacerla y se le motiva para que la lleve a cabo. De ahí la importancia de manejar datos reales y fiables.

Además, la utilización de este cuestionario hace que los pacientes mediten más sus respuestas, haciéndoles ver si realmente hacen tanto ejercicio como ellos creen o por el contrario, menos del que



piensan. Con un sí o con un no, la respuesta es tan global que no se paran a pensar en la actividad real que llevan a cabo.

Tras la recogida de datos el personal sanitario que ha participado en este estudio, ha encontrado el cuestionario RAPA como una herramienta fácil de manejar, con una duración estimada de 2 minutos en su realización, que no requiere apenas entrenamiento previo.

El cuestionario RAPA podría ser una herramienta válida de uso diario en la consulta, para registrar la actividad física de nuestros pacientes, y poder realizar así un seguimiento de la evolución del mismo a lo largo del tiempo.

## **BIBLIOGRAFÍA**

- (1) WHO. Global health risks. Mortality and burden of disease attributable to selected major risks. 2009
- (2) Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Actividad Física para la Salud y Reducción del Sedentarismo. Recomendaciones para la población. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS. Madrid, 2015. [Citado el 01 de Feb de 216]. Disponible desde: [https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/Recomendaciones\\_ActivFisica\\_para\\_la\\_Salud.pdf](https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/Recomendaciones_ActivFisica_para_la_Salud.pdf)
- (3) Pisano González MM, González Pisano A. La modificación de los hábitos y la adherencia terapéutica, clave para el control de la enfermedad crónica. *Enferm Clin*. 2014;24(1):59-66
- (4) Organización Mundial de la Salud (2010). Recomendaciones mundiales de actividad física para la salud. Organización Mundial de la Salud. Ginebra: 2010. [Citado el 01 de Feb de 2016]. Disponible desde: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789243599977\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789243599977_spa.pdf)
- (5) SNAP-Ed Connection. United States Department of Agriculture. [Citado el 01 de Feb de 2016]. Disponible desde: <https://snaped.fns.usda.gov/materials/university-washington-rapid-assessment-physical-activity>.
- (6) RAPID ASSESSMENT OF PHYSICAL ACTIVITY (RAPA). Health Promotion Research Center. University of Washington. [Citado el 01 de Feb de 2016]. Disponible en: <http://depts.washington.edu/hprc/resources/products-tools/rapa/>
- (7) Topolski TD, LoGerfo J, Patrick DL, Williams B, Walwick J, Patrick MB. The Rapid Assessment of Physical Activity (RAPA) among older adults. *Prev Chronic Dis* 2006;3(4):A118
- (8) Topolski T, Patrick DL. Linguistic Validation of the Rapid Assessment of Physical Activity Health Promotion Research Center. University of Washington. [Citado el 01 de Feb de 2016]. Disponible desde: <http://depts.washington.edu/hprc/wp-content/uploads/RAPA-translation-process.pdf>
- (9) Vega-Lopez S, Chavez A, Farr KJ, Ainsworth BE. Validity and reliability of two brief physical activity questionnaires among Spanish-speaking individuals of Mexican descent
- (10) Pérez JC, Bustamante C, Campos S, Sánchez H, Beltrán A, Medina M. Validación de la Escala Rapid Assessment of Physical Activity (RAPA) en población chilena adulta consultante en Atención Primaria. *Aquichan*. 2015; 15 (4): 486-498. DOI: 10.5294/aqui.2015.15.4.4
- (11) Nouwens E, Lieshout JV, Adang E, Bouma M, Braspenning J, Wensing M. Effectiveness and efficiency of a practice accreditation program on cardiovascular risk management in primary care: study protocol of a clustered randomized trial. *Implementation Science* 2012, 7:94
- (12) Noël PH et al. Primary care-public health linkages: Older primary care patients with prediabetes & type 2 diabetes encouraged to attend community-based senior centers. *Preventive Medicine Reports* 4 (2016) 283-288
- (13) Chatillion EA et al. Pleasant Events, Activity Restriction, and Blood Pressure in Dementia Caregivers. *Health Psychol* . 2013 July ; 32(7): 793–801. doi:10.1037/a0029412...

**ID271:**

## ABORDAJE INTEGRAL DE LA OBESIDAD INFANTIL Y EL SEDENTARISMO EN ATENCIÓN PRIMARIA

Rosa María Martínez Ortega<sup>1</sup>, Silvia Domínguez Fernández<sup>2</sup>, Beatriz Valdivielso Fernández de Valderrama<sup>1</sup>, Diego José Villalvilla Soria<sup>1</sup>, María Dolores Rubiales Paredes<sup>1</sup>.

SERMAS (Servicio Madrileño de Salud) Atención Primaria<sup>1</sup>. Facultad de Enfermería de la Universidad Complutense de Madrid<sup>2</sup>

[rmartinez@salud.madrid.org](mailto:rmartinez@salud.madrid.org)

### RESUMEN

**Introducción:** Según la Carta Europea Contra la Obesidad (OMS), las raíces de la epidemia de obesidad se hallan en factores sociales, económicos y medioambientales rápidamente cambiantes, que determinan los estilos de vida de las personas.

**Objetivos:** Aumentar la cobertura de atención a la obesidad infantil (OI) en Atención Primaria (AP) desde un abordaje integral que incluya factores socioculturales, emocionales, actividad física y alimentación.

**Desarrollo:** Implementación del programa utilizando metodología enfermera. [00159] Disposición para mejorar los procesos familiares. [00167] Disposición para mejorar el autoconcepto, [00168] Sedentarismo, [00163] y Disposición para mejorar la nutrición.

**Resultados:** Medir los criterios de resultados (NOC), relacionados con los diagnósticos de enfermería a lo largo de las diferentes sesiones.

**Discusión:** La evidencia científica demuestra que la intervención familiar y comunitaria es eficaz como tratamiento de la OI. La utilización de la herramienta metodológica de enfermería puede medir los resultados en salud de las intervenciones enfermeras de una manera objetiva.

### ABSTRACT

**Introduction:** According to the letter European against the obesity (WHO), the state of the epidemic of obesity is found in social, economic and environmental factors that quickly changing. This determines life styles of people.

**Objectives:** Increase the coverage of attention to the pediatric obesity in AP from an approach integral that include socio-cultural, emotional, activity physical and power factors.

**Development:** Implementation of the programme using nursing methodology [00159] available to improve family processes. [00167] available to improve self-concept. [00168] sedentary. [00163] provision for improved nutrition.

**Results:** Measure the nursing results (NOC), related to the nursing diagnoses along the different sessions.

**Discussion:** The scientific evidence shows that family and community intervention is effective as a treatment for pediatric obesity, using nursing methodology it can measure outcomes in nursing interventions in an objective manner.

### PALABRAS CLAVE

Obesidad Pediátrica, Enfermería en Salud Comunitaria, Atención Primaria de Salud. Evaluación de Procesos y Resultados (Atención de Salud). Evaluación de Eficacia-Efectividad de Intervenciones Pediatric Obesity, Community Health Nursing, Primary Health Care. Outcome and Process Assessment (Health Care). Evaluation of the Efficacy-Effectiveness of Interventions

### INTRODUCCIÓN/PRESENTACIÓN

El sobrepeso y la obesidad, definidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud, y son considerados por este organismo como uno de los problemas de salud pública más importantes del siglo XXI; supone el quinto factor principal de riesgo de muerte en el mundo (OMS, 2013). El problema es mundial y está

afectando progresivamente a muchos países de bajos y medianos ingresos, sobre todo en el medio urbano. La prevalencia ha aumentado a un ritmo alarmante.

Según La Carta Europea Contra la Obesidad de la OMS las raíces de la epidemia de obesidad se hallan en factores sociales, económicos y medioambientales rápidamente cambiantes, que determinan los estilos de vida de las personas. El incremento de la prevalencia en los últimos años, guarda relación con factores ambientales como el sedentarismo y hábitos dietéticos inadecuados, además de elementos internos y externos relacionados con la motivación de seguir conductas saludables.

El enfoque integral de enfermería pretende trabajar desde las 4 esferas más importantes enumeradas por la OMS para el problema de la obesidad infantil. El grupo de trabajo lo ha materializado en 4 **Centros de interés**: Determinantes socioculturales, Determinantes relacionados con los estilos de vida: Alimentación y Sedentarismo y Determinantes psicoemocionales.

La enfermería Familiar y Comunitaria, en su día a día en Atención Primaria, tiene la oportunidad de desarrollar funciones de Educación para la Salud que contribuyan a mejorar la captación de niños y niñas con sobrepeso, obesidad o factores de riesgo relacionados con estilos de vida saludables.

Es por ello que el trabajo se desarrollará teniendo en cuenta los factores que contribuyen al mantenimiento de la obesidad infantil, trabajando los **determinantes socioculturales** con las familias e intentando que las modificaciones del comportamiento alimentario se produzcan en el seno familiar, ya que la mayoría de ellos se aprenden en este entorno, y en el cultural- social, mediatizados por el estilo educativo y relacional de los progenitores y las formas de vida propias de cada familia.

La estrategia NAOS recoge, en lo que se refiere a la población infantil en España, que la cifra de obesidad es una de las más altas, sólo comparable a las de otros países mediterráneos. Así en los niños/niñas de 10 años de España la prevalencia de obesidad es sólo superada en Europa por los de Italia, Malta y Grecia.

Por lo que al área geográfica se refiere, la región noreste de España presenta las cifras más bajas, mientras que la zona sur, y en concreto Murcia, Andalucía y las Islas Canarias, las más altas. Además, la probabilidad de padecer sobrepeso y obesidad es mayor en mujeres, en las áreas rurales, y más frecuente entre la población con un menor nivel socioeconómico y educativo.

Algunos factores asociados a la obesidad infantil en España según el estudio ENKID se enumeran a continuación

- *Edad y sexo.* Más elevada en varones (15,60%) que en las mujeres (12%)
- *Distribución geográfica.* Canarias (18%) y Sur/Andalucía (15,6%) por encima de la media y el Noreste por debajo (9,8%).
- *Nivel sociocultural.* La obesidad fue mayor en niveles socioeconómicos y de instrucción de los progenitores más bajos (15,1 y 15,2%, respectivamente)
- *Nivel socioeconómico.* En general, en los países desarrollados la prevalencia de obesidad es mayor en los grupos socioeconómicos más deprimidos. En España la población infantil que habita en barrios más deprimidos presenta doble riesgo de desarrollar obesidad que la residente en zonas de alto nivel (Veugelers 2005)

Existen diferencias en el consumo calórico total y en relación con los distintos grupos alimentarios, especialmente en relación con el nivel de estudios alcanzado. A menor nivel de estudios, más calorías se ingieren y la distribución de las calorías es más desequilibrada (Varela 2005)

El nivel educativo y el conocimiento que, sobre los alimentos y su preparación, tienen las personas encargadas de hacer la compra y la comida, determinan la disponibilidad de alimentos en el domicilio, así como la cantidad o tamaño de la porción y de la ración, el tipo y calidad de la preparación, además de la distribución entre los distintos miembros del grupo familiar.

Cuando el nivel educativo de la madre es inferior, se incrementa el consumo por parte de los niños o niñas del hogar de carnes y embutidos, pero también de frutos secos, snacks, dulces, golosinas y refrescos (Serra 2003)

Según el nivel educativo se observan diferencias en el acceso a recursos de salud, por ejemplo, la información escrita sobre salud o las guías nutricionales tienen escasa visibilidad en las capas más tradicionales. Los mensajes de tipo médico tienden a ser interpretados de acuerdo a esquemas preconcebidos, que son diferentes según el estrato social (Martin Criado 2004).

La desigualdad de ingresos está relacionada con la ingesta media de consumo de energía, IMC en mujeres y la mortalidad por diabetes, entre otras variables. Los bajos ingresos afectan la prevalencia de obesidad, ya que influye en la capacidad de comprar alimentos nutritivos o, entre otras, vivir en un barrio con mercados que venden productos sanos y asequibles e instalaciones para practicar actividad física.

El acceso a los alimentos está condicionado por los ingresos y por el precio, porque para consumir un alimento no basta con que esté “disponible”, sino que es “necesario comprarlo”. Por tanto, los consumos van a estar influenciados por la evolución de los precios de los alimentos y por la percepción de estos precios. Los grupos sociales más vulnerables van a estar más afectados por la elevación de los precios, ya que es en estos hogares donde se destina un mayor porcentaje de los ingresos a la alimentación. El precio de los alimentos puede influir en la obesidad, dado que el consumidor, a la hora de la compra, elige los alimentos en función de su precio y no porque sean más o menos saludables, particularmente en los grupos socioeconómicos más desfavorecidos. (Ortiz Moncada 2011)

En los últimos años los productos alimentarios que más han elevado su precio son los productos frescos, de temporada y de alto valor nutricional (fruta, verdura, pescado, carnes magras, lácteos bajos en grasa...). (Libro blanco de la nutrición en España)

Algunos trabajos recogen que los productos típicos de la Dieta Mediterránea, en términos generales, tienen un mayor precio y su consumo tiende a disminuir en época de crisis.

La falta de instalaciones adecuadas para cocinar en los hogares de menor nivel económico puede provocar el consumo de dietas menos variadas y con una mayor presencia de alimentos preparados. En los hogares con menores medios económicos se consumen alimentos ricos en energía y pobres en nutrientes (EUFIC 2012)

Si hablamos de estilos de vida podemos correlacionar la prevalencia de la obesidad, con el sedentarismo y el aumento del tiempo destinado a ver televisión, en niños/niñas y adolescentes de 6 a 17 años. Se ha demostrado que, por cada hora de incremento de consumo televisivo, aumenta la prevalencia de obesidad, tanto en niños/niñas como en adultos; convirtiéndose el hecho de ver televisión en un buen predictor de obesidad. (Muñoz FG 2009)

Las posibilidades para realizar actividad física entre las clases sociales también son diferentes. La oferta privada de piscinas, gimnasios, etc. frecuentemente tienen tarifas elevadas. Los entornos: jardines, patios, calles de la vecindad en los barrios populares no suelen ofrecer garantías de seguridad para que niños o niñas jueguen solos y sus progenitores tienen poco tiempo disponible para acompañarles

Las calles tampoco se perciben como lugares seguros para que niños y niñas vayan en bicicleta a la escuela. (Unión Europea 2002)

La influencia de los **determinantes psicosociales** deberá tenerse en cuenta en el abordaje. Existe una especial preocupación por los problemas psicosociales que sufren o pueden sufrir, los niños y niñas como consecuencia de su propia obesidad. Desde el punto de vista psicoemocional la obesidad no está considerada como un trastorno primariamente psiquiátrico, se considera que es una condición médica multideterminada etiopatogénicamente y con manifestaciones clínicas variadas, que en ocasiones tienen valor psicopatológico. No obstante, dentro del apartado de trastornos de la conducta alimentaria, además de la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa, el CIE-10 incluye la hiperfagia y el DSM-IV-TR los trastornos de la conducta alimentaria no especificada.

En la obesidad infantil, la edad de consulta por dicho problema suele ser tardía, alrededor de la pubertad; por lo tanto, el intervalo desde la edad de inicio hasta la edad de consulta por obesidad es muy amplio. Esto dificulta, en el plano psicopatológico, la distinción entre la dimensión reactiva y la dimensión

causal de los trastornos observados. Por lo general, en la práctica clínica la relación entre obesidad y psicopatología puede establecerse en tres niveles.

El primero, porque exista un claro factor psicógeno en el desarrollo de la obesidad y, por lo tanto, resulta imprescindible tenerlo en cuenta para establecer un programa terapéutico eficaz. El segundo, porque las personas con obesidad a lo largo de la vida presentan alteraciones psicopatológicas reactivas no graves. Y el tercero, porque algunas personas con obesidad presentan reacciones distímicas durante los tratamientos dietéticos.

La psicopatología tiene un papel relevante en la clarificación de los factores que influyen en la obesidad infantil y en la mejor comprensión de lo que ocurre a estas personas. Los primeros estudios sobre la posible estigmatización de la obesidad en la infancia, confirmaron que éstos eran menos aceptados que quienes tenían disminuciones físicas (Goodman, Richardson, Dornbusch y Hastorf, 1963; Lerner y Korn, 1972; Lerner, 1973; Lerner, Karabenick y Meisels, 1975). Estudios más recientes se han centrado en las consecuencias psicológicas del sobrepeso: alteración de la imagen corporal, disminución de la autoestima, exclusión social, depresión, etc. Estas repercusiones son más predominantes del género femenino. Según Inmaculada de la Serna, la obesidad puede limitar las relaciones sociales, incrementar las dificultades en el mundo laboral para obtener un trabajo y para encontrar pareja en el plano afectivo; también puede hacer sufrir un trato menos respetuoso, peor atención por parte de los profesionales sanitarios, o soportar actitudes de marginación y rechazo, que se observan incluso entre niñas y niños. Psicológica y socialmente, las repercusiones de la obesidad son importantes, con discriminación en los trabajos y menor promoción. De hecho, en nuestra sociedad, a las personas obesas se las considera menos atractivas, inteligentes, competentes o disciplinadas y más perezosas, sin que haya razones objetivas para tales prejuicios. En 1975, Hilde Bruch escribió "No hay duda que la obesidad es un estado indeseable en la existencia de un niño/niña. Esto aún es más indeseable para un adolescente, para quien un llano y suave desagrado de un sobrepeso actúa dañando, en una sociedad obsesionada con la delgadez".

Durante la infancia, las personas con obesidad, sufren una discriminación precoz y sistemática por parte de su grupo de iguales, familiares y de la sociedad en general, como consecuencia del modelo actual que identifica la figura corporal esbelta y delgada como la perfección y a la que contraponen la imagen de la persona "obesa" como algo imperfecto y producto de una mezcla de debilidad, abandono y falta de voluntad. (Kaplan y Wadden, 1986).

El desprecio y la marginación que vive desde la infancia la persona con obesidad le causa un daño irreparable en la valoración de su imagen corporal y autoestima, hasta el punto de huir del contacto social por temor a la descalificación personal. (Stunkard y Sobal, 1995).

Dentro del amplio abanico de factores predisponentes o determinantes de la obesidad infantil, hay quienes asignan mayor peso relativo a unas condiciones que a otras. A pesar de algunas diferencias, lo cierto es que todos coinciden en que el incremento de su prevalencia en los últimos años, al parecer, guarda relación con factores ambientales como vida sedentaria y hábitos dietéticos inadecuados, entre otros. (Durá Travé & Sánchez-Valverde Visus, 2005).

#### *El estilo de vida guarda relación con la prevalencia de obesidad*

- La prevalencia de obesidad fue más elevada entre los chicos y chicas que dedican mayor tiempo a actividades sedentarias (estudio, TV, ordenador, videojuegos,) en comparación con los que dedican menos tiempo
- La Prevalencia de obesidad era más elevada en las chicas que dedicaban más de 2 horas diarias a ver TV en comparación con la que dedicaban menos de 1 hora a esta actividad
- La prevalencia de obesidad entre los chicos y chicas que no practicaban ningún deporte habitualmente fue más elevada en comparación con los que sí tenían este hábito, especialmente entre los chicos que practicaban actividades deportivas 3 veces a la semana
- En los mayores de 14 años la prevalencia de obesidad fue más elevada en los fumadores que en los no fumadores, tanto en los chicos como en las chicas
- En España, dos de cada tres niños/niñas en edad escolar tienen una baja actividad física extraescolar; esto es, practican menos de una hora al día de cualquier tipo de actividad física. El 38% de los jóvenes se declaran sedentarios en su tiempo de ocio.
- A partir de la Encuesta Nacional de Salud se estimó que los niños y las niñas pasan una media de 2 horas y 30 minutos al día viendo la televisión, lo que les convierte, después de los británicos, en los

más teledictos de la Unión Europea. A lo que hay que sumar media hora adicional jugando con el ordenador o la consola de videojuegos.

Los **determinantes en el estilo de vida** deberán tenerse en cuenta de una forma preferente, la naturaleza de las actividades de ocio de niños y niñas ha cambiado drásticamente en las últimas décadas. En el pasado, la infancia dedicaba gran parte de su tiempo de ocio a practicar juegos activos al aire libre; sin embargo, la aparición de la televisión, de los juegos de ordenador y de internet ha provocado que niños y niñas dediquen en la actualidad una parte mucho mayor de su tiempo libre a actividades de tipo sedentario. La importancia de la actividad física para la salud social, mental y física infantil es indiscutible, y por lo tanto resulta esencial llevar a cabo esfuerzos en todo el mundo con el fin de “reintroducir” la actividad física en la infancia y adolescencia. Los retos planteados por el creciente problema de la inactividad física y la obesidad en la infancia pueden ser considerados como algunos de los desafíos más relevantes para la salud pública en el siglo XXI. La responsabilidad de la mejora de los niveles de actividad física y de otras conductas relacionadas con la salud infantil recae en todos los miembros de la sociedad. Sin embargo, los profesionales de atención primaria que se interrelacionan directamente con la infancia, son especialmente importantes por su capacidad de influir en el estilo de vida de la infancia.

El exceso de masa grasa corporal implica un mayor riesgo de padecer complicaciones metabólicas y problemas físicos, psíquicos y sociales (Moreno, 2002), generando una gran pérdida de bienestar social junto a un gran coste económico-sanitario. A corto plazo, las consecuencias más frecuentes en la infancia son las de tipo psicológico y social. Además de las complicaciones metabólicas (dislipemias, resistencia a la insulina, hipertensión arterial, intolerancia a los hidratos de carbono), también son habituales las complicaciones ortopédicas, la esteatosis hepática no alcohólica, la litiasis biliar, el reflujo gastroesofágico y el asma. Durante la vida en edad adulta, la morbilidad originada por la obesidad aumentará proporcionalmente al tiempo de evolución, predisposición individual-familiar y el grado y distribución de la adiposidad. La aparición del fenotipo obeso debe considerarse como la resultante de la interacción entre un genotipo más o menos predispuesto y los factores ambientales que aparecen a lo largo de los diferentes periodos del ciclo vital, incluyendo la etapa intrauterina (Rodríguez, 2006).

En general, en los niveles socio-económicos medios y altos, las causas de la obesidad están relacionadas al consumo de alimentos industrializados altos en grasas e hidratos de carbono como por ejemplo golosinas, snacks, comidas rápidas o pre-elaboradas. Junto con un aumento en el tamaño de las porciones y una disminución de la actividad física debido al incremento de horas de trabajo y al mayor sedentarismo que implican los trabajos en la vida moderna. En su mayoría, estos individuos no suelen tener carencias de micronutrientes ya que existe una sobrealimentación desde edades tempranas (Isunza Vera, 2004).

En España, al igual que sucede en el resto de países desarrollados, se observa un aumento progresivo de la prevalencia de obesidad infantil (OI) en las últimas décadas (Bammann, 2007; Arias, 2008). Observando los resultados de los principales estudios epidemiológicos sobre la OI en nuestro país, se observa un aumento de una prevalencia del 4,9% en el año 1984 (Paidós, 84), a un 13,9% entre 1998 y 2000 (Serra, 2003), a un 17,8% en 2001 (Bammann, 2007) y a un 18,3% en el año 2010-2011 (Aladino 2011). En el estudio Aladino 2015 los resultados obtenidos a partir de una muestra representativa de niños y niñas de 6 a 9 años de todas las Comunidades y Ciudades Autónomas de España, cifran la prevalencia del sobrepeso 23,2 %, y obesidad, del 18,1 %.

La Cartera de Servicios Estandarizada de la Comunidad de Madrid incluye por primera vez en 2007 la atención a la obesidad (servicio 106). Los criterios favorables a la intervención terapéutica de la obesidad se basan en la demostración de que con una pérdida moderada de peso (5-10%) se puede conseguir una notable mejoría en la comorbilidad asociada a la obesidad y en la calidad de vida en obesidades severas. La prevalencia de múltiples factores de riesgo aumenta a medida que el percentil del IMC aumenta, y la obesidad severa se asocia con un mayor riesgo de co-morbilidad y la resistencia a la pérdida de peso sostenida.

La enfermera debe liderar la prevención, promoción y captación del sobrepeso y la obesidad aumentando la cobertura, es preciso unificar la atención de enfermería para poder medir resultados en salud de la población infantojuvenil.

Los aspectos metodológicos contemplan la elaboración del manual de Atención a la Obesidad infantil en Atención Primaria, formación de enfermeras e implementación de la guía en la consulta de enfermería.

La formación en el campo de la obesidad infantil pretende mejorar los conocimientos, las habilidades y las actitudes para un adecuado manejo de la obesidad y el sedentarismo.

Se ha demostrado en numerosos estudios, que la intervención de un profesional con destrezas en el cuidado de la obesidad infantil es más efectiva que el consejo breve inespecífico para lograr una mayor adherencia terapéutica.

### OBJETIVOS (DE LA EXPERIENCIA)

#### General:

Mejorar la atención a la obesidad infantil en Atención Primaria con un abordaje integral que incluya los factores socioculturales, emocionales, sedentarismo y alimentación para el control de peso.

#### Específicos:

##### Al finalizar el programa las familias serán capaces de:

- Reconocer el impacto de los factores ambientales que contribuyen al incremento de la obesidad.
- Favorecer la modificación de los determinantes socioculturales que se asocian al desarrollo de la obesidad infantil.
- Argumentar la importancia del abordaje de la obesidad infantil desde una perspectiva psicoemocional, fomentando la autoestima del niño/niña.
- Identificar los principios de una alimentación saludable en la infancia para prevenir y tratar la obesidad infantil.

### DESARROLLO

Se trabajarán 10 pasos para cada centro de interés, con el fin de conseguir los objetivos propuestos en cada uno de ellos. Para ello se utilizará la metodología enfermera

#### CENTRO DE INTERES 1. Determinantes socioculturales y obesidad infantil

##### [00159] Disposición para mejorar los procesos familiares:

**Definición:** Patrón de funcionamiento familiar para mantener el bienestar de los miembros de la familia, que puede ser reforzado.

##### Patrón 8. Rol/Relaciones

##### NOC.

2602 Funcionamiento de la familia

##### NIC

7100 Estimulación de la integridad familiar

7140 Apoyo a la familia

8300 Fomentar el rol familiar

8340 Fomentar la resiliencia

5370 Potenciación de roles

Se trabajarán contenidos relacionados con los determinantes socioculturales, el peso de la cultura, el medioambiente, la publicidad y el consumismo, necesidades de la Unidad familiar y elaborar un plan de acción, principios para una Parentalidad positiva y vínculos afectivos, parentalidad positiva, apoyo familiar.

#### CENTRO DE INTERES 2. Nutrición saludable. “Aprender a comer en familia”.

##### [00163] Disposición para mejorar la nutrición.

**Definición:** Patrón de consumo de nutrientes que puede ser reforzado.

##### Patrón 2. Nutricional metabólico

##### NOC

1854. Conocimiento de dieta saludable

1621. Conducta de Adhesión: dieta saludable

##### NIC.

1160. Monitorización nutricional

5246. Asesoramiento nutricional

5530. Educación para la salud

Se trabajarán contenidos relacionados con los factores que afectan a la ingesta nutricional y los patrones alimentarios (p ej. gustos y aversiones alimentarias, consumo excesivo de comida rápida, comidas no realizadas, comer deprisa interacciones entre el niño/niña y progenitores durante la alimentación).

### **CENTRO DE INTERES 3. Ejercicio y salud.**

[00168] **Sedentarismo.**

**Definición** Informes sobre hábitos de vida que se caracterizan por un bajo nivel de actividad física.

**Patrón 3. Actividad ejercicio**

#### **NOC**

1815 Conocimiento: actividad prescrita.

1805 Conocimiento: conducta sanitaria.

2004 Forma física.

0005 Tolerancia a la actividad.

#### **NIC**

0200 Fomento del ejercicio.

5612. Enseñanza actividad/ejercicio prescrito

Se trabajarán contenidos relacionados con el sedentarismo como problema de salud, actividad física, ejercicio físico, deporte, condición física, ventajas de la promoción de la actividad física en la infancia, adolescencia y adultez (entorno familiar), recomendaciones de actividad física, estrategias para el cambio y seguimiento de recomendaciones de ejercicio físico en la población infantil, componentes de la prescripción de ejercicio.

### **CENTRO DE INTERES 4. Salud emocional**

[00167] **Disposición para mejorar el autoconcepto.**

**Definición.** Patrón de percepciones o ideas sobre el yo, que puede ser reforzado.

**Patrón 7. Autopercepción-autoconcepto.**

#### **NOC:**

1205 Autoestima.

1215 Conciencia de uno mismo.

1200 Imagen corporal.

1309 Resiliencia personal.

#### **NIC:**

5390 Potenciación de la autoconciencia.

5400 Potenciación de la autoestima.

5395 Mejora de la autoconfianza.

5220 Mejora de la imagen corporal.

5230 Mejorar el afrontamiento.

Se trabajarán conceptos básicos acerca de salud emocional y de la estigmatización del niño/niña con obesidad, técnicas de tratamiento cognitivo-conductual de la obesidad infantil, terapéutica conductual del sobrepeso y obesidad del niño/niña y adolescente (basada en la familia, en la escuela). Abordaje psicosocial de la Obesidad Infantil. Descripción de las principales técnicas empleadas, autoestima y motivación en el tratamiento de la obesidad infantil, imagen corporal, influencia del Mindfulness en la salud emocional.

### **RESULTADOS**

Para ello se han diseñado unas fichas para trabajar con familias por cada uno de los pasos incluidos en los 4 Centros de Interés. **Resultados:** Se medirán los resultados (NOC) evaluando los siguientes indicadores que nos van a permitir medir de forma objetiva con una Escala Likert desde nunca demostrado hasta siempre demostrado: Funcionamiento de la familia. Aceptación: estado de salud. Autoestima. Conciencia de uno mismo. Imagen corporal. Resiliencia. Conocimiento: actividad prescrita. Forma física. Tolerancia a la actividad. Equilibra la ingesta y las



necesidades calóricas, selecciona alimentos compatibles con las pautas nutricionales recomendadas, come las raciones de fruta recomendadas cada día, come las raciones de verdura recomendadas cada día, minimiza la ingesta de alimentos con alto contenido calórico y poco valor nutricional.

## CONCLUSIONES

Otra revisión más reciente centrada en evaluar la eficacia de distintas intervenciones para tratar la obesidad en la niñez concluye que, aunque no hay muchos datos de calidad para recomendar un programa de tratamiento superior a otro, las intervenciones combinadas del estilo de vida y el comportamiento en comparación con la atención estándar o la autoayuda pueden producir una reducción significativa del sobrepeso en los niños o niñas y los adolescentes (Luttikhuis, 2009).

## BIBLIOGRAFÍA

1. Álvarez Martínez, J., Villarino Marín, A., Iglesias Rosado, C., Gómez Candela, C., & Marrodán Serrano, M. (2010). Recomendaciones de alimentación para la población española. *clín.diet.hosp*, 30(1), 4-14. Disponible en: [http://nutricion.org/publicaciones/revista\\_2010\\_01/NUTRICION-30-1.pdf](http://nutricion.org/publicaciones/revista_2010_01/NUTRICION-30-1.pdf)
2. Almansa G, Budía M, López J, Márquez M, Martínez A, Palacios B, Peña M, Santafé, P. (2014). Efecto de un programa de Mindfulness sobre variables motivacionales y psicológicas en educación Primaria. *E-motion. Revista de Educación, Motricidad e Investigación*, 3, 120-133.
3. Abenza Guillamón, J. L., Azorit Jiménez, A. & al., e., (2010). *Documento de consenso sobre la alimentación en Centros educativos*, Madrid: Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición.
4. AESAN. MSSSI, 2007. *Alimentación saludable. Cuaderno del Alumnado. Programa Perseo*. [http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/nutricion/educanaos/cuaderno\\_alumna do\\_alimentacion\\_saludable\\_PERSEO.pdf](http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/nutricion/educanaos/cuaderno_alumna do_alimentacion_saludable_PERSEO.pdf)
5. Aparicio Rodrigo, M., (2013). ¿Podemos concluir que reducir el consumo de bebidas azucaradas adelgaza? *Evid Pediatr*, 9(23).
6. Guía de Cuidados de Enfermería Familiar y Comunitaria en los Trastornos de la Conducta Alimentaria (2008). Madrid, España: Ministerio de Sanidad y Consumo.
7. Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria (2009). Versión resumida. Ministerio de Sanidad y Consumo. Cataluña, España: Generalitat de Catalunya
8. Kaplan KM, Wadden TA (1986). Childhood obesity and self-esteem. *J Pediatr*, 109 (2), 367-70.
9. Ortiz-Moncada R, et al. Determinantes sociales de sobrepeso y obesidad en España (2011). *Med Clin (Barc)*.
10. Stunkard AJ, Sobal J. Psychological consequences of obesity. In: Brownell KD, Fairburn CG (eds) (1995). *Eating Disorders and Obesity: A Comprehensive Handbook*. New York, EE. UU: Guildford Press.

**ID290:****INSULINIZACIÓN EN PACIENTE CON DIABETES MELLITUS TIPO2 SECUNDARIO A TRATAMIENTO CON CORTICOIDES EN LA CONSULTA DE ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA**María Vanesa Gas Barcelona<sup>1</sup>, Laura Martínez Martínez<sup>2</sup>, Margarita Berenguer Jover<sup>3</sup><sup>1</sup>Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública. Departamento 19 Alicante<sup>2</sup>Servicio Murciano de Salud<sup>3</sup>Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública. Departamento 17 San Juan de Alicante[vanessa.gas@gmail.com](mailto:vanessa.gas@gmail.com)**RESUMEN**

Abordaje enfermera familiar y comunitaria en un caso de insulinización. Se realizó educación individual y grupal con paciente y asesoramiento al cuidador principal.

Mujer 75 años, EPOC y diabetes mellitus tipo 2 tratada con antidiabéticos orales. Noviembre 2015 agudización EPOC tratado con corticoides aumentando glucemia y precisando además insulina. Ajuste dosis de insulina detemir y regular según cifras y dosis corticoides. Enero 2016 ingreso hospitalario por sepsis. Al alta, cambio de corticoide e insulina glargina más lispro. Mayo 2016 control glicada de 6.9%. Confidencialidad y anonimato de los datos mediante consentimiento informado

Patrones disfuncionales:

1. Percepción/manejo de la salud y 2. Nutricional/metabólico, con dx: Riesgo de nivel de glucemia inestable manifestado por conocimiento insuficiente de la gestión de la enfermedad.

Plan de cuidados: NOC: Conocimiento: régimen terapéutico. Intervenciones: Enseñanza: medicamentos prescritos; Enseñanza: grupo; Seguimiento telefónico. Actividades: Instruir al paciente acerca de la dosis, vía y duración de los efectos de cada medicamento; Incluir al paciente en programa de formación grupal diabetes.

Evaluación: Comunicación médico-enfermera-paciente. Consultas presenciales y seguimiento telefónico. Asesoramiento paciente y cuidador principal.

Se consiguió estabilizar cifras glucemia y paciente supo manejar junto con cuidador principal los problemas que surgieron. Imprescindible realizar educación individual y grupal para conseguir mejores resultados y adherencia al tratamiento. Enfermera familiar y comunitaria capacitada para realizar abordaje de estos casos.

**PALABRAS CLAVE**

Insulinización en DM tipo2, insulinización y EPOC, tratamiento corticoides, EPOC, enfermera atención primaria

Insulin, Diabetes mellitus, Pulmonary disease, chronic obstructive, primary health care

**INTRODUCCIÓN**

La diabetes tipo 2 se caracteriza por una resistencia a la insulina y un deterioro progresivo de la función beta pancreática. Cuando dicha función se altera, muchos pacientes con diabetes mellitus tipo 2 necesitarán tratamiento con insulina. Diversos estudios clínicos han demostrado que un control estricto de la glucemia previene la aparición y progresión de las complicaciones microvasculares asociadas a la diabetes. La insulina es el fármaco existente más potente para conseguir un control óptimo de la glucemia solamente limitada por la hipoglucemia<sup>1</sup>.

Las agudizaciones de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), especialmente cuando precisan asistencia hospitalaria, son episodios que generan una notable morbimortalidad, gran carga asistencial y elevados costes. Entre los fármacos a emplear en esta agudizaciones se encuentran los corticoides sistémicos tipo prednisona<sup>2</sup>. Los corticoides orales inducen, en los individuos con DM, una alteración metabólica importante, con hiperglucemias exageradas fundamentalmente postprandiales y escasa alteración de las glucemias basales. Los efectos sobre la glucemia dependerán de la dosis de corticoides, la vía de administración, la duración del tratamiento y el momento del día en que se

administran. A todo ello hay que sumar la gran variabilidad individual que provocan en relación con la sensibilidad a la insulina tanto endógena como exógena<sup>3</sup>.

El abordaje terapéutico a seguir, no es sólo centrado en la introducción del nuevo fármaco (insulina), sino que, también, será necesario valorar necesidades del paciente en cuanto a conocimientos de la enfermedad y recursos disponibles. La línea de tratamiento debe contener visitas programadas individuales tanto con el paciente como con el cuidador principal donde se les instruyan en aspectos básicos de la diabetes (uso de glucómetro, cuándo realizar los controles de glucemia, signos de hipoglucemia, manejo bolis insulina, dieta, ejercicio) así como educación diabetológica grupal donde intercambiar conocimientos con otros pacientes con mismas características y afianzar los propios.

La dificultad de comprender y realizar ciertas actividades hace del anciano un paciente de riesgo a la hora de iniciar una insulización. Por ello, hay que valorar cuidadosamente los criterios que nos llevan a instaurar la terapia con insulina y garantizar una educación diabetológica adaptada al anciano<sup>4</sup>. La complejidad del proceso asistencial, exige la coordinación de los proveedores de salud, el apoyo familiar y del entorno.

Teniendo en cuenta lo anterior, la atención primaria es el ámbito principal de abordaje en estos casos. Para ello, es necesaria una adecuada formación por parte de los profesionales de la salud (médico y enfermera de familia y comunitaria) para así instruir tanto a paciente, como cuidador principal o entorno más cercano sobre los cuidados que debe llevar a cabo. El proceso de insulización en una paciente con estas características, requiere de una correcta comunicación enfermera-paciente/cuidador principal-médico para conseguir los objetivos planteados. Finalmente, destacar la capacidad de la enfermera de familia y comunitaria para asesorar en estos casos y realizar seguimiento.

#### **PRESENTACIÓN DEL CASO**

- **Situación clínica:**

-Mujer de 75 años. IMC: 30Kg/m<sup>2</sup>.

-Patologías crónicas: EPOC y diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento con antidiabéticos orales.

- **Descripción del caso:**

En Noviembre 2015 presenta agudización EPOC que requiere tratamiento con corticoides orales (prednisona 20mg c/12h), ocasionando un aumento de glucemia precisando incluir a su tratamiento habitual con hipoglucemiantes orales el tratamiento con insulina.

El 7/11/2015 acude a la consulta de enfermería con cifras de glucemia basales superiores a 200mgdl, se valora junto con su médico y se realiza ajuste de dosis de insulina detemir (12UI en noche) y regular según cifras glucemia y dosis corticoides. En esta visita se realiza valoración completa hábitos dietéticos, enseñanza diabetológica a paciente y cuidador principal e inclusión en actividad grupal. Se programa nueva cita en 3 días.

10/11/2015 aporta libreta con controles de glucemia, basales >160mg/dl, se aumenta insulina detemir a 16UI y nueva visita programada en 4 días.

14/11/2015 glucemias basales >180mg/dl, se aumenta a 18UI insulina detemir. Se mantiene esta pauta durante un mes.

13/12/2015 reduce pauta de prednisona a 15mg c/12h. Mantiene misma pauta de insulina y nueva visita programada en 2 días.

15/12/2015 aporta cifras de glucemia basal >120mg/dl, se aumenta a 18UI insulina detemir en noche.

27/12/2015 reduce pauta de prednisona a 10mg c/12h. Mantiene misma pauta de insulina.

30/12/2015 actividad grupal. Cifras basales >120mg/dl y >160mg/dl antes de cenar. Aumento a 20UI detemir en noche.

Del 9 al 27 Enero 2016 ingreso hospitalario por sepsis, se mantiene contacto telefónico.

28/01/2016 acude a consulta enfermería, pauta de prednisona 30mg en desayuno. Valoración conjunta con médico y cambia a insulinaglargina (14 UI en desayuno) más lispro.

18/02/2016 pauta de insulina largina 14UI en desayuno y 6UI lispro en comida. Dextros en desayuno y cena. Se mantiene pauta hasta revisión por neumología en marzo 2016.

3/3/2016 revisión neumología. Cambia prednisona por deflazacort 30mg al día y nueva revisión el 23/03/2016 y con reumatología el 27/03/2016. Se mantiene misma pauta insulínica, control telefónico.

27/3/2016 revisión reumatología, bajan dosis de deflazacort a 20mg al día. Cifras de glucemia normalizadas con media inferiores a 100mg/dl excepto en comidas que presenta >150mg/dl. Se reduce insulina glargina a 13 UI en desayuno y 6UI lispro en comida.

21/04/2015 empieza pauta descendente de corticoide. Se reduce glargina a 12UI y control telefónico.

08/05/2015 El paciente confunde dosis de glargina y contactó por teléfono con su enfermera. Se suspendió lispro y se aumentaron 8 raciones de hidratos de carbono más controles de glucemia cada 4 horas. Se reduce insulina glargina a 10UI en desayuno.

15/5/2016 agudización EPOC que requiere deflazacort 60mg c/12h. Se mantiene misma dosis de insulina glargina y lispro.

19/5/2016 análisis de control con glicada de 6.9%. Nueva revisión en 3 semanas.

FECHA	TTº CORTICOIDE	DOSIS INSULINA	OBSERVACIONES
07/11/15	Prednisona 20mg c/12h	-Detemir 12UI en noche -Rápida de rescate	-1erContacto con enfermería -Valoración integral -Inclusión actividad grupal
10/11/15		-Detemir 14UI en noche -Rápida de rescate	Glucemia basal>160mg/dl
14/11/15		-Detemir 16UI en noche -Rápida de rescate	Glucemia basal>180mg/dl
13/12/15	Prednisona 15mg c/12h		
15/12/15		-Detemir 16UI en noche -Rápida de rescate	Glucemia basal>120mg/dl
27/12/15	Prednisona 10mg c/12h		
30/12/15		-Detemir 20UI en noche -Rápida de rescate	-Glucemia basal <120mg/dl -Antes de cenar>160mg/dl -Actividad grupal
05/01/16	Prednisona 7.5mg c/12h		
Del 9 al 27/01/16	INGRESO HOSPITALARIO POR SEPSIS		
28/01/16	Prednisona 30mg en desayuno	-Glargina 14UI desayuno -Lispro 6UI comida	-Cita enfermería tras alta -Cambian pautas insulina
03/03/16	Deflazacort 30mg/día		-Revisión neumología, cambia corticoide
27/03/16	Deflazacort 20mg/día	-Glargina 13UI desayuno -Lispro 6UI comida	-Revisión neumología, reducen dosis corticoide
21/04/16	Pauta descendente	-Glargina 12UI desayuno -Lispro 6UI comida	-Seguimiento telefónico
08/05/16		-Glargina 10UI desayuno -Lispro 6UI comida	-Confusión dosis glargina -Suspende lispro, aumento 8 raciones HC -Dextro c/4h -Reduce dosis glargina
15/05/16	Deflazacort 60mg c/12h	Misma pauta	Agudización EPOC
19/05/16			-Control Hb glicada 6.9% -Revisión en 3 semanas

Imagen 1: Cronología del caso

Al inicio del caso, se solicitó consentimiento informado a la paciente haciéndole entrega del documento para su firma donde autorizaba el tratamiento de sus datos de forma anónima y confidencial.

**VALORACIÓN**

Según la valoración por patrones de Gordon, presentaba como disfuncionales: Percepción/manejo de la salud: Déficit conocimientos en el manejo de la enfermedad.

Dx: Mantenimiento ineficaz de la salud manifestado por conocimiento insuficiente relacionado con recursos insuficientes (conocimientos). (00099)Nutricional/metabólico: Glucemias >200mg/dl.

Dx: Riesgo de nivel de glucemia inestable manifestado por conocimiento insuficiente de la gestión de la enfermedad. (00179)

**PLAN DE CUIDADOS y RESULTADOS**

El plan de cuidados establecido fue:

1. Riesgo de nivel de glucemia inestable manifestado por conocimiento insuficiente de la gestión de la enfermedad.(00179)

-Objetivos: Conocimiento: régimen terapéutico (1813)

-Intervenciones:

Enseñanza: medicamentos prescritos (5616)

Enseñanza: grupo (5604)

Seguimiento telefónico (8190)

-Actividades:

Informar al paciente acerca del propósito y acción de cada medicamento (5616.02) Instruir al paciente acerca de la dosis, vía y duración de los efectos de cada medicamento (5616.04)

Incluir al paciente en programa de formación grupal diabetes (5604.95) "Por fin es miércoles", en cuyas sesiones se trabajaron:

- ¿Qué es la diabetes?

- Tratamiento de la diabetes

- Nutrición en diabetes. Método del plato raciones

- Manejo de

- Falsos mitos sobre alimentación en diabetes (juego de mesa)

Elaboración de menús

- Hábitos saludables en diabetes

2. Mantenimiento ineficaz de la saludrelacionado con recursos insuficientes (conocimientos) manifestado por conocimiento insuficiente. (00099)

-Objetivos: Conocimiento: control de la diabetes (1820)

-Intervenciones:

Enseñanza individual (5606)

Apoyo al cuidador principal (7040)

-Actividades:

Determinar las necesidades de enseñanza del paciente (5606.03)

Establecer metas de aprendizaje mutuas y realistas con el paciente (5606.10)

Seleccionar materiales educativos adecuados (5606.15)

Determinar nivel de conocimientos del cuidador (7040.01)

Proporcionar ayuda sanitaria de seguimiento mediante llamadas de teléfono y/o cuidados de enfermería comunitarios. (7040.11)

Evaluación:

Para evaluar el proceso asistencial descrito se establecieron unos indicadores de control medidos por una escala Likert Como se puede observar en las tablas, la paciente experimentó una mejoría.

INDICADOR	DESCRIPCIÓN	ANTES	DESPUÉS
181302	Descripción de la responsabilidad de los cuidados propios para el tratamiento actual	2	4
181305	Descripción de la dieta prescrita	3	4
181311	Ejecución de las técnicas de automonitorización	2	4

Ninguno (1) Escaso (2) Moderado (3) Sustancial (4) Extenso (5)

**Tabla 2: Indicadores objetivo conocimiento régimen terapéutico.**

Además, en todo el proceso se mantuvo comunicación médico-enfermera-paciente y cuidador principal. Se realizaron consultas presenciales tanto con médico como con enfermera además de seguimiento telefónico por parte de enfermería.

INDICADOR	DESCRIPCIÓN	ANTES	DESPUÉS
182009	Descripción de la hipoglucemia y síntomas relacionados	2	3
182014	Demostración del procedimiento correcto para comprobar glucemia	3	4
182017	Demostración de la técnica adecuada de preparación y administración insulina	3	4
182021	Descripción de cuándo solicitar ayuda a un profesional sanitario	3	4

Ninguno (1) Escaso (2) Moderado (3) Sustancial (4) Extenso (5)

**Tabla 3: Indicadores objetivo conocimiento: control de la diabetes**

### DISCUSIÓN / CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos indican que se consiguió estabilizar las cifras de glucemia de la paciente y que supo manejar junto con cuidador principal los problemas que surgieron durante todo el proceso. Es imprescindible realizar educación individual y grupal para conseguir unos mejores resultados y adherencia al tratamiento. Ya que le permite empoderarse y tomar el control de su salud.

En este caso, el papel de la enfermera familiar y comunitaria resulta importante ya que está capacitada para poder realizar el abordaje de la situación manteniendo un contacto directo con el médico.

### BIBLIOGRAFÍA

- 1 Ampudia-Blasco, F. J.; Rosenstock, J. Estrategias de insulinización en la diabetes mellitus tipo 2. *AvDiabetol*, 2008, vol. 24, no 1, p. 7-20.
- 2 Soler-Cataluña, Juan José, et al. Guía española de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (GesEPOC). Diagnóstico y tratamiento hospitalario de la agudización. *Emergencias*, 2013, vol. 25, no 4, p. 301-17.
- 3 Gómez, Respuesta del Dr Francisco Endrino; Doña, Alfredo Michán. Diabetes tipo 2 y tratamiento con esteroides. *Avances en diabetología*, 2010, vol. 26, no 1, p. 53-58.
- 4 Díaz, M. Seguí. Aspectos prácticos en la insulinización del paciente anciano con diabetes. *Avances en diabetología*, 2010, vol. 26, no 5, p. 320-325.
- 5 Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2015-2017. NANDA International, Inc.
- 6 Interrelaciones NANDA, NOC y NIC. Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones. Segunda edición

**ID296:****ESTUDIO DESCRIPTIVO SOBRE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES POLIMEDICADOS MAYORES DE 65 AÑOS**María Dolores López de la Isidra Sánchez-Ajofrín<sup>1</sup>; Sara del Olmo Romero<sup>2</sup><sup>1</sup>Centro de Salud La Estación<sup>2</sup>Centro de Salud Río Tajo[lol\\_ls@hotmail.com](mailto:lol_ls@hotmail.com)**RESUMEN****INTRODUCCIÓN**

Polimedicación, consumo de  $\geq 5$  medicamentos durante  $\geq 6$  meses. En el grueso de  $>65$  años el 13.86% son polimedificados.

**OBJETIVOS**

Evaluar la adherencia al tratamiento en pacientes polimedificados  $>65$  años de un cupo en el Centro de Salud (CS) La Estación, Talavera de la Reina, factores sociodemográficos y variables clínicas.

**MATERIAL Y MÉTODO**

Estudio descriptivo transversal. Muestreo por conveniencia, 61 pacientes.

Criterios de inclusión: polimedificados de  $>65$  años.

Criterios de exclusión: deterioro funcional y/o cognitivo, pacientes institucionalizados, "pacientes golondrina" y negativa a prestar consentimiento informado.

Variable dependiente: adherencia al tratamiento.

Variables independientes: sociodemográficas, nivel educativo y datos clínicos: enfermedad, valoración funcional y cognitiva y características de la medicación administrada.

**RELEVANCIA CLÍNICA**

Los polimedificados suponen una elevada carga de trabajo por su difícil manejo. Es importante que a nivel personal, y también familiar, conozcan las dificultades de su tratamiento así como las complicaciones asociadas.

**ABSTRACT****INTRODUCTION**

Polimedicated, consumptions  $\geq 5$  medications for  $\geq 6$  months. In the bulk of  $> 65$  years, 13.86% are polimedicated.

**OBJECTIVES**

To evaluate the adherence to treatment in polimedicated patients  $> 65$  years of a quota in the Health Center (CS) La Estación, Talavera de la Reina, sociodemographic factors and clinical variables.

**MATERIAL AND METHOD**

Cross-sectional descriptive study. Sampling for convenience, 61 patients.

Inclusion criteria: polimedicated  $>65$  years.

Exclusion criteria: functional and / or cognitive impairment, institutionalized patients, "swallow patients" and refusal to provide informed consent.

Dependent variable: adherence to treatment.

Independents variables: sociodemographic, educational level and clinical data: disease, functional and cognitive assessment and characteristics of the medication administered.

**CLINICAL RELEVANCE**

This patients represent a high workload due to their difficult handling. It is important that on a personal level, as well as a family, they know the difficulties of their treatment as well as the associated complications.

**PALABRAS CLAVE**

Cumplimiento de la medicación, anciano, seguridad del paciente, medicamentos genéricos, enfermedad crónica

Medication adherence, aged, patient safety, generic drug, cronic disease

## INTRODUCCIÓN

En los últimos años se ha producido con los países desarrollados un aumento del envejecimiento de la población, lo cual se ha traducido en un aumento de recursos sanitarios.

En España los recursos correspondientes al envejecimiento poblacional a un 45% del gasto sanitario, un 35% del consumo de fármacos y el 75% en cuanto a tratamientos para enfermedades crónicas<sup>1</sup>.

El 17% de la población actual de España es mayor de 65 años<sup>2</sup>, de los cuales el 13.86% son polimedificados<sup>3</sup>. Los mayores de 65 años presentan dos características importantes: pluripatología y polimedicación.

Entendiendo la pluripatología a la presencia de 2 o más enfermedades crónicas<sup>4,5</sup> y la polimedicación como el consumo de 5 o más medicamentos durante 6 o más meses<sup>6,7</sup>.

Además, las personas mayores general el triple de demanda asistencial, consumen más medicamentos y generan el 75% del gasto farmacéutico<sup>8</sup>.

Esta situación de polifarmacia es muy difícil de manejar y susceptible de numerosos errores y problemas relacionados con los medicamentos<sup>9,10</sup>.

La iatrogenia causa entre el 0,86 y el 3,9% de las visitas a los servicios de urgencias<sup>11</sup> y aproximadamente el 5% de los ingresos hospitalarios.

En España, en Atención Primaria hubo un mayor número de eventos adversos observados asociados a medicación (48,2%)<sup>12</sup> frente al observado a nivel hospitalario (37,4%)<sup>13</sup>.

Haynes y Sackett, definen la adherencia terapéutica como la medida en que la conducta del paciente en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de su estilo de vida coinciden con las indicaciones dadas por su prescriptor<sup>14</sup>.

El incumplimiento terapéutico es un problema de primera magnitud cuya prevalencia oscila entre el 40 y el 60%<sup>15</sup>. Se han identificado diferentes motivos para que se produzca, relacionados con las características de la medicación administrada, con el paciente y con el profesional o con el sistema sanitario<sup>16</sup>.

Ante lo complicado de la situación es necesario el estudio de las diferentes variables, así como conseguir un refuerzo de la adherencia terapéutica fundamental en estos pacientes para evitar consecuencias negativas.

## OBJETIVOS

### Objetivo general

Evaluar la adherencia al tratamiento en pacientes polimedificados mayores de 65 años en el Centro de Salud (CS) La Estación, Talavera de la Reina.

### Objetivos específicos

Evaluar factores sociodemográficos de la población a estudio.

Evaluar variables clínicas de la población a estudio.

## MATERIAL Y MÉTODOS

### Tipo de estudio

Se trata de un estudio descriptivo transversal.

La población a estudio consta de aquellos pacientes polimedificados, definidos como aquellos con un consumo de 5 o más medicamentos durante 6 o más meses que acuden a consulta en el CS La Estación entre Junio de 2017 y Diciembre 2017

### Tamaño de la muestra

Se llevará a cabo un muestreo por conveniencia contando con los 61 pacientes que forman parte de dicho cupo.

### Criterios de inclusión

Pacientes polimedificados de 65 o más años de edad.



### **Criterios de exclusión**

1. Pacientes con deterioro funcional y/o cognitivo que impida el manejo de la medicación de forma independiente.

Para clasificar los pacientes como tal, utilizaremos:

Índice Barthel, para la evaluación de las actividades de la vida diaria, cuando la puntuación sea menor o igual de 60.

Índice de Lawton y Brody, para la valoración de las actividades instrumentales, cuando obtengamos una puntuación menor de 3 en mujeres y menor o igual de 1 en hombres.

Test de Pfeiffer, para la valoración del deterioro cognitivo, cuando presente más de 4 errores en el cuestionario.

2. Pacientes institucionalizados.

3. "Pacientes golondrina", entendidos como aquellos que no tienen un domicilio fijo, rotando periódicamente entre núcleos familiares.

4. Negativa a prestar el consentimiento informado

### **Variables del estudio**

Variable dependiente: adherencia al tratamiento (test de Morisky-Green). El test de Morisky-Green es un método indirecto de valoración del cumplimiento terapéutico, validado para la población española.

Variables independientes:

Sociodemográficas: edad, sexo, lugar de residencia, convivencia y nivel educativo.

Datos clínicos: enfermedad, valoración funcional mediante test de Barthel y Lawton y Brody, y valoración cognitiva test de Pfeiffer.

Medicación: número de medicamentos, duración de la prescripción, número de medicamentos genéricos, número de medicamentos no genéricos, presencia de genéricos de distintas marcas, identifica medicamento con patología, identifica frecuencia tratamiento, identifica número de dosis, número de medicamentos duplicados, incumplimiento terapéutico y número de prescriptores.

### **Recogida de datos**

Para la recogida de datos sociodemográficos, clínicos y los relativos a la medicación, utilizaremos un cuestionario autodiseñado que reúna los requisitos necesarios para la cumplimentación de todos estos datos.

Para la valoración de funcional utilizaremos dos cuestionarios: el Índice de Barthel de actividades básicas de la vida diaria, el cuestionario de Lawton y Brody sobre actividades instrumentales de la vida diaria y el test de Pfeiffer sobre deterioro cognitivo.

El índice de Barthel<sup>17</sup> (IB) es un instrumento que mide la capacidad de una persona para realizar diez actividades de la vida diaria (AVD), consideradas como básicas, obteniéndose una estimación cuantitativa de su grado de independencia.

Es una escala heteroadministrada. El tiempo de cumplimentación es aproximadamente de 5 minutos, y la recogida de información es a través de observación directa y/o interrogatorio del paciente o, si su capacidad cognitiva no lo permite, de su cuidador o familiares.

Su reproducibilidad es excelente, con coeficientes de correlación kappa ponderado de 0.98 intraobservador y mayores de 0.88 interobservador.

El rango de posibles valores está entre 0 y 100. Cuanto más cerca está de 0 el paciente presenta más dependencia, por el contrario cuanto más cerca está de 100, es indicativo de independencia.

El índice de Lawton y Brody<sup>18</sup> es una escala que permite valorar la capacidad de la persona para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria.

La recogida de información es a través de un cuestionario heteroadministrado.

Puede ser administrado a cualquier persona que requiera de una valoración de su capacidad funcional.

Escala validada en nuestro país.

La valoración se realiza según puntuación en una escala de 0 a 8 (dependencia máxima e independencia, respectivamente): 0-1 dependencia total, 2-3 dependencia severa, 4-5 dependencia moderada, 6-7 dependencia ligera y 8 autónomo.

Su administración es rápida, ya que tan sólo requiere de unos 5 a 10 minutos.

El test de Pfeiffer<sup>19</sup> es un cuestionario que detecta la existencia y el grado de deterioro cognitivo. Este cuestionario explora la memoria a corto y largo plazo, la orientación, la información sobre los hechos cotidianos y la capacidad de cálculo.

La recogida de información es a través de un cuestionario heteroadministrado.

Se trata de una escala validada en nuestro país.

Tiene una sensibilidad próxima al 70% y una especificidad muy alta del 95%.

Se evalúa en función de los errores: 0-2 normal, 3-4 deterioro cognitivo leve, 5-7 deterioro cognitivo moderado y 8-10 deterioro cognitivo severo.

En esta escala es importante tener en cuenta el nivel educativo de la persona: nivel educativo bajo (estudios elementales): se admite un error más para cada categoría y nivel educativo alto (estudios universitarios): se admite un error menos para cada categoría.

Su administración es rápida, ya que tan solo requiere de unos cinco minutos.

Para la valoración de la adherencia al tratamiento utilizaremos el test de Morisky-Green<sup>20</sup> es un método indirecto de valoración del cumplimiento terapéutico, validado para la población española y empleado con frecuencia en enfermedades crónicas. Consta de 4 preguntas con respuesta dicotómica que pretende valorar si

el paciente adopta actitudes correctas en relación con el tratamiento (se considera cumplidor si responde de forma correcta a las 4 preguntas). Es un test que subestima al buen cumplidor y sobrestima el no cumplimiento en un 7,9%. Es un método sencillo que permite realizar las preguntas entremezcladas con la conversación y de forma cordial, permitiendo obtener información sobre las causas del incumplimiento en función de las respuestas.

### **Análisis estadístico**

Los datos serán analizados mediante SPSS. Las variables cuantitativas se describen mediante la media  $\pm$  desviación estándar, las variables cualitativas las presentamos en frecuencias y porcentajes.

### **RELEVANCIA**

Los polimedicados son un grupo de que suponen una elevada carga de trabajo por su difícil manejo, tanto para profesionales como pacientes y en su caso cuidadores. Es por esto por lo que es importante que a nivel personal, y también familiar, conozcan las dificultades de su tratamiento así como las complicaciones asociadas. Un empoderamiento por parte de Enfermería es esencial es este tipo de pacientes, aportar la información adecuada y mejorar así su calidad de vida. El estudio descriptivo al que nos dedicamos nos proporcionará la información necesaria para la realización de un estudio de investigación relacionado con el ámbito de la polimedicación.

### **BIBLIOGRAFÍA**

1. Guillén Llera, Francisco. Problemática específica de los mayores en la prescripción por principio activo: problemática y desafíos. Madrid: Instituto de Estudios Médico Científicos; 2006.
2. Instituto Nacional de Estadística. Padrón Municipal 2009. INE, Madrid, 2010.
3. Nuñez-Montenegro A, Montiel-Luque A, et al. Adherencia al tratamiento en pacientes polimedicados mayores de 65 años con prescripción por principio activo. Aten Primaria. 2014; 46(5):238-245.
4. Ollero M, Cabrera JM, de Osorno M, de Villar E, García D, Gómez E, et al. Atención al paciente pluripatológico: proceso asistencial integrado. 2a ed. Sevilla: Consejería de Salud; 2007.

5. Moreno-Gaviño L, Bernabeu-Wittel M, Álvarez-Tello M, Rincón-Gómez M, Bohórquez-Colombo P, Cassani-Garza M, et al. Sobrecarga sentida por la figura del cuidador principal en una cohorte de pacientes pluripatológicos. *Aten Primaria*. 2008; 40:193-8.
6. Proupin-Vázquez N, Segade-Buceta X, Aparicio-Ruiz M, Arceo-Tuñez A, Garea-Sarandeses P, López-Rodríguez L. Polimedicación en pacientes adultos con dolencias crónicas en un centro de salud. *Cad Aten Primaria*. 2008; 15:275-9.
7. Pérez-Fuentes MAF, Castillo-Castillo R, Rodríguez-Toquero J, Martos-López E, Morales-Mañero A. Adecuación del tratamiento farmacológico en población anciana polimedica. *Med Fam*. 2002; 3:23-8.
8. Callao MP, Aller A, Franco MT. Estudio del paciente anciano polimedica en un centro de salud urbano. *Aten Farm*. 2005; 7:68-72.
9. Aronson JK. Medication errors: What they are, how they happen and how to avoid them. *Q J Med*. 2009; 102:513-21.
10. Otero López MJ. Errores de medicación y gestión de riesgos. *Rev Esp Salud Pública*. 2003; 77:527-40.
11. Montesinos-Ortí S, Soler-Company E, Rocher-Milla A, Fernando-Piqueres R, Ruiz-Castillo J, Ortiz-Tarín I. Resultados de un proyecto de control y adecuación del tratamiento médico habitual tras el alta quirúrgica. *Cir Esp*. 2007; 82:333-7.
12. Aranaz-Andrés JM. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en Atención Primaria. APEAS. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008.
13. Aranaz-Andrés JM, Aibar-Remon C, Vitaller-Burillo J, Requena-Puche J, Terol-García E, Kelley E, et al. The Eneas work group. Impact and preventability of adverse events in Spanish public hospitals: results of the Spanish National Study of Adverse Events (ENEAS). *Int J Qual Health Care*. 2009; 21:408-14.
14. Haynes RB. Compliance in health care. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 1979.
15. Larrión JL, Martí C, Mareque M, Daimiel R, Luengo C. Incumplimiento terapéutico en los ancianos. *Med Clin (Barc)*. 1993; 100:736-40.
16. Rigueira AI. Cumplimiento terapéutico: ¿Qué conocemos en España? *Aten Primaria*. 2001; 27:559-68.
17. Mahoney, F.I., Barthel, D.W. Functional evaluation: the Barthel Index". *Md State Med*, 1965; 14: 61-5.
18. Formiga F. Lawton Brody Index . *Rev Clin Esp*. 2007 Mar; 207(3):121-4.
19. Martínez-Iglesia J. Cuestionario Abreviado del Estado Mental o Cuestionario de Pfeiffer. *Med Clin (Barc)*. 2001 Jun 30; 117(4):129-34.
20. Val Jiménez, A. Test de Morisky y Green. *Aten Primaria*. 1992 Oct 1; 10(5):767-70.

**ID323:**

**ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA ANTE EL MANTENIMIENTO INEFECTIVO DEL RÉGIMEN TERAPÉUTICO EN UN PACIENTE CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA. CASO CLÍNICO.**

Isabel Agüera Carrión<sup>1</sup>, Juan José Fernández Ruiz<sup>2</sup>, Gemma Vicente García<sup>3</sup>.

<sup>1</sup>, <sup>2</sup>, <sup>3</sup>: Servicio Murciano de Salud.

[iac92@hotmail.com](mailto:iac92@hotmail.com)

**RESUMEN**

**Introducción:** El conocimiento de la técnica inhalatoria por parte del paciente con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) es necesaria para el manejo efectivo de su salud. Se estima que un 9% de estos pacientes se administran la medicación inhalada de manera óptima.

**Presentación del caso:** Varón de 62 años, diagnosticado de EPOC. El paciente comenta en la consulta de enfermería de Atención Primaria que tras la administración del tratamiento inhalado apenas nota mejoría de sus síntomas.

**Valoración:** Reconocimiento del estado del paciente mediante los patrones funcionales de Marjory Gordon, detectándose una alteración en los patrones percepción-manejo de la salud y actividad-ejercicio.

**Plan de cuidados y resultados:** Aplicación de plan de cuidados para resolver el principal diagnóstico NANDA "Manejo inefectivo del régimen terapéutico". El paciente mejoró su conducta terapéutica.

**Discusión/Conclusiones:** La educación sanitaria proporcionada por Enfermería Comunitaria a estos pacientes supone una herramienta fundamental para mejorar su gestión de la salud.

**PALABRAS CLAVE:**

Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, Adherencia al Tratamiento, Enfermería Comunitaria, Educación en Salud, Estrategia.

**INTRODUCCIÓN**

La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) se define como una enfermedad respiratoria caracterizada principalmente por una limitación crónica y poco reversible al flujo aéreo (1). Esta patología constituye un importante problema de salud pública por su alta prevalencia (9.1-10.2% en la población adulta española) y su impacto socioeconómico (2), siendo actualmente la cuarta causa de muerte en el mundo (3).

Según un estudio cualitativo realizado sobre la calidad de atención a pacientes con EPOC, existen dificultades en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de estos. La falta de percepción de la enfermedad y la dificultad en la realización de espirometrías fomenta el actual infradiagnóstico de EPOC. Por otra parte, la resistencia por parte de los pacientes a cambiar su estilo de vida, el desconocimiento acerca de su tratamiento y la no adherencia a éste, contribuyen notablemente en su calidad de vida (4). El incumplimiento terapéutico es un problema prevalente en el tratamiento de enfermedades crónicas como la EPOC, siendo considerado por la OMS un tema prioritario de salud pública debido a sus consecuencias negativas: aumento de la morbimortalidad, mayores tasas de hospitalización, aumento del número de consultas de atención especializada y primaria, petición de pruebas innecesarias y, como consecuencia, aumento de los costes sanitarios. Por lo tanto, resulta imprescindible determinar el grado de adhesión al tratamiento en cada paciente (5).

En la actualidad, se estima que sólo un 9% de estos pacientes se administran la medicación inhalada de manera óptima. Una de las causas de esta falta de adherencia al tratamiento farmacológico son actos involuntarios, como olvidos o confusión. Por otra parte, el paciente también puede dejar de tomar la medicación voluntariamente por temor a reacciones adversas, percepción de ausencia de mejoría o de curación, creencia de que la medicación es innecesaria o excesiva, etc (4).

La clave para corregir la causa de esta falta de adherencia estará en diseñar estrategias individuales y comunitarias. Así, la guía NICE4 considera primordial tener en cuenta el deseo de los pacientes acerca de su medicación, preguntar a estos por sus inquietudes sobre ella, discutir con el paciente sobre cómo incorporar la toma de medicación a su rutina diaria o sobre posibles alternativas no farmacológicas, etc. Esta serie de estrategias podrían desarrollarse en la consulta de Enfermería de Atención Primaria, puesto que estos profesionales suponen una fuente de información y educación sanitaria para el paciente, ayudando a mejorar su calidad de vida (5).

### PRESENTACIÓN DEL CASO

Varón de 62 años, diagnosticado de EPOC hace dos meses, exfumador desde hace 4 años de un paquete de tabaco al día. Como factores de riesgo cardiovasculares padece hipertensión arterial y dislipemia; estilo de vida sedentario. Actualmente se encuentra en tratamiento con Nebivolol, Simvastatina y terapia inhalada con Salbutamol. El paciente nos comenta en la consulta de enfermería de Atención Primaria (AP) que con frecuencia presenta tos intensa improductiva, se encuentra fatigado al realizar actividades básicas de la vida diaria y que tras la administración del tratamiento inhalado apenas nota mejoría de sus síntomas. Este hecho le produce una sensación de estrés y ansiedad constante. En la consulta se observa una mala técnica en el uso del inhalador, presentando una saturación de oxígeno del 94% y frecuencia cardíaca de 95.

### VALORACIÓN

El modelo de valoración elegido para reconocer el estado de salud del paciente fueron los once patrones funcionales de Marjory Gordon, ya que se adapta adecuadamente al ámbito de Atención Primaria y permite estructurar la valoración tanto a nivel individual como familiar y comunitario. Dicho sistema ayuda al profesional sanitario a observar al paciente de una manera holística y completa.

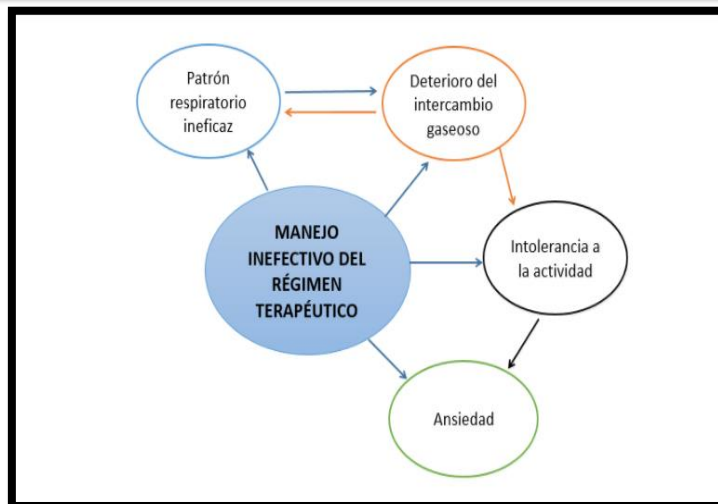
De acuerdo con los datos que se muestran en la presentación del caso clínico, se detecta principalmente una alteración en los siguientes patrones:

- **Patrón percepción-manejo de la salud**, por un desconocimiento general de la EPOC y por la incapacidad del paciente para ajustarse al tratamiento.
- **Patrón actividad-ejercicio**, por la mala tolerancia a la actividad que refiere el paciente, la tos y la mala ventilación que presenta. Además, su estilo de vida es sedentario y realiza pocas actividades de ocio.
- **Patrón adaptación-tolerancia al estrés**, por la tensión y el estrés que al paciente le supone la no mejoría de su sintomatología.

De esta forma, los principales diagnósticos NANDA que destacan en el paciente son:

- Manejo inefectivo del régimen terapéutico
- Patrón respiratorio ineficaz

Por otra parte, se observan otros diagnósticos secundarios a los anteriores: Deterioro del intercambio gaseoso, Intolerancia a la actividad y Ansiedad. Estos serán resueltos una vez se resuelvan los dos principales, por lo que el plan de cuidados irá dirigido fundamentalmente a que el paciente mejore su manejo terapéutico.



*Imagen 1. Red de razonamiento diagnósticos NANDA.*

**PLAN DE CUIDADOS y RESULTADOS**

Aplicamos un plan de cuidados para resolver el principal diagnóstico NANDA (6) Manejo inefectivo del régimen terapéutico, que se define como: "Patrón de regulación e integración en la vida diaria de un programa de tratamiento de la enfermedad y de sus secuelas que resulta insatisfactorio para alcanzar los objetivos específicos de salud."

Como hemos dicho anteriormente, actuando sobre este diagnóstico podrán resolverse todos los demás. El plan está basado en los objetivos NOC "Conducta terapéutica: enfermedad o lesión" y "Conocimiento: régimen terapéutico", con sus correspondientes intervenciones NIC "Ayuda al autocuidado", "Educación sanitaria" y "Enseñanza: proceso de enfermedad".

Dicho plan de cuidados se desarrolla en cinco consultas sucesivas en la consulta programada de Enfermería de AP durante un periodo de tiempo de un mes, para proporcionar educación sanitaria al paciente y evaluar las diferentes intervenciones de enfermería realizadas mediante la valoración de indicadores de los resultados NOC (6). Los temas a tratar en estas consultas son: qué es la EPOC, recomendaciones sobre alimentación y tipo de ejercicio a realizar acorde a esta enfermedad y sobre todo, explicar el funcionamiento y practicar con el paciente el uso de su inhalador (en este caso cartucho presurizado), ya que el desconocimiento de su buen uso es la causa principal del problema que éste presenta.

En cuanto a las actividades que se llevaron a cabo de acuerdo a las intervenciones NIC (6), éstas fueron las siguientes:

- **NIC "Ayuda al autocuidado":**
  - Alentar la independencia, pero interviniendo si el paciente no puede realizar la acción dada.
  - Comprobar la capacidad del paciente para realizar autocuidados independientes.
  - Establecer una rutina de actividades de autocuidados.
  - Repetir de forma coherente las rutinas sanitarias como medio de establecerlas.
- **NIC "Educación sanitaria":**
  - Planificar un seguimiento a largo plazo para reforzar la adaptación de estilos de vida y conductas saludables.
- **NIC "Enseñanza: proceso de enfermedad":**
  - Proporcionar información al paciente acerca de la enfermedad.
  - Instruir al paciente sobre medidas para prevenir, minimizar los efectos secundarios de la enfermedad.
  - Describir el fundamento de las recomendaciones, el control, las terapias y los tratamientos.
  - Instruir al paciente sobre los signos y síntomas sobre los que debe informar.

A continuación, basándonos en los resultados NOC y sus correspondientes indicadores, se expone una tabla en la que se puede observar un resumen de la evolución del paciente a lo largo del mes de intervención:

<b>NOC "1813 - Conocimiento: Régimen terapéutico"</b>				
<b>Indicador: 181309 - Descripción de los procedimientos prescritos</b>				
<b>1ª Consulta</b>	<b>2ª Consulta</b>	<b>3ª Consulta</b>	<b>4ª Consulta</b>	<b>5ª Consulta</b>
2 (Raramente manifestado)	3 (En ocasiones manifestado)	3 (En ocasiones manifestado)	4 (Manifestado con frecuencia)	5 (Siempre manifestado)
<b>NOC "1609 - Conducta terapéutica: enfermedad o lesión"</b>				
<b>Indicador: 160912 - Utiliza dispositivos correctamente</b>				
<b>1ª Consulta</b>	<b>2ª Consulta</b>	<b>3ª Consulta</b>	<b>4ª Consulta</b>	<b>5ª Consulta</b>
1 (Nunca manifestado)	2 (Raramente manifestado)	2 (Raramente manifestado)	3 (En ocasiones manifestado)	4 (Manifestado con frecuencia)

Tabla 1. Evolución del paciente según resultados NOC e indicadores.

Finalmente, tras acudir a las cinco consultas programadas de Enfermería, el paciente mejoró su conducta terapéutica y el diagnóstico NANDA "Mantenimiento inefectivo del régimen terapéutico" se resolvió con éxito.

Como limitaciones presentes en el desarrollo del plan de cuidados, quizá podríamos incluir el tiempo requerido para cada consulta con el paciente, ya que actualmente se cuenta con una saturación de los servicios de Atención Primaria y la gran cantidad de pacientes que requieren atención junto con la disminución de recursos humanos, hace que tengamos que limitar el tiempo destinado a ellos en las visitas sucesivas.

### DISCUSIÓN / CONCLUSIONES

Tras observar los resultados satisfactorios de nuestro plan de cuidados, podemos afirmar que la Enfermería Comunitaria supone un apoyo fundamental para los pacientes que sufren EPOC y otras patologías crónicas. La educación sanitaria es, seguramente, nuestra herramienta más eficiente para mejorar la gestión de la salud, el autocuidado y la toma de decisiones en estos pacientes.

Asimismo, es de vital importancia continuar desarrollando la promoción de la salud en estos pacientes también de forma comunitaria. La educación grupal en pacientes con EPOC serviría para que estos revisaran el uso correcto de su medicación y así mejoraran el cumplimiento terapéutico, puesto que la información sobre su tratamiento tiende a perderse u olvidarse por diferentes motivos y con estas revisiones periódicas reforzaríamos los beneficios conseguidos.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Miravittles M, Soler-Cataluña JJ, Calle M, Molina J, Almagro P, Quintano JA, et al. *Guía Española de la EPOC. Tratamiento farmacológico de la EPOC estable*. ArchBronconeumol. 2012;48(7):247-57.
2. LlaugerRoselló MA, Pou MA, Domínguez L, Freixas M, Valverde P, Valero C. *Atención a la EPOC en el abordaje al paciente crónico en atención primaria*. ArchBronconeumol. 2011;47(11):561-70.
3. Montserrat-Capdevila J, Godoy P, Marsal JR, Barbé-Illa F. *Factores asociados a la mortalidad global en los pacientes diagnosticados de enfermedad pulmonar obstructiva crónica*. Aten Primaria. 2015;47(8):498-504.



4. Tambo-Lizalde E, Carrasco-Gimeno JM, Mayoral-Blasco S, Rabanaque-Hernández MJ, Abad-Díez JM. *Percepciones de pacientes y profesionales sobre la calidad de la atención a personas con enfermedad pulmonar obstructiva crónica*. Aten Primaria. 2016;48(2):85-94.
5. *Medicines adherence: involving patients in decisions about prescribed medicines and supporting adherence*. Clinical guideline 76. National Institute for Health and Clinical Excellence; 2009.
6. Johnson, M.; Bulechek, G.; Butcher, H.; McCloskey-Dochterman, J.; Maas, M.; Moorehead, S.; et al, editores. *Interrelaciones NANDA, NIC, NOC: diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones*. 2ª ed. Ámsterdam: Elsevier, 2009.



**ID14:**

**RIESGO DE CLAUDICACIÓN DE LOS CUIDADORES INFORMALES DE PACIENTES IDENTIFICADOS CON EL MODELO DE ATENCIÓN A LA CRONICIDAD AVANZADA**

Raquel Bru Ciges<sup>1</sup>, María Teresa Muntalà Roca<sup>1</sup>, Marta Suárez Tarragüell<sup>1</sup>, Cristina Pérez García-Villaraco<sup>1</sup>, Rocío Rodríguez Romero<sup>1</sup> y Ana Silva Cabrera<sup>1</sup>.

1. Unidad Docente Clínica - Maternitat. CAPSBE. Barcelona.

[rbru@clinic.cat](mailto:rbru@clinic.cat)

**RESUMEN**

Introducción. La constante dedicación al cuidado de un paciente con necesidades paliativas puede ocasionar repercusiones negativas en el estado de salud del cuidador, causarle sobrecarga y, como consecuencia, riesgo de claudicación.

Objetivo. Analizar la percepción de carga subjetiva de los cuidadores informales de pacientes identificados como MACA y valorar el riesgo de claudicación asociado.

Métodos. Estudio de corte transversal en tres Centros de Atención Primaria de Barcelona. Se incluye a todos los cuidadores informales de pacientes identificados con el modelo de atención a la cronicidad avanzada (MACA) que cumplan los criterios de inclusión. Se obtendrán datos con ayuda del instrumento NECPAL COOMS-ICO®, el cuestionario de Zarit, el cuestionario ICUB97, la escala de Goldberg, el índice de Barthel y un cuaderno de recogida de datos.

Resultados esperados. Se espera conocer el riesgo de claudicación que presentan los cuidadores informales de dichos pacientes y realizar, posteriormente, una intervención adecuada.

**ABSTRACT**

Introduction. The constant dedication to the care of a patient with palliative needs can have negative repercussions on the health status of the caregiver, cause him / her to overload and, as a consequence, risk of claudication.

Objective. To analyze the subjective load perception of the informal caregivers of patients identified as MACA and to assess the risk of associated claudication.

Methods. Cross-sectional study in three Primary Care Centers in Barcelona. All informal caregivers of patients identified with the Advanced Chronicity Care Model (MACA) who meet the inclusion criteria are included. Data are obtained with the help of the NECPAL COOMS-ICO © instrument, the Zarit questionnaire, the ICUB97 questionnaire, the Goldberg scale, the Barthel index and a data collection notebook.

Expected results. It is expected to know the risk of claudication presented by the informal caregivers of mental patients and to perform, afterwards, an appropriate intervention.

**PALABRAS CLAVE**

Cuidadores, cuidado informal, sobrecarga, enfermedad terminal, factores de riesgo.

Caregivers, informal care, burden, terminally ill, risk factors.

**INTRODUCCIÓN**

El cuidador principal es aquél que dedica la mayor parte del tiempo al cuidado de una persona que no es capaz de realizar una parte o la totalidad de las actividades básicas de la vida diaria<sup>1</sup>. Podemos distinguir dos tipos de cuidadores, los cuidadores informales o familiares y los formales<sup>2</sup>. En el presente estudio nos centraremos en los cuidadores informales, aquellos que no reciben remuneración económica por sus labores<sup>3-4</sup>. Sobre los mismos recae una responsabilidad diaria, haciéndose cargo de las necesidades físicas y emocionales que precisan las personas cuidadas<sup>5</sup>. En nuestro entorno, la familia se hace cargo de más de un 80% del total de cuidados prestados<sup>6</sup>. El resto de cuidados es asumido por cuidadores formales o

servicios formales. Cabe resaltar que los cuidados suelen ser asumidos socialmente como una extensión a las tareas del hogar y ser ejecutados principalmente por mujeres<sup>7</sup>.

El aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas conlleva situaciones de enfermedad avanzada y terminal (SEAT), incluyendo a todas las personas con enfermedades crónicas evolutivas y con pronóstico de vida limitado<sup>8-9</sup>. El instrumento NECPAL CCOMS – ICO © es un cuestionario que administra el profesional de atención primaria y que permite identificar al paciente como MACA<sup>5</sup>(NECPAL positivo)<sup>10-11</sup>. La prevalencia de estos pacientes es del 1,5% de la población y se les reconoce una afectación clínica comprometida<sup>12</sup>. Su pronóstico de vida es posiblemente inferior a 12 meses, por tanto, precisan una orientación mayoritariamente paliativa<sup>10</sup>. Este hecho requiere mayor atención por parte de los profesionales de atención primaria de salud y de mayor soporte a la estructura cuidadora.

La continua dedicación de los cuidadores a la persona atendida puede ocasionar cambios a nivel personal, familiar, social y laboral que, con el paso del tiempo, pueden implicar sobrecarga<sup>13</sup>. El concepto de sobrecarga del cuidador es complejo, aunque se relaciona con los efectos negativos de la relación de cuidado con la persona cuidada<sup>14</sup>. Es un estado psicológico originado por la combinación del trabajo físico, la presión emocional, las restricciones sociales y las demandas económicas que surgen del cuidado<sup>15</sup>. Engloba la sobrecarga objetiva, los cambios comportamentales y de autonomía del cuidador, y la subjetiva, la reacción emocional del mismo<sup>16</sup>. Las consecuencias se reflejan en la salud física y psíquica, como ansiedad y depresión<sup>17</sup>.

Cuando el cuidador informal experimenta sobrecarga intensa según el cuestionario Zarit, existe riesgo de claudicación. Se define como “la manifestación, implícita o explícita, de la pérdida de capacidad de la familia para ofrecer una respuesta adecuada a las demandas y necesidades del enfermo a causa de un agotamiento o sobrecarga”<sup>18</sup>. La claudicación es una causa frecuente de ingreso de los pacientes en residencias o centros sociosanitarios. Por lo cual, detectar o disminuir la sobrecarga y prevenir la claudicación es un objetivo importante para los profesionales de atención primaria de salud<sup>19</sup>.

Por todo ello, la población de estudio serán los pacientes identificados como MACA y los cuidadores informales de los mismos.

## OBJETIVOS

Objetivo principal.

Analizar la percepción de carga subjetiva de los cuidadores informales de pacientes identificados como MACA y valorar el riesgo de claudicación asociado.

Objetivos secundarios.

- Valorar la calidad de vida de los cuidadores informales.
- Valorar el nivel de ansiedad y depresión que presentan estos cuidadores.
- Determinar el perfil de los cuidadores informales y de los pacientes identificados como MACA.
- Establecer las características del cuidado proporcionado por los cuidadores que pueden influir en la situación de sobrecarga.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se llevará a cabo un estudio de corte transversal en los Centros de Atención Primaria Les Corts, Borrell y Casanova de la ciudad de Barcelona a partir del mes de marzo de 2017.

Los criterios de inclusión para participar en el estudio son los siguientes: pacientes identificados como MACA, cuidador informal principal del paciente identificado como MACA, ser cuidador informal del paciente más de seis meses, ser mayor de edad y, por supuesto, aceptar participar de manera voluntaria. Por otro lado, como criterios de exclusión: cuidadores formales, cuidadores con deterioro cognitivo o problemas de comunicación y negativa a la participación.

Se incluirá a todos los pacientes identificados como MACA de los centros pertenecientes al CAPSBE. El número de pacientes con esta etiqueta en el CAP Les Corts es de 24 a fecha de 24 de enero de 2017. Se

---

<sup>5</sup> El Pla de Salut de Catalunya 2011-2015 contempla dos perfiles de personas con complejidad, los pacientes crónicos complejos (PCC) y aquellos que precisan un Modelo de Atención a la Cronicidad Avanzada (MACA). Un modelo para pacientes en fase avanzada.

espera que haya un número similar en los otros dos centros, por lo cual, la propuesta de muestra es de N=75.

La variable principal es la siguiente:

- **Sobrecarga del cuidador.** Se define como el estado psicológico que resulta de la combinación de trabajo físico, presión emocional, restricciones sociales y las demandas económicas que surgen del cuidado de un enfermo dependiente o con discapacidad<sup>16</sup>. Se medirá mediante el cuestionario de sobrecarga del cuidador de Zarit.

Las variables secundarias que se analizarán se engloban en tres grupos:

- En relación con el cuidador informal: variables sociodemográficas (edad, sexo y estado civil), nivel sociocultural, jornada laboral, actividades recreativas, unidad de convivencia y relación con la persona cuidada. Se estudiará el estado emocional (ansiedad y depresión) y para su valoración utilizaremos la escala de ansiedad y depresión de Goldberg. También, se valorará la calidad de vida del cuidador mediante el cuestionario de calidad de vida de los cuidadores informales ICUB97.
- Variables relacionadas con la persona identificada como MACA: variables sociodemográficas, unidad de convivencia, nivel sociocultural y valoración funcional con ayuda del índice de Barthel. Se indagará sobre la inclusión en otros programas del centro (programa de atención domiciliaria, de gestión de casos o PADES) y la gestión de ayudas a servicios sociales. Se estudiarán sus problemas de salud mediante el instrumento NECPAL CCOMS – ICO ©.
- En relación con las características del cuidado: parentesco entre el paciente y el cuidador, tiempo desde que el cuidador le cuida, número de horas dedicadas al cuidado diario y apoyos externos por parte de terceras personas.

Se incluyen los siguientes instrumentos de recolección de la información:

- Instrumento NECPAL – CCOMS – ICO © (anexo I). Se compone de una pregunta subjetiva y de tres parámetros de carácter objetivo. Para identificar a un paciente como MACA debe obtener una respuesta negativa a la pregunta sorpresa y, al menos, otra pregunta con respuesta positiva<sup>10</sup>. Se trata de un cuestionario validado.
- Cuestionario de sobrecarga del cuidador de Zarit (anexo II). Explora los efectos negativos de la carga del paciente sobre el cuidador. Escala validada y autoadministrada que consta de 22 ítems. Se establecen diferentes grados de sobrecarga del cuidador en función de la puntuación obtenida, de 22 a 46 no existe sobrecarga, de 47 a 55 sobrecarga leve y de 56 a 110 sobrecarga intensa<sup>20</sup>.
- Cuestionario de calidad de vida de los cuidadores informales ICUB97 (anexo III). Pretende evaluar la calidad de vida de los cuidadores informales desde una perspectiva enfermera. Consta de dos partes, la primera contiene 48 ítems referentes a los cuidados que presta el cuidador a otra persona. La segunda consta de 42 ítems sobre las repercusiones que ocasiona el cuidar en el cuidador informal. La puntuación total es la suma de todos los ítems. Cuanto mayor es la puntuación, mayor es el nivel de sobrecarga<sup>21</sup>. se trata de un cuestionario validado.
- Escala de ansiedad y depresión de Goldberg (anexo IV). Se encuentra indicada para evaluar el estado afectivo de la población general. Se trata de un cuestionario validado y heteroadministrado que consta de dos subescalas. Ambas se componen de 4 ítems iniciales para averiguar si es posible que exista un trastorno y de un segundo grupo de 5 ítems que se formulan si se obtienen respuestas positivas a las anteriores. Se detectará ansiedad a partir de 4 puntos y depresión a partir de 2 puntos<sup>22</sup>.
- Índice de Barthel (anexo V). Escala validada y heteroadministrada que mide la capacidad de una persona para realizar actividades de la vida diaria. Los posibles valores se encuentran entre cero (máxima dependencia) y cien puntos (independencia)<sup>23</sup>.
- Cuaderno de recogida de datos (anexo VI). Se incluyen todas las variables expuestas en el apartado anterior no recogidas por otros cuestionarios o escalas. Será rellenado por el cuidador informal y por la investigadora.

Respecto al procedimiento de recogida de la información, en primer lugar, se obtendrán los datos de los pacientes etiquetados como MACA en los Centros de Atención Primaria incluidos en el estudio y la fecha de su identificación mediante solicitud por correo electrónico a la UTSI durante el mes de marzo. Además,

se pedirán los datos del cuidador principal identificado. Se informará a los profesionales referentes de los pacientes del estudio que se realizará.

Seguidamente, entre los meses de abril a agosto de 2017, se contactará de manera telefónica con el cuidador principal, se explicará el estudio que estamos realizando y se solicitará su colaboración. Se descartará a aquellos que no cumplan los criterios de inclusión y los que no deseen participar en el estudio.

En el domicilio, entregaremos el documento de información al paciente, aclarando posibles dudas y el consentimiento informado que deberán signar. Solicitaremos a los cuidadores que rellenen el cuestionario de sobrecarga del cuidador de Zarit, el cuestionario ICUB97 y administraremos la escala de Goldberg y el cuaderno de recolección de datos. Le administraremos el índice de Barthel al paciente y completaremos datos sobre problemas de salud por revisión de la Historia Clínica tras la visita y signatura del consentimiento informado.

Finalmente, los resultados se analizarán a partir de septiembre de 2017.

Para el análisis de los datos, las variables continuas se expresarán como media y desviación estándar o la mediana y percentiles 25 y 75 en caso de tener una distribución asimétrica y las variables categóricas como porcentajes.

Se analizará la sobrecarga del cuidador en función de la ansiedad y la depresión mediante la prueba t de Student o su equivalente no paramétrica en caso de no cumplir condiciones de normalidad. Para todas las demás variables secundarias también se utilizará el mismo test o un modelo de regresión lineal en caso que la variable sea continua. Se realizará un sub-análisis para estudiar las características de la muestra que haya obtenido puntuaciones en el índice de Zarit que indiquen claudicación. Finalmente, con las variables que hayan resultado significativas se introducirán en un modelo de regresión multivariable para examinar qué factores explican la claudicación del cuidador. En todos los análisis, el nivel de significación estadística se establecerá en  $\alpha = 0,05$ . El análisis se realizará con el programa SPSS. La estrategia de análisis prevista (en función del tipo de estudio).

## RELEVANCIA

En algunos artículos se ha estudiado la sobrecarga y el riesgo de claudicación de los cuidadores de pacientes con patologías avanzadas. No obstante, debido a la reciente identificación de los pacientes MACA no existen estudios que valoren el riesgo de claudicación de sus cuidadores familiares. En algunas visitas, se observa presión psicológica y física sobre sus cuidadores, que pueden causar sobrecarga. Este hecho podría implicar problemas de salud y, como consecuencia, fracaso en el cuidado de la persona atendida. Por ello, es importante conocer a los cuidadores informales que se encuentren en riesgo de claudicación y las características que tienen. Además, es interesante conocer el perfil del paciente identificado como MACA y las características del cuidado que pueden influir en esta situación.

El presente proyecto aportará información relacionada con pacientes identificados como MACA y sus cuidadores. En caso de que los cuidadores familiares presenten riesgo de claudicación se contactará con los profesionales de atención primaria para que tengan en cuenta la situación de los mismos. Además, se facilitará la participación en talleres de soporte al cuidador.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Dwyer J.W, Lee G.R, Jankowski T.B. Reciprocity, elder satisfaction, and caregiver stress and burden: the exchange of aid in the family caregiving relationship. *J. Marriage Fam* 1994;56(1):35-43.
2. Rogero - García J. Distribución en España del cuidado formal e informal a las personas mayores de 65 y más años en situación de dependencia. *Rev Esp Salud Pública*. 2009;83:393-405.
3. Torres Egea M, Ballesteros Pérez E, Sánchez Castillo D. Programas e intervenciones de apoyo a los cuidadores informales en España. *Gerokomos*. 2008;19(1):9-15.
4. López Gila M, Orueta Sánchez R, Gómez-Carola S, Sánchez Oropesa A, Carmona de la Morena J, Alonso Moreno F. El rol de Cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su calidad de vida y su salud. *Rev Clín Med Fam*. 2009;2(7):332-339.

5. Delalibera M, Presa J, Barbosa A, Leal I. Sobrecarga no cuidar e suas repercussões nos cuidadores de pacientes em fim de vida: revisão sistemática da literatura. *Ciência Saúde Col.* 2015;20(9):2731-2747.
6. Durán M.A. Los costes invisibles de la enfermedad. Bilbao: Fundación BBVA. 1999.
7. García Calventea M, Mateo Rodríguez I, Maroto Navarro G. El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. *Gac Sanit.* 2004;18:83-92.
8. Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, Blay C, Amblàs J, Vila L, Costa X. Identificación de personas con enfermedades crónicas avanzadas y necesidad de atención paliativa en servicios sanitarios y sociales: elaboración del instrumento NECPAL CCOMS-ICO. *Med Clin.* 2013;140(6):241-245.
9. Gómez-Batiste X, Espinosa J, Porta-Sales J, Benito E. Modelos de atención, organización y mejora de la calidad para la atención de los enfermos en fase terminal y su familia: aportación de los cuidados paliativos. *Med Clin.* 2010;135(2):83-89.
10. Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, Blay C, Amblàs J, Vila L, Costa X, et al. Proyecto NECPAL CCOMS-ICO: Identificación y Atención Integral-Integrada de Personas con Enfermedades Crónicas Avanzadas en Servicios de Salud y Sociales. (Internet). Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departament de Salut y Observatori QUALY/Centre colaborador de la OMS per a Programes Públics de Cures Pal·liatives de l'Institut Català d'Oncologia; 2011 (consultado el 21 de febrero de 2016). Disponible en:  
[http://ico.gencat.cat/web/.content/minisite/ico/professionals/documents/qualy/arxius/doc\\_necpal\\_ccoms-ico\\_instrumento\\_doc\\_generalv1\\_esp\\_vf\\_201203.pdf](http://ico.gencat.cat/web/.content/minisite/ico/professionals/documents/qualy/arxius/doc_necpal_ccoms-ico_instrumento_doc_generalv1_esp_vf_201203.pdf)
11. Pla de Salut de Catalunya 2011-2015 (Internet). Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departament de Salut; 2012 (consultado el 21 de febrero de 2016). Disponible en:  
[http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/destaquem/documents/plasalut\\_vfinal.pdf](http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/destaquem/documents/plasalut_vfinal.pdf)
12. Gómez-Batiste X, Blay B, Amblàs J, Vila L, Costa X, Espauella J, et. al. Prevalence and characteristics of patients with advanced chronic conditions in need of palliative care in the general population: A cross-sectional study. *Palliat Med.* 2014;28(4):302-311.
13. Blanco T. L, Librada Flores S, Rocafort Gil J, Cabo Domínguez R, Galea Martín T, Alonso Prado M. Perfil del cuidador principal del enfermo en situación terminal y análisis del riesgo de desarrollar duelo patológico. *Med Pal.* 2007;14(3):1-5.
14. Krug K, Miksch A, Peters-Klimm F, Engeser P, Szecsenyi J. Correlation between patient quality of life in palliative care and burden of their family caregivers: a prospective observational cohort study. *BMC Pal Care.* 2016;15(4):1-8.
15. Alfaro-Ramírez O, Morales-Vigil T, Vázquez-Pineda F, Sánchez-Román S, Ramos-del Río B, Guevara-López U. Sobrecarga, ansiedad y depresión en cuidadores primarios de pacientes con dolor crónico y terminal. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2008;46(5):485-494.
16. Schulz R, Beach SR. Caregiving as a risk factor for mortality: the caregiver health effects study. *JAMA.* 1999;282:2215-2219.
17. Pivodic L, Van den Block L, Pardon K, Miccinesi G, Vega Alonso T, Boffin N, et.al. Burden on family carers and care-related financial strain at the end of life: a cross-national population-based study. *Eur. J. Public Health.* 2014;24(5):819-826.
18. De Quadras S, Hernández M.A, Pérez E, Apolinar A, Molina D, Montillo R, et al. Reflexiones multicéntricas sobre la claudicación. *Med Pal.* 2003;10:187-90.
19. Alonso Babarro A. Atención a la familia. *Aten Primaria.* 2006;38(2):14-20.
20. Martín M, Salvadó I, Nadal S, Mijo L.C, Rico J.M, Lanz P, Taussig M.I. Adaptación para nuestro medio de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit. *Rev Gerontol.* 1996;6:338-346.
21. Úbeda Bonet I. Calidad de vida de los cuidadores familiares: evaluación mediante un cuestionario. Barcelona. 2009.



- 
22. Goldberg D, Bridges K, Duncan-Jones P, Grayson D. Detecting anxiety and depression in general medical settings. *Br Med J.* 1988;97:897-899.
23. Barrero Solís C, García Arrijoja S, Ojeda Manzano A. (2005). Índice de Barthel (IB): Un instrumento esencial para la evaluación funcional y la rehabilitación. *Plast Rest Neurol.* 2005;4(1-2):81-85.

**ANEXOS**

**Anexo I. Instrumento NECPAL CCOMS-ICO ©.**

<b>1. LA PREGUNTA SORPRESA</b> – una pregunta intuitiva que integra comorbilidad, aspectos sociales y otros factores	
¿Le sorprendería que este paciente muriese en los próximos 12 meses?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
<b>2. ELECCIÓN / DEMANDA O NECESIDAD<sup>1</sup></b> – explore si alguna de las siguientes dos preguntas es afirmativa	
<b>Elección / demanda:</b> ¿el paciente con enfermedad avanzada o su cuidador principal han solicitado, explícita o implícitamente, la realización de tratamientos paliativos / de confort de forma exclusiva, proponen limitación del esfuerzo terapéutico o rechazan tratamientos específicos o con finalidad curativa?]	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Necesidad:</b> ¿considera que este paciente requiere actualmente medidas paliativas o tratamientos paliativos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>3. INDICADORES CLÍNICOS GENERALES DE SEVERIDAD Y PROGRESIÓN</b> – explore la presencia de cualquier de los siguientes criterios de severidad y fragilidad extrema	
<b>Marcadores nutricionales</b> , cualquiera de los siguientes, en los últimos 6 meses: <input type="checkbox"/> Severidad: albúmina sérica < 2.5 g/dl, no relacionada con descompensación aguda <input type="checkbox"/> Progresión: pérdida de peso > 10% <input type="checkbox"/> Impresión clínica de deterioro nutricional o ponderal sostenido, intenso / severo, progresivo, irreversible y no relacionado con proceso intercurrente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Marcadores funcionales</b> , cualquiera de los siguientes, en los últimos 6 meses: <input type="checkbox"/> Severidad: dependencia funcional grave establecida (Barthel < 25, ECOG > 2 ó Kamofsky < 50%) <input type="checkbox"/> Progresión: pérdida de 2 o más ABVD (actividades básicas de la vida diaria) a pesar de intervención terapéutica adecuada <input type="checkbox"/> Impresión clínica de deterioro funcional sostenido, intenso / severo, progresivo, irreversible y no relacionado con proceso intercurrente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Otros marcadores de severidad y fragilidad extrema</b> , al menos 2 de los siguientes, en los últimos 6 meses: <input type="checkbox"/> Úlceras por decúbito persistentes (estadio III – IV) <input type="checkbox"/> Infecciones con repercusión sistémica de repetición (> 1) <input type="checkbox"/> Síndrome confusional agudo <input type="checkbox"/> Disfagia persistente <input type="checkbox"/> Caídas (> 2)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Presencia de <b>distress emocional</b> con síntomas psicológicos sostenidos, intensos/severos, progresivos y no relacionados con proceso intercurrente agudo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Factores adicionales de uso de recursos</b> , cualquiera de los siguientes: <input type="checkbox"/> 2 ó más ingresos urgentes (no programados) en centros hospitalarios o sociosanitarios por enfermedad crónica en el último año <input type="checkbox"/> Necesidad de cuidados complejos / intensos continuados, bien sea en una institución o en domicilio	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Comorbilidad:</b> ≥ 2 patologías concomitantes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

**4. INDICADORES CLÍNICOS ESPECÍFICOS DE SEVERIDAD Y PROGRESIÓN POR PATOLOGÍAS – explore la presencia de criterios objetivos de mal pronóstico para las siguientes patologías seleccionadas**

**ENFERMEDAD ONCOLÓGICA** (sólo requiere la presencia de un criterio)  **Sí**  **No**

Diagnóstico confirmado de cáncer metastásico (estadio IV) y en algunos casos –como en las neoplasias de pulmón, páncreas, gástrica y esofágica- también en estadio III, que presenten: escasa respuesta o contraindicación de tratamiento específico, brote evolutivo en transcurso de tratamiento o afectación metastásica de órganos vitales (SNC, hígado, pulmonar masiva, etc.)

Deterioro funcional significativo (Palliative Performance Status (PPS) < 50%)

Síntomas persistentes mal controlados o refractarios, a pesar de optimizar tratamiento específico

**ENFERMEDAD PULMONAR CRÓNICA** (presencia de dos o más de los siguientes criterios)  **Sí**  **No**

Disnea de reposo o de mínimos esfuerzos entre exacerbaciones

Síntomas físicos o psicológicos de difícil manejo, a pesar de tratamiento óptimo bien tolerado

En caso de disponer de pruebas funcionales respiratorias (con advertencia sobre la calidad de las pruebas), criterios de obstrucción severa: FEV1 < 30% o criterios de déficit restrictivo severo: CV forzada < 40% / DLCO < 40%

En caso de disponer de gasometría arterial basal, cumplimiento de criterios de oxigenoterapia domiciliaria o estar actualmente realizando este tratamiento en casa

Insuficiencia cardíaca sintomática asociada

Ingresos hospitalarios recurrentes (> 3 ingresos en 12 meses por exacerbaciones de EPOC)

**ENFERMEDAD CARDÍACA CRÓNICA** (presencia de dos o más de los siguientes criterios)  **Sí**  **No**

Insuficiencia cardíaca NYHA estadio III ó IV, enfermedad valvular severa o enfermedad coronaria extensa no revascularizable

Disnea o angina de reposo o a mínimos esfuerzos

Síntomas físicos o psicológicos de difícil manejo, a pesar de tratamiento óptimo bien tolerado

En caso de disponer de ecocardiografía: fracción de eyección severamente deprimida (< 30%) o HTAP severa (PAPS > 60 mmHg)

Insuficiencia renal asociada (FG < 30 l/min)

Ingresos hospitalarios con síntomas de insuficiencia cardíaca /cardiopatía Isquémica, recurrentes (> 3 último año)

**ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS CRÓNICAS (1): AVC** (sólo requiere la presencia de un criterio)  **Sí**  **No**

Durante la fase aguda y subaguda (< 3 meses post-AVC): estado vegetativo persistente o de mínima consciencia > 3 días

Durante la fase crónica (> 3 meses post-AVC): complicaciones médicas repetidas (neumonía por aspiración, a pesar de medidas antidisfagia), infección urinaria de vías altas (pielonefritis) de repetición (>1), fiebre recurrente a pesar de antibióticos (fiebre persistente post > 1 semana de ATB), úlceras per decúbito estadio 3-4 refractarias o demencia con criterios de severidad post-AVC

**ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS CRÓNICAS (2): ELA Y ENFERMEDADES DE MOTONEURONA,**

**ESCLEROSIS MÚLTIPLE Y PARKINSON** (presencia de dos o más de los siguientes criterios)  **Sí**  **No**

Deterioro progresivo de la función física y / o cognitiva, a pesar de tratamiento óptimo

Síntomas complejos y difíciles de controlar

Problemas en el habla / aumento de dificultad para comunicarse

Disfagia progresiva

Neumonía por aspiración recurrente, disnea o insuficiencia respiratoria

**ENFERMEDAD HEPÁTICA CRÓNICA GRAVE** (sólo requiere la presencia de un criterio)  **Sí**  **No**

Cirrosis avanzada: estadio Child C (determinado en ausencia de complicaciones o habiéndolas tratado y optimizado el tratamiento), puntuación de MELD-Na > 30 o con una o más de las siguientes complicaciones médicas: ascitis refractaria, síndrome hepato-renal o hemorragia digestiva alta por hipertensión portal persistente con fracaso al tratamiento farmacológico y endoscópico y no candidato a TIPS, en pacientes no candidatos a trasplante

Carcinoma hepatocelular: presente, en estadio C o D (BCLC)

**ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA GRAVE** (sólo requiere la presencia de un criterio)  **Sí**  **No**

Insuficiencia renal grave (FG < 15) en pacientes no candidatos a tratamiento sustitutivo y / o trasplante

**DEMENCIA** (presencia de dos o más de los siguientes criterios)  **Sí**  **No**

Criterios de severidad : Incapacidad para vestirse, lavarse o comer sin asistencia (GDS/FAST 6c), aparición de incontinencia doble (GDS/FAST 6d-e) o incapacidad de hablar o comunicarse con sentido -6 o menos palabras inteligibles- (GDS/FAST 7)

Criterios de progresión: pérdida de 2 o más ABVD (actividades básicas de la vida diaria ) en los últimos 6 meses, a pesar de intervención terapéutica adecuada (no valorable en situación hiperaguda por proceso intercurrente) o aparición de dificultad para tragar, o negativa a comer, en pacientes que no recibirán nutrición enteral o parenteral

Criterio de uso de recursos: múltiples ingresos (> 3 en 12 meses, por procesos intercurrentes -neumonía aspirativa, pielonefritis,



**Anexo II. Cuestionario de Zarit.**

<b>Instrucciones para la persona cuidadora:</b>	<b>Nunca</b>	<b>Rara vez</b>	<b>Algunas veces</b>	<b>Bastantes veces</b>	<b>Casi siempre</b>
A continuación se presenta una lista de afirmaciones, en las cuales se refleja cómo se sienten, a veces, las personas que cuidan a otra persona. Después de leer cada afirmación, debe indicar con que frecuencia se siente Vd. así: nunca, raramente, algunas veces, bastante a menudo y casi siempre. A la hora de responder piense que no existen respuestas acertadas o equivocadas, sino tan sólo su experiencia.					
1. ¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?					
2. ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para Vd.?					
3. ¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?					
4. ¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?					
5. ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?					
6. ¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?					
7. ¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?					
8. ¿Piensa que su familiar depende de Vd.?					
9. ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?					
10. ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?					
11. ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar?					
12. ¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar a su familiar?					
13. ¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?					
14. ¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?					
15. ¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?					
16. ¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?					
17. ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?					
18. ¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?					
19. ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?					
20. ¿Piensa que debería hacer más por su familiar?					
21. ¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?					
22. Globalmente, ¿qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a tu familiar?					

**Anexo III. Cuestionario ICUB97.**

Primera parte. Cuidados que presta el cuidador:

<p><b>Oxigenación</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Adecua las condiciones del hogar.</li> <li><input type="checkbox"/> Le ayuda y/o le practica rehabilitación respiratoria.</li> <li><input type="checkbox"/> Le administra tratamiento.</li> </ul>	<p><b>Nutrición</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Le compra los alimentos.</li> <li><input type="checkbox"/> Le cocina los alimentos.</li> <li><input type="checkbox"/> Le prepara una dieta especial.</li> <li><input type="checkbox"/> Le da la comida.</li> <li><input type="checkbox"/> Lo alimenta por sonda.</li> </ul>	<p><b>Eliminación</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Lo acompaña al lavabo.</li> <li><input type="checkbox"/> Le pone la cuña.</li> <li><input type="checkbox"/> Le cambia los pañales.</li> <li><input type="checkbox"/> Le administra medicación/enemas para regular el tránsito intestinal.</li> </ul>
<p><b>Movimiento</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Lo acompaña a los servicios sanitarios.</li> <li><input type="checkbox"/> Le ayuda a deambular dentro de casa o de la cama al sillón.</li> <li><input type="checkbox"/> Le practica cambios posturales.</li> </ul>	<p><b>Descanso y sueño</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Lo vigila en sus horas de descanso.</li> <li><input type="checkbox"/> Le administra medicación para dormir.</li> </ul>	<p><b>Vestirse y desvestirse</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Le ayuda a escoger la ropa y calzado adecuados.</li> <li><input type="checkbox"/> Le ayuda a vestirse y desvestirse.</li> <li><input type="checkbox"/> Lo viste y lo desnuda.</li> </ul>
<p><b>Termorregulación</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Adecua la temperatura del hogar.</li> <li><input type="checkbox"/> Le vigila la temperatura corporal.</li> <li><input type="checkbox"/> Le administra medicación para regular la temperatura.</li> </ul>	<p><b>Higiene y protección de la piel</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Supervisa la higiene del enfermo y del hogar.</li> <li><input type="checkbox"/> Le realiza la higiene de cabello y /o pies.</li> <li><input type="checkbox"/> Le corta las uñas de los pies.</li> <li><input type="checkbox"/> Le realiza la higiene de la boca.</li> <li><input type="checkbox"/> Le realiza toda la higiene.</li> <li><input type="checkbox"/> Le previene las lesiones de la piel.</li> <li><input type="checkbox"/> Le cura las lesiones de la piel.</li> </ul>	<p><b>Evitar peligros</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Adecua las condiciones del hogar.</li> <li><input type="checkbox"/> Lo vigila para que no se accidente.</li> <li><input type="checkbox"/> Supervisa la autoadministración de medicamentos.</li> <li><input type="checkbox"/> Le administra la medicación.</li> </ul>
<p><b>Comunicarse</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Hace de intermediario entre el enfermo y los sanitarios.</li> <li><input type="checkbox"/> Le hace compañía.</li> <li><input type="checkbox"/> Es el depositario de las inquietudes del enfermo.</li> <li><input type="checkbox"/> Utiliza la comunicación no verbal para comunicarse con el enfermo.</li> </ul>	<p><b>Vivir según sus creencias</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Le facilita poder vivir según sus creencias y valores.</li> </ul>	<p><b>Trabajar y realizarse</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Le ayuda a distribuirse su tiempo.</li> <li><input type="checkbox"/> Le administra sus recursos materiales.</li> <li><input type="checkbox"/> Toma decisiones por el enfermo.</li> </ul>
<p><b>Recreación</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Le acompaña a pasear.</li> <li><input type="checkbox"/> Le proporciona entretenimiento.</li> <li><input type="checkbox"/> Le facilita poder realizar sus aficiones.</li> </ul>	<p><b>Aprender</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Le proporciona recursos para poder aprender.</li> <li><input type="checkbox"/> Le enseña como mejorar su salud y bienestar.</li> <li><input type="checkbox"/> Le enseña el manejo de su enfermedad.</li> </ul>	

Segunda parte. Repercusiones del cuidar en el cuidador.

Desde que cuida:

<p><b>Oxigenación</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Tiene sensación de falta de aire.</li> <li><input type="checkbox"/> Fuma más.</li> <li><input type="checkbox"/> Ha empezado a fumar.</li> </ul>	<p><b>Nutrición</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Come a destiempo.</li> <li><input type="checkbox"/> Ha perdido el apetito.</li> <li><input type="checkbox"/> Tiene malas digestiones.</li> <li><input type="checkbox"/> Ha perdido /aumentado peso.</li> <li><input type="checkbox"/> Bebe más alcohol.</li> </ul>	<p><b>Eliminación</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Tiene alteraciones en el ritmo intestinal.</li> <li><input type="checkbox"/> Tiene alteraciones en el ritmo menstrual.</li> <li><input type="checkbox"/> Toma laxantes.</li> </ul>
<p><b>Movimiento</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Practica menos actividad física.</li> <li><input type="checkbox"/> Se le hinchan los pies/piernas.</li> <li><input type="checkbox"/> Tiene dolor de espalda.</li> <li><input type="checkbox"/> Toma analgésicos para el dolor.</li> </ul>	<p><b>Descanso y sueño</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Está más cansado.</li> <li><input type="checkbox"/> Duerme/descansa menos.</li> <li><input type="checkbox"/> Se despierta a menudo.</li> <li><input type="checkbox"/> Toma medicación para dormir.</li> </ul>	<p><b>Vestirse y desvestirse</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Tiene dificultades para vestirse como lo hacía habitualmente.</li> </ul>
<p><b>Termoregulación</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Tiene dificultades para mantener la temperatura corporal.</li> </ul>	<p><b>Higiene y protección de la piel</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Dedicar menos tiempo al cuidado personal.</li> </ul>	<p><b>Evitar peligros</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Siente desinterés por su entorno.</li> <li><input type="checkbox"/> Se nota irritado.</li> <li><input type="checkbox"/> Se nota más nervioso.</li> <li><input type="checkbox"/> Se siente impotente.</li> <li><input type="checkbox"/> Se siente ansioso.</li> <li><input type="checkbox"/> Está deprimido.</li> <li><input type="checkbox"/> Toma medicamentos.</li> <li><input type="checkbox"/> Toma medidas de auto-protección.</li> </ul>
<p><b>Comunicarse</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Come a parte del resto de la familia.</li> <li><input type="checkbox"/> Tiene menos relaciones sociales</li> <li><input type="checkbox"/> Tiene dificultades para expresar sus sentimientos.</li> <li><input type="checkbox"/> Tiene alteraciones en la vida sexual.</li> </ul>	<p><b>Vivir según sus creencias</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Han cambiado sus creencias y/o valores.</li> </ul>	<p><b>Trabajar y realizarse</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Tiene dificultades para distribuirse su tiempo</li> <li><input type="checkbox"/> Tiene dificultades para promocionarse laboralmente.</li> <li><input type="checkbox"/> Trabaja menos tiempo fuera del hogar.</li> <li><input type="checkbox"/> Ha adaptado su trabajo de fuera del hogar para cuidar.</li> <li><input type="checkbox"/> Ha abandonado su trabajo.</li> <li><input type="checkbox"/> Se ha alterado su vida familiar.</li> <li><input type="checkbox"/> Se ha reducido su economía.</li> </ul>
<p><b>Recreación</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Tiene menos tiempo libre.</li> <li><input type="checkbox"/> Ha modificado sus actividades de ocio.</li> </ul>	<p><b>Aprender</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Necesita conocimientos y/o habilidades para cuidar.</li> <li><input type="checkbox"/> Tiene dificultad para satisfacer su necesidad de aprender.</li> </ul>	

Anexo IV. Escala de ansiedad y depresión de Goldberg.

SUBESCALA DE ANSIEDAD	RESPUESTAS	PUNTOS
1.- ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?		
2.- ¿Ha estado muy preocupado por algo?		
3.- ¿Se ha sentido muy irritable?		
4.- ¿Ha tenido dificultad para relajarse		
<b>Puntuación Total</b> (Si hay 2 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)		
5.- ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?		
6.- ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?		
7.- ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea? (síntomas vegetativos)		
8.- ¿Ha estado preocupado por su salud?		
9.- ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?		
<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>		

SUBESCALA DE DEPRESIÓN	RESPUESTAS	PUNTOS
¿Se ha sentido con poca energía?		
¿Ha perdido usted su interés por las cosas?		
¿Ha perdido la confianza en sí mismo?		
¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas?		
<b>Puntuación Total</b> (Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar preguntando)		
¿Ha tenido dificultades para concentrarse?		
¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)		
¿Se ha estado despertando demasiado temprano?		
¿Se ha sentido usted enlentecido?		
¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?		
<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>		

<b>PUNTUACIÓN TOTAL (Escala única)</b>	
--	--

**Anexo V. Índice de Barthel.**

Actividad	Descripción	Puntaje
<b>Comer</b>	1. Incapaz	0
	2. Necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc.	5
	3. Independiente (la comida está al alcance de la mano)	10
<b>Trasladarse entre la silla y la cama</b>	1. Incapaz, no se mantiene sentado	0
	2. Necesita ayuda importante (1 persona entrenada o 2 personas), puede estar sentado	5
	3. Necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o ayuda verbal)	10
	4. Independiente	15
<b>Aseo personal</b>	1. Necesita ayuda con el aseo personal	0
	2. Independiente para lavarse la cara, las manos y los dientes, peinarse y afeitarse	5
<b>Uso del retrete</b>	1. Dependiente	0
	2. Necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo solo	5
	3. Independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse)	10
<b>Bañarse o Ducharse</b>	1. Dependiente	0
	2. Independiente para bañarse o ducharse	5
<b>Desplazarse</b>	1. Inmóvil	0
	2. Independiente en silla de ruedas en 50 m	5
	3. Anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal)	10
	4. Independiente al menos 50 m, con cualquier tipo de muleta, excepto andador	15
<b>Subir y bajar escaleras</b>	1. Incapaz	0
	2. Necesita ayuda física o verbal, puede llevar cualquier tipo de muleta	5
	3. Independiente para subir y bajar	10
<b>Vestirse y desvestirse</b>	1. Dependiente	0
	2. Necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente, sin ayuda	5
	3. Independiente, incluyendo botones, cremalleras, cordones, etc.	10
<b>Control de heces</b>	1. Incontinente (o necesita que le suministren enema)	0
	2. Accidente excepcional (uno/semana)	5
	3. Continente	10
<b>Control de orina</b>	1. Incontinente, o sondado incapaz de cambiarse la bolsa	0
	2. Accidente excepcional (máximo uno/24 horas)	5
	3. Continente, durante al menos 7 días	10

**Anexo VI. Cuaderno de recogida de datos del cuidador y del paciente.**

Cuidador informal \_\_\_\_\_

**Título del estudio:**
**RIESGO DE CLAUDICACIÓN DE LOS CUIDADORES INFORMALES DE PACIENTES IDENTIFICADOS CON EL MODELO DE ATENCIÓN A LA CRONICIDAD AVANZADA.**
**Investigadora principal:**

Raquel Bru Ciges.

 Unidad Docente Clínic–Maternitat.  
 Centro de Atención Primaria Les Corts–Borrell–Casanova.  
 Barcelona, 2015–2016.

 La información recogida en el presente cuaderno es confidencial.  
 Se mantendrá el anonimato de los participantes.

**CARACTERÍSTICAS DEL CUIDADOR INFORMAL.**

Sexo:

Masculino \_\_\_\_\_ Femenino \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ (dd/mm/aaaa)

Estado civil:

Soltero/a \_\_\_\_\_ Casado/a o vive en pareja \_\_\_\_\_

Divorciado/a o separado/a \_\_\_\_\_ Viudo/a \_\_\_\_\_

Estudios finalizados:

Primarios no finalizados \_\_\_\_\_ Primaria \_\_\_\_\_

Secundaria \_\_\_\_\_ Formación profesional \_\_\_\_\_

Bachillerato o CFGS \_\_\_\_\_ Universidad o superior \_\_\_\_\_

Situación laboral:

Trabajando \_\_\_\_\_ Desempleo \_\_\_\_\_

Jubilado/a \_\_\_\_\_ Desempeña tareas del hogar \_\_\_\_\_

Incapacidad por enfermedad o discapacidad \_\_\_\_\_

Si trabaja, ¿tiene reducción de jornada por motivo de cuidado?

¿Puede señalar los ingresos netos mensuales recibidos en su hogar? \_\_\_\_\_

¿Qué relación mantiene con la persona que cuida?

¿Convive usted con el/a paciente?

¿Desde cuándo se hace cargo de la persona que cuida?

¿Cuántas horas al día dedica al cuidado?

¿Comparte el cuidado con otras personas? (por ejemplo, con un familiar o con un trabajador contratado).

Contestar sólo si comparte. Número de horas a la semana que realiza el/la cuidador/a formal (trabajo remunerado).

Contestar sólo si comparte. Número de horas a la semana que realiza el/la cuidador/a informal (trabajo no remunerado).

**CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE IDENTIFICADO COMO MACA.**

Fecha de nacimiento del/a paciente \_\_\_\_\_ (dd/mm/aaaa)

Sexo:

Masculino \_\_\_\_\_

Femenino \_\_\_\_\_

Estado civil:

Soltero/a \_\_\_\_\_

Casado/a o vive en pareja \_\_\_\_\_ Separado/a o

divorciado/a \_\_\_\_\_ Viudo/a \_\_\_\_\_

¿Recibe alguna ayuda a través de servicios sociales?

¿Puede acudir por sus medios físicos a visitarse a su Centro de Atención Primaria?

¿Está incluido en el programa ATDOM?

¿Está incluido en el programa de gestión de casos?

¿Está en seguimiento por PADES?

**ID18:****INCORPORACIÓN DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN CAMPAMENTOS DE VERANO ESCOLARES**Sara Del Olmo Romero<sup>1</sup>, María Dolores López de la Isidra Sánchez Ajofrín<sup>2</sup>

1 Centro de Salud Río Tajo, 2 Centro de Salud la Estación.

[sara\\_uskar@hotmail.com](mailto:sara_uskar@hotmail.com)**RESUMEN**

**INTRODUCCIÓN:** La educación para la salud (EpS) es un pilar fundamental, mejora la calidad de vida. Mediante actividades teórico-prácticas facilitamos la adquisición de conocimientos sobre salud de manera dinámica, motivadora y participativa.

**OBJETIVOS:** Evaluar conocimientos sobre alimentación y consejos de verano en niños y niñas entre 7 y 12 años que acuden a campamentos de verano urbanos en colegios de Talavera de la Reina en Julio.

**DESARROLLO:** Estudio cuasiexperimental pre y post intervención. Criterios inclusión: niños entre 7 y 12 años que acudieron a campamentos urbanos en 4 colegios públicos de Talavera de la Reina en Julio. Criterios exclusión: déficit psíquico que impida comprensión y negativa a participar en la encuesta. Tamaño muestral: N=128. Inclusión niños de 4 colegios en los que se realizaron campamentos durante el mes de estudio. Se utilizó un cuestionario autodiseñado de 10 preguntas, 5 de alimentación y 5 sobre consejos de verano; fueron contestados antes y después de la intervención. Sesión teórica de 30 minutos, para grupos entre 30 y 45 niños, según cada colegio. Dividimos a los niños en 4 grupos preestablecidos, 6-8 niños, para la realización de una gymkana con 5 actividades diferentes relacionadas con los temas explicados.

**RESULTADOS:** De los participantes el 54.7% fueron hombres, Las preguntas 5, 7, 8 y 9 mejoraron significativamente tras intervención. En todos los casos el porcentaje de respuestas correctas fue mayor en el post test. En cuestionarios pretest, hubo mayor % de aciertos en el género femenino con más de 6 preguntas acertadas, 87.9% con respecto al masculino, 67.1% ( $p < 0,01$ ). En cuestionarios posttest encontramos un 87.9% con 8 o más respuestas correctas en mujeres, frente a un 68.6% en hombres ( $p < 0,05$ ). Por colegios, en pretest, observamos mayor % de aciertos en el colegio nº 1 con un 90% en 6 o más preguntas, colegio nº 2, 81.5%; colegio nº 3, 71.8% y colegio nº 4, 54.5% ( $p < 0,05$ ). En los cuestionarios posttest, con un rango de 8 o más preguntas acertadas: colegio nº 4, 81.8%; colegio nº 1, 80%; colegio nº 3, 74.4% y colegio nº 2, 74.1%. No significativo.

**CONCLUSIÓN:** Los resultados obtenidos muestran mejores resultados en cuestionarios de mujeres, mayor participación masculina. Preguntas de alimentación tuvieron menor % de aciertos que las relacionadas con los consejos de verano debido al rango de edad, los participantes más jóvenes no tenían amplios conocimientos sobre el tema. En el colegio 1 obtuvieron mejores resultados previos debido a que la edad superior al resto de colegios. En el colegio 4 observamos gran mejoría en los resultados posttest, el grupo de niños era más reducido, mayor atención por parte de los alumnos. Corto período de tiempo disponible, limitando el tamaño muestral. Se demuestra que con actividades lúdico-educativas mejoran conocimientos sobre los temas tratados, pudiendo ser reforzados posteriormente. La EpS aplicada mediante actividades lúdicas mejora el aprendizaje y la motivación. Es importante una mayor concienciación en este ámbito para mejorar la calidad de vida aplicando educación sanitaria sin que ésta pueda estar concebida como una obligación.

**PALABRAS CLAVE**

Educación, Enfermería en Salud Comunitaria, Dieta, Promoción de la Salud, Prevención Primaria.

Education, Community Health Nursing, Diet, Health Promotion, Primary Prevention.

**INTRODUCCIÓN/PRESENTACIÓN**

A través de la educación sanitaria se pretende concienciar a la población sobre la importancia de hacerse partícipes en su propia salud, modificar conductas negativas relacionadas con la promoción y la



restauración de la salud; y promover nuevas conductas positivas proporcionando la información adecuada.

La educación para la salud adaptada a los colegios intenta inculcar hábitos saludables desde la infancia. Por tanto, su finalidad es conseguir que la salud sea un patrimonio para toda la comunidad. Destaca la importancia de los profesionales sanitarios, sociales y de educación en este ámbito<sup>1,2</sup>. El personal de enfermería integra la educación para la salud en el proceso asistencial; incluyendo prevención, tratamiento y rehabilitación<sup>1,2,3</sup>.

La educación para la salud grupal y/o colectiva es el conjunto de intervenciones programadas dirigidas a un grupo homogéneo de pacientes con la finalidad de mejorar su competencia para abordar determinados problemas o aspectos de salud. Los profesionales sanitarios deben capacitarse para el trabajo intersectorial: compartir distintos lenguajes, espacios, organizaciones, puntos de vista distintos y complementarios en programas y planes de responsabilidad compartida<sup>4</sup>.

Según Springett<sup>5</sup>, los requisitos para realizar una intervención de calidad en promoción de salud son: disponer de recursos apropiados, la formación del personal y una cultura de mejora de la calidad en la organización promotora de la iniciativa.

Uno de los principios de buena práctica considerados para desarrollar una iniciativa de calidad es disponer de un equipo de trabajo competente y motivado<sup>6,7</sup>.

Un campamento es una experiencia educativa con algunas características populares: está limitada en un corto periodo de tiempo y carece de un seguimiento posterior a largo plazo, está separada y aislada de experiencias similares, no tiene profesores a la usanza tradicional, se desarrolla normalmente en un medio desconocido y más hostil que el cotidiano. Un aprendizaje en cualquiera de las áreas del conocimiento o de la experiencia, se multiplica si es divertido<sup>8</sup>.

La relevancia de una cultura alimentaria es un aspecto importante en nuestra sociedad. La prevalencia de sobrepeso y obesidad infantil y juvenil en España se sitúa en torno al 40%. A pesar de ser un parámetro estancado en la última década debemos seguir abordando esta problemática, puesto que los niveles actuales son elevados<sup>9</sup>.

Según Hopkins<sup>10</sup>, en los niños que están en edad escolar se aprecia un incremento significativo del IMC (índice de masa corporal) en los meses de verano, coincidiendo con el periodo vacacional.

Además, en los meses de julio y agosto en los servicios de atención primaria se registra un mayor número de atenciones a niños. Siendo la causa principal accidentes relacionados con los riesgos que se presentan en verano; como son caídas, quemaduras solares, deshidratación y hongos en los pies<sup>11</sup>. Por ello, centramos nuestra intervención educativa en estos aspectos.

### **OBJETIVOS (DE LA EXPERIENCIA)**

Evaluar los conocimientos sobre alimentación y conceptos básicos de salud para el verano en niños y niñas entre 7 a 12 años que acuden a campamentos de veranos urbanos en colegios desarrollados en Julio en Talavera de la Reina.

### **DESARROLLO**

Diseño:

Se trata de un estudio cuasiexperimental pre y post intervención.

Criterios de inclusión:

- Niños y niñas entre 7 y 12 años que acudieron a los campamentos urbanos en 4 colegios públicos durante el mes de Julio en Talavera de la Reina.

Criterios de exclusión

- Presencia de déficit psíquico que impida la comprensión de la sesión
- Negativa de los usuarios a participar.

Tamaño muestral:

N=128. Se incluyeron a todos los niños, de los 4 colegios en los que se realizaron campamentos de verano durante el mes de estudio.

### Recogida de datos

Para la recogida de datos se utilizó un cuestionario autodiseñado compuesto de 10 preguntas, de las cuales 5 estaban orientadas a la alimentación y las otras 5 sobre conceptos de salud enfocados a los riesgos que conlleva el verano, fueron contestados antes y después de la intervención educativa. Dichas preguntas fueron:

1. ¿Cuántas comidas debemos realizar al día?
  - a) 3
  - b) 4
  - c) 5
2. ¿Cuántos litros de agua tenemos que beber al día?
  - a) 4 litros
  - b) Medio litro
  - c) 2 litros, puede variar según las necesidades de cada persona
3. ¿Cuántas frutas y verduras debemos comer al día?
  - a) 10
  - b) 5
  - c) 2
4. ¿Qué alimento está en la base de la pirámide alimentaria?
  - a) Hamburguesa
  - b) Leche
  - c) Pan
5. ¿Cuál de los siguientes se considera un desayuno completo y equilibrado?
  - a) Un vaso de leche y tres magdalenas
  - b) No comer nada hasta el recreo
  - c) Leche, una tostada con tomate, cereales y zumo de naranja
6. ¿A qué hora debemos evitar tomar el sol?
  - a) A primera hora de la mañana
  - b) Al medio día
  - c) Por la noche
7. ¿Qué es la “comida basura”?
  - a) Hamburguesa y patatas fritas
  - b) Bocadillo jamón serrano
  - c) Bocadillo queso fresco con tomate
8. ¿Qué bebida es más saludable?
  - a) Refresco
  - b) Zumos naturales
  - c) Batido envasado
9. Para el recreo la mejor opción es...
  - a) Bollería industrial
  - b) Fruta y frutos secos
  - c) Zumos envasados
10. Para ducharse en la piscina...
  - a) Lo haremos descalzos
  - b) Utilizaremos chanclas
  - c) No importa como lo hagamos

Imagen 1. –Cuestionario autodiseñado

Se trataba de una sesión educativa de 30 minutos, para grupos entre 30 y 45 niños, según cada colegio, en formato teórico con opción a preguntas por parte de los participantes. Posteriormente dividimos a los niños en 4 grupos preestablecidos por parte de los monitores del campamento, 6-8 niños, para la realización de una gymkana con 5 actividades diferentes en relación a los temas explicados con antelación.

- Actividad 1 “Las Olimpiadas del sabor”: recorrido en forma de rayuela donde los participantes deben completar saltando por los diferentes alimentos complementarios: dulce-amargo y ácido-salado.
- Actividad 2 “El secreto de la pirámide”: en una pirámide alimentaria “vacía” los niños debían completarla en el menor tiempo posible.
- Actividad 3 “Globos escurridizos”: divididos los alimentos en dos grupos: vitaminas-minerales y grasas, los alumnos debían encestar cada globo en su caja correspondiente.
- Actividad 4 “Oasis de salud”: los participantes debían completar un recorrido con vasos de agua en las manos hasta alcanzar los litros recomendados de agua al día.
- Actividad 5 “Atrápame si puedes”: carrera de obstáculos

**RESULTADOS**

De los participantes el 54.7% fueron hombres y el 45.3% mujeres.

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Hombre</b>	70	54,7
<b>Mujer</b>	58	45,3
<b>Total</b>	128	100,0

Tabla 1. –Participación según sexo

La participación distribuida por colegios fue:

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Colegio 1</b>	40	31,3
<b>Colegio 2</b>	39	30,5
<b>Colegio 3</b>	22	17,2
<b>Colegio 4</b>	27	21,1
<b>Total</b>	128	100,0

Tabla 2. – Participación por colegios

Las preguntas 5, 7, 8 y 9 mejoraron significativamente tras la intervención.

<b>Comparación de aciertos Pre - Post Intervención</b>	<b>Sig. asintótica. (bilateral)</b>
<b>PPOST-1 - PPRE-1</b>	0,000
<b>PPOST-2 - PPRE-2</b>	0,000
<b>PPOST-3 - PPRE-3</b>	0,002
<b>PPOST-4 - PPRE-4</b>	0,000
<b>PPOST-5 - PPRE-5</b>	0,480
<b>PPOST-6 - PPRE-6</b>	0,000
<b>PPOST-7 - PPRE-7</b>	0,366
<b>PPOST-8 - PPRE-8</b>	0,132
<b>PPOST-9 - PPRE-9</b>	0,134
<b>PPOST-10 - PPRE-10</b>	0,000

Tabla 3. –Comparación de aciertos Pre-Post intervención

En todos los casos el porcentaje de respuestas correctas fue mayor en el post test.

En los cuestionarios pretest, hubo un mayor % de aciertos en el género femenino con más de 6 preguntas acertadas, 87.9% con respecto al masculino, 67.1% ( $p < 0,01$ ).

		Sexo		Total
		Hombre	Mujer	
<b>0-5 preguntas</b>	Recuento	23	7	30
	% dentro de Sexo	32,9%	12,1%	23,4%
<b>6 o más preguntas</b>	Recuento	47	51	98
	% dentro de Sexo	67,1%	87,9%	76,6%
<b>Total</b>	Recuento	70	58	128
	% dentro de Sexo	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 4. -% aciertos cuestionarios pretest

En los cuestionarios postest encontramos un 87.9% con 8 o más respuestas correctas en mujeres, frente a un 68.6% en hombres ( $p < 0,05$ ).

		Sex		Total
		Hombre	Mujer	
<b>0-7 preguntas</b>	Recuento	22	7	29
	% dentro de Sexo	31,4%	12,1%	22,7%
<b>8 o más preguntas</b>	Recuento	48	51	99
	% dentro de Sexo	68,6%	87,9%	77,3%
<b>Total</b>	Recuento	70	58	128
	% dentro de Sexo	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 5. -% aciertos cuestionarios postest

Por colegios, en pretest, observamos mayor % de aciertos en el colegio nº 1 con un 90% en 6 o más preguntas, colegio nº 2, 81.5%; colegio nº 3, 71.8% y colegio nº 4, 54.5% ( $p < 0,05$ ).

		Colegios				Total
		Colegio 1	Colegio 2	Colegio 3	Colegio 4	
<b>0-5 preguntas</b>	Recuento	4	11	10	5	30
	% dentro de colegio	10,0%	28,2%	45,5%	18,5%	23,4%
<b>6 o más preguntas</b>	Recuento	36	28	12	22	98
	% dentro de colegio	90,0%	71,8%	54,5%	81,5%	76,6%
<b>Total</b>	Recuento	40	39	22	27	128
	% dentro de colegio	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 6. –Aciertos cuestionarios pretest por colegios

En los cuestionarios postest, con un rango de 8 o más preguntas acertadas: colegio nº 4, 81.8%; colegio nº 1, 80%; colegio nº 3, 74.4% y colegio nº 2, 74.1%. No significativo.

		CE				Total
		Colegio 1	Colegio 2	Colegio 3	Colegio 4	
<b>0-7 preguntas</b>	Recuento	8	10	4	7	29
	% dentro de colegio	20,0%	25,6%	18,2%	25,9%	22,7%
<b>8 o más preguntas</b>	Recuento	32	29	18	20	99
	% dentro de colegio	80,0%	74,4%	81,8%	74,1%	77,3%
<b>Total</b>	Recuento	40	39	22	27	128
	% dentro de colegio	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 7. -Cuestionarios postest, rango 8 o más aciertos.

### CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos en el estudio, muestran mejores resultados en los cuestionarios que fueron respondidos por mujeres pese a una mayor participación masculina.

Las preguntas de alimentación tuvieron un porcentaje menor de aciertos que las relacionadas con los consejos de verano debido al rango de edad, ya que, los participantes más jóvenes no tenían aún amplios conocimientos sobre dicho tema.

En el colegio 1 obtuvieron mejores resultados previos, debido a que la media de edad era superior al resto de colegios. Por otro lado, el colegio 4 observamos una gran mejora en los resultados postest, debido a que el grupo de niños era más reducido que en otros colegios, acusando este hecho a una mayor atención por parte de los alumnos.

Corto período de tiempo disponible para realizar sesiones de educación para la salud en verano, limitando el tamaño muestral.

Delimitando los resultados obtenidos, se demuestra que con actividades educativas y lúdicas se consigue mejorar los conocimientos sobre los temas tratados, pudiendo ser reforzadas a lo largo del tiempo.

Sin embargo, a menudo no existe una integración real de la educación y promoción de salud en la gestión y organización de los centros. El acceso a determinados sectores provoca un esfuerzo extra por parte del profesional implicado.

La educación para la salud aplicada mediante actividades lúdicas mejora el aprendizaje y la motivación en niños. Es importante una mayor concienciación en este ámbito desde el punto de vista sanitario, para mejorar la calidad de vida aplicando educación sanitaria sin que ésta pueda estar concebida como una obligación.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Formación en promoción y educación para la salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2004.
2. Seppilli A, Modolo MA. Educazione Sanitaria. Il Pensiero Scientifico Editore. Roma; 1985.
3. Declaración de Ottawa sobre Promoción de la Salud. OMS. Ginebra; 1986.
4. Formación en promoción y educación para la Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2013.
5. Springett J. ¿Qué tipo de calidad para qué tipo de promoción de la salud?. Comité Europeo para el desarrollo de la promoción de la salud. Brighthon; 1998.
6. Evans D, Head M, Speller V. Assuring quality in health promotion: how to develop standards of good practice. Health Education Authority. Londres; 1994.
7. Speller V, Evans, D, Head, M. Developing quality standards for health promotion practice in the UK. HealthPromot. Int. 1997; 12(3): 215-224.



8. Mellado A, Mellado JL. El campamento como medio educativo. Estudios de Juventud [revista en internet]\* 2006 marzo-mayo. [acceso 15 de junio de 2016]; 72(2). Disponible en: [http://www.injuve.es/sites/default/files/revista72\\_2.pdf](http://www.injuve.es/sites/default/files/revista72_2.pdf)
9. Sánchez-Cruz JJ, Jiménez-Moleón JJ, Fernández-Quesada F, Sánchez MJ. Prevalencia de obesidad infantil y juvenil en España en 2012. RevEspCardiol. 2013; 66(5): 371-376.
10. Hopkins LC, Fristad M, Goodway JD, Eneli I, Holloman C, Kennel JA, Melnyk B, Gunther C. Camp NERF: methods of a theory-based nutrition education recreation and fitness program aimed at preventing unhealthy weight gain in underserved elementary children during summer months. BMC PublicHealth. 2016; 16(1):1122.
11. Revista Fundación Mapfre [sede web]\* Madrid: Fundación Mapfre [acceso 20 de junio de 2016]. Campaña de prevención de accidentes dirigidas a distintas edades. Disponible en: <http://www.mapfre.com/fundacion/html/revistas/seguridad/nEspecial2010/docs/capitulo-6-3.pdf>

**ID34:**
**EMPODERAR AL CUIDADOR INFORMAL EN LA PREVENCIÓN DE LESIONES RELACIONADAS CON LA DEPENDENCIA, ¡MÁS FORMACIÓN, MEJORES CUIDADOS!**

David Alcaide Carrillo<sup>1</sup>, Marta Sastre García<sup>1</sup>, Roció Fortes Martil<sup>2</sup>, Rodrigo Gutiérrez Hernando<sup>2</sup>, Teresa de la Chica Aragón<sup>3</sup>, Marina Luque Morales<sup>3</sup> y María Serrano Redondo<sup>3</sup>.

1 Dirección de enfermería de la gerencia de asistencia sanitaria de Segovia. 2 Unidad docente y multidisciplinar de Geriátrica de Segovia. 3 Unidad docente y multidisciplinar de familiar y comunitaria de Segovia.

[dalcaide@saludcastillayleón.es](mailto:dalcaide@saludcastillayleón.es)

**RESUMEN**
**Introducción.**

Las personas exigen una atención directa y diaria de profesionales y cuidadores para evitar la aparición de UPP o conseguir su curación. La Organización Mundial de la Salud (OMS) las considera como un indicador de calidad asistencial<sup>6</sup>.

**Metodología**

Experiencia comunitaria, en la que se impartió formación individual y colectiva sobre prevención e identificación de las lesiones relacionadas con la dependencia, abarcando como población diana cuidadores informales y profesionales sanitarios del área de salud de Segovia.

**Objetivo:**

Capacitar a profesionales sanitarios y cuidadores informales en la identificación y desarrollo de medidas preventivas de las lesiones relacionadas con la dependencia.

**Conclusiones**

El impacto en este tipo de actuaciones de carácter preventivo precisa de una mayor implicación de los profesionales de salud, así como campañas que permitan capacitar a los profesionales y cuidadores informales en la detección de los riesgos de este tipo de lesiones.

**ABSTRACT**
**Introduction.**

People demand a direct and daily care of professionals and caregivers to avoid the appearance of PU or get their cure. The World Health Organization (WHO) considers them as an indicator of quality of care<sup>6</sup>.

**Methodology**

Community experience, which provided individual and collective training on prevention and identification of dependence-related injuries, targeting informal caregivers and health professionals in the health area of Segovia (Spain) as a target population.

**Objective:**

To train health professionals and informal caregivers in the identification and development of preventive measures of dependence-related injuries.

**CONCLUSIONS**

The impact in this type of preventive action requires a greater involvement of health professionals, as well as campaigns that enable the training of professionals and informal caregivers in the detection of risks of this type of injuries.

**PALABRAS CLAVE**

Úlcera por presión, Úlcera por presión/análisis, úlcera por presión/economía, úlcera por presión/enfermería y enfermería  
Pressure ulcer, pressure ulcer/analysis, pressure ulcer/economy, pressure ulcer/nurse and nurse

**INTRODUCCIÓN/PRESENTACIÓN**

Las úlceras por presión, son un problema tan antiguo, como la propia humanidad, que afecta y ha afectado a todas las personas, sin distinción social, durante todos los periodos históricos<sup>1</sup>. Tenemos constancia de su existencia desde el comienzo de su historia y ya aparecen menciones escritas en diferentes papiros<sup>2</sup>.

En la actualidad el interés en el cuidado relacionado con estas lesiones ha ido en aumento, no sólo encaminado hacia la consecución de un tratamiento eficaz, sino también, dirigido hacia la prevención de las mismas ya que se estima que hasta el 95-98% de las UPP son evitables<sup>3,4</sup>.

Las personas exigen una atención directa y diaria de profesionales y cuidadores para evitar la aparición de UPP o conseguir su curación. Estas actuaciones terapéuticas elevan considerablemente las cargas asistenciales y generan un aumento de los costes, tanto directos como indirectos<sup>5</sup>. La Organización Mundial de la Salud (OMS) las considera como un indicador de calidad asistencial<sup>6</sup>.

En consideración a esta situación, desde la Sub-comisión de Heridas Crónicas del Área Asistencial de Segovia, hemos planteado el desarrollo de una jornada como estrategia, que permita de una manera efectiva llevar información clara y sencilla sobre prevención e identificación de estas lesiones, abarcando como población diana cuidadores informales y profesionales sanitarios del área de salud de Segovia.

### **OBJETIVOS (DE LA EXPERIENCIA)**

Objetivo general:

- Capacitar a profesionales sanitarios y cuidadores informales en la identificación y desarrollo de medidas preventivas de las lesiones relacionadas con la dependencia.
- Objetivo Específicos:
  - Identificar el género (Sexo) prevalente que actúa como cuidador informal.
  - Conocer el interés de los cuidadores informales en la prevención y cuidados de dichas lesiones.
  - Conocer mediante un test, la evolución en el reconocimiento de las lesiones relacionadas con la dependencia.
  - Representación gráfica de los resultados.

### **DESARROLLO**

Día 17 de Noviembre.

- Taller de formación para cuidadores informales pertenecientes a la asociación de Parkinson, Esclerosis múltiple y Alzheimer.
  - Pre-test y post-test para evaluar el conocimiento.
  - Registro de asistencia.
  - Se impartió y explico tríptico con información básica en prevención de las lesiones relacionadas con la dependencia.
- Taller para profesionales, sobre prevención de las lesiones relacionadas con la dependencia.
  - Duración 2 horas.
  - Aula General del Hospital General de Segovia.
  - Registro de asistencia: A través de la responsable de formación del área de salud de Segovia.
  - Se captó a profesionales de enfermería de diferentes ámbitos sanitarios en colaboración con el colegio oficial de enfermería de Segovia.

Días 16, 17 y 18 campaña informativa dentro de las instalaciones del Hospital General de Segovia, pendiente de concretar, para el desarrollo.

- Stand informativo:
  - Lugar: Recepción del Hospital general de Segovia.
  - Registro de actividad.
- Desarrollo de formación a grupos captados de las diferentes unidades del hospital con deseo y necesidad de cuidados en el ámbito de la prevención de las úlceras por presión.
  - Pre-test y post-test para evaluar el conocimiento
  - Registro de asistencia.
  - Se impartió y explico tríptico con información básica.



- Unidades de hospitalización colaboradoras.
  - Medicina interna
  - Geriatría.
  - Traumatología.
  - Cirugía mayor ambulatoria.
  - La captación de dichos cuidadores informales, se llevó a cabo desde las plantas mediante selección por convenio.
  - Duración: 1 hora.

La actividad formativa se estableció en el horario de 10 a 13 horas.

La actividad se desarrolló en una habitación del Hospital General de Segovia, unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria, con el material que compone una habitación, propia de un hospital del sistema nacional de salud.

La actividad formativa abordó los siguientes aspectos.

- Presentación:
  - Zonas de riesgo de desarrollo de lesiones relacionadas con la dependencia.
  - Manejo de presiones.
  - Manejo de la humedad.
  - Manejo de la fricción.
- Presentación del video “Movilización del paciente encamado”, dentro del aula de pacientes, de salud Castilla y León.
  - Actividades de movilización en cama.
  - Uso de sabana entremetida.
  - Registro de actividad:
    - Numero de cuidadores captados.
    - Pre y post test para evaluar el conocimiento sobre la materia impartida. Se recogió en un documento Excel y se representó mediante tabla.

## RESULTADOS

- 1- Stand informativo:
  - Se realizaron 27 entrevistas individuales a usuarios del hospital general de Segovia.
- 2- Desarrollo de formación a grupos, cuyos familiares estaban en situación de ingreso hospitalario:
  - Se realizaron 4 formaciones, para 5 usuarios definidos como cuidadores informales.
  - En 2 de las formaciones se refirió, que en el momento actual, su familiar presentaba “ulceras por presión”.
- 3- Taller para profesionales:
  - Se formó en la identificación y prevención de las lesiones relacionadas con la dependencia a 62 profesionales del área de salud de Segovia.
  - 35 Profesionales pertenecientes a SACYL (SERVICIO DE SALUD DE CASTILLA Y LEÓN).
  - 27 Profesionales pertenecientes a otras administraciones diferentes de SACYL.
- 4- Taller de formación para cuidadores informales pertenecientes a la asociación de Parkinson, Esclerosis múltiple y Alzheimer.
  - Se formó en la identificación y prevención de las lesiones relacionadas con la dependencia a 19 cuidadores informales, captados por las asociaciones colaboradoras en dicha actividad.

### Datos obtenidos del pre-test y post-test.

- Se evaluó el conocimiento previo de los cuidadores informales en la identificación de zonas de riesgo, a través del documento elaborado por la sub-comisión.
- Se les formó previamente para conocer la metodología de registro.
- Para la identificación de las zonas, se les hizo referencia a que podían hacer cualquier marca en las circunferencias que aparecían, así como otras zonas que ellos considerasen.
- Posterior a la intervención y tras un tiempo para aclarar dudas, se les volvió a pasar el mismo test, elaborado por la subcomisión” para que identificaran de nuevo las zonas de presión.
- Nulas: 6
  - No registraron su nombre en ambas hojas.
  - No consintieron su exposición.

○ Evaluadas: 18

❖ Distribución de cuidadores informales según sexo: Grafico 1.

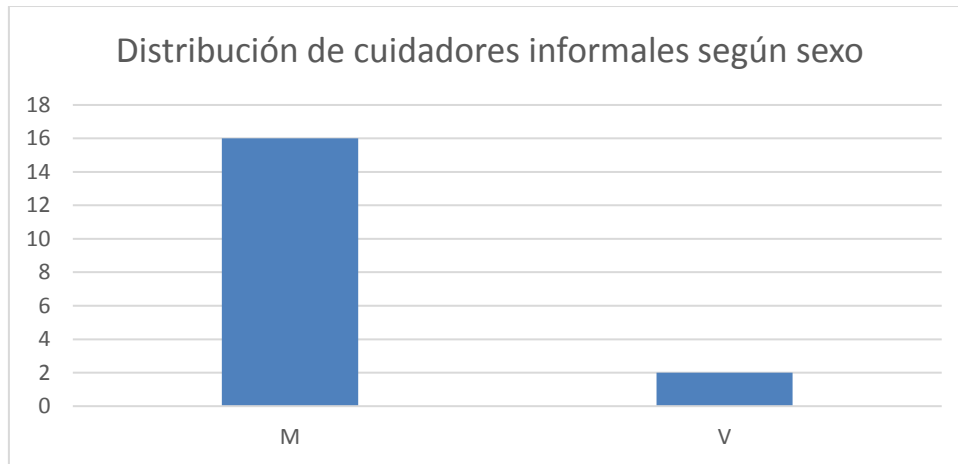


Grafico 1.

❖ Se planteó la pregunta, ¿Te gustaría aprender sobre el cuidado de la higiene y prevención de las úlceras por presión? Durante la estancia hospitalaria de su familiar. Grafico 2.

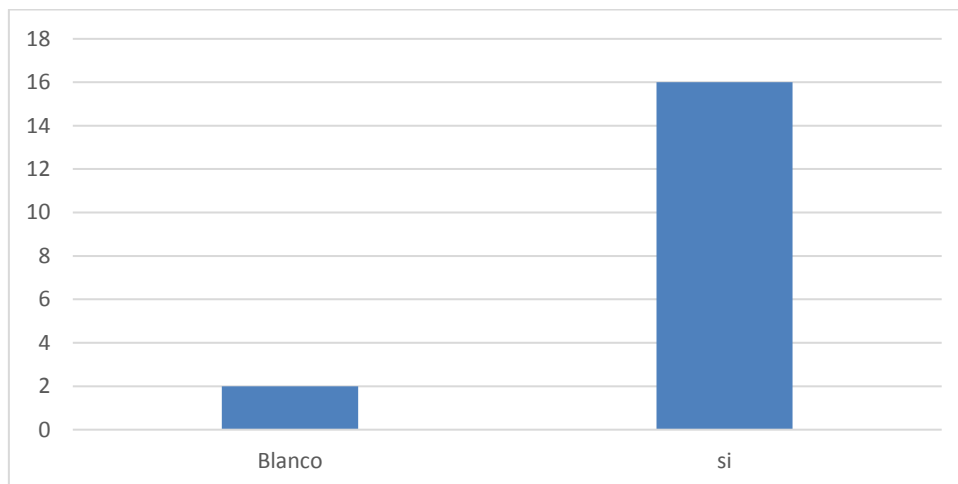


Grafico 2.

❖ Datos pre-test y post-test. Tablas 1-3.

1- Posición decubito supino:

Datos	Puntuación posible	Pre-test	Post-test
Media	7	4,3	6
Mediana		4	6
Desviación standard		1,7	0,7

Tabla 1

2- Posición decubito lateral:

Datos	Puntuación posible	Pre-test	Post-test
Media	7	3,8	5,9
Mediana		4	6,5
Desviación standard		1,9	1,4

Tabla 2

3- Posición decubito prono:

Datos	Puntuación posible	Pre-test	Post-test
Media	6	3,9	5,9
Mediana		4	6
Desviación standard		1,9	0,9

Tabla 3

**CONCLUSIONES**

El análisis descriptivo de las jornadas de prevención de úlceras por presión que obtiene la sub-comisión de heridas crónicas del área de salud de Segovia, atiende a diferentes puntos de intervención, para garantizar una línea estratégica que permita afrontar la situación actual.

- 1- El presente documento describe como cuidadoras informales el género femenino frente al masculino.
- 2- Las cuidadoras captadas manifiestan interés en ser formadas, para garantizar una correcta higiene, así como medidas preventivas ante la situación de dependencia y su relación con la aparición de lesiones relacionadas.
- 3- Durante la formación desarrollada en el ámbito hospitalario, se manifestó por parte de los cuidadores informales (2/5) existencia de "úlceras por presión", en el momento.
- 5- El uso de pre-test y post-test nos describe el conocimiento previo y posterior a la sesión formativa por parte de los cuidadores informales que participaron en la formación.

El impacto en este tipo de actuaciones de carácter preventivo precisa de una mayor implicación de los profesionales de salud, así como campañas que permitan capacitar a los profesionales y cuidadores informales en la detección de los riesgos de este tipo de lesiones, para permitir tomar las decisiones correctas y la sostenibilidad del sistema sanitario de salud de Castilla y León.

LINEAS FUTURAS DE TRABAJO:

- Programas de formación a cuidadores informales.
- Programas de formación a profesionales de salud en la detección de categorías iniciales.
- Estrategias que permitan desarrollar medidas preventivas en este tipo de lesiones a través de planes de cuidados de enfermería estandarizados.
- Protocolización de materiales disponibles para la prevención de este tipo de lesiones en situaciones de mayor riesgo.
- Desarrollo de medidas que permitan una mejor comunicación interprofesional y que garanticen la continuidad de cuidados en el área de salud de Segovia.

**BIBLIOGRAFÍA**

- 1- García-Fernández F, López Casanova P, Pancorbo Hidalgo P, Verdú Soriano J. Anecdotario histórico de las heridas crónicas: Personajes ilustre que la han padecido. Rev Rol Enf: 2009; 32 (1) 60-3.
- 2- Martínez Cuervo F, Soldevilla Agreda J. El cuidado de las heridas: evolución histórica (1ª Parte). Gerokomos. 1999; 10 (4): 182-92.
- 3- bbs P. Theeconomics of pressureulcerprevention. Decubitus. 1988; 1(3):32-8.
- 4- López Casanova P. Informe del 15/12/2010 sobre la actividad del programa de prevención de úlceras por presión. Hospital General de Elche; Departamento de Salud Elche-Hospital General; Agència Valenciana de Salut; Conselleria de Sanitat.
- 5- Soldevilla Agreda JJ, Torra i Bou JE, Posnett J, Verdú Soriano J, San Miguel L, Mayan Santos JM. Una aproximación al impacto del coste económico del tratamiento de las úlceras por presión en España. Gerokomos [Internet]. 2007 [citado 1 Feb 2012]; 18(4):201-10. DOI: 10.4321/S1134-928X2007000400007
- 6- Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la Salud en el Mundo 2003. Forjemos el futuro [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2003 [citado 10 Sep 2010]. Disponible en: [http://www.who.int/whr/2003/en/overview\\_es.pdf](http://www.who.int/whr/2003/en/overview_es.pdf).

**ID38:****MANEJO DE LA TÉCNICA DE FOTOVOZ COMO HERRAMIENTA COMUNITARIA**

Carlos Miguel Sanz Vega <sup>(1)</sup>, Alba Noriega Pérez<sup>(1)</sup>, Rubén Serra Lorenzo<sup>(2)</sup>, Gloria Antón Martínez<sup>(3)</sup>, Carmen Noguerol del Cid<sup>(4)</sup>.

(1) Centro de Salud de El Coto, Gijón.

(2) Hospital Universitario San Agustín, Avilés.

(3) Centro de Salud de Montevil, Gijón.

(4) Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo.

[roni\\_carlos\\_12@hotmail.com](mailto:roni_carlos_12@hotmail.com)

**RESUMEN**

**Introducción/Justificación:** la técnica Fotovoz es una investigación participativa comunitaria capaz de plasmar una realidad comunitaria a través de la fotografía, la comunicación intersocial y el empoderamiento. **Objetivos:** identificar los rasgos principales de la Fotovoz e introducirla en las consultas de Atención Primaria para mejorar la comunidad. **Desarrollo:** realizamos búsquedas bibliográficas en PubMed, Dialnet y Biblioteca Cochrane con los términos claves “Participación Comunitaria” y “Enfermería en Salud Comunitaria”(incluidas en los tesauros DECS/MESH) y “Fotografía Participativa” y “Fotovoz”(no incluidas), obteniendo un total de 38 artículos, de los cuales hemos seleccionado 20. **Discusión:** su mayor novedad es la metodología de implantación en 10 fases y su principal limitación es la variedad en los resultados obtenidos por los diferentes autores que ya la utilizaron. **Conclusión:** la Fotovoz sirve como herramienta educativa individual y colectiva, a la vez que convierte a la población en elementos activos para mejorar su propia comunidad.

**ABSTRACT**

**Introduction/Justification:** Photovoice’s technique is a community-based participatory research and can capture a community reality through photography, intersocial communication and empowerment. **Objectives:** to identify the principal characteristics of Photovoice and to introduce it in primary care offices for community improvement. **Explain:** we searched bibliography in PubMed, Dialnet and Cochrane Library with the key words “Consumer Participation” and “Community Health Nursing”(included in DECS/MESH thesaurus) and “Participative Photography” and “Photovoice”(not included), obtaining 38 articles, of which we have selected 20. **Discussion:** its great novelty is the implantation methodology in 10 phases and its principal limitation is the variety in results by the different authors who already used it. **Conclusion:** Photovoice works as individual or collective educative tool, at the same time it transforms population into active elements to improve their own community.

**PALABRAS CLAVE**

Participación comunitaria, Enfermería en Salud Comunitaria, Fotovoz, Fotografía participativa. Consumer Participation, Community Health Nursing, Photovoice, Participative Photography.

**INTRODUCCIÓN/JUSTIFICACIÓN/OBJETIVO:**

La representación/documentación de una sociedad puede realizarse con múltiples herramientas, entre las cuales destacan los métodos visuales, capaces de dar información social y científica de un modo creativo y participativo. Entre ellos, destaca el uso de las imágenes, que facilitan la actuación de los participantes en la realización de proyectos y dan a conocer sus contextos sociales y culturales a través de sus experiencias subjetivas y cotidianas. La información ofrecida por las imágenes puede ser tanto denotativa como connotativa, logrando de este modo un gran potencial discursivo. Dicha cualidad fomenta la retórica, que es capaz de provocar ideas y pensamientos en los receptores de las imágenes<sup>(1, 2, 3)</sup>.

Entre los métodos visuales destaca la fotografía, mediante la cual se puede conseguir una imagen instantánea sobre una realidad en un tiempo determinado, denominada “experiencia del shock”. Al representar una realidad delimitada, permite la reflexión e interpretación del hecho captado y del mundo que lo rodea. En el caso que nos concierne en este artículo, la fotografía se encamina a la captura de escenarios cotidianos que puedan ser fácilmente fotografiados por los participantes. Su fuerza reside en la capacidad de reivindicación, demostración de la verdad y justicia. Además, otro punto central será la utilización de la “voz visual”, capaz de dar la palabra a comunidades normalmente no representadas en la toma de decisiones comunitarias. De este modo, la fotografía permite conocer una historia anteriormente rechazada, silenciada u obviada, mezclando la ética con la estética, así como diversos procesos comunicativos, artísticos y pedagógicos que fomentarán sus derechos a ser visto y a participar en la propia comunidad<sup>(1, 4)</sup>.

Siguiendo con esta unión entre la Participación y la Salud Comunitarias, destacan las investigaciones participativas comunitarias (community-based participatory research, CBPR), es decir, aquellas que consideran a la comunidad participante como parte equitativa de todo el proceso investigador, desde la propuesta de la pregunta hasta la difusión del conocimiento y su posterior acción social<sup>(5, 6, 7)</sup>. El colectivo español ACSUR-Las Segovias define la CBPR como “una metodología de investigación y un proceso de intervención social: propone el análisis de la realidad como una forma de conocimiento y sensibilización de la propia población, que pasa a ser, a través de este proceso, sujeto activo y protagonista de un proyecto de desarrollo y transformación de su entorno y realidad más inmediatos”<sup>(8)</sup>.

Dentro de las CBPR hay multitud de técnicas, entre las que se encuentra la Fotografía Participativa, Fotovoz o Photovoice (en inglés). Ésta está ganando credibilidad y popularidad en los últimos años, pero fue iniciada por Caroline Wang (educadora para la salud de la Universidad de Michigan) y Mary Ann Burris (personal técnico de programas de salud femenina de la Fundación Ford) en la década de los 80 en sus respectivas sedes establecidas en Pekín, China<sup>(1, 3, 5, 6, 7, 9, 10, 11)</sup>. Ambas autoras la definieron como “una metodología de fotografía participativa que busca dar voz a través de la imagen, creando nuevas oportunidades para reflexionar y representar asuntos de la comunidad de una forma creativa y personal”<sup>(5)</sup>; o en otro de sus textos como el “proceso mediante el cual la población puede identificar, representar y mejorar su comunidad mediante una técnica fotográfica”<sup>(6)</sup>. En sus inicios fue denominada “Photo-Novella” y permitió a las mujeres de zonas rurales de la provincia de Yunnan (China) contribuir en sus políticas y programas de salud reproductiva. Plantearon 3 objetivos fundamentales:

- Conocer las debilidades y fortalezas individuales y colectivas del grupo participativo.
- Promover el diálogo crítico y el conocimiento del tema mediante la discusión crítica grupal de las fotografías obtenidas.
- Llevar la información extraída a los gobernantes responsables<sup>(1, 5, 6, 9, 10, 11)</sup>.

El objetivo principal de la Fotovoz es introducir a los miembros participantes en la participación comunitaria activa en busca de cambios que mejoren su situación basal. Se trata de un “empoderamiento silencioso”, puesto que se trabaja con comunidades normalmente no tenidas en cuenta o marginales, dándoles voz y poder a través de la fotografía con el objetivo de generar una conciencia crítica colectiva. Para ello, se parte de dos premisas: la primera es la creación de imágenes que informan sobre la autonomía, la competencia y los recursos disponibles; y la segunda es la capacidad universal de participación, por la cual no es necesaria una gran formación para su participación. Además, la información obtenida nos permite conocer las fortalezas y oportunidades de una comunidad, así como luchar contra sus debilidades y evitar amenazas para su mejora. Puede suponer un incremento del empoderamiento, el aprendizaje, la discusión crítica, la empatía, la equidad, el crecimiento comunitario y el cambio social<sup>(1, 5, 6, 7, 12, 13)</sup>.

Con dicha investigación obtenemos información sobre sus condiciones y/o desafíos en la vida, puesto que normalmente reflejan situaciones éticas, subjetivas o emocionales importantes para el participante en el proyecto de Fotovoz. Se trata de actuar sobre aquello que les importa, puesto que “lo efectivo es lo afectivo”, dando mejores resultados que temas impuestos por el investigador. De este modo, las fotografías tomadas transmiten sus preocupaciones y reflexiones desde una perspectiva personal,

originando posteriormente nuevos interrogantes que pueden llevar a la denuncia y mejora de la situación inicial. Por tanto, genera conocimiento, permite la intervención en la propia comunidad y convierte a los participantes en colaboradores del proyecto, pasando de “investigar en, para o sobre ellos” a “trabajar con ellos”<sup>(1, 2, 4, 5, 9)</sup>.

Como hemos mencionado anteriormente, la Fotovoz está orientada a la acción, buscando una mejora de las políticas sanitarias, educativas y/o sociales. Por ello, el investigador debe mediar entre la comunidad y los gobernantes, asegurando el diálogo y, de este modo, disminuyendo el nivel de desigualdad de poder ya existente entre ambos. Para ello, debemos fortalecer la paz y acompañar durante el empoderamiento; a la vez que respetar y dialogar con los actores locales<sup>(4, 9)</sup>.

Por tanto, los objetivos de este trabajo son: dar a conocer a la enfermería de Atención Primaria la técnica Fotovoz, identificar sus rasgos principales y dar las herramientas necesarias para poder introducirla en nuestras consultas.

## DESARROLLO

**Metodología:** En primer lugar, comprobamos los términos claves “Participación Comunitaria” y “Enfermería en Salud Comunitaria” en los tesauros DECS/MESH y añadimos “Fotografía Participativa” y “Fotovoz” dada la importancia en el tema tratado. En segundo lugar, las utilizamos para realizar búsquedas bibliográficas en las bases de datos PubMed, Dialnet y Biblioteca Cochrane, dando un total de 38 artículos, de los cuales hemos utilizado finalmente 20 para su elaboración.

**Resultados de la búsqueda:** Para el manejo de la técnica Fotovoz es necesario conocer varios de sus rasgos principales de forma previa, entre los que destacan sus raíces metodológicas, los sectores históricos de utilización, sus características, los inconvenientes y ventajas de uso y la metodología de implantación. A continuación, describimos cada uno de ellos.

La técnica Fotovoz cuenta con unas raíces diversas e integrales, gracias a las cuales son posibles el empoderamiento y el cambio social. Entre ellas, destacan:

- La Educación para la Conciencia Crítica de Paulo Freire: basada en la educación del empoderamiento, la conciencia, el diálogo y la enseñanza del cambio individual en busca del cambio de la calidad de vida y de la equidad social. Fomenta el análisis crítico de las características sociales, políticas y económicas de una comunidad para provocar un cambio social. Desde la metodología de Freire ya se contempla el uso de fotografías y dibujos para representar los problemas comunitarios, fomentar el diálogo crítico y promover el cambio comunitario<sup>(6, 10, 11, 13)</sup>.
- La Teoría Feminista: no está únicamente relacionada con las mujeres, sino en dar voz a las personas que normalmente no la tienen, en busca de su participación activa para promover cambios sociales positivos<sup>(5, 7, 13)</sup>. Si bien es cierto también que determinados autores como Maguire o Rowbotham, sí tratan directamente la crítica a la visión masculina del mundo y sus aportaciones, por lo que intentan dar voz a las mujeres a través de métodos como la fotografía y métodos no escritos<sup>(14, 15)</sup>.
- La Fotografía Documental: una de sus vertientes se basa en la participación de las comunidades desfavorecidas para dar a conocer su realidad a través de la fotografía con el fin de crear conciencia y cambios sociales. Es capaz de transmitir al ojeador tanto dolor y sufrimiento como acción y concienciación, generando interés individual y colectivo. Su justificación se basa en que cada persona es la mayor experta en su propia vida y manera de vivirla, es decir, son los mejores para poder explicar su experiencia<sup>(7, 10, 13)</sup>. Uno de los ejemplos más representativos es el trabajo “Through Navajo Eyes” iniciado por Worth y Adair en 1972, gracias al cual se permitió dar voz al pueblo navajo, reflejando su forma de vida y sociedad<sup>(16)</sup>.

De este modo, nos cabría pensar en qué se diferencia la técnica de Fotovoz con la fotografía documental. Encontramos dos diferencias fundamentales: la primera es que la fotografía documental

no busca promover el diálogo crítico entre los partícipes y los responsables sociales y la segunda es que los participantes de la Fotovoz no tienen conocimientos formales previos ni utilizan la fotografía como herramienta habitual, mientras que en la fotografía documental sí se dan estos rasgos<sup>(5, 10)</sup>.

- El Aprendizaje Dialógico de Habermas, Wells y Bakhtin: basado en los siete principios básicos de la metodología de aprendizaje aplicada a la fotografía participativa: diálogo igualitario, inteligencia cultural, transformación, dimensión instrumental, creación de sentido, solidaridad e igualdad de diferencias. Es utilizado para interpretar y crear conocimiento a través de la fotografía utilizando la reflexión, la crítica y la intersubjetividad<sup>(1)</sup>.

- La Teoría de la Indagación Dialógica de Wells: basada en que los temas no impuestos, sino elegidos libremente, fluyen mejor. De este modo, los partícipes adquieren más conocimientos y también asegura su capacidad de adaptación y transformación. De aquí podemos extraer la necesidad de que la Fotovoz se base en el diálogo y el consenso del mayor número de sectores implicados posible<sup>(1, 17)</sup>.

Históricamente, la técnica Fotovoz se ha utilizado en tres grandes áreas: la acción social (tratando temas como la gente sin hogar, la inmigración, la tercera edad o las poblaciones desfavorecidas), la salud (sobre alimentación, salud mental, demencias o salud materno-infantil) y la educación (abordando la discapacidad educativa o intelectual, el autismo o las técnicas de enseñanza y aprendizaje). También se ha utilizado, pero en menor medida, en los ámbitos de Salud Pública y desarrollo comunitario. Es una técnica útil para la promoción de la salud tanto en enfermedades agudas como crónicas, de discriminación social o de desigualdad política. Además, puede ir dirigida a todos los grupos de edad<sup>(1, 5, 6, 7, 9, 10)</sup>.

En cuanto a los rasgos fundamentales de la Fotovoz destacan las siguientes:

- Su objetivo fundamental es la transformación social a través de la participación de toda la comunidad.
- Promoción del diálogo crítico sobre asuntos individuales y comunitarios.
- Metodología basada en la participación activa y la acción comunitaria.
- Comunicación a través de la unión de imágenes y palabras para conseguir una reflexión individual y grupal en busca de mejorar sus necesidades.
- Empleo de nuevas tecnologías para la recogida de datos: cámaras, smartphones, tablets...
- Permite que los participantes conozcan y reflexionen acerca de las fortalezas y debilidades de su propia comunidad<sup>(5)</sup>.

Respecto a las ventajas e inconvenientes del uso de la Fotovoz, podemos consultar las imágenes 1 y 2.



### VENTAJAS DEL MANEJO DE FOTOVOZ<sup>(10)</sup>

- Permite conocer el punto de vista de los participantes.
- No requiere un control estricto de los resultados.
- Impide el sesgo del facilitador en la interpretación de datos.
- Permite conocer la realidad a través de imágenes fotográficas, sin necesidad real de palabras (aunque haya texto acompañante).
- Da la palabra a las comunidades vulnerables.
- Accesible para cualquier persona.
- Requiere muy poca formación previa.
- Fomenta la participación y mejora comunitarias.
- Permite la reafirmación o redefinición de los programas de salud o sociales puestos en marcha.
- Mejora las relaciones entre los participantes y, por ende, de la comunidad.
- Fomenta el auto-aprendizaje.
- Potencia el trabajo en equipo.
- Reduce la dependencia.
- Facilita la resolución de problemas.
- Fomenta el cambio social.

Imagen 1.- Ventajas del manejo del Fotovoz.

### INCONVENIENTES DEL MANEJO DE FOTOVOZ<sup>(10)</sup>

- Requiere formación previa sobre el manejo de las cámaras y sobre la metodología de la Fotovoz.
- Puede caer en quejas y tópicos políticos.
- Requiere múltiples niveles de interpretación.
- Necesita material caro y específico (cámaras y material fotográfico).
- Puede mantener o incrementar las inequidades presentes.
- Requiere la cooperación entre diferentes niveles comunitarios.
- Puede que los ideales metodológicos no coincidan con la realidad: no representar la realidad, no llegar a los gobernantes o no generar cambio social.

Imagen 2.- Inconvenientes del manejo de Fotovoz.

Para la implantación de la técnica Fotovoz es necesario seguir una serie de fases progresivas y consecutivas (imagen 3), las cuales procedemos a exponer:

- **Ideación del equipo:** especificando la población diana a la que va dirigida la Fotovoz, exponiendo sus características inclusivas y/o exclusivas. Para ello, será necesaria la determinación previa de sus rasgos sociodemográficos, teniendo en cuenta aspectos como: edad, sexo, ocupación, frecuentación de atención sanitaria, nivel cultural, patología padecida<sup>(10)</sup>...
- **Composición del equipo:** una vez obtenida la muestra poblacional que cumpliría con todos los criterios premarcados en el punto anterior, debemos formar el equipo de trabajo, compuesto por los participantes y el investigador principal (también llamado facilitador). Ambas partes deben estar interesadas en la mejora del nivel de salud de su entorno y el empoderamiento comunitario<sup>(10)</sup>.
- **Formación previa:** dotando de las herramientas necesarias para que el participante se convierta en el compositor de la realidad que quiere reflejar. Para ello, es necesario realizar diversas sesiones formativas:

○ Primera sesión: versaría sobre el objetivo del trabajo, la investigación temática, la ética y el marco conceptual y técnico fotográficos. La formación fotográfica se relaciona con mejores fotografías y narrativas asociadas. Por otro lado, debemos profundizar en sus aspectos éticos, como la veracidad fotográfica, las conductas ilegales o la aparición de personas sin su consentimiento. El equipo debe ser capaz de contestar a algunas preguntas éticas tales como: ¿debemos fotografiar a otras personas sin su consentimiento?, ¿cómo podemos evaluar las fotografías sin entrar en juicios de valor?, ¿cuál es la manera aceptable de aproximarse a otras personas para fotografiarlas? o ¿a quién dar las fotografías realizadas? También puede ser interesante la introducción de aspectos mecánicos sobre el manejo de las cámaras, su protección, manejo del flash...

○ Sucesivas sesiones: de profundización sobre los temas anteriores u otros nuevos que puedan interesar al equipo de investigación. Su función es incrementar la motivación y creatividad de los participantes, así como la formación escalonada, evitando la saturación e incrementando el conocimiento. Una vez completada la formación, estas sesiones serán utilizadas para la discusión de los resultados obtenidos<sup>(6, 9, 10)</sup>.

- Entrega y Reparto de material: debe incluirse un listado detallado de los materiales necesarios para la realización de la técnica Fotovoz, tales como la cámara, pen drive, cables de puerto USB, cuadernos, libros... y sus características. Así mismo, es necesario puntualizar si el facilitador es el proveedor de los mismos o si deben costearse los participantes.

- Elección del tema: la mejor opción es elegir un tema que suscite interés a los participantes, que lo sientan propio y necesario, como ya mencionamos anteriormente: *"lo efectivo es lo afectivo"*. Por ello, es recomendable realizar una tormenta de ideas acompañada de una priorización y valoración de los resultados con el equipo de trabajo para su elección<sup>(3, 7)</sup>.

- Consentimiento informado: tiene que ser firmado y comprendido por todos los participantes del proyecto, siguiendo los principios de voluntariedad, confidencialidad, derecho de abandono, evitación del daño y anonimato. Otros aspectos a tener en cuenta para su elaboración serían la utilización, formato y destino de las fotografías, las funciones del investigador (toma de decisiones, consenso con los participantes...) y otros fundamentos éticos específicos, puesto que no todo lo legal es ético<sup>(3, 9)</sup>.

El foco de discusión ética suele ir dirigido al deber de cuidado entre el fotógrafo y las personas fotografiadas, así como el derecho de información o a quién dirigir la misma, la responsabilidad social o la difusión en las redes sociales, respetando siempre la libertad de expresión<sup>(3)</sup>. En esta línea, destaca el *"Manifiesto para investigadores que empleen métodos visuales participativos"* de Wang y Redwood-Jones:

- Los participantes tienen derecho a la privacidad, tanto en espacios públicos como privados. Ante la duda, preguntar a las personas que van a aparecer en la fotografía o resolverlo con el anonimato.
- Educar sobre cuándo se requiere el consentimiento informado para realizar las fotografías.
- Cuidar la seguridad de los intervinientes durante el proceso.
- Evitar la explotación comercial y apropiación de los resultados.
- No interferir voluntaria ni involuntariamente en la producción de las imágenes<sup>(18)</sup>.

- Toma de fotografías: los participantes tomarán cuantas fotografías consideren necesarias para representar la realidad que pretenden, siempre siguiendo las directrices consensuadas y según la formación previas.

- Discusión: tras la recolección de las fotografías, el equipo de trabajo debe seleccionar las que mejor representen su realidad, obteniendo un número máximo determinado previamente. Para realizarlo, contamos con la técnica SHOWeD, método de discusión mediante preguntas basado en la facilitación del empoderamiento de las comunidades propuesto por Paolo Freire. Dichas preguntas son las siguientes:

- ¿Qué podemos observar en la foto?
- ¿Qué está ocurriendo realmente en la foto?

- ¿Qué supone lo observado en sus vidas?
- ¿Por qué existe dicha realidad o problema?
- ¿Cómo podemos fortalecerlos a través del nuevo conocimiento?
- ¿Qué se puede hacer para ponerle remedio?<sup>(6, 7)</sup>

Tras la selección de las mismas, el autor de cada una de ellas debe acompañar a la fotografía con una narrativa corta (no superior a 100-150 palabras) que sea capaz de representar tanto su comunidad como sus percepciones subjetivas del tema. Estos textos nos permiten el análisis complementario de las fotografías y la recogida de datos con la que analizaremos los resultados<sup>(1)</sup>.

Es recomendable realizar tantas sesiones de discusión como sean necesarias, ya sean individuales o colectivas. También es necesario grabarlas ya sea a través de videocámaras o de grabadoras de audio, para retomar la información obtenida cada vez que sea necesario<sup>(9)</sup>.

Esta fase de discusión puede interponerse en el tiempo con la fase de recogida y análisis de datos.

- **Recogida y Análisis de resultados:** a través de diferentes y múltiples análisis tanto de las fotografías como de las narrativas acompañantes (en tablas por separado), obtendremos los resultados del proyecto<sup>(1)</sup>. Dicho proceso de análisis tiene tres etapas:
  - Selección de las fotografías: ya expuesto en el punto anterior. Es el primer paso para obtener resultados, dado que el resto de puntos dependen de las imágenes seleccionadas.
  - Contextualización: durante el proceso de discusión, bajo el acrónimo de VOICE (“voicing our individual and collective experience”), los participantes narran su opinión respecto al tema tratado de manera tanto individual como colectiva. De este proceso nacen las narrativas que acompañan y explican cada una de las imágenes seleccionadas.
  - Codificación: identificando tres dimensiones sobre las fotografías y narrativas seleccionadas: problemas, temas y teorías. Tras su análisis, se deben clasificar y priorizar según la importancia subjetiva del equipo. Dichos resultados deben ser validados mediante replicación interna y externa, es decir, que deben revalidarse tanto por otros participantes del proyecto, como por personas ajenas al mismo<sup>(3, 6, 10)</sup>.

La recolección de datos se realiza mediante una técnica exclusivamente oral de método abierto. Para ello, se crean grupos de discusión (workshops), que realizan un diálogo crítico para explorar los aspectos a estudio. El facilitador ejerce de moderador, organiza las sesiones y crea las temáticas semiestructuradas a tratar. Durante este proceso, se codifican los datos, obteniendo las primeras hipótesis preanalíticas, se valoran los resultados y aplican indicadores de calidad<sup>(9)</sup>.

Para el análisis de las fotografías, podemos utilizar el modelo iconográfico de la antropología visual de Carlson, basado en el análisis sistemático de las imágenes de menor a mayor nivel de abstracción: reconocimiento, características simbólicas y nivel iconográfico<sup>(11)</sup>.

Para el análisis de los textos, en primer lugar se identifican las palabras claves, utilizándolas para los posteriores debates de discusión y clasificar las fotografías según la temática. Estas palabras comunes supondrán las necesidades que tiene la comunidad respecto al tema tratado<sup>(7, 9, 12)</sup>. Para ello, se puede utilizar el proceso de análisis propuesto por Oliffe, basado en tres partes: análisis preliminar (para entender las intenciones de las representaciones narrativas e icónicas de manera individual), análisis comparativo (entre las imágenes seleccionadas como un conjunto para detectar los temas generales tratados) y teorización (donde obtenemos ya los elementos útiles para el estudio)<sup>(19)</sup>. Otros modelos de análisis útiles para la Fotovoz serían el método biográfico interpretativo para recolectar descripciones, experiencias personales y emociones o el modelo de Crabtree y Miller, que consta de cinco fases: descripción, organización de datos, conexión, corroboración/legitimización y representación<sup>(2, 20)</sup>.

- Exposición y Difusión de resultados: se trata del culmen de la experiencia. La difusión de los resultados se realiza en dos fases: a nivel interno (con el propio grupo de trabajo) y a nivel externo (mediante su difusión pública: exposiciones, artículos o documentales)<sup>(4, 10)</sup>.



Imagen 3.- Fases del manejo de la técnica Fotovoz.

## DISCUSIÓN

Muchos de los artículos seleccionados coinciden en la importancia de conocer las raíces metodológicas del Fotovoz para su mejor uso así como la creciente importancia y popularidad en los sectores educativo, social y sanitario.

Sin duda, la mayor novedad y fortaleza de esta revisión es la metodología de implantación de la técnica Fotovoz en 10 fases para facilitar su manejo. Su limitación más patente es la dificultad de valoración de los resultados obtenidos por los diferentes autores que han puesto en marcha la técnica de Fotovoz; por lo que recomendamos futuros trabajos en esta línea de revisión.

## CONCLUSIONES

- La Fotovoz permite el empoderamiento poblacional, pero a diferencia de otras técnicas, los participantes tienen una función activa directa, haciéndoles colaboradores y miembros activos del proceso.
- La Fotovoz es una técnica que no se queda sólo en la teoría, sino que requiere su puesta en marcha y la implicación comunitaria a diversos niveles para generar un cambio social o de salud real.
- La Fotovoz es capaz de generar una vía de comunicación entre la comunidad participante y los gobernantes responsables, aumentando la relación y el intercambio de información relevante entre ambos niveles.
- La Fotovoz es una herramienta holística que puede ser útil ante cualquier grupo comunitario, independientemente de su edad u otras características, así como de la esfera a la que pertenezca el problema tratado.
- Además de ser una intervención de participación comunitaria, la Fotovoz puede ser utilizada como herramienta educativa, introduciendo información sanitaria y/o social en sus diferentes sesiones. De este modo, podrían iniciarse cambios conductuales individuales independientemente de la acción de los gobernantes a nivel macrocomunitario.
- La Fotovoz utiliza tanto lenguaje visual como escrito, por lo que puede favorecer la comprensión de los conceptos educativos, llevando el mensaje con mayor facilidad a la comunidad diana.
- La propia metodología de la Fotovoz fomenta la motivación del equipo al darles el poder necesario para la elección del tema, intervenir en su comunidad y potenciar su propio desarrollo.
- La técnica Fotovoz es capaz de crear conciencia en el equipo participante, fomentando la participación activa y el trabajo en equipo, convirtiéndolo en un elemento activo en busca de la mejora de su comunidad.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Rabadán Crespo AV, Contreras Pulido P. La fotografía participativa en el contexto socio-educativo con adolescentes. *Comunicación y Hombre*. 2014; 10: 143-156.
2. Melleiro MM, Rosa Gualda DM. La fotovoz como estrategia para la recolección de datos en una investigación etnográfica. *Ciencia y Enfermería*. 2005; 11(1): 51-57.
3. Verardi M, Kornblit AL, Beltramino F, Ortiz Z. Medios audiovisuales e investigación social. *Questión*. 2015; 48(1): 199-215.
4. Cubillos Rodríguez EA. Ciudadanías en el límite. *La fotografía participativa*. *Trabajo social*. 2012; 14: 41-57.
5. Doval MI, Martínez-Gigueira ME, Raposo M. La voz de sus ojos: la participación de los escolares mediante Fotovoz. *Revista de investigación en educación*. 2013; 11(3): 150-171.
6. Catalani C, Minkler M. Photovoice: a review of literature in health and public health. *Health Educ Behav*. 2010; 37: 424-451.
7. Hergenrather KC, Rhodes SD, Cowan CA, Bradhoshi G, Pula S. Photovoice as community-based participatory research: a qualitative review. *AmJ Health Behav*. 2009; 33(6): 686-98.
8. Mirabilia P. En plano corto: guía para el uso del vídeo social en la educación para el desarrollo. ACSUR-Las Segovias. 2009.
9. Rabadán Crespo AV. Contribuyendo a la autodeterminación a través de la fotografía participativa en adultos con enfermedad mental. En *Desafíos éticos de la comunicación en la era digital: III*



- Congreso Internacional de Ética en la Comunicación. Facultad de Comunicación de la Universidad de Sevilla; 2015. 390-407.
10. Wang C, Burris MA. Photovoice: concept, methodology and use for participatory needs assessment. *Health Educ Behav.* 1997; 24(3): 369-387.
  11. Carlson ED, Engebretson J, Chamberlain RM. Photovoice as a social process of critical consciousness. *Qualitative Health Research.* 2006; 16(6): 836-852.
  12. Leipert B, Anderson E. Rural nursing education: a photovoice perspective. *Rural and Remote Health.* 2012; 12: 1-11.
  13. Wang C, Burris MA, Yue Ping X. Chinese village women as visual anthropologists: a participatory approach to reaching policymakers. *Soc Sci Med.* 1996; 42(10): 1391-1400.
  14. Maguire P. Doing participatory research: a feminist approach. Center for international education, Universidad de Massachusetts: Amherst, MA; 1987.
  15. Rowbotham S. Woman's consciousness, man's world. Londres: Penguin Books; 1973.
  16. Worth S, Adair J. Through Navajo Eyes: an exploration in film communication and anthropology. Bloomington: Indiana University Press; 1972.
  17. Wells G. Indagación dialógica: hacia una teoría y una práctica socioculturales de la educación. Barcelona: Paidós; 2001.
  18. Wang C, Redwood-Jones YA. Photovoice ethics: perspectives from flint photovoice. *Health Educ Behav.* 2001; 28(5): 560-572.
  19. Oliffe JL, Bottorff JL. Further than the eye can see? Photo elicitation and research with men. *Qualitative Health Research.* 2007; 17(6): 850-858.
  20. Crabtree BF, Miller WL. Doing qualitative research in primary care: multiple strategies. Newbury Park, CA: Sage Publications; 1999.

**ID72:**

## LA PROMOCIÓN DE LA SALUD A TRAVÉS DE TU EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN 140 CARACTERES

M<sup>a</sup> del Carmen Castilla Álvarez<sup>1</sup>, África Barrera Barreno<sup>2</sup>, M<sup>a</sup> del Mar Ramos Gutiérrez<sup>3</sup>, Nuria Viejo Pinero<sup>4</sup>, Laura López Köllmer<sup>5</sup>

Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) Centro de Salud (C.S) Las Fronteras<sup>1</sup>, SERMAS C.S Las Fronteras<sup>2</sup>, SERMAS C.S Las Fronteras<sup>3</sup>, SERMAS C.S Las Fronteras<sup>4</sup>, SERMAS C.S Miguel de Cervantes<sup>5</sup>.  
[ccastillaalvarez@gmail.com](mailto:ccastillaalvarez@gmail.com)

### RESUMEN

Con el auge de internet y las nuevas tecnologías tenemos la oportunidad de abrir una ventana desde nuestro Centro de Salud al mundo.

**Objetivo:** transmitir a un amplio número de usuarios información sanitaria y administrativa.

**Desarrollo:** A través de reuniones físicas y reuniones virtuales mediante la aplicación Whatsapp, proponemos los temas acerca de los que queremos divulgar información por medio de nuestra cuenta de la red social "Twitter".

**Resultados:** Desde su creación, el 1 de junio del 2016, contamos con 99 seguidores de los distintos ámbitos (educativos, sanitarios y políticos). Hemos difundido 312 tuits informando de las distintas actividades comunitarias, así como la promoción de los días mundiales de salud e información de interés administrativo.

**Conclusiones:** Es una herramienta novedosa, puesto que somos el primer centro sanitario que lo lleva a cabo en nuestro municipio, económica y de gran alcance haciendo participe a la población de su propia salud.

### ABSTRACT

With the rise of the internet and new technologies we have the opportunity to open a window from our Health Center to the world.

**Objective:** to transmit to a large number of users health and administrative information.

**Development:** Through physical meetings and virtual meetings through the Whatsapp application, we propose the topics about which we want to divulge information through our account of the social network "Twitter".

**Results:** Since its creation, on June 1, 2016, we have 99 followers from different areas (educational, health and political). We have disseminated 312 tweets informing about the different community activities, as well as the promotion of global health days and information of administrative interest.

**Conclusions:** It is a new tool, since we are the first health center that carries out in our municipality, economic and powerful, involving the population of their own health.

### PALABRAS CLAVE

Red social, twitter, investigación y nuevas técnicas, desarrollo tecnológico, medios de comunicación sociales.

Social networking, twitter, research and new techniques, technological development, social media.

### INTRODUCCIÓN

Con el auge de internet y las nuevas tecnologías tenemos la oportunidad de abrir una ventana desde nuestro Centro de Salud al mundo. La forma de comunicarnos está cambiando y cada vez es mayor el uso de webs, blogs o redes sociales para relacionarnos con profesionales de distintos ámbitos e instituciones como hospitales, ayuntamientos, colegios, etc., así como para la búsqueda de información sanitaria acerca de nuestros problemas cotidianos. Estas tecnologías están a menudo a nuestro alcance, lo que las hace muy accesibles y con un gran campo de acción.

## OBJETIVOS

- Objetivo general: transmitir a un amplio número de usuarios información sanitaria y administrativa.
- Objetivos específicos:
  - Comunicarnos con otros profesionales del sector sanitario y no sanitario.
  - Informar de las campañas de actividades comunitarias.
  - Dar consejos de educación para la salud.

## DESARROLLO

- **Recursos Materiales:** móvil, ordenador con acceso a internet, diapositivas de ordenador, papel, impresora, proyector.
- **Recursos Humanos:** 3 enfermeras, 1 auxiliar administrativo y 1 médico.

Hemos creado un grupo de trabajo multidisciplinar en nuestro Centro de Salud, con integrantes de distintos estamentos del mismo (enfermería, unidad administrativa y medicina). A través de reuniones físicas y reuniones virtuales mediante la aplicación Whatsapp, proponemos los temas acerca de los que queremos divulgar información por medio de nuestra cuenta de la red social "Twitter".

Por un lado, informamos acerca de campañas de educación para la salud y trabajos comunitarios que realizamos en nuestro centro de salud. También informamos de otras campañas que se estén llevando a cabo en otros centros o en otras instituciones de ámbito sanitario, educativos etcétera ya sea de nuestro municipio, como de otros de la Comunidad de Madrid.

Además ofrecemos información de aspectos administrativos y organizativos del centro, como por ejemplo canales de obtención de citas, turnos de atención a los usuarios, normas, derechos y obligaciones relevantes de cara al paciente.

Utilizando otras cuentas de Twitter de profesionales o entidades sanitarias a las que seguimos, divulgamos información útil para los usuarios, con un contenido basado en evidencia científica, de fácil manejo y asimilación para la población general, siendo una información procedente de fuentes fiables y de rigor científico contrastado.

## RESULTADOS

Desde su creación, el 1 de junio del 2016, contamos con 99 seguidores de los distintos ámbitos (educativos, sanitarios y políticos). Hemos difundido 312 tuits informando de las distintas actividades comunitarias así como la promoción de los días mundiales de salud (tabaco, lactancia materna, diabetes, violencia de género) e información de interés administrativo.

## CONCLUSIONES

Es un método innovador, puesto que somos el primer centro sanitario que lo lleva a cabo en nuestro municipio. Es una herramienta novedosa, económica y de gran alcance, ya que se puede llegar a gran parte de la población, haciéndoles partícipes para la gestión de su propia salud que no es más que el empoderamiento de la comunidad.

Dado que nuestro proyecto ha tenido muy buena acogida, seguiremos trabajando en la misma línea de trabajo para conseguir más seguidores que puedan hacer visible nuestra información.

## BIBLIOGRAFÍA

- Alfabetismo digital. (2014, January 18). In Wikipedia, la enciclopedia libre. Retrieved from [http://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Alfabetismo\\_digital&oldid=71974997](http://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Alfabetismo_digital&oldid=71974997)
- Ararteko. (n.d.-a). Brecha digital de apropiación. Ararteko. Retrieved October 3,



- 2013, from [http://argitalpen.ararteko.net/index.php?leng=cast&id\\_l=75&id\\_](http://argitalpen.ararteko.net/index.php?leng=cast&id_l=75&id_)
- Area profesional de Sanidad Castilla y León. (n.d.). Sanidad Castilla y León. Retrieved October 2, 2013, from <http://www.saludcastillayleon.es/profesionales/>
  - Brecha digital. (2014, February 4). In Wikipedia, la enciclopedia libre. Retrieved from [http://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Brecha\\_digital&oldid=72325013](http://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Brecha_digital&oldid=72325013)
  - Cepeda, J. Paciente Activo, Paciente Empoderado. Salud Conectada. Retrieved October 2, 2013, from <http://saludconectada.com/videocharla-paciente-activopaciente-empoderado/>
  - Cepeda, J., Meijome, X., & Santillan, A. (2012). Innovaciones en salud y tecnologías: las cosas claras. *Revista Enfermería CyL*, 4(1), 28–32.
  - Cepeda, J. Blended health o el futuro de la salud: en busca del equilibrio perfecto. *Salud Conectada*. Retrieved October 3, 2013, from <http://saludconectada.com/blended-health-o-el-futuro-de-la-salud-en-busca-del-equilibrio-perfecto/>
  - Consejería de Salud de Andalucía. (2013). Guía de usos y estilo en las redes sociales del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

**ID100:**
**ABORDAJE DE LOS ADOLESCENTES A TRAVÉS DE LAS REDES SOCIALES, UNA NUEVA HERRAMIENTA: CONSULTA JOVEN**

Sara Prieto Matesanz<sup>1</sup>, Rocío Rubio Martínez<sup>2</sup>, Juan Carlos Jiménez Blasco<sup>3</sup>, Rosa Gómez Quevedo<sup>4</sup>, Mireya Hernández Carpes<sup>5</sup>, Susana González Muñoz<sup>6</sup>.

1 Enfermera Interna Residente en Enfermería Familiar y Comunitaria, 2 Enfermera Interna Residente en Enfermería Familiar y Comunitaria, 3 Enfermero de Atención Primaria, 4 Enfermera de Atención Primaria, 5 Enfermera, 6 Enfermera Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria.

[sprietomatesanz@gmail.com](mailto:sprietomatesanz@gmail.com)

**RESUMEN****INTRODUCCIÓN / PRESENTACIÓN**

La adolescencia es una etapa de cambios bio-psico-sociales, que llevan a los jóvenes a una búsqueda de su propia identidad, entrando en contacto con diferentes factores de riesgo.

A través de internet se ha encontrado una novedosa oportunidad para captar a esta población.

**OBJETIVOS**Objetivo general

- Detectar las demandas de los adolescentes alcanzados a través de las redes sociales.

**DESARROLLO**

Esta experiencia comunitaria comenzó en Julio de 2016 y se mantiene en el tiempo.

La población diana son adolescentes entre 14 y 29 años que interaccionen con las páginas creadas.

**RESULTADOS**

Los temas que generan mayor interés en el blog son: "métodos de barrera" (82 visitas), "el virus del papiloma humano (46), y "el acné" (27).

**CONCLUSIONES**

Dado el alcance obtenido a pequeña escala y la posible repercusión globalizada que podría generar, se hace necesaria la actualización del personal sanitario en las nuevas tecnologías y la búsqueda de estrategias de alcance.

**ABSTRACT****INTRODUCTION / PRESENTATION**

Adolescence is a stage of bio-psycho-social changes, which leads young people to a search for their own identity, coming into contact with different risk factors.

Internet has been proven as a new mean to capture this population.

**OBJECTIVES**General objective

To identify the demands of adolescents / teenagers who have been reached through social media.

**DEVELOPMENT**

This community experience began in July 2016 and it has been maintained over the time.

The target population are adolescents between 14 and 29 years old that interact via the created pages.

**RESULTS**

The topics that generate greater interest in the blog are: "barrier methods" (82 visits), "human papillomavirus" (46), and "acne" (27).

**CONCLUSIONS**

Given the scope achieved on a small scale and the possible globalized impact it could generate, it is necessary to update the health personnel working with new technologies and search for strategies of scope.

**PALABRAS CLAVE**

Internet, Conducta del Adolescente, Salud del Adolescente, Enfermería en Salud Comunitaria, Red Social. Internet, Adolescent Behavior, Adolescent Health, Community Health Nursing, Social Networking.

## INTRODUCCIÓN/PRESENTACIÓN

La adolescencia es una etapa entre la niñez y la edad adulta que se inicia por los cambios puberales y se caracteriza por un proceso complejo de crecimiento físico, profundas transformaciones biológicas, psicológicas emocionales y sociales<sup>1</sup>, muchas de ellas generadoras de crisis, conflictos y contradicciones. No es solamente un periodo de adaptación a los cambios corporales, sino una fase de grandes determinaciones hacia una mayor independencia psicológica y social<sup>2</sup>.

Así, la OMS define la adolescencia como el período de la vida en el que el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la madurez y consolida la independencia económica, fijando sus límites entre los 10 y los 19 años<sup>3</sup>.

En la cultura europea mediterránea suelen considerarse los límites de los 11-12 años por debajo y los 18-20 por arriba<sup>3</sup>.

Los cambios psicosociales de la adolescencia están estrechamente relacionados con el conjunto de transformaciones que caracterizan a la pubertad. Entre los cambios físicos y los psicosociales se producen divergencias de ritmo que hacen aún más difícil la adaptación del adolescente a ellos<sup>2</sup>.

Entre los cambios sociales y familiares destacan tres aspectos: una crisis global de identidad, un proceso de separación de los padres con un reforzamiento de la tendencia grupal y el desarrollo cognitivo, afectivo y sexual. Los cambios psicológicos van a condicionar la aparición de los problemas de salud en los adolescentes. Se trata de una serie de variables personales y ambientales cuya modificación puede ser necesaria para la prevención de los problemas de salud. Entre los rasgos personales se encuentran: sensación de invulnerabilidad, vivir solo el presente, impulsividad<sup>2</sup>.

Todos estos cambios llevan a los jóvenes a una búsqueda de su propia identidad, lo cual les convierte en susceptibles de cambiar su forma de actuar y entrar en contacto con diferentes factores de riesgo, pudiendo desarrollar posibles conflictos en el plano afectivo, alteraciones de la conducta, el aprendizaje y la educación, y a estar expuestos a problemas que se relacionan con la violencia social y ecológica, accidentes, muertes, drogas, entre otros<sup>1</sup>.

En esta etapa, existe alta prevalencia de dichos comportamientos de riesgo o comportamientos negativos para la salud, que tienden a convertirse en hábitos que perduran durante el resto de la vida, como los ya mencionados: accidentes, violencia consumo de drogas, y otros como: lesiones, prácticas sexuales que originan el embarazo no deseado y enfermedades de transmisión sexual, ansiedad, depresión (principal causa de suicidios) y trastornos de la alimentación (anorexia y bulimia nerviosa fundamentalmente)<sup>1,2</sup>.

Todo ello, hace necesaria una intervención específica en la adolescencia, teniendo en cuenta que la mayoría de estos comportamientos se pueden prevenir<sup>1</sup>.

A pesar de que los problemas sociosanitarios de los jóvenes son muy importantes, apenas consultan. En la última Encuesta Nacional de Salud realizada (2011-2012), se observó que la asistencia sanitaria al pediatra o médico de familia de varones y mujeres de 15-25 años era del 17.10 % y 23%, respectivamente, en el último mes<sup>1</sup>.

Por este motivo se ha visto la necesidad de encontrar una forma de comunicación alternativa a la habitual con la población adolescente. A través de internet se ha encontrado una novedosa oportunidad para captar a los adolescentes, resolver sus demandas y remodelar sus estilos de vida. Ya que actualmente, es una de las formas de comunicación habitual entre éstos<sup>4</sup>.

La consulta joven puede ser una buena estrategia para acceder a los adolescentes y trasladar a estos la información relevante, a través de mensajes claros y seguros, y las herramientas que les permitan manejar mejor sus conductas. Pudiendo fomentar además, una oportunidad enriquecedora para el propio desarrollo de habilidades y para el aprendizaje<sup>2</sup>.

## OBJETIVOS (DE LA EXPERIENCIA)

### Objetivo general

- Detectar las demandas de los adolescentes alcanzados a través de las redes sociales, mediante las publicaciones con mayor interacción.

### Objetivos específicos

- Definir los hábitos saludables y perjudiciales en los adolescentes.

- Coordinar las consultas, fuera de nuestro ámbito, con otras entidades oficiales para proporcionar una atención integral.
- Resolver los problemas detectados.

**DESARROLLO**

La Consulta Joven Nuestra Señora del Pilar constituye una experiencia comunitaria realizada en el Centro de Salud Nuestra Señora del Pilar (Alcalá de Henares, Madrid). Dicha intervención consiste en la implantación de una consulta joven “online” dirigida a la población adolescente que interactúe con las redes sociales adscritas al proyecto. Desde el centro de salud se realiza captación activa de la población diana desde las consultas entregando un tríptico informativo.



Imagen 1.- Tríptico informativo

Para el desarrollo de esta consulta joven se ha procedido a la creación de varias herramientas en las redes sociales con el fin de alcanzar a la población de referencia, las cuales son:

- Blog
- Página de Facebook

- Cuenta de Twitter

El blog constituye el recurso principal en el que con una frecuencia aproximada de dos semanas se van publicando entradas relacionadas con problemas de salud vinculados con los adolescentes. Además, estas entradas se comparten en las redes sociales Facebook y Twitter para poder alcanzar a la mayor cantidad de población posible; y estos dos canales también se actualizan con noticias de actualidad que tengan relación con la población diana.

El propósito de la consulta joven es dar respuesta a las necesidades expresadas y sentidas de los adolescentes. Así como que éstos adquieran conocimientos y habilidades necesarias y adopten hábitos de vida saludables para promocionar la salud y prevenir la enfermedad.<sup>5</sup>

Dos enfermeros de atención primaria, dos enfermeras internas residentes de enfermería familiar y comunitaria y una especialista en enfermería familiar y comunitaria son los encargados de dar respuesta a las demandas que solicite la población diana; además de desarrollar y actualizar las herramientas online. No obstante, la colaboración por parte del resto del personal sanitario del centro de salud se encuentra siempre disponible.

Esta experiencia comunitaria está basada en la promoción de la salud, como el proceso por el cual las personas aumentan el control sobre su salud para mejorarla. La educación para la salud es un instrumento de la promoción de la salud cuyo objetivo es incrementar el conocimiento de la población y el desarrollo de habilidades personales que orienten a la mejora de la salud. La promoción de la salud constituye, por tanto, una función importante de los profesionales de enfermería comunitaria.<sup>6,7</sup>

Para la creación y desarrollo de esta intervención comunitaria se cuentan con los siguientes recursos:

- Recursos materiales: ordenador con acceso a internet, tríptico informativo de la consulta joven.
- Recursos humanos: profesionales de enfermería en atención primaria (ya descritos anteriormente).

Esta experiencia comunitaria comenzó en Mayo de 2016 con reuniones organizativas por parte de los responsables del proyecto; en Junio de 2016 se realizó una sesión informativa para presentar la experiencia comunitaria al resto del equipo sanitario del centro de salud, así como a la Gerencia de Atención Primaria; y en Julio del 2016 se comenzó a actualizar las redes sociales creadas, las cuales se mantienen en el tiempo.



Imagen 2.- Cronograma

**RESULTADOS**

Para realizar una evaluación continuada de los resultados obtenidos en la experiencia comunitaria se realiza, con una frecuencia mensual, una valoración de las publicaciones más populares a través de las redes sociales.

Desde el comienzo del proyecto y hasta la actualidad (Febrero de 2016), los resultados obtenidos indican que el tema que generó mayor interés en el blog de la Consulta Joven fue el de “métodos de barrera” (82 visitas), seguido de “el virus del papiloma humano (46 visitas), “el acné” (27 visitas) y “tatuajes y piercings” (25 visitas).

A lo largo de este período se han contabilizado 536 visitas al blog, siendo el día más popular entre los alcanzados el miércoles y la hora las 11:00h.

Con el análisis de las publicaciones a través de la página de Facebook se concluye que los temas con los cuales se ha conseguido mayor alcance de difusión son: “los métodos de barrera” (441 personas alcanzadas), seguida de “cuestiones legales sobre la atención a los adolescentes” (384), “el melanoma aumenta en los jóvenes” (338) y “las cinco sustancias más adictivas de la Tierra y sus efectos en el cerebro” (298). El promedio de alcance de todas las publicaciones es de 125 personas alcanzadas.

Evaluando los datos estadísticos, se observa que las publicaciones que generan mayor participación (reciben más “me gusta”, comentarios y se comparten más veces) entre las personas alcanzadas son: “historia de una adicta al whatsapp” (15% de participación), seguido de “los terrones de azúcar que ingieres con las comidas” (12%), “mitos y realidades sobre la exposición solar” (12%), “tatuajes y piercings” (10%) y “la noche de los jóvenes se acorta” (10%). El promedio de participación en todas las publicaciones es del 6%.

La mayoría de las visitas al blog proceden de España (698 visitas), seguidas de Polonia (67), Reino Unido (24) y Estados Unidos (10). En cuanto a la distribución de las visitas de España por ciudades, se obtiene que las principales ciudades de las cuales proceden son de Murcia (111 visitas), Alcalá de Henares (96), Madrid (87) y Valladolid (81).

### CONCLUSIONES

Este proyecto piloto brinda la oportunidad de identificar a la enfermería como un referente de apoyo en los cambios que se producen durante el periodo de la adolescencia y a lo largo de la vida en la salud y la enfermedad.

La mayoría de los adolescentes declaran haber consultado alguna vez algún tema relacionado con la salud o la enfermedad en internet; sin embargo, otorgan una baja credibilidad a la información obtenida<sup>4</sup>. Por ello, esta herramienta de Consulta Joven pretende ser un medio en el que podrán adquirir conocimientos fiables y seguros por parte de los profesionales sanitarios, así como resolver sus dudas.

Gracias a su fácil aplicación en la práctica, se ha conseguido abordar a un considerable número de adolescentes. Dado el alcance obtenido a pequeña escala y la posible repercusión globalizada que podría generar, se hace necesaria la actualización del personal sanitario en las nuevas tecnologías y la búsqueda de estrategias originales más allá de la consulta física habitual ante un sector de la población que frecuenta poco los centros de salud.

A pesar del alcance obtenido, no se han recibido preguntas ni demandas por parte de los adolescentes, por lo que esta experiencia comunitaria debe continuar en el tiempo su aplicación e idear nuevas herramientas que susciten el interés de la población diana para que estos expresen sus inquietudes.

Al realizar un seguimiento continuado de los resultados obtenidos, conoceremos los temas que son del máximo interés para los adolescentes, ante los cuales los profesionales de enfermería deberán estar actualizados y formados, para dar respuesta a las demandas.

Con los resultados alcanzados, se concluye que el ámbito sexual es el tema que suscita mayor atracción entre la población diana alcanzada.

### BIBLIOGRAFÍA

1. M. I. Hidalgo Vicario, M.J. González Fierro, M. Güemes Hidalgo. La adolescencia. Aspectos físicos, psicosociales y médicos. Principales cuadros clínicos. *Medicine [rev. Internet]*. 2014; 11 (61): 3579-3587.
2. Fernando Alonso Pérez. Salud del adolescente. En Fundación para el desarrollo de la enfermería. Atención al individuo y la familia. Enfermera comunitaria. Segunda edición. España: Fuden; 2015. 117-147.
3. Francisco Buitrago Ramírez, Teresa Nieto Hernández. Prevención de los principales problemas de salud: Atención clínica y comunitaria. En Elsevier. Atención Familiar y salud comunitaria. Conceptos y materiales para docentes y estudiantes. España: Elsevier; 2011. 261-294.
4. Miguel González I, Echevarría Broz C, Ferrero Fernández E, Suárez Gil P. Uso de Internet por parte de los adolescentes de Gijón (Asturias) como fuente de información sobre salud, Atención Primaria, Volume 43, Issue 6, June 2011, Pages 281-286.



5. Obaya Prieto C, Fernández Rodríguez S. Consulta Joven en un Instituto Atendida por enfermeras de Atención Familiar y Comunitaria. RqR Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA). 2016 Feb 4 (1): 7-19
6. Organización Mundial de la Salud (OMS). Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud. Ginebra. Organización Mundial de la Salud. 1986.
7. España. Ministerio de Sanidad y Consumo. Grupo de Trabajo de Promoción de la Salud a la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Formación en Promoción y Educación para la Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2003.

**ID113:****SITUACIÓN DE LOS PACIENTES INMOVILIZADOS DE UNA ZONA BÁSICA DE SALUD DE LA REGIÓN DE MURCIA: UN ESTUDIO DESCRIPTIVO**

M<sup>a</sup> José Valverde Soto<sup>1</sup>, Anna Ignatieva<sup>2</sup>, Silvia Martínez Escoriza<sup>3</sup>, Juan Antonio López García<sup>4</sup>, Pedro Luis Rubio Martínez<sup>5</sup>

- 1 Centro de Salud de Calasparra. Área IV (Murcia)
- 2 Centro de Salud de Calasparra. Área IV (Murcia)
- 3 Centro de Salud Lorca San Diego. Área III (Murcia)
- 4 Hospital Comarcal del Noroeste. Área IV (Murcia)
- 5 Centro de Salud de Calasparra. Área IV (Murcia)

[valverde.soto@gmail.com](mailto:valverde.soto@gmail.com)

**RESUMEN**

**Introducción.** Los países desarrollados se caracterizan por un marcado envejecimiento poblacional, proceso que conlleva una serie de cambios que, en ocasiones, dan lugar a la figura del paciente inmovilizado.

**Objetivo general.** Describir la situación de los ancianos inmovilizados de una zona básica de salud.

**Objetivos específicos.** A) Detectar las deficiencias en la valoración socio-familiar de los ancianos inmovilizados, B) Valorar el cumplimiento del índice de Katz C) Analizar el estado de valoración del cuidador informal.

**Metodología***Diseño y población de estudio*

Estudio descriptivo realizado sobre los ancianos inmovilizados de una zona básica de salud.

*Tamaño muestral*

Se incluyen a todos los pacientes registrados en OMI-AP como inmovilizados, contando con una población final de 357 pacientes.

*Medidas de evaluación*

Se evalúan las variables sociodemográficas de la muestra y el grado de cumplimiento de: planes de cuidados, índice de Katz, escala de Gijón y el test de Zarit.

*Análisis y recogida de los datos*

Se realiza una explotación de datos del aplicativo de historia clínica electrónica. Las variables se describen como proporciones.

**Resultados.** Existe un 3,67% de ancianos inmovilizados. Sobre ellos y sus cuidadores se detecta una baja aplicación de las diferentes escalas de valoración.

**Discusión y conclusiones.** Los datos reflejan la necesidad de una respuesta organizativa que garantice la satisfacción de las necesidades de este grupo poblacional y sus cuidadores.

**ABSTRACT**

**Background.** One of the characteristics of the developed countries is the aging of their population. This aging process entails a series of changes that, in many cases, are the responsible of the figure of the immobilized patient.

**General objective.** Describe the situation of aged immobilized patients in a basic health area.

**Specific objectives.** A) Detect the deficiencies in the family assessment of the immobilized elderly population, B) Evaluate compliance of the Katz index, C) Analyze the informal caretaker's status of the immobilized patients.

**Methods***Study settings and population*

Descriptive study in a basic health area of Murcia. The study population consists of aged immobilized patients.

*Patients*

Patients registered as immobilized. We have an final population of 357 subjects.



### *Evaluation*

The main sociodemographic variables of the study population (sex and age) and the degree of compliance of the following instruments were evaluated: nursing care plans, Katz index, Gijón scale and Zarit test.

### *Analysis and data collection*

A data exploitation of the OMI-AP electronic medical application is performed. The sociodemographic data and the fulfillment of the different assessment scales are collected. Variables are described as proportions or percentages.

**Results.** There is a 3.67% of elderly immobilized. In addition, there is a low application of the different assessment scales for these patients and their caretakers.

**Discussion and Conclusions.** The data obtained reflect the need for an organizational response by the PA teams that guarantees the satisfaction of the needs of this complex population group, as well as their caregivers.

### **PALABRAS CLAVE**

Enfermería en salud comunitaria, cuidador informal, anciano, dependencia, asistencia sanitaria. Community health nursing, caregivers, aged, dependency, delivery of health care.

### **INTRODUCCIÓN**

Una de las características de los países desarrollados es el rápido y marcado envejecimiento de su población. Nuestro país no es ajeno a esta situación; según datos del INE en España el porcentaje de mayores de 64 años asciende a un 15,36%, lo que supone cerca de 7 millones de personas de las cuales casi un 25% son octogenarias. Estos datos se traducen en unas previsiones que determinan que, para el año 2050, contaremos con una proporción de ancianos superior al 30%, llegando a alcanzar los 4 millones de octogenarios [1].

Este envejecimiento está asociado a un significativo incremento en la calidad y esperanza de vida de nuestra población adulta, hecho que ha convertido a España en el primer país de Europa en este aspecto gracias a los avances sanitarios y sociales desarrollados en las últimas décadas [2]. Sin embargo, a pesar de los aspectos positivos que nos han hecho pioneros en medidas de envejecimiento activo, los cambios derivados del envejecimiento poblacional suponen un importante reto desde el punto de vista sanitario.

De manera inherente al proceso de envejecimiento, en el organismo sano ocurren una serie de cambios que favorecen la aparición de enfermedades crónicas. La cronicidad es, en muchas ocasiones, responsable de la polimedicación y de la aparición de discapacidades, limitaciones físicas, sensoriales y cognitivas. Esta situación merma la capacidad de los ancianos para el desarrollo de las actividades de la vida diaria apareciendo, incluso, la figura del sujeto dependiente e inmovilizado [3].

Desde Atención Primaria (AP), el término inmovilizado engloba a todos aquellos pacientes que pasan la mayor parte del tiempo en la cama debido a una importante dificultad para desplazarse, siempre y cuando el tiempo de duración de esta dificultad sea superior a dos meses. Este contexto requiere que la mayor parte de los cuidados de enfermería de AP se desarrollen en el ámbito doméstico, de forma que los cuidadores informales se convierten en una herramienta fundamental para el bienestar del sujeto [4]. De este modo aparece la figura del cuidador principal o informal, entendiendo como tal a “aquella persona del hogar familiar encargada de ayudar en las necesidades básicas e instrumentales de la vida diaria del paciente durante la mayor parte del día, sin recibir retribución económica a cambio” [5]. En este sentido, se estima que hasta un 88% del total de los cuidados que los pacientes inmovilizados requieren se corresponde con los cuidados informales [6].

Todo esto pone de manifiesto la importancia de la red social y familiar para el desarrollo de los cuidados de los pacientes, pues se ha detectado una mayor tasa de mortalidad, depresión y alteraciones cognitivas en aquellos inmovilizados que no cuentan con soporte socio-familiar adecuado [5,6]. Como enfermeros de AP debemos ser responsables del cuidado no solo del paciente inmovilizado, sino también de estos cuidadores informales cuyas condiciones los convierten en un ser vulnerable desde el punto de vista sanitario.

Frente a este escenario nos proponemos conocer cuál es la situación de los enfermos inmovilizados de la zona básica de salud del municipio de Calasparra (Murcia) para poder, de este modo, aplicar las medidas más adecuadas para mejorar la calidad de vida tanto de los pacientes propiamente dichos como de los cuidadores informales que potencian el trabajo diario del equipo de enfermería.

## **OBJETIVOS**

### *Objetivo General*

El objetivo general que este proyecto persigue es describir la situación de los pacientes inmovilizados mayores de 64 años de la zona básica de salud de la localidad de Calasparra (Murcia).

### *Objetivos Específicos*

Partiendo del objetivo general propuesto, como objetivos específicos podemos citar: A) Detectar las deficiencias en la valoración socio-familiar de la población anciana inmovilizada. B) Valorar el cumplimiento del índice de Katz en los ancianos inmovilizados. C) Analizar el estado de valoración del cuidador informal de los de los ancianos inmovilizados.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

### *Diseño y población de estudio*

Se desarrolla un estudio observacional, descriptivo y transversal realizado durante los meses de abril y mayo de 2016 en la zona básica de salud del municipio de Calasparra (Murcia), que cuenta con una población total de 10.423 habitantes, de los cuales 9.726 poseen tarjeta sanitaria adscrita al centro de salud.

La población de este estudio la conforman los pacientes, mayores de 64 años, registrados en la plataforma informática OMI-AP con el CIAP A28 (inmovilizado).

### *Tamaño muestral*

Se realiza un muestreo universal que incluye a todos los pacientes registrados en OMI-AP con el CIAP A28 (inmovilizado), de manera que contamos con una población inicial de 601 sujetos.

Aplicados los criterios de inclusión y exclusión, la muestra final es de 357 inmovilizados vinculados a sus cuidadores informales cuya valoración se haya llevado a cabo por parte del equipo de enfermería.

### *Criterios de inclusión*

Se incluyen en el estudio todos aquellos pacientes mayores de 64 años, de ambos sexos, con episodio inmovilizado activo en la plataforma OMI-AP. Los pacientes se incluyen con independencia de la patología o patologías concomitantes que presenten.

### *Criterios de exclusión*

Quedan fuera del proyecto los sujetos con episodio histórico (no activos), aquellos cuyo sexo no constaba en el registro informático, y los de edad inferior a 65 años cuyo ámbito de desarrollo de los cuidados habituales no sea el propio domicilio (por ejemplo los pacientes institucionalizados en residencia geriátrica).

### *Medidas de evaluación*

Se evalúan las principales variables sociodemográficas de la población a estudio (sexo, centro de referencia y edad) y el grado de cumplimiento, sobre ellos, de los siguientes instrumentos:

**Planes de cuidados de enfermería.** Se trata de una herramienta de enfermería que permite “documentar y comunicar la situación del paciente, los resultados que se esperan, las estrategias, indicaciones, intervenciones y la evaluación de todo ello” [9] a través de un lenguaje común para conseguir, finalmente, una mejora de la calidad de vida del paciente.

**Índice de Katz (IK).** Herramienta creada en el año 1958 por un equipo multidisciplinar. Desde su creación, el IK se ha usado para evaluar el grado de dependencia de las personas a la hora de realizar seis funciones básicas: baño, vestido, uso del retrete, movilidad, continencia y alimentación. Cada actividad se clasifica en dos niveles: dependencia o independencia. En función de la valoración conjunta de las actividades el paciente queda clasificado en uno de los ocho niveles de dependencia que el IK marca, que van desde el A (independiente para todas las funciones) al H (dependiente en al menos dos funciones, pero no

clasificable como C, D, E o F). Su fiabilidad ha sido valorada en múltiples estudios y está validado en varios idiomas, países, entornos culturales y niveles socioeconómicos [7,8]

**Escala socio-familiar de Gijón.** Se trata de una escala heteroadministrada que evalúa la situación socio-familiar del paciente. Consta de 5 ítems de valoración: situación familiar, situación económica, vivienda, relaciones sociales y apoyo de la red social. Una vez administrada la escala el paciente queda englobado en uno de los siguientes grupos según su puntuación: buena situación social (de 5 a 9 puntos), riesgo social (de 10 a 14 puntos), y problema social (más de 15 puntos) [10].

**Test de Zarit.** Escala validada y ampliamente empleada en nuestro medio para la evaluación de la sobrecarga del rol del cuidador. Se compone de 22 preguntas con 5 posibles respuestas (nunca, rara vez, algunas veces, bastantes veces y casi siempre); en función de las respuestas a las preguntas se obtiene una puntuación final que permite la clasificación del cuidador del paciente en uno de los siguientes grupos: ausencia de sobre carga ( $\leq 46$ ), sobrecarga ligera (47 – 55) y sobrecarga intensa ( $\geq 56$ ) [11,12].

#### *Recogida y análisis de los datos*

Se realiza una explotación de datos del aplicativo de historia clínica electrónica OMI-AP; se recogen los datos sociodemográficos así como aquellos datos referentes al cumplimiento de las diferentes escalas de valoración y la información referente a los planes de cuidados de enfermería. Estos datos fueron registrados en Microsoft Excel para su explotación, y el análisis de los mismos se desarrolló a través de la herramienta SPSS versión 23. Las variables cualitativas se describieron como proporciones o porcentajes, mientras que para las variables cuantitativas se empleó la media estándar.

#### *Consideraciones éticas*

Con el fin de salvaguardar la confidencialidad de los datos adquiridos, los nombres de los pacientes fueron sustituidos por su número de historia clínica. La norma de confidencialidad se aplicaron tanto a los datos almacenados en soporte informático para su explotación como sobre los datos recogidos en papel u otro tipo de soporte.

Las normas de confidencialidad siguen lo establecido por la Ley Orgánica 15/99 del 13/12/1999 de Protección de Datos de carácter personal [13]

## **RESULTADOS**

### *Pacientes inmovilizados*

De un total de 9.726 cartillas adscritas a la zona básica de salud de Calasparra (que engloba el municipio de Calasparra propiamente dicho y la pedanía de Valentín), 552 de ellas se corresponden con pacientes mayores de 64 años registrados como Inmovilizados en OMI-AP y, por tanto, vinculados al programa de atención domiciliaria. De este grupo de pacientes, 357 (64,7%) se encuentran activos en el momento de esta investigación, de manera que son los que componen la muestra estudiada.

Esto supone la presencia de un 3,67% de ancianos inmovilizados que reciben cuidados en el domicilio por parte del equipo de enfermería de AP.

La edad media de estos pacientes es de 82,68 años, encontrándose el mínimo de edad en los 65 años y el máximo en los 101. El modo en el que la muestra queda distribuida en función de la edad de los pacientes queda reflejado en la *Figura 1*.

Desde el punto de vista del sexo sabemos que la proporción de mujeres inmovilizadas es significativamente mayor a la de hombres, con un 63,9% para el primer grupo frente a un 36,1% para el segundo. El análisis completo de estas variables queda recogido en la *Tabla 1* y en la *Tabla 2*.

Atendiendo a la labor del equipo de enfermería de AP en relación a los planes de cuidados desarrollados con los ancianos inmovilizados, los resultados muestran la presencia de 192 planes. Dichos planes se vinculan a los siguientes diagnósticos de enfermería en orden de mayor a menor prevalencia: deterioro de la deambulación (43,75%), deterioro de la movilidad física (17,19%), manejo inefectivo del régimen terapéutico (9,37%), deterioro de la habilidad para la traslación (6,25%), riesgo de deterioro de la integridad cutánea (5,73%), conductas generadoras de salud (2,60%), intolerancia a la actividad (2,08%), conocimientos deficientes (2,08%), deterioro de la movilidad en la cama (1,04%), deterioro de la integridad cutánea (1,04%), afrontamiento ineficaz (1,04%), trastorno de la percepción sensorial (1,04%),

deterioro del patrón del sueño (1,04%), riesgo de caídas (1,04%), incontinencia urinaria total (0,52%), deterioro de la integridad tisular (0,52%), patrones sexuales inefectivos (0,52%), riesgo de intolerancia a la actividad (0,52%), mantenimiento inefectivo de la salud (0,52%), confusión crónica (0,52%), deterioro de la memoria (0,52%), duelo anticipado (0,52%) y ansiedad (0,52%).

#### *Índice de Katz*

A la hora de evaluar la cantidad de pacientes sometidos a valoración de su capacidad para realizar las actividades de la vida diaria a través del IK encontramos que tan solo nueve (2,52%) de los pacientes con episodio activo tienen valorado esta dimensión, siendo ocho de ellos mujeres. La edad media de los pacientes valorados es de 82,55 años.

Las puntuaciones del IK valoradas se distribuyen del modo en que se muestra en la *Figura 2*, de manera que la clasificación más prevalente es conjuntamente, la A (independiente para todas las funciones) y la G (dependiente en todas las funciones), ambas con una proporción del 33,3%. Ninguno de los pacientes valorados se incluyen en los grupos B (independiente en todas las funciones menos en una), C (independiente en todas las funciones menos en el baño y otra cualquiera), F (independiente en todas las funciones menos en el baño, vestido, uso del W.C., movilidad y otra cualquiera de las dos restantes) y H (dependiente en al menos dos funciones, pero no clasificable como C, D, E o F).

El análisis descriptivo correspondiente a la valoración del grado de independencia del paciente se refleja en la *Tabla 3*.

#### *Escala socio-familiar de Gijón*

Los resultados obtenidos ponen de manifiesto que la valoración de la situación socio-familiar del paciente inmovilizado se aplicó sobre cuatro de los pacientes y su contexto social, lo que supone únicamente un 1,12% del total de los inmovilizados.

El 100% de estos pacientes valorados presentan una puntuación inferior a 16, es decir, que todos ellos se consideran exentos de riesgo de alteración social (*Tabla 4*). Así mismo, el total de los pacientes valorados son mujeres con una media de edad de 85,5 años.

#### *Test de Zarit*

La sobrecarga del cuidador informal de estos 357 pacientes inmovilizados fue valorada en cuatro de los casos (1,52%). Al igual que en la escala socio-familiar, los inmovilizados cuidados se corresponden con el sexo femenino, presentando una edad media de 85,75 años.

Las puntuaciones obtenidas permiten clasificar a los cuatro cuidadores evaluados en el grupo con ausencia de sobrecarga, pues ninguno de ellos sobrepasa los 46 puntos. La puntuación media para esta escala en nuestro caso es de 15,75.

### **DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES**

Los resultados obtenidos ponen de manifiesto la existencia de una proporción de ancianos inmovilizados que reciben asistencia domiciliar bastante significativa, llegando a representar éstos un 3,67% del total de la población (infantil y adulta) adscrita al CS de Calasparra.

Cuando analizamos las características de este grupo poblacional no hace más que ponerse de manifiesto la tendencia general hacia el envejecimiento que siguen los países desarrollados: la media de edad de los sujetos evaluados se sitúa en los 82,68 años, siendo la edad máxima del estudio de 101 años. Así mismo, como ocurre a nivel mundial, es el sexo femenino el más predominante en este grupo poblacional con una proporción del 63,9% y una mayor esperanza de vida.

La importante labor del equipo de enfermería de AP en el domicilio de estos pacientes queda reflejada a través de los planes de cuidados estandarizados vinculados a ellos, con un total de 192 planes específicos para el paciente inmovilizado. Como es de esperar en este contexto, la mayor parte de ellos están vinculados a las alteraciones del patrón actividad/ejercicio, de manera que destacan el de deterioro de la deambulación (43,75%) y el de deterioro de la movilidad física (17,19%). Así mismo, resulta significativo observar que tan solo un 1,04% de los planes se refiere al diagnóstico de deterioro de la integridad cutánea (1,04%), lo que podría indicar que la proporción de ancianos inmovilizados que presentan heridas como úlceras por presión es baja en esta población.

Con respecto a los resultados referentes a la valoración del grado de dependencia a través del índice de Katz, llama la atención que una importante proporción de los pacientes (33,3%) quedan clasificados como

independientes para las actividades de la vida diaria a pesar de ser considerados inmovilizados. Sin embargo, no podemos considerar este dato como significativo debido a la baja proporción de pacientes evaluados en este aspecto (sólo un 2,52% del total de ancianos inmovilizados tienen cumplimentado el IK).

Finalmente observamos, tanto a la hora de analizar el cumplimiento de la escala socio-familiar de Gijón como el test de Zarit, que la proporción de ancianos inmovilizados sobre los que se ha valorado este aspecto por parte del equipo de AP es muy baja, representando únicamente al 1,52% de todos los ancianos inmovilizados. Estos datos confirman la tendencia general que existe en nuestro país a centrar las acciones sanitarias en los aspectos más físicos del paciente, quedando relegadas a un segundo plano las áreas de carácter psicosocial, si bien es cierto que en la actualidad los profesionales sanitarios comienzan a conceder más importancia a estos aspectos del ser humano.

El envejecimiento de la población es un hecho indiscutible que eleva la complejidad de los cuidados requeridos tanto por el paciente inmovilizado como por sus cuidadores informales. Desde los equipos de AP, los profesionales de enfermería gestionan los cuidados de este tipo de pacientes a través de los recursos que proporciona el programa de atención domiciliaria apoyándose en una serie de instrumentos que facilitan e incrementan la calidad de la atención prestada.

Si bien es cierto que las áreas centradas en la valoración y control de los aspectos más fisiológicos del paciente se encuentran cubiertas por los equipos de AP, es en las áreas de carácter psicosocial donde encontramos las principales oportunidades de mejora, sobre todo en lo que respecta a la valoración del entorno familiar del paciente atendido.

En nuestro país la familia es la principal responsable de los cuidados domiciliarios de los ancianos inmovilizados y, a pesar de que los profesionales sanitarios la consideramos un recurso esencial para el desarrollo de nuestro trabajo, hoy en día sigue siendo una gran olvidada. Desde los equipos de AP debemos ver estas deficiencias como oportunidades para establecer las acciones de mejora que permitan incrementar la calidad del entorno social y familiar en el que se desarrolla la vida de nuestros pacientes más frágiles.

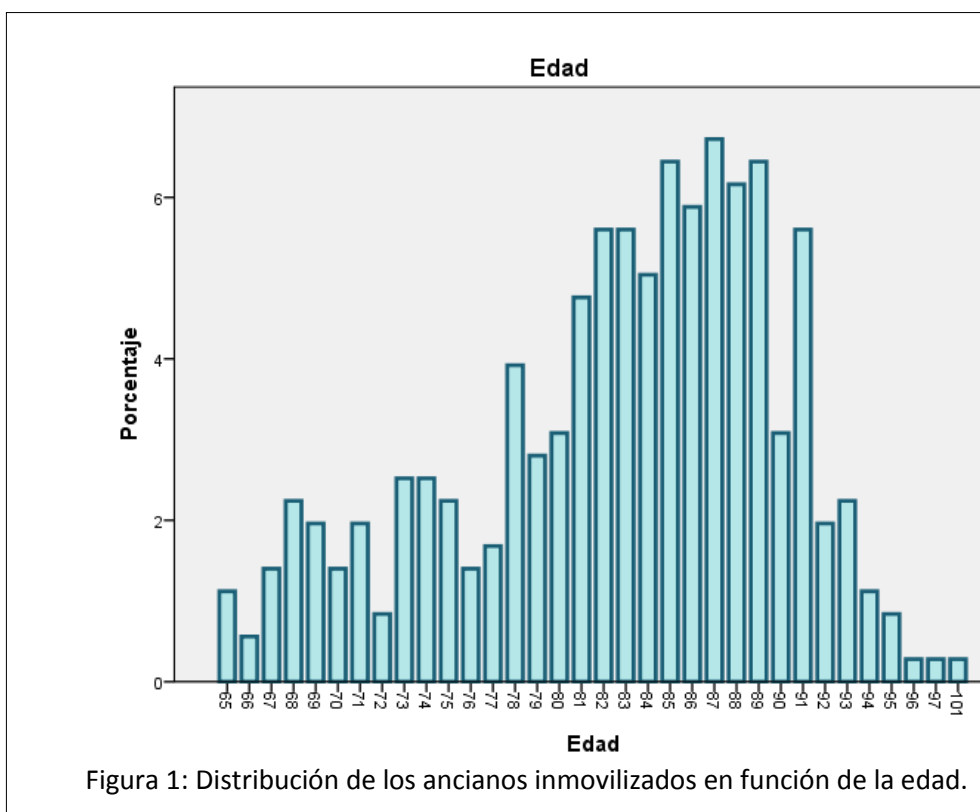
Podemos concluir que los datos obtenidos reflejan la necesidad de una respuesta organizativa por parte de los equipos de AP que garantice la satisfacción de las necesidades de este complejo grupo poblacional, así como de los cuidadores que potencian la labor de los sanitarios en el domicilio.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. INE: Instituto Nacional de Estadística. [Internet]. Madrid: INE; 2016 [citado el 1 de dic 2016] Disponible en: <http://www.ine.es/>.
2. Vicente JM. Libro blanco del envejecimiento activo. 2011. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). 2011. Madrid.
3. Abellán A, Pujol R. Un perfil de las personas mayores en España, 2015. Indicadores estadísticos básicos. Madrid, Informes de Envejecimiento en red nº 10. [Fecha de publicación: 22/01/2015].
4. Ruiz L, Campos M, Peña M. Situación sociofamiliar, valoración funcional y enfermedades prevalentes del adulto mayor que acude a establecimientos de primer nivel de atención, Callao 2006. *Peru Med Exp Salud Pública*. 2008; 25(4): 374-79.
5. do Muño Joga M, Fernández Fernández MV, Rodríguez Rodríguez E, González Rodríguez C, Iglesias Cerqueiro RM. Sobrecarga del cuidador principal de pacientes inmovilizados en atención primaria. *Cad Aten Primaria*. 2010; 17: 10 – 14.
6. Espinoza Miranda K, Jofre Aravena V. *Ciencia y enfermería*. 2012; 18(2): 23 – 30.
7. González Montalvo JI, Alarcón Alarcón T. Calidad de los instrumentos de valoración funcional en geriatría: del invento de la rueda a la era electrónica. *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 2008; 43: 265-7.
8. Alvarez Solar M, Alaiz Rojo A, Brun Gurpeguit. Capacidad funcional de pacientes mayores de 65 años, según el índice de Katz. Fiabilidad del método. *Atención Primaria*, 1992; 10: 12-18.
9. Griffith – Kenney J, Christensen PJ. *Nursing Process. Application of theories, frameworks and models*. St Louis (MI): Mosby; 1986.

10. Alarcón T. La escala socio-familiar de Gijón, instrumento útil en el hospital general. Revista española de Geriatría y Gerontología. 1998; 33(3): 178 – 179.
11. Regueiro Martínez AA, Pérez – Vázquez A, Gómara Villabona SM, Ferreiro Cruz C. Escala de Zarit reducida para sobrecarga del cuidador en atención primaria. Aten Primaria. 2007; 39(4): 185 – 8.
12. Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. Gerontologist. 1980;20:649-55.
13. Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de 1999, de Protección de Datos de Carácter Personal. (Boletín Oficial del Estado, no 298, 43088-43099, de 14-12-1999).

**GRÁFICOS Y/O TABLAS**



**Estadísticos descriptivos**

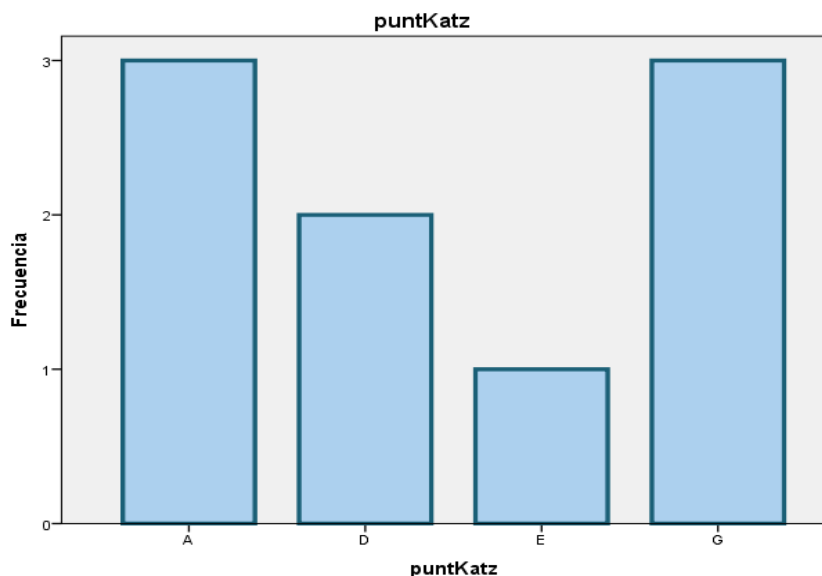
	N	Mínimo	Máximo	Media	Varianza
Edad	357	65	101	82,68	52,408
N válido (por lista)	357				

**Tabla 1.** Análisis de las variables cuantitativa edad de los ancianos inmovilizados

**SEXO**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Hombre	129	35,8	36,1	36,1
Mujer	228	63,3	63,9	100,0
Total	357	99,2	100,0	
Perdidos Sistema	3	,8		
Total	360	100,0		

**Tabla 2.** Análisis de la variable cualitativa sexo



**Figura 2.** Distribución de las puntuaciones del IK

**Katz**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Si	9	2,5	2,5	2,5
No	348	96,7	97,5	100,0
Total	357	99,2	100,0	
Perdidos Sistema	3	,8		
Total	360	100		

**Tabla 3.** Análisis de la frecuencia de evaluación del índice de Katz en inmobilizados

**Gijon**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido si	4	1,1	1,1	1,1
no	353	98,1	98,9	100,0
Total	357	99,2	100,0	
Perdidos Sistema	3	,8		
Total	360	100,0		

**Tabla 4.** Análisis descriptivo del cumplimiento de escala Gijón

**ID118:****VALORACIÓN DE LAS DIFERENTES OPCIONES DISPONIBLES PARA LA HIDRATACIÓN DE LA PIEL EN EL ABORDAJE Y PREVENCIÓN DE HERIDAS**

Laura Tronchoni Costa<sup>1</sup>, Ronaldo González Corral<sup>2</sup>.

1- Consultorio Sariego, Asturias (CS Pola de Siero).

2- Consultorio Carbayín Alto, Asturias (CS Pola de Siero).

[laura\\_tc92@hotmail.com](mailto:laura_tc92@hotmail.com)

**RESUMEN**

**Introducción:** La hidratación cutánea tiene un papel fundamental en la prevención y tratamiento de las lesiones ulcerosas, con lo que debería establecerse qué método hidratante es más eficiente.

**Desarrollo:** La efectividad de las medidas hidratantes reside, básicamente, en su contenido en ácido linoleico. Tanto los productos de Ácidos Grasos Hiperóxigenados (AGHO) como los de Ácidos Grasos Esenciales (AGE) contienen esta molécula, y ambos grupos han demostrado prevenir las Úlceras por Presión (UPP) y mejorar el trofismo cutáneo.

**Discusión:** Los compuestos de AGHO no han demostrado ser superiores a los AGE y la baja calidad de los estudios publicados al respecto no permite establecer la superioridad de ninguno de los productos comercializados actualmente.

**Conclusiones:** Las recomendaciones desde Atención Primaria (AP) a los pacientes deberían basarse en un principio de coste-efectividad y preferencias del paciente, ya que el conocimiento actual no permite establecer la superioridad de ninguna de las opciones disponibles.

**ABSTRACT**

**Introduction:** Skin hydration has a major role in prevention and treatment of skin ulcers; therefore, we should know which moisturizing product is more efficient.

**Results:** Moisturizing products obtain its ability to improve skin hydration due to its content in linoleic acid. Hyperoxygenated Fatty Acids (HOFA) and Essential Fatty Acids (EFA) contain this molecule, and both have shown to prevent Pressure Ulcers (PU) and improve skin conditions.

**Discussion:** HOFA have not proven better results than EFA. Due to low quality of the published studies about this topic, none of today available products has shown its superiority among the others.

**Conclusions:** Recommendations from Primary Healthcare to its patients should be based on the cost-effectiveness of available products and patients preferences, as today's knowledge doesn't show which moisturizing solution is better.

**PALABRAS CLAVE**

“Ácidos grasos esenciales”, “Ácidos grasos hiperóxigenados”, “Hidratación”, “Cuidados de la piel”, “Úlcera cutánea”, “Úlcera por Presión”.

“Fatty acids, Essential”, “Hyperoxygenated fatty acid”, “Hydration”, “Skin care”, “Skin ulcer”, “Pressure ulcer”.

**INTRODUCCIÓN/JUSTIFICACIÓN/OBJETIVO**

El abordaje y tratamiento de las úlceras supone uno de los grandes ámbitos asistenciales de la Enfermería de Atención Primaria (AP). Así, sólo la prevalencia de las Úlceras por Presión (UPP) en AP es del 8,51% entre los pacientes programados como Atención Domiciliaria <sup>1</sup>.

Por otra parte, su correcto abordaje y prevención es especialmente significativo desde el punto de vista económico: mientras el coste medio de un episodio de UPP grado I es de 58,3 euros, si la evolución de éste es desfavorable y llega hasta un grado IV, su coste asciende a los 4.868 euros. Así, las UPP suponen un gasto para el Sistema Sanitario español de 61 millones de euros <sup>2</sup>.

Uno de los aspectos más importantes en el manejo de este tipo de lesiones es la prevención, ya que un 95% de las UPP son evitables <sup>3</sup>. En este sentido, el correcto estado e hidratación de la piel se considera fundamental dado que los pacientes con una piel seca o agrietada presentan 2,5 veces más probabilidad



de desarrollar ulceraciones <sup>4</sup>, considerándose la inadecuada hidratación de la piel un factor de riesgo significativo e independiente en el desarrollo de UPP <sup>5,6</sup>.

Sin embargo, la hidratación de la piel no sólo tiene un papel en la prevención de lesiones, sino también en su manejo: la epitelización se produce mediante la migración celular que parte de los bordes de la herida, de manera que mantener una piel perilesional en buen estado e íntegra favorece este proceso <sup>7</sup>. Así, dada la importancia de la hidratación, cantidad de productos disponibles y no-subvención de algunos de ellos, sería oportuno conocer cuáles son más recomendables en el ámbito de AP.

## DESARROLLO

### Metodología

Para la obtención de documentos se realizó una búsqueda bibliográfica entre el 5 y 8 de diciembre de 2016 en las bases de datos: Pubmed, Cochrane, UpToDate, Embase, Cuiden y SciELO, utilizando los términos Mesh "Skin care", "Skin ulcer", "Pressure ulcer", "Fatty acids, Essential" y texto libre "Hyperoxygenated fatty acid", "Hydration". Se empleó diferentes combinaciones de estos términos mediante el operador booleano "AND".

Se descartaron aquellos artículos que, tras lectura del resumen, no se ajustaban a la temática del estudio. Por otra parte, se incluyeron aquellos documentos citados en los estudios encontrados en la búsqueda inicial que se consideraron relevantes.

Así, se obtuvo un total de 35 documentos.

### Resultados de la Búsqueda

En condiciones normales el grado de hidratación de la piel depende, básicamente, de la capacidad de la epidermis para evitar la fuga de agua gracias a la capa córnea. Ésta está formada por los condrocitos que se encuentran unidos entre sí mediante los desmosomas y laminillas intercelulares, formando una estructura que actúa a modo de dique evitando la pérdida de agua. Entre todos los factores que influyen en esta estructura, uno de los más importantes son las ceramidas tipo I por ser un componente fundamental de las laminillas intercelulares, sin las cuales éstas perderían su impermeabilidad. A su vez, las ceramidas tipo I se componen fundamentalmente de ácido linoleico. Se trata del ácido graso que se encuentra en mayor cantidad en la piel, no puede ser sustituido por ningún otro ácido graso esencial y es un elemento indispensable para evitar la permeabilidad cutánea <sup>8</sup>.

De esta manera, y a nivel teórico, la capacidad para mejorar la hidratación de la piel de los distintos productos disponibles depende, realmente, de su contenido en ácido linoleico <sup>8</sup>.

Con la finalidad de potenciar los efectos favorables de los ácidos grasos en la integridad cutánea, existe un amplio abanico de productos comercializados que proporcionan exógenamente estas moléculas; todos con concentraciones diferentes de ácido linoleico. A grandes rasgos, estos pueden clasificarse como productos con una base de Ácidos Grasos Esenciales (AGE) o de Ácidos Grasos Hiperoxigenados (AGHO). Los AGE son moléculas que nuestro organismo no puede sintetizar, por lo que deben ser aportados de forma exógena. En este ámbito, los más relevantes son el ácido linoleico, linolénico y araquidónico. Por su parte, los AGHO están formados mayoritariamente por AGE <sup>8</sup> que han sido sometidos a un proceso de ozonización que les confiere la capacidad teórica de favorecer la microcirculación de las zonas acras <sup>9</sup>, siendo esta la principal característica que los diferencia de los AGE.

### **Ácidos Grasos Hiperoxigenados**

Actualmente existe una amplia gama de productos de AGHO comercializados. Éstos cuentan con varias presentaciones (aceites, emulsiones, etc.) y, a su vez, cada uno de estos productos se diferencia del resto en los ácidos grasos que lo componen y su proporción. Sin embargo, no existen trabajos de investigación que comparen la efectividad de los diferentes productos de AGHO entre sí <sup>9</sup>, con lo que las conclusiones extraídas de los estudios analizados a continuación son difícilmente extrapolables al conjunto de estos productos.

A nivel general, está establecido que los AGHO son inmediatamente absorbidos por la piel tras su aplicación, con lo que proporcionan un incremento en la cohesión entre condrocitos, lo cual mejora la hidratación cutánea al limitar las pérdidas de agua <sup>10</sup>. Así, obtienen la capacidad de disminuir la hiperqueratosis, eczema y eritema <sup>8</sup>.

Por lo que respecta a la capacidad de los AGHO de mejorar la circulación capilar, varios estudios han contrastado su capacidad de incrementar la presión de oxígeno transcutáneo en casos donde ésta estaba comprometida <sup>10</sup> y de mejorar la circulación capilar en talones en situación de riesgo o con una UPP de grado I <sup>11</sup>.

Por otra parte, y según varios estudios, los ácidos grasos hiperoxigenados también parecen ser efectivos en la prevención y tratamiento de las úlceras por presión <sup>9, 12, 13, 14</sup>.

El primero de estos estudios <sup>12</sup> observó una incidencia de UPP del 19% en el grupo de intervención (medidas preventivas + AGHO) y del 35% en el grupo control (medidas preventivas). Más adelante Torra et al. realizaron un ensayo clínico aleatorizado doble ciego con 331 pacientes con riesgo medio, alto o muy alto de desarrollar UPP que presentaron una incidencia de UPP del 7,32% en el grupo intervención, contra el 17,37% del grupo placebo <sup>13</sup>.

El siguiente estudio analizó las tasas de incidencia de UPP en una UCI pediátrica al añadir el uso de AGHO a los planes de cuidados de la unidad. Se vio una incidencia del 5,44% en el grupo control y del 4,1% en el grupo de intervención, a pesar de que ambos grupos no eran del todo comparables entre sí, y los resultados no fueron estadísticamente significativos <sup>14</sup>.

En el 2008 se realizó un estudio observacional descriptivo longitudinal para valorar el efecto de un producto de AGHO sobre la piel perilesional. Participaron 78 pacientes con lesiones ulcerosas y se observó una mejora en el escozor, dolor, prurito, sequedad, descamación y coloración de la piel <sup>15</sup>. Más adelante, estos mismos pacientes fueron incluidos en un programa de seguimiento –en su domicilio o en el Centro de Salud- en el cual se evaluaba la eficacia de los AGHO para prevenir las recidivas. Se midió el número de recidivas en función del grado de adherencia terapéutica, siendo del 6% en el grupo que mantuvo el tratamiento y del 15,38% en el que lo abandonó. Sin embargo, no hubo grupo control, murió un 15% de la muestra, las úlceras que habían padecido anteriormente los pacientes eran de distintas etiologías y no se tuvo en cuenta los motivos por los cuáles algunos pacientes dejaron el tratamiento, de forma que los resultados obtenidos son de baja calidad <sup>16</sup>.

Otro estudio trató de establecer si el uso de AGHO era inferior al uso concomitante de AGHO y fitoterapia en la curación de UPP grado I. No se pudo afirmar que la eficacia de ambos productos fuera equivalente; sin embargo, y a pesar de no contar con un grupo control de no-intervención, concluyó que las tasas de curación de las UPP grado I eran clínicamente relevantes al ser comparadas con el grupo control de otros estudios <sup>9</sup>.

### Ácidos Grasos Esenciales

Se ha visto que, al igual que ocurre con los AGHO, los AGE son asimilados directamente por las ceramidas tipo-1 al ser aplicados exógenamente, favoreciendo la hidratación de la dermis <sup>17</sup>. Por otra parte, los ácidos grasos esenciales –no sólo el linoleico- parecen presentar otras cualidades favorables para la prevención y el abordaje de las heridas. Participan en las fases del proceso de cicatrización, como son la coagulación, inflamación, formación de nuevo tejido y remodelación tisular <sup>18</sup>. Además, en estudios realizados con ratas se ha visto que el ácido oleico y linoleico aumentan el número de neutrófilos en la fase inicial de la cicatrización e incrementan la cantidad de tejido reparador <sup>19</sup>. Sin embargo, mientras un estudio obtuvo respuestas de reepitelización más rápidas con la aplicación de ácido oleico <sup>20</sup>, otros ensayos no obtuvieron diferencias en los tiempos de reepitelización <sup>19</sup>.

Por lo que respecta a su capacidad de prevenir UPP, un estudio doble ciego en 86 pacientes con un riesgo muy alto de UPP –según la escala Norton- comparó el efecto del ácido linoleico y del aceite mineral (subproducto líquido de la destilación de petróleo) sobre el nivel de hidratación y elasticidad cutánea, así como en la prevención de UPP. La intervención con ácido linoleico presentó una incidencia de UPP del 4,7% (todas de grado I), el 98% de los pacientes presentaron una piel hidratada y el 78% elasticidad cutánea. Por el contrario, el 28% de los pacientes a los que se les aplicó la solución de aceite mineral desarrollaron UPP (todas de grado II), sólo el 22% mantuvo una adecuada hidratación cutánea, y el 76% presentó una pérdida de elasticidad <sup>21</sup>. Dada la ausencia de grupo control, es difícil discernir si estos resultados se deben a un efecto beneficioso del ácido linoleico, un probable efecto perjudicial del aceite mineral, o una combinación de ambos supuestos. De todas formas, sí permite asegurar que la aplicación de un producto en formato aceite no es suficiente para conseguir un grado adecuado de hidratación cutánea, sino que su contenido molecular es esencial para conseguir el efecto deseado.

## DISCUSIÓN

Cabe destacar que, mientras la cantidad de bibliografía publicada sobre el uso de AGE en el manejo de la piel perilesional y prevención de úlceras es considerablemente inferior a la existente sobre el uso de AGHO, los estudios sobre AGHO han sido publicados casi exclusivamente en España <sup>8, 9, 10, 13, 14, 16, 17, 18, 22, 23, 24, 25</sup>.

A su vez, la baja calidad de la mayoría de estos estudios dificulta enormemente la emisión de recomendaciones claras. En líneas generales, se considera recomendable hidratar la piel con emolientes <sup>26</sup>; sin embargo, ningún ensayo o revisión se posiciona en la superioridad de ninguno de los productos disponibles frente al resto. Así, ni Cochrane <sup>27</sup> ni UpToDate <sup>28</sup> recomiendan activamente el uso de los AGHO o se posicionan sobre la superioridad de ningún producto; conclusión a la que llegan otros autores <sup>26, 29</sup>.

De esta manera, cabe recordar que a nivel teórico la capacidad de hidratación depende, realmente, del ácido linoleico y no del proceso de hiperoxigenación al que los ácidos grasos pueden ser sometidos. Así, cuando se han realizado estudios que tenían por finalidad establecer si existe una ventaja real de los AGHO sobre los AGE, se ha visto que esta diferencia no es tal.

Uno de estos ensayos comparó la capacidad de los AGHO con el aceite de oliva (con un contenido aproximado del 10% en ácido linoleico) a la hora de prevenir UPP en un grupo de 247 ancianos institucionalizados en residencias. La intervención se planteó con una metodología para demostrar la hipótesis de no-inferioridad del aceite de oliva frente a los AGHO. Obtuvo unas incidencias de UPP del 6,61% en el primer grupo y del 6,35% en el segundo, siendo estas diferencias estadísticamente no-significativas y, según los métodos de análisis que permiten demostrar la no-inferioridad de un producto frente a otro, concluyeron que el aceite de oliva no es inferior a los AGHO en la prevención de UPP en estos pacientes <sup>22</sup>.

Más adelante se publicó un segundo ensayo clínico con un diseño de no-inferioridad, triple ciego y aleatorio, donde el grupo de estudio eran 831 pacientes de AP inmovilizados, con riesgo alto de UPP (Braden <13), con un seguimiento de 16 semanas. Se comparó el uso de AGHO con el uso de aceite de oliva y se estableció de nuevo que el aceite de oliva no es inferior a los AGHO en la prevención de UPP, esta vez en pacientes inmovilizados de alto riesgo <sup>24</sup>.

Por otra parte, cabe mencionar que, a pesar de la importancia de la piel perilesional en todos los tipos de úlceras, la mayoría de estudios publicados se centran en el papel de estos productos únicamente en la prevención de UPP. Sin embargo, un estudio revisó los artículos publicados sobre el uso de AGHO en las úlceras vasculares y llegó a la conclusión de que, dada la baja/muy baja calidad de los estudios, no podía establecerse su eficacia en la prevención de úlceras vasculares, a pesar de que los indicios parecen sostener esta hipótesis <sup>17</sup>.

## CONCLUSIONES

La baja calidad de los trabajos publicados no permite establecer unas recomendaciones claras. Aún así, varios autores coinciden en recomendar la hidratación dada la ausencia de efectos adversos y consistencia lógica <sup>26</sup>.

En cuanto a qué productos utilizar para alcanzar este fin, el conocimiento publicado hasta la fecha es insuficiente para determinar la superioridad de ninguno de los productos comercializados. Así, debería orientarse la investigación futura a determinar, no la efectividad de los AGHO frente a los AGE –ya que se ha visto que el proceso de hiperoxigenación no supone una ventaja <sup>22, 24</sup>–, sino qué nivel mínimo de ácido linoleico es necesario para alcanzar una hidratación cutánea óptima y, más adelante, establecer qué presentación (cremas, aceites, emulsiones, etc.) es la idónea –aspecto sobre el cuál no se han encontrado ensayos clínicos–. Hasta entonces, las recomendaciones deberían basarse en un principio de coste/efectividad y, sobre todo, preferencias y capacidad económica del paciente.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Pancorbo-Hidalgo PL, García-Fernández FP, Torra i Bou, JE, Verdú Soriano J, Soldevilla-Agreda JJ. Epidemiología de las úlceras por presión en España en 2013: 4º Estudio Nacional de Prevalencia. Gerokomos. 2014; 25(4): 162-170.

2. Soldevilla JJ, Torra JE, Verdú J. Epidemiología, coste y repercusiones legales de las úlceras por presión en España, años 2005-2006. Sant Joan Despi: GNEAUPP; 2007.
3. Waterloo J. Pressure ulcer prevention manual. Newtons: Tauton; 1996.
4. Gulralnick JM, Harris TB, White LR. Occurrence and predictors of pressure sores in the national health and nutrition examination survey follow-up. JAGS. 1988; 36: 807-812.
5. European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel. Prevention and Treatment of pressure ulcers: quick reference guide. Washington DC: National Ulcer Advisory Panel; 2009.
6. Allman RM, Goode PS, Patrick MM, Burst N, Bartolucci AA. Pressure ulcer risk factors among hospitalized patients with activity limitation. JAMA. 1995; 273: 865-870.
7. Gago M, García RF. Cuidados de la piel perilesional. Fundación 3M/Drug Farma, 2006.
8. Tormo Maicas V, Rochina IJ. Emulsión de ácido linoleico sobre la piel perilesional de úlceras venosas: Acción y efecto cicatricial. Estudio Corpus. Rev Rol Enf. 2008; 31(4): 266-272.
9. Candela-Zamora MD, Martín-Gómez MA, Solas-Gómez B, Fernández-Pérez C, Martín-González M, Manzanedo-Basilio L et al. Estudio Comparativo de efectividad de dos ácidos grasos hiperoxigenados en el tratamiento de úlceras de grado I en pacientes geriátricos hospitalizados. Enferm clin. 2010; 20(1): 10-16.
10. Lázaro-Martínez JL, Sánchez-Ríos J, García-Morales E, Cecilia-Matilla A, Segovia-Gómez T. Increased Transcutaneous Oxygen tension in the skin dorsum over the foot in patients with diabetic foot disease in response to the topical use of an emulsion of Hyperoxygenated Fatty Acids. Int J Low Extrem Wounds. 2009; 8(4): 187-193.
11. Torra i Bou JE, Rueda López J, Segovia Gómez T, Bermejo Martínez M. Aplicación tópica de un compuesto de ácidos grasos hiperoxigenados. Efectos preventivos y curativos en úlceras por presión. Rev Rol Enf. 2003; 26(1): 3-11.
12. Gallart E, Fuentelsaz C, Vivas G, Garnacho I, Font L, Arán R et al. Estudio experimental para comprobar la efectividad de los ácidos grasos hiperoxigenados en la prevención de las úlceras por presión en pacientes ingresados. Enferm Clínica. 2001; 11(5): 179-183.
13. Torra i Bou JE, Segovia T, Verdú J, Nolasco A, Rueda J, Arboix M. Efectividad de un compuesto de ácidos grasos hiperoxigenados en la prevención de las úlceras por presión. Gerokomos. 2005; 16(4): 229-236.
14. Díaz Alonso Y, Riveiro Vela AM, González Pérez M. Prevención de Úlceras por Presión: Resultados de un programa de prevención en unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. Rev Rol Enf. 2009; 32(5): 361-366.
15. Carrasco Herrero JM, Dumont Lupiáñez E, Gálvez Ramírez F, Gutiérrez García M<sup>a</sup>, Montesinos Sánchez P, García González M<sup>a</sup>A. Un antes y un después: del riesgo o deterioro de la integridad cutánea a la integridad tisular. Gerokomos. 2008; 19(3): 25.
16. Carrasco Herrero JM, Dumont Lupiáñez E, Ruz Montes A, Gálvez Ramírez F, Gutiérrez García M, Montesinos Sánchez P et al. La prevención y la constancia conducen a la integridad tisular. Gerokomos. 2011; 22(2): p. 91-96.
17. Vives Sánchez E, Colomina Rodríguez MJ, Parreño Casanova M, López Casanova P, Verdú Soriano J. Efectividad de los ácidos grasos hiperoxigenados en la prevención de las úlceras vasculares: Una revisión sistemática. Gerokomos. 2011; 22(3): 122-125.
18. Martínez Cuervo F, Pareras Galofré E. La efectividad de los ácidos grasos hiperoxigenados en el cuidado de la piel perilesional, la prevención de las úlceras por presión, vasculares y de pie diabético. Gerokomos. 2009; 20(1): 41-46.
19. Pereira LM, Hatanaka E, Martins EF, Oliveira F, Liberti EA, Farsky SH et al. Effect of oleic and linoleic acids on the inflammatory phase of wounds healing in rats. Cell Biochem Funct. 2008; 26: 197-204.

20. Barros Cardoso CR, aparecida Souza M, Viera Ferro EA, Favoreto S. Influence of topical administration of n-3 and n-6 essential and n-9 nonessential fatty acids on the healing of cutaneous wounds. *Wound Rep Reg.* 2004; 12(2): 235-243.
21. Declair V. The usefulness of topical application of essential fatty acids (EFA) to prevent pressure ulcers. *Ostomy Wound Manage.* 1997; 43: 48-52.
22. Díaz-Valenzuela A, Valle Cañete MJ, Carmona Fernández PJ, García-Fernández FP, Pancorbo-Hidalgo PL. Eficacia en la prevención de úlceras por presión del aceite de oliva virgen extra frente a los ácidos grasos hiperoxigenados: resultados intermedios de un estudio de no inferioridad. *Gerokomos.* 2014; 25(2): 74-80.
23. Puentes Sánchez J et al. Prevención de úlceras vasculares y pie diabético. Evaluación clínica abierta no aleatorizada sobre la efectividad de Mepentol Leche. *Rev Rol Enf.* 2006; 29(10).
24. Lupiáñez-Pérez I, Uttumchandani SK, Morilla-Herrera JC, Martín-Santos FJ, Fernández-Gallego MC, Navarro-Moya FJ et al. Topical Olive Oil is not inferior to Hyperoxygenated Fatty Acids to prevent pressure ulcers in high-risk immobilised patients in home care. Results of a multicentre randomised triple-blind controlled non-inferiority trial. *PLoS One.* 2015; 14(4): e0122238.
25. Lupiáñez-Pérez I, Morilla-Herrera JC, Ginel-Mendoza L, Martín-Santos FJ, Navarro-Moya FJ, Sepúlveda-Guerra RP. Effectiveness of olive oil for the prevention of pressure ulcers caused in immobilized patients within the scope of primary health care: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials.* 2013; Doi: 10.1186/1745-6215-14-348.
26. Nicolas B, Moizard AS, Barrois B, Colin D, Michel JM, Passadori et al. Which medical device and/or which local treatment for prevention in patients with risk factors of pressure ulcers sores in 2012. Towards development of French guideline for clinical practice. *Ann Phys Rehabil Med.* 2012; 55(7): 482-488.
27. Moore ZEH, Webster J. Dressings and topical agents for preventing pressure ulcers. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;(8): Doi: 10.1002/14651858.CD009362.pub2.
28. Dan Berlowitz, MD. Prevention of Pressure Ulcers. In: UpToDate, Post TW (ed), UpToDate, Waltham, MA (acceso 20 de noviembre, 2016).
29. Reddy M, Gill SS, Ronchon PA. Preventing Pressure Ulcers: A Systematic Review. *JAMA.* 2010; 296(8): 974-984.

**ID119:****CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA RESILIENCIA, APOYO ANTE LAS ADVERSIDADES**

Natalia Marcilla Pedrayes

Centro Salud Elviña – Mesoiro. SERGAS.

[nmarcilla85@gmail.com](mailto:nmarcilla85@gmail.com)**RESUMEN**

La resiliencia es un proceso dinámico que abarca la adaptación positiva ante una adversidad.

La enfermera puede ser un referente de apoyo gracias al acompañamiento a lo largo de la vida del paciente que permite convertir su relación de ayuda en un sistema de búsqueda de posibilidades y estrategias de afrontamiento.

Se presenta el caso clínico de una mujer de 84 años recién divorciada. Desde su divorcio sufrió problemas de ansiedad y malestar.

Se elabora plan de cuidados, previa valoración por patrones funcionales de Gordon, basado en la taxonomía NANDA, NOC y NIC. Se han usado 3 escalas validadas como instrumentos de apoyo.

Al inicio era una persona ansiosa y con un malestar que afectaba a su vida social. Después del seguimiento disminuyó su estrés, no busca la soledad y se apoya en personas de su confianza.

La mejoría alcanzada con las intervenciones psicosociales pone de manifiesto la importancia que puede adquirir la enfermera como recurso y referente de apoyo.

**ABSTRACT**

Resilience is a dynamic process that involves the positive adaptation before an adversity.

A nurse can be a source of support due to his care assistance throughout the patient's life, turning that health care relationship into a system to search for new possibilities and coping strategies.

A clinical case is presented where a 84 years old recently divorced woman. From her divorce had suffered problems of discomfort and anxiety.

A care plan is developed, prior evaluating the Gordon functional patterns based on taxonomy NANDA, NOC and NIC. Three validated scales have been used as supporting tools.

At the beginning she was an anxious person with a discomfort that affected her social life. After the nurse follow-up her stress decreased, she doesn't want to be alone anymore and she leans on people she trusts.

The improvement reached thanks to the psychosocial interventions reveals that a nurse can play an important role, being a resource and a source of support.

**PALABRAS CLAVE**

Resiliencia, enfermería, atención de enfermería y proceso enfermero.

Resilience, nursing, nursing care and nursing process.

**INTRODUCCIÓN**

La educación para la salud ha vivido un gran cambio desde la concepción centrada en la enfermedad a la promoción de estilos de vida saludables, en ese sentido la resiliencia proporciona un cambio de mentalidad: pensar en las dificultades como posibilidades 1.

Implica considerar a la persona competente para resistir la presión en situaciones adversas y reaccionar desplegando estrategias de afrontamiento 2.

Estas estrategias de afrontamiento hacen referencia a las acciones específicas que el individuo lleva a cabo para manejar los estresores que encuentra en su camino 3.

Es importante tener en cuenta los recursos personales y sociales de cada persona ya que constituyen su red de apoyo social. Dentro de esos recursos se debería encontrar, la enfermera.

La enfermera acompaña al paciente a lo largo de su vida y pueden establecer una relación significativa cuyo fin es fomentar el desarrollo personal mientras el paciente asume la responsabilidad sobre su proceso vital. Al establecer esa relación significativa el paciente pasa a considerar a su enfermera como un referente de apoyo.

En la actualidad existen instrumentos científicos como las taxonomías North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), Nursing Outcomes Classification (NOC) y Nursing Intervention Classification (NIC) que facilitan las intervenciones en el campo psicosocial con nuevos diagnósticos relacionados con la resiliencia 4.

En la intervención desarrollada se han planteado como objetivos valorar la efectividad de las intervenciones psicosociales a través del desarrollo del plan de cuidados basado en la taxonomía NANDA, NOC Y NIC y objetivar los criterios de resultados alcanzados mediante el uso de escalas validadas.

### PRESENTACIÓN DEL CASO

Mujer de 84 años recién divorciada. Independiente para las actividades de la vida diaria (AVD) con antecedentes personales de flutter auricular paroxístico a tratamiento con terapia anticoagulante oral, hipertensión, dislipemia y artrosis.

Después del divorcio aumentó el número de consultas con médico y enfermera de Atención Primaria. La paciente verbalizó estar sufriendo ansiedad, estrés y malestar que le estaba afectando a su vida social. Acudió a la consulta de enfermería en busca de ayuda para superar dicha situación, ya que la paciente no deseaba tratamiento farmacológico coadyuvante.

La paciente ha firmado la hoja de información para caso clínico facilitada por el Comité Autonómico de Ética de la Investigación de Galicia.

### VALORACIÓN

La recogida de datos se ha realizado a través de la historia clínica y de la entrevista personal en la que se administraron las escalas validadas. En la primera entrevista se han usado las escalas como apoyo en la valoración y durante el seguimiento se ha realizado una segunda entrevista donde se han utilizado como apoyo en la evaluación de los criterios de resultados.

Las escalas validadas empleadas:

- *Escala de Estrés Percibido (PSS14)* original de Cohen y adaptación al español de Remor 5. Test autoadministrado de 14 ítems con respuesta tipo Likert (nunca, casi nunca, de vez en cuando, a menudo y muy a menudo). Cuya puntuación máxima es 56, mostrando a mayor puntuación mayor grado de estrés.
- *Escala de Resiliencia de Connor – Davidson (CDRISC10)* en su adaptación al español 2, 6. Instrumento autoadministrado de 10 ítems con escala de respuesta sumativa tipo Likert (desde 0/en absoluto a 4/casi siempre). Cuya puntuación máxima es 40, indicando a mayor puntuación mayor nivel de resiliencia.
- *Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI)* original de Tobin de 1989 y adaptación al español de Cano y cols de 2007 7. Evalúa el afrontamiento con ocho estrategias primarias (resolución de problemas, reestructuración cognitiva, apoyo social, expresión emocional, evitación de problemas, pensamiento desiderativo, retirada social y autocrítica). El cuestionario consta de 40 ítems con respuesta tipo Likert ( desde 0/en absoluto a 4/totalmente) y su interpretación se realiza en base a unas claves de corrección y un baremo por percentiles.

Se ha realizado la valoración según los patrones funcionales de M. Gordon.

- *Patrón percepción – manejo de la salud*  
Paciente de 84 años, sin alergias medicamentosas conocidas, ni hábitos tóxicos.
- *Patrón nutricional – metabólico*  
Peso de 55 kg y talla de 155 cm, cuyo IMC es 22´89. Sigue una dieta basal variada y equilibrada. Estado de la piel hidratada y sin ningún tipo de lesión.
- *Patrón eliminación*  
Doble continente. Patrón intestinal normal.
- *Patrón actividad – ejercicio*  
Autónoma para AVD. Vida activa. Como actividad física camina 2 horas diarias y realiza actividades de ocio en grupo 4 días a la semana (informática y gimnasia).
- *Patrón sueño – reposo*

Refiere dificultad para conciliar el sueño, aunque no usa ninguna ayuda. Suele dormir 6 horas. No tiene sensación de levantarse cansada de la cama.

- *Patrón cognitivo – perceptivo*

Paciente consciente, orientada y colaboradora. Sin ningún déficit cognitivo.

- *Patrón autoopercepción – autoconcepto*

Estado ansioso desde su divorcio. Alberga un gran sentimiento de vergüenza por el abandono de su marido que le hace evitar la interacción con sus conocidos.

- *Patrón rol – relaciones*

Divorciada y jubilada, vive sola en el domicilio familiar. Tiene un hijo, casado y con 2 hijos, que vive en una localidad cercana. Mantiene buena relación, la apoya en esta situación. Realiza visitas quincenales. Usaria de los servicios sociales. A través del Ayuntamiento tiene concedido bono económico para las comidas y dispositivo de ayuda de tele asistencia.

- *Patrón sexualidad – reproducción*

Menopáusica y en la actualidad no mantiene ninguna relación sexual.

- *Patrón afrontamiento – tolerancia al estrés*

La paciente verbaliza estar viviendo una situación que le está generando ansiedad, estrés y malestar. Según la PSS14, tiene un resultado de nivel medio de estrés (puntuación: 32, máxima de 56).

Se ha recurrido al CSI para valorar objetivamente las estrategias de afrontamiento. La paciente respecto a la resolución de problemas, la autocrítica y la expresión emocional se encuentra entre los percentiles 55 – 65.

Mientras que en reestructuración cognitiva, relacionada con las estrategias para conseguir que la realidad no sea estresante, se encuentra en el percentil 25. Este resultado, junto al obtenido en la escala de estrés, marca una línea de trabajo cuyo objetivo debe ser la disminución del estrés.

En cuanto al apoyo social (estrategias referidas a la búsqueda de apoyo emocional) está en el percentil 5 y con la retirada social está en el percentil 95. Ambos resultados señalan otro objetivo encaminado a fortalecer la red de apoyo personal.

La paciente mantiene una actitud positiva hacia la superación de su problema y expresa deseo de superar la situación y mejorar su autoestima. Coincide con el resultado del CDRISC10 de nivel moderado de resiliencia (puntuación: 28, máxima 40).

- *Patrón valores – creencias*

Católica no practicante.

Según la valoración se encuentra disfuncionante el patrón afrontamiento y tolerancia al estrés, siendo elegido para desarrollar el plan de cuidados.

Se ha elegido el diagnóstico “Disposición para mejorar el afrontamiento” por la posibilidad de reforzar el patrón cognitivo y conductual para alcanzar un mayor bienestar acorde al deseo verbalizado por la paciente. Relacionado con la percepción de situación estresante y de apoyo social insuficiente. Y con la capacidad de la paciente para manejar los estresores y su deseo de mejorar su bienestar.

El otro diagnóstico escogido ha sido “Disposición para mejorar la resiliencia” por la respuesta positiva que presenta. Relacionado con el deseo de superación y de mejorar su autoestima.

### PLAN DE CUIDADOS y RESULTADOS

Para la resolución de los diagnósticos enfermeros se han empleado los criterios de resultado e indicadores de la NOC e intervenciones y actividades seleccionadas de la NIC (tabla 1) 8, 9.

Se ha recurrido a las escalas como apoyo en la evaluación de los criterios de resultados.

La PSS14 y el CSI están relacionados con el resultado de afrontamiento porque miden nivel de estrés y afrontamiento en cuanto a apoyo social, resolución de problemas, expresión emocional y autocrítica. Con la PSS14 están relacionados los indicadores “verbaliza sensación de control”, “refiere disminución del estrés”, “adopta conductas para reducir el estrés”, “evita situaciones excesivamente estresantes”, “refiere disminución de síntomas físicos de estrés” y “refiere aumento de bienestar psicológico”. Y con el CSI los indicadores “verbaliza aceptación de la situación”, “verbaliza necesidad de asistencia”, “refiere disminución de síntomas negativos”, “utiliza el sistema de apoyo personal” y “obtiene ayuda de un profesional sanitario”.



Se ha elegido la intervención “mejorar el afrontamiento” para manejar la situación estresante que estaba interfiriendo en la vida de la paciente.

La escala CDRISC10 mide el nivel de resiliencia relacionándose directamente con el resultado de resiliencia personal y sus indicadores.

La intervención escogida ha sido la potenciación de la autoestima porque se partía de una buena predisposición y motivación.

Las intervenciones psicosociales reflejadas en las actividades del plan de cuidados se han llevado a cabo a través de citas mensuales concertadas en la consulta de enfermería. Con la posibilidad de citas a demanda según precisase. A demanda solicitó 3 citas.

La puntuación inicial de los indicadores se corresponde con la primera valoración y la puntuación diana con el seguimiento a los 3 meses. Dichas puntuaciones se han basado en datos subjetivos recogidos en la entrevista personal. Se aportan los resultados de las escalas para facilitar su medida.

Todos los indicadores relacionados con disminución del estrés mostraron una puntuación diana de 4 y se correlacionan con el resultado obtenido con la PSS14, disminución a 16 puntos (menor nivel de estrés). Puntuación inicial de la PSS14: 32.

En cuanto a los indicadores relacionados con la resolución de problemas, expresión emocional y apoyo social mostraron una puntuación diana entre 4 y 5.

Los resultados del CSI mostraron una mejora en el manejo del problema, teniendo en cuenta la resolución de problemas y la reestructuración cognitiva, ambas encaminadas a controlar la situación estresante. Aumentó a los percentiles 85 y 70 (percentiles previos de 55 y 25).

También se obtuvieron resultados positivos respecto al objetivo de fortalecer su red de apoyo. Según el CSI en la retirada social cambió del percentil 95 al 50 y en el apoyo social modificó su percentil del 5 al 70. En los indicadores relacionados con la resiliencia llegó a puntuaciones diana de 4 y 5. Partió de una buena actitud hacia la superación del problema y fue conservada, según el CDRISC10 de 31 puntos (puntuación inicial de 28).

Nuevamente los datos subjetivos coincidieron con los objetivos aportados por las escalas.

Estos resultados obtenidos con las escalas autoadministradas objetivan la valoración realizada con los indicadores NOC según la taxonomía enfermera.

Al inicio del proceso era una persona ansiosa y con un malestar que afectaba a su vida social y después del seguimiento en la consulta disminuyó su estrés, ya no busca la soledad y se estaba apoyando en personas de su confianza.

Dentro del plan de cuidados las actividades más efectivas fueron proporcionar ambiente de aceptación, fomentar actividades sociales, animar a desarrollar relaciones y facilitar ambiente que aumente autoestima.

Con respecto a los resultados pactados con la paciente no se ha conseguido alcanzar en todos la puntuación diana máxima. Pero teniendo en cuenta las prioridades de la paciente respecto a recuperar la sensación de control y bienestar se han alcanzado los resultados esperados por la paciente y consideramos reforzada la efectividad de las intervenciones.

## **DISCUSIÓN / CONCLUSIONES**

La situación adversa se ha conseguido superar con apoyo e intervención psicosocial. El trabajo se centró en fortalecer la red de apoyo social de la paciente. Sin la necesidad de recurrir al tratamiento farmacológico coadyuvante, como era deseo de la paciente.

Gracias a nuestra taxonomía se puede plasmar nuestro trabajo y la consecución de resultados con nuestras intervenciones. Sin ninguna dificultad a pesar de que en el campo psicosocial partimos de datos subjetivos, expresados por los pacientes y percibidos por los profesionales.

La resiliencia es considerada un índice de salud mental cuantificable y las escalas han facilitado la medida de los resultados alcanzados con las intervenciones psicosociales.

Con este caso clínico se pretende hacer visible la capacidad de trabajo que tenemos las enfermeras en el terreno psicosocial, trabajo que llevamos a cabo en el día a día de la consulta y que la mayoría de las veces no queda reflejada en la historia clínica.

La mejora alcanzada con las intervenciones psicosociales ponen de manifiesto la importancia que puede adquirir la enfermera como recurso y referente.

Siguiendo en la línea de la educación para la salud y en la dinámica del empoderamiento del paciente, la resiliencia nos ofrece un campo de trabajo que nos llama a convertirnos en referentes.

#### **BIBLIOGRAFÍA**

1. Bermejo Higuera JC. Resiliencia y cuidado enfermero. Rev. ROL Enferm. 2015; 38(6):408 -413.
2. Serrano Parra MD, Garrido Abejar M, Notario Pacheco B, Bartolomé Gutiérrez R, Solera Martínez M, Martínez Vizcaíno V. Validez de la escala de resiliencia Connor-Davidson (10 ítems) en una población de mayores no institucionalizados. Enferm Clin. 2013; 23(1):14-21.
3. Nava Quiroz C, Ollua Méndez P, Vega Valero CZ, Soria Trujano R. Inventario de Estrategias de Afrontamiento: una replicación. Psicología y Salud 2010; 20(2):213-220.
4. NANDA International. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y clasificación 2012- 2014. Barcelona: Elsevier; 2012.
5. Madrid Marlon S, Carrascal Joulen MO, Castro Álvaro M. Escalas para estudiar percepción de estrés psicológico en el climaterio. Revista ciencias biomédicas 2013; 4(2):318-326.
6. Crespo M, Fernández-Lansac V, Soberón C. Adaptación española de la "Escala de Resiliencia de Connor Davidson" (CD-RISC) en situaciones de estrés crónico. Behavioral Psychology / Psicología Conductual 2014; 22(2):219-238.
7. Cano García FJ, Rodríguez Franco L, García Martínez J. Adaptación española del Inventario de Estrategias de Afrontamiento. Actas Esp Psiquiatr 2007; 35(1):29-39.
8. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 6ª ed. España: Elsevier; 2013.
9. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 5ª ed. España: Elsevier; 2013.

**GRÁFICOS Y/O TABLAS**

**Tabla 1. Plan de cuidados**

<b>Diagnóstico NANDA (00158) Disposición para mejorar el afrontamiento manifestado por expresa deseo de mejorar el manejo de los estresores</b>	
<b>NOC (1302) Afrontamiento de problemas</b>	
Indicadores	Puntuación inicial/ diana
130203. Verbaliza sensación de control.	2 / 4
130204. Refiere disminución del estrés.	2 / 4
130205. Verbaliza aceptación de la situación.	4 / 5
130210. Adopta conductas para reducir el estrés.	2 / 4
130213. Evita situaciones excesivamente estresantes.	3 / 4
130214. Verbaliza la necesidad de asistencia.	3 / 4
130216. Refiere disminución de síntomas físicos del estrés.	2 / 4
130217. Refiere disminución de sentimientos negativos.	
130218. Refiere aumento del bienestar psicológico.	3 / 5
130222. Utiliza el sistema de apoyo personal.	2 / 4
130223. Obtiene ayuda de un profesional sanitario.	3 / 5
	3 / 4
<b>Tiempo previsto: 3 meses</b>	
<b>NIC (5230) Mejorar el afrontamiento</b>	
Actividades: 523005. Ayudar al paciente a resolver los problemas de forma constructiva. 523012. Proporcionar un ambiente de aceptación. 523021. Fomentar un dominio gradual de la situación. 523022. Animar al paciente a desarrollar relaciones. 523023. Fomentar las actividades sociales y comunitarias. 523037. Alentar la verbalización de sentimientos, percepciones y miedos. 523039. Animar al paciente a identificar sus puntos fuertes y sus capacidades. 523042. Ayudar al paciente a identificar sistemas de apoyo disponibles. 523047. Ayudar al paciente a identificar estrategias positivas para afrontar sus limitaciones y manejar los cambios de estilo de vida o de papel.	
<b>Diagnóstico NANDA (00212) Disposición para mejorar la resiliencia manifestado por expresa deseo de mejorar el uso de habilidades de afrontamiento</b>	
<b>NOC (1309) Resiliencia personal</b>	
Indicadores	Puntuación inicial/ diana
130901. Verbaliza una actitud positiva.	2 / 4
130906. Muestra un estado de ánimo positivo.	2 / 4
130908. Expresa comodidad con la soledad.	3 / 3
130910. Asume la responsabilidad de sus propias acciones.	3 / 5
130926. Utiliza los recursos comunitarios disponibles.	
	2 / 5
<b>Tiempo previsto: 3 meses</b>	
<b>NIC (5400) Potenciación de la autoestima</b>	
Actividades: 540006. Reafirmar los puentes fuertes personales que identifique el paciente. 540011. Mostrar confianza en la capacidad del paciente para controlar una situación. 540018. Explorar las razones de la autocrítica o culpa. 540022. Facilitar un ambiente y actividades que aumenten la autoestima. 540031. Ayudar al paciente a encontrar la autoaceptación.	

Criterios de resultados: puntuación inicial (primera valoración) y puntuación diana (seguimiento a los 3 meses). Puntuación Escala Likert (m): 1. Nunca demostrado; 2. Raramente demostrado; 3. A veces demostrado; 4. Frecuentemente demostrado; 5. Siempre demostrado.

**ID127:****EXPERIENCIA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD GRUPAL EN PACIENTES ANTICOAGULADOS CON ACENOCUMAROL EN ATENCIÓN PRIMARIA**

Diana García Cancela<sup>1</sup>, Claudia Hernández Muriel<sup>2</sup>, Rocío Sánchez de Enciso Expósito<sup>3</sup>, Alicia Arranz Asenjo<sup>4</sup>, Asunción Belinchón Moya<sup>5</sup>, Natividad Borreguero Martín<sup>6</sup>.

Centro de Salud Ciudad de los Periodistas (Dirección Asistencial Norte, Madrid)<sup>1,2,3,4,5,6</sup>

[dgarciacancela@gmail.com](mailto:dgarciacancela@gmail.com)

**RESUMEN**

**Introducción:** Los anticoagulantes orales (ACO) son los fármacos utilizados para las arritmias, siendo el más utilizado el acenocumarol. Los profesionales de enfermería juegan un papel muy importante debido a la alta prevalencia en sus consultas de pacientes anticoagulados, por lo que se realizó una intervención grupal en un Centro de Salud sobre la anticoagulación oral. **Objetivos:** mejorar los conocimientos de pacientes anticoagulados. **Desarrollo:** Se impartieron tres sesiones de noventa minutos. Los participantes eran personas en tratamiento con acenocumarol y sus cuidadores. Se abordaron temas relacionados con factores que influyen en el uso y control del acenocumarol: administración oral, complicaciones, interacciones... **Resultados:** los asistentes manifestaron mejoría de conocimientos en la indicación terapéutica, el rango de INR adecuado, horario adecuado de toma, interacciones con medicamentos, alcohol y medicinas alternativas. **Conclusiones:** debido al éxito de la intervención consideramos adecuado el continuar realizando esta experiencia para mejorar la calidad de vida y el autocuidado.

**ABSTRACT**

**Introduction:** Oral anticoagulants (OAC) are the drugs used for arrhythmias, the most commonly used is acenocoumarol. Nursing professionals play a very important role due to the high prevalence in their offices of anticoagulated patients, so a group intervention was performed at a Health Center about oral anticoagulation. **Objectives:** to improve the knowledge of anticoagulated patients. **Development:** Threeninety-minute sessions were given. The participants were people receiving treatment with acenocoumarol and their caregivers. The discussed subjects were related to factors influencing the use and control of acenocoumarol: oral administration, complications, interactions....**Results:** the participants showed improved knowledge on the therapeutic indication, the appropriate INR range, adequate dose-timing, interactions with drugs, alcohol and alternative medicines. **Conclusions:** Due to the success of the intervention, we consider that it is appropriate to continue this experience to improve the quality of life and self-care.

**PALABRAS CLAVE**

Acenocumarol, autocuidado, enfermería en salud comunitaria, educación en salud, Atención Primaria de salud.

Acenocoumarol, selfcare, communityhealthnursing, healtheducation, primaryhealthcare.

**INTRODUCCIÓN/PRESENTACIÓN**

La fibrilación auricular es la arritmia más común en los países occidentales, además de ser la primera causa de eventos embólicos. Los anticoagulantes orales (ACO) son los fármacos utilizados tanto de manera preventiva como terapéutica para dichos eventos. El principal ACO utilizado en España es el acenocumarol. El manejo del acenocumarol presenta ciertas características que lo hacen distinto a otras terapias: precisa un control exhaustivo de su dosificación debido a su estrecho margen terapéutico y su gran variabilidad por la influencia de numerosos factores. La enfermería es la encargada de prestar cuidados al paciente en tratamiento con ACO, y es susceptible de identificar necesidades y experiencias humanas que fomenten el autocuidado de las personas, familias y/o la comunidad. Los profesionales de enfermería de Atención Primaria juegan un papel muy importante debido a la alta prevalencia en sus consultas de pacientes anticoagulados con acenocumarol, por lo que se realizó una intervención grupal en un Centro de Salud de la Comunidad de Madrid sobre la anticoagulación oral y el control analítico.

### OBJETIVOS (DE LA EXPERIENCIA)

- **Objetivo general:** mejorar los conocimientos de pacientes anticoagulados con acenocumarol sobre su terapia.
- **Objetivos específicos:**
  - Indicar la función de los anticoagulantes.
  - Identificar factores que pueden alterar el resultado de INR.
  - Identificar complicaciones de los ACO.
  - Demostrar habilidades para actuar en caso de alguna complicación.
  - Enunciar interacciones con alimentos, medicamentos, alcohol, tabaco y medicinas alternativas.
  - Identificar conductas de buen control de la cifra de INR.
  - Desarrollar actitudes positivas y adecuadas para el control del anticoagulante.

### DESARROLLO

Se realizó un grupo de Educación para la Salud durante el mes de Agosto de 2016, que constaba de tres sesiones de noventa minutos cada una. Los participantes eran personas, pertenecientes al centro de salud, en tratamiento con acenocumarol junto con sus cuidadores, con edades comprendidas entre los 40 y 80 años.

El proceso de captación se llevó a cabo en las consultas de enfermería y medicina informando a los pacientes y familiares que acudían a los controles del INR, además se colocaron carteles en el centro para tener información visual de estas sesiones.

Las sesiones fueron realizadas en una sala acondicionada en el Centro de Salud Ciudad de los periodistas durante el turno de mañana con diferentes recursos: ordenador, proyector, rotafolios... Dichas sesiones se impartieron por varios profesionales y residentes de enfermería del Centro de Salud, abordándose temas relacionados con factores que influyen en el uso y control del acenocumarol: administración oral, complicaciones, interacciones, actuación ante situaciones especiales (ir al dentista, inyecciones intramusculares, etc.)...

Las técnicas utilizadas para impartir las sesiones fueron participativas y expositivas (presentación con diapositivas y vídeos, tormenta de ideas, técnica DAFO y experiencias personales, entre otras). Para reforzar su aprendizaje, se hizo entrega de una carpeta con documentaciones para facilitar el aprendizaje en casa.

### RESULTADOS

Se realizó una evaluación mediante pre-test y post-test a los asistentes. Tras las sesiones, los asistentes manifestaron mejoría de conocimientos en la indicación terapéutica (de un 11,1% de los pacientes que conocían la indicación a un 100%), el rango de INR para buen control (de un 22,2% que conocían su rango a un 100%), horario adecuado de toma de ACO (de un 66,6% de personas que conocían cuándo tomarse el acenocumarol adecuadamente sin interferir con las comidas a un 87,5%), interacciones con medicamentos (de un 55,5% que conocía los medicamentos de uso frecuente que interaccionan con el acenocumarol a un 87,5%), interacciones con alcohol (de un 33,3% de pacientes que conocían la interacción del acenocumarol con el alcohol a un 75%) e interacciones con medicinas alternativas (de un 33,3% de los pacientes que conocían la interacción del acenocumarol con productos de herbolario/hierbas medicinales a un 87,5%).

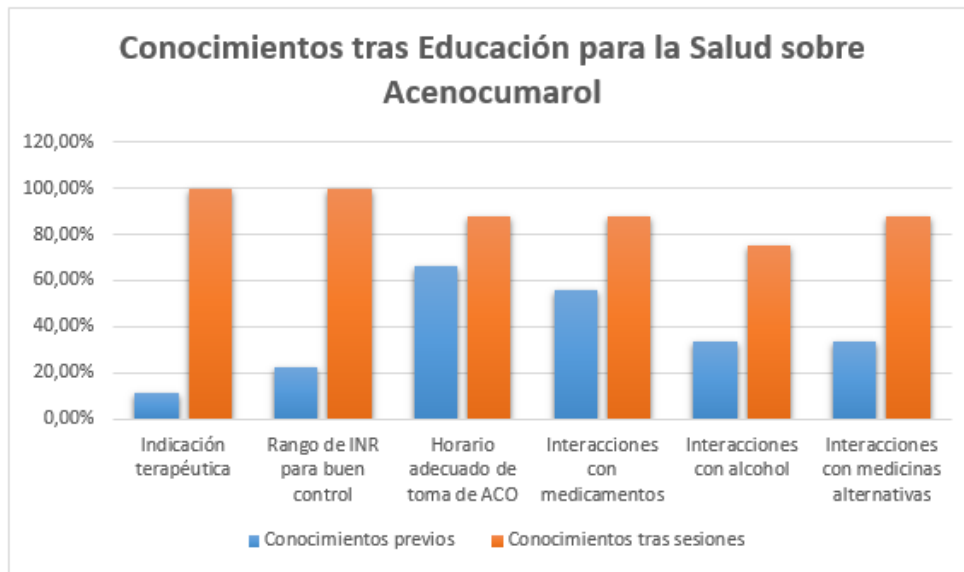


Ilustración 1

## CONCLUSIONES

Tras los excelentes resultados obtenidos en dicha experiencia y debido al éxito que la iniciativa tuvo entre los participantes, así como su sencillez a la hora de realizar este tipo de intervención, consideramos adecuado el continuar realizando esta experiencia comunitaria en el Centro de Salud para mejorar la calidad de vida y autocuidado de los pacientes. El fomentar el autocuidado de las personas es una pieza clave en la labor de la enfermería familiar y comunitaria.

## BIBLIOGRAFÍA

- José Mateo. Nuevos Anticoagulantes orales y su papel en la práctica clínica. RevEspCardiol. 2013; Vol 13 NúmSupl C. DOI: 10.1016/S1131-3587(13)70057-8.
- Alejandro Berkovits, Andrés Aizman, Pamela Zúñiga, Jaime Pereira, Diego Mezzano. Nuevos anticoagulantes orales. Rev. med. Chile [internet]. 2011 [citado 1 Ago 2016];139: 1347-1355. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872011001000016](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872011001000016)
- Gines Escolar Albadalejo , Javier García Frade, Ma Fernanda LopezFernandez, Vanessa Roldán Schilling. Guía sobre los nuevos anticoagulantes orales. Sociedad Española de Hematología y Hemoterapia/Sociedad Española de Trombosis y Hemostasia. Dic 2012.
- Ficha técnica del “acenocumarol” [Internet]. 2014 [citado 5 Ago 2016]. Disponible en:
- [https://www.aemps.gob.es/cima/pdfs/es/ft/25670/FT\\_25670.pdf](https://www.aemps.gob.es/cima/pdfs/es/ft/25670/FT_25670.pdf)
- Guía de consulta para pacientes anticoagulados. Federación Española de Asociaciones de Anticoagulados. [Internet]. [citado 2 Ago 2016]. Disponible en:
- [http://www.escuelas.msssi.gob.es/podemosAyudar/cuidados/docs/Guia\\_Pacientes\\_Anticoagulados.pdf](http://www.escuelas.msssi.gob.es/podemosAyudar/cuidados/docs/Guia_Pacientes_Anticoagulados.pdf)
- Pacientes con Anticoagulación Oral. Estrategia de Cuidados de Andalucía. Consejería de Salud y Bienestar Social. [Internet];2012 [citado 5 Ago 2016]. Disponible en:
- [http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csaud/galerias/documentos/p\\_2\\_p\\_2\\_planes\\_integrales/anticoagulacion\\_oral.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csaud/galerias/documentos/p_2_p_2_planes_integrales/anticoagulacion_oral.pdf)
- Efisterra.com.AtenciónPrimaraenlaRed[sedeWeb].LaCoruña:efisterra.com; 2008-[actualizada el 12 de agosto del 2008; [citado 4 Ago 2016]. Disponible en:
- <http://www.fissterra.com/guias2/tao.asp>

**ID137:****DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD Y NIVEL DE AUTOUIDADO DE LOS PACIENTES DE UN CENTRO DE SALUD DE MADRID**Alicia Gadea Nicolás<sup>1</sup>, María Tardón Marinas<sup>1</sup>, Helena Ferrer Arapiles<sup>1</sup>, Marta Esquivias del Castillo<sup>1</sup>.

Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria Este Madrid.

[alicia\\_gn@hotmail.es](mailto:alicia_gn@hotmail.es)**RESUMEN**

Introducción: Dentro de los determinantes de la salud, el medio ambiente y el impacto que tienen sobre la salud sus diversos factores (sociales, económicos y culturales), pueden tener consecuencias en la morbilidad y mortalidad, afectando al estado de salud y autocuidados de las personas. Objetivos: Estudiar la relación entre las características socioeconómicas y el nivel de autocuidado de los pacientes mayores de 18 años que acuden al Centro de Salud Mar Báltico. Material y métodos: Estudio descriptivo, transversal. Muestreo consecutivo no probabilístico con 380 sujetos. Se recogieron datos mediante dos cuestionarios heteroadministrados de elaboración propia. Análisis con frecuencias e IC 95% para variables cualitativas y análisis con medidas de tendencia central y desviación estándar para variables cuantitativas. Asociación entre variables cualitativas con Chi-cuadrado y  $p < 0,05$ . Análisis con SPSS. Relevancia: Enfocar el empoderamiento con perspectiva socioeconómica y demográfica podría ser clave para repercutir en el autocuidado de las personas.

**ABSTRACT**

Introduction: Within the determinants of health, the environment and the health impact of its various factors (social, economic and cultural), can have consequences on morbidity and mortality, affecting health status and self-care of people. Objectives: To study the relationship between the socioeconomic characteristics and the level of self-care of patients over 18 who attend in the Center Mar Báltico. Material and methods: Descriptive, cross-sectional study. Consecutive non-probabilistic sampling with 380 subjects. Data were collected through two self-administered, self-administered questionnaires. Frequency analysis and 95% CI for qualitative variables and analysis with measures of central tendency and standard deviation for quantitative variables. Association between qualitative variables with Chi-square and  $p < 0.05$ . Analysis with SPSS. Relevance: Focusing on empowerment with a socio-economic and demographic perspective could be key to impacting people's self-care.

**PALABRAS CLAVE**

Factores determinantes de la salud, Autocuidados, Factores socioeconómicos, Indicadores socioeconómicos, Desigualdades en salud.

Social Determinants of Health, Self-care, Socioeconomic Factors, Health Inequalities, Economic Indexes.

**INTRODUCCIÓN**

El concepto de salud se ha visto modificado a lo largo de la historia conforme se adoptaban nuevos modelos o paradigmas. Fue el modelo holístico de Laframboise el que permitió a Lalonde(1) desarrollar en 1974 la idea de los cuatro determinantes de la salud.

Dentro de estos determinantes, el medio ambiente y el impacto que sus diversos factores (sociales, económicos y culturales) tienen sobre la salud ha suscitado especial interés a lo largo de los años.

Estos factores han sido denominados determinantes sociales de la salud y son definidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como “las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Además – continúa – dichas circunstancias son resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, y dependen a su vez de las políticas adoptadas”(2).

A raíz de esta última afirmación, resulta casi imprescindible plantear el concepto de desigualdades sociales en salud e inequidad sanitaria.

Margaret Whitehead(3) – y posteriormente la OMS(2) – definía las inequidades sanitarias como las “diferencias en la salud o situación sanitaria que no son sólo innecesarias y evitables, sino que además son consideradas injustas”.

El Informe Black(4), publicado en 1980 en el Reino Unido, fue uno de los pioneros en la materia al estudiar las causas y la magnitud de las desigualdades sociales en salud en el país, proponiendo además intervenciones para reducir estas desigualdades.

La razón de tanto interés hacia los determinantes sociales de la salud se encuentra en la repercusión que generan en la morbilidad y la mortalidad de la población, afectando tanto a la esperanza de vida como al nivel de salud(5,6).

Su importancia es tal, que en 2005 la OMS creó la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud(2). España hizo lo propio y tres años más tarde, en 2008, formó la Comisión para reducir las desigualdades sociales en salud en España(7), publicando en 2015 un documento que seguía el ejemplo del Informe Black y recogía recomendaciones para reducir las desigualdades en salud(8).

La enfermería también se posiciona como agente activo en el abordaje de los determinantes sociales de la salud y las desigualdades en salud.

Enfermeras como Reutter y Kushner(9) declaran que “la promoción de la justicia social y la equidad sanitaria se ajusta a la base histórica y filosófica de la enfermería”.

Smith(10) exponía que “la enfermería y las desigualdades en salud están inevitablemente unidas por sus propias naturalezas, ya que el cuidado es la esencia de la enfermería y las desigualdades en salud son, fundamentalmente, el resultado de la falta de cuidado dentro de la sociedad”.

Pero la relación entre la enfermería, el cuidado y los determinantes sociales de la salud, así como las desigualdades en salud, no es algo tan nuevo.

En el desarrollo de grandes teorías enfermeras como la Teoría General del Autocuidado de Orem(11) ya tenían cabida los determinantes sociales de la salud como parte de los factores condicionantes básicos del autocuidado.

La propia definición de este último concepto también incluye el medio ambiente al hablar de “la conducta aprendida por el individuo dirigida hacia sí mismo y el entorno para regular los factores que afecten a su desarrollo en beneficio de la vida, la salud y el bienestar”.

Resulta, pues, importante la consideración de los determinantes sociales de la salud en la valoración de la capacidad de autocuidado a nivel personal y comunitario.

## OBJETIVOS

Objetivo general:

Estudiar la relación entre las características socioeconómicas y el nivel de autocuidado de los pacientes mayores de 18 años que acuden a las consultas del Centro de Salud Mar Báltico.

Objetivos secundarios:

- Conocer el perfil sociodemográfico de la población de estudio.
- Describir las características socioeconómicas de las personas incluidas en este estudio.
- Estudiar el nivel de autocuidados de la población.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio descriptivo, transversal. Se realizará en el C.S. Mar Báltico los meses de enero-febrero de 2016.

Para elegir el CS en el que desarrollar el estudio, se ha observado la variabilidad existente en el índice de privación entre las diferentes Zonas Básicas de Salud (ZBS) de los centros a los que pertenecemos como residentes de Enfermería de Familia y Comunitaria. El índice de privación es una herramienta que permite detectar áreas pequeñas de grandes ciudades con una situación socioeconómica desfavorable en relación con la mortalidad general (13), siendo la zona adscrita al CS Mar Báltico la que más dispersión presentaba en este índice y, por tanto, mayor diversidad de población.

Se incluyeron en este estudio todos los pacientes mayores de edad que acudieron al CS Mar Báltico. Quedan excluidos del estudio aquellos pacientes que presenten incapacidad de responder a las preguntas del cuestionario, como personas con deterioro cognitivo y/o barreras lingüísticas.

El cálculo del tamaño muestral se realiza en base a una prevalencia supuesta de nivel de cuidados a partir de suficiente del 50%. Ya que no disponemos de datos útiles, adoptamos la máxima indeterminación del



50%, que requiere un número de individuos mayor para una precisión del 5%. Considerando una precisión del 5% y un nivel de confianza de 95%, se precisan 380 sujetos. La muestra se obtendrá mediante muestreo consecutivo no probabilístico. La captación se realizará tanto en horario de mañana como de tarde, ampliando así la franja horaria y garantizando una mayor heterogeneidad de la población de estudio.

Las variables que se recogen relacionadas con las características sociodemográficas/socioeconómicas son: sexo, edad, estado civil, lugar de nacimiento, nivel de estudios, situación laboral, situación económica y situación de la vivienda.

- a) Sexo. Variable cualitativa dicotómica: Hombre/Mujer.
- b) Edad. Variable cuantitativa discreta, recogida como años cumplidos y agrupada por intervalos de edad.
- c) País de nacimiento. Variable cualitativa dicotómica: España/Otro país (especificar).
- d) Estado civil. Variable cualitativa nominal: soltero, pareja de hecho, casado, divorciado o separado, viudo, otras.
- e) Nivel de estudios. Variable cualitativa ordinal: no sabe leer o escribir o sin estudios; estudios primarios completos o incompletos; enseñanza secundaria de primera etapa (4ºESO, EGB, Bachillerato elemental); formación profesional de grado medio; enseñanza secundaria de segunda etapa (Bachillerato superior, BUP); formación profesional de grado superior; estudios universitarios, máster, doctorado o equivalentes. Se categoriza posteriormente según los diferentes planes educativos en España y su correspondencia con la Clasificación Internacional Normalizada de la Educación propuesta por la UNESCO(14).
  - Bajo: Educación primaria baja – educación de la primera infancia (no sabe leer ni escribir), sabe leer y escribir sin haber completado la educación primaria, EGB o ESO incompleta.
  - Medio-Bajo: Educación secundaria baja –graduado escolar completo, FP de grado medio.
  - Medio-Alto: Educación secundaria alta y postsecundaria no terciaria –bachillerato superior, BUP, FP de grado superior.
  - Alto: diplomaturas, licenciaturas o grados, doctorado, máster o equivalente.
- f) Situación económica. Variable cualitativa ordinal: clasificada de mayor (bastantes dificultades) a menor dificultad (ninguna dificultad). Información extraída de la percepción subjetiva de los problemas para asumir los gastos básicos mensuales.
- g) Nivel de renta. Variable cuantitativa discreta: por intervalos crecientes comenzando desde niveles inferiores al salario mínimo estipulado en el Boletín Oficial del Estado de 2016(15).
- h) Situación de la vivienda. Variable cualitativa nominal: dificultades para acceder a la vivienda, ausencia de teléfono, ausencia de calefacción, humedades; basándose en la Escala de Valoración Sociofamiliar en el anciano de García-González JV y Díaz-Palacios E. Posteriormente se categoriza por el número de ítems seleccionados, de 1 a 4. También se pregunta por la ratio de personas por dormitorio considerándose para esta encuesta hacinamiento el uso de más de 2 personas por habitación salvando que sean pareja o menores de edad, según los criterios de la Comisión Europea(16,17).
- i) Situación laboral. Variable cualitativa nominal: trabaja, en desempleo, estudiante, labores del hogar, y jubilado/pensionista; para el momento en el que se realiza la encuesta. En la categoría de “trabaja en el momento actual”, se indica la labor que ejerce la persona atendiendo a los criterios de clasificación de la Tabla de Ocupaciones que utiliza el Instituto Nacional de Estadística para realizar el Censo de Población y Viviendas(18). Posteriormente los datos se agrupan según la propuesta para la Clase Social Ocupacional(14) en 5 niveles.

Para las variables relacionadas con el nivel de autocuidado de los pacientes se diseña un cuestionario de elaboración propia basado en la Escala de Apreciación de la Agencia de Autocuidado (ASA – Appraisal of the Selfcare Agency). Agrupamos los 14 ítems del cuestionario en base a los Patrones Funcionales de Marjory Gordon:

1. Percepción de la salud.
2. Nutricional-metabólico.
3. Actividad-ejercicio.
4. Sueño-descanso.

5. Autopercepción-autoconcepto.
6. Rol-relaciones.
7. Tolerancia al estrés.

Las respuestas se contemplan en una escala tipo Likert 1 – 5:

- 1 – Totalmente en desacuerdo.
- 2 – En desacuerdo.
- 3 – Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
- 4 – De acuerdo.
- 5 – Totalmente de acuerdo.

El nivel de autocuidados lo definimos en función de la media de los 14 ítems de los que consta el cuestionario, de la manera que sigue:

- Para valores [1-2]: Muy deficiente.
- Para valores [>2-3]: Deficiente
- Para valores [>3-4]: Suficiente
- Para valores [>4-5]: Óptimo

La recogida de datos se realizará a través de la cumplimentación de dos cuestionarios de elaboración propia, uno para conocer las características socioeconómicas y otro para saber el nivel de autocuidados de la población de estudio.

Para el análisis de los datos se realizará un análisis descriptivo de las variables:

- Para las variables cuantitativas se realizarán medidas de tendencia central y desviación estándar.
- Para las variables cualitativas se realizarán distribución de frecuencias, expresadas mediante porcentajes e IC 95%.

Para conocer la posible asociación entre variables cualitativas utilizaremos Chi-cuadrado y expresaremos un nivel de significación con un valor de  $p < 0.05$ .

Los datos recogidos se volcarán en una hoja de cálculo Excel para ser posteriormente analizados con el programa estadístico SPSS.

## RELEVANCIA

Como enfermeras queremos participar en el empoderamiento de las personas para que tomen el control de sus vidas respecto a su autocuidado y su salud. No obstante, muchas veces no supone una elección o decisión exclusivamente personal, ya que la problemática subyacente tiene su origen en las características socioeconómicas y demográficas de los individuos.

La Atención Primaria se posiciona como el entorno idóneo para trabajar con una visión orientada hacia los determinantes sociales de la salud, considerando las llamadas «causas de las causas» y enfocando parte de sus acciones con una perspectiva sociocomunitaria, interviniendo en labores de prevención y promoción que repercutirían tanto en el nivel de autocuidado como en el nivel de salud de la población.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians. A working document. Ottawa: Minister of Supply and Services of Canada; 1974.
2. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Organización Mundial de la Salud; 2013 [actualizado 11 jun 2016; citado 12 oct 2016]. Determinantes sociales de la salud [aprox 3 pantallas]. Disponible en: [http://www.who.int/social\\_determinants/es/](http://www.who.int/social_determinants/es/)
3. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *Int J Heal Serv.* 1992;22(3):429–45.
4. Socialist Health Association [Internet]. Socialist Health Association; [actualizado 11 jun 2016; citado 13 oct 2016]. The Black Report 1980 [aprox 3 pantallas]. Disponible en: <http://www.sohealth.co.uk/national-health-service/public-health-and-wellbeing/poverty-and-inequality/the-black-report-1980/>
5. Borrell C, Díez E, Morrison J, Camprubí L. Las desigualdades en salud a nivel urbano y las medidas efectivas para reducirlas. Barcelona: Proyectos MEDEA e IneqCities; 2012.

6. Organización Mundial de la Salud. Los determinantes sociales de la salud: los hechos probados. 2aed. Wilkinson R, Marmot M, editors. Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud; 2006.
7. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad [Internet]. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; [actualizado 22 may 2014; citado 13 oct 2016]. Estrategia de equidad en salud [aprox 7 pantallas]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/EstrategiaNacEquidadSalud.htm>
8. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Comisión para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Avanzando hacia la equidad. Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2015.
9. Reutter L, Kushner KE. Health equity through action on the social determinants of health: taking up the challenge in nursing. *Nurs Inq.* 2010;17(3):269–80.
10. Smith GR. Health disparities: what can nursing do? *Policy Polit Nurs Pract.* 2007;8(4):285–91.
11. Orem DE. Modelo de Orem: Conceptos de Enfermería en la Práctica. Barcelona: Masson; 1993.
12. Marmot M, Bell R. Fair society, healthy lives. Strategic Review of Health Inequalities in England post-2010. London: The Marmot Review; 2010.
13. Domínguez-Berjón MF, Borrell C, Cano-Serral G, Esnaola S, Nolasco A, Isabel Pasarín M, et al. Construcción de un índice de privación a partir de datos censales en grandes ciudades españolas (Proyecto MEDEA). *Gac Sanit.* 2008;22(3):179–87.
14. Domingo-Salvany A, Bacigalupe A, Carrasco JM, Espelt A, Ferrando J, Borrell C. Propuestas de clase social neweberiana y neomarxista a partir de la Clasificación Nacional de Ocupaciones 2011. *Gac Sanit.* 2013;27(3):263–72.
15. Real Decreto por el que se fija el salario mínimo interprofesional para 2016. RD 1171/2015 de 29 de diciembre. *Boletín Oficial del Estado*, nº312, 30 dic 2015).
16. García González J, Díaz Palacios E, Salamea García A, Cabrera Gonzáles D, Menendez Caicoya A, Fernandez Sánchez A, et al. Evaluación de la fiabilidad y validez de una escala de valoración social en el anciano. *Aten Primaria.* 1999;23(7):434–40.
17. Eurostat. Statistics Explained [Internet]. Eurostat; [actualizado 15 oct 2016; citado 15 oct 2016]. Glossary: Overcrowding rate [aprox 3 pantallas]. Disponible en: [http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Glossary:Overcrowding\\_rate](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Glossary:Overcrowding_rate)
18. Instituto Nacional de Estadística [Internet]. Instituto Nacional de Estadística; [actualizado 15 oct 2016; citado 15 oct 2016]. Censos de Población y Viviendas de 2001 [aprox 3 pantallas]. Disponible en: <http://www.ine.es/censo2001/cuestionarios.htm>
19. Leiva Díaz V, Cubillo Vargas K, Porras Gutiérrez Y, Ramírez Villegas T, Sirias Wong I. Validación de apariencia, contenido y consistencia interna de la Escala de Apreciación de Agencia de Autocuidado (ASA) para Costa Rica, segunda versión en español para población conocida sana. *Revenf.* 2016;(30):1-20.
20. Observatorio de Metodología Enfermera [Internet]. Fundación para el Desarrollo de la Enfermería; [actualizado 15 oct 2016; citado 15 oct 2016]. Tipología de los patrones funcionales. Disponible en: [http://www.ome.es/04\\_01\\_desa.cfm?id=391](http://www.ome.es/04_01_desa.cfm?id=391)

**ID160:****¿CÓMO ES LA EXPERIENCIA DE VIVIR CON UNA OSTOMÍA? UN ACERCAMIENTO FENOMENOLÓGICO**

David Fernández Díaz<sup>1</sup>, Victoria Isabel Castillo Carrasco<sup>1</sup>; Fernando Lezcano Barbero<sup>2</sup>, Paula Benito Carrión<sup>1</sup>, Juan Carlos Verdes-Montenegro Atalaya<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Centro de Salud Los Comuneros, Burgos. <sup>2</sup>Universidad de Burgos.

[david.fernandez.diaz.6@gmail.com](mailto:david.fernandez.diaz.6@gmail.com)

**RESUMEN**

**Introducción:** Este estudio aborda las estrategias seguidas por las personas portadoras de una ostomía en su proceso de normalización tras el alta hospitalaria. El abordaje requiere de un enfoque biopsicosocial.

**Objetivo:** Explorar la realidad de las personas portadoras de una ostomía identificando aquellos elementos que definen la experiencia vivida para implementarlo en el apoyo individualizado que proporciona el profesional de enfermería de Atención Primaria.

**Material y métodos:** Estudio cualitativo de aproximación fenomenológica.

**Resultados:** Pérdida de la continuidad de cuidados tras el alta hospitalaria. No se demanda ayuda a los profesionales de enfermería comunitaria para solucionar sus problemas buscando alternativas en el entorno familiar, no siempre satisfactorias, ralentizando la mejora y la inclusión en el entorno.

**Discusión y conclusiones:** Necesidad de canales eficientes de comunicación y coordinación entre niveles asistenciales. La enfermería de Atención Primaria es clave para ayudar y orientar a este colectivo a conseguir una mayor calidad de vida.

**ABSTRACT**

**Introduction:** the study approaches the strategies of people who have undergone an ostomy in the process of standardization After hospital discharge. The approach requires a biopsychosocial approach

**Objective:** To analyze the reality of these people by identifying the elements that constitute the essence of their experience in order to implement them in the individualized support provided by nurses.

**Materials and methodology:** Qualitative study of phenomenological approach.

**Results:** People who has undergone an ostomy abandon the medical care after discharge. They do not ask nurses for help to solve their problems as an alternative to their surrounding family, which is not always be a satisfactory support. Therefore, their recovering and social inclusion are slowed down.

**Discussion and conclusions:** Health care assistance would improve with communication and coordination between care levels. Family and communitarian nursing are a key element to help and guide this group to achieve a better quality of life.

**PALABRAS CLAVE**

Ostomía, Calidad de Vida, Atención Primaria de Salud, Atención de Enfermería, Investigación Cualitativa  
Ostomy, Quality of Life, Primary Health Care, Nursing Care, Qualitative Research

**INTRODUCCIÓN**

La enfermería ha evolucionado mucho en los últimos años. Ya no sólo se responde exclusivamente a la enfermedad, sino que se trata al paciente desde una perspectiva holística, biopsicosocial. La respuesta que se propone, lejos de reducirse al seguimiento farmacológico, requiere analizar los apoyos con los que el paciente cuenta en su entorno social natural, fuera de los contextos sanitarios.

La ostomización incide en el paciente, en el contexto y en sus actividades habituales. Los estudios revelan efectos negativos en muchos aspectos: imagen corporal, disminución de la autonomía, aislamiento del entorno y estado de ánimo deprimido (Ferreira, 2011). A pesar de que esos mismos estudios recogen el refuerzo del apoyo familiar, los efectos negativos hacen necesario que el profesional conozca las preocupaciones del paciente para implementar una atención integral.

Ya desde el postoperatorio inmediato, las repercusiones para el paciente son muy importantes. Es un momento muy difícil que, además de iniciarse con escaso o ningún conocimiento, se le suma el proceso de adaptación a un nuevo orificio para la salida de excreciones, sobre el que no tiene ningún tipo de

control y que afecta, de manera importante, a su imagen corporal. Superado el shock inicial, una vez en el domicilio, el paciente tiene que reincorporarse a su antigua vida: trabajo, relaciones sociales, vida sexual, ocio... todo su día a día se verá afectado.

Este cambio, y la adaptación que precisa, son los que producen ansiedad, y depresión en el paciente. Es aquí donde el profesional de enfermería familiar y comunitaria tiene que trabajar, en coordinación con los profesionales de Atención Primaria, dada la cercanía a las rutinas de los pacientes.

Analizamos las estrategias utilizadas por las personas portadoras de una ostomía cuyo abordaje debe tener un enfoque biopsicosocial, donde la enfermería familiar y comunitaria encuentra un campo especial de acción (Ferreira, 2011). El consejo y apoyo en las decisiones se torna de relevancia en la atención integral del paciente. Los resultados son mejores si se ayuda al paciente a aceptar su estoma y participar en la vida social, retomando sus actividades habituales. El reto para los profesionales es encontrar la forma de lograrlo. (Kingsley & Simmons, 2011).

### **OBJETIVOS**

Explorar la realidad de las personas portadoras de una ostomía identificando aquellos elementos, tanto positivos como negativos, que definen la esencia de la experiencia vivida para implementarlo en el apoyo individualizado que proporciona el profesional de enfermería familiar y comunitaria.

### **MATERIAL Y MÉTODOS**

Estudio cualitativo de aproximación fenomenológica. La población de estudio han sido los pacientes portadores de una ostomía pertenecientes a la zona básica de salud de Los Comuneros (Burgos) y que accedieron voluntariamente al estudio. La selección de la muestra ha sido de carácter intencional (Flick, 2014) realizando la selección entre los pacientes con ostomías, con más de dos años desde la intervención. El total de participantes fue de seis.

Para la recogida de los datos se fijó con el paciente una fecha y una hora para acudir a la entrevista. Los pacientes fueron identificados a través de un primer contacto telefónico. La información referente a la ostomía (tiempo y características) se hizo vía telefónica y a través de la Historia Clínica Electrónica del paciente.

Como técnica de recogida de datos se utilizó en primer lugar un cuestionario donde se recogieron las variables de edad, sexo, nivel de estudios, situación laboral, tipo de ostomía y años con la ostomía.

En segundo lugar, como técnica fundamental, se realizaron entrevistas en profundidad (Ruiz Olabuénaga, 2012) que fueron recogidas en una grabadora. Se partió en todos los pacientes de una pregunta general: ¿Cuál es su experiencia incluyendo circunstancias, situaciones, pensamientos, sentimientos... en relación a vivir con una ostomía? Los entrevistadores, conocedores de los objetivos del estudio, formularon las preguntas atendiendo a las características de cada participante, atendiendo a los siguientes ámbitos: laboral, social, familiar y sexual. Con todo ello se desea garantizar la obtención de información pormenorizada sobre las experiencias de los participantes en los temas planteados.

Posteriormente se ha realizado el análisis de contenido a través de la codificación abierta (Corbin & Strauss, 1998).

Aunque en este estudio no se realizó ninguna intervención sobre los entrevistados, se presentó el proyecto y fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC) del centro participante.

Durante el período en el que se realizó el estudio se siguieron las directrices nacionales e internacionales (código deontológico, declaración de Helsinki), y la normativa legal sobre la confidencialidad de los datos (ley orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal -LOPD-)

Se solicitó el consentimiento informado del paciente para participar en el estudio.

### **RESULTADOS**

Del análisis de las entrevistas realizadas aporta:

- Alto impacto emocional en la comunicación del diagnóstico y el carácter ineludible de la ostomía.
- Ruptura en la continuidad de los cuidados tras el alta hospitalaria, permaneciendo problemas de salud.
- Encontramos los siguientes diagnósticos de enfermería. (NANDA 2015-2017) en todas las entrevistas.
  - Déficit de autocuidado.

- Trastorno de la imagen corporal.
- Desempeño ineficaz del rol.
- Deterioro de la interacción social.
- Afrontamiento ineficaz.
- Temor.
- Estrés por sobrecarga.
- Deterioro de la integridad cutánea.
- Disconfort.
- Las personas entrevistadas NO piden ayuda para solucionar sus problemas (sólo en el entorno familiar) por:
  - No percibir sus dificultades como problemas de salud.
  - Concepto erróneo de la autonomía personal
  - Desconocimiento del papel del médico y de la enfermera de Atención Primaria y su posible apoyo en el manejo y cuidado de la ostomía

### DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La experiencia de vida de los participantes nos revela efectos negativos en aspectos (ya reflejados en otros estudios) relacionados con: la imagen corporal, la autonomía, el aislamiento y el estado de ánimo. (Calcagno Gomes et al., 2012; Silva & Shimizu, 2007). Tras analizar las entrevistas observamos que hay alteraciones en las tres esferas (imagen 1):

1. Biológica: por las dificultades en la cicatrización y sangrado del estoma.
2. Social: por el miedo a la rotura de la bolsa y la aparición de situaciones no controlables que conducen al aislamiento.
3. Psicológica: por el estrés y la angustia de lo anteriormente indicado.

Además, el impacto del diagnóstico en el entorno hospitalario y la falta de coordinación y comunicación entre niveles asistenciales, encontramos que presentan consecuencias negativas en este tipo de pacientes.

Podemos concluir diciendo que

- Las personas ostomizadas presentan múltiples problemas de salud y que, a pesar de esto, no suelen demandar ayuda a los profesionales de salud de Atención Primaria para resolverlos. Para solventar esta situación hay que trabajar en una mejora de la continuidad de los cuidados a través de una comunicación y coordinación rápida, fluida, efectiva y eficiente entre los distintos niveles asistenciales.
- En el abordaje multidisciplinar de los pacientes ostomizados, la enfermería familiar y comunitaria debe situarse como una figura clave para ayudar y orientar a este colectivo a conseguir una mayor calidad de vida.

### BIBLIOGRAFÍA

- Calcagno Gomes, G., Peres Bitencourt, P., Pizarro, A. da R., Pereira Madruga, A., Silva de Castro, E., & de Oliveira Gomes, V. L. (2012). Ser mujer con ostomía: la percepción de la sexualidad. *Enfermería Global*, 11(27), 22-33. Recuperado a partir de <http://bit.ly/2IJ964k>
- Corbin, J. M., & Strauss, A. L. (1998). *Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory*. SAGE Publications. NY (USA)
- Ferreira, A. (2011). *Proceso de atención al paciente ostomizado: gestión de cuidados integrales*. Ed. Psicolibros Waslala. Montevideo (UY).
- Flick, U. (2014). *El diseño de Investigación Cualitativa*. Morata.
- Kingsley, L., & Simmons, J. (2011). Adjustment to colostomy: Stoma acceptance, stoma care self-efficacy and interpersonal relationships. *Journal of Advanced Nursing*, 60(6), 627-635. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04446.x>
- Ruiz Olabuénaga, J. I. (2012). *Teoría y práctica de la investigación cualitativa*. Universidad de Deusto.
- Silva, A., & Shimizu, H. (2007). The importance of the Support Network for the stomized patient. *Revista brasileira de enfermagem*. Recuperado a partir de <http://bit.ly/2kkhs5k>

**GRÁFICOS Y/O TABLAS:**

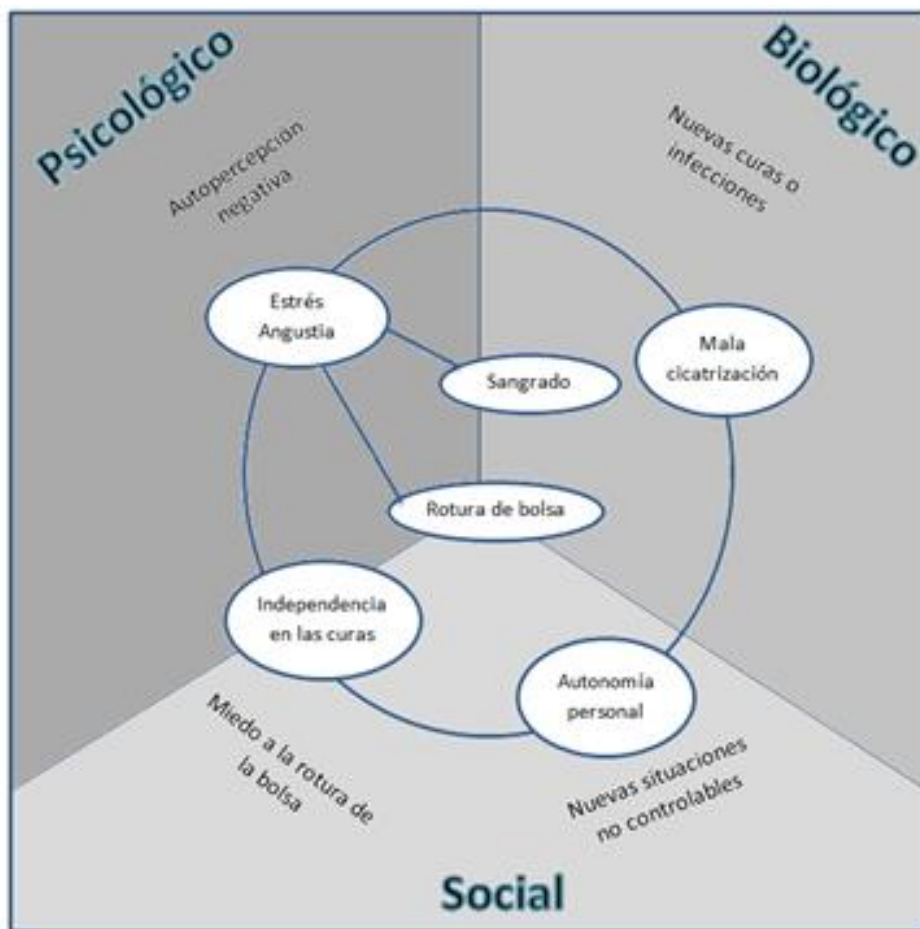


Imagen 1: Alteraciones en las tres esferas.

**ID168:**

## REVISIÓN DE LOS PROGRAMAS DE FORMACIÓN DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR A ESCOLARES

Ana Martín Gallego<sup>1</sup>, Raquel Jiménez Gómez<sup>2</sup>, Jacobo Mendioroz Peña<sup>3</sup>.

Institut Català de la Salut. Catalunya Central.

[anamartga@gmail.com](mailto:anamartga@gmail.com)

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** La PCR supone el 60% de las muertes mundiales, por lo que se han puesto en marcha programas dirigidos a la población general para capacitarlas en la realización de un soporte mínimo ante una PCR.

**OBJETIVO:** Revisar la bibliografía de las diferentes estrategias de implantación de programas de RCP en las escuelas.

**METODOLOGIA:** Búsqueda en Pub Med, donde dos investigadores independientes revisaron los artículos y un tercero solventó discrepancias. Los artículos fueron evaluados y sintetizados según recomendaciones más relevantes.

**RESULTADOS:** Resultado de 105 artículos, 8 (7,6%) fueron seleccionados. De estos 8, 3 correspondieron a ECA, 3 a estudios de cohortes, y 2 a otros tipos de estudios.

**DISCUSIÓN:** Deben diseñarse programas específicos según la edad de los alumnos. Se recomienda que sean los profesores quienes sean los que lleven a cabo dichos programas.

**CONCLUSIONES:** El entrenamiento en técnicas de RCP en las escuelas es un reto deseable y factible.

### ABSTRACT

**INTRODUCTION:** The cardio respiratory failure is responsible for 60% of global death, that's the reason because there are programs aimed to citizens to train them in CPR.

**AIMS:** Search bibliography of different strategies of implementation for CPR programmes in schools.

**METHODS:** Search in Pub Med, two independent researchers reviewed different articles and a third one organized them. The articles were evaluated and summarized according to scientific evidence levels.

**RESULTS:** A total of 105 articles were reviewed and 8 (7,6%) were selected. Of that 8, 3 were randomized clinical trials, 3 cohorts and 2 other type of studies.

**DISCUSSION:** Should be convenient to design specific programs according to the age of students. The teachers should be the leaders of those programs.

**CONCLUSIONS:** The training of CPR techniques in schools is a feasible challenge.

### PALABRAS CLAVE

Resucitación cardiopulmonar, escuela y programa.

Cardiopulmonary resuscitation, school y program.

### INTRODUCCIÓN/JUSTIFICACIÓN/OBJETIVO

#### INTRODUCCIÓN

La parada cardiorespiratoria (PCR) supone el 60% de las muertes mundiales en el adulto. En España se producen más de 25.000 muertes anuales por infarto de miocardio, muchas en vía pública. Ambas situaciones se podrían resolver mediante maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP), por lo que se han puesto en marcha programas dirigidos a población general, para capacitarlas a que proporcionen un soporte mínimo ante una PCR.



### JUSTIFICACIÓN

Peter Safar demostró en 1978 la efectividad de habilidades en RCP básica en jóvenes (15 y 16 años). Parecen más asequibles y estar más interesados en aprender maniobras de RCP. Los conocimientos adquiridos en etapas tempranas de la vida suelen aprenderse con mayor facilidad y permanecer más tiempo.

Los jóvenes frecuentan con más frecuencia lugares públicos y tienen mayor predisposición a realizar las maniobras de RCP; la instrucción de grupos de jóvenes puede extender sus conocimientos a familiares y amigos.

Sin embargo, existen multitud de acciones para enseñar estas maniobras sin que haya unos criterios homogéneos de implantación.

### OBJETIVO

Revisar la bibliografía de las diferentes estrategias de implantación de programas de RCP en las escuelas.

### DESARROLLO

#### METODOLOGÍA

Búsqueda en Pub Med el 25 de noviembre de 2016 utilizando las siguientes palabras clave y sus combinaciones: cardiopulmonary resuscitation, school y program.

Se excluyeron artículos anteriores al 2011 y los escritos en idiomas diferentes al inglés y castellano.

Dos investigadores independientes revisaron los artículos y un tercer revisor participó para solventar las discrepancias.

Los artículos seleccionados fueron evaluados según su calidad metodológica y se realizó la síntesis de las recomendaciones más relevantes respecto a la calidad de la formación recibida con los distintos programas, la decisión para realizar maniobras de RCP y el grado de satisfacción percibida por los jóvenes instruidos.

### RESULTADOS

La búsqueda mostró 105 artículos, 8 (7,6%) fueron seleccionados para la revisión. La concordancia de selección intra-observador fue del 80%. De estos 8, 3 correspondieron a ensayos clínicos aleatorizados, 3 a estudios de cohortes, y 2 a otros tipos de estudios.



Gráfico 1.- Resultados.

### DISCUSIÓN

Se han de diseñar programas específicos en función de la edad de los alumnos.

Se recomienda llevar a cabo, en su totalidad, en la escuela y por los propios profesores del centro, previamente formados por personal experto, obteniéndose una mayor efectividad.

No se ha llegado a la conclusión de un programa ideal pero varios estudios concluyen que programas de RCP abreviados de 30 minutos con maniqués personales y DVD son igual de efectivos que cursos clásicos de cuatro horas.

## CONCLUSIONES

El empoderamiento en técnicas de RCP a escolares contribuiría a que manifestaciones por parte de los alumnos de que aun recibiendo dicha formación no actuarían en caso necesario por miedo a lesionar a la víctima, a adquirir una infección o por repercusiones legales, se verían disminuidas.

El entrenamiento en técnicas de RCP en las escuelas es un reto deseable y factible y, por tanto, un objetivo a alcanzar en España, donde Atención primaria juega un papel muy importante.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Vetter VL, Haley DM, Dugan NP, Yyer VR, Shults J. Innovative cardiopulmonary resuscitation and automated external defibrillator programs in schools: results from the Student Program for Olympic Resuscitation Training in Schools (SPORTS) study. *Resuscitation*. Jul 2016;104:46-52.
2. Wilks Jeff, Kanasa Harry, Pendergast Donna, Clark Ken (2015) Emergency response readiness for primary school children. *Australian Health Review* 40, 357-363.
3. Nishiyam C, Iwami T, Kitamura T, Ajdo M, Sakamoto T, Marukawa S, Kawamura T. Long-term retention of cardiopulmonary resuscitation skills after shortened chest compression-only training and conventional training: a randomized controlled trial. *Emerg Med*. Jan 2014; 21(1):47-54.
4. Rahman NH, Keng Sheng C, Kamauzaman TH, MD Noh AY, Wahab SF, Zaini IZ, Fauzi MH, Ab Rahman A, Dzulkifli NS. A multicenter controlled trial on knowledge and attitude about cardiopulmonary resuscitation among secondary school children in Malaysia. *Int J Emerg Med*. Oct 2013; 6(1):37.
5. Ribeiro LG, Germano R, Menezes PL, Schmidt A, Pazin-Filho A. Medical students teaching cardiopulmonary resuscitation to middle school Brazilian students. *Arq Bras Cardiol*. 2013 Oct;101(4):328-35.
6. Iserbyt P, Mols L, Charlier N, De Meester S. Reciprocal learning with task cards for teaching Basic Life Support (BLS): investigating effectiveness and the effect of instructor expertise on learning outcomes. A randomized controlled trial. *J Emerg Med*. Jan 2014;46(1):85-94.
7. Miró Ò, Díaz N, Escalada X, Pérez Pueyo FJ, Sánchez M. Review of initiatives carried out in Spain to implement teaching of basic cardiopulmonary reanimation in schools. *An Sist Sanit Navar*. Sep-Dec 2012;35(3):477-86.
8. Corrado G, Rovelli E, Beretta S, Santarone M, Ferrari G. Cardiopulmonary resuscitation training in high-school adolescents by distributing personal manikins. The Como-Cuore experience in the area of Como, Italy. *J Cardiovasc Med (Hagerstown)*. Apr 2011;12(4):249-54.

**ID177:**
**LA EXPERIENCIA DE LA SOLEDAD EN LAS PERSONAS MAYORES Y CÓMO COMBATIRLA**

 Alicia Gadea Nicolás<sup>1</sup>, Virginia García Campo<sup>1</sup>.

Centro de Salud Mar Báltico, Madrid.

[alicia\\_gn@hotmail.es](mailto:alicia_gn@hotmail.es)
**RESUMEN**

Introducción: La soledad puede tener consecuencias negativas sobre la salud en el plano físico, psicológico y social. Objetivos: Conocer la experiencia de la soledad de un grupo de personas mayores y enseñar los recursos y estrategias para combatirla. Desarrollo: La actividad se realizó en la Asociación Kwisera. Asistieron 42 personas mayores de 80 años. Comenzamos con la presentación de los participantes, mediante “la tela de araña”. Expusimos una breve charla sobre la soledad y las estrategias para combatirla. Realizamos un role playing. Por último, realizamos una reflexión grupal sobre la soledad y soluciones para la misma. Resultados: Los participantes aprendieron una serie de recursos y estrategias que pueden poner en práctica, con la finalidad de tratar la soledad en una de las etapas de la vida con más pérdidas y dependencias: la vejez. Conclusiones: Debemos sensibilizarnos ante este problema, desarrollando programas de prevención y control de la soledad.

**ABSTRACT**

Introduction: Loneliness can have negative consequences on physical, psychological and social health. Objectives: Know the experience of loneliness of a group of old people and teach resources and strategies to combat it. Development: The activity has been made in the association Kwisera. Attended 42 people over 80 years old. We started with the presentation of the participants, through “the spider web”. We gave a brief talk about loneliness and the strategies to combat it. We made a role playing. Finally, we made a group reflection about loneliness and solutions to it. Results: the participants learned a series of resources and strategies that they can put into practice, with the purpose of treating loneliness in one of the stages of life with more losses and dependencies: old age. Conclusions: We must make us aware of this problema, developing programs of prevention and control of loneliness.

**PALABRAS CLAVE**

Soledad, anciano, estrategias, prevención & control.  
Loneliness, aged, strategies, prevention & control.

**INTRODUCCIÓN/PRESENTACIÓN**

La soledad es un estado de malestar emocional que surge cuando una persona carece de compañía (1). Es una experiencia desagradable y estresante, con un importante impacto emocional.

Durante el envejecimiento es frecuente experimentar una serie de vivencias y cambios que pueden favorecer la aparición del sentimiento de soledad (2,3).

El primer acontecimiento importante al que se suelen enfrentar las personas mayores es el abandono del hogar por parte de los hijos para iniciar una vida independiente. Por otra parte, la viudez suele ser el principal desencadenante del sentimiento de soledad. Otro suceso importante en la vida de las personas mayores es la salida del mercado laboral. Tras la jubilación, las personas disponen de tiempo libre que, muchas veces, no saben en qué ocupar. La pérdida de poder adquisitivo también restringe las posibilidades de disfrutar de estos momentos de ocio, así como el deterioro de las relaciones sociales, pudiendo aparecer aislamiento social (1,2,4).

Las mujeres viven solas (20%) con mayor frecuencia que los hombres (7%); las personas mayores separadas o divorciadas (55%) son las que viven solas en mayor medida, seguidas de las solteras (36%) y las viudas (31%); a medida que se incrementa el tamaño de la población, aumenta el número de personas que viven solas (4).

Para hablar de la soledad, es necesario distinguir entre la decisión voluntaria de una persona de vivir sola, y el sentimiento negativo asociado a la falta de relaciones sociales y apoyo emocional. Encontramos dos dimensiones: la objetiva y la subjetiva (1,4). No es lo mismo estar solo que sentirse solo. Estar solo no es siempre un problema (5). Evidentemente, la soledad deseada y conseguida no constituye un problema para las personas, incluidas las personas mayores. Sentirse solo, en cambio, es algo más complejo, ya que puede ocurrir incluso que lo experimentemos estando en compañía. En este sentido, la soledad es una experiencia subjetiva que se produce cuando no estamos satisfechos o cuando nuestras relaciones no son suficientes o no son como esperaríamos que fueran (1,2,6).

El empobrecimiento progresivo de todos los refuerzos sociales, familiares, la vulnerabilidad frente a las enfermedades, etc., desencadenan inestabilidad y sentimientos de indefensión en el anciano.

La soledad puede tener consecuencias negativas sobre la salud en el plano físico, psicológico y social, es un factor para padecer o agravar determinadas enfermedades y sufrir aislamiento social (1,2,7).

Teniendo en cuenta que la soledad está relacionada con una serie de factores de riesgo socio-demográficos, psicológicos y con el estado de salud, es importante que las personas mayores en situación de riesgo sean identificados precozmente. El saber quién está en riesgo de soledad podría conducir a la elaboración de estrategias preventivas.

### **OBJETIVOS (DE LA EXPERIENCIA)**

Conocer la experiencia de la soledad de un grupo de personas mayores y enseñar los recursos y estrategias para combatirla y prevenirla.

### **DESARROLLO**

La intervención comunitaria se realizó en la Asociación Kwisera, ubicada en el distrito de Hortaleza, Madrid. Asistieron 42 personas mayores de 80 años, 30 eran mujeres, la mayoría viudas. Comenzamos la intervención con la presentación de los participantes, mediante una técnica grupal: "la tela de araña". Con un rollo de hilo grueso, nos situamos en el centro del círculo formado por todos los participantes, le tiramos el rollo de hilo a cualquiera de ellos y quien lo recibe debe presentarse diciendo su nombre, edad y estado civil, cuando esa persona termina, le tira el rollo de hilo a cualquiera de los participantes pero se queda con el extremo del hilo, cada uno se presenta respondiendo las mismas preguntas y así se forma entre todos una tela de araña.

Tras la presentación, expusimos una breve charla sobre la soledad y las estrategias para combatirla. Las estrategias para afrontar la soledad son diferentes para cada persona; están en función de los recursos e intereses de cada uno. Algunas de las estrategias son: el desarrollo de actividades domésticas, salir a pasear, ver la televisión, escuchar la radio, ir al cine, ir a misa y estar integrado en las actividades de la parroquia, asistir a los centros destinados a personas mayores (clubs de jubilados o centros de día), participación en actividades culturales, turísticas o de ocio, actividades de voluntariado, etc. Hay que proponer soluciones que tengan en cuenta a cada individuo.

Posteriormente, realizamos un role playing, en el cual se exponía la temática de la soledad. Una de las participantes hacía el rol de una mujer viuda, y otra de las participantes hacía el rol de su vecina, esta última le proponía actividades para salir al paso de la soledad. Uno de los retos que le proponía, era escribir sus propias memorias, ya que le gustaba escribir, y podía ser un libro muy emotivo para ella, para recordar todo lo bueno que le ha pasado en la vida.

Por último, realizamos una reflexión grupal sobre la soledad y soluciones para la misma. Mediante una lluvia de ideas, fuimos reflejando en la pizarra las opiniones de los participantes y amenazas que se encuentran presentes en la ancianidad.

### **RESULTADOS**

En esta intervención comunitaria pudimos conocer la experiencia de la soledad de este grupo de ancianos. Los participantes aprendieron una serie de recursos y estrategias que pueden poner en práctica, con la finalidad de tratar la soledad en una de las etapas de la vida con más pérdidas y dependencias: la vejez.

### **CONCLUSIONES**

Resolver el problema de la soledad no es exclusivamente una responsabilidad de la persona mayor, sino de la sociedad en su conjunto. Ésta debe sensibilizarse ante este problema, generando y desarrollando

programas de prevención y control de la soledad que deberán detectar a las personas con un mayor riesgo de soledad. Dentro de la clasificación de diagnósticos enfermeros, en el dominio 12: confort, encontramos la etiqueta diagnóstica: Riesgo de soledad (00054). La definición de este diagnóstico es la siguiente: vulnerable a experimentar malestar asociado al deseo o necesidad de un mayor contacto con los demás, que puede comprometer la salud. Cuyos factores de riesgo son: aislamiento físico, aislamiento social, privación afectiva, privación emocional (8). Este diagnóstico está indicado en aquellas situaciones en las que la enfermera puede incidir en el entorno o en la conducta de personas para controlar, reducir o eliminar los factores de riesgo para la aparición del sentimiento de soledad no deseada.

#### **BIBLIOGRAFÍA**

1. Pinel Zafra M, Rubio Rubio L. La soledad en los mayores. Una alternativa de medición a través de la escala Este. Universidad de Granada, 2009.
2. Rodríguez Martín M. La soledad en el anciano. GEROKOMOS 2009; 20 (4): 159-166.
3. Sequeira Daza D. La soledad en las personas mayores: factores predisponentes y de riesgo. Evidencias empíricas en adultos mayores chilenos. Universidad de Granada, nov 2011.
4. Boletín sobre el envejecimiento: La soledad de las personas mayores. Observatorio de personas mayores. Dic 2003.
5. Rubio, R. "La soledad en las personas mayores españolas". IMSERSO. Madrid, 2004.
6. Bermejo J. C. La Soledad en los mayores. IMSERSO. Madrid, 2005.
7. Rubio, R. Variables relacionadas con los estilos de vida y su influencia en las actitudes frente al envejecimiento. Revista Psicológica Herediana. Vol. 2 (1), 2009.
8. NANDA International. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y clasificación. 2015-2017. Décima edición. Barcelona: Elsevier.

**ID188:**

## **EN NAVIDAD, ¿NOS PASAMOS O NOS PESAMOS? ACTIVIDAD DE INTERVENCIÓN COMUNITARIA PARA LA PROMOCIÓN DE HÁBITOS SALUDABLES EN LA ALIMENTACIÓN**

Irazoqui Ceberio, Ania<sup>1</sup>; Calle Calle, María Dolores<sup>1</sup>; Garcia Soriguren, Ascen<sup>1</sup>; Gaviña Arenaza, Xabier<sup>2</sup>; Zaballa Alaguero, María Carmen<sup>3</sup>; Landa Ircio, José<sup>4</sup>.

<sup>1</sup> Centro de Salud Olarizu. OSI Álava. Osakidetza.

<sup>2</sup> Centro Cívico Hegoalde. Vitoria.

<sup>3</sup> Hospital Txagorritxu. OSI Álava. Osakidetza.

<sup>4</sup> Centro socio-cultural de mayores Adurza-San Cristobal. Vitoria.

[ania.irazoquiceberio@osakidetza.eus](mailto:ania.irazoquiceberio@osakidetza.eus)

### **RESUMEN**

**Introducción:** la obesidad y el sobrepeso representan un importante problema de salud con datos alarmantes de prevalencia tanto a nivel mundial como comunitario.

**Objetivo:** promoción y adquisición de hábitos saludables.

**Desarrollo:** se llevaron a cabo 3 sesiones teórico-prácticas de 90 minutos en los que se trataron temas como la alimentación, el ejercicio y las emociones.

**Resultados:** de las 20 personas que iniciaron el grupo, 13 disminuyeron o mantuvieron el peso corporal y 2 participantes subieron de peso.

**Conclusión:** este tipo de intervención comunitaria resulta eficaz para la adquisición de hábitos saludables debido al compromiso de cambio que se genera en el grupo.

### **ABSTRACT**

**Introduction:** Obesity and overweight represent an important health problem with worrying prevalence data worldwide and in our community too.

**Objective:** promotion and acquisition of healthy habits.

**Development:** we did three theoretical-practical sessions, and we spoke about topics as food, exercise and emotions.

**Results:** 20 people started the group, 13 decreased or maintained their body weight and 2 participants gained weight.

**Conclusion:** this type of community intervention is effective for the acquisition of healthy habits because of the commitment of change that is generated in the group.

### **PALABRAS CLAVE**

Redes comunitarias, hábitos alimenticios, peso corporal, ejercicio, enfermería en salud comunitaria.

Community networks, food habits, body weight, exercise, community health nursing.

### **INTRODUCCIÓN/PRESENTACIÓN**

Desde el año 2009 se llevan a cabo en nuestra UAP (Unidad de Atención Primaria) actividades de Intervención Comunitaria (IC) para la promoción de hábitos saludables. Este proyecto se realiza en colaboración con agentes sociales como el Centro Sociocultural de Mayores (CSCM) y el Centro Cívico (CC) de la zona básica, profesionales de Atención Especializada y red local que la forman usuarios informantes clave de nuestra Unidad de Atención Primaria.

Esta actividad de IC surge de la necesidad percibida por las usuarias del CSCM de adquirir unos hábitos saludables con el objetivo de mantener el peso corporal durante las navidades.

Hablamos de realidades denominadas obesidad y sobrepeso, muy presentes actualmente en nuestro día a día y especialmente en nuestras consultas.

La OMS (Organización Mundial de la Salud) define la obesidad y el sobrepeso como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. En el caso de los adultos diferencia

ambos términos por el IMC (Índice de Masa Corporal). Hablamos de sobrepeso cuando el IMC es igual o superior a 25 y de obesidad cuando es igual o superior a 30.<sup>1</sup>

Según datos de la OMS, en 2014 más de 1900 millones de adultos tenían sobrepeso, de los cuales, más de 600 millones eran obesos. En general, en 2014 alrededor del 13% de la población adulta mundial (un 11% de los hombres y un 15% de las mujeres) eran obesos. En 2014, el 39% de los adultos (un 38% de los hombres y un 40% de las mujeres) tenían sobrepeso. Entre 1980 y 2014, la prevalencia mundial de la obesidad se ha más que doblado.<sup>1</sup>

El Estudio Nutricional de la Población Española (ENPE), afirma que la prevalencia de sobrepeso en nuestro país se sitúa en un 39,3%, mientras que la obesidad afecta al 21,6% de la población. Por sexos, se observó que la prevalencia de sobrepeso es más elevada en hombres que en mujeres.<sup>2</sup>

Asimismo, y para extraer datos más detallados, el estudio ENPE ha analizado dicha prevalencia según comunidades autónomas. Las conclusiones evidencian que las tasas de obesidad más altas se estiman en Asturias (25,7%), Galicia (24,9%) y Andalucía (24,4%); mientras que en el lado opuesto, las tasas más bajas se han observado en Islas Baleares (10,5%), Cataluña (15,5%) y País Vasco (17,9%).<sup>2</sup>

A pesar de que nuestra comunidad se encuentre entre las comunidades con tasas más bajas hablamos de que el 36,9% de nuestra población es obesa y el 16,8% padece sobrepeso.<sup>3</sup>

En cuanto a la ciudad donde nosotros trabajamos (Vitoria-Gasteiz) el 47,8% de los vitorianos tiene sobrepeso o está obeso y casi la mitad de la población mayor de 18 años no practica ninguna actividad física deportiva en su tiempo libre, según un informe del Ayuntamiento de Vitoria.<sup>3</sup>

El estudio, titulado "Perfil de Salud de Vitoria 2012" que analiza aspectos determinantes de la salud relacionados con hábitos de vida, menciona el alto índice de prevalencia de la obesidad o sobrepeso entre menores y adultos.<sup>3</sup>

En la investigación 'Sobrepeso y obesidad general y abdominal en una muestra representativa de adultos españoles: resultados del estudio científico ANIBES' publicada en la revista científica internacional BioMed Research International describen que la obesidad está asociada a una mayor predisposición de sufrir varias comorbilidades (diabetes tipo 2, enfermedades cardiovasculares, cáncer y osteoartritis), además de reducir tanto la calidad, como la esperanza de vida. Por otro lado, hay que tener en cuenta que el coste económico del tratamiento de la obesidad, en relación a sus diversas enfermedades asociadas, es muy alto.<sup>4</sup>

### **OBJETIVOS (DE LA EXPERIENCIA)**

General:

- Promocionar la adquisición de hábitos saludables en la vida diaria para el manejo del peso corporal.

Específicos:

- Al finalizar las sesiones los participantes demostrarán haber mantenido una alimentación saludable.
- Al finalizar las sesiones los participantes habrán adquirido diferentes herramientas para realizar ejercicio físico en el domicilio.
- A lo largo de las sesiones los participantes reflexionarán sobre la relación entre las emociones y las ingestas en exceso.
- En la segunda sesión los participantes formularán un propósito/compromiso de cambio.
- Los participantes llevarán a cabo el compromiso de cambio y lo integrarán en su día a día.
- Al finalizar las sesiones los participantes habrán mantenido o disminuido el peso corporal.

### **DESARROLLO**

Representantes de la Comisión de Salud del CSCM (Centro Socio Cultural de Mayores) de la zona básica, formado por usuarias del propio CSCM, junto con el dinamizador sociocultural, trasladaron en reunión conjunta a los profesionales del CS (Centro de Salud) su inquietud de llevar a cabo una actividad de alimentación saludable para fomentar el control del peso en las fechas navideñas. Para la elaboración de la actividad propuesta, se reunieron los representantes de la Red de Salud de la zona básica con el fin de definir el proyecto: temática, perfil de los participantes, cronograma, desarrollo de las sesiones, reparto de tareas, etc. Previamente a cada sesión, se planificaron reuniones para asegurar el correcto desarrollo de las mismas.

Una semana antes de cada sesión la red de salud se reunía para ultimar detalles.

La captación se realizó a través de los profesionales del CS y del CSCM.

Se llevaron a cabo 3 sesiones teórico-prácticas grupales entre los meses de noviembre del 2016 y enero del 2017 más una última sesión de cierre el mes de febrero, de una duración de 90 minutos aproximadamente cada una.

Las sesiones se llevaron a cabo en el CSCM, en las cocinas del CC y en el CS.

Fueron impartidas por los profesionales de la Red de Salud Adurza-San Cristobal, compuesto por el responsable del CSCM, enfermeras y auxiliar de enfermería del CS, nutricionista y jefe de cocina del HUA (Hospital Universitario Álava), técnico de deportes y coordinadora del CC e informantes clave y usuarios del CS.

A lo largo de la actividad se trataron tanto teórica como prácticamente tres temáticas principales,: la alimentación saludable, el ejercicio y las emociones.



Imagen 1.- Cronograma sesiones.

En la primera sesión realizada en el CSCM teóricamente se contabilizó el número de kcal que contiene un menú típico navideño y se ofertaron alternativas saludables mediante las cuales, manteniendo alimentos típicos de las fechas, se disminuía el número de kcal. Posteriormente, Se introdujo el tema de las emociones y su influencia en nuestra alimentación. Para finalizar, se explicaron unos sencillos ejercicios para poder realizar en el domicilio. Finalmente de manera teórica se vieron ejercicios sencillos que podemos realizar en nuestro domicilio.



Durante esta primera sesión los participantes firmaron el contrato en el que se comprometían a mantener o disminuir su peso corporal durante las navidades.

En la segunda sesión realizada en la cocina del CC algunos participantes junto con el cocinero del Hospital Universitario de Álava (HUA) elaboraron algunos platos saludables ya mencionados en la primera sesión. Durante el emplatado, los participantes junto con los instructores realizaron diferentes tipos de ejercicios. Finalmente se degustaron los platos preparados. Al finalizar la sesión todos los asistentes se planteaban un compromiso de cambio.

Durante la tercera sesión se evaluó la realización del compromiso de cambio. Se realizó una evaluación cualitativa del grupo y finalmente se volvieron a practicar algunos ejercicios.

Tanto en la primera como en la tercera sesión los pacientes fueron pesados.

Durante la sesión de cierre se proyectó el video realizado a lo largo de la actividad (plasmando tanto los resultados cuantitativos como cualitativos obtenidos). A su vez mediante la técnica de lluvia de ideas se indagó sobre las necesidades percibidas por los usuarios, para posibles actividades futuras relacionadas con el sobrepeso y la obesidad.

**RESULTADOS**

Grupo compuesto por 20 participantes con una media de edad de 78 años, de los cuales 17 son mujeres y 3 hombres.

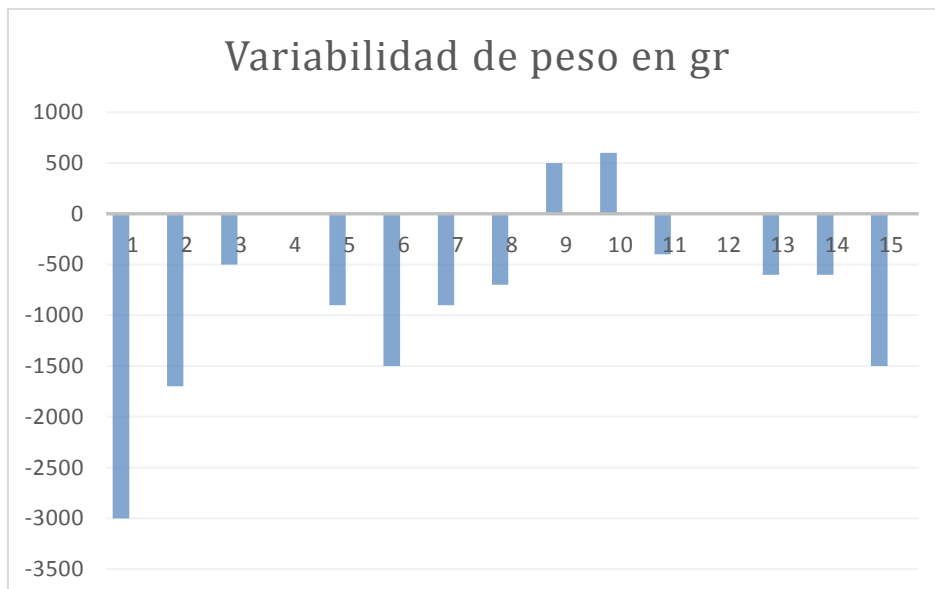
La evaluación se realizará mediante:

- Cuestionario de satisfacción (en el que se valoraban 5 items con una escala numérica del 0-10) en cada una de las sesiones.

Los participantes valoraron la información recibida con una puntuación de 8.5, los profesionales que han colaborado a lo largo de las sesiones con un 9, los espacios donde se han llevado a cabo con un 8 y con un 8.8 la organización general. La aplicabilidad la puntúan con un 7.47, el 68.4% de los participantes ven posible poner en práctica los platos con su familia el 31.6% en cambio no. Puntúan con un 8.5 la modificación de hábitos derivada de este tipo de actividad. El 100% volvería a repetir este tipo de actividad. La mayoría describe la actividad como interesante, lucrativa, informativa, amena, adecuada... “Porque es muy interesante y lucrativo”, “Por qué ha sido muy amena e informativa y se ha creado un buen ambiente”.

- Tomas de peso, al inicio y al final de la actividad.

13 de los participantes que acudieron a la última sesión (15 personas) mantuvieron o disminuyeron su peso. Solo dos de ellos no cumplieron el contrato y subieron de peso.



Grafica 1.- Variabilidad de peso en gramos.

- Cumplimiento del compromiso de cambio.  
El 75% de los participantes cumplen el compromiso de cambio. El 25% no.
- La evaluación cualitativa realizada en la tercera sesión nos ayudó mucho a identificar los motivos por los que no se cumplieron algunos propósitos. “No he salido a pasear todos los días porque me daba pereza” “Porque no me da la gana” “Porque no me apetecía cambiarme de ropa” “Nos motiva más hacer ejercicio en grupo”...  
A su vez, de esta evaluación se concluyó que el grupo ha adquirido conocimientos en alimentación y ejercicio, por lo que les ha servido para recordar, pero el problema que se detecta es la constancia. Para superar las barreras para realizar los hábitos saludables, el grupo propuso crear el hábito, no pensárselo dos veces, socializar los hábitos (ejercicio en grupo,...), planificarlo. Se detectan emociones negativas en estas fechas navideñas que han influido, junto con el agobio por tener que preparar y el juntarse mucha gente en casa, para que coman menos.
- En la lluvia de ideas realizada en la sesión de cierre estas fueron las sugerencias más destacadas para futuras actividades grupales: alimentación específica y divertida en los procesos crónicos: HTA, DM, hiperlipemias..., análisis de nuestras dietas a nivel nutricional (desayuno, media mañana, comida, cena...), personal training: explicación personalizadas de ejercicios según edades o patologías, información sobre recursos deportivos del barrio y cómo utilizarlos, bailes, encuentros grupales semanales para caminar, talleres de risoterapia, taller de trabajo sobre la aceptación personal y refuerzo de la autoestima, grupos de drenaje emocional entre otras.

## CONCLUSIONES

La pertinencia de la experiencia radica en que parte de la demanda de la propia comunidad. Este tipo de actividades de intervención comunitaria resultan eficaces para la adquisición de hábitos saludables debido al compromiso de cambio que se genera en el grupo. Se objetiva que el trabajo de grupo es un motor de cambio para modificar los hábitos de vida, así es expresado por los propios participantes. Esto nos lleva a reflexionar sobre nuestras intervenciones individuales en consulta y a pensar en nuevas actividades grupales con este u otros colectivos poblacionales. Es un proyecto novedoso porque se realiza en red, conjuntamente con agentes sociales, atención especializada y la red local. Este trabajo en red permite llegar a las necesidades de los participantes y a su vez dar una respuesta adecuada mediante información de profesionales especialistas en el tema. La formación en hábitos saludables a este colectivo, repercute en el resto de la unidad familiar, haciendo de esta manera de agentes de salud en cascada.

## BIBLIOGRAFÍA

1. OMS. Obesidad y sobrepeso. Centro de Prensa. Nota descriptiva N°311. Junio de 2016. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
2. Casi un 40% de la población adulta española sufre sobrepeso. Revista Española de Cardiología. 3 de mayo del 2016. <http://secardiologia.es/comunicacion/notas-de-prensa/notas-de-prensa-sec/7302-casi-40-de-poblacion-adulta-espanola-sufre-sobrepeso>
3. Gasteiz: el 47,8 % de los vitorianos está obeso o tiene sobrepeso. 9.12.2012 <http://www.blogseitb.com/vitoriagasteiz/2012/11/09/gasteiz-el-478-de-los-vitorianos-esta-obeso-o-tiene-sobrepeso/>
4. Sobrepeso y obesidad general y abdominal en una muestra representativa de adultos españoles: resultados del estudio científico ANIBES. Fundación Española de la Nutrición. [http://www.fen.org.es/anibes/archivos/documentos/ANIBES\\_numero\\_9.pdf](http://www.fen.org.es/anibes/archivos/documentos/ANIBES_numero_9.pdf)

**ID209:****PHOTOVOICE: HERRAMIENTA PEDAGÓGICA EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD. EJEMPLO PRÁCTICO**

Itziar Llarena Camacho<sup>1</sup>, Aitana Sáez Cubero<sup>2</sup>, Azahara Rubio Herrero<sup>3</sup>, Cristina Díaz Pérez<sup>4</sup>, M<sup>a</sup> Elena Aparicio Campino<sup>5</sup>, Itxaso Zuluaga Linaza<sup>6</sup>.

<sup>1, 2, 3, 4</sup>Unidad Docente Atención Familiar y Comunitaria de Bizkaia.

<sup>5, 6</sup>Osakidetza- Servicio vasco de salud.

[ltzillarena@hotmail.com](mailto:ltzillarena@hotmail.com)

**RESUMEN**

El residente de Enfermería Familiar y Comunitaria desconoce la comunidad donde va a desarrollar su periodo formativo. Una herramienta que facilita la identificación de activos de salud es el Photovoice, a través del cual y mediante la fotografía el residente describirá y conocerá mejor su nueva comunidad.

El objetivo principal es conocer la población y sus recursos. Para ello se consultó en distintas bases de datos con el fin de conocer la herramienta y su utilidad. Posteriormente se realizó un mapeo de la comunidad de activos de salud del centro de salud Bombero Etxaniz, se fotografió el entorno y se mantuvieron entrevistas con la trabajadora social y agentes de salud. Por último, se recopiló toda la información del proceso en una presentación en PowerPoint.

**ABSTRACT**

Residents taking part in the Community and Family Nursing Residency Programme<sup>6</sup> do not know the community where they will spend their training period. One of the tools helping to identify health assets is the Photovoice, facilitating the identification, description, and strengthening of the community by means of photography.

The main goal is to acquire knowledge about the population and its resources. Therefore, different data bases were consulted. Afterwards, the community health assets of the BomberoEtxaniz health centre were mapped, the environment was photographed, and several interviews with the social worker and the health care workers were held. Finally, the information of the whole process was compiled in a PowerPoint presentation.

This pedagogic tool helps residents and other healthcare workers to know the different community assets available, as well as getting to know the characteristics of the community.

**PALABRAS CLAVE**

Fotografía, voz, comunidad, Enfermería en Salud Comunitaria herramienta.

Photography, voice, community, Community Health Nursing, tool.

**INTRODUCCIÓN/PRESENTACIÓN**

Uno de los principales problemas a los que se enfrenta el residente de enfermería Familiar y Comunitaria al iniciar la especialidad, es el desconocimiento de la población a la cual va a dar atención así como de los recursos sociales y comunitarios que tendría a su disposición.

Para solventar esto, uno de los recursos disponibles es el Photovoice, una herramienta que facilita la identificación de activos de salud a través del cual se puede describir y potenciar la comunidad mediante el uso de la fotografía (1). Se trata de una metodología de investigación, acción y participación que se ha utilizado principalmente en la acción social, educación comunitaria e investigación.

No solo será el residente quien saldrá beneficiado con el uso de la herramienta, sino que el resto de profesionales del centro de salud también podrán conocer los distintos recursos comunitarios disponibles y las características de la comunidad (2)

**OBJETIVOS (DE LA EXPERIENCIA)**

---

<sup>6</sup> Translators note: this refers to the Spanish *EIR* system, and specifically to the programme called *Enfermería familiar y comunitaria* (Lit.: Family and community nursing)

Conocer la población y los recursos comunitarios a través de la creación de un Photovoice de la comunidad del Centro de Salud Bombero Etxaniz (Bilbao).

### DESARROLLO

En primer lugar se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos online Joanna Briggs, PubMed, E-Journals, Dialnet y Cinahl, para el conocimiento de la herramienta Photovoice.

Tras ello, se llevó a cabo un mapeo de activos de salud de la comunidad perteneciente al Centro de Salud Bombero Etxaniz, distribuida en los barrios de Iralabarri, Ametzola y Diputación, con el fin de conocer las características de su población y los recursos socioeconómicos, culturales y ambientales con los que cuenta la zona, así como las asociaciones y organizaciones presentes en la misma.

Para ello se realizaron fotografías, así como entrevistas con la trabajadora social de referencia y con agentes de salud de la zona. Recopilando finalmente toda la información del proceso en una presentación en PowerPoint (4)

### RESULTADOS

Como resultado de la búsqueda, toda la información se agrupó en una presentación PowerPoint en formato Photovoice. En ella se identificaron características y recursos del Centro de Salud Bombero Etxaniz y su comunidad.



Imagen 1: Photovoice



Imagen 2: El centro

Bombero Etxaniz es un centro de salud urbano que se encuentra en el centro de Bilbao. Cuenta con 20 profesionales de medicina de familia, 3 de medicina de Cupo, 4 pediatras, 24 profesionales de enfermería,

2 auxiliares de enfermería, 2 matronas, un equipo de Salud escolar y 14 administrativos de atención al cliente. A su vez, presenta una serie de servicios especiales: Unidad de úlceras en la que se ubica una enfermera en relación con otras unidades de úlceras de Bizkaia; Unidad de Infección de Transmisión Genital que cuenta con 2 profesionales de medicina y 2 de enfermería; Equipo de Salud Mental compuesto por enfermería, psiquiatría, psicóloga y trabajadora social; Servicio de Rehabilitación integrado por rehabilitador y fisioterapia; Servicio de Logopedia; y Trabajadora Social de Referencia.

A su vez, Bombero Etzaniz es centro docente de las siguientes disciplinas: Grado de Enfermería y Medicina de la Universidad Pública del País Vasco. También colabora en la formación de Residentes de Matrona, Medicina Pediátrica y Residentes de Medicina y Enfermería Familiar y Comunitaria.

La población sanitaria cuenta con 39.393 integrantes, que se distribuye en tres zonas: un 31,23% pertenece al distrito de Ametzola, un 38,5% a Diputación y un 30,27% a Iralabarri. (5)

## AMETZOLA

- × Distrito 7
- × Limita con Irala, Basurto, Indautxu, Errekaldeberri y Abando.

Urbanización del barrio, a partir de 1995 por la sociedad Bilbao Ría 2000.



Evolución de las obras durante 1997, 1998 y 1999

Imagen 3: Ametzola.



Don José de Amézola y Aspizúa

Imagen 4: Ametzola.

## IRALABARRI

- × Distrito 7.
- × Limita con Zabala, San Adrián y Errekaldeberri-Larraskitu.



Concejalia de Salud y Consumo

Imagen 5: Iralabari.

## DIPUTACIÓN

- × Distrito 6.
- × Formado por parte de los barrios de Abando e Indautxu.



Imagen 6: Diputación

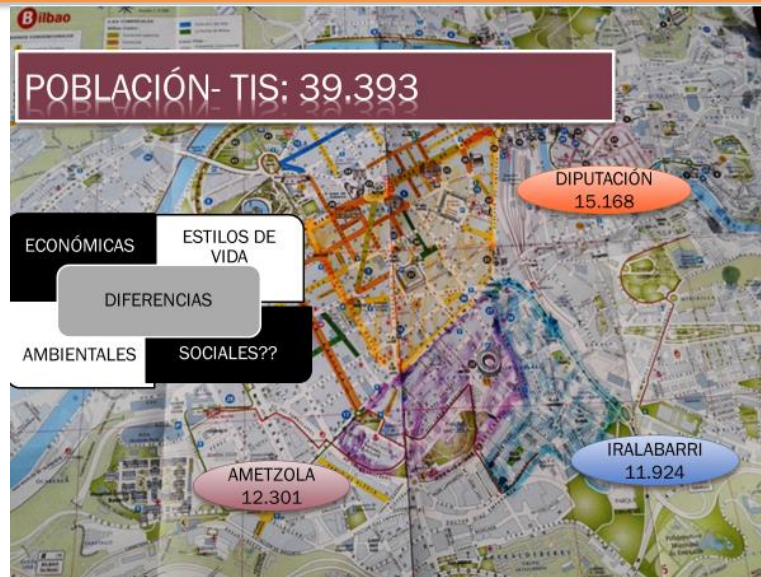


Imagen 7: La población.

Amezola cuenta con un 55.4% de mujeres y 44,6% de hombres. Irala 46.8% de hombres y 53.2% de mujeres. Diputación presenta en torno a 55,1 % mujeres y un 44,9% hombres.



Imagen 8: Hombre y Mujeres en Amezola e Iralabarri.



Imagen 9: Hombre y Mujeres Diputación.

En las tres poblaciones hay un alto porcentaje de inmigración, destacando las nacionalidades china, boliviana y paraguaya.



**2015 Territorio y Demografía - Población extranjera según nacionalidad por barrios**

Padrón Municipal de Habitantes y Censos de Población.

Distrito 6 Abando	TOTAL	ABANDO	INDAUTXU
BOLIVIA	374	154	220
BOSNIA Y HERZEGOVINA	1	1	0
BRASIL	91	45	46
BULGARIA	7	2	5
CAMERUN	20	12	8
CANADA	3	1	2
CHILE	10	4	6
<b>CHINA</b>	<b>202</b>	<b>159</b>	<b>103</b>
COLOMBIA	168	73	95
CONGO	2	2	0
COREA	7	4	3
COSTA DE MARFIL	4	3	1
COSTA RICA	3	0	3
CROACIA	3	3	0
CUBA	25	9	16
DINAMARCA	4	4	0
ECUADOR	52	22	30
EGIPTO	1	0	1
EL SALVADOR	11	6	5
ESTADOS UNIDOS DE AMERICA	61	32	29

Imagen 10: Población extranjera según nacionalidad por barrios



	Districto 6 Abando	TOTAL	ABANDO	INDAUTXU
PAISES BAJOS		14	10	4
PAKISTAN		19	10	9
PANAMA		1	0	1
PARAGUAY		336	159	177
PERU		53	13	40
POLOMIA		13	8	5
PORTUGAL		37	19	18
REINO UNIDO		60	32	28
REP.DEMOCRATICA DEL CONGO		7	3	4
REPUBLICA CHECA		2	2	0
REPUBLICA DOMINICANA		29	15	14
REPUBLICA ESLOVACA		1	1	0
RUMANIA		210	132	78
RUSIA		21	15	6
SENEGAL		37	21	16
SERBIA		2	1	1
SIERRA LEONA		1	1	0
SINGAPUR		1	1	0
SRI LANKA		1	1	0
SUDAFRICA		1	0	1

Imagen 11: Población extranjera según nacionalidad por barrios.



**2015 Termino nacionalidad:**  
Padrón Municipal

Districto 7 Rekalde	TOTAL	AMETZOLA	IZALABARRI
ALEMANIA	19	3	9
ANGOLA	8	1	2
ANTIGUOS TERRIT.DE S.ESP.	1	0	0
APATRIDAS	2	1	0
ARGELIA	113	9	37
ARGENTINA	49	21	8
ARMENIA	3	0	3
BANGLADESH	10	0	9
BELGICA	2	0	1
BIELORRUSIA	8	0	8
BOLIVIA	442	178	112
BRASIL	175	69	40

Districto 7 Rekalde	TOTAL	AMETZOLA	IZALABARRI
BULGARIA	11	3	2
BURKINA FASO	2	1	1
CABO VERDE	6	0	4
CAMERUN	36	6	9
CHILE	17	12	0
CHINA	733	304	288
COLOMBIA	418	122	82
CONGO	2	0	0
COREA	2	2	0
COSTA DE MAFIL	6	0	3
COSTA RICA	1	0	1
CUBA	52	10	14
DINAMARCA	1	1	0
ECUADOR	93	35	18
EGIPTO	2	1	1
EL SALVADOR	7	2	2
ESTADOS UNIDOS DE AMERICA	8	2	3
FILIPINAS	11	3	0
FINLANDIA	1	1	0
FRANCIA	23	6	11

NICARAGUA	103	51	27
NIGERIA	231	5	23
NO CONSTA	1	0	0
PAISES BAJOS	11	1	10
PAKISTAN	39	10	18
PANAMA	1	0	1
PARAGUAY	200	92	56

Imagen 12: Población extranjera según nacionalidad por barrios.

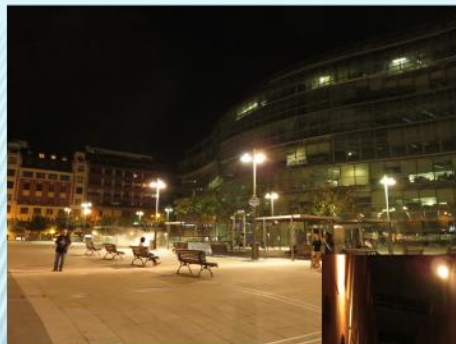
En cuanto a los espacios verdes podemos destacar la Plaza de Zabalburu, Plaza Bizkaia, parque Ametzola y la Plaza Indautxu.

## ESPACIOS DE VERDES Y DE OCIO



PLAZA ZABALBURU

Imagen 13: Espacios verdes y de ocio.



PLAZA BIZKAIA



LA ALHONDIGA

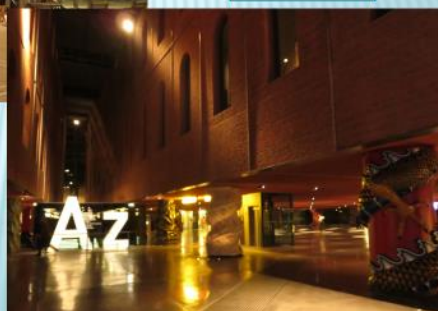


Imagen 14: Espacios verdes y de ocio.



PARQUE AMETZOLA

POLIDEPORTIVO  
LA CASILLA

Imagen 15: Espacios verdes y de ocio.



PLAZA INDAUTXU

Imagen 16: Espacios verdes y de ocio.

Cuenta con el polideportivo de la Casilla y el centro deportivo La Alhondiga.

## CENTROS DEPORTIVOS

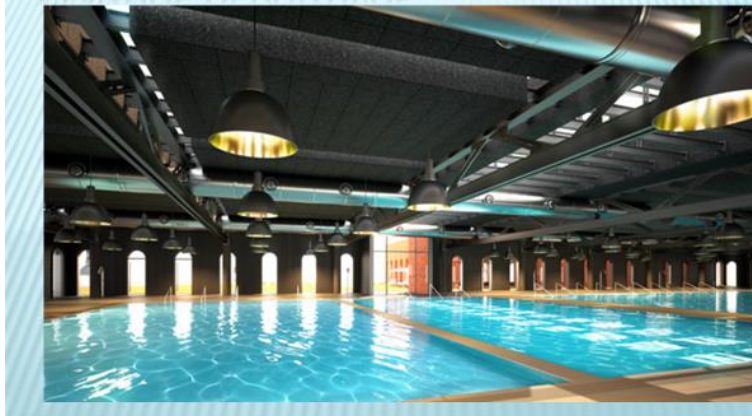


Imagen 17: Centros deportivos.



Imagen 18: Centros deportivos.

En cuanto al transporte, Ametzola cuenta con varias Líneas de Bilbobus (autobús urbano), trenes de Cercanías Renfe y Feve. El distrito de Diputación dispone de varias líneas de metro, Bilbobus, Euskotren, Feve y Renfe. Se pudo constatar que el barrio de Irala solo tiene 3 líneas de Bilbobus, por lo que es una zona con falta de transporte.

## TRANSPORTE

AMETZOLA: Varias líneas de Bilbobus, Tren cercanías y Feve.

PROYECTO DE TRANVÍA



Imagen 22: Transporte.

DIPUTACIÓN: Varias Línea de metro, Bilbo Bus, Euskotrain, Feve y Renfe



Imagen 23: Transporte.

IRALA: solo líneas nº71,75 y 76 de Bilbobus



Imagen 24: Transporte.

Se comprobó que existen diversos puntos negros como calles con poca iluminación y barreras arquitectónicas. A pesar de ello, en los últimos años se han realizado mejoras como la construcción de ascensores públicos, rampas..."

## BARRERAS ARQUITECTÓNICAS



Imagen 19: Barreras arquitectónicas.



Imagen 20: Seguridad.



Imagen 21: Seguridad.

Las tres zonas cuentan, entre otras, con las siguientes Asociaciones y Actividades Comunitarias: Servicio sociales de base Irala- San Adrian, SAT (Servicio de Apoyo Técnico psicosocial) y EISECO (Equipo de Intervención Socio Educativa y Comunitaria con menores); Comedor social San Antonio de Caritas; LantegiBatua (organización que colabora en la inserción laboral de personas con discapacidad). Distintas organizaciones políticas como IU, Podemos, Bildu, PNV y PP están distribuidas por los tres distritos.”

## ASOCIACIONES Y ACTIVIDAD COMUNITARIA



Imagen 25: Asociaciones y actividad comunitaria.



Imagen 26: Asociaciones y actividad comunitaria.



Imagen 27: Asociaciones y actividad comunitaria.



Imagen 28: Asociaciones y actividad comunitaria.

La zona cuenta con los siguientes centros educativos: Amor Misericordioso, IES Eskurtze, Colegio Tomás Camacho- Torreurizar e IES Martín de Bertendona.



Imagen 29: Colegios.

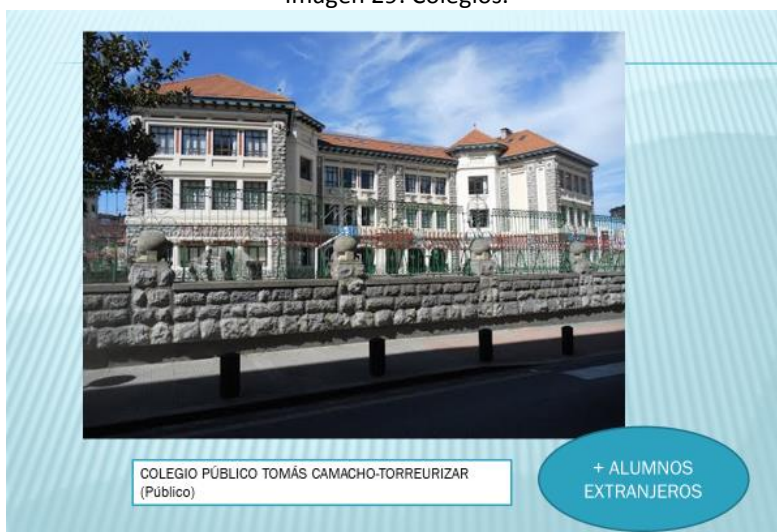




Imagen 30: Colegios.

El centro colabora con el proyecto de Intervención Comunitaria Intercultural (ICI) de la Caixa que aborda los barrios de Ametzola e Iralabari.



Imagen 31: Programas-intervenciones.

Se mantuvo una entrevista con la Trabajadora Social de Salud Mental, la cual nos detalló las actividades que realizaba: Valoración de dependencia del paciente psiquiátrico, así como las ayudas económicas y curatelas; Integrar a los pacientes en asociaciones y mediar con los diversos pisos tutelados y protegidos. En cuanto a la relación con la Trabajadora Social de Base es abordar casos de manera conjunta.

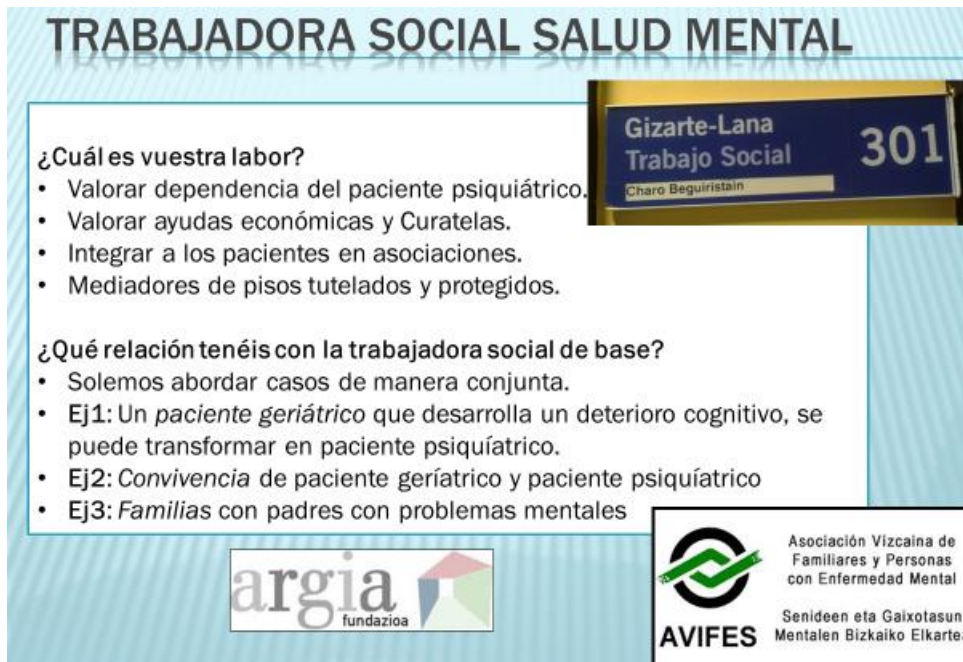


Imagen 32: Trabajadora social en salud mental.

Otra de los métodos utilizados para conocer la situación de la comunidad fue la realización de una entrevista con la Trabajadora Social de Referencia:

Entrevistador: *“¿Cuál es la labor de la trabajadora social en el centro de salud?”*

Trabajadora Social: *“Sirven de mediación entre los servicios sanitarios y los recursos que hay en la comunidad tanto a nivel de diputación como a nivel de ayuntamiento, que son los que realmente tiene los recursos. Cuando los servicios sanitarios detectan una situación de riesgo y lo valoramos*

*bien conjuntamente con ellos o bien nosotros solos que situaciones de riesgo se pueden dar en ese caso. Y lo que hacemos es ponernos en contacto con los servicios sociales para mediar en esta valoración y tramitación de los recursos necesarios.”*

Entrevistador: *“¿Crees que hay diferencias sociales entre la distinta población del centro?”*

Trabajadora Social: *“Yo creo que no solo en este centro si no en todos en los que trabajo como referente. Las situaciones más frecuentes son las de las personas muy mayores, en situación de dependencia, de soledad, de bajos recursos económicos y tenemos a esas personas con esa fragilidad que están tanto en este centro como en cualquier otro. Es decir, que la población, no porque viva en una zona o en otra se nota gran diferencia en las necesidades que tiene. Hay personas que, viviendo en una zona muy céntrica de Bilbao, se encuentran en situación de muchísimo riesgo también, porque la gente envejece y eso le lleva a vivir fundamentalmente una situación de soledad y de dependencia para realizar las actividades s básicas de la vida diaria y pedir ayuda”.*

Toda esta información se recopiló mediante audios, fotografías y grabaciones de video.

## CONCLUSIONES

Esta herramienta pedagógica ayuda a los residentes de enfermería y al resto de profesionales de la salud a conocer los distintos recursos comunitarios disponibles y las características de la comunidad, la cual depende en gran parte de los factores del entorno. Esta metodología nos permite formar parte activa de nuestra comunidad, nos da la posibilidad de conocerla, pensarla, cambiarla.(7)

## BIBLIOGRAFÍA

1. Catalani C, Minkler M. Photovoice: A Review of the Literature in Health and Public Health. Health Education & Behavior. 2010; 37(3): 424-451
2. Escalante G, De la Iglesia, M. Comunicándonos a través de la fotografía. Trabajo Social Hoy. 2013; 70: 97-108.
3. Madrigal D, Salvatore A, Casillas G, Casillas C, Vera I, Eskenazi B, Minkler M. Health in My Community: Conducting and evaluating photovoice as a tool to promote environmental health and leadership among Latino/a youth. Prog Community Health Partnersh. 2014; 8(3): 317–329.
4. Astray Coloma L. and Cols. ¿Cómo iniciar un proceso de intervención y participación comunitaria desde un centro de salud? De la reflexión a las primeras intervenciones. 2ª edición. Madrid: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria: 2008 [acceso el 20 de septiembre de 2015]. Disponible en: <http://www.obsaludasturias.com/obsa/wpcontent/uploads/recomendacionesPACAP1.pdf>
5. Osakidetza. Comarca Bilbao. Manual de enfermería Centro de Salud Bombero Etxaniz. 2013
6. Bilbao.eus.Web del Ayuntamiento de Bilbao.Bilbao. [acceso el 20 de septiembre de 2015]. Disponible en: [http://www.bilbao.eus/cs/Satellite?language=es&pagename=Bilbaonet%2FPPage%2FBIO\\_home](http://www.bilbao.eus/cs/Satellite?language=es&pagename=Bilbaonet%2FPPage%2FBIO_home)
7. Cofino R, Pasarín MI, Segura A. ¿Cómo abordar la dimensión colectiva de la salud de las personas? Informe SESPAS 2012. Gac Sanit.2012;26:88-93

**ID210:**

## **EVALUACIÓN DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD GRUPAL: ANÁLISIS CUALITATIVO DE LA UTILIDAD DE UNA NUEVA HERRAMIENTA**

Cristina Díaz Pérez<sup>1</sup>, Azahara Rubio Herrero<sup>2</sup>, Itziar Llarena Camacho<sup>3</sup>, Aitana Sáez Cubero<sup>4</sup>, Rebeca Cano Fernández<sup>5</sup>, Cristina Muñoz Santos<sup>6</sup>.

<sup>1, 2, 3, 4, 5, 6</sup> Unidad Docente de Atención Familiar y Comunitaria de Bizkaia.

[cdp1692@gmail.com](mailto:cdp1692@gmail.com)

### **RESUMEN**

EVIES (Evaluando la Intervención de Educación para la Salud Grupal, gráfico 1) se trata de una herramienta de evaluación formativa (para la mejora) de los profesionales que realizan intervenciones de EPSG (Educación para la Salud Grupal). Puesto que a día de hoy no ha sido llevada a la práctica, nos proponemos evaluar la eficacia en su campo de estudio.

Como objetivo general nos proponemos valorar la utilidad de la herramienta EVIES en la evaluación de las sesiones de EPSG.

Para ello, se llevará a cabo un estudio cualitativo, con aspectos de valoración cuantitativa: análisis de contenido de las transcripciones de las entrevistas de preguntas abiertas realizadas a expertos en EPSG, así como análisis cuantitativo del cuestionario ad hoc dirigido a profesionales de salud que realicen EPSG en los centros de Atención Primaria de Vizcaya, Álava y Guipúzcoa.

### **ABSTRACT**

EVIES (Spanish for Assessment of Group Health Education Procedures, graphic 1) is a tool to assess and improve the work of professionals carrying out group health education sessions. As it has never been implemented so far, we want to evaluate its effectiveness in its field.

Our main goal is to evaluate the usefulness of EVIES as a tool for assessing group health education sessions.

Therefore, a qualitative study, with quantitative evaluation aspects will be carried out: we will analyze the transcripts of the interviews held with group health education experts, and execute a quantitative analyze of the ad hoc questionnaire aimed at the healthcare professionals performing group health education sessions in primary care centres in the provinces of Vizcaya, Álava and Guipúzcoa.

### **PALABRAS CLAVE**

Educación en salud, enfermería, grupo, desarrollo profesional, herramienta.

Health education, nursing, group, professional development, tool.

### **INTRODUCCIÓN**

En la Declaración de Alma Ata sobre Atención Primaria de la Salud de 1978 (1) y la Carta de Ottawa para el Fomento de la Salud de 1986 (2) se empezó a dar un papel destacado a la Educación para la Salud (EpS), ya que la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud forman parte importante del concepto de sanidad integral dirigida a la persona, a la familia y a la comunidad. En esta declaración se nombra a la EpS como tarea fundamental de la Atención Primaria (AP).

Por otra parte la Organización Mundial de la Salud (3) definió en 1983 la EpS como cualquier combinación de actividades informativas y educativas que llevan a una situación en la que la gente desee vivir sana, sepa cómo alcanzar la salud, haga lo que pueda individual y colectivamente para mantenerse en salud y busque ayuda cuando la necesite.

En base a esto, la situación actual requiere de nuevos enfoques en la prevención y promoción de la salud, no solamente ofrecer información sobre la salud, es importante estimular la participación y el empoderamiento de cada persona en su salud y entorno; tal y como viene recogido en el artículo 6 de la Ley General de Sanidad (4).

Así mismo, el Plan de Salud de Euskadi 2013-2020 (5) plantea diferentes estrategias en relación a la responsabilidad de las personas para que gestionen mejor los procesos en todos los ámbitos de la salud, siendo la educación sanitaria grupal, realizada desde la AP, una herramienta fundamental para conseguir este objetivo.

La EPSG se ha evaluado fundamentalmente en términos de resultados (6, 7, 8) existiendo evidencias de la efectividad de ésta en la mejora del control de determinadas enfermedades y condicionantes de salud (diabetes, asma, deshabituación tabáquica...) (9, 10, 11, 12, 13, 14)

Por otra parte, existen pocos datos en la bibliografía sobre evaluación del proceso, es por eso que se crea la herramienta EVIES en la primera fase de este proyecto de investigación. Con ella se realizará una evaluación formativa de los profesionales que realizan intervenciones grupales de EpS.

Es necesario un buen método en el trabajo grupal. El uso de esta herramienta permitirá a los docentes la realización de sesiones estructuradas con una adecuada metodología.

La finalidad principal de la evaluación educativa operativa es obtener información que permita adecuar el proceso de enseñanza al progreso real en la construcción de aprendizajes, adecuando el diseño y desarrollo de la programación establecida a las necesidades y logros detectados (15).



Agirre Mendizabal A, Bilbao Madariaga I, Gutiérrez García M, Llorca Santana L.  
Imagen 1.- EVIES



Unidad Docente de Atención Familiar y Comunitaria de Bizkaia  
Bizkaiko Familia eta Komunitate-Arretako Irakaskuntza-Unitatea

COMUNICACIÓN	Insatisfactorio			Satisfactorio			Superior		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Se presenta al grupo.									
Pide al grupo que se presente y explora sus expectativas.									
Realiza una acogida cálida y asertiva.									
Su postura, mirada y gestos denotan cercanía y disponibilidad.									
Los mensajes se adaptan a las características del grupo.									
Su pronunciación, entonación y ritmo son adecuados.									
Muestra coherencia entre el lenguaje verbal y no verbal.									
Hace preguntas abiertas, realiza técnicas de escucha activa (mirada y asentimiento) y muestra empatía hacia las reacciones de los asistentes.									
Recoge con habilidad las dudas, opiniones y sugerencias de los participantes, otorgándoles valor para profundizar en la reflexión y generar acuerdos (realiza feedback).									
Hace resúmenes para valorar lo comprendido y lo que falta.									
Maneja adecuadamente las propias emociones y las emociones de las personas participantes; las reconoce y acepta y favorece su análisis para positivizar y motivar.									
Reconduce con habilidad las posibles tensiones que se generen.									
Cierra la sesión con un resumen de lo tratado.									
Agradece la asistencia y la participación.									
Observaciones:									

Imagen 2.- Dimensión comunicación

Unidad Docente de Atención Familiar y Comunitaria de Bizkaia  
Bizkaiko Familia eta Komunitate-Arretako Irakaskuntza-Unitatea

ACTITUD Y VALORES DEL PROFESIONAL	Insatisfactorio			Satisfactorio			Superior		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Demuestra compromiso con las necesidades de los asistentes con actitud de disponibilidad y ayuda.									
Muestra respeto hacia los valores y opiniones de los integrantes del grupo. No emite juicios de valor.									
Demuestra cercanía y genera confianza. Traslada el protagonismo a los asistentes.									
Acepta la crítica y la discrepancia. Es flexible en los planteamientos.									
Actúa como líder o guía; es capaz de motivar a los asistentes facilitando el proceso de aprendizaje.									
Fomenta un clima agradable y respetuoso.									
Observaciones:									

Imagen 3.- Dimensión actitud y valores del profesional

Unidad Docente de Atención Familiar y Comunitaria de Bizkaia  
Bizkaiko Familia eta Komunitate-Arretako Irakaskuntza-Unitatea

CONOCIMIENTOS	Insatisfactorio			Satisfactorio			Superior		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Domina el tema a tratar.									
Tiene conocimientos actualizados y se basa en la mejor evidencia científica.									
Resuelve con claridad las dudas del grupo razonando las respuestas con las referencias adecuadas.									
Si no las puede resolver en el momento se compromete a aclararlas en otra intervención.									
Observaciones:									

Imagen 4.- Dimensión conocimientos

Unidad Docente de Atención Familiar y Comunitaria de Bizkaia  
Bizkaiko Familia eta Komunitate-Arretako Irakaskuntza-Unitatea

GESTIÓN DE RECURSOS Y METODOLOGÍA DOCENTE	Insatisfactorio			Satisfactorio			Superior		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
La utilización de los espacios y la disposición del grupo favorecen la participación de todos para el aprendizaje colaborativo.									
Utiliza recursos materiales y audiovisuales claros, adecuados, acordes a los objetivos docentes y a las necesidades del grupo y funcionan correctamente.									
Utiliza métodos educativos que favorecen el desarrollo de los contenidos en la sesión. Combina distintas técnicas docentes cuando es preciso.									
Incorpora las experiencias de los asistentes en las técnicas que utiliza (vivencias, creencias, miedos, dificultades que presentan y alternativas que utiliza...).									
Distribuye adecuadamente los tiempos en función los objetivos, contenidos y técnicas docentes.									
Observaciones:									

Imagen

5.-Dimensión gestión de recursos y metodología docente



CARACTERÍSTICAS DE LA SESIÓN: PROCESO Y EVALUACIÓN DE LA SESIÓN	Insatisfactorio			Satisfactorio			Superior		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Previo al comienzo de la sesión, plantea las normas a seguir en el grupo haciéndolas respetar (confidencialidad, puntualidad, asistencia...).									
Expone los objetivos que propone al grupo para la sesión y recoge los de quienes participan.									
La metodología de la sesión es apropiada para la consecución de los objetivos marcados.									
Adapta la metodología y los contenidos a las necesidades/demandas/objetivos de los participantes.									
Explora junto con los participantes los conocimientos aprendidos, actitudes modificadas y habilidades/conductas modificadas/cambiadas o aprendidas.									
Utiliza alguna técnica o herramienta para evaluar los contenidos trabajados, metodología seguida, participación y satisfacción.									
Evalúa de forma adecuada el grado de alcance de los objetivos y resultados de aprendizaje planteados y planifica en función de ello las próximas sesiones.									
Observaciones:									

Imagen 6.- Dimensión características de la sesión: proceso y evaluación de la sesión

## OBJETIVOS

### Objetivo general:

Valorar la utilidad de la herramienta EVIES en la evaluación de las sesiones de Educación para la Salud Grupal (EPSG).

### Objetivos específicos:

- Valorar la factibilidad de su aplicación.
- Proponer áreas de mejora y cambios en la propia herramienta.
- Evaluar su utilidad en el feedback formativo al docente.

## MATERIAL Y MÉTODOS

### Tipo de Estudio:

Cualitativo con aspectos de valoración cuantitativa.

### Métodos de recogida de datos:

Para conseguir los objetivos se utilizará una combinación de técnicas de recogida de la información.

#### Primer paso:

Se realizará un cuestionario ad hoc (anexo 1) a los de profesionales que realicen sesiones de EPSG en el Servicio Vasco de Salud (Osakidetza). El cuestionario se elaborará con el propósito de conocer lo que opinan de la herramienta:

- Si creen que se recogen adecuadamente las competencias en las dimensiones y descriptores.
- Si creen que el conocimiento previo de la propia herramienta puede ayudar a mejorar las futuras sesiones que realicen.
- Si aceptarían ser evaluados por un experto en alguna de las sesiones y a tener un feedback posterior.

Este cuestionario ayudará además a rediseñar el enfoque de las siguientes técnicas de recogida de información.

#### Segundo paso:

Se realizará un pilotaje de la herramienta EVIES. Para ello, la tutora de una Enfermera Interna Residente (EIR) de Enfermería Familiar y Comunitaria de 2º año de Vizcaya, evaluará cinco sesiones de EPSG impartida por ésta, haciendo uso de la herramienta EVIES.

Este segundo paso contribuirá a confeccionar la entrevista de preguntas abiertas al experto (barreras, utilidad/factibilidad, método para evaluar...).

#### Tercer paso:

Se realizarán cuatro evaluaciones reales de otras tantas sesiones de EPSG. La selección de las mismas, atenderá a experiencia y motivación del docente, temática relacionada con la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria.

Cada sesión será observada en tiempo real por un experto en EPSG quien evaluará al docente con la herramienta EVIES y con el que posteriormente realizará un feedback posterior.

A cada sesión asistirá una EIR de Enfermería Familiar y Comunitaria de 2º año (observador) quien realizará al final una entrevista al experto (anexo 2), la cual será grabada, para su posterior transcripción, con el fin de realizar un análisis cualitativo.

El propósito de la entrevista será conocer diferentes aspectos de la experiencia evaluativa con el EVIES.

#### **Muestreo:**

##### **Primer paso:**

Se seleccionará a la totalidad de los profesionales de enfermería que realicen EPSG en los centros de AP de Vizcaya, Álava y Guipúzcoa. Para ello, se elaborará un escrito informativo sobre el proyecto que será enviado por correo electrónico a las direcciones de enfermería de las OSI (Organización Sanitaria Integrada) de cada provincia, así como a los Jefes/as de cada Unidad de AP (JUAP).

##### **Segundo paso:**

Se seleccionarán cinco sesiones de EPSG diabética impartida por una EIR de Enfermería Familiar y Comunitaria en el centro de salud de Arrigorriaga, la cual será observada y evaluada con la herramienta EVIES por su tutora.

##### **Tercer paso:**

El equipo investigador seleccionará a cuatro expertos en EPSG. Los criterios de selección atenderán a la experiencia con la EpS, conocimiento, disponibilidad, opinión de referentes, participación en el estudio previo de elaboración del EVIES (muestreo opinático y pragmático).

#### **Análisis de la información:**

##### **Primer paso:**

Se llevará a cabo un análisis cuantitativo del cuestionario ad hoc, realizándose para ello medias y proporciones.

##### **Segundo y tercer paso:**

Se realizará un análisis de contenido de las transcripciones de las entrevistas a los expertos, mediante el programa informático ATLAS.ti.

#### **RELEVANCIA**

Tal y como se ha expuesto anteriormente, apenas existen evaluaciones de proceso de EPSG, esto llevó a la creación de la herramienta EVIES. La finalidad de este proyecto de investigación es llevar a la práctica la herramienta, consiguiendo la adquisición de una de las competencias de EPSG recogidas en el programa formativo de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria (16), así como la promoción de una EPSG de calidad y el desarrollo de nuestra profesión.

#### **BIBLIOGRAFÍA**

1. Atención primaria de salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata, URSS; 6-12 de septiembre de 1978. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1978.
2. Carta de Ottawa para el Fomento de la Salud. Primera Conferencia Internacional sobre Fomento de la Salud. Ottawa, Canadá; 17-21 de noviembre de 1986. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1986.
3. Organización Mundial de la Salud. Educación para la Salud. Manual sobre educación sanitaria en Atención Primaria de Salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1989.
4. Ley General de Sanidad. Ley 14/1986 de 25 de abril. Boletín Oficial del Estado, nº 102, (29-04-1986).
5. Osasuna, Pertsonen eskubidea, Guztion Ardura. Políticas de Salud para Euskadi 2013-2020. Eusko Jaurlaritz-Gobierno Vasco. Diciembre 2013.

6. Espino M. Abín L. Silva M. Álvarez MM. Díaz LA. Alemán L. Evaluación de una estrategia docente para las prácticas de laboratorio de Microbiología y Parasitología Médica en Medicina. *Educ Med Super.* 2011; 25(4): 438-450.
7. Sierra S. El carácter formativo de la evaluación: necesidad de su aplicación en las ciencias médicas. *Rev. habanera cienc. Méd.* 2002; 1(3).
8. Aguiló E. Los grupos en atención primaria y los malestares de la vida cotidiana. *AMF.* 2010; 6(7): 372-381.
9. Blanco Riopedre MC, Fernández Fernández E. Efectividad de un programa de deshabituación tabáquica llevado a cabo en el centro de salud de Tapia de Casariego (Principado de Asturias). *RqR Enfermería Comunitaria.* 2015; 3(2): 23-34.
10. Medina Hernando B. Evaluación de una intervención educativa grupal de enfermería en niños con asma. *Nure Inv.* 2016; 13(81): 2-11.
11. Fjorback LO, Arendt M, Ornbøl E, Fink P, Walach H. Mindfulness-based stress reduction and mindfulness-based cognitive therapy: a systematic review of randomized controlled trials. *Acta Psychiatr Scand.* 2011; 124(2): 102-19.
12. Jacobsson LR, Friedrichsen M, Göransson A, Hallert C. Impact of an active patient education program on gastrointestinal symptoms in women with celiac disease following a gluten-free diet: A randomized controlled trial. *Gastroenterol Nurs.* 2012; 35(3):200-206.
13. Dalmau Llorca MR, García Bernal G, Aguilar Martín C, Palau Galindo A. Educación grupal frente a individual en pacientes diabéticos tipo 2. *Atención Primaria.* 2003; 32(1): 36-41.
14. Ramón-Cabot, J., Fernández-Trujillo, M., Forcada-Vega, C., Pera-Blanco, G. Efectividad a medio plazo de una intervención educativa grupal dirigida al cuidado de los pies en pacientes con diabetes tipo 2. *Enferm Clin.* 2008; 18(6): 302-308.
15. Pérez Jarauta MJ, Echauri Ozcoidi M, Ancizu Irue E, Chocarro San Martín J. Manual de educación para la Salud. Navarra: Gobierno de Navarra, Instituto de Salud Pública; 2006.
16. Orden SAS/1729/2010, de 17 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria. *Boletín Oficial del Estado*, nº 157, (29 de junio de 2010).

## ANEXOS

### Cuestionario ad hoc

1. ¿Te parece útil la herramienta EVIES para evaluar sesiones de Educación Para la Salud Grupal?
  - a) Sí, creo que podría ser una herramienta muy útil para evaluar sesiones de EPS.
  - b) Sí, aunque no estoy de acuerdo con todas las dimensiones que evalúa.
  - c) No, aunque alguna dimensión si es adecuada para evaluar una sesión de EPS.
  - d) No, me parece una herramienta poco útil.
2. ¿Te parece adecuado el diseño de la herramienta EVIES?
  - a) Sí.
  - b) Sí, aunque modificaría parte de la herramienta.
  - c) No, con alguna salvedad.
  - d) No, en absoluto.
3. ¿Crees que el conocimiento previo de la herramienta (sin haber sido evaluado con ella) va a contribuir a que planifiques tus sesiones de EPS de otra manera?
  - a) Sí, sin duda.
  - b) Sí, en algunas dimensiones.
  - c) No.
4. Si has contestado a) o b). ¿En qué dimensión crees que te puede aportar más esta herramienta?  
.....
5. ¿Aceptarías ser evaluado por una persona con la herramienta EVIES y tener un feedback posterior?
  - a) Sí
  - b) No
6. ¿Crees que serías capaz de evaluar a otra persona con esta herramienta?
  - a) Sí.
  - b) Sí, pero con formación previa.
  - c) No, pero con otra ayuda de otra persona me lo plantearía.
  - d) No.

Observaciones.....





**Entrevista de preguntas abiertas**

1. ¿Cómo te has sentido como evaluador en este proceso?
2. ¿Te parece que tener presente las dimensiones te ha ayudado a evaluar de manera global al docente?
3. ¿Crees que la herramienta valora todas las dimensiones?
4. Después de recoger la información con la herramienta, ¿cómo te ha resultado hacer el feedback al docente?

**ID214:****VISIÓN DE ENFERMERÍA SOBRE LA EDUCACIÓN ENTRE IGUALES EN FIBROMIALGIA: UN ANTES Y UN DESPUES**

Judit Aldeguer Corbí<sup>1</sup>, María R. Rodríguez Jiménez<sup>2</sup>, Esther Liria García<sup>3</sup>, M<sup>a</sup> Ángeles Prieto Rodríguez<sup>4</sup>.

<sup>1</sup> Centro de Salud Orihuela-I (Alicante), <sup>2</sup> Centro de Atención Primaria Terrassa Nord (Barcelona), <sup>3</sup> Centro de Salud Almoradí (Alicante), <sup>4</sup> Escuela de Pacientes (Escuela Andaluza de Salud Pública).

[judit.aldeguer@gmail.com](mailto:judit.aldeguer@gmail.com)

**RESUMEN****INTRODUCCIÓN:**

La investigación de la fibromialgia ha centrado su interés en mecanismos fisiopatológicos, pero no en las necesidades sentidas de estos pacientes.

**OBJETIVOS:***Principal:*

Conocer la vivencia de los profesionales de enfermería ante su colaboración en el Aula de Fibromialgia de la EASP.

*Específicos:*

- Identificar los elementos que dificultan y facilitan la colaboración.
- Valorar la experiencia respecto a la relación terapéutica, adquisición recursos y habilidades en educación sanitaria.
- Recoger opiniones sobre su vivencia personal.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Estudio cualitativo.

Población a estudio: colaboradores en la Escuela de Pacientes del aula de fibromialgia.

Variables: Elementos facilitadores y que dificultan la colaboración, relación terapéutica profesional-paciente, visión del profesional en relación al paciente y la enfermedad, recursos y habilidades en educación sanitaria y vivencia personal del profesional

Instrumento de medida: entrevista semiestructurada.

**RELEVANCIA:**

Este proyecto nos permitirá indagar en sentimientos, emociones y opiniones de enfermeros que son partícipes de estos talleres en la escuela de pacientes.

**ABSTRACT****INTRODUCTION:**

The fibromyalgia research has focused its attention on pathophysiological mechanics but it has not paid attention on the patient's needs.

**GOALS:***Main goal:*

To know the nurses experience facing their collaboration in the Fibromyalgia's workshop of the "EASP".

*Specific goals:*

- To identify the elements which hinder and facilitate the cooperation.
- To assess the experience regarding the therapeutic relation, resources acquisition and sanitary education skills.
- To gather opinions about their personal experiences.

**METHODOLOGY AND MATERIALS:**

Qualitative study.

Population to study: Patients' school collaborators of the Fibromyalgia's workshop.

Variables: Elements that facilitate and hinder the cooperation, nurse-patient relationship, professional point of view about the patient and the disease, resources and sanitary education skills and personal nurse's view.

**RELEVANCE:**

This project will allow us to inquire into the feelings, emotions and opinions of nurses who are participants in these workshops at the patient school.

**PALABRAS CLAVE**

Fibromialgia, pacientes, enfermería, educación en salud, relaciones enfermero-paciente.

Fibromyalgia, patients, nurse, health education, nurse-patients relations.

**INTRODUCCIÓN**

La fibromialgia fue reconocida como enfermedad en el año 1992 por la OMS. Se trata de un síndrome clínico crónico, que se caracteriza por dolor musculoesquelético difuso e incapacitante a veces acompañado de fatiga, cefaleas, alteraciones del sueño, entre otras. La prevalencia estimada de fibromialgia en España según el estudio EPISER es de un 2,7% (4,2% en población femenina y 0,2% en población masculina).

En los últimos años ha habido un aumento del interés por la investigación en fibromialgia, la mayoría centrada en mecanismos fisiopatológicos de la enfermedad. No obstante, son menos los estudios que tienen en consideración aspectos psicológicos y necesidades referidas de éstos pacientes. En un estudio cualitativo en el que se recogen las percepciones de estos pacientes sobre su enfermedad y el sistema de salud, se evidenció una necesidad referida de interés, comprensión e información sobre la fibromialgia por parte de los profesionales sanitarios, así como, saber establecer una buena comunicación y relación terapéutica.

Una de las estrategias cuya eficacia ha sido evidenciada tanto en el empoderamiento del paciente con una enfermedad crónica como en la mejora de la relación terapéutica paciente-profesional, ha sido la del "paciente experto", creada en los años 80 en la Universidad de Medicina de Standford y cuyo máximo referente en España actualmente es la Escuela de Pacientes de la Escuela Andaluza de Salud Pública. Esta estrategia se basa en la educación de igual a igual, es decir, entre pacientes que comparten la misma enfermedad, en la que el profesional queda en un segundo plano con un rol de colaborador o facilitador en los talleres, dando el máximo protagonismo al paciente.

La positiva repercusión que tiene en los pacientes la participación en los talleres de la Escuela de Pacientes ha sido estudiada y evidenciada. No obstante, aun no se conoce ampliamente la trascendencia que pueda tener la colaboración en los talleres en los profesionales sanitarios, tanto a nivel profesional como personal. Es por esto por lo que se plantea en este estudio el objetivo de conocer la vivencia de los profesionales sanitarios sobre la colaboración en el los talleres del Aula de Fibromialgia de la Escuela de Pacientes de Andalucía.

**OBJETIVOS**

Objetivo principal:

Conocer la vivencia de los profesionales de enfermería ante su colaboración en el Aula de Fibromialgia de la Escuela de Pacientes de la Escuela Andaluza de Salud Pública.

Objetivos específicos:

- Identificar los elementos que dificultan y facilitan la colaboración
- Valorar la experiencia respecto a la relación terapéutica, adquisición recursos y habilidades en educación sanitaria.
- Recoger opiniones sobre su vivencia personal.

**MATERIAL Y MÉTODOS**

Tipo de estudio:

Estudio cualitativo con entrevista semiestructurada.

Población a estudio:

Como población de estudio escogeremos a los profesionales sanitarios participantes en la Escuela de Pacientes de la Escuela Andaluza de Salud Pública, como criterios de inclusión se establece a aquellos

colaboradores en al menos dos talleres del aula de Fibromialgia durante los años 2015 y 2016. Como único criterios de exclusión se plantea la negativa a participar en el estudio.

**Tamaño de la muestra:**

La selección de los participantes se realizará por muestreo intencional. Los participantes serán identificados a partir de la base de datos de la Escuela de Pacientes de la Escuela Andaluza de Salud Pública. El contacto con los mismos se realizará mediante llamada telefónica, acordando fecha y lugar de la entrevista. Se obtendrá un consentimiento oral previo en la llamada telefónica.

El tamaño de participantes entrevistados se delimitará mediante la saturación de discurso.

**Variables a estudio:**

Las variables a estudio que se estudiarán mediante la entrevista estructurada serán: Elementos facilitadores y que dificultan la colaboración, relación terapéutica profesional-paciente, visión del profesional en relación al paciente y la enfermedad, recursos y habilidades en educación sanitaria y vivencia personal del profesional.

**Recogida de datos:**

Como instrumento de medida, se utilizará la entrevista semiestructurada, de elaboración propia a propósito de este estudio en relación con las variables de estudio. Esta entrevista consta de 9 preguntas abiertas establecidas por bloques. Para la recogida de información se realizarán entrevistas individuales a cada uno de los participantes.

- Guión de la entrevista:

**ELEMENTOS FACILITADORES Y QUE DIFICULTAN**

1. ¿Por qué decidiste participar en el aula de fibromialgia de la escuela de pacientes?
2. ¿Por qué sigues colaborando en este proyecto?
3. ¿Cómo compatibilizas los talleres con la asistencia clínica en consulta? (gestión de agenda, tiempo dedicado, facilidad,...)
4. ¿Qué dificultades has encontrado en tu colaboración y desarrollo de los talleres?
5. ¿Qué facilidades has encontrado en tu colaboración y desarrollo de los talleres? (Incentivos, implicación de pacientes, colaboración de otros agentes (asociaciones), contacto con participantes,...)

**RELACIÓN TERAPEÚTICA**

6. ¿Cómo ha influido en su relación con el paciente el haber colaborado en los talleres? (Exploración de emociones y sentimientos del paciente, exploración de la vivencia personal de la enfermedad, visión integral del paciente, acuerdo terapéutico, confianza,...)
7. ¿Cómo ha influido la participación en estos talleres en tu visión de la vivencia de la enfermedad

**RECURSOS Y HABILIDADES SEN EDUCACIÓN SANITARIA**

8. ¿Cómo valorarías tu experiencia en relación a la adquisición de recursos y habilidades para la educación sanitaria? (Aportación de nuevos conocimientos y habilidades, aplicabilidad en la consulta, tiempo dedicado en la consulta a la educación,...)

**VIVENCIA PERSONAL**

9. ¿Cómo has vivido personalmente tu colaboración en los talleres del aula de fibromialgia? (Satisfacción personal, desarrollo personal, autogestión emocional,...)

**Estrategia de análisis:**

El análisis de los resultados se realizará mediante la transcripción de entrevistas, lectura y organización de la información recogida por temáticas.

**RELEVANCIA**

La realización de este proyecto nos permitirá indagar en sentimientos, emociones y opiniones de los enfermeros que son partícipes de estos talleres de igual a igual en la escuela de pacientes de la Escuela Andaluza de Salud Pública. Nos aportará ideas sobre el por qué de la participación en los mismos, las motivaciones y los impulsos que estos experimentan.

Será de gran ayuda para orientar y reflexionar sobre la importancia del paciente en su proceso de enfermedad y reordenar ideas sobre el papel de los profesionales en esta formación de paciente a paciente, mostrando los beneficios e inconvenientes de la implicación de los mismos.

Además, nos dará información sobre la opinión de los profesionales sobre el proceso de salud-enfermedad de los pacientes que conviven con la fibromialgia.

Como se ha podido observar en la búsqueda bibliográfica, no se encuentran estudios que intenten indagar en estas percepciones y sensaciones de los profesionales sanitarios en la educación de igual a igual, es por esto que es conveniente empezar a investigar en este ámbito, utilizando las herramientas de la investigación cualitativa.

#### **BIBLIOGRAFÍA**

- Escudero Carretero, M<sup>a</sup>.J.; Prieto Rodríguez, M<sup>a</sup>.A.; Pérez Corral, O.; March Cerdá, J.C.; López Doblas, M.; García Toyos, N. Fibromialgia: percepción de pacientes sobre su enfermedad y el sistema de salud. Reum Clin. 2010.
- Consejería de Salud. Fibromialgia: guía informativa Escuela de Pacientes. Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada; 2008.48 p.
- Ruiz Pérez, I.; Olry de Labry Lima, A.; Plazaola Castaño, J. Características clínicas y psicosociales de personas con fibromialgia. Repercusiones del diagnóstico sobre sus actividades. Rev Esp Sal Pú, 2005; 79: 683-95.
- García, DA; Martínez Nicolás, I; Saturno Hernández, PJ. Clinical approach to fibromyalgia: Synthesis of Evidence-based recommendations, a systematic review. Reum Clin. 2014.

**ID215:**

## ¿CÓMO AFRONTAR NUESTRO AUTOCUIDADO? PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD PARA PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS CON PROBLEMAS OSTEO ARTICULARES

Marta Aznárez Lahuerta; Begoña Olascoaga Luengo

Residentes de enfermería familiar y comunitaria en la unidad docente multidisciplinar de Álava.

[marta6ejea@gmail.com](mailto:marta6ejea@gmail.com)

[begolascoaga@gmail.com](mailto:begolascoaga@gmail.com)

### RESUMEN

**Introducción:** el siglo XXI se caracteriza como siglo del envejecimiento de la población, instaurando un importante desafío en la asistencia sanitaria y social. El envejecimiento genera cambios en el aparato osteoarticular, dando lugar a la aparición de procesos degenerativos, pérdidas de equilibrio, caídas y fracturas.

**Objetivo:** al finalizar el programa educativo, las personas con problemas osteoarticulares habrán adquirido las capacidades necesarias para manejar su competencia funcional y autogestión del dolor.

**Metodología:** el desarrollo del programa se construye sobre la base de una búsqueda bibliográfica. Se desarrollará mediante 6 sesiones educativas centradas en la persona y con metodologías participativas y grupales.

**Resultados:** el programa se pondrá en marcha durante el 2017 donde se espera que los participantes experimenten un mejor automanejo de su patología osteoarticular aplicando los autocuidados aprendidos.

**Conclusiones:** el trabajo en equipo, la escucha activa, la confianza y la educación para el autocuidado son claves para que programas educativos como este impacten en la calidad de vida de las personas.

### ABSTRACT

**Introduction:** The 21st century is characterized as a century of population aging, creating a major challenge in health and social care. Aging generates changes in the osteoarticular apparatus, leading to the appearance of degenerative processes, loss of balance, falls and fractures.

**Objective:** At the end of the program, people with osteoarticular problems will have acquired the necessary skills to manage their functional competence and self-management of pain.

**Methodology:** development is built on the basis of a bibliographic search. It will be developed through 6 person-centered educational sessions and participatory and group methodologies.

**Results:** the program will be launched during 2017 where participants are expected to experience better self-management of their osteoarticular pathology by applying self-care skills.

**Conclusions:** teamwork, active listening, trust and education for self-care are key to educational programs such as this impact on the quality of life of people.

### PALABRAS CLAVE

Reumatología, autocuidado, dolor crónico, educación para la salud, enfermería comunitaria.

Rheumatology, self care, chronic pain, health education, community nursing.

### INTRODUCCIÓN/PRESENTACIÓN

El siglo XXI se caracteriza como el siglo del envejecimiento de la población, instaurando un importante desafío en la atención sanitaria y social.

El proceso de envejecer genera cambios en el aparato osteoarticular, derivados tanto del paso del tiempo como de las secuelas que van dejando las enfermedades y traumatismos a lo largo de la vida. Son cambios que unidos a los que tienen lugar en el aparato locomotor, generan alteraciones mecánicas en huesos y articulaciones, favorecen procesos patológicos de tipo degenerativo o articular y hacen más fácil la aparición de problemas como pérdidas de equilibrio, caídas y fracturas. Cualquiera de estos problemas,

son de gran importancia en el ámbito del cuidado a las personas mayores por las consecuencias que conllevan, desde la elevación de la morbimortalidad y la tendencia creciente del dolor crónico osteoarticular hasta la limitación en la funcionalidad unida a la dependencia y el mayor empleo de recursos socioeconómicos. <sup>(1)</sup>

Las enfermedades osteoarticulares representan más del 10% de las consultas. Diferentes estudios señalan que entre el 10 y el 40% de la población general presenta algún trastorno osteoarticular. Entre los más prevalentes en personas mayores de 65 años se encuentran la artrosis, la osteoporosis, la artritis reumatoide, la artropatía microcristalina o comunmente llamada gota, la fibromialgia y las cervicalgias y lumbalgias. <sup>(1,2)</sup> Todas ellas, han generado un aumento de las prestaciones, consultas y visitas médicas en atención primaria. <sup>(3,4)</sup>

Es España, la patología osteoarticular ocupa uno de los problemas más comunes de la sociedad, destacando la artrosis, la lumbalgia y la osteoporosis. La artrosis es la enfermedad articular más frecuente, siendo la causa más común de incapacidad en los mayores de 65 años. Su prevalencia oscila entre el 6%-20% en los mayores de 20 años, y en mayores de 80 años, existe un 80% de evidencia radiológica en alguna localización. <sup>(1,2)</sup> La edad es el factor de riesgo más importante. Entre las mujeres menores de 45 años solo un 2% padece signos de la enfermedad frente al 86% en mayores de 65 años. La artrosis de rodilla en la población anciana es la principal causa de discapacidad crónica en los países desarrollados con un 33.7%. Por otra parte, mientras que la artrosis de cadera es más frecuente en varones, la artrosis de las articulaciones interfalángicas y de la base del pulgar lo es más en mujeres. <sup>(1,5)</sup>

En el País Vasco, según la última encuesta de salud realizada en el año 2013, los dos problemas crónicos más frecuentes en hombres son la hipertensión y el colesterol seguidos del dolor dorsal y los problemas cardíacos. En mujeres, tras la hipertensión y el colesterol elevado, destaca la artrosis, el dolor cervical y el dolor lumbar como las patologías más prevalentes. <sup>(6)</sup>

Uno de los principales problemas de la artrosis, es el deficiente diagnóstico de la misma, dando lugar a una enfermedad infratratada e infravalorada por los servicios de salud a pesar de padecerla 5 millones de españoles y ser la patología crónica que más recursos sanitarios consume. Se estima que la artrosis será la 4ª causa de discapacidad para ambos sexos en el año 2020. <sup>(2,5)</sup>

El diagnóstico de este grupo de patologías es tanto clínico como radiológico. La radiología por sí sola, no es diagnóstica, sin embargo, un 60-70% de las personas mayores de 60 años presentan alteraciones radiológicas y solo un 20% de ellos presentan sintomatología. A pesar de que la realización de ecografía y la RMN no está justificado para el diagnóstico, si que pueden ser de ayuda para descartar patologías asociadas. <sup>(7)</sup>

Los problemas osteoarticulares son considerados por los pacientes como una enfermedad “que se siente” y por lo tanto una enfermedad propia. A menudo van acompañados de dolor de características mecánicas en relación con el uso de la articulación, rigidez después de un período de inactividad, limitación de la función articular, inestabilidad, deformidad articular, grados variables de inflamación local e incapacidad funcional que ocasiona problemas en la deambulación o realización de actividades de la vida diaria dando lugar a trastornos ansiosos y depresivos. <sup>(3,7)</sup>

Las molestias crónicas que derivan de estas patologías, traen consigo una serie de limitaciones que muchas veces no se aceptan ni se afrontan. Con la limitación en la movilidad que generan, las personas afectadas van notando como disminuyen sus capacidades físicas y como no pueden seguir realizando actividades que anteriormente llevaban a cabo, dando lugar a sentimientos de inutilidad e impotencia, pérdida de autonomía y soledad. Dado que el dolor es el síntoma más característico de este tipo de pacientes, tanto físico como espiritual, muchas veces temen “que no les crean”, de modo que la familia es un pilar fundamental para no sentirse como una carga para nadie. <sup>(3)</sup>

Dentro del tratamiento de estas patologías, el objetivo principal es fomentar el autocuidado de la persona, aliviar el dolor, mejorar la función articular y retrasar la progresión del daño. Es fundamental que la persona afectada conozca la naturaleza de la afección que padece, haciéndole comprender que se trata

de un fenómeno habitual en las personas muy relacionado con el paso del tiempo, y que el hecho de padecerla no significa que se vaya a evolucionar hasta una invalidez, sino que es un proceso que se puede controlar siguiendo determinados cuidados. Para poder controlar toda la sintomatología disponemos del tratamiento farmacológico, sin embargo, el no farmacológico, resulta imprescindible en el tratamiento del dolor crónico. Según algunos estudios, la información a la persona y a la familia sobre la patología osteoarticular, autocuidados, ejercicios y nutrición mejora la relación con los profesionales sanitarios y algunos parámetros relacionados con la calidad de vida. <sup>(7)</sup>

La realización de ejercicio físico y rehabilitador resulta clave para mantener las estructuras musculoesqueléticas y prevenir la atrofia muscular, el sedentarismo y la evolución de la enfermedad. La realización de ejercicio regular ayuda a mantener la movilidad de las articulaciones, reducir el dolor, restaurar y conservar la fortaleza y la flexibilidad y elevar la autoestima. Programas de fortalecimiento y educación para la salud son estrategias que resultan exitosas en este tipo de pacientes con los mismos beneficios que el tratamiento tradicional con antiinflamatorios. <sup>(8,9)</sup>

Por otro lado, cuidar y proteger las articulaciones es posible incluso con la dieta. Pequeñas modificaciones en la misma, basadas en los alimentos con efecto antiinflamatorio y mejoría en el dolor, así como el conocimiento de aquellos alimentos contraproducentes y el abandono del tabaco y alcohol, serían buenos aliados para poner freno a las patologías osteoarticulares. <sup>(2)</sup>

Dentro de las terapias no invasivas para el abordaje de los problemas osteoarticulares, la termoterapia se utiliza habitualmente en la rehabilitación física de los pacientes para aliviar el dolor. Mientras que el frío disminuye la inflamación, el dolor y el edema facilitando la movilidad, el calor ayuda a relajar los músculos y aumenta la circulación de la zona afectada, reduciendo el dolor y la rigidez. <sup>(10)</sup> Asimismo, el medio acuático es un lugar ideal donde ejercitar músculos y articulaciones. El agua brinda soporte a las articulaciones, disminuye la tensión y permite libre movilidad además de proveer resistencia media para ayudar a fortalecer los músculos. Ejercicios alternos de frío y calor en este medio generarían mejorías progresivas de la patología osteoarticular. <sup>(9)</sup>

A día de hoy, en una sociedad cada vez más medicalizada y envejecida, el tratamiento no farmacológico y un abordaje integral de la persona resulta clave en el tratamiento de la misma.

Este programa es viable porque existen recursos suficientes para llevarlo a cabo y los beneficios que se esperan obtener superarán los gastos realizados. El mismo, contribuirá a la calidad de vida de las personas con patología osteoarticular puesto que, si se consigue que adquieran autonomía en el tratamiento no farmacológico del dolor y la enfermedad, disminuirán los gastos sanitarios y sociales generados por la demanda de la creciente patología osteoarticular. La familia será un punto esencial en la puesta en marcha de este programa, ya que hay que reconocer su rol en el cuidado de las personas que sufren estas patologías. Su rol, incluye el cariño y la aceptación de la persona enferma, ayuda a reforzar el aprendizaje y elimina sentimientos de inseguridad. La educación sanitaria irá más allá de facilitar información sobre la patología osteoarticular, ya que se trabajaran los falsos mitos y creencias, los conocimientos previos y las expectativas de todos los participantes con el fin de conseguir un programa exitoso y útil para todos los integrantes dado que es importante tener en cuenta los factores emocionales, conductuales y culturales que puedan estar influyendo en ellos a la hora de afrontar su situación. Se abordarán aspectos de capacitación y empoderamiento así como el autoestima y la seguridad en sí misma necesaria para afrontar su día a día con un problema osteoarticular.

### **OBJETIVOS (DE LA EXPERIENCIA)**

#### **Objetivo general:**

Al finalizar el programa, las personas con problemas osteoarticulares habrán adquirido las capacidades necesarias para manejar su competencia funcional y autogestión del dolor.

#### **Objetivos intermedios:**

Al finalizar el programa, las personas con problemas osteoarticulares:

Adquirirán conocimientos sobre los problemas osteoarticulares y el manejo de los mismos (autocuidados).



Mostrarán una actitud positiva encaminada a poner en práctica los cuidados para la mejora de los problemas osteoarticulares.

Pondrán en práctica e integrarán en su vida diaria los cuidados adquiridos/aprendidos.

## DESARROLLO

Teniendo en cuenta que la mayoría de los problemas osteoarticulares aparecen en la edad adulta debido a los cambios fisiológicos y morfológicos que se producen con el paso de los años, y una vez revisada la bibliografía, nuestra población diana serán personas de 65 años o más que presenten dicha patología. Con estos criterios, se incluirán en el programa hombres o mujeres mayores o igual a 65 años, con patología osteoarticular que les genere limitaciones en su vida diaria y que pertenezcan a los centros de salud diana donde se pondrá en marcha la intervención comunitaria. Dado que las sesiones se llevarán a cabo en castellano, personas de cualquier nacionalidad, pero con conocimiento básico del idioma. Asimismo, podrán asistir personas cuidadoras de pacientes con patología osteoarticular con interés en adquirir conocimientos sobre el manejo y tratamiento de la patología. Por último, se incluirán pacientes autónomos que puedan desplazarse hasta el centro de salud y que no presenten deterioro cognitivo moderado-avanzado. Como estrategias de captación y difusión, se utilizarán tanto carteles informativos como la propia difusión por parte de los profesionales sanitarios que serán los responsables de captación de las personas que cumplan los criterios de inclusión. Asimismo, se realizarán unos trípticos informativos que junto con los carteles serán remitidos a ambos centros de salud diana. Para el desarrollo del programa, se llevarán a cabo seis sesiones semanales en horario de tarde con una duración de hora y media, en un espacio amplio que permita la acomodación de los asistentes, así como la presencia de numerosas mesas para la realización de actividades grupales y la presencia de un proyector donde poder llevar a cabo las presentaciones y actividades planificadas. Los grupos estarán compuestos por un número de asistentes que oscilarán entre las 8 y 12 personas junto con sus cuidadores interesados. Todas las sesiones serán impartidas por dos enfermeras conocedoras del programa de salud y con experiencia previa en actividades grupales de educación para la salud.

El desarrollo de las sesiones consistirá en actividades teórico prácticas. En todas ellas, el objetivo será instaurar un ambiente que favorezca la escucha y participación activa de todos los asistentes. Al inicio de cada sesión se indagará a través de preguntas abiertas sobre los conocimientos y prácticas habituales del tema a tratar para encauzar la posterior presentación teórica hacia aquellos aspectos más desconocidos y que generen más interés en los asistentes. Las actividades prácticas que se realizarán de forma grupal, serán claves para la comprensión y adquisición de conocimientos de forma progresiva y continua. En cada una de las sesiones, cada participante adquirirá un pequeño compromiso de cambio relacionado con lo tratado durante la sesión, que llevará a cabo durante la semana para así poder ir integrando en su vida diaria todo lo aprendido. Para trabajar el cambio de los participantes, se utilizarán durante el desarrollo de las sesiones variedad de estrategias de educación para la salud: se trabajará con los intereses de vida, los contratos de aprendizaje, la estimulación con mensajes positivos, la comparación con pares, la promoción de la autoeficacia a través de recursos audiovisuales y diferentes dinámicas. Al finalizar cada sesión, los participantes podrán expresar libremente su satisfacción respecto a los temas tratados y las actividades realizadas.

Respecto al desarrollo de cada una de las sesiones, la primera será clave para la presentación y conocimiento de cada uno de los asistentes, así como para la identificación de las necesidades del grupo. Se evaluará el conocimiento de los integrantes sobre los problemas osteoarticulares y se realizará una breve exposición sobre la patología, así como los temas que se irán desarrollando a lo largo de las futuras sesiones.

La segunda sesión, dedicada al manejo del dolor, tendrá como objetivo conocer los intereses de vida de cada participante para generar con su ayuda un cambio. Se expondrá una breve aclaración sobre qué es el dolor, como se produce y como está íntimamente relacionado con otros aspectos como el estrés y el descanso. Se trabajará con los asistentes la importancia de integrar su tratamiento farmacológico de forma adecuada, así como la existencia de terapias alternativas no farmacológicas que pueden complementar su tratamiento habitual. Se llevarán a cabo ejercicios prácticos de hidroterapia, así como técnicas de relajación.

La tercera sesión incidirá sobre la importancia de la alimentación. En ella se conocerán los beneficios de la dieta antiinflamatoria como parte del tratamiento activo, los principales alimentos que componen una

dieta antiinflamatoria, así como la importancia de integrar pequeños cambios en la rutina diaria que generan grandes cambios. Será una sesión muy práctica en la que juegos como el semáforo, la puesta en marcha de un menú antiinflamatorio y la clasificación grupal de alimentos ayudarán en la comprensión e integración de los aspectos teóricos.

La cuarta sesión, será de especial relevancia para aclarar la importancia del ejercicio en su rutina diaria, eliminando el falso mito de que no pueden o no deben llevarlo a cabo. Con la información más relevante recogida de la bibliografía, se pondrán en marcha rutinas de ejercicios para mejorar la movilidad articular y la marcha, disminuir la rigidez, aumentar la fuerza muscular y la resistencia articular, preservar la mineralización ósea y favorecer la fuerza muscular y la sensación de bienestar del paciente. Asimismo, se trabajará la autoeficacia a través de mensajes positivos.

La quinta sesión estará dedicada a las terapias de calor y frío, en la que se expondrán sus beneficios poniendo en práctica posteriormente dicha técnica. Un tema a tratar importante durante esta sesión será la autoestima y autoimagen, como parte fundamental en la aceptación de la enfermedad y bienestar físico y mental de las personas con problemas osteoarticulares.

Finalmente, la última sesión quedará reservada para la prevención de caídas como riesgo importante en este tipo de pacientes. Se incidirá sobre la prevención y modificación de factores de riesgo como pueden ser el tratamiento farmacológico, las barreras arquitectónicas o alteraciones sensorio-perceptivas. Se informará a cerca de cómo actuar si tienen lugar, así como de los recursos existentes para disminuir el miedo como el servicio de teleasistencia, el uso de bastones, muletas o andadores. (Gráfico) <sup>(10-42)</sup>

## RESULTADOS

Con este programa, se espera que los participantes experimenten un mejor automanejo de su patología osteoarticular aplicando los autocuidados aprendidos. El proceso de evaluación del programa es importante para determinar la eficacia de las intervenciones educativas realizadas, por lo que debe ser un proceso continuo para identificar las necesidades y puntos de mejora de todas ellas.

Se llevará a cabo una evaluación tanto de proceso como de resultado. La evaluación del proceso se llevará a cabo mediante preguntas abiertas en cada una de las sesiones y de forma escrita al finalizar las mismas, para determinar que los participantes han comprendido la información dada y que tanto las actividades, como los recursos y tiempo destinado a ellas son los adecuados. Los participantes podrán mostrar o no su satisfacción en cada una de las sesiones.

Para evaluar el resultado, los participantes realizarán un cuestionario al inicio y al final del programa (cuestionario sf 36 de calidad de vida) con el que se determinará si se han alcanzado los objetivos propuestos y si la asistencia al programa de educación para la salud ha favorecido modificaciones y mejoras en su vida diaria.

Por otro lado, el equipo docente realizará su propia evaluación del programa mediante un proceso de autorreflexión y autoevaluación a través de la observación directa de los participantes, la estructura del programa, su puesta en práctica y los resultados obtenidos del mismo, de manera que se puedan aportar mejoras para próximas experiencias.

Además, en el año 2018, se llevará a cabo un proyecto de investigación, para evaluar de forma cualitativa la satisfacción de los participantes y áreas de mejora. Se realizarán entrevistas en profundidad y/o un grupo de discusión con los asistentes en el que se analizará la experiencia de aprendizaje y cambio derivada de su participación en el programa.

## CONCLUSIONES

Es sabido que la patología osteoarticular es la causa más importante de discapacidad entre los mayores, y tras la observación directa en consulta de numerosas demandas en referencia a las consecuencias derivadas de estos problemas, como pueden ser el dolor o la limitación funcional, propusimos idear un programa de educación para la salud que recogiese diferentes recomendaciones a cerca del autocuidado de estas patologías. Tras la inexistencia en la comunidad de guías similares, nuestro objetivo fue idear un programa que no se centrara en la farmacología como tratamiento único, sino que tuviera en cuenta además del estado físico otros aspectos importantes como el social, psicológico y espiritual que pudieran influir en el bienestar de la persona, a través de un proceso de empoderamiento en el que los participantes adquirieran confianza en sus propias capacidades para manejar su autocuidado.

Aunque el papel del médico es importante en el abordaje de la patología osteoarticular, el trabajo en equipo, la escucha activa, la confianza y la educación para el autocuidado que la enfermera brinda son claves para que programas educativos como este impacten en la calidad de vida de las personas disminuyendo el consumo de fármacos y la demanda de consultas de una de las patologías más prevalentes en nuestra sociedad.

Pequeñas modificaciones en la dieta, una rutina de ejercicios diarios, la aceptación de la enfermedad y un adecuado control del dolor serán elementos que faciliten pequeñas mejoras en el día a día de las personas con patología osteoarticular.

#### **BIBLIOGRAFÍA**

1. Ribera Casado, J. M. Epidemiología de la enfermedad osteoarticular en la persona mayor. *Jano*, 2003, vol. 64, no 1468, p. 21-7.
2. Poley González A, Ortega Blanco J.A, Pedregal González M, Martín Azofra M, Hermosilla Camacho C, Mora Moreno F. Prevalencia de enfermedades osteoarticulares y consumo de recursos. Calidad de vida y dependencia en pacientes con artrosis. Elsevier España, S.L. y Semergen. 2011.
3. Muñoz L.A, Price Y, Gambini L, Stefanelli M.C. Significados simbólicos de los pacientes con enfermedades crónicas. *RevEscEnferm USP*. 2003; 37(4): p.77-84.
4. Darias Curvo S. Enfermería Comunitaria. Vol. II. Colección Enfermería S21. 2ª ed. Madrid: difusión Avances de Enfermería (DAE); 2009. p. 930-941.
5. En 2020 la artrosis será la 4ª causa de discapacidad en el mundo. El blog de la condroprotección. Disponible en: <http://www.condroprotectores.es/en-2020-la-artrosis-sera-la-4a-causa-de-discapacidad-en-el-mundo/>
6. [http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/encuesta\\_salud\\_publicaciones/es\\_escav13/adjuntos/DatosRelevantes\\_ESCAV2013.pdf](http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/encuesta_salud_publicaciones/es_escav13/adjuntos/DatosRelevantes_ESCAV2013.pdf)
7. <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/artrosis/>
8. Jiménez C.E, Fernández R, Zurita F, Linares G, Farías A. Programas de Educación en Salud y Entrenamiento de la Fuerza en adultos mayores con artrosis de cadera leve a moderada. *Revmed Chile*. 2014; 142: p. 436-442.
9. Guías clínicas servicio reumatología HUA hospital Txagorritxu, Vitoria-Gasteiz.
10. Brosseau L, Yonge KA, Robinson V, Marchand S, Judd M, Wells G, et al. Termoterapia para el tratamiento de la osteoartritis. La biblioteca Cochrane Plus. 2006, número 4.
11. Gómez Raposo M, Macías Colorado M.E, Rodríguez Vázquez M.C. Grado de dependencia de la población mayor de 65 años en la zona Básica de Ayamonte. *Enfermería Comunitaria (rev. Digital)*. 2008; 4 (1).
12. GispertUriach B, TurmoTristan N. Patología de la mano. Elsevier. 2016
- García López M.V, Rodríguez Ponce C, Toronjo Gómez A.M. Enfermería del anciano. Colección enf. S21. 2ª ed. Madrid. DAE, 2009; p. 174-185.
13. Barba Tejedor A, de BarutellFarinós C, Blanco Tarrío E, Calvo Arenillas J.I, de Cabo Rodríguez J.A, de la Fuente Hontañón c. et al. Manejo de opioides en el dolor osteoarticular. Reunión de expertos. Salamanca. 2003.
14. Castillo Bueno MD, Moreno Pina JP, Martínez Puente MV, Artiles Suarez MM, Company Sancho MC, García Andrés MC, et al. Effectiveness of nursing intervention for adult patients experiencing chronic pain: a systematic review. *JBI Library of SystematicReviews* 2010; 8 (28): 1112-1168.
15. [http://elpais.com/elpais/2015/07/27/buenavida/1437994531\\_583857.html](http://elpais.com/elpais/2015/07/27/buenavida/1437994531_583857.html)

16. Lázaro del Nogal M, González Ramírez A, Palomo Iloro A. Evaluación del riesgo de caídas. Protocolos de valoración clínica. Revista Española de Geriátria y Gerontología. 2005; 40 (supl 2): 54-63.
17. Varas Fabra, F, Castro Martín E, Pérula de Torres LA, Fernández Fernández MJ, Ruiz Moral R, Enciso Berge I. Caídas en ancianos de la comunidad: prevalencia, consecuencias y factores asociados. Atención Primaria. 2006; 38(8): 450-5.
18. Pujiula Blanch M, Quesada Sabaté M, Grupo APOC ABS Salt. Prevalencia de caídas en ancianos que viven en la comunidad. Atención Primaria. 2003; 32(2):86-91.
19. Séculi Sánchez E, Brugulat Guiteras P, MarchLlanes J, Medina Bustos A, MartínezBeneyto V, TresserrasGaju R. Las caídas en los mayores de 65 años: conocer para actuar. Atención Primaria. 2004; 34(4):178-83.
20. Tapia Villanueva M, Salazar Ceferino MC, Tapia Colex L, Olivares Ramírez C. Prevención de caídas. Indicador de calidad del cuidado enfermero. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica. 2003; 11(2): 51-57.
21. Da Silva Gama ZA, Gómez Conesa A. Factores de riesgo de caídas en ancianos: revisión sistemática. Revsaúde Pública 2008; 42(5): 946-56.
22. González Sánchez R.L, Rodríguez Fernández M.M, Ferro Alonso M.J, García Milian J.R. Caídas en el anciano. Consideraciones generales y prevención. Rev cubana Med Gen Integr 1999; 15(1): 98-102.
23. García López M.V, Rodríguez Ponce C, Toranzo Gómez A.M. Enfermería del anciano. Colección enfermería s21. 2ªedición. Madrid: difusión avances de enfermería (DAE); 2009; p.174-185.
24. PerezJarauta M.J, EchauriOzcoidi M, Ancizulrure E, Chocarro San Martí J. Manual de educación para la salud. Instituto de salud Pública. Navarra. 2006.
25. Carmona L, Gabriel R, Ballina J, Laffond A, y Grupo de Estudio EPISER. Proyecto EPISER 2000: prevalencia de enfermedades reumáticas en la población española. Metodología, resultados del reclutamiento y características de la población. RevEspReumatol 2001; 28: 18-25.
26. De Lorenzo E. Apuntes de educación para la salud Formación EIR de familia y comunitaria 2015-2016.
27. De Lorenzo E. Guía para la elaboración de un programa de educación para la salud. Escuela universitaria de enfermería Vitoria-Gasteiz.
28. [http://changepain.org/cms/cda/common/inc/display\\_file.jsp?fileID=169700063](http://changepain.org/cms/cda/common/inc/display_file.jsp?fileID=169700063)
29. López Parra A. Procesos inflamatorios y tratamiento nutricional específico. Revisión sistemática. Escuela Universitaria Gimbernat. 2014.
30. Valenzuela R, Tapia G, González M, Valenzuela A. Ácidos grasos omega-3 (EPA y DHA) y su aplicación en diversas situaciones clínicas. Revista chilena de nutrición. 2011; 38(3): 356-367.
31. <http://espanol.arthritis.org/espanol/disease-center/imprimia-un-folleto/alimentacion-adeuada-en-personas-con-artritis/>
32. <http://www.fundacionarticular.org/es/patologias/artrosis/103-pueden-ciertos-alimentos-disminuir-los-sintomas-de-la-artritis-y-mejorar-la-salud-de-las-articulaciones>
33. <http://espanol.arthritis.org/espanol/ejercicio/dieta-nutricion/alimentos-antiinflamatorios/>
34. Zudaire M. Alimentos para las articulaciones. EroskiConsumer. 2013. [http://www.consumer.es/web/es/alimentacion/aprender\\_a\\_comer\\_bien/enfermedad/2013/03/27/216215.php](http://www.consumer.es/web/es/alimentacion/aprender_a_comer_bien/enfermedad/2013/03/27/216215.php)
35. <http://www.terapia-fisica.com/alimentacion-en-la-ar.html>
36. <http://www.zonadiet.com/salud/consejosarticulares.htm>

37. <http://www.dmedicina.com/vida-sana/alimentacion/nutricion/2016/04/04/alimentos-nutrientes-beneficiosos-articulaciones-112266.html>
38. Amigó Correig P, Bulló M, Márquez Sandoval F, Vizmanos-Lamotte B, Alegret C, Salas Salvadó J. Importancia de la dieta antiinflamatoria. *Antropo*. 2008; 16, p. 23-28.
39. L Jordan J, A Holden M, EJ Mason E, E Foster N. Intervenciones para mejorar el cumplimiento con los ejercicios para el dolor osteomuscular crónico en adultos. *Biblioteca Cochrane Plus* 2010; Nº 1.
40. Batlle-Gualda E. Estudio ArtRoCad: evaluación de la utilización de los recursos sanitarios y la repercusión socioeconómica de la artrosis de rodilla y cadera. Presentación de resultados preliminares. *Revista Española de Reumatología*. 2005; 32(1): 22-7.
41. Detección y manejo de fragilidad y caídas en las personas mayores. Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad.
42. Muñoz Bellerín J, Calvo Tocado A, Castell C, Pérez Boutureira J.J, López de Valdivieso M.J, Aguirre Martín-Gil R, et al. consejo integral en estilo de vida en atención primaria, vinculado con recursos comunitarios en población adulta .estrategia de promoción de la salud y prevención en el SNS. Aprobado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 14 de enero de 2015 . Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad.

**GRÁFICOS Y TABLAS**

SESIÓN	TÍTULO Y DURACIÓN	DURACIÓN	OBJETIVOS	ACTIVIDADES
1	CONOCIENDO LOS PROBLEMAS OSTEOARTICULARES	1H 30	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Conocerán las características y necesidades comunes del grupo.</li> <li>✓ Identificarán qué son los problemas osteoarticulares, sus signos y síntomas y las consecuencias derivadas de la enfermedad.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Conociéndonos. Actividad en parejas.</li> <li>2. Identificando las necesidades del grupo. Dinámica con post it.</li> <li>3. ¿Cuánto sabemos sobre los problemas osteoarticulares? Actividad en pequeños grupos, presentación powerpoint.</li> <li>4. Finalizamos la primera sesión. Preguntas abiertas, establecimientos de compromisos.</li> </ol>
2	CONFRONTANDO EL DOLOR	1H 30	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Identificarán los factores que influyen en el aumento del dolor.</li> <li>✓ Conocerán las medidas farmacológicas y no farmacológicas para el manejo del dolor.</li> <li>✓ Mostrarán una actitud positiva para combatir el dolor.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Presentación de la sesión. Trabajo con los intereses de vida.</li> <li>2. Teorizando...Presentación powerpoint.</li> <li>3. Manejando el dolor. Medidas farmacológicas y no farmacológicas. Taller práctico.</li> <li>4. La importancia del descanso. Técnicas de relajación. Preguntas abiertas. Establecimiento de compromisos.</li> </ol>
3	LA IMPORTANCIA DE MI ALIMENTACIÓN. PEQUEÑAS MODIFICACIONES GENERAN		<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Identificarán cuales son los alimentos que forman parte de la dieta antiinflamatoria.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Analizando nuestra rutina de comidas. Presentación Power Point, análisis de las dietas de los integrantes.</li> </ol>

	GRANDES CAMBIOS.		<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Conocerán cuales son los beneficios de la dieta antiinflamatoria.</li> <li>✓ Demostrarán tener una actitud positiva hacia poner en práctica la dieta antiinflamatoria.</li> <li>✓ Realizarán pequeñas modificaciones en su dieta habitual, basadas en las recomendaciones dadas sobre la dieta antiinflamatoria.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Aprendiendo a diferenciar. Juego del semáforo.</li> <li>3. Somos capaces de realizar cambios beneficiosos en las comidas. Modificación de menú por parejas.</li> <li>4. Finalizamos la sesión. Preguntas abiertas y establecimiento de compromisos.</li> </ol>
4	CONSERVANDO LA FORTALEZA	1H 30	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Realizarán ejercicios que mejoren su autocuidado de forma adecuada.</li> <li>✓ Serán capaces de distinguir los diferentes tipos de ejercicios existentes adecuados para los problemas osteo articulares.</li> <li>✓ Conocerán los beneficios de la práctica habitual de ejercicios en los problemas osteo articulares.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¡Hay más personas como nosotros! Comparación con pares.</li> <li>2. Modificación de nuestros pensamientos. Actividad con mensajes positivos.</li> <li>3. ¿Qué ejercicios? Presentación powerpoint y taller práctico.</li> <li>4. Finalizamos la sesión. Preguntas abiertas y establecimiento de compromisos.</li> </ol>
5	USO DE CALOR Y FRÍO. ACEPTÁNDONOS...	1H 30	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Conocerán los beneficios de la termoterapia.</li> <li>✓ Demostrarán como realizar la técnica de frío y calor.</li> <li>✓ Reflexionarán acerca de cómo se sienten consigo mismo.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Presentamos la sesión. Preguntas abiertas.</li> <li>2. Teorizando...Presentación powerpoint.</li> <li>3. Frío y calor. Taller práctico.</li> <li>4. Analizando nuestra mente. Trabajo con la autoimagen.</li> <li>5. Finalizamos la sesión. Preguntas abiertas y establecimiento de compromisos.</li> </ol>
6	CONTROLANDO MI ENTORNO	1H 30	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Identificarán los factores de riesgo más frecuentes que influyen en las caídas.</li> <li>✓ Conocerán los diferentes dispositivos de ayuda para la deambulación.</li> <li>✓ Habrán adquirido la capacidad de modificar barreras arquitectónicas para su seguridad.</li> <li>✓ Pondrán en práctica sistemas de prevención.</li> <li>✓ Conocerán los pasos a seguir en caso de sufrir una caída.</li> <li>✓ Reflexionarán acerca de su percepción sobre las caídas.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Presentamos la sesión. Preguntas abiertas.</li> <li>2. Teorizando...Presentación powerpoint.</li> <li>3. Controlando mi espacio. Revisión de tratamientos, juegos con audiovisuales y folletos.</li> <li>4. ¿Qué hacer si me caigo? Vídeos demostrativos.</li> <li>5. ¿Qué recursos existen? Taller práctico.</li> <li>6. Finalizamos la sesión. Cuestionario final y preguntas abiertas.</li> </ol>

**ID216:****SI UNA CORRECTA REVISIÓN DE LA SALA DE URGENCIAS QUIERES TENER: UTILIZA EL LISTADO DE VERIFICACIÓN**

Laura López Köllmer<sup>1</sup>, Anita Panizo Bayo<sup>2</sup>, Raquel Pérez Barrios<sup>3</sup>, M<sup>a</sup> del Rosario Almena Martín<sup>4</sup>, Pilar Sánchez Herrarte<sup>5</sup>, Socorro Hernández Isidro<sup>6</sup>.

Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) Centro de Salud (C.S) Miguel de Cervantes<sup>1</sup>, SERMAS C.S Barajas<sup>2</sup>, SERMAS C.S Las Fronteras<sup>3</sup>, SERMAS C.S Puerta de Madrid<sup>4</sup>, SERMAS C.S Las Fronteras<sup>5</sup>, SERMAS C.S Puerta de Madrid<sup>6</sup>.

[laralk@hotmail.com](mailto:laralk@hotmail.com)

**RESUMEN**

En la sala de urgencias del Centro de Salud (C.S) se llevo a cabo un proyecto para mejorar la actuación y seguridad del paciente. Tras revisar el proyecto, las dos enfermeras responsables, consideraron la necesidad de actualizar el listado de verificación (o checklist).

**Objetivos:** establecer modificaciones en el checklist e implementar su uso en cada revisión de la sala.

**Desarrollo:** Las enfermeras líderes del proyecto realizaron un listado nuevo, más completo, con más ítems, sistemático y más sencillo de completar. Tras 3 reuniones con la dirección del C.S se extrajo el borrador. El documento final se presentó al equipo en una sesión.

**Resultados:** Tras la presentación en el C.S se entregó una encuesta de satisfacción para valorar la herramienta. El 100% de los profesionales estaban totalmente de acuerdo su diseño e implementación.

**Conclusiones:** Esta herramienta se utiliza de forma sistemática en cada revisión semanal desde su implantación, evitando olvidos.

**ABSTRACT**

In the emergency room of the Health Center (C.S) has carried out a project to improve the performance and safety of the patient. After checking the project, the two nurses responsible considered the need to update the checklist.

**Objectives:** to establish modifications to the checklist and implement their use in each room review.

**Development:** The nurses leaders of the project made a new list, more complete, with more items, systematic and simpler to complete. . After 3 meetings with the direction of the C.S the draft was extracted. The final document was presented to the team in one session.

**Results:** After the presentation in the C.S a survey of satisfaction was delivered to value the tool. 100 % of the professionals agreed totally his design and implementation.

**Conclusions:** This tool is used systematically in each weekly review since its implementation, avoiding forgetting.

**PALABRAS CLAVE**

Lista de verificación, seguridad, urgencias, reanimación cardiopulmonar, grupos profesionales.

Checklist, safety, emergencies, cardiopulmonary resuscitation, occupational groups.

**INTRODUCCIÓN**

En nuestro Centro de Salud (C.S) se llevo a cabo un proyecto en la sala de urgencias, para la mejora en la actuación y la seguridad del paciente. Tras la revisión de dicho proyecto, las dos enfermeras responsables de dicha sala, consideraron la necesidad de modificar el listado de verificación (o checklist), para ampliarlo respecto al material, medicación y aparataje.

**OBJETIVOS**

**Principal:** establecer modificaciones en el listado de verificación de la sala de urgencia.

**Secundario:** implementar el uso del listado de verificación en cada revisión de la sala de urgencias.

#### DESARROLLO

- **Recursos humanos:** las 2 enfermeras líderes del proyecto, el equipo multidisciplinar de 12 profesionales del C.S que forman el proyecto inicial y la auxiliar de enfermería.
- **Materiales:** ordenador, diapositivas ordenador, papel, impresora, proyector.

Tras la implantación de las mejoras en nuestra sala de urgencias, las enfermeras líderes del proyecto detectaron la necesidad de actualizar el listado de verificación. Un listado nuevo, más completo, con más ítems, sistemático y más sencillo de completar.

Para llevar a cabo nuestro nuevo listado se realizaron 3 reuniones de 30 minutos semanales entre las responsables de la sala de urgencias y la dirección del centro (directora y responsable de enfermería) en la biblioteca del Centro de Salud, y de dichas reuniones se extrajo el borrador del listado de verificación.

El documento final se mostró a la responsable de enfermería y a la directora del centro, que dieron su aprobación. La herramienta fue presentada a todo el equipo de profesionales (tanto sanitarios como no sanitarios, para que todos tuviesen conocimientos de la misma) en una sesión de 45 min un mes después de su aprobación.

#### RESULTADOS

La sesión de presentación del listado de verificación fue realizada en la sala de reuniones del C.S. El porcentaje de asistencia a la sesión fue del 80% de los profesionales. Tras la presentación en el C.S se entregó una encuesta de satisfacción a todos los profesionales que a ella asistieron para valorar la herramienta.

La encuesta (**ANEXO 1**) se entregó al finalizar la sesión a todos los asistentes y estaba formada por 5 preguntas. Las encuestas se recogieron a todos los asistentes según iban saliendo los profesionales de la sala de reuniones donde se había realizado la sesión.

El 100% de los profesionales estaban totalmente de acuerdo con el diseño, sistematización e implementación de la misma, así como la seguridad que les aportaba ante una emergencia.

#### CONCLUSIONES

El establecimiento del listado de verificación (**ANEXO 2**) y su correcto uso, permite incrementar la satisfacción de los profesionales y simultáneamente su seguridad en la atención ante una emergencia en la sala de urgencias.

La implantación de la herramienta, los conocimientos y la seguridad adquirida por los profesionales da lugar a una atención adecuada en una emergencia.

Esta herramienta se utiliza de forma sistemática en cada revisión semanal desde su implantación, evitando olvidos por parte de los profesionales.

#### BIBLIOGRAFÍA

##### Libros

- Jerry P. Nolan, Jasmeet Soar, David A. Zineman, Dominique Biarent, Leo L. Bossaert et al. Guías para la resucitación 2010 del Consejo Europeo de Resucitación (ERC). Sección 1. Resumen Ejecutivo. (Texto traducido del original: European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010. Sección 1. Executive summary)
- Álvarez Leiva Carlos. Manual de Atención a Múltiples Víctimas y Catástrofes. 3ª ed. Madrid. Arán. 2008. p24-29.
- Fernández Ayuso David. Manual de Enfermería en Emergencias Prehospitalaria y Rescate. 2ª ed. Madrid. Arán. 2008



- Julián Jiménez Agustín. Manual de Protocolos y Actuación en Emergencias. 3ª ed. Hospital Virgen de la Salud. Complejo Hospitalario de Toledo.2010.
- Morillo Javier. Manual de Enfermería de Asistencia Prehospitalaria Urgente. Elseiver. Madrid. 2007.
- Espinazo Ramos Óscar, Sánchez Muñoz Ester, Rodríguez Delgado Juan, Amescua Sánchez Amelia, Barrios Mira Ester, Bravo Feito Juan. Manual de Enfermería Pediátrica para Atención Primaria. Hospital Infantil la Paz. Publimed. Madrid. 2006.

### Revista

- Ramiro Corrales Celia, Navalpotro Pascual Susana. Antídotos y otros fármacos utilizados en las intoxicaciones. Metas de Enfermería. Dic2011/ene2010; 14 (10): 50- 55.

### Fuentes Electrónicas

- [www.who.int/es/es/](http://www.who.int/es/es/) (OMS)
- <http://www.semicyuc.org/> Plan Nacional de RCP (SEMICYUC: Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias)
- [www.semes.org/](http://www.semes.org/) (Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias)
- <https://www.erc.edu/> (European Resuscitation Council)
- [www.semesmadrid.es](http://www.semesmadrid.es)
- <http://www.seup.org/seup/index.html> (SEUP: Sociedad Española de Urgencia de Pediatría)
- <http://www.seup.org/seup/html/enfer/enfermeria.htm> (SEUP: Sociedad Española de Urgencia de Pediatría)
- <http://www.enfermeriadeurgencias.com/> (SEEUE: Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias)
- <http://www.nursingcenter.com/lnc/>
- <http://www.sepeap.org/> (Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria)
- <http://www.semeca.org/> (SEMECA: Sociedad Española de Medicina de Catástrofes)

## GRÁFICOS Y/O TABLAS

### ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

Esta encuesta es para conocer su opinión sobre la herramienta implantada en la revisión de la sala de urgencias: *listado de verificación* o *checklist*, para posteriormente analizarla y realizar las mejoras necesarias.

Conteste a las siguientes preguntas:

- 1 ¿Considera que el diseño de la herramienta *listado de verificación* es adecuado para su uso en la sala de urgencias? Conteste con un número del cero al diez indicando el cero totalmente en desacuerdo y el diez totalmente de acuerdo.

0- 1- 2- 3 - 4- 5- 6- 7- 8- 9- 10

- 2 ¿Creé que la herramienta aporta una mejora en la sistematización de la tareas a realizar en la revisión de la sala de urgencias? Conteste con un número del cero al diez indicando el cero totalmente en desacuerdo y el diez totalmente de acuerdo.

0- 1- 2- 3 - 4- 5- 6- 7- 8- 9- 10



- 3 Valore si la herramienta es completa. Si por el contrario considera que no es completa, indique como puede mejorarse.
  - Sí
  - No
  
- 4 ¿Está de acuerdo con la implantación de la herramienta listado de verificación en la sala de urgencias?
  - Sí
  - No
  
- 5 ¿Cree que le va a aportar mayor seguridad el uso del listado de verificación en la atención ante una emergencia?
  - Si
  - No

Gracias, por su colaboración

**LISTADO DE VERIFICACIÓN SALA DE URGENCIAS**

REVISIONES SEMANALES		1	2	3	4	
<b>SALA DE URGENCIAS</b>	<b>CARTELES E INFORMACIÓN ADICIONAL CORRECTAMENTE COLOCADA</b>					
	<b>APARATAJE Y MATERIAL CORRECTAMENTE COLOCADO Y ACCESIBLE</b>					
	<b>APARATAJE EN CORRECTO FUNCIONAMIENTO</b>	ASPIRADOR				
		ELECTROCARDIOGRAFO FIJO				
		ELECTROCARDIOGRAFO PORTÁTIL				
		BALAS DE OXIGENO (2 UNID)				
		DEFIBRILADOR SEMIAUTOMÁTICO				
		LARINGOSCOPIO ADULTOS*				
		LARINGOSCOPIO NIÑOS*				
		BALÓN AUTOINFLABLE ADULTOS				
		BALÓN AUTOINFLABLE NIÑOS				
		MEDIDOR DE GLUCEMIAS				
		PULSIOSÍMETRO				
		ESFINGOMANÓMETRO				
		FONENDOSCOPIO				
	<b>COMPROBAR BATERÍA DEFIBRILADOR**</b>					
	<b>COMPROBAR PILAS Y BOMBILLA DE REPUESTO EN LARINGOSCOPIOS</b>					
	<b>EXISTE TODO EL MATERIAL INCLUIDO EN LOS LISTADOS</b>					
	<b>MATERIAL ORDENADO (estéril/no estéril)</b>					
	<b>MATERIAL CADUCADO</b>					
<b>MEDICACIÓN ORDENADA (urgencia y emergencia: parada y peri-parada )</b>						
<b>MEDICACION CADUCADA</b>						
<b>MATERIAL Y MEDICACION (unidades establecidas***)</b>						

<b>MALETÍN DE URGENCIAS</b>	<b>COLOCACIÓN CORRECTA DEL MALETÍN</b>				
	<b>EXISTE TODO EL MATERIAL INCLUIDO EN LOS LISTADOS</b>				
	<b>MATERIAL ADJUNTO: COLOCADO Y ORDENADO CORRECTO (balón autoinflable (ambú), laringoscopio*, mascarilla laríngea, electrocardiograma portátil y manta de quemados)</b>				
	<b>MATERIAL ORDENADO (estéril/no estéril)</b>				
	<b>MATERIAL CADUCADO</b>				
	<b>MEDICACIÓN ORDENADA</b>				
	<b>MEDICACIÓN CADUCADA</b>				
	<b>MATERIAL Y MEDICACIÓN (unidades necesarias***)</b>				

\* Guardar laringoscopio unido a las pilas, pero no colocadas en el, para evitar la sulfatación.

\*\* Detallar en cada revisión el porcentaje de batería restante.

\*\*\* En el lugar asignado para el material y la medicación habrá las unidades pertinentes evitando así el exceso innecesario.

– La enfermera responsable de la sala de urgencias realizara semanalmente su revisión, y se encargará de completar el listado de verificación (medicación emergencia: parada y peri-parada + material estéril / no estéril de la sala + maletín de urgencias + aparataje).

– La auxiliar de enfermería realizara semanalmente la revisión de la medicación de urgencias, así como la reposición del material y medicación. Si fuese necesario la reposición excepcional se realizara mediante previa solicitud por correo interno a la auxiliar de enfermería.

CENTRO DE SALUD: \_\_\_\_\_

MES: \_\_\_\_\_ AÑO: \_\_\_\_\_

RESPONSABLE DE ENFERMERÍA \_\_\_\_\_

COMENTARIOS:

**ID228:**

## **EXPERIENCIA DE APRENDIZAJE DE RESIDENTES DE ATENCIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA EN UNA ROTACIÓN EN UN CENTRO DE SALUD COMUNITARIA**

Cristina María Lozano Hernández<sup>1</sup>, Yasmina María Pulido García<sup>1</sup>, Carmen Ramos Martín<sup>2</sup>, Erika Cisneros Aguirre<sup>1</sup>, Javier Leal García<sup>1</sup>, Laura Arribas Fernández<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Unidad Docente Multidisciplinar de Atención Familiar y Comunitaria. Dirección Asistencial Sur. Gerencia de Atención Primaria. Servicio Madrileño de Salud. <sup>2</sup> Centro Madrid Salud Villaverde. Madrid Salud. Ayuntamiento de Madrid.

[cristinalozano.h@gmail.com](mailto:cristinalozano.h@gmail.com)

### **RESUMEN**

Impulsado por la motivación de residentes de enfermería y medicina, familiar y comunitaria, y con la colaboración conjunta de su Unidad Docente y el Centro Municipal de Salud de Villaverde, los residentes fueron acogidos por éste durante los meses de octubre y noviembre. El objetivo general de esta formación fue mejorar sus competencias en salud comunitaria. Para ello participaron en diversas actividades: proyectos de desarrollo comunitario, investigación-acción participativa con “metodología fotovoz”, mapeo de activos en salud y en espacios de coordinación intersectorial, difusión de actividades comunitarias en medios de comunicación y en jornadas municipales. Posteriormente analizaron con la tutora la adquisición de conocimientos, actitudes y habilidades comunitarias, habiendo logrado los objetivos pactados, lo que reflejaron en un diario de campo. Como resultado, los residentes han adquirido un enfoque más participativo y una visión de las intervenciones comunitarias desde la práctica y con la perspectiva de un trabajo de coordinación intersectorial.

### **ABSTRACT**

Driven by the motivation of residents of nursing and medicine, family and community, and with the collaboration joint of your unit teaching and the Centre Municipal of health of Villaverde, them residents were welcomed by this during them months of October and November. The overall objective of this training was to improve their skills in community health. For this participated in various activities: projects of development community, action research participatory with “methodology PhotoVoice”, mapping of active in health and in spaces of coordination intersectoral, diffusion of activities community in means of communication and in days municipal. Subsequently analysed with the tutor the acquisition of knowledge, attitudes and skills community, having achieved the agreed objectives, which reflected in a field journal. As result, the residents have acquired an approach more participatory and a vision of them interventions community from the practice and with the prospect of a job of intersectoral coordination.

### **PALABRAS CLAVE**

Promoción de la salud, participación comunitaria, redes comunitarias, enfermería en salud comunitaria y atención integral de salud.

Health promotion, consumer participation, community networks, community health nursing and comprehensive health care

### **INTRODUCCIÓN/PRESENTACIÓN**

En 1998 la OMS definió, en su Glosario de términos de Promoción de la Salud, la “Comunidad” como «grupo específico de personas, que a menudo viven en una zona geografía definida, comparten la misma cultura, valores y normas, y están organizadas en una estructura social conforme al tipo de relaciones que la comunidad ha desarrollado a lo largo del tiempo. Sus miembros tienen conciencia de su identidad como grupo y comparten necesidades comunes y el compromiso de satisfacerlas». Por lo tanto, este concepto implica que la salud comunitaria no es la salud de cada una de las personas que componen la comunidad, si no que se trata de la expresión colectiva de su estado de salud, y que este es determinado por la

interacción de entre las características de los individuos, las familias, el medio social, cultural y ambiental, así como por los servicios de salud y la influencia de factores sociales, políticos y globales<sup>1</sup>.

Según De Peray<sup>2</sup> el concepto "Salud comunitaria" también se emplea para referirse al conjunto de estrategias, métodos y actividades orientadas a mejorar el estado de salud de una población definida, ya que la comunidad en sí misma puede ser generadora de salud y enfermedad. Una visión integral de la salud supone que todos los sistemas y estructuras que rigen las condiciones sociales y económicas y el entorno físico, deben tener en cuenta el impacto de sus actividades en la salud y el bienestar individual y colectivo.

Aguilar Idáñez<sup>4</sup> define la "Participación comunitaria" como el proceso social en virtud del cual, grupos específicos, que comparten alguna necesidad, problema o interés y viven en una misma comunidad, tratan activamente de identificar dichos problemas, necesidades o intereses buscando mecanismos y tomando decisiones para atenderlos. En el ámbito de la salud el concepto de participación comunitaria se desarrolló a partir de los años setenta, con la estrategia de la OMS "Salud para todos"<sup>5</sup>, con la que se pretendía reducir las desigualdades, mejorar la salud y la calidad de vida de las poblaciones, y hacer frente así a la crisis del sistema sanitario tradicional. Esta estrategia se basaba en la orientación de los sistemas sanitarios hacia la promoción de la salud, el desarrollo de la atención primaria y la participación comunitaria.

La Atención Primaria es pues una herramienta potencial para dar respuesta a las necesidades sociosanitarias de la comunidad y está en su mano diseñar e implementar estrategias asociativas, incrementar la calidad de vida y el bienestar social, y potenciar la capacidad de las personas y grupos para el abordaje de sus propios problemas, demandas y necesidades. Es por ello que los profesionales especialistas en Familiar y Comunitaria necesitamos formarnos para el desarrollo de las actividades comunitarias<sup>6</sup>. Así lo establece la orden SAS/1729/2010, de 17 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria, según la cual la enfermera Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria «ha de contar con conocimientos profundos sobre la complejidad, tanto de las personas, familias y grupos como de las interacciones que se producen entre ellos. Así mismo, ha de conocer la comunidad en la que ofrece servicios, los recursos disponibles, las diferentes maneras de interactuar entre sus miembros, etc.» Previendo asimismo que esta especialista esté «preparada para intervenir en órganos de salud pública, ya que ella puede identificar elementos en el barrio o en la comunidad que influyen de manera positiva o negativa en la salud de la familia y las personas que la componen, por lo que deberá ser una activa participante de la comunidad en lo que se refiere a programas de salud, incluyendo colegios locales, organizaciones no gubernamentales, grupos de la comunidad, culturales, sociales, religiosos, etc. elaborando una acción comunitaria como un elemento esencial de la Atención Primaria de Salud»<sup>3</sup>.

En el desarrollo de este proceso no podemos olvidar que el protagonismo es de la comunidad. El equipo de Atención Primaria es un recurso más, ya que se trata de un objetivo mucho más amplio que lo sanitario: hablamos de mejorar la calidad de vida desde un enfoque integral biopsicosocial. El equipo sanitario puede ser promotor del proceso de participación comunitaria, pero requiere la alianza del tejido asociativo local, de la ciudadanía no asociada, de la administración y de otros recursos presentes en el territorio. Así según sean recursos educativos, sociales, culturales, de ocio, ... etc. pueden tener un papel más o menos relevante que el sanitario, según los objetivos que pretenda alcanzar la comunidad.

### **OBJETIVOS (DE LA EXPERIENCIA)**

El programa formativo de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria señala en su punto 6 las "Competencias en salud pública y comunitaria"<sup>3</sup>. Para determinar los objetivos planteados se trabajó sobre competencias concretas de este punto:

- Analizar la situación de salud de la comunidad y planificar y desarrollar programas de promoción de la salud comunitaria.
- Planificar y desarrollar programas de educación para la salud en la comunidad.
- Fomentar y gestionar la participación comunitaria.
- Establecer una comunicación efectiva con instituciones, servicios comunitarios y con los diferentes niveles de atención de los servicios de salud.

Así se determinó como objetivo general: mejorar las competencias de los residentes en salud comunitaria mediante experiencias prácticas dentro de la comunidad. Los objetivos específicos, que concretan y dan forma a este objetivo general, se trabajaron en base a diferentes áreas de aprendizaje:

Área cognitiva:

- Conocer técnicas de análisis de la situación de salud de la comunidad
- Analizar algunos programas de promoción de salud comunitaria.
- Identificar las claves metodológicas necesarias para desarrollar intervención comunitaria, fomentando las alianzas con instituciones, entidades y ciudadanía.
- Reconocer la importancia de trabajar de forma conjunta con el resto de recursos de la comunidad.

Área emocional:

- Sentirse parte activa como agente de salud comunitario en la zona donde desarrollan su profesión.
- Percibir al equipo multidisciplinar como necesario para un buen abordaje en la comunidad.
- Adquirir compromiso con los sectores sociales más desfavorecidos por razones de clase social, género, etnia, edad, discapacidad, enfermedad, etc.

Área de habilidades:

- Desarrollar programas de educación para la salud y promoción de la salud comunitaria.
- Establecer una comunicación efectiva con instituciones, servicios comunitarios y con los diferentes niveles de atención de los servicios de salud.
- Gestionar la participación comunitaria.

Con esto se pretendió dotar a los futuros profesionales de atención primaria de una visión holística del individuo, la familia y la comunidad.

## **DESARROLLO**

Impulsado por la motivación de los y las residentes y con a la colaboración conjunta de la Unidad Docente Multidisciplinar de Atención Familiar y Comunitaria de la Dirección Asistencial Sur y el Centro Municipal de Salud de Villaverde, se llevó a cabo una rotación externa en un centro especializado en salud comunitaria.

Los residentes fueron acogidos por el centro durante los meses de octubre y noviembre. Recibieron una formación coordinada durante un mes cada uno, en la que tuvieron la oportunidad de trabajar para la comunidad. Una trabajadora social y una enfermera participaron como colaboradoras docentes, responsables de tutorizar el aprendizaje de los residentes. También colaboraron estrechamente con el resto del equipo del centro, gracias a lo cual los residentes pudieron maximizar su estancia formativa y elegir aquellas actividades comunitarias mediante las cuales pudieran dar respuesta a los objetivos de aprendizaje.

El equipo del centro tiene un funcionamiento de trabajo horizontal en el que distintas categorías profesionales cooperan en las actividades comunitarias, eliminando la jerarquía clásica que se produce en otros equipos sanitarios. Este equipo se conforma por auxiliares administrativos, médicos/as y enfermeras/os especialistas en atención familiar y comunitaria, un médico y una enfermera especialistas en ginecología y obstetricia, y una trabajadora social.

Durante estos meses los residentes tuvieron la oportunidad de participar activamente en numerosas actividades. Para facilitar la comprensión de los distintos ámbitos formativos trabajados hemos agrupado las actividades en categorías.

-Actividades de promoción de la salud:

- Actividades grupales de educación para la salud en el propio centro: alimentación y actividad física, suelo pélvico, deshabituación tabáquica, educación sexual y hábitos saludables en niños y adolescentes)
- Actividades en otros recursos del barrio: en Institutos de Educación Secundaria (IES) sobre hábitos saludables, en asociaciones locales (Taller Nazaret) o en recursos comunitarios públicos con un paseo saludable en una zona habilitada para esta práctica.

- Actividades de participación comunitaria y educación para la salud:

- Conocieron y participaron en el proceso de investigación-acción participativa, en concreto con el uso de la técnica "Fotovoz". Este proyecto, en colaboración con sociólogos investigadores de la universidad de Alcalá de Henares, tenía como objetivo conocer las percepciones de los vecinos de Villaverde Alto sobre los recursos del barrio para la realización de actividad física y ejercicio. Para ello se cedió una cámara de fotos a cada participante con la que debían fotografiar todos aquellos elementos del barrio que para ellos y ellas guardaran relación con la actividad física. Tras la realización de las fotografías se procedió a la discusión grupal acerca de las mismas. Estas discusiones, además de servir como método para la identificación de mapeo de activos en salud, permitieron un proceso de reflexión crítica acerca del barrio y fueron un espacio para el empoderamiento grupal.
- Diagnóstico e intervención en la comunidad:
- Participaron con el equipo del centro en el proyecto de desarrollo comunitario "Diagnóstico comunitario de Villaverde Alto". En él, distintos agentes de esta la comunidad aportan sus visiones acerca del estado y de los problemas de una parte del barrio. Estos diagnósticos parciales se reúnen para formar un diagnóstico conjunto mediante la discusión grupal. En este proceso participaron desde profesionales del ámbito social (servicios sociales, dinamizadores socioculturales, Plan Integral de Convivencia, Servicio de Convivencia Intercultural) o Atención Primaria de Salud, hasta asociaciones vecinales (Asociación Los Hogares, la parroquia del barrio). Posteriormente este diagnóstico se puso en diálogo con las opiniones de los ciudadanos y ciudadanas residentes en el barrio.
  - Proyecto de Intervención Comunitaria Intercultural (ICI). Se trata de un proyecto de intervención comunitaria en el barrio de San Cristóbal. En años anteriores se había realizado una fase de diagnóstico comunitario donde intervinieron más de 20 recursos del barrio. Actualmente el proyecto se encuentra en la fase de intervención, donde el Centro de Madrid Salud colabora organizando una mesa de "Salud Joven" en uno de los institutos del barrio. Los residentes pudieron participar de la programación e implementación de las distintas actividades del ICI.
- Coordinación con otros recursos comunitarios:
- Colaboraron en numerosos en espacios de coordinación intersectorial, tales como, El citado proyecto de desarrollo comunitario en Villaverde Alto.
  - Mesa de la Red de Infancia y Juventud (de nuevo junto a profesionales del Plan Integral de Convivencia);
  - Dinamizadora sociocultural.
  - Profesionales del ámbito educativo de educación secundaria.
  - La mesa de "mapeo de activos en salud".
  - Centro de Atención Integral a la Drogodependencia
  - Participación en jornadas municipales. En este último ámbito, cuatro residentes participaron en la elaboración de dos cortometrajes: junto a las asistentes al taller comunitario "Nazaret" en un caso y junto a la asociación "Las Lideresas" y los usuarios del Centro de Rehabilitación Psicosocial (CRPS) en el otro. Estos cortometrajes se elaboraron con motivo de las Jornadas Artísticas en el Día Mundial de la Eliminación de la Violencia contra las Mujeres y para su elaboración se abordó la construcción del género en nuestra sociedad.
- Difusión comunitaria:
- Tuvieron la oportunidad de realizar la difusión de actividades comunitarias en medios de comunicación, mediante la publicación de dos artículos en el periódico local.

Todas estas actividades se han desarrollado en el marco de la multiculturalidad, la diversidad racial, de etnia y de religión, y basándose en el respeto de la persona y su libertad.

## RESULTADOS

Como método de evaluación y registro, cada residente recogió de forma sistemática la información de las actividades en las que participaba en un diario de campo. A ellas adjuntó reflexiones críticas sobre el aprendizaje logrado. En este diario además se recogieron, junto a las actividades en las que participaban, las impresiones, sensaciones personales y sentimientos despertados en el residente.



El último día de la rotación, cada residente analizó con la colaboradora docente la adquisición de conocimientos, actitudes y habilidades en relación a lo comunitario, repasando los objetivos específicos y detallando con qué actividades se había trabajado cada uno de los objetivos. Además, se repasó la consecución de objetivos para la implantar una posible mejora sobre las competencias propuestas.

En concreto, las técnicas de análisis de la situación de salud de la comunidad las pusieron en marcha durante la metodología de investigación-acción participativa (la técnica de "Fotovoz") y conocieron y desarrollaron las claves del desarrollo participando en la mesa de "mapeo de activos en salud".

Los residentes lograron analizar algunos programas de promoción de la salud comunitaria con su participación activa en los talleres de educación para la salud con metodología grupal que se desarrollaron dentro y fuera del centro.

La identificación de las claves metodológicas necesarias para desarrollar intervención comunitaria las pusieron en práctica con su participación en el proyecto de desarrollo comunitario "diagnóstico comunitario de Villaverde Alto", en el proyecto de Intervención Comunitaria Intercultural de San Cristóbal, asistiendo a las mesas de coordinación intersectorial y participando activamente en la celebración de las Jornadas Artísticas en el Día Mundial de la Eliminación de la Violencia contra las Mujeres.

Con todo esto contaron en todo momento con una perspectiva de fomento de las alianzas con instituciones, entidades y ciudadanía, habiendo logrado los objetivos pactados.

Como conclusión de su paso por el centro comunitario se organizó una sesión creativa donde los residentes realizaron la devolución de la experiencia al equipo, en ella expresaron lo aprendido y sus experiencias personales allí vividas y las devolvieron al equipo de profesionales del centro.

## CONCLUSIONES

Esta experiencia resulta novedosa como rotación optativa en la formación del residente de la especialidad Familiar y Comunitaria, ya que le proporciona un contacto con la comunidad desde un enfoque más participativo y le aporta una visión de las intervenciones comunitarias con la perspectiva de un trabajo de coordinación intersectorial y multidisciplinar.

Permite al residente valorar la importancia del trabajo en equipo con el objetivo común de buscar soluciones para los diferentes diagnósticos de salud de la comunidad. Cada disciplina aporta su perspectiva y compartir ese trabajo es muy enriquecedor a la hora de intervenir en la población.

Como conocedores en primera persona de esta experiencia se anima a aquellos residentes interesados a solicitar esta rotación, ya que, proporciona herramientas para mejorar actitudes y aptitudes en el ámbito comunitario, amplía las claves metodológicas dirigidas a la intervención comunitaria en salud, así como refuerza desempeñar nuestra tarea desde un abordaje biopsicosocial y el enfoque comunitario desde la consulta.

Durante este mes, gracias al entusiasmo del equipo por el que han pasado, ha quedado patente el reconocimiento de la comunidad como núcleo de acción de los cuidados

## BIBLIOGRAFÍA

1. Gofin J, Gofin R. Essentials of global community health. Sudbury, MA: Jones & Barlett Learning; 2010 p. 269.
2. De Peray JL. La medicina (la salud) comunitaria: un reto para la atención primaria. Comunidad. 2000; 3:34. [Consultado 4/1/2010]. Disponible en [http://www.pacap.net/es/publicaciones/pdf/comunidad/3/documentos\\_medicina.pdf](http://www.pacap.net/es/publicaciones/pdf/comunidad/3/documentos_medicina.pdf)
3. Ministerio de Sanidad y Política Social. BOE. Orden SAS/1729/2010, de 17 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria. 2010: 157, p. 57217 a 57250. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2010/06/29/pdfs/BOE-A-2010-10364.pdf>
4. Aguilar Idáñez, M<sup>a</sup> José, (2006). "Participación comunitaria en salud: balance crítico sobre los consejos de salud y otras experiencias participativas en atención primaria". Revista Comunidad nº 9, PACAP. SEMFYC.



5. Organización Mundial de la Salud (OMS) (1987). Los Objetivos de la Salud para Todos. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid.
6. Astray Coloma L. ¿Cómo iniciar un proceso de intervención y participación comunitaria desde un centro de salud? De la reflexión a las primeras intervenciones. Vol 1. Ed 2. Madrid: SemFyC.

**ID229:****INICIANDO LA AYUDA MUTUA EN UN GRUPO DE CUIDADORAS. PRIMERA EXPERIENCIA GRUPAL EIR**

Cristina María Lozano Hernández<sup>1</sup>, Ainoha Amieiro Sánchez<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Unidad Docente Multidisciplinar de Atención Familiar y Comunitaria. Dirección Asistencial Sur. Gerencia de Atención Primaria. Servicio Madrileño de Salud.

[cristinalozano.h@gmail.com](mailto:cristinalozano.h@gmail.com)

**RESUMEN**

La Asamblea Mundial de la Salud de Alma-Ata reconoce la atención primaria en salud como el punto en el que convergen los problemas sanitarios de la comunidad y donde se deben resolver; en 1970 surgen en EEUU y Europa grupos de ayuda mutua como respuesta a la falta de cobertura de la atención primaria en salud.

Mediante un grupo de ayuda mutua (GAM), dirigido a mujeres cuidadoras de personas dependientes y con necesidades de apoyo psicológico y social por este rol, se persigue ofrecer recursos personales que permitan desempeñar su rol en las mejores condiciones.

La falta de tiempo en consulta junto con la necesidad de escucha activa y consejo dificulta la asistencia que necesita este colectivo. Es por esto que este GAM ha constituido una red de apoyo y un punto de encuentro social para estas personas al mismo tiempo que una primera experiencia EIR en la educación grupal.

**ABSTRACT**

The Assembly world of the health of Alma-Ata recognizes the attention primary in health as the point in which converge them problems health of the community and where is must resolve; in 1970 arise self-help groups as a response to the lack of coverage of primary health care in the U.S. and Europe.

Through a mutual support group (GAM), addressed to women caregivers of dependents and with needs of psychological and social support for this role, is intended to offer personal resources allowing to play its role in the best conditions.

The lack of time in consultation together with the need of listen active and Council hinders the assistance that need this collective. This is why that this GAM has formed a support network and a point of social contact for these people at the same time that a first RIL group education experience.

**PALABRAS CLAVE**

Dependencia, cuidadores, capacitación, grupos de autoayuda, terapia de relajación.

Dependency, caregivers, training, self-help groups, relaxation therapy.

**INTRODUCCIÓN/PRESENTACIÓN**

Durante los siglos XIX y XXI los avances en el campo de la tecnología y de la ciencia han supuesto importantes cambios en la pirámide poblacional de los países desarrollados, reflejando un importante envejecimiento de la población.

Así, en 2010 la población europea de más de 64 años de edad suponía un 17,4% del total, y la mayor de 80 años un 4,7%. Estas proporciones se espera que aumentarán en 2050, según Eurostat, hasta un 30,8% y un 11,2% respectivamente<sup>1</sup>.

Este cambio se ha visto propiciado por el aumento de la esperanza de vida, el descenso de la natalidad y la baja mortalidad. Así como por los avances de la medicina que han dado lugar a la curación de enfermedades y aumento en la prevalencia de enfermedades crónicas.

Traducido al ámbito sociosanitario, esto lleva a nuestra sociedad hacia un aumento del número de personas dependientes que requieren cuidados de larga duración y que presentan necesidades de asistencia durante la mayor parte del día. Nos encontramos así con que cronicidad y dependencia son dos

conceptos relacionados y con una importancia creciente en el panorama sociosanitario de España, y en general en los países occidentales.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que “la dependencia es la limitación en la actividad para realizar algunas actividades claves y que requiere una ayuda humana que no se necesitaría de forma acostumbrada para un adulto sano” y que “es dependiente la persona que no es completamente capaz de cuidar de sí misma, de mantener una alta calidad de vida, de acuerdo con sus preferencias, con el mayor grado de independencia, autonomía, participación, satisfacción y dignidad posible”.

Esta realidad impone grandes retos y nuevas necesidades a toda la sociedad por lo que ha aumentado la necesidad de cuidados de larga duración, que constituyen el sistema de actividades llevadas a cabo por cuidadores informales (familia, amigos o vecinos) o profesionales (sanitarios, sociales u otros), o ambos, para conseguir que una persona que no sea totalmente capaz de cuidar de sí misma mantenga la mejor calidad de vida posible, de acuerdo con sus preferencias individuales, con el mayor grado posible de independencia, autonomía, participación, realización personal y dignidad humana (OMS).

Surge así la figura del “cuidador principal”. Que es quien asume la carga y responsabilidad principal de los cuidados de la persona dependiente. Habitualmente suele ser mujer, familiar directo del receptor de los cuidados (esposa, hija, ...), de una media de edad de 50 años.

Esta persona suele abandonar sus intereses, sus relaciones sociales, a veces su trabajo y en definitiva sus propias necesidades, estableciendo con el enfermo cuidado una relación de dependencia, lo que suele desembocar en el llamado “síndrome de sobrecarga al cuidador” y por lo que en nuestras consultas de atención primaria observamos cómo aumentan los diagnósticos enfermeros “riesgo de cansancio de rol de cuidador” y “cansancio del rol de cuidador” en mujeres de mediana edad<sup>2</sup>.

La prevalencia de este síndrome suele encontrarse entre el 40 y el 70% de la población cuidadora de personas dependientes<sup>3,4,5</sup> existiendo factores que predisponen a su desarrollo como la presencia de enfermedad mental en la persona cuidada, la edad y nivel de estudios del cuidador, su grado de conocimientos sobre el cuidado o la ausencia de apoyos tanto informales como institucionales.

La Asamblea Mundial de la Salud de Alma-Ata reconoce la atención primaria en salud como el punto en el que convergen los problemas sanitarios de la comunidad y donde se deben resolver. Partiendo de esta premisa, y teniendo en cuenta que la persona cuidadora presenta muchos síntomas físicos, psicológicos y emocionales como trastornos y dolores osteomusculares, ansiedad e insomnio, dolor de cabeza, síntomas depresivos y/o abuso de sustancias como café, alcohol, tabaco y ansiolíticos/hipnóticos<sup>6</sup>, lo más pertinente es su abordaje en consulta. Esto se fundamenta en que se trata de una población de especial vulnerabilidad y susceptible de intervención en todos los escalones de prevención:

-Prevención primaria: evitando la aparición de los síntomas en el cuidador.

-Prevención secundaria detectando precozmente su aparición (Escala Zarit, el Caregiver Stress Test y el Índice de Esfuerzo del Cuidador).

-Prevención terciaria una vez detectado la aparición del síndrome del cuidador podremos intervenir para evitar su progresión y ofrecerle apoyo.

En nuestro centro de salud se observó que eran muchas las mujeres que cumplían este perfil y que acudían a consulta con este tipo de sintomatología relacionada con su rol de cuidadora. La frecuente expresión de sus sentimientos y circunstancias unida a la necesidad de escucha activa y consejo obliga al profesional a alargar el tiempo de consulta, lo que muchas veces resulta improductivo para el resto de pacientes.

Es por esto que surge la idea de crear un “grupo de ayuda mutua” (GAM) y así ofrecer un recurso de apoyo periódico a estas personas.

Se puede decir que un grupo de ayuda mutua (GAM) es un conjunto de personas que comparten un problema común y un espacio, en el que establecen una relación en la que unos y otros se apoyan recíprocamente para superar dicha situación. Se basa en la idea de que cuando una persona ayuda a los demás se está ayudando a sí misma y a identificar sus aspectos más relevantes y positivos, al mismo tiempo que desarrolla un sentimiento de pertenencia de grupo<sup>7</sup>.

Mediante la creación de este grupo se pretende capacitar a las mujeres tanto en su papel de cuidadoras de la persona dependiente como en el de cuidadoras de sí mismas. En este espacio compartido se pretende crear una interacción que favorezca el empoderamiento del grupo, y dotar así a las usuarias de las herramientas adecuadas para manejar sus obstáculos de forma más eficaz.

## **OBJETIVOS (DE LA EXPERIENCIA)**

Objetivo general: dotar al grupo de recursos personales que les permita desempeñar su rol de cuidador en las mejores condiciones, para ellos y para las personas a quienes prestan cuidados. Objetivos específicos según áreas abordadas:

**Área cognitiva:**

Facilitar e intercambiar información sobre el cuidado y los recursos para personas en situación de dependencia y/o cuidadoras:

- Describir los cuidados generales en personas dependientes
- Conocer y poner en práctica las claves de la comunicación asertiva.
- Explicar el acceso a recursos sociales en función del nivel del grado de dependencia, trámites para su reconocimiento y compatibilidad con otras prestaciones.

**Área afectiva:**

-Ofrecer un entorno seguro en el que las cuidadoras puedan expresar inquietudes y obtener contención emocional:

- Reflexionar sobre la importancia de cuidarse a uno mismo
- Compartir sentimientos y experiencias con personas que se encuentran en una situación similar.
- Sentir pertenencia de grupo.

**Área de habilidades:**

-Promover la organización de actividades sociales entre cuidadoras de personas en situación de dependencia.

- Crear un lugar de encuentro para romper el aislamiento individual.
- Practicar técnicas de relajación
- Intercambiar apoyo con el resto de miembros del grupo.

## **DESARROLLO**

Como resultado de un equipo de trabajo constituido por dos residentes de enfermería familiar y comunitaria de primer año en un centro de salud surge un proyecto de intervención grupal dirigido a mujeres de edades comprendidas entre 45-70 años cuidadoras de personas dependientes. Como criterios de inclusión se estableció: que se detectasen necesidades de apoyo psicológico y social por este rol, y que se pudieran beneficiar de un espacio de apoyo grupal. La presencia de alteraciones cognitivas o neurológicas que dificulten la comprensión y el funcionamiento del grupo constituyó un criterio de exclusión.

La captación se realizó por medio de carteles que se colocaron por el centro de salud y por medio de los profesionales sanitarios en la propia consulta. Con la implicación de la Unidad Administrativa que creó un listado online para poder incluir a los interesados.

Una vez cerradas las fechas en las que tendría lugar, se contactó con los posibles participantes por vía telefónica. Durante esta primera entrevista telefónica se indagó sobre su perfil como cuidador y sobre sus inquietudes y expectativas puestas en el grupo. Además, se les reiteró la información a cerca de en qué consistía el grupo, junto con información del horario y lugar de las sesiones a aquellos que cumplían criterios de inclusión y que deseaban participar.

Se pretendía crear un grupo de entre 15-12 personas, por lo que fueron captadas 20 personas para iniciarlo.

Tuvo lugar en un aula amplia y luminosa del mismo centro de salud, dotada de ordenador, internet, cañón, pizarra, sillas y colchonetas. Como material adicional para las dinámicas grupales utilizamos: folios, lápices, gomas, pegatinas y globos.

Se estableció un diseño de 6 sesiones de 120 minutos cada una con periodicidad semanal. Cada sesión constaba de cuatro partes:

- Apertura: saludo y acogida (20 min)
- Contenidos: se explica la temática por medio de técnicas y dinámicas grupales (20 min)
- Espacio reflexivo: exposición de vivencias en base a los contenidos tratados y ayuda mutua (45 min)
- Relajación grupal (35 min)

Los contenidos se trabajaron mediante lección participada como método expositivo. Fueron a cerca de los cuidados a la persona dependiente y sobre todo hacia uno mismo: necesidades básicas de la persona cuidada, la salud del cuidador, rol y autoestima, asertividad y límites, salud emocional y relaciones sociales, y recursos para el cuidador.

Se abordaron diferentes ámbitos para lograr competencias cognitivas, emocionales y habilidades, dando todo el protagonismo a la ayuda mutua y a la interacción grupal. Para ello se emplearon técnicas grupales como: lluvia de ideas, charla-coloquio, cuestionario, demostración con entrenamiento, rol-playing, ... Cada sesión finalizó con un taller de relajación colectiva, en cada uno de ellos se fue progresando en el entrenamiento de la relajación partiendo desde un nivel muy básico.

## RESULTADOS

De los 20 participantes que se captaron en un primer momento asistieron a la primera sesión 14 y finalizaron el grupo 11 participantes, con una media de asistencia de 13 personas. El registro de la asistencia de cada sesión se contabilizó mediante un registro nominal.

El documento de trabajo del profesional que realizó el papel de observador consistió en un formulario en el que recogía los recursos estructurales, sobre la adecuación de los contenidos y de las técnicas educativas utilizadas, el rol del educador, la dinámica grupal detallando el grado de participación y el clima grupal, otras observaciones y por último la toma de decisiones para mejorar en sucesivas sesiones.

La memoria del proyecto educativo recogió lo realizado durante toda la actividad educativa y se realizó al finalizar el grupo. En él se plasmó el proceso y los resultados obtenidos, lo que ha servido de herramienta para evaluar el trabajo realizado y así mejorar sucesivas ediciones de este taller. También ha agilizado la adopción de medidas correctoras lo que ha propiciado incluir temas que resultaban interesantes para las participantes y adecuar muchas dinámicas al interés del grupo. Es por esto que se decidió incluir una sesión de risoterapia no prevista, debido a que el grupo lo solicitó expresamente y se vio que podía ser beneficioso llevarla a cabo.

Al finalizar el proyecto se pasó a todas las participantes una encuesta de satisfacción. Esta reflejó que el 81% afirmó que el grupo le sirvió de ayuda en su día a día como cuidadora de una persona dependiente; el 72% reconoció haber realizado modificaciones en su vida a partir de lo adquirido en el taller; y el 100% de los encuestados lo recomendaría a otras personas.

Por necesidad y demanda del grupo se añadió una sesión de risoterapia final.

## CONCLUSIONES

La puesta en marcha de un Grupo de Ayuda Mutua en un Centro de Salud puede resultar una iniciativa interesante por diferentes motivos. En primer lugar, se trata de una dinámica de trabajo que se aleja de las tradicionales formas de abordar en grupo y que resta protagonismo al profesional sanitario, centrándose en el paciente y lo más importante: en apoyo del grupo hacia éste. La progresión de cada sesión, va a depender en gran medida de las necesidades particulares de cada grupo, por lo que, si bien se puede establecer un esquema de aspectos generales a tratar, la dinámica y contenido grupal va a estar muy condicionada por los intereses y necesidades de los integrantes del grupo en su conjunto.

El desarrollo de proyectos grupales como éste no supone un elevado coste para el sistema sanitario a nivel de recursos materiales, pero sí un elevado esfuerzo profesional que requiere necesariamente preparación y motivación por parte de los profesionales implicados. Del mismo modo, sería necesario a nivel institucional, facilitar a los profesionales el tiempo necesario y el ajuste adecuado de sus agendas además de la formación adecuada para que tengan recursos en manejo de este tipo de grupo.

De esta experiencia concreta hay que recalcar que fue un proyecto diseñado y llevado a cabo por residentes de primer año de enfermería familiar y comunitaria, que, aunque contaban con la formación metodológica adecuada se trataba del primer grupo de educación para la salud que llevaban a cabo. El hecho de que se diese más protagonismo a la ayuda mutua y el tipo de población a la que se dirigía suponía un reto ya que presentaban una alta carga emocional. Con todo esto se concluyó de forma muy satisfactoria tanto para las residentes como para los usuarios del taller.

## BIBLIOGRAFÍA

- European Commission. Demography report 2010 - Older, more numerous and diverse Europeans (monografía en Internet). Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2011 (acceso el 8 de mayo de 2013). Disponible

en: [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/productdetails/publication?p\\_product\\_code=KE-ET-10-001](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/productdetails/publication?p_product_code=KE-ET-10-001).

- North American Nursing Diagnosis Association (NANDA International). Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2015-2017. Madrid: Elsevier; 2015.
- Álvarez-Tello M, Casado-Mejía R, Ortega-Calvo M, Ruiz-Arias E. Sobrecarga sentida en personas cuidadoras informales de pacientes pluripatológicos en una zona urbana. *Enfermería Clínica*. 2012;22(6):286-92.
- Gil-García E, Escudero-Carretero M, Prieto-Rodríguez MA, Frías-Osuna A. Vivencias, expectativas y demandas de cuidadoras informales de pacientes en procesos de enfermedad de larga duración. *Enferm Clin*. 2005;15(4):220-6.
- Péculo-Carrasco JA, Rodríguez-Bouza M, Casal-Sánchez MM, Rodríguez-Ruiz HJ, Pérez de los Santos OC, Martín-Tello JM. Cansancio del cuidador informal en la asistencia sanitaria urgente extrahospitalaria. *Tempus Vitalis* 2006;6(1). Disponible en URL: <http://www.tempusvitalis.com/descargas/articulos/2005vol5num2/3proyecto52.pdf>
- Rodríguez A. Sobrecarga en Cuidadores de Enfermos de Alzheimer (monografía en Internet). 2005 (acceso el 16 de mayo de 2013). Disponible en: <http://www.psicologia-online.com/colaboradores/delalamo/alzheimer.shtml>.
- Federación andaluza de asociaciones de usuarios/as de salud mental. Guía de apoyo para el moderador de grupos de ayuda mutua. [http://www.1decada4.es/pluginfile.php/285/mod\\_label/intro/GUIA\\_MODERADOR\\_GRUPOS\\_AYUDA\\_MUTUA.pdf](http://www.1decada4.es/pluginfile.php/285/mod_label/intro/GUIA_MODERADOR_GRUPOS_AYUDA_MUTUA.pdf)
- López Gil MJ, Orueta Sánchez R, Gómez-Caro S, Sánchez Oropesa A, Carmona de la Morena J, Alonso Moreno FJ. El rol de Cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su Calidad de Vida y su Salud. *Rev. Clínica Med. Fam*. 2009;2(7):332-9.
- J.F. González. Procedimientos de relajación. Madrid: Editorial EOS; 1992; 6ª edición.
- Dueñas E, Martínez MA, Morales B, Muñoz C, Viáfara AS, Herrera JA. Síndrome del cuidador de adultos mayores discapacitados y sus implicaciones psicosociales. *Colomb Med* 2006;37(2, Supl.1):31-8.
- Castellvi E. Taller práctico de risoterapia. Barcelona: editorial Alba; 2010.

**ID253:****TALLER DE DILUCIONES DE FÁRMACOS PARA RESIDENTES DE MEDICINA Y ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA EN LA UNIDAD DOCENTE DE LAS PALMAS**

Omayra Déniz Montesdeoca<sup>1</sup>, Mónica Díaz García<sup>2</sup>, María Najib Betancor Berrouhou<sup>3</sup>, Leticia Verona Suárez<sup>4</sup>, Natalia Mokina<sup>5</sup>, Carmelo Javier Hernández Castellano<sup>6</sup>.

1, 2, 3, 4, 5 y 6.- Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria Las Palmas Norte y Sur.  
[Omayrita\\_dm@hotmail.com](mailto:Omayrita_dm@hotmail.com)

**RESUMEN**

Las Jornadas de Residentes de Medicina y Enfermería Familiar y Comunitaria que se celebran anualmente por la Unidad Docente Multiprofesional de Medicina y Enfermería Familiar y Comunitaria desde hace doce años, ha supuesto el escenario ideal para llevar a cabo un taller sobre dilución y administración de fármacos de urgencia.

El taller, que ha sido impartido por los EIR de primer año, siendo la mayoría de los asistentes MIR de tercer y cuarto año, ha constado de 6 estaciones, cada una destinada a un fármaco y caso clínico concreto. A través de este taller constatamos la carencia existente en cuanto a manejo de medicación de urgencia, siendo la valoración de los asistentes positiva, por lo novedoso y útil del tema.

**ABSTRACT**

The Seminar of family and community Medical and Nursing residents held annually by the Multiprofessional Teaching Unit of Family and Community Medicine and Nursing for the last twelve years has provided the ideal place for conducting a workshop on the dilution and administration of urgency drugs.

The workshop, which has been taught by the first year EIR, with the majority of the third and fourth year MIR attendees, consisted of 6 stations, each one destined for a drug and a specific clinical case. Through this workshop we verified the existing lack of urgency medication management, and the assessment of the attendees was positive, because of the novelty and usefulness of the topic.

**PALABRAS CLAVE**

Medicación, técnicas de dilución, administración, urgencias, formación.

Medication, dilution techniques, administration, emergencies, education continuing.

**INTRODUCCIÓN/PRESENTACIÓN**

En nuestra práctica habitual nos encontramos en situaciones que sobrepasan al personal enfermero. En determinadas ocasiones, éste puede precisar ayuda del equipo médico, y si a ello le añadimos la escasa formación que se detecta en el colectivo médico en algunas ocasiones en cuanto a la dilución y administración de fármacos por vía parenteral, la conveniencia de este taller se hace patente.

**OBJETIVOS (DE LA EXPERIENCIA)**

**Objetivo general:** Adquirir conocimientos y habilidades en la administración de los fármacos más utilizados en urgencias de atención primaria por vía parenteral.

**Objetivos específicos:**

- Reconocer la presentación de los distintos fármacos.
- Adquirir la habilidad de diluir la medicación previa administración.
- Adquirir la habilidad de administrar la medicación por vía venosa con llave de tres pasos.

**DESARROLLO**

Se llevó a cabo un taller práctico, previa inscripción voluntaria, en el cual los participantes eran principalmente residentes de medicina familiar y comunitaria de tercer y cuarto año. Este taller se celebró



en el contexto de las XII Jornadas de Residentes de Medicina y Enfermería de Atención Familiar y Comunitaria de Las Palmas. La Unidad Docente nos propuso participar en las mismas, y decidimos abordar este tema, por la relevancia que tiene el mismo en la práctica diaria.

Para empezar, se hizo una introducción donde se explicaba la justificación de dicho taller y la metodología que se iba a emplear, mediante presentación Power Point.

Seguidamente se dividió a los 21 asistentes en 6 grupos (estaciones), cada uno de ellos liderado por uno de los Enfermeros Internos Residentes de primer año, donde se trabajó un caso práctico con cada uno de los fármacos seleccionados: nitroglicerina, morfina, midazolam y mioflex, diazepam, salbutamol y adrenalina en pediatría, naloxona, flumazenilo, furosemida, hidrocortisona, diclofenaco, tramadol y metamizol.

Imagen 1

## CLORURO MÓRFICO

- AMPOLLA 1% 10mg/1ml
- AMPOLLA 2% 20mg/1ml

**INDICACIONES EN URGENCIAS:**

- DOLOR SEVERO
- INFARTO DE MIOCARDIO
- EDEMA AGUDO DE PULMÓN

- **DOSIS INICIAL** → **BOLO IV de 2 – 10 mg** → SE NECESITA **DILUIR**

¿CÓMO DILUIAMOS? Lo más sencillo es preparar una dilución la cual contenga **1mg/ml**. Para ello, se procede a cargar una ampolla de 1% (10mg/ml) y se añade 9cc de SF. De tal forma que:

**10mg ..... 1ml (ampolla) → 1ml + 9 ml SF = 10ml (dilución) = 10mg/10ml = 1mg/cc**

**NOTA:** Si se utilizara una ampolla 2% (20mg/1ml), se necesitaría diluir con 19cc de SF si se cogiera la ampolla entera (20mg/20ml), o con 9cc de SF si se cogiera mitad de ampolla 0.5ml (10mg/10ml)

- **DOSIS DE MANTENIMIENTO** → **Perfusión continua de 1 – 5 mg/h** → SE NECESITA UNA **BOMBA DE PERFUSIÓN**

¿CÓMO DILUIAMOS? Preparar igualmente una dilución la cual contenga 1mg/ml, pero esta vez en mayor cantidad de SF, por ejemplo, 100cc ... Para ello, cargamos 10 ampollas 1% en 100cc SF (100mg/100cc)

- **EFFECTOS ESPERADOS:** hipotensión, depresión respiratoria, bradicardia, náuseas, sedación, coma, miosis.
- **CUIDADOS:** Control FC, FR, TA, Sat O2, diuresis. Utilizar dosis menores en ancianos.
- **ANTÍDOTO:** Naloxona

**PEDIATRÍA:** **0,1 mg/kg** → Preparar la misma dilución (1mg/cc) y después administrar en función del peso:

5 kg = 0.5 cc	10kg = 1cc	15kg = 1.5cc	20kg = 2cc	25kg = 2.5cc	30kg = 3cc	35kg = 3.5cc
---------------	------------	--------------	------------	--------------	------------	--------------

Imagen 2

## NITROGLICERINA (Solinitrina)

- **AMPOLLA: 5mg/5 ml; 50mg/10ml**

**INDICACIONES EN URGENCIAS:**

- ❖ IAM, EAP, ICC
- ❖ DOLOR ANGINA
- ❖ CONTROL RÁPIDO DE TA EN CX CARDIACA

- **DISOLUCIÓN EN BOLO:** Coger 1 mg de NTG de la ampolla (1ml) + 9 cc de SF. De manera que la dilución se quede **100 mcgr/cc**. Administrar en bolo muy lento (1ml en al menos 30 seg)
- **DISOLUCIÓN EN PC:** Coger 4 ampollas (20 mg) y diluir en 100cc de SG al 5% de cristal con sistema opaco. **Antes de cargar habria que retirar 20 ml de suero.** La concentración máxima recomendada en de 400 mcgr/ml.  
DOSIS MINIMA: 0,3 mg/h DOSIS MAXIMA: 4 mg/h → en sujetos de 70 Kg de peso
- **EFFECTOS ESPERADOS:** Potente vasodilatador arterial y venoso, hipotensión, disminución de precarga, gasto cardiaco y PVC.
- **CUIDADOS:** Monitorizar constantes, control de la TA, en PC siempre por bomba, vigilar efectos secundarios
- **EFFECTOS SECUNDARIOS:** Cefaleas, rubor, mareo, debilidad, nauseas, vómitos, palpitaciones, taquicardia., rush .

Imagen 3

## ADRENALINA

- Ampolla: 1mg/1ml

**INDICACIONES EN URGENCIAS:**

- SHOCK ANAFILÁCTICO
- PCR

DOSIS SHOCK ANAFILÁCTICO	Pediatría	Adulto
Intramuscular	0,01 mgr/kg <b>máx 0,3 mgr</b> (repetible a los 5-10 minutos, si es necesario)	0,3-0,5 mgr (repetible cada 10-15 minutos, si es necesario)
Intravenosa	0,01 mgr/kg <b>máx 0,3 mgr</b> (repetible cada 10-15 minutos, si es necesario) Se necesita →DILUIR	0,1-0,25 mgr (repetible cada 5-15 minutos, si es necesario) Se necesita →DILUIR

¿Cómo diluimos? Lo más sencillo es preparar una dilución la cual contenga **0,1mg/ml**. Para ello, se procede a cargar una ampolla (1mg/ml) y se añade 9cc de SF. De tal forma que:

**1mg ..... 1ml (ampolla) → 1ml + 9 ml SF = 10ml (dilución) = 1mg/10ml = 0,1mg/cc**

DOSIS PCR	Pediatría	Adulto
Intravenosa	0,01mgr/kg (repetible cada 3-5 min, si es necesario)	1mg (repetible cada 3-5 minuto, si es necesario)

**EFFECTOS ADVERSOS:** vasoconstricción periférica, hipertensión, hemorragia cerebral, edema pulmonar, taquicardia, bradicardia refleja, arritmia cardiaca, angina de pecho y palpitaciones. En raras ocasiones se presenta mareo, anorexia, náuseas y vómitos.

**CUIDADOS:** Control FC, FR, TA y Sat O2.

Imagen 4

## SALBUTAMOL

- Comprimidos de 2 y 4 mg. Comprimidos retard de 4 y 8 mg
- Jarabe de 2 mg/5ml.
- Aerosol de 100 mcg/puls,
- Solución inhalatoria al 0,5%
- Viales monodosis de 2,5mgr/5mgr

**INDICACIONES HABITUALES:**

- PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO sintomático del broncoespasmo en ASMA BRONQUIAL

	Pediatría	Adulto
Dosis nebulizada	0,15 mg/kg + 4 ml SSF <b>máx 5 mg</b>	2,5mgr-5mgr + 4 ml de SSF

**Nota:** por lo general, se suelen realizar varias tandas, con un intervalo de 20min entre ellas. El flujo de O2 suele establecerse entorno a los 6-10 l de O2.

**EFFECTOS ADVERSOS:** Palpitaciones, dolor de cabeza, temblor de manos e hiperactividad (en los niños).

**CUIDADOS:** Control FC, FR, TA y Sat O2.

Imagen 5



### MIDAZOLAM

#### INDICACIONES EN URGENCIAS:

- ❖ SEDACIÓN
- ❖ INDUCCIÓN DE ANESTESIA

AMPOLLA: **15mg/3ml**, 5mg/3ml, 50mg/10ml

- **DOSIS INICIAL:** Bolo IV 0.03-0.4mg/kg, **previa disolución**
- **DISOLUCIÓN EN BOLO:** 1 amp (3 cc) + 12 cc de SF, la dilución se quede **1mg/cc**. Inicio: 2 -3 min.
- **DOSIS DE MANTENIMIENTO:** Perfusión continua 0.03-0.4mg/kg/h.
- **EFFECTOS ESPERADOS:** disminución de nivel de conciencia, anestesia.
- **CUIDADOS:** Control de constantes, vigilar efectos secundarios.
- **EFFECTOS SECUNDARIOS:** confusión, alucinaciones, amnesia anterógrada, hipotensión, taquicardia, depresión respiratoria, hipo, nauseas, vómitos.

### SUXAMETONIO, CLORURO (MIOFLEX®)

#### INDICACIONES EN URGENCIAS:

- ❖ INTUBACIÓN TRAQUEAL
- ❖ BLOQUEO NEUROMUSCULAR

AMPOLLA: **100mg/2ml**, 500mg/10ml

- **DOSIS INICIAL:** Bolo IV 1mg/kg, **previa disolución**
- **DISOLUCIÓN EN BOLO:** 1 amp (2 cc) + 8 cc de SF, de manera que la dilución se quede **10mg/cc**. Inicio: 30-60 seg. Duración: 5-15 min.
- **DOSIS DE MANTENIMIENTO:** Perfusión continua como solución al 0,1% (1mg/ml) ó 0,2% (2mg/ml).
- **EFFECTOS ESPERADOS:** parálisis de músculo esquelético de corta duración.
- **CUIDADOS:** Sedación previa. Control de constantes, vigilar efectos secundarios. Conservar refrigerado, entre 2-8 ºC
- **EFFECTOS SECUNDARIOS:** bradicardia, arritmias, taquicardia, hipertensión, hipoventilación, apnea, broncoespasmo, fasciculaciones, dolor muscular, elevación PIO, PIC, presión intragástrica, salivación, mioglobinemia, hiperpotasemia.

Imagen 5

### DIAZEPAM (VALIUM)

**Presentación:**  
10 mg/2 mL (IV)  
5 mg y 10 mg (rectal)

**Dosis:**  
- Convulsiones febriles en <1 año y convulsiones epilépticas:  
Rectal 0,2-0,5 mg/kg/día. En ancianos e IH 5 MG/DÍA.  
**Dosis máxima:** 5 mg en < 5 años, 10 mg en > 5 años.  
- Status epiléptico:  
0,15-0,25 mg/kg IV repetidos con intervalos de 10-15 minutos, si es necesario. **Máximo 3 mg/kg/día.**

**Dilución:** ampolla 10 mg en 2 ml  
2 ml diazepam + 8 ml SF ➡ 1 mg/ml  
1 ml diazepam + 4 mL SF ➡ 1 mg/ml  
En infusión continua, 2 ml diazepam + 200 ml NaCl en botella de cristal.

**Reacciones adversas:**  
Somnolencia, embotamiento afectivo, reducción del estado de alerta, confusión, fatiga, cefalea, debilidad muscular, hipotensión, ataxia o diplopía, estreñimiento, náuseas, sequedad de boca o hipersalivación, amnesia, depresión, reacciones psiquiátricas y paradójicas, depresión respiratoria.

**Antídoto:** Flumazenilo.

**Cuidados:**  
- Vigilar TA, SatO<sub>2</sub>, dinámica respiratoria.  
- Decúbito supino al menos 1 hora tras la administración. Equipo y material de resucitación.

**INDICACIONES EN URGENCIAS**

- ✓ Convulsiones febriles
- ✓ Status epiléptico

Imagen 6

Fármaco	Presentación	Modo de administración
Adenosina (Adenocor <sup>®</sup> )	6mg/2ml	Bolo IV rápido sin diluir, lavar vía con SF.
Adrenalina	1mg/ml	Bolo IV directo, diluir el contenido en 10ml (1+ 9 ml SF). Se administra también IM o SC sin diluir.
Amiodarona (Trangorex <sup>®</sup> )	150mg/3ml	IV: Diluir en 250ml SG5% en 20 min. PCR: Bolo IV 10-20 ml SG5% en 3-5 min.
Atropina	1mg/ml	IV: Bolo directo sin diluir.
Cloruro Potásico	20mEq/10ml	IV: Nunca en bolo, diluir previamente en 500ml SF, velocidad de perfusión no mayor a 20mEq/h. No mezclar, Nunca IM o SC.
Dexclorfeniramina (Polaramine <sup>®</sup> )	5mg/ml	IV: Bolo IV directo sin diluir. También IM.
Diazepam (Valium <sup>®</sup> )	10mg/2ml	Bolo IV directo sin diluir de 5-10 mg durante 2-3 minutos repetible cada 3-4 horas. También IM.
Diclofenaco (Voltaren <sup>®</sup> )	75mg/3ml	IV: La presentación no recomienda la vía IV. Vía IM, no mezclar.
Flumazenilo (Anexate <sup>®</sup> )	0,5mg/5ml	Bolo IV de 0,3 - 0,5 mg durante 2 min y repetible cada 2 min hasta conseguir efecto deseado o alcanzar dosis máxima de 2 mg.
Furosemida (Seguril <sup>®</sup> )	20mg/2ml	Bolo IV de 20 - 40 mg en 3-5 min sin diluir.
Hidrocortisona (Actocortina <sup>®</sup> )	100mg/ml	IV: Diluir en 50ml SF o SG5% en 5 min. También IM
Metamizol (Nolotil <sup>®</sup> )	2g/5ml	IV: Diluir en 100ml SF durante 10min. También IM.
Metilprednisolona (Urbason <sup>®</sup> )	20mg/ml 40mg/2ml	Bolo IV lento sin diluir durante 2 minutos, o diluir en 50 ml SF. También vía IM.
Naloxona	0,4mg/ml	Bolo IV 0,4 mg repetible cada 2 - 3 min. También IM y SC.
Tramadol	100mg/2ml	IV: Diluir en 100ml SF durante 10-15 min. También IM y SC. No mezclar diazepam ni diclofenaco.

Fármacos que se deben diluir en SG5%	Amiodarona, anfotericina b, flecainida, haloperidol, nitroprusiato, noradrenalina, zidobudina.
--------------------------------------	--

Fármacos que se deben diluir solo en SF	Amoxicilina, ácido clavulánico, dihidralazina, eritromicina, estreptomina, fenitoína, hidralazina, hierrosacarosa, infliximab, somatostatina.
---	---

La duración en cada estación era de 10 minutos, y después rotaban a la siguiente, pasando de este modo por todas las estaciones.

Una vez explicado el fármaco, se procedía a la dilución del mismo y la administración por llave de tres pasos.

## RESULTADOS

Se llevó a cabo una evaluación cualitativa sobre la satisfacción con respecto al taller y la temática impartida preguntándose a los asistentes y organizadores. La valoración general fue que resultó novedoso y útil para la práctica diaria asistencial.

## CONCLUSIONES

1. Consideramos que estas Jornadas representaban la oportunidad ideal para tratar este tema tan cercano, pero a la vez tan desconocido en nuestra práctica diaria.
2. Se constató nuestra sospecha en cuanto a la carencia de formación en esta área verbalizada por los propios residentes de medicina.
3. Con la impartición de este taller pretendíamos que estas nuevas habilidades sirvieran de guía para futuras situaciones.
4. Se considera un tema bastante novedoso por su impartición hacia el colectivo médico dado que esta labor suele ser desempeñada por enfermería.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Manual de Procedimientos y técnicas de enfermería en Atención Primaria. Consejería de sanidad. Gerencia de Atención Primaria, Área de Salud de Gran Canaria. Las Palmas de Gran Canaria; 2016.
2. Asociación Española de Pediatría en Atención Primaria. Guía rápida de dosificación pediatría. Diazepam rectal e IV [Internet]. [Consultado 4 Dic 2016]. Disponible en: <http://www.aepap.org/biblioteca/guias>
3. Comité de Medicamentos de la Asociación Española de Pediatría. Adrenalina [Internet]. Pediamécum; 2015 [Consultado 5 de Dic 2016]. Disponible en: <http://www.pediamecum.es>
4. Guía Rápida de Dosificación en Pediatría, Salbutamol nebulizado [Internet]. 2014 [Consultado 4 Dic 2016]. Disponible en: <http://www.guiafarmapediatrica.es/vademecum/antiasmaticos-brocodilatadores-camaras-de-inhalacion/antiasmaticos-de-urgencias/salbutamol>
5. Monsieurs KG, et al. Recomendaciones para la Resucitación 2015 del Consejo Europeo de Resucitación (ERC) [Internet]. 2015 [Consultado 30 Nov 2016]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.resuscitation.2015.07.038>
6. Ficha Técnica Morfina. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios [Internet]. 2015 [Consultado 1 Dic 2016]. Disponible en: [https://www.aemps.gob.es/cima/pdfs/es/ft/42592/FT\\_42592.pdf](https://www.aemps.gob.es/cima/pdfs/es/ft/42592/FT_42592.pdf)
7. Solinitrina Inyectable solución para perfusión IV 5 mg - Prospecto [Internet]. [Consultado 3 Dic 2016]. Disponible en: [http://www.vademecum.es/medicamento-solinitrina+inyectable\\_prospecto\\_55332](http://www.vademecum.es/medicamento-solinitrina+inyectable_prospecto_55332)
8. Ficha Técnica Solinitrina Inyectable solución para perfusión IV 5 mg. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios [Internet]. 2011 [Consultado 3 Dic 2016]. Disponible en: [https://www.aemps.gob.es/cima/pdfs/es/ft/57127/57127\\_ft.pdf](https://www.aemps.gob.es/cima/pdfs/es/ft/57127/57127_ft.pdf)
9. Centro de Información online de Medicamentos de la AEMPS – CIMA. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios [Internet]. 2016 [Consultado 4 Dic 2016]. Disponible en: <https://www.aemps.gob.es/cima/fichasTecnicas.do?metodo=detalleForm>

**ID295:****LA FIGURA DE LA ENFERMERA COMUNITARIA COMO PROMOTORA DE SALUD EN LA EDAD ESCOLAR: ANÁLISIS DE NECESIDADES EN UN INSTITUTO DE GIJÓN**Antón Martínez, Gloria<sup>1</sup>; Obaya Prieto, Cristina<sup>1</sup>; Fernández Rodríguez, Silvia<sup>3</sup><sup>1</sup>Centro de salud Roces- Montevil, Gijón; <sup>2</sup>Centro de salud Perchera, Gijón.[glory\\_am@hotmail.com](mailto:glory_am@hotmail.com) o [antonmartinezgloria@gmail.com](mailto:antonmartinezgloria@gmail.com)**RESUMEN****Introducción:** El presente estudio trata sobre una intervención de educación para la salud de la enfermera de atención familiar y comunitaria en un instituto para promover hábitos de vida saludables.**Objetivos:** Analizar las demandas de salud del alumnado de un instituto de Gijón y describir las funciones de la enfermera escolar y su situación en otros países.**Desarrollo:** Se implantó una consulta joven en un instituto durante una hora y media semanal, ofreciendo promoción para la salud y consejo individualizado mediante folletos y otros recursos. Para la evaluación se tuvo en cuenta: edad, consejo, motivo, recursos utilizados y tiempo empleado.**Resultados:** No se encontraron diferencias significativas debido al tamaño de la muestra, la mayoría de demandas fueron realizadas por mujeres de primero de ESO por sexualidad y alimentación.**Conclusiones:** La bibliografía y la intervención apoyan la utilidad de la enfermera comunitaria en la promoción de la salud escolar.**ABSTRACT****Introduction:** The present study deals with a health education intervention of the family and community care nurse in an institute to promote healthy habits.**Goals:** To analyze the health demands of the students of an institute of Gijón and to describe the role of the school nurse and her situation in other countries.**Methodology:** A youth consultation was instituted at an institute for an hour and a half weekly, offering health promotion and individualized counseling through brochures and other resources. The evaluation took into account: age, advice, reason, resources used and time spent.**Results:** No significant differences were found due to the size of the sample, most of the demands were made by women of first course for sexuality and feeding.**Conclusions:** The literature and intervention support the usefulness of the community nurse in the promotion of school health.**PALABRAS CLAVE**

Promoción de la salud, enfermería en salud comunitaria, servicios de enfermería escolar, servicios de salud escolar, educación en salud.

Health promotion, community health nursing, school nursing, school health services, health education.

**INTRODUCCIÓN/PRESENTACIÓN**

En la actualidad existe un aumento de enfermedades crónicas y de conductas de riesgo en la edad escolar. Por ello, la figura de la enfermera escolar se ve necesaria para promover hábitos saludables que perduren en el tiempo a través de la educación para la salud y conseguir así adultos sanos. La enfermera de Atención Primaria tiene el perfil necesario para cumplir esta función, como ya sucede en otros países como Australia, Reino Unido o Finlandia, a diferencia de España donde no existe esta figura en la educación pública, solamente la educación privada cuenta con enfermera escolar. Para la realización del trabajo se realizó una revisión bibliográfica y un análisis de las necesidades de salud de los alumnos de un instituto de Gijón.<sup>1-3, 5, 6, 8</sup>

### OBJETIVOS (DE LA EXPERIENCIA)

- Analizar las demandas de salud del alumnado de un instituto de Gijón.
- Describir el papel de la enfermera escolar y su situación en otros países.

### DESARROLLO

Se implantó una consulta joven en el IES Doña Jimena donde los alumnos demandaban información relacionada con la salud. Fue realizada por dos enfermeras de Atención Primaria, con una frecuencia semanal de una hora y media durante dos cursos. La intervención se basó en la promoción de la salud ofreciendo consejos individualizados mediante folletos o se derivó a otros recursos sanitarios como por ejemplo actividades de ejercicio físico u ocio, o derivación a su centro de salud para la realización de alguna prueba. Para la evaluación de la consulta se registró edad, tipo de demanda, tipo de consejo dado, recursos utilizados y tiempo empleado.

Para la búsqueda bibliográfica se utilizaron las bases de datos: Pubmed, Cuiden, Dialnet, Scielo, CINAHL y Clinical Key.

### RESULTADOS

Para la obtención de los resultados se utilizó el paquete estadístico SPSS, con un nivel de significación de 0,05. Acudieron un total de 40 alumnos, siendo 35 mujeres y 5 hombres. Aunque no se encontraron diferencias significativas en ninguna variable relacionada con los motivos de consulta, el 80% de los motivos fueron sobre sexualidad y alimentación, siendo únicamente mujeres quien demandaron por este motivo. El 41% eran alumnos de 1º de la ESO y en el 78% de los casos no se necesitó derivación.

En la bibliografía revisada se observa satisfacción tanto de alumnos como de profesores con la intervención enfermera en cuestión de promoción y educación para la salud. La enfermera es quien suele llevar a cabo los programas de salud en las escuela, por delante de otros profesionales y de los mismos profesores, que no consiguen incluir la salud como materia en el currículo escolar por falta de tiempo o de motivación. En otros países como Estados Unidos, Finlandia, Reino Unido o Australia, es una enfermera de Atención Primaria quien organiza las actividades impartidas en la escuela frente a consumo de drogas, trastornos alimenticios u obesidad entre otros, ayuda en la identificación temprana de enfermedades mentales o acoso escolar y sirve de enlace entre los sistemas educativo y sanitario. Estas enfermeras no están ubicadas en los centros de enseñanza, pero los visitan y trabajan de forma conjunta con alumnos, padres y profesores. Por tanto, la enfermera escolar ya establecida en estos países se ocupa de la función asistencial, de la promoción de la salud y de la prevención de enfermedades y problemas.<sup>1-8</sup>

### CONCLUSIONES

Tanto la bibliografía revisada como la intervención realizada apoyan la utilidad de la enfermera comunitaria para promocionar e incorporar la educación para la salud dentro del currículo escolar y para reducir desigualdades en salud. Aunque el estudio no refleja resultados significativos debido al pequeño tamaño de la muestra, indica que las principales preocupaciones del alumnado son la sexualidad y la alimentación, siendo el perfil del usuario una mujer en el primer curso de secundaria, por lo que sería clave la intervención durante esta primera etapa de secundaria.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Martínez Riera JR. Intervención comunitaria en la escuela. Rev ROL Enf. 2011; 34(1): 42-49
2. Ruiz Muñoz E, Ferrer Aguarales JL, Postigo Mota S. La enfermera escolar y la enfermera de Atención Primaria. Rev ROL Enf. 2015; 38 (9): 568-574
3. Fernández Candela F, Rebolledo Malpica DM, Velandia Mora AL. Salud escolar, ¿por qué el profesional de enfermería en las escuelas españolas? Promoción salud. 2006; 11: 21-28



4. March Cerdá JC, Prieto Rodríguez MA, Danet A, Suess A, Ruiz Román P, García Toyos N. El consumo de alcohol en la población joven (12-17 años). El punto de vista de los profesionales de la salud. Aten Primaria. 2010; 44(9): 527-531
5. Guerrero Ramos D, Jiménez Torres MG, López Sánchez M. Escuela saludable versus protectora de la salud (salugénica). Educar. 2014; 50 (2): 324- 336
6. Chamorro Bacilio YG. Educación para la salud en las organizaciones escolares. Educación. 2010; 19 (36): 7-19
7. Juvinyá Canal D, Ballerter Fernando D. Intervención de enfermería en Salud Mental desde los centros escolares. Psiquiatría.com. 2007
8. Plaza María AM, Molíns Santos C, Ayuso de la Torre B, Domínguez Peña C, Martínez Snaz MJ, Simón Castell A. La enfermera como educadora escolar. Rev ROL Enf. 2007; 30 (6): 409-412



**ID302:**

## INTOXICACIÓN POR INGESTA VOLUNTARIA DE CAÚSTICOS A MODO DE GESTO AUTOLÍTICO

Gemma Vicente García<sup>1</sup>.

1. Residente de Enfermería Familiar y Comunitaria. Unidad Docente Multiprofesional Cartagena - Mar Menor.

[gema\\_278@hotmail.com](mailto:gema_278@hotmail.com)

### RESUMEN

#### INTRODUCCIÓN

La intoxicación por cáusticos constituye un importante problema de salud. Un correcto manejo inicial de Enfermería ante una intoxicación reduciría la tasa de morbilidad.

#### PRESENTACIÓN DEL CASO

Mujer de 82 años que tras ingesta de amoniaco recibe atención básica en Urgencias de Atención Primaria. Posteriormente es trasladada al hospital.

#### VALORACIÓN

Apoyándonos en los Patrones Funcionales de Margory Gordon se detectaron alteraciones en el patrón percepción- manejo de la salud, y en el patrón cognitivoperceptivo.

#### PLAN DE CUIDADOS Y RESULTADOS

Basándonos en la taxonomía NANDA, NOC y NIC aplicamos un Plan de Cuidados con los diagnósticos de Enfermería de: *Riesgo de suicidio* y *Temor*, seguidos de sus correspondientes objetivos e intervenciones.

#### CONCLUSIONES

Enfermería atenderá al paciente desde una perspectiva holística, centrándose especialmente, en el ámbito psicológico de la persona, conduciendo a una mejoría de su capacidad de autocuidado y su estado de salud general.

### ABSTRACT

#### INTRODUCTION

Caustic intoxication is an important health problem. Correct initial Nursing management in the face of intoxication would reduce morbidity and mortality rate.

#### PRESENTATION OF THE CLINICAL CASE

A 82 years old woman who receives basic care in Primary Care Emergencies after ingesting ammonia. Later, she is taken to the hospital.

#### CLINICAL ASSESSMENT

Based on the Functional Patterns of Margory Gordon were detected alterations in the perception- health management and in the cognitive-perceptive pattern.

#### CARE PLAN AND RESULTS

Based on the NANDA, NOC and NIC taxonomy we apply a care plan with Nursing Diagnostics: *Suicide risk* and *Fear*, followed by their corresponding objectives and interventions.

#### CONCLUSIONS

Nursing will take care of the patient from a holistic perspective focusing especially, on the psychological environment of the person, implying an improvement of his self-care capacity and his general health condition.

### PALABRAS CLAVE

Enfermería, envenenamiento, Atención Primaria, asistencia, amoniaco.  
Nursing, poisoning, Primary Health Care, assistance, ammonia.

### INTRODUCCIÓN

La toxicidad por ingesta de cáusticos representa un importante problema de salud, pudiendo causar efectos catastróficos en el tracto digestivo superior. Entre los principales factores que determinan la severidad de la lesión se encuentran las características químicas del agente, su concentración, el volumen ingerido y el tiempo de exposición <sup>(1)</sup>.

El conocimiento por parte de Enfermería de unas nociones clave en el manejo inicial de la intoxicación por cáusticos es muy importante ya que influye considerablemente en el descenso de la tasa de morbilidad <sup>(2)</sup>.

#### PATOGENIA DE LA LESIÓN CAÚSTICA

En este caso clínico, el tóxico ingerido es un álcali que produce una lesión casi instantánea de los tejidos. Su mecanismo de acción es la desnaturalización de las proteínas, saponificación de las grasas y trombosis de los vasos que provocan una necrosis por licuefacción con una rápida penetración del tóxico en los tejidos favoreciendo la aparición de lesiones profundas y perforantes.

La orofaringe y el esófago suelen afectarse en mayor medida que el estómago. En el esófago es frecuente la afectación transmural con posibilidad de perforación y como consecuencia, mediastinitis.

En el estómago el grado de lesión tiende a ser menor debido al efecto tamponador que posee (el ácido clorhídrico neutraliza al álcali). Aun así, es posible la aparición de peritonitis en función del tipo de tóxico, volumen ingerido y tiempo que permanezca en contacto con la mucosa estomacal <sup>(2)</sup>.

#### MANIFESTACIONES CLÍNICAS

##### SÍNTOMAS PRECOCES:

En la exploración física, es frecuente dolor en cavidad bucal con lesiones en labios. En la cavidad orofaríngea algunos de los síntomas pueden ser: sensación de quemazón, hipersalivación, edema y exudado blanquecino junto con úlceras dolorosas.

A nivel del esófago es común la disfagia, odinofagia, pirosis y en casos más graves, dolor torácico.

En el estómago las manifestaciones son dolor epigástrico, náuseas, vómitos y hematemesis.

Ante la afectación respiratoria los hallazgos encontrados serían estridor, tos, ronquera y disnea.

En caso de perforación, el intoxicado tendrá muy mal estado general destacando hipotensión arterial o inestabilidad hemodinámica y shock <sup>(2,3)</sup>.

##### SÍNTOMAS TARDÍOS:

Estos pacientes presentan un riesgo incrementado de padecer en las siguientes dos o tres semanas una estenosis de esófago y/o estómago. En caso de estenosis en estómago, podrán presentar la siguiente sintomatología: saciedad precoz, seguida de náuseas y vómitos de retención.

El riesgo de desarrollar carcinoma escamoso es superior al de la población con ausencia de exposición a tóxicos cáusticos.

#### TRATAMIENTO INICIAL

En el abordaje inicial del paciente lo primordial es asegurar la vía aérea, estabilización hemodinámica y mantenimiento del intoxicado en ayunas. Una vez garantizada la seguridad del paciente, para una idónea valoración de la gravedad de la lesión es preciso una correcta anamnesis, en la que se interrogará al paciente y acompañantes sobre el tipo y concentración del cáustico ingerido, cantidad, presencia de vómitos, y el carácter intencional o accidental de la ingesta.

Está totalmente contraindicado la descontaminación digestiva mediante emesis, lavado gástrico o empleo de carbón activado debido a su ineficacia y su alto potencial lesivo. La neutralización del cáustico no está indicada puesto que la reacción exotérmica que genera puede incrementar el grado de lesión de la quemadura.

La administración de corticoides no ha demostrado ser útil en la prevención de estenosis, así como la ausencia de estudios que verifiquen efectos beneficiosos de la profilaxis antibiótica.

El uso de antibiótico estaría justificado ante un paciente en tratamiento con corticoides, ante una perforación o un grado de lesión III <sup>(2)</sup>.

**PRESENTACIÓN DEL CASO**

Mujer de 82 años que acude al Servicio de Urgencias tras ingesta voluntaria de tóxico cáustico. No presenta antecedentes de interés ni tratamiento domiciliario. La familia refiere que hacía las nueve y media de la mañana la paciente llamó a la hija diciendo textualmente: “me he envenenado, me he tomado un vaso de amoniaco”.

Fue atendida en el centro de salud donde le dieron un vaso de leche y le Administraron Urbasón 80 mg IV y Actocortina 100 mg IV. Después fue atendida por el 112 y trasladada al hospital.

La paciente alega que hace dos días “unos moros” le metieron papeles por debajo de la puerta y la amenazaron con asesinarla.

A la exploración física se observa sialorrea, lengua eritematosa distal y blanquecina en el dorso junto con labios eritematosos. La paciente expresa molestias en orofaringe.

Se lleva a cabo la evaluación de las lesiones mediante endoscopia digestiva y utilizando la escala Zargar se diagnostica una gastritis cáustica grado 3 y esofagitis cáustica grado 2B secundaria a ingesta voluntaria de amoniaco

GRADO	DESCRIPCIÓN ENDOSCÓPICA	PROFUNDIDAD	PRONÓSTICO
<b>0</b>	Ninguna		Curación 100%
<b>I</b>	Edema e hiperemia de la mucosa	Mucosa	Curación 100%
<b>Ila</b>	Exudados, erosiones y úlceras superficiales, hemorragias	Submucosa	Estenosis <15%
<b>Ilb</b>	Úlceras circunscritas, profundas o circunferenciales	Submucosa-muscular	Estenosis >90%
<b>IIIa</b>	Pequeñas áreas aisladas de necrosis (la mucosa aparece decolorada, con aspecto grisáceo, marrónáceo o negruzco)	Transmural	Graves complicaciones
<b>IIIb</b>	Extensas áreas de necrosis	Transmural	Graves complicaciones
<b>IV</b>	Perforación	Transmural	Graves complicaciones /mortalidad

Tabla 1. Clasificación de Zargar, correlación evolutiva

La escala Zargar permite establecer el pronóstico de las lesiones cáusticas una vez realizada la valoración de las mismas mediante la endoscopia digestiva alta (primeras 24-48 horas).

Los pacientes con lesiones cáusticas leves (grado 0, I, Ila) recibirán tratamiento sintomático y comenzarán con dieta sólida una vez superada la tolerancia a líquidos.

Lesiones grado IIb y IIIa serán sometidos a vigilancia intensiva.

Lesiones severas (grado IIIb) debido a su alta morbimortalidad serán derivadas a cirugía por su crecido riesgo de perforación.

Es fundamental en usuarios que presentan este cuadro clínico el correcto soporte nutricional, puesto que están sometidos a un estado de estrés catabólico acrecentado. La nutrición se administrará bien por vía nasointestinal, yeyunostomía o vía parenteral.

En caso de tratarse de intoxicaciones con fines autolíticos será imprescindible la valoración psiquiátrica de estos pacientes<sup>(1)</sup>.

**VALORACIÓN**

Dentro de la intervención multidisciplinar, Enfermería realizó un abordaje biopsicosocial del problema con una valoración basándose en los Patrones Funcionales de Margory Gordon.

En la valoración se detectan alteraciones en el patrón percepción- manejo de la salud, por el intento autolítico llevado a cabo y en el patrón cognitivo-perceptivo, debido a la presencia de perturbaciones sensoroperceptivas, que desencadenan interpretaciones de forma delirante, así como cierta torpeza cognitiva.

#### PLAN DE CUIDADOS y RESULTADOS

Basándonos en la taxonomía NANDA, NOC y NIC aplicamos un Plan de Cuidados con los diagnósticos de Enfermería de:

*Riesgo de suicidio.* Con los objetivos: *Equilibrio emocional, autocontrol del Impulso suicida.* Con las intervenciones: *Prevención del suicidio, apoyo espiritual.*

*Temor.* Con los objetivos: *Control del miedo, superación de problemas.* Con las intervenciones de: *Potenciación de la seguridad y aumento del afrontamiento*<sup>(4)</sup>.

Para llevar a cabo el Plan de Cuidados de forma individualizada Enfermería realizó en primer lugar una valoración inicial a través de una entrevista, en la que se utilizó: un lenguaje adecuado para el entendimiento del interlocutor, preguntas abiertas y generales hasta llegar a preguntas cerradas para focalizar la información necesaria y un control del lenguaje no verbal. La abstención en la realización de juicios de valor es una pieza clave para evitar interpretaciones erróneas. Seguidamente se detectaron las necesidades alteradas mediante los diagnósticos de Enfermería y en colaboración con el paciente se formularon los objetivos. A continuación se planificaron las intervenciones y actividades acorde a las posibilidades del sujeto y se procedió a su ejecución, revisando el plan repetidamente a lo largo de la misma. Tras el registro continuo de las actividades realizadas se procedió a la evaluación de los resultados, siendo estos satisfactorios.

#### DISCUSIÓN / CONCLUSIONES

El propósito del caso clínico es mostrar la importancia de la Enfermería Familiar Comunitaria, en la continuidad de cuidados del intento de autólisis, en este caso, por amoníaco. Abordaremos al paciente desde una perspectiva holística, centrando especialmente, nuestra atención al ámbito psicológico de la persona debido al sufrimiento que experimenta como consecuencia de la interpretación de forma delirante de la realidad.

A partir de la evaluación de los resultados, podemos afirmar que el seguimiento por parte de Enfermería conduce a una reducción de sus ideaciones suicidas y de perjuicio, mejorando su capacidad de autocuidado y su estado de salud general.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Caunedo Álvarez, A; Herrerías Gutiérrez, J.M. Protocolo de actuación en la ingesta de cáusticos. *Medicine*. 2008; 10(1):53-6.
2. Montoro M, Arroyo MT. Esofagitis por cáusticos. En: Montoro MA, García Pagán JC, Castells A, Gomollón F, Mearín F, Panés J, Pérez Gisbert J, Santolaria S. *Problemas comunes en la práctica clínica gastroenterología y hepatología (2ª edición)*. Jarpay Editores, Madrid- Barcelona; 2012: 221-8.
3. Carnicero Iglesias, M; Chillón Arce, R. Ingesta accidental de cáustico. *Cadernos Atención Primaria*. 2013. Vol. 19. 198-201
4. Johnson, M.; Bulechek, G.; Butcher, H.; McCloskey-Dochterman, J.; Maas, M.; Moorehead, S.; et al, editores. *Interrelaciones NANDA, NIC, NOC: diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones*. 2ª ed. Ámsterdam: Elsevier, 2009.

**ID305:****UNA TERAPIA GRUPAL EN UN CENTRO DE SALUD, ¿ES UN ESPACIO PARA AYUDAR A DEJAR DE FUMAR?**

M<sup>a</sup> del Carmen Castilla Álvarez<sup>1</sup>, África Barrera Barreno<sup>2</sup>, Miguel Ángel García-Abad<sup>3</sup>, Alberto de Miguel Ballano<sup>4</sup>, Laura López Köllmer<sup>5</sup>

Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) Centro de Salud (C.S) Las Fronteras<sup>1</sup>, SERMAS C.S Las Fronteras<sup>2</sup>, SERMAS C.S Las Fronteras<sup>3</sup>, SERMAS C.S Las Fronteras<sup>4</sup>, SERMAS C.S Miguel de Cervantes<sup>5</sup>.

[ccastillaalvarez@gmail.com](mailto:ccastillaalvarez@gmail.com)

**RESUMEN**

El tabaquismo es un problema de Salud Pública por sus consecuencias para la salud. Hacerlo desde la perspectiva grupal supone aprovechar las posibilidades educativas y de refuerzo que brinda el grupo para apoyar a las personas.

**Objetivos:** Conocer el porcentaje de individuos abstinentes del hábito tabáquico al finalizar un taller de educación para la salud (EPS) grupal y a los 3 y 6 meses de seguimiento.

**Desarrollo:** el periodo de estudio fue de enero a diciembre del 2016, más seis meses de seguimiento desde la realización del último taller.

**Resultados:** 47 fue el número de fumadores incluidos (62% mujeres y 38% hombres) edad media: 56 años. Abandonan los talleres el 18%. Los índices de abstinencia conseguidos son del 45% al finalizar el taller, 29% a los 3 meses y 25% a los 6 meses.

**Conclusiones:** los resultados obtenidos en cuanto a abandono del hábito tabáquico son satisfactorios, aunque provisionales.

**ABSTRACT**

Smoking is a public health problem because of its health consequences. Doing it from the group perspective means taking advantage of the educational and reinforcement possibilities offered by the group to support people.

**Objectives:** To know the percentage of individuals abstaining from smoking at the end of a group health education (EPS) workshop and at 3 and 6 months of follow-up.

**Development:** the study period was from January to December 2016, plus six months of follow-up since the last workshop.

**Results:** 47 were the number of smokers included (62% women and 38% men) mean age: 56 years. The workshops leave 18%. Abstinence rates were 45% at the end of the workshop, 29% at 3 months and 25% at 6 months.

**Conclusions:** the results obtained in terms of smoking cessation are satisfactory, although provisional.

**PALABRAS CLAVE**

Tabaco, trastorno por uso del tabaco, productos para dejar de fumar tabaco, uso de tabaco, hábito de fumar.

Tobacco, tobacco use disorder, tobacco use cessation products, tobacco use, smoking

**INTRODUCCIÓN/PRESENTACIÓN**

El tabaquismo es un problema de Salud Pública, tanto por su alta prevalencia como por sus consecuencias para la salud; fumar es el mayor factor de riesgo para desarrollar una enfermedad cardiovascular, primera causa de muerte en países desarrollados.

Fumar es una conducta que hay que intentar cambiar porque es adictiva: las personas cambian de conducta por diversos factores o influencias y cualquier cosa puede ayudar a cambiar una conducta (reaprendizaje y desaprendizaje). El proceso de cambio es más lento, no se consigue en días o semanas sino que requiere de más tiempo.

Ayudar a dejar de fumar es una de las intervenciones preventivas con mejor evidencia de efectividad y de coste-efectividad. Hacerlo desde la perspectiva grupal supone aprovechar las posibilidades educativas y de refuerzo que brinda el grupo para apoyar a las personas en un proceso de cambio que requiere gran esfuerzo.

### OBJETIVOS

Conocer el porcentaje de individuos que consigue abandonar el hábito tabáquico al finalizar una terapia grupal “deshabitación tabáquica” desarrollada en nuestro centro de salud al finalizar el taller a los 3 y 6 meses de seguimiento.

### DESARROLLO

- **Materiales:** ordenador, diapositivas, papel, impresora, proyector.
- **Recursos Humanos:** 2 enfermeros y 1 médico.

Periodo de estudio y localización: asistentes al taller de “deshabitación tabáquica” desarrollado en nuestro centro de salud desde enero a diciembre del 2016, más seis meses de seguimiento desde la realización del último taller. Variables estudiadas: edad, sexo, nº de cigarrillos al inicio del taller, índice de fagerstrom, abandono del grupo, hábito a los 3 y 6 al finalizar el taller.

### RESULTADOS

El número de fumadores incluidos en estudio es de 47 personas (62% de mujeres y el 38% de hombres), la edad media fue de 56 años. Abandonaron los talleres el 18%. Las tasas de abstinencia conseguidos son del 45% al finalizar el taller, 29% a los 3 meses y 25% a los 6 meses.

### CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos en cuanto a abandono del hábito tabáquico son satisfactorios, aunque deben tomarse con prudencia debido al escaso número de participantes incluidos. Tenemos que tener en cuenta que los talleres continúan realizándose, siendo estos resultados provisionales, ya que deberemos realizar su seguimiento posterior hasta los seis meses de finalizar el último grupo.

### BIBLIOGRAFÍA

- Jiménez Ruiz CA, de Granda Orive JI, Riesco Miranda JA. Abordaje diagnóstico y terapéutico del tabaquismo en EPOC. En: R Güell y P de Lucas eds. Tratado de rehabilitación respiratoria. Madrid, Ars Medica. 2005.
- Cabezas C, Robledo de Dios T, Marqués F et al. Recomendaciones sobre el estilo de vida. Aten Primaria. 2007;39(Supl 3):27-46.
- Nota informativa del 9 de enero de 2008 de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios sobre la revisión de la información de seguridad de la vareniclina en Europa. [sede Web]. [acceso 5-1-2012]; Disponible en: [http://www.aemps.gob.es/informa/notasInformativas/medicamentosUsoHumano/seguridad/2008/NI\\_2008-01\\_vareniclina.htm](http://www.aemps.gob.es/informa/notasInformativas/medicamentosUsoHumano/seguridad/2008/NI_2008-01_vareniclina.htm) 2008.
- Carrión F, Hernández JR. El tabaquismo pasivo en adultos. Arch Bronconeumol 2002; 38:137-46.
- Organización Mundial de la Salud. Glosario de Promoción de la Salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1998.
- 6Sáinz Martín, M. y Ramírez de Molina, V. Guía de consejos para pacientes. Madrid, España: Defensor del paciente; 2006.
- Plan Foral de Acción sobre el Tabaco. Cómo ayudar a su paciente a dejar de fumar: guía para el profesional de Salud. Navarra, España: Gobierno de Navarra; 2001.

**ID317:****LOS JUEGOS DE LA SALUD**

Nuria Alcolea Ruiz<sup>1</sup>, Francisco Esteban Paredes<sup>1</sup>, Andrea Hernández Solís<sup>1</sup>, Silvia Monjas García<sup>1</sup>, Raquel Millán Susinos<sup>1</sup>.

1. Centro Salud El Greco. Dirección Asistencial Sur. Gerencia de Atención Primaria. Servicio Madrileño de Salud.

[nuria.alcolea@salud.madrid.org](mailto:nuria.alcolea@salud.madrid.org)

**RESUMEN**

La Atención Primaria de Salud es muchas veces percibida por la población infantil como un centro dónde acudir a los y las profesionales sanitarios, para actividades puramente asistenciales. Objetivo: Identificar el Centro de Salud como un espacio de Promoción de la Salud. Fomentar a través de juegos participativos estilos de vida saludables y relaciones de buen trato. La metodología fue participativa y con dinámicas grupales. Participantes: 17 niños y niñas, entre 3 y 13 años, (mayoritariamente de otros países migrantes), Monitores, Familiares y 5 Profesionales Sanitarios. La intervención se desarrolla en el barrio de la Alhóndiga, en una escuela abierta de verano, organizada y coordinada por el proyecto de Integración Comunitaria Intercultural (ICI). Esta actividad se programa desde una mesa de salud comunitaria. La actividad fue valorada por una escala analógica visual con 5 emoticonos. El 94% de los menores valoró la actividad como “me encantó”, frente al 66.6% de los las personas adultas.

**ABSTRACT**

Primary Health Care is often perceived by the child population as a center where to go to health professionals for purely health care activities. Objective: To identify the Health Center as a space for Health Promotion. Encourage healthy lifestyles and good treatment relationships through participatory games. The methodology was participatory and with group dynamics. Participants: 17 children, between 3 and 13 years, (mostly from other countries), Monitors, Family and 5 Health Professionals. The intervention takes place in the Alhóndiga neighborhood, in an open summer school, organized and coordinated by the Intercultural Community Integration (ICI) project. This activity is programmed from a community health table. The activity was evaluated by a visual analog scale with 5 emoticons. 94% of the children rated the activity as "I loved", compared to 66.6% of adults.

**PALABRAS CLAVE**

Niño, Juegos Recreacionales, Estilo de Vida, Participación Comunitaria, Atención Primaria de Salud. Child, Games, Life Style, Consumer Participation, Primary Health Care.

**INTRODUCCIÓN/PRESENTACIÓN**

La Atención Primaria de Salud es muchas veces percibida por la población infantil como un centro dónde acudir a los y las profesionales de salud, para actividades puramente asistenciales, como un centro dónde acudir al médico cuando estás enfermo o visitar a la enfermera para la vacunación y ser valorado por ambos en las revisiones a lo largo de su desarrollo. La temática de la intervención se centra en mostrar el Centro de Salud como un espacio de promoción de la salud y sensibilizar a los niños en estilos de vida saludables y relaciones del buen trato.

El trabajo con la comunidad es una de las funciones sustantivas de los miembros del Equipo de Atención Primaria: el brindar apoyo a la población, desarrollando diversas actividades enfocadas a la promoción, prevención y mantenimiento de la salud del individuo, familia y comunidad.<sup>1</sup> En 1978, durante la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud que se llevó a efecto en Alma-Ata, se formalizó la definición de la participación de la comunidad como: "el proceso en virtud del cual los individuos y la familia asumen responsabilidades en cuanto a su salud y bienestar propio y los de la

colectividad y mejoran la capacidad de contribuir a su propio desarrollo económico y comunitario". El Plan de Mejora de Atención Primaria 2006-2009 recoge algunas líneas estratégicas en relación con la participación comunitaria, como el estudio de fórmulas que promuevan la participación de la ciudadanía tanto a nivel local como institucional, y dentro del apartado de "Elaboración e implantación de planes y programas especiales" la "optimización de la coordinación en Promoción de la Salud, en la Prevención de la enfermedad, y en actividades comunitarias". 1

El proyecto «Mortalidad en áreas pequeñas Españolas y Desigualdades Socioeconómicas y Ambientales» (MEDEA) es un proyecto de investigación coordinado de 10 grupos, que tiene por objetivo describir los patrones geográficos de mortalidad de diversas ciudades de España y relacionarlos con las características socioeconómicas y ambientales.<sup>2</sup> A partir de los indicadores propuestos en el proyecto MEDEA, el barrio de la Alhóndiga se considera una de las zonas básicas de salud (ZBS) de la Comunidad de Madrid más vulnerables<sup>3</sup>. Se trata, por tanto, de una zona dónde las intervenciones en materia de promoción de la salud son muy pertinentes.

En consecuencia, considero que el papel de la enfermería es muy importante y necesario para desarrollar la promoción de la salud en Atención Primaria en la ZBS del Centro de Salud El Greco.

#### **OBJETIVOS DE LA EXPERIENCIA**

- Identificar el Centro de Salud (CS) como un espacio de promoción de la salud.
- Fomentar a través de dinámicas participativas, estilos de vida saludables y relaciones de buen trato.

#### **DESARROLLO**

La metodología fue participativa y con dinámicas grupales. Los participantes fueron 17 niños de edades comprendidas entre 3 y 13 años (mayoritariamente de otros países), 6 Monitores, 3 Familiares, 5 Profesionales Sanitarios (3 Enfermeras, 1 Médica, 1 Trabajadora social). La intervención se desarrolla en el ámbito comunitario del barrio la Alhóndiga, en una escuela abierta de verano, organizada y coordinada por el proyecto de Integración Comunitaria Intercultural (ICI). Esta actividad se programa y organiza en una mesa de salud comunitaria, que se reúne mensualmente, desde hace 18 meses, con profesionales del ámbito sanitario y social. Fue llevada a cabo en un parque cercano al Centro de Salud, utilizando: cartulinas, globos, feedballs, harina, agua, cubos, rotuladores y pegatinas.

En un primer momento, se realizó una visita a los diferentes espacios del CS. En ella se enseñaba a los menores las consultas de cada profesional explicando sus funciones más importantes. A continuación accedieron a las zonas comunes de las y los profesionales. Más tarde se llevó a cabo la división de los niños y niñas en grupos y se les informó de un circuito de juegos. Pretendían ahondar en: comunicación (relaciones de respeto a lo diferente, de consenso, de cuidado mutuo) ejercicio físico (fuerza, equilibrio, velocidad) alimentación y hábitos nocivos (tabaco, alcohol,...). A cada persona se le entregó una cartulina con distintas pegatinas de colores que simbolizaban las distintas pruebas. En cada prueba, los profesionales responsables escribieron un comentario sobre el resultado de su participación. Al finalizar todas las pruebas, cada niño mostró su cartulina y se les entregó una pulsera de "Vida Saludable". A todos los participantes se les entregó también una hoja de evaluación que recogía las actividades favoritas y las menos valoradas así como la evaluación de la actividad en general mediante una escala de caras.

#### **RESULTADOS**

Se evaluó la actividad con un cuestionario que rellenaron niños/as y adultos/as. En los resultados se aprecia que las actividades mejor valoradas por los niños y niñas fueron las estaciones ¿Fumas o bebes? y ¿Cuánto te mueves? y la que recoge menos puntuación entre los menores es ¡Vamos de viaje!, sin embargo, entre los adultos es una de las actividades mejor valorada junto con la visita guiada del centro. La actividad fue valorada por una escala analógica visual con 5 emoticonos que representaban: "odié", "no me gustó", "indiferente", "me gustó" y "me encantó". El 94% de los niños y niñas valoró la actividad como "me encantó", frente al 66.6% de los adultos. El resto de las personas eligieron el emoticono de "me gustó".



## CONCLUSIONES

La actividad fue diseñada a demanda de las necesidades que la mesa de salud estableció, a partir de una monografía del barrio de la Albóndiga, elaborada por el proyecto de Integración Comunitaria Intercultural (ICI). Ésta intervención tipo gymkhana es la primera que se ha realizado en el barrio. Se trata de una intervención fácilmente aplicable y reproducible. Fue muy bien acogida por los participantes y los profesionales del centro. La intervención ha sensibilizado a los niños y niñas hacia unos estilos de vida saludables, sin embargo, para que tuviera repercusión evidenciable se debería realizar de forma periódica durante años.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Arribas Cacha A, Gasco Gonzalez S, Hernández Pascual M, Muñoz Borreda E. Papel de la enfermería de Atención Primaria. Biblioteca Virtual Consejería de Sanidad. [Internet] 2006 [Citado el 6 febrero 2017] Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-Disposition&blobheadervalue1=filename%3DPapel+Enfermer%C3%ADa+OK.pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352904290062&ssbinary=true>
2. Dominguez-Berjón MF, Borrell C, Cano-Serral G, Esnaola S, Nolasco A, Pasarin MI et al. Construcción de un índice de privación a partir de datos censales en grandes ciudades españolas (Proyecto MEDEA). Gac Sanit. [Internet] 2008;22(3):179-87. [Citado el 10 febrero 2017] Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/gsv22n3/original1.pdf>
3. Ramasco-Gutiérrez M, Heras-Mosteiro J, Garabato-González S, Aránguez-Ruiz E, Martín-Gil RA. Implementación del mapa de la vulnerabilidad en salud en la Comunidad de Madrid. Gac Sanit. [Internet] 2016. [Citado el 13 de febrero 2017] Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.07.026>

**ID332:**

## **TALLER 'EL MANEJO DE LA IRA EN LA ADOLESCENCIA'**

Cecilia López-Ventura Domínguez<sup>1</sup>, Verónica López-Ventura Domínguez<sup>2</sup>

1. Unidad SAR Morata. EAP Perales de Tajuña; 2. Consultorio local Camarma. EAP Meco.  
[cecilia.lopezventura@salud.madrid.org](mailto:cecilia.lopezventura@salud.madrid.org)

### **RESUMEN**

En la adolescencia se producen grandes transformaciones, debido a los cambios físicos y psicológicos propios de esta etapa. Es importante aprender a modular y controlar la expresión de las emociones, tanto a nivel físico, como psicológico, evitando así conductas inadaptativas. El objetivo de este taller es: prevenir, de forma efectiva, conductas que pueden conducir a aislamiento social, fracaso escolar o conflictos familiares. Mediante una charla les explicamos qué son ansiedad e ira. Ponemos en práctica técnicas de relajación y prevención, y fomentamos la reflexión y la comunicación entre ellos. El taller tiene buena aceptación entre los adolescentes. Resulta de fácil aplicación, y se precisan pocos recursos para ponerlo en marcha. Mediante esta experiencia, facilitamos la adaptación, a una etapa crucial del desarrollo del rol y las relaciones interpersonales.

### **ABSTRACT**

'The management of anger in adolescence'

In adolescence, great transformations take place, due to the physical and psychological changes typical of this stage. It's important to learn how to modulate and control the expression of emotions. Both physical and psychological. Avoiding maladaptive behaviors. The objective is: to prevent behaviors that can lead to social isolation, school failure or family problems. Through a class, we explained them what is anxiety and anger. We put into practice relaxation and prevention techniques, and we encourage reflection and communication between them. The class has good reception among adolescents. It's easy to apply, and few resources are needed to do it. Through this experience, we facilitate the adaptation, to a crucial stage of the development of the role and the interpersonal relations.

### **PALABRAS CLAVE**

Ira, adolescente, terapia de relajación, estrés, prevención.  
Anger, adolescent, relaxation therapy, stress, prevention.

### **INTRODUCCIÓN/PRESENTACIÓN**

En la adolescencia se producen grandes transformaciones psicológicas. Existe gran inestabilidad emocional debido a los cambios físicos y psicológicos que experimentan en esta etapa. Sufren lo que denominamos hiper-reactividad emocional, reacciones desproporcionadas al estímulo, tanto positivas como negativas. Debemos aprender a modular y controlar la expresión de las emociones e impulsos. En el adolescente predomina un fuerte sentimiento de omnipotencia e inmortalidad lo que les conduce a situaciones de peligro para ellos mismos y para aquellos que les rodean. Solemos decir que: "El adolescente enferma poco y muere mucho".

A lo largo del primer y segundo trimestre, han sido atendidos en enfermería varios alumnos que no eran capaces de controlar sus emociones. Esta explosión emocional no sólo les afecta a ellos mismos, sino a todo su entorno, compañeros, profesores... A nivel físico, pues pueden llegar a autolesionarse o lesionar a otros; y a nivel psicológico, pues se encuentran en una encrucijada emocional donde cualquier acontecimiento puede provocarles conductas inadaptativas.

Desde la consulta de enfermería se proponen una serie de medidas para la prevención de estas situaciones, así como su control en caso de que se desencadene un episodio de estas características.

### **OBJETIVOS**

**General:**

- Prevenir, de forma efectiva, conductas que pueden conducir a aislamiento social, fracaso escolar o conflictos familiares.

**Específicos:**

- Capacitar a los participantes del taller a identificar las situaciones que les conducen a la pérdida de control de sus emociones.
- Dar herramientas para auto gestionar dichas situaciones.

**DESARROLLO**

Se trata de una experiencia comunitaria. La intervención ha sido llevada a cabo como EPS grupal. Se ha realizado con cuatro grupos de adolescentes de entre 13 y 16 años de edad. Todos ellos alumnos de 2º y 3º de ESO. Estos adolescentes, son alumnos de un instituto situado en un barrio de clase obrera. Desde el servicio de enfermería de este instituto, se observa que existe cierta problemática social, relacionada con dificultades familiares en la mayoría de los casos. Familias mono parentales o desestructuradas, algunas otras con dificultades económicas. Estos factores, unidos a la etapa de adaptación propia que supone la adolescencia en sí misma, desembocan en conductas inadaptativas, tanto en el ámbito familiar, como en el escolar. Son los propios alumnos los que acuden a la enfermería en busca de ayuda. Tras entrevistarles, verbalizan dificultades que se les plantean, falta de apoyo por parte de la familia o los amigos, y justifican así algunos de sus comportamientos en clase. Del mismo modo, a lo largo del primer y segundo trimestre del curso escolar, se atienden a varios alumnos derivados por los docentes, al no poder controlar su comportamiento. Sufriendo ataques de rabia, que no son capaces de modular. Llanto, hiperventilación, sentimientos de culpa, rabia, e incluso violencia hacia sus compañeros o profesores, evidencian la necesidad de dar a este grupo de población una serie de herramientas, para ser capaces de afrontar estos momentos de crisis sin llegar a estos extremos. Identificando los desencadenantes, canalizando sus sentimientos, y en definitiva, previniendo que se den estas circunstancias. Para con todo ello, ser capaces de adaptarse a la etapa vital que les toca vivir, sin afectar a su formación o a su desarrollo personal y social.

Como recursos humanos, hemos precisado de 2 enfermeras. En cuanto a lo que a recursos materiales se refiere, han sido de elaboración propia. Siendo también su preparación, parte de la EPS para algunos de los alumnos a los que va dirigida.

En la propia enfermería del centro escolar, hemos elaborado pelotas anti-estrés caseras. Involucrando en su elaboración a algunos de los alumnos que habían sufrido episodios como los descritos anteriormente. Para ello, hemos empleado globos de agua, y harina de trigo. *En caso de impartir este taller en un centro donde no se disponga de enfermería escolar, se podría añadir esta actividad dentro del propio taller. Pues suscita mucho interés entre la población de esta edad.* Teniendo la oportunidad de hacerles partícipes de la preparación, decidimos hacerlo para mejorar los resultados del taller. Otros recursos materiales han sido: ordenador, folios e impresora. Por otro lado, el centro educativo ha puesto a nuestra disposición el gimnasio. En él hemos desarrollado el taller, haciendo uso de las colchonetas, para desarrollar parte del mismo.

Presentación del tema a los alumnos, mediante un taller coordinado con el departamento de educación física. Una enfermera lleva el peso de la EPS, mientras la otra hace de observadora. Se comentan características de esta etapa de la vida a nivel emocional. Hablamos sobre lo que es la ira, y cómo nos afecta, qué sucede si no sabemos controlarla, duración de 12 minutos. Después, se hace una reflexión individual sobre situaciones que desencadenan estas reacciones en cada uno, haciendo una ronda de turnos de palabra. Ofreciéndoles la oportunidad de contar al resto de sus compañeros cuáles son sus factores desencadenantes, o lo que suelen hacer para gestionar sus emociones. Duración de entre 5 y 10 minutos, en función del grupo y su participación. A continuación se les presentan algunas técnicas de relajación. Durante esta parte expositiva se les deja manipular las pelotas anti-estrés. Duración 10 minutos. Tumbados en la colchonetas, se explica la técnica de respiración diafragmática, se pone en práctica. Duración 5 minutos. Finalmente, se realiza una relajación dirigida en el aula. Esta relajación en una visualización, guiando con nuestra voz. Duración de la relajación de 8-10 minutos.

Al finalizar el taller, se les da nuevamente la palabra a los alumnos, para que puedan expresar cómo se sienten, si hemos cumplido sus expectativas, y si piensan que el taller ha sido útil.



Imagen 1. Relajación dirigida

#### CONTENIDO DEL TALLER

Durante la adolescencia se sufren una serie de cambios a nivel no sólo físico, que ya de por sí nos afecta, sino también a nivel emocional. Se abandona el rol de niño, y se va adquiriendo el rol de adulto. En esta transición tenemos momentos en que pensamos que ya ha pasado todo, que somos capaces de dominar cualquier situación, que ya hemos madurado; y otros momentos en que no queremos asumir responsabilidades, tenemos la sensación de que eso no nos compete y queremos escudarnos en nuestra condición para no hacer algo o para comportarnos inadecuadamente, negación, 'rabieta'... El adolescente es muy sensible a la influencia social, del entorno, a la baja autoestima y a la ansiedad. Tiene gran reactividad positiva y negativa, y todo esto, es un proceso normal. Todos pasamos por esa etapa, pero no podemos permitir que nos domine, ni que condicione nuestra vida o nuestra relación con el entorno o con los demás.

#### Diferenciar entre lo que es la ansiedad y lo que es la ira

¿Qué es la **ANSIEDAD**? Sensación de intranquilidad, nerviosismo o preocupación. La ansiedad es el estado angustioso que puede aparecer junto a una neurosis u otro tipo de [enfermedad](#) y que no permite la relajación y el descanso del paciente.

¿Qué es la **IRA**? Sentimiento de enfado muy grande y violento. Se trata de una conjunción de sentimientos negativos que genera enojo e indignación incluso traición.

Explicar que se trata de un sentimiento **NORMAL** incluso adaptativo, pero que hay que saber controlarlo... Crea un **AMBIENTE SOCIAL AMENAZANTE**, crea un ambiente hostil, y es **CONTAGIOSA**. Una explosión de ira tiene consecuencias negativas en nuestro entorno, familia, amigos, estudios, relaciones. Mientras que si moderamos nuestras respuestas puede favorecer nuestro desarrollo y nuestra relación con el entorno y con los demás. (Símil de la nube y el campo) Se les explica comparando lo que puede hacer una lluvia suave y tranquila, frente a los efectos de una devastadora tormenta.

¿Lo que siento es ira? Podemos hacernos una serie de preguntas para identificar si lo que nos pasa es ira...por ejemplo: ¿A menudo te sientes irritable y de mal humor? ¿Me sobresalto o me invade la rabia o enfado por razones sencillas o simples? ¿Discuto con otras personas a menudo? ¿Creo que los demás no me tratan con justicia?

En la adolescencia los ataques de ira son frecuentes. Evidenciado en el propio centro a lo largo del curso escolar.

### Identificar situaciones que desencadenan estas reacciones

Reflexión personal sobre las situaciones (personas, etc.) que nos conducen a esa pérdida de control sobre nuestros sentimientos. Algunos de estos desencadenantes pueden ser que sintamos que nos faltan al respeto, o que somos unos incomprendidos, que nos nieguen algo... Señales físicas, como el aumento de la tensión muscular, el pulso o la respiración pueden indicarnos también que estamos enfrentándonos a una situación que nos provoca ira

### Desarrollar habilidades para afrontar la IRA (préstamo de las pelotas anti-stress)

Si hemos reconocido señales de alarma, podemos afrontar de forma más eficaz la situación.

- 1º IDENTIFICAR LO QUE DESENCADENA NUESTRA IRA
- 2º MANTEN LA CALMA Y ALÉJATE
- 3º RESPIRA. INSPIRACIONES PROFUNDAS Y RITMICAS
- 4º EXPRÉSATE, CON UN AMIGO, FAMILIAR...
- 5º APRENDE A PERDONAR

### Prevención...

1. PRACTICA EJERCICIO DE FORMA REGULAR. Correr, nadar, practicar yoga...También puedes hacer técnicas de relajación como la aprendida.
2. DEDÍCATE TIEMPO. Escucha música, lee, pasea tranquilo, escribe un diario, ordena fotografías...
3. ASUME TUS RESPONSABILIDADES. No culpes a los demás de tus problemas, busca soluciones.
4. MANTÉN UNA ACTITUD POSITIVA FRENTE A LA VIDA. Las cosas malas vienen dadas, debemos fomentar lo bueno, disfrutarlo y no ver sólo el lado negativo de las cosas.

### Relajación dirigida

- Recogemos las pelotas anti-stress.
- Respiración diafragmática e inicio de la relajación.

Entrega de folletos

**RESULTADOS**

Reflexión final abierta de los alumnos. Ven una oportunidad de expresar sus inquietudes y preocupaciones. Verbalizan sentirse identificados con las situaciones descritas, y participan activamente en el taller. Así mismo refieren encontrar de alto interés para ellos disponer de las indicaciones dadas para prevenir estas situaciones. Se aprecia una mayor aceptación de las técnicas de relajación por parte de alumnas. Por otro lado, observamos una mayor aceptación de técnicas de prevención de carácter activo por parte de alumnos. Ambos muestran satisfacción tras la relajación dirigida en el aula. Y consideran que se trata de una herramienta útil para su día a día.

En el tiempo que resta de curso escolar, estos alumnos acuden a la consulta de enfermería para reflexionar, ser escuchados, y poner en práctica algunas de las técnicas explicadas en el taller con más intimidad que el aula.

**CONCLUSIONES**

Los adolescentes, forman parte de ese grupo de población a la que nos resulta difícil 'llegar'. Desde la finalización de las revisiones del niño sano, son una población que se aleja de la atención enfermera, y que sólo acude en caso de problema agudo, en la mayoría de los casos. Acercarnos a esta población, con un enfoque como éste, ayuda a la integración de la enfermera en la comunidad, modificando la idea que tienen de lo que es la enfermería, y de lo que podemos hacer para mejorar su salud, en todas las esferas de ésta. La experiencia es de fácil aplicación, con una necesidad de recursos tanto materiales como humanos muy asequible. Nuestro apoyo y seguimiento en esta etapa de la vida, favorece la adaptación en una fase de cambios, que condiciona su patrón de rol y relaciones. El taller, ayuda a canalizar la energía de los adolescentes, y a gestionar sus problemas de forma saludable para ellos y su entorno.

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Martin-Crespo Blanco C, Medina Aragón FJ. Enfermería del niño y del adolescente. Bases del cuidado infantil y adolescente. Fuden 2012.

Web grafía

1. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000685.htm>
2. <http://www.apa.org/centrodeapoyo/enojo.aspx>
3. <http://kidshealth.org/es/teens/anxiety-tips-esp.html>
4. [http://www.ttmb.org/documentos/ENTRENAMIENTO\\_EN\\_RESPIRACION.pdf](http://www.ttmb.org/documentos/ENTRENAMIENTO_EN_RESPIRACION.pdf)

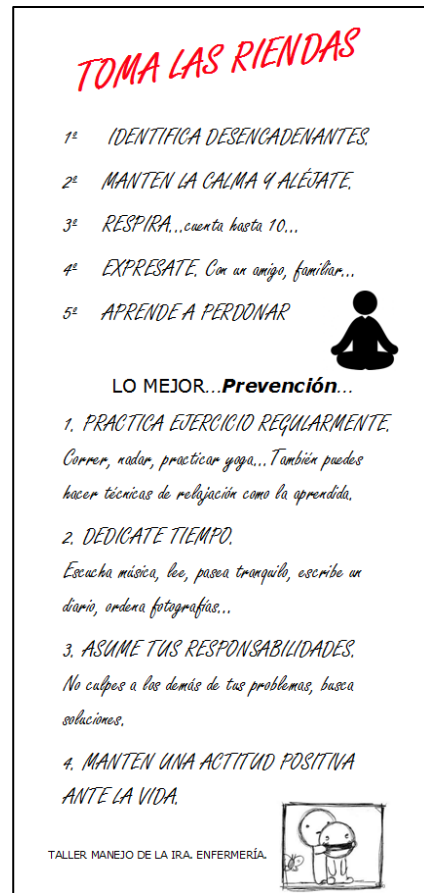


Imagen 2. Folleto 'Toma las riendas'

**ID368:****EXPERIENCIA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD GRUPAL: MENOPAUSIA. CONSULTORIO ARGÉS**

Alicia Marcos García<sup>1</sup>, Irene Piernas Fernández<sup>2</sup>, Brígida de la Granja Fernández<sup>3</sup>, Concepción Rodríguez Aguilera<sup>4</sup>, Rocío Camuñas Palencia<sup>5</sup>, Olaya Alfaro Córcales<sup>6</sup>.

Hospital nuestra Señora del Prado<sup>1</sup>, Centro de Especialidades Emigrantes<sup>2</sup>, Centro de Salud de Polán<sup>3 y 4</sup>, Desempleadas<sup>5 y 6</sup>.

[amarcosg@sescam.jccm.es](mailto:amarcosg@sescam.jccm.es)

**RESUMEN****EXPERIENCIA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD GRUPAL: MENOPAUSIA. CONSULTORIO ARGÉS**

El aumento de la esperanza de vida da lugar a que cada vez sea mayor el tiempo que una mujer puede vivir después de la menopausia. Esto genera mayor prevalencia de procesos crónicos.

En Argés muchas mujeres, entre 45-59 años, nos demandaban información, en consulta de enfermería, sobre preocupaciones relacionadas con la menopausia. Nos marcamos un objetivo:

“Desarrollar el empoderamiento de los miembros del grupo, mejorando habilidades y actitudes referentes al climaterio”.

Se confeccionó un grupo y se realizaron 8 sesiones, una de captación y 7 donde se trabajaron diversos temas biopsicosociales.

Con EpS grupal se favorece el empoderamiento de la población y mejorar resultados en salud, favorece la comunicación, interrelación y socialización de experiencias que facilitan el ofrecimiento de alternativas para vivir con mejor calidad. Los resultados obtenidos nos indica la necesidad de continuar elaborando grupos de EpS.

**ABSTRACT****EXPERIENCE OF EDUCATION FOR GROUP HEALTH: MENOPAUSIA. CONSULTORIO ARGÉS**

The increase in life expectancy results in ever is greater the time a woman can live after menopause. This generates a higher prevalence of chronic processes.

In Argés, many women, aged 45-59 years, demanded information, in nursing consultation, about concerns related to menopause. Our objective:

“To develop the empowerment of the members of the group, improving skills and attitudes regarding the climacteric.”

A group was made up and there were 8 sessions, one of recruitment and 7 where diverse biopsychosocial topics they worked.

Group EpS is essential to increase population empowerment and improve health outcomes, fosters communication, interaction and socialization of own experiences that facilitate the offer of alternatives to improve the quality of life.

The positive results obtained indicate the need to continue elaborating EpS groups.

**PALABRAS CLAVE**

SALUD, CLIMATERIO, MUJERES, EMPODERAMIENTO, GRUPO  
HEALTH, CLIMACTERIC, WOMEN, EMPOWERMENT, GROUP

**INTRODUCCIÓN/PRESENTACIÓN**

El aumento de la esperanza de vida da lugar a que cada vez sea mayor el tiempo que una mujer puede vivir después de la menopausia. Este hecho genera una mayor prevalencia de procesos crónicos. Según la OMS se estima que para el año 2030 habrá en el mundo alrededor de 1200 millones de mujeres mayores de 50 años, es decir, casi tres veces la cifra actual. Además, se estima que más del 85% de las

mujeres españolas sufre algún deterioro en su calidad de vida después de la menopausia, siendo este deterioro importante en un 20% de las mujeres.

Desde una perspectiva biopsicosocial, se ha de tener en cuenta que la mayoría de los cambios que se producen en el organismo en esta etapa son los esperados con el paso de los años. Asimismo, en el intervalo de edad en el que transcurre el climaterio, también se dan otros acontecimientos personales, familiares y laborales del ciclo vital de la mujer, que pueden influir en su calidad de vida.

En la población de Argés hay 507 mujeres con edades comprendidas entre 45-59 años, de las cuales, muchas nos demandaban información, en consulta de enfermería, sobre diferentes preocupaciones relacionadas con la menopausia. Esto nos llevó a formar un grupo de educación para la salud (EpS) con la finalidad de cubrir esta necesidad manifestada. La educación para la salud grupal favorece la comunicación, la interrelación y la socialización de experiencias propias que facilitan el ofrecimiento de alternativas para vivir con mejor calidad.

## **OBJETIVOS (DE LA EXPERIENCIA)**

### OBJETIVO GENERAL.

Desarrollar el empoderamiento de los miembros del grupo, mejorando habilidades y actitudes referentes al climaterio.

### ESPECÍFICOS

Aumentar el conocimiento sobre aspectos relacionados con esta etapa de la vida.

Identificar las necesidades de autocuidado y su importancia.

Favorecer la comunicación y participación activa en el grupo.

Fomentar una actitud positiva ante esta etapa de la vida, desarrollando sus recursos personales.

## **DESARROLLO**

Se convocó una sesión 0 de captación donde se explicaron los objetivos, metodología y contenidos del taller. Además se pidió un compromiso de asistencia para la mayoría de las sesiones.

Finalmente se confeccionó un grupo de 12-13 personas y se les pasó un test de conocimientos en la primera sesión. Se realizaron 8 sesiones, una de captación y 7 donde se trabajaron los siguientes temas: conceptos generales, síntomas, mitos, estilo de vida saludable, identidad femenina y roles, patologías relacionadas (osteoporosis, incontinencia urinaria, tumores del aparato reproductor femenino y de mama), tratamiento farmacológico y no farmacológico, autoestima, comunicación eficaz, relaciones interpersonales de calidad y sexualidad.

Cada sesión se estructuró de la siguiente manera: una primera parte de recuerdo de la sesión anterior; posteriormente se impartían conocimientos teóricos, reforzados con actividades prácticas (vídeos, dinámica de grupo, debate...); la sesión terminaba con la realización de técnicas de relajación.

## **RESULTADOS**

A los 6 meses se volvió a reunir al grupo para realizar de nuevo el test de conocimientos que rellenaron el primer día. Este test comprendía preguntas sobre conocimientos generales, síntomas, identidad femenina, autoestima, relación y comunicación y sexualidad.

En el área de conceptos generales, de un 50% que hubo de aciertos en el cuestionario inicial, se pasó a un 100% en el posterior. En el área de síntomas, se pasó de un 58% a un 90%. En el área de identidad femenina, se pasó de un 58% a un 75%. En el área de autoestima, se pasó de un 50% a un 90%. En el área de relación y comunicación, se pasó de un 75% a un 100%. En el área de sexualidad, se pasó de un 75% a un 100%.

Respecto a la encuesta de satisfacción, que se realizó en la última sesión de manera grupal, las participantes comentaron que el taller les había aportado más de lo que ellas esperaban. Lo que más les gustó fue el clima de trabajo y sentirse apoyadas y comprendidas dentro del grupo. Lo que menos les gustó fue el horario en que se impartieron las sesiones. No añadirían ni quitarían nada del taller. Por último indicaron que les fue muy útil en los aspectos de conocimientos, comprensión de esta etapa de la vida, desmitificación de la menopausia como enfermedad, mejora de su autoestima y relación con su pareja y familia.



## CONCLUSIONES

La educación para la salud grupal es un método esencial para conseguir aumentar el empoderamiento de la población y mejorar así los resultados en salud.

Los resultados positivos obtenidos nos indica la necesidad de continuar elaborando grupos de EpS tanto de menopausia como en otros temas relacionados con la promoción y prevención.

Animamos a nuestros compañeros a repetir esta experiencia tan gratificante personal y profesionalmente.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Riquelme Pérez M. Metodología de educación para la salud. Rev. Pediatr Aten Primaria [Internet]. 2012 Jun [citado 2015 Feb 13]; 14( Supl 22 ): 77-82. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1139-76322012000200011&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322012000200011&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4321/S1139-76322012000200011>.
2. Martínez Riera JR, Del Pino Casado R. Manual práctico de enfermería comunitaria. Barcelona:Elsevier; 2014
3. Garrote Garrote A., La educación grupal para la Salud, Reto o realidad: Ed Díaz de Santos; 2011
4. Díez Sánchez A. et al. Guía de educación para la salud a mujeres en la etapa del climaterio. Ed SESCAM Gerencia Atención primaria Toledo; 2007
5. Grupo de trabajo de menopausia y postmenopausia. Guía de práctica clínica sobre la menopausia y postmenopausia. Barcelona: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, Asociación Española para el Estudio de la Menopausia, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericano; 2004.

**ID379:**

**SALUD SEXUAL EN LA COMUNIDAD. TALLERES INTERACTIVOS PARA ADOLESCENTES EN CENTROS EDUCATIVOS DE SECUNDARIA**

Encarnación Tornay Muñoz<sup>1</sup>, Julia Cano Carrascosa<sup>1</sup>, Maria Prieto Marcos<sup>1</sup>, Cristina Fernández Quiñones<sup>1</sup>, Maria Martín Martín<sup>1</sup>, Julita Merino Llorente<sup>1</sup>, Yolanda Menéndez Robles<sup>1</sup>,

Centro de Salud Juncal. Area Este. Torrejon de Ardoz. Madrid

[encar18@hotmail.com](mailto:encar18@hotmail.com)

**RESUMEN**

**INTRODUCCIÓN**

La adquisición de hábitos sexuales saludables requieren intervenciones comunitarias a grupos de mayor riesgo (adolescentes), como objetivo de prevención/promoción de salud.

**OBJETIVOS**

Realizar talleres. Ofrecer conocimientos sobre Salud Sexual. Corregir conocimientos erróneos. Mejorar hábitos sexuales saludables.

**DESARROLLO**

Población Diana: adolescentes

Captación/Realización: Institutos secundaria.

3 sesiones/taller, 1 hora/sesión.

Contenidos:

Concepto de sexualidad.

Conocimiento del cuerpo/desarrollo sexual.

Métodos anticonceptivos. Prevención de embarazos.

Prevención: ETS, VIH. Uso correcto de preservativos.

Evaluación: Pre-Post-Test de conocimientos. Evaluación (1-2meses).

Recursos: Elaboración materiales, folletos, audiovisuales, preservativos, bibliografía/direcciones.

Tormenta ideas, rol play, casos prácticos, práctica simulada/ interactividad.

**RESULTADOS**

11 talleres, 3 sesiones/taller, 1 hora/sesión.

251 alumnos (15-18 años).

2 Enfermeras

Presentación power point, Tormenta ideas, rol-play, casos, práctica simulada/interactividad, preservativos, documentación entregada.

Pre-Test conocimientos: 31,87%.

Relaciones sexuales: 56,57%.

Pareja: 85,66%.

Uso preservativo: 52,19%.

Anticoncepción emergencia: 30,3%.

Post-Test: 94,42% .

Post-Test/45días: 87.65%.

Encuesta satisfacción:

Interesante: 95,62%.

Aprendizaje: 94,02%.

Conocimientos erróneos corregidos: 69,72%.

**CONCLUSIONES**

Objetivos cumplidos, participativo-colaborativo. 52% tienen relaciones sexuales, utilizan preservativo 25%, anticoncepción emergencia habitualmente, elevados conocimientos previos erróneos.

**ABSTRACT****INTRODUCTION**

The acquisition of healthy sexual requires community interventions to groups of higher risk (adolescents), as objective of prevention/health promotion.

**OBJECTIVES**

Perform workshops. Offer knowledge (Sexual Health). Correct wrong knowledge. Improve healthy sexual.

**DEVELOPMENT**

Diana population: adolescents.

Capture/Realization: Secondary Institutes. 3 sessions/workshop, 1 hour/session.

**Contents:**

Concept sexuality. Body knowledge/sexual development.

Contraceptive methods. Prevention pregnancy.

Prevention: STD, HIV. Correct use condoms.

**Evaluation:** Pre-Post-Test knowledge. Evaluation (1-2 months).

Resources: Elaboration materials, journals, audiovisuals, condoms, bibliography/addresses.

Brainstorming, role-play, cases, simulated practice/interactivity.

**RESULTS**

11 workshops, 3 sessions/workshop, 1 hour/session.

251 students (15-18 years old).

2 Nurses

Presentation power point, brainstorming, role-play, cases, simulated practice/interactivity, condoms, documentation delivered.

Pre-test knowledge: 31.87%.

Sexual intercourse: 56.57%.

Couple: 85.66%.

Condom use: 52.19%.

Emergency contraception: 30.3%.

Post-Test: 94.42%.

Post-Test/45 days: 87.65%.

Satisfaction Survey:

Interesting: 95.62%.

Learning: 94.02%.

Incorrect knowledge corrected: 69.72%.

**CONCLUSIONS**

Objetives fulfilled, participatory-collaborative. 52% have sex, use condoms 25%, emergency contraception usually, high previous erroneous knowledge.

**PALABRAS CLAVE**

ADOLESCENTE, SALUD SEXUAL, ENFERMEDADES TRANSMISION SEXUAL

ADOLESCENT, SEXUAL HEALTH, SEXUALLY TRANSMITTED DISEASES

**INTRODUCCIÓN/PRESENTACIÓN**

La coordinación y cooperación entre las distintas instituciones que en el municipio desarrollamos proyectos de Educación para la Salud es un elemento imprescindible para el desarrollo eficaz y eficiente de los mismos y una herramienta para afrontar los nuevos retos o nuevos problemas de salud de este siglo.

El grupo de Educación para la Salud (EpS) de nuestro municipio está formado por profesionales sanitarios de la Dirección Asistencial Este (SERMAS), Departamento de Salud Pública de la DA Este, Centros de Salud del municipio, Ayuntamiento de Torrejón de Ardoz y Hospital Universitario de Torrejón y nuestros objetivos son consensuar y unificar criterios de actuación en EpS, mejorar nuestras estrategias y coordinar y rentabilizar eficientemente los recursos humanos, materiales y temporales disponibles.

La Educación para la Salud<sup>1,2</sup> tiene un papel importante dentro del proceso de la atención integral a la población, es una herramienta de trabajo muy útil para la instauración y/o modificación de hábitos de vida y tiene gran importancia en el abordaje de los problemas de salud desde edades tempranas.

La Educación para la Salud es un proceso que tiene como finalidad responsabilizar a los ciudadanos en la defensa de la salud propia y colectiva. Es una herramienta de la Promoción de la Salud y por tanto una función importante de los profesionales sanitarios, sociales y de la educación y esta considerada como parte del proceso asistencial, incluyendo la prevención, el tratamiento y la rehabilitación.

En el marco de la comunidad permite establecer las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente destinadas a mejorar la capacidad de autocuidado y que contempla la mejora y el desarrollo de habilidades y/o capacidades, junto con el desarrollo del conocimiento en la población, orientadas a mejorar la calidad de vida y la salud.

En base el análisis del Informe del Estado de Salud de la Población de la Comunidad de Madrid 2012 y refiriéndonos al municipio de Torrejón de Ardoz, se priorizaron 4 líneas de intervención en la población que son:

Promoción de hábitos saludables.

Promoción de actividad y ejercicio físico en población infantil y adolescente

Salud Sexual y reproductiva<sup>3,4,5</sup>

Envejecimiento de la Población: importancia de la figura del cuidador.

Respecto a la promoción de hábitos saludables, desde distintos ámbitos se están llevando a cabo intervenciones de carácter frecuente en la población.

Actualmente la intervención en el envejecimiento de la población va estrechamente ligada a la Línea Estratégica de Atención al Paciente Crónico<sup>6</sup> y se decide trabajar dentro de dicho marco.

Por todo ello, se prioriza el abordaje interdisciplinar en SALUD SEXUAL<sup>3,4</sup> en el municipio de Torrejón de Ardoz, poniendo a disposición de los ciudadanos y los agentes de salud, el conocimiento, la motivación y las habilidades necesarias para conseguir que mejorando el autocuidado mejore su salud.

La adquisición de hábitos sexuales saludables requiere de una intervención dirigida a los grupos de población identificados de mayor riesgo. Según datos del análisis realizado de la tasa elevada de Interrupciones Voluntarias del Embarazo de nuestro municipio, se establecen tres grupos de población a abordar:

Población adolescente entre 13 y 21 años.

Población general adulta entre 22 y 35 años.

Mujeres inmigrantes entre 22 y 35 años.

Cada grupo de edad según sus características requiere un tipo de intervención, en la cual el contenido a trabajar será el mismo en todas ellas y lo que se adaptará serán los criterios metodológicos utilizados en la elaboración, planificación y abordaje de la experiencia.

La educación sexual es un proceso que se construye a lo largo de la vida, sin embargo es esencial durante la infancia y la adolescencia, constituyéndose la atención integral a la sexualidad como un objetivo de prevención y promoción de salud esencial para este colectivo.

La sexualidad es un componente muy importante de nuestra personalidad ya que somos seres sexuados, no es algo que se pueda quitar o poner sino que tenemos intereses y comportamientos sexuales en todas las etapas de la vida (en la infancia, en la adolescencia, en la edad adulta y en la vejez), pero en cada etapa se manifiesta de forma distinta.

El Programa de Salud Sexual en la Comunidad, contempla un planteamiento preventivo fundamentado en la necesidad de evitar los embarazos no deseados, disminuir el riesgo de interrupciones voluntarias del embarazo en este colectivo, disminuir el riesgo de enfermedades de Transmisión Sexual, especialmente el Sida y un modelo de atención a la sexualidad, fomentando actitudes de naturalidad, entendiendo esta como forma de comunicación, placer, afectividad y cuando se desee de reproducción. De esta forma podemos dar respuesta a las necesidades de la población en "Educación, Asesoramiento y Atención Sexual"

El Hecho de los Sexos es el verdadero objetivo de la Educación Sexual: conocer el proceso de su sexualidad, vivir, aceptarse y expresarse como tal, siendo coherente y protagonista de la propia vida sexual. Al mismo tiempo se capacita a los sujetos para convivir en la diversidad, la integración, el respeto y el cultivo de las diferencias y de las sexualidades. Con independencia de las intervenciones específicas que en cada momento se lleven a cabo en las determinadas áreas, cada vez que en el aula se trabaja la convivencia, el

respeto a la diversidad, la comunicación interpersonal, la coeducación, el esquema corporal, se está haciendo Educación Sexual.

### Intervención en la comunidad

La adquisición de hábitos sexuales saludables en la adolescencia requiere de la intervención prioritariamente de los padres y /o tutores, como referentes de estos, sin olvidarse del importante papel influyente que juegan los amigos, el centro educativo y los medios sociosanitarios.

Ante la necesidad de dar una respuesta lo más cercana y realista posible e instaurar una intervención que mejore los hábitos sexuales saludables en el adolescente del Municipio de Torrejón de Ardoz y que perpetúen en la edad adulta se plantea la siguiente metodología:

Realización de talleres de educación sexual en centros de enseñanza secundaria (IES).

Población Diana: adolescentes entre 13 y 21 años.

### **OBJETIVOS (DE LA EXPERIENCIA)**

#### **Objetivo General:**

Ofrecer una atención integral en la salud sexual del adolescente.

#### **Objetivos Específicos:**

##### **1. Área Cognitiva:**

Conocer el concepto de Salud Sexual y funciones de la sexualidad

Trabajar el conocimiento del cuerpo y desarrollo sexual

Adquirir conocimientos sobre sexualidad y salud

Conocer las Enfermedades de Transmisión sexual (ETS) y el uso del preservativo.

Adquirir conocimientos sobre métodos anticonceptivos y anticoncepción de emergencia. Prevención de embarazos no deseados.

##### **2. Área Emocional:**

Trabajar el crecimiento personal

Aumentar la autoestima y la confianza personal.

Trabajar la inteligencia emocional.

##### **3. Área Habilidades:**

Demostrar habilidades de comunicación y autoconocimiento

Demostrar habilidades en el uso los distintos métodos anticonceptivos.

Demostrar habilidades en el uso del preservativo.

### **DESARROLLO**

Talleres de educación sexual dirigido a los adolescentes de los institutos de enseñanza secundaria (IES) adscritos a nuestra zona básica de salud.

Captación: Institutos del municipio de Torrejón de Ardoz.

Contenidos:7,8,9,10,11,12

Concepto de sexualidad y sus funciones.

Conocimiento del cuerpo y desarrollo sexual

El crecimiento personal. El “Yo y mi sexualidad” , “decir no”

Métodos anticonceptivos (ACOs), anticoncepción de emergencia. Prevención de embarazos no deseados.

Prevención de Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) y uso correcto del preservativo.

#### Actividades y Técnicas:

Documentación sobre la teoría, pizarra, rotafolios, retroproyector, folios, cañón, carpetas, bolígrafos, 2-3 Docentes, (enfermeras)

3 Sesiones de 1 hora de duración: presentación de docentes y discentes. Pre Test en la primera sesión y Post-test en la 3ª sesión y encuesta de satisfacción

Presentación y cohesión grupal. Exposición magistral. Manifiesto de inquietudes Etiquetas con su nombre. Tormenta de ideas. Casos prácticos. Rol play

¿Qué es la sexualidad?. Prácticas sexuales: Crecimiento personal. Prevención de embarazos no deseados. Acos y Aco de emergencia. Prevención de ETS. Uso correcto del preservativo. Enfermedades venéreas.

Reuniones de Coordinación:

4 reuniones para coordinar la intervención, formación de grupo, reparto de tareas, cambios, puesta en común, y 1 reunión para evaluación.

Estructura:

Se compone de 2-3 profesionales que desempeñaran la función de docente y observador, cuyo papel tendrá como funciones comprobar mediante apuntes de los mismos y comprobación de si los materiales y recursos usados son los necesarios y adecuados para los objetivos planteados.

Proceso:

Para evaluar a los asistentes, se realizará una tormenta de ideas previa al taller para ver sus demandas, para valorar si reconocen las prácticas sexuales saludables, la prevención del embarazo no deseado con el conocimiento de los diferentes métodos anticonceptivo con mención especial de la anticoncepción de emergencia y la prevención de ETS con mención especial del uso del preservativo.

Se analizarán los resultados de los cuestionarios Pre y Post Test, encuesta de satisfacción y la evaluación del observador. Se analizaran también futuras demandas.

Contactos con los jefes de estudio de los centros educativos (IES).

Reuniones para coordinar: intervención, grupo, reparto de tareas, cambios, puesta en común, evaluar.

2-3 profesionales por taller desempeñando función docente y observador alternando.

Evaluación: Pre-Post-Test de conocimientos y demandas sobre prácticas sexuales saludables, prevención del embarazo no deseado, conocimiento de diferentes métodos anticonceptivo, anticoncepción de emergencia, uso correcto del preservativo y prevención de ETS, VIH.

Encuesta de satisfacción, guía del observador.

En colaboración con educadora (IES) se evaluarán a corto plazo (1-2meses), para la consecución de objetivos planteados: Tormenta de ideas y Test de conocimientos.

Recursos: elaboración de presentaciones, recursos materiales, petición de folletos, audiovisuales (ordenador, cañón, presentación power point), folios, bolígrafos, etiquetas, material practico, preservativos, documentación, bibliografía y direcciones de interés, folletos informativos. Tormenta de ideas, rol play, casos prácticos, práctica simulada e interactividad.

Clima grupal cálido en aulas de IES.

**Proceso de las sesiones (tabla 1,2,3,4)**

SESIÓN	DURACIÓN	LUGAR	CONTENIDOS	ACTIVIDADES	TÉCNICAS	MATERIALES
<b>1ª Sesión</b>	1 hora	Aula C.S Espacio acordado	- ¿Qué es la sexualidad? - Prácticas sexuales - crecimiento personal	- Presentación y cohesión grupal - Tormenta de ideas - Asertividad , decir "no"	- Etiquetas con su nombre. - Rol play - Casos prácticos - Power point - Imágenes. - Videos	- Lámparas de colores - Tijeras - Pegamento - Ordenador - Cañón - Distintos ACOS
<b>2ª Sesión</b>	1 hora	Aula C.S Espacio acordado	-Prevención de embarazos no deseados , Acos y Aco de emergencia  -Prevención de ETS -Uso del preservativo	- Mostrar distintos ACOS - Situaciones para el uso del Aco de emergencia  - Casos prácticos - Colocación del preservativo		
<b>3ª Sesión</b>	1 hora	Aula C.S Espacio acordado				

**Tabla 1: Organigrama de las sesiones**

**1ª Sesión**

Agradecimientos por la asistencia, presentación de educadores y grupo y etiquetas con el nombre. Realización de pre-test conocimientos. Tormenta de ideas. Asertividad, Decir “no”. Temario de la sesión: ¿Qué es la sexualidad?. Prácticas sexuales. Crecimiento personal. Rol play. Casos prácticos. Power point. Imágenes. Videos. Breve resumen al final y entrega de documentación de la sesión.

**SESIÓN Nº 1 (1 HORA)**

DURACIÓN	CONTENIDOS	TÉCNICAS EDUCATIVAS	RECURSOS
15 MINUTOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presentación Proyecto/Docentes</li> <li>• ¿Qué es la sexualidad?</li> <li>• Pre-test.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cohesión Grupal y/o</li> <li>• Tormenta de ideas y/o</li> <li>• Juego de preguntas(caja)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cañón</li> <li>• Ordenador.</li> <li>• Portafolios.</li> <li>• Pizarra.</li> <li>• Caja Preguntas</li> </ul>
20 MINUTOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prácticas Sexuales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lección participativa y /o</li> <li>• Comprensión dinámica de grupo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cañón</li> <li>• Ordenador</li> </ul>
20 MINUTOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Crecimiento Personal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lección participativa y/o</li> <li>• Rol play 1</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cañón</li> <li>• Ordenador</li> </ul>
5 MINUTOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conclusiones</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cohesión grupal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cañón</li> <li>• Ordenador</li> </ul>

**Tabla 2: Organigrama de la sesión 1**

**2ª Sesión:** Etiquetas con el nombre. Breve resumen de sesión anterior. Temario: Prevención de embarazos no deseados, Acos y Aco de emergencia. Mostrar distintos ACOS. Situaciones para el uso del Aco de emergencia. Tormentas de ideas, rol-play, imágenes, dibujos, presentación power point. Al final breve resumen y entrega de documentación de la sesión.

**SESION Nº 2 (1 HORA)**

DURACIÓN	CONTENIDOS	TÉCNICAS EDUCATIVAS	RECURSOS
35MINUTOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prevención de embarazos no deseados</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tormenta de ideas y/o</li> <li>Casos prácticos :1,2 y/o</li> <li>Lección Participativa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cañón</li> <li>Ordenador</li> </ul>
25 MINUTOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>ACO y ACO de emergencia</li> </ul>	Lección participativa y/o Comprensión dinámica de grupo y/o Caso práctico: 4	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cañón</li> <li>Ordenador</li> </ul>
5 MINUTOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>Conclusiones</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cohesión Grupal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cañón</li> <li>Ordenador</li> </ul>

**Tabla 2: Organigrama de la sesión 2**

**3ª Sesión:** Etiquetas con el nombre. Breve resumen de sesión anterior. Temario: Prevención de ETS. Uso correcto del preservativo. Casos prácticos. Colocación del preservativo (simulación práctica). Breve resumen y entrega de documentación de la sesión. Tormentas de ideas, rol-play, imágenes, dibujos, presentación power point. Post-test de conocimientos. Encuesta de satisfacción. Agradecimientos. (Anexos con casos y rol play)

**SESIÓN Nº 3 (1 HORA)**

DURACIÓN	CONTENIDOS	TÉCNICAS EDUCATIVAS	RECURSOS
30 MINUTOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prevención de ETS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tormenta de ideas y/o</li> <li>Lección participativa y/o</li> <li>Caso Práctico 3 y/o</li> <li>Rol Play 2</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cañón</li> <li>Ordenador.</li> </ul>
15 MINUTOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>Uso del preservativo.</li> <li>Colocación Preservativo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lección participativa y/o</li> <li>Demostración con entrenamiento y/o</li> <li>Entrenamiento nueva conducta y/o</li> <li>Rol Play 3.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cañón</li> <li>Ordenador</li> </ul>
15 MINUTOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>Conclusiones</li> <li>Post test</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cohesión grupal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cañón</li> <li>Ordenador</li> <li>Caja</li> </ul>

**Tabla 4: Organigrama de la sesión 3**

**RESULTADOS**

Contactos con los jefes de estudios de los IES.  
 3 reuniones para coordinar y elaborar: intervención, grupo, reparto de tareas, cambios, puesta en común,  
 2 reuniones para evaluaciones.  
 11 talleres (2015-2016), 3 sesiones/taller, 1 hora/sesión: Aulas de IES, clima grupal cálido.  
 251 alumnos (132 chicas y 119 chicos) de 15-18 años. Edad media 16,5.  
 2 Docentes/Observadores alternando.



Presentación power point, folios, bolígrafos, etiquetas, preservativos. Tormenta ideas, rol-play, casos, práctica simulada, interactividad, entregada documentación interés.

Pre-Test conocimientos: 31,87%.

Relaciones sexuales: 56,57%.

Pareja: 85,66%.

Uso preservativo: 52,19%.

Anticoncepción emergencia: 30,3%.

Post-Test de Conocimientos: 94,42% .

Post-Test de conocimientos a los 45 días: 87.65%.

Encuesta satisfacción:

Interesante: 95,62%.

Aprendizaje: 94,02%.

Conocimientos previos erróneos corregidos: 69,72%.

### **CONCLUSIONES**

Objetivos cumplidos, buena participación-colaboración. Hemos observado: 52% tienen relaciones sexuales, solo usan preservativo la mitad, también uso de anticoncepción emergencia como ACO habitual, elevados conocimientos previos erróneos.

### **BIBLIOGRAFÍA**

- 1.<http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/formacionSalud.pdf>
- 2.<https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosario.pdf>
- 3.-[http://www.who.int/topics/sexual\\_health/es/](http://www.who.int/topics/sexual_health/es/)
- 4.-<https://medlineplus.gov/spanish/teensexualhealth.html>
- 5.-[http://www.unfpa.org.mx/ssr\\_adolescentes.php](http://www.unfpa.org.mx/ssr_adolescentes.php)
- 6.[http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=CM\\_InfPractica\\_FA&cid=1354319576173&pagename=ComunidadMadrid/Estructura](http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=CM_InfPractica_FA&cid=1354319576173&pagename=ComunidadMadrid/Estructura)  
[https://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS\\_Salud20Publica/AS\\_Promocion20de20la20Salud/Programas20de20Educaci3B3n/Educaci3B3n20afectivo20se](https://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Salud20Publica/AS_Promocion20de20la20Salud/Programas20de20Educaci3B3n/Educaci3B3n20afectivo20se)
- 7.-Carlos de la Cruz: Atender y educar en sexualidad desde la consulta de pediatría. Ed Unaf.2007.
- 7.-Carlos de la Cruz: Folleto de sexualidad. Dirección General de Salud pública de la CAM,2006.
- 8.-Ruiz Lázaro PJ: Promoviendo la adaptación saludables de nuestros adolescentes. Ministerio de Sanidad.
- 9.-Lorena Berdún: En tu casa o en la mía. Ed santillana.2006.
- 10.-Marisa Martínez Blanco, Marisa Pires y Clara Esteban. Los métodos anticonceptivos. Salud Madrid.2009
- 11.-Folleto El sida no entiende de culturas. WWW. MSC. ES.
- 12.-[http://www.msal.gob.ar/images/stories/ryc/graficos/0000000182cnt-folleto\\_Metodos\\_anticonceptivos.pdf](http://www.msal.gob.ar/images/stories/ryc/graficos/0000000182cnt-folleto_Metodos_anticonceptivos.pdf)

**ANEXO 1  
ROL PLAYING**

- Pareja de novios de 6 meses de duración, el chico quiere tener relaciones y ella no se siente preparada.  
Objetivo a trabajar:  
Sexualidad en igualdad, “decir no” “no sentirse culpable”, otras prácticas de sexualidad sin penetración.
- Pareja de novios, ella le dice a él que lleva unos días con picores en sus partes, él le contesta que a él no le pica y le acusa a ella de haberle engañado con otro.  
Objetivo a trabajar:  
Prevenir ETS y explicar infecciones asintomáticas pero transmisibles.
- Dos chicas, una pregunta que está saliendo con un chico desde hace 15 días, y que quieren tener relaciones pero él no quiere ponerse preservativo y no sabe qué hacer. La otra le dice bueno si controla y está sano que más te da, a ellos les gusta más, y le contesta ya y si me pega algo? , la respuesta de su amiga es pues tomate la pastilla y quédate tranquila.  
Objetivo a trabajar:  
Destacar la importancia en la toma de decisiones en la práctica de relaciones sexuales, “el que aparente sano no significa que lo esté” y resaltar que únicamente el preservativo es el método barrera para las ETS además de Prevención de Embarazos No Deseados.

**ANEXO 2  
CASO PRÁCTICO 1**

Lunes por la mañana, Ana y Sofía se ven como siempre en el descanso, son amigas desde el colegio.

Ambas tienen 16 años.

Todos los sábados quedan con su grupo de amigos en el parque para hacer botellón, un amigo del grupo, mayor de edad compra la bebida en el “chino” del barrio

En el grupo hay tres chicos, Raúl, Jaime y Rubén (de 16 años y uno de 18 años) y dos chicas más, Alicia y Jeny (de 15 y 17 años).

Pasan un buen rato en el parque,, se ríen mucho, beben, fuman, escuchan música (a Rubén, su padre le deja el coche).

En el descanso, el Lunes comentan lo bien que lo han pasado el Sábado.

Ana le comenta a Sofía, que bebió un poco más que no recuerda nada de lo que paso a partir de cierta hora. Recuerda que alguien la llevo a casa a su hora.....

**Objetivos:**

Debate sobre prevención de ETS y embarazo no deseado, por una “posible relación sin medios”.

Tormenta de ideas de sitios donde acudir en caso de existir riesgo de ETS o sospecha de embarazo no deseado (centro de salud de referencia, análisis y centro de salud de Fronteras prueba rápida de VIH).

“ ACO de Emergencia”

Trabajar como manejar la situación si se encuentran en ella.

**ANEXO 3**

**CASO PRÁCTICO 2**

Me llamo Laura y tengo 17 años, llevo 7 meses con pareja. Este finde, mi chico y yo lo hicimos. Estoy tomando la pasti, pero esta semana he tenido mucho jaleo, se me ha olvidado tomármela dos o tres días. Estoy hecha un lío, no se si puedo estar embarazada o no. Mi madre me “mata” si se entera. ¿Qué puedo hacer?

**Objetivos:**

Prevenir un Embarazo No Deseado, acudir a centro de salud de referencia para test de gestación.

ACO de emergencia

Verificar buen conocimiento del ACO habitual.

Verificar relación estable, sino prevenir ETS

**ANEXO 4**

**CASO PRÁCTICO 3**

El viernes salimos con mi grupo de amigas y conocimos a unos chicos monísimos, que nos invitaron a su casa a ver el partido.

Ya en su casa y después del partido, lo celebramos con unas copas.

Mi amiga se enrolló con uno de ellos.

No supe que decirle.

**Objetivos:**

Asesorar adecuadamente a una amiga ante posible relación de riesgo.

Asegurar relación de sexualidad sin efectos de alcohol y otras sustancias.

**ANEXO 5**

**CASO PRÁCTICO 4**

Hoy mi novio y yo lo hemos “hecho”, no teníamos preservativo y mi chico a dicho que “no pasaba nada” que “él controlaba”.

También me ha dicho que me tomara la “pasti” esa del día después que para eso está y así no me quedo embarazada.

¿Es correcta la decisión tomada?

¿Qué hubierais hecho vosotros?

¿Cuándo de debe de tomar la píldora postcoital?

**Objetivos:**

Verificar relación de sexualidad en igualdad en la toma de decisiones.

Verificar relación estable, prevenir ETS.

Explicar uso correcto de ACO de emergencia, no como ACO habitual.

## *La enfermería comunitaria ante la vulnerabilidad*

**ID7:**

### **CAPACITACIÓN DE LA CUIDADORA PRINCIPAL EN EL MANEJO DE LA VIA SUBCUTÁNEA**

Montserrat Aranguren Maruenda

C.L. Lomo Magullo – Telde. Gerencia de Atención Primaria Área de Salud de Gran Canaria

[montse.aranguren@hotmail.com](mailto:montse.aranguren@hotmail.com)

#### **RESUMEN**

**Introducción:** La siguiente intervención se llevó a cabo en una paciente en atención domiciliaria portadora de bomba subcutánea, que reside en zona rural y con acceso limitado al EAP del consultorio al que pertenece.

**Objetivo:** Capacitar a la cuidadora para que sea capaz de solucionar cualquier incidencia relacionada con la vía subcutánea sin movilizar asistencia sanitaria

**Metodología:** Se empleó la técnica de la demostración siguiendo como guía la Monografía de SECPAL "Uso de la vía subcutánea en cuidados paliativos".

**Resultado:** En los dos meses que duró el tratamiento la cuidadora fue capaz de canalizar la vía subcutánea en tres ocasiones, al primer intento, y no requirió asistencia sanitaria.

**Conclusión:** La intervención supuso un ahorro importante de recursos sanitario y aportó confianza a la cuidadora ante cualquier incidencia relacionada con la vía subcutánea.

#### **ABSTRACT**

**Introduction:** The following intervention was carried out in a patient in home care with a subcutaneous pump, who resides in rural areas and with limited access to the WBS of the health center to which she belongs.

**Objective:** To train the caregiver to be able to solve any incidence related to the subcutaneous route without mobilizing health care

**Methodology:** The demonstration technique was used following the Monoprint of SECPAL "Use of the subcutaneous route in palliative care" as a guide.

**Outcome:** In the two months of treatment, the caregiver was able to channel the subcutaneous route three times, at the first attempt, and did not require health care.

**Conclusion:** The intervention was a significant saving of health resources and provided confidence to the caregiver before any incidence related to the subcutaneous route

#### **PALABRAS CLAVE**

Capacitación, Cuidador principal, vía subcutánea

Training, Principal caregiver, subcutaneous route

#### **INTRODUCCIÓN/PRESENTACIÓN**

Los cambios demográficos que se están produciendo en nuestro país debido al rápido y progresivo envejecimiento de la población están llevando a la administración sanitaria a abordar la cronicidad como un problema real, latente y en continuo aumento. El gran reto al que se enfrenta el sistema sanitario actual es la búsqueda de recursos eficaces y eficientes que puedan dar respuesta a este aumento en las demandas sanitarias de los pacientes crónicos y pluripatológicos, puesto que este tipo de pacientes conllevan una mayor presión asistencial, un importante consumo de recursos y un incremento en el gasto sanitario.

Desde Atención Primaria contamos con el recurso de la atención domiciliaria que pretende brindar cuidados óptimos al paciente en su entorno habitual. Estos cuidados permiten reducir el gasto sanitario y

dar calidad de vida al paciente. Para ello es importante, no solo contar con los recursos sanitarios de los que disponemos, sino también recurrir a los recursos familiares del propio paciente. En este punto podemos contar, en algunas ocasiones, con la figura del cuidador principal y su capacitación para ir más allá de los cuidados básicos.

La siguiente intervención comunitaria se llevó a cabo sobre una paciente de 78 años en atención domiciliaria, con pluripatología entre la que destacan DM tipo2 con Retinopatía diabética, Enfermedad renal crónica estadio IV rechazando tratamiento de diálisis, EPOC grado III-IV con oxígeno domiciliario las 24 horas, e Insuficiencia Cardíaca Clase Funcional III-IV NYHA. Debido a la descompensación de su ICC es ingresada en el hospital de referencia y tras la mejoría se decide, en coordinación con su EAP, el alta, siendo portadora de bomba de perfusión subcutánea de Furosemida. Reside en una zona rural, alejada del núcleo urbano, en la isla de Gran Canaria, y el consultorio al que pertenece como usuaria solo tiene un EAP, en horario de mañana, de lunes a viernes. Su enfermera acude al domicilio tres veces por semana para cambio de pauta de Furosemida, según prescripción médica, e infusor. La palomita se cambia cada 5 días si no hay incidencias.

Su cuidadora principal es su hija de 45 años que dejó de trabajar para hacerse cargo de los cuidados de su madre. La cuidadora tiene amplia experiencia en el cuidado básico de la paciente y está dispuesta a asumir más competencias siempre que se le den las herramientas para ello.

### **OBJETIVOS (DE LA EXPERIENCIA)**

El objetivo principal de toda atención domiciliaria es que el paciente permanezca el mayor tiempo posible en su domicilio, evitando la hospitalización, y garantizando el control de su proceso patológico y los cuidados oportunos.

Debido a la incapacidad del EAP de proporcionar unos cuidados de la vía subcutánea durante las 24 horas, se decidió capacitar a la cuidadora principal en el manejo de esta vía. El reto principal surgía en el caso de que la paciente sufriera alguna incidencia relacionada con la vía subcutánea, durante el periodo de tiempo en que no tiene acceso a su EAP. Su cuidadora principal debía ser capaz de solucionar cualquier problema sin tener que movilizar asistencia sanitaria a su domicilio por parte del Servicio de Urgencias Canario.

### **DESARROLLO**

A la hora de poner en práctica la intervención, se valoró la capacidad de la cuidadora para asumir el reto. Se valoró su disposición y conocimientos previos así como su habilidad para gestionar la información que se le iba a proporcionar.

Se partió de la base de que la cuidadora principal conocía la vía subcutánea puesto que administraba a la paciente Insulina y Eritropoyetina por esta vía.

Se utilizó la técnica de la demostración usando como guía la Monografía de SECPAL “Uso de la vía subcutánea en cuidados paliativos”, y se le proporcionó parte de esta guía para cualquier consulta. Además se realizó una práctica supervisada por la enfermera en el domicilio de la paciente. Se atendieron todas las dudas que pudieran surgir durante la práctica y en días posteriores.

Se hizo especial hincapié sobre los lugares de inserción y las complicaciones más habituales y su manejo: enrojecimiento, inflamación, extravasación del fármaco, salida accidental de la palomita del sitio de inserción, hematoma y hemorragia. Y se le aportó el material necesario.

La manipulación del infusor y el ajuste del tratamiento siempre se realizó por parte del EAP.



Imagen 1

**RESULTADOS**

En los dos meses que la paciente portó la bomba subcutánea, se valoraron continuamente los conocimientos de la cuidadora conforme a la canalización de la vía subcutánea y sus cuidados, así como los posibles problemas a los que se había enfrentado y como los había solucionado, dando respuesta a sus dudas y generando un refuerzo positivo.

La cuidadora fue capaz de canalizar la vía subcutánea con éxito, al primer intento, en tres ocasiones. Dos de ellas por salida accidental de la palomita durante la noche mientras dormía, y en una ocasión por enrojecimiento de la zona de inserción. Fue capaz de identificar la complicación y actuar en consecuencia. No fue necesario recurrir en ninguna ocasión ni al EAP, fuera de las visitas domiciliarias concertadas, ni al Servicio de Urgencias Canario. Esto permitió que la paciente continuara el tratamiento en su domicilio y no tuviese complicaciones asociadas.



Imagen 2

**CONCLUSIONES**



La capacitación de la cuidadora supuso un ahorro importante de recursos sanitarios, y aportó confianza a la cuidadora, disminuyendo la ansiedad que le generaba cualquier incidencia relacionada con la vía subcutánea. Permitted cumplir el objetivo de que la paciente recibiese su tratamiento cómodamente en su domicilio sin tener que recurrir a su hospitalización.

La experiencia ha demostrado que los cuidadores pueden estar capacitados para realizar intervenciones más allá de los cuidados básicos. Desde Atención Primaria podemos darles las herramientas y conocimientos adecuados, lo que repercute positivamente en el sistema sanitario y en la calidad de vida de estos pacientes.

### BIBLIOGRAFÍA

SECPAL (2013) [Monografía SECPAL · Número 4 · Octubre 2013 · Uso de la vía subcutánea en Cuidados Paliativos](#). Disponible en <http://www.secpal.com>

**ID35:**

**CUIDADOS DE LA ANOREXIA NERVIOSA CON RIESGO DE HIPOGLUCEMIA EN LA CONSULTA DE ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA: CASO CLÍNICO**

Iván Alexandre Ángel García<sup>1</sup>, Ana Palma Sánchez<sup>2</sup>, Rosario María López Sánchez<sup>3</sup>, Julián Guillén López<sup>4</sup>, Ana María Conesa Torres<sup>5</sup>, Jose Pedro Olivo Ros<sup>6</sup>.

1 Residente de Enfermería Familiar y Comunitaria en la Unidad Docente Multiprofesional Cartagena-Mar Menor.

2 Residente de Enfermería Familiar y Comunitaria en la Unidad Docente Multiprofesional Cartagena-Mar Menor.

3 Residente de Enfermería Familiar y Comunitaria en la Unidad Docente Multiprofesional Cartagena-Mar Menor.

4 Residente de Enfermería Familiar y Comunitaria en la Unidad Docente Multiprofesional Cartagena-Mar Menor.

5 Tutor de residente de Enfermería Familiar y Comunitaria en la Unidad Docente Multiprofesional Cartagena-Mar Menor.

6 Tutor de residente de Enfermería Familiar y Comunitaria en la Unidad Docente Multiprofesional Cartagena-Mar Menor.

[ivan\\_alexandre\\_13@hotmail.com](mailto:ivan_alexandre_13@hotmail.com)

**RESUMEN**

**INTRODUCCIÓN**

La anorexia nerviosa es un trastorno del comportamiento alimentario.

**PRESENTACIÓN DEL CASO**

Mujer de 45 años, 164 cm y 26 kg de peso. En seguimiento por anorexia nerviosa secundaria a depresión, desde los 18 años; con regular adhesión a las visitas. Último ingreso (Mayo 2016) por hipoglucemia.

**VALORACIÓN**

Valoración por los Patrones Funcionales de Margory Gordon.

**PLAN DE CUIDADOS Y RESULTADOS**

Plan de cuidados basado en los diagnósticos de Enfermería: Baja autoestima crónica, Desequilibrio nutricional por defecto y Riesgo nivel de glucemia inestable. La evaluación de las intervenciones se realizó mediante la valoración de los resultados de los objetivos y los controles de peso y glucemia basal, mensuales.

**DISCUSIÓN/ CONCLUSIONES**

Con la evaluación de los resultados (30,3 kg y 103 mg/dl de glucemia basal, en noviembre de 2016); podemos afirmar que el seguimiento en atención primaria, mejora la adherencia a las consultas y aumenta el control de las recaídas.

**ABSTRACT**

**INTRODUCTION**

Anorexia nervosa is a disorder of eating behavior.

**CASE PRESENTATION**

45 year old woman, 164 cm y 26 kg of weight. Followed by anorexia nervosa secondary to depression, since 18 years; with regular adherence to the visits. Last hospital admission (May 2016) due to hypoglycemia. **ASSESSMENT**

Valuation by Functional Patterns by Margory Gordon.

**CARE PLAN AND RESULTS**

Plan of care based on nursing diagnoses: Low chronic self-esteem, default nutritional imbalance and risk of unstable glycemia. The evaluation of the interventions was done by assessing the results of the objectives and the basal and monthly glycemc and weight controls.



## DISCUSSION / CONCLUSIONS

With the evaluation of the results (30.3 kg and 103 mg / dl of basal glycemia in November 2016); We can affirm that follow-up in primary care improves adherence to appointments and increases control of relapses.

## PALABRAS CLAVE

Enfermería en Salud Comunitaria, Atención Primaria de Salud, Atención de Enfermería, Conducta Alimentaria, Anorexia Nerviosa.

Community Health Nursing, Primary Health Care, Nursing Care, Feeding Behavior, Anorexia Nervosa

## INTRODUCCIÓN

La anorexia nerviosa es un trastorno del comportamiento alimentario caracterizado por un deseo incontrolable de estar delgado junto a la práctica voluntaria de acciones para conseguirlo (1). Se asocia a una importante morbilidad, por lo que es necesario un abordaje multidisciplinar (2).

La enfermera de atención primaria tienen una posición privilegiada para transmitir mensajes sobre hábitos saludables, así como para realizar una detección precoz que facilite una intervención rápida (1). El propósito del caso clínico es mostrar la importancia de la Enfermería comunitaria, en la continuidad de cuidados de la anorexia nerviosa.

## PRESENTACIÓN DEL CASO

Mujer de 45 años de edad, 164 cm de altura y 26 kg de peso. En seguimiento por psiquiatría, psicología y endocrinología; con regular adhesión a las visitas, por anorexia nerviosa secundaria a depresión, desde los 18 años; con amenorrea, desnutrición severa mixta y pancitopenia. Sigue una dieta basal a demanda suplementada con nutrición enteral hipercalórica e hiperproteica, a media mañana y en merienda.

El motivo de consulta fue informar a su médico y enfermera de su centro de salud, del alta tras el último ingreso (Mayo 2016) por hipoglucemia.

## VALORACIÓN

Dentro de la intervención multiprofesional, en la consulta de enfermería; se realizó un abordaje biopsicosocial del problema con una Valoración por los Patrones Funcionales de Margory Gordon.

Fueron detectadas alteraciones en el patrón nutricional-metabólico y en el patrón autopercepción-autoconcepto. Para la valoración de la depresión, se utilizó la Escala de ansiedad y depresión de Goldberg (EADG), con una puntuación de 3 ( $\geq 2$  depresión probable) para la subescala de depresión.

## PLAN DE CUIDADOS y RESULTADOS

En base a la taxonomía NANDA, NOC y NIC; aplicamos un Plan de Cuidados con los siguientes diagnósticos de Enfermería: (00119) Baja autoestima crónica, (00002) Desequilibrio nutricional por defecto y (00179) Riesgo nivel de glucemia inestable.

Se seleccionaron los objetivos, (1205) Autoestima; con los resultados: demostrará mejora de la habilidad para relacionarse y de toma de decisiones, y expresará verbalmente un aumento de la aceptación; (1612) Control de peso, con el resultado: ganará peso progresivamente hasta llegar al objetivo deseado; y (2300) Nivel de glucemia, con el resultado: concentración sanguínea de glucosa.

Y las intervenciones: (5400) Potenciación de la autoestima, (1260) Manejo del peso y (2130) Manejo de la hipoglucemia.

La evaluación de las intervenciones se realizó mediante la valoración de los resultados de los objetivos y los controles de peso y glucemia basal, mensuales (*Tabla 1*).

Consulta Programada de Enfermería	Junio 2016	Julio 2016	Agosto 2016	Septiembre 2016	Octubre 2016	Noviembre 2016
Peso	27,2 kg	28 kg	28,5 kg	29,1 kg	29,4 kg	30,3 kg
Glucemia Basal	73 mg/dl	80 mg/dl	96 mg/dl	88 mg/dl	93 mg/dl	103 mg/dl

**Tabla 1.-Evolución**

## DISCUSIÓN / CONCLUSIONES

La Enfermería comunitaria tiene un papel destacado en la psicoeducación individual y familiar de la anorexia nerviosa, ofreciendo unos cuidados centrados en la escucha activa y las técnicas motivacionales, que aumentan la percepción y capacidad de afrontamiento ante las diferentes dificultades que se presentan en el transcurso de este trastorno de la conducta alimentaria (3).

Con la evaluación de los resultados (30,3 kg y 103 mg/dl de glucemia basal, en noviembre de 2016); podemos afirmar que el seguimiento en atención primaria, mejora la adherencia a las consultas de endocrinología, psicología y psiquiatría y aumenta el control de las recaídas.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Guerola Pejenaute E, Pejenaute Labari ME. Anorexia Nerviosa. FMC [Internet]. 2016 [citado 23 nov 2016]; 23:197-207. Disponible en: <http://www.fmc.es/es/anorexia-nerviosa/articulo/90452352/#.WJ8-1vnhDIU>
2. Gil Canaldaa MI, Candela Villanuevab JP y Cecilia Rodríguez M. Atención primaria y trastornos de la alimentación: ¿qué podemos hacer nosotros? (II). Aten Primaria [Internet]. 2003 [citado 23 nov 2016];31(4):248-51. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-atencion-primaria-trastornos-alimentacion-que-13044901>
3. Torralbas-Ortega J, Puntí-Vidal J, Arias-Núñez E, Naranjo-Díaz MC, Palomino-Escrivá J y Lorenzo-Capilla A. Intervención enfermera en el plan terapéutico familiar de la anorexia nerviosa. Enferm Clin [Internet]. 2011 [citado 23 nov 2016];21(6):359-363. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-intervencion-enfermera-el-plan-terapeutico-S1130862111001045>

**ID40:**

## ¿CIUDADES SALUDABLES? SU IMPORTANCIA E INFLUENCIA EN LA SALUD, A PROPÓSITO DE UN CASO: LA CIUDAD DE GIJÓN

Carlos Miguel Sanz Vega<sup>(1)</sup>, Alba Noriega Pérez<sup>(1)</sup>, Carmen Noguerol del Cid<sup>(2)</sup>, Gloria Antón Martínez<sup>(3)</sup>, Rubén Serra Lorenzo<sup>(4)</sup>.

- (1) Centro de Salud de El Coto, Gijón.
- (2) Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo.
- (3) Centro de Salud de Montevil, Gijón.
- (4) Hospital Universitario San Agustín, Avilés.

[roni\\_carlos\\_12@hotmail.com](mailto:roni_carlos_12@hotmail.com)

### RESUMEN

**Introducción/Justificación:** En las últimas décadas, la esperanza de vida ha ido aumentando pero no siempre asociada a mayor calidad debido al aumento de enfermedades crónicas. Por ello, los esfuerzos internacionales van dirigidos a la prevención y promoción. Entre sus estrategias destaca “Ciudades Saludables”, un proyecto que pretende aumentar la inversión gubernamental y recursos para la salud poblacional. **Objetivos:** identificar las características y necesidades de una ciudad saludable y potenciar las inversiones y recursos en salud. **Desarrollo:** búsqueda bibliográfica en las webs del Ministerio de Sanidad, OMS y Ayuntamiento de Gijón con las palabras claves incluidas en DECS. **Discusión:** la bibliografía apuesta por las intervenciones comunitarias e inversión en salud. Su mayor limitación es la ausencia de evaluaciones sobre la eficiencia del proyecto. **Conclusión:** las políticas saludables son fundamentales para el desarrollo comunitario, donde las enfermeras de AP intervienen y conectan a las autoridades con la comunidad.

### ABSTRACT

**Introduction/Justification:** In the last decades, life expectancy has got bigger but not always associated to more quality because of chronic diseases rising. Therefore, international efforts run to prevention and promotion. Among those that stands out “Health Cities”, a project that expects improving governmental inversion and health resources. **Objectives:** to identify the characteristics and needs of a health city and to promote health inversions and resources. **Explain:** we searched bibliography for Health Ministry, WHO and Gijón city official webs with key words included in MESH. **Discussion:** bibliography bets community interventions and health inversion. Its great limitation is the lack of efficiency evaluations. **Conclusion:** health politics are fundamental for community progress, where primary care nurses participate and connect authorities with community.

### PALABRAS CLAVE

Promoción de la salud, Prevención y control, Gobierno local y Ciudad Saludable.  
Health Promotion, Prevention and control, Local government and Health City.

### INTRODUCCIÓN/JUSTIFICACIÓN/OBJETIVO:

En las últimas décadas, se ha producido un aumento continuo en la esperanza de vida española, situándose en los 82,1 años de media. Sin embargo, este incremento no siempre se asocian a más calidad, calculándose una esperanza de vida en buena salud de 60-65 años, momento en que los factores de riesgo favorecen la aparición de enfermedades crónicas. Éstas son la primera causa de mortalidad(86%) y morbilidad(77%) y ocasionan una importante carga socioeconómica: suponen el 60% del gasto hospitalario, con un total anual de 12.000 millones de euros; sin contar con las repercusiones indirectas productivas, sociales y humanas. En total, estas patologías producen un impacto en el Producto Interior Bruto(PIB) aproximado del 0,02-6,77%, según el país valorado; y, en cambio, los gobiernos sólo destinan una media del 3% de su presupuesto sanitario en prevención y promoción de la salud<sup>(1, 2, 3, 4)</sup>.

A pesar de sus consecuencias, las enfermedades crónicas son frecuentemente prevenibles. Para ello, es necesario trabajar sobre sus factores de riesgo y determinantes de salud, así como una reforma integral de la Salud Pública que nos facilite dicha intervención. El primer paso hacia esta dirección lo encontramos en 1978, con la Declaración de Alma Ata. En ella, se reforzó la idea de que la salud es un derecho humano fundamental y un objetivo social, exigiendo la participación del sector sanitario, social y económico e instando a los gobiernos a participar en su consecución más allá de la adopción de medidas sanitarias y sociales mediante la potenciación de la Atención Primaria, única parte capaz de asegurar la justicia social y llegar a toda la población<sup>(3, 4, 5)</sup>.

En respuesta a estas nuevas necesidades de Salud Pública, se celebró la primera conferencia internacional de promoción de la salud en 1986, de la cual resultó la Carta de Ottawa con el lema “Salud para todos en el año 2000”. Su objetivo principal fue potenciar la promoción de la salud integral, proporcionando los medios necesarios para trabajar sobre los determinantes de salud. Para ello, es necesario que los gobiernos, sectores sociales, económicos y autoridades locales trabajen conjuntamente en pro de la salud de su comunidad, asegurando la equidad y participación activa de los ciudadanos en la toma de decisiones<sup>(6, 7)</sup>.

Continuando en esta línea, en 1988 se celebró la Declaración de Adelaida para potenciar las políticas públicas para la salud. Éstas pretenden crear entornos físicos y sociales propicios que permitan a la población llevar una vida sana. Ésta supuso la ratificación de la salud como derecho fundamental e inversión social a largo plazo, la potenciación de alianzas intersectoriales (más allá de las consideraciones económicas) y de la equidad social y la identificación de cuatro áreas clave de acción inmediata (el apoyo a la salud femenina, la alimentación-nutrición, la deshabituación tabáquica y enólica y la creación de entornos propicios<sup>(8)</sup>.

La Organización Mundial de la Salud(OMS) ha continuado con esta renovación mundial con la firma de la Política Salud 2020, que busca mejorar la salud-bienestar de la población europea y la participación de los gobiernos en salud, reduciendo las desigualdades sanitarias y el efecto de los determinantes en la salud, así como incrementar la productividad, el envejecimiento sano y las ayudas sociales. En resumen, pretende mejorar la interrelación del sector económico y sanitario mediante su optimización y potenciación. El proyecto Salud 2020 pretende la acción en 4 áreas prioritarias: el empoderamiento (corresponsabilizando a cada persona de su propia salud), el abordaje de los futuros retos sanitarios, el desarrollo-fortalecimiento de los sistemas sanitarios (incorporando tecnologías de la información, trabajo integral y cooperación) y la creación de comunidades resilientes y sociedades de apoyo<sup>(1, 4, 9)</sup>.

Del mismo modo, la Organización de Naciones Unidas (ONU) declaró la estrategia “Cuatro por Cuatro” en 2011 para reducir un 25% la mortalidad de las cuatro principales enfermedades (respiratoria crónica, cardiovascular, cáncer y diabetes) producidas por los cuatro factores de riesgo fundamentales (tabaco, alcohol, inactividad física y dieta inadecuada) para el año 2025. Siguiendo esta línea, en España destaca la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención de la enfermedad, mediante la cual se pretende abordar diferentes factores de riesgo relacionados con la enfermedad crónica, como: la alimentación saludable, el consumo de riesgo de alcohol y tabaco, el bienestar emocional, la seguridad y la prevención de lesiones no intencionadas y la actividad física<sup>(3)</sup>.

De este modo, constatamos que la principal línea de trabajo es la promoción de estilos de vida saludable. Se trata de una intervención de alta complejidad al depender de los comportamientos, patrones socioculturales, entorno y condiciones estructurales comunitarios. Dicha promoción puede realizarse de manera individual, pues se trata de la propia decisión en mejorar su salud, o colectiva mediante la creación de un entorno adecuado para que las opciones saludables sean más sencillas de incorporar a la vida habitual. Ambas requieren la actuación desde Atención Primaria por su especialidad en actividades de promoción de salud, prevención de enfermedades y ser la puerta de entrada al sistema sanitario<sup>(2, 3, 4, 5)</sup>.

En este trabajo profundizaremos sobre la intervención comunitaria, que requiere la intervención sobre los determinantes de salud, factores de riesgo y equidad con el objetivo de potenciarlas. Por ello, es fundamental fomentar la actuación de los gobiernos locales sobre la salud trabajando en el entorno urbano, medio donde las personas viven, estudian, trabajan... En esta línea, destaca el Proyecto “Ciudades Saludables” con una importante novedad: aboga por la salud local, la gobernanza de salud, la corresponsabilidad y las alianzas intersectoriales. Su principal reto es incorporar la salud y la equidad a las nuevas formas de gobierno<sup>(1, 4, 9, 10)</sup>.

## DESARROLLO

**Metodología de la búsqueda bibliográfica:** En primer lugar, comprobamos los términos claves “Promoción de la salud”, “Prevención y Control” y “Gobierno local” en los tesauros DECS y MESH y añadimos “Ciudad Saludable” dada la importancia en el tema tratado. En segundo lugar, utilizamos dichas palabras clave para buscar en las bases de datos PubMed, Dialnet o Biblioteca Cochrane, en las cuales se obtienen mínimos resultados. Por ello, buscamos directamente en el Ministerio de Sanidad, la OMS o el Ayuntamiento de Gijón. Posteriormente seleccionamos los documentos que tratan los cuatro temas especificados, en total 29, de los cuales hemos utilizado finalmente 27 para su elaboración.

**Marco histórico y conceptual del proyecto “Ciudades Saludables”:** El vínculo entre la salud y los municipios parte del objetivo de mejorar la salud de sus ciudadanos. De hecho, muchas aportaciones de la Salud Pública del siglo XIX fueron realizadas a nivel local gracias a las figuras de los sanitarios locales y los médicos de asistencia pública domiciliaria. Esta relación se asentó en los años 80 con los ayuntamientos democráticos y la creación de servicios municipales de salud que solventaran las deficiencias del sistema sanitario. De este modo, los gobiernos empezaron a preocuparse por la problemática poblacional e invertir en actividades comunitarias y Atención Primaria<sup>(10, 11)</sup>.

En esta situación, la OMS propuso el proyecto “Ciudades Saludables” como modelo para facilitar la relación entre los ámbitos sanitario y local. Se inició en 1986 con la incorporación de 11 ciudades europeas y supuso la manifestación de la “Salud para todos” de la Carta de Ottawa. De este modo, la OMS determinó los siguientes principios para su implantación:

- La reducción de la inequidad y desigualdades en salud trabajando sobre la accesibilidad a los recursos sanitarios y las condiciones socioeconómicas.
- La promoción de salud y prevención de la enfermedad interviniendo sobre los principales determinantes de salud y potenciando la Atención Primaria y la participación activa social en salud.
- La cooperación nacional e internacional entre sectores sociales (servicios sanitarios y sociales, alimentación, educación, vivienda, saneamiento) y medioambientales (físico y sociocultural)<sup>(7, 10, 11, 12)</sup>.

Por tanto, cabría preguntarnos cuál es el mejor entorno para potenciar tales principios y ¿qué mejor ubicación que los municipios, pueblos y ciudades para llevar a cabo tal proyecto? Estos son el lugar de vida de una amplia parte de la población, donde además se desarrollan la mayoría de las actividades económicas, educativas, sociales... y el entorno principal en el que inciden las repercusiones políticas. Por tanto, el proyecto partió del concepto de ciudad entendida como un organismo complejo vivo que pretende mejorar su entorno y recursos para ampliar su potencial y salud. Por tanto, no fue concebido como un resultado, sino como proceso de cambio y maduración constante, permitiendo de este modo que cualquier ciudad pueda adquirir el título de saludable si promueve estilos de vida adecuados, crea entornos facilitadores y se compromete con la salud<sup>(7, 10, 12)</sup>.

Ya en pleno siglo XXI y su desarrollo mundial, el proyecto “Ciudades Saludables” goza de reconocimiento y apoyo internacional. La Declaración para Ciudades Saludables de Zagreb de 2008 marcó los principios de continuidad del proyecto y sus nuevos desafíos. Por ello, actualmente cuenta a nivel nacional con 165 ciudades, entre las cuales destacan 31 capitales de provincia y 39 ciudades no capitales de más de 100.000 habitantes. Estos datos se traducen en que aproximadamente 19 millones o un 40-41% de la población española total reside en un municipio que posee el título de saludable<sup>(3, 4, 10, 12, 13, 14, 15)</sup>.

Como se puede observar, su desarrollo ha sido constante gracias al apoyo de la OMS y múltiples instituciones europeas. Sólo en Europa, se cuenta con 29 países colaboradores y más de 1.000 ciudades, por lo que se crearon redes nacionales que se encargasen de cada proyecto nacional. En España, la Federación Española de Municipios y Provincias creó la Red Española de Ciudades Saludables (RECS) en 1988 con el objetivo de promocionar y proteger la salud y el bienestar ciudadanos. Dichas redes pueden aportar:

- La generación e intercambio de conocimiento sobre experiencias municipales de desarrollo sostenible y promoción-protección de salud.
- La generación-difusión de recursos comunitarios, económicos, técnicos, informativos y formativos sobre desarrollo sostenible y salud urbana.
- El apoyo para elaborar-ejecutar planes municipales en salud, integrar y fomentar las prioridades mundiales de Salud Pública, facilitar las alianzas en salud y establecer recomendaciones en calidad y evaluación.
- El fortalecimiento de la intersectorialidad e interinstitucionalidad.
- La potenciación de la participación activa, empoderamiento y co-responsabilidad de la población para/con su comunidad, futuro y salud<sup>(3, 4, 10, 11, 12, 13, 16, 17)</sup>.

Del mismo modo, para apoyar y coordinar a las redes nacionales europeas, se creó la Network of European National Healthy Networks. Su trabajo se dirige al nivel político, estratégico y técnico sobre los determinantes y principios de salud y la equidad sanitaria. Para ello, cuenta con varias herramientas: el networking, la implementación de la Estrategia Salud 2020, el apoyo a mecanismos y estructuras sanitarias y las alianzas de cooperación<sup>(1, 9, 18)</sup>.

**Definición de Ciudad Saludable:** Toda ciudad puede considerarse “saludable” si apuesta e invierte en salud, promueve la innovación y la política local sanitaria, mejora sus entornos urbanos... Siguiendo la definición realizada por el Ministerio de Sanidad, una ciudad saludable es “aquella que da una alta prioridad a la salud en todas sus actuaciones”<sup>(7, 12)</sup>. Por tanto, destacan los siguientes rasgos:

- Dinamismo: permite adaptarse a sus prioridades, estrategias de salud, determinantes y entornos políticos e institucionales.
- Compromiso con la salud: mediante políticas, campañas, programas e intervenciones para prevenir enfermedades, impulsar el envejecimiento activo, promover la salud y potenciar el desarrollo sostenible.
- Políticas públicas saludables: logrando que los hogares, escuelas, espacios de trabajo y entornos urbanos sean saludables para vivir.
- Intersectorialidad: todas las organizaciones sanitarias y no sanitarias deben trabajar en pro de la salud a nivel financiero, administrativo y organizativo.
- Entorno limpio, seguro y de alta calidad: tanto a nivel macro (medioambiental) como micro (viviendas), en el presente y futuro.
- Sociedad fuerte, comprensiva y no explotable: con un elevado control y participación sobre las políticas que afectan a su bienestar y salud.
- Necesidades básicas cubiertas para todos sus ciudadanos: para lo que se requiere una economía diversa e innovadora.
- Compatibilidad y conexión entre sus características pasadas y futuras (innovación), así como su patrimonio biológico, histórico y cultural.
- Óptimo estado de salud y desarrollo-eficiencia de los servicios sanitarios.
- No existen criterios de inclusión en el proyecto por tamaño de la ciudad, cualquiera que cumpla los rasgos anteriores puede participar<sup>(7, 11, 12)</sup>.

En caso de que la ciudad aspirante posea dichas características, debe seguir un proceso de nombramiento, que consta de las siguientes fases (formadas por varias subfases, reflejadas en la imagen 1):

- Puesta en marcha: fase no oficial, consta de las acciones previas a la aprobación local de la propuesta. Implica su comprensión y aceptación gubernamental. Requiere su adhesión a la RECS, para lo cual debe:

- Realizar la petición de incorporación y ser aprobada por el Pleno.
- Nombrar a dos representantes: político y técnico.
- Comprometerse en la elaboración de un plan de salud.
- Aceptar las normas de funcionamiento de la RECS.
- Organización: desde su aprobación hasta que adquiere una salud pública eficaz. Se encuentran la población, financiación e información.
- Actuación: desde que el proyecto tiene capacidad organizativa hasta que se considere finalizado, convirtiendo a las organizaciones participantes en socios activos<sup>(7, 12, 13, 19)</sup>.

FASES PARA RECIBIR LA CALIFICACIÓN DE CIUDAD SALUDABLE		
1. PUESTA EN MARCHA	2. ORGANIZACIÓN	3. ACTUACIÓN
Construir el grupo local de apoyo.	Designación de un comité directivo.	Incrementar la conciencia de salud.
Comprender los conceptos de ciudad saludable.	Análisis del entorno.	Apoyo a la planificación estratégica.
Conocer su propia ciudad.	Definición del proyecto.	Activación de la actuación multisectorial.
Encontrar apoyo financiero.	Establecimiento de la oficina.	Estímulo de la participación social.
Decidir el emplazamiento organizativo.	Diseño de una estrategia a largo plazo.	Promoción de la innovación.
Preparar la propuesta del proyecto.	Crear aptitudes para el proyecto.	Aseguramiento de la política pública saludable.
Obtener la aprobación del proyecto.	Establecimiento de mecanismos de responsabilidad.	

Imagen 1.- Fases para recibir la calificación de Ciudad Saludable.

**Gijón, Ciudad Saludable:** Gijón se integró a la RECS el año 1996 y pertenece a la Red Europea de Ciudades Saludables desde el año 2007 con los objetivos de promover políticas y actuaciones a favor de la salud, el desarrollo sostenible local y europeo y la mejora de los determinantes de salud, la situación de pobreza y de los grupos más vulnerables<sup>(16)</sup>. En este apartado, hemos realizado un mapeo de los recursos de salud más relevantes disponibles para la población gijonesa a través de las herramientas Localiza Salud, Asturias Actúa y las páginas gubernamentales y locales asociadas. Hemos diferenciado tres vertientes fundamentales: recursos para la actividad física, el bienestar social e intervenciones comunitarias.

En lo referente a los recursos deportivos, de ejercicio y actividad física de Gijón, destaca su historia deportiva, la variedad de instalaciones y recursos deportivos, así como las facilidades locales para su empleo (imagen 2); lo cual ha derivado en su nombramiento como Ciudad Europea del Deporte en el año 2016<sup>(20)</sup>.

<b>RECURSOS DEPORTIVOS DE LA CIUDAD DE GIJÓN.</b>	
<b>Red de servicios</b>	Estadio de fútbol El Molinón, 6 complejos deportivos, 8 polideportivos, 6 piscinas municipales, 2 circuitos de golf, 10 campos de fútbol...
<b>Clubs deportivos</b>	El Real Grupo Cultural Covadonga, el club de regatas, el club de tenis, el club de natación Santa Olaya...
<b>Asociaciones deportivas</b>	Existen unas 340 asociaciones deportivas registradas oficialmente.
<b>Eventos deportivos</b>	Cuenta con 200 eventos deportivos anuales, de los cuales 12 son internacionales y 33 a nivel nacional (datos del año 2015).
<b>Facilidades locales</b>	La tarjeta ciudadana ofrece descuentos del 25%, facilidades de pago y beneficios por su participación en los servicios oficiales locales.
<b>Actívate en los parques</b>	Llevando a cabo talleres de yoga, tai-chi, gimnasia suave, patinaje, rugby, football, hockey... en 8 parques repartidos por toda Gijón.
<b>Corriendo por Gijón</b>	Programa de reuniones mensuales para la iniciación de actividad física en forma de carreras y entrenamiento técnico básico.
<b>Running Gijón</b>	Programa individualizado que recoge 10 rutas para correr o caminar, variando la distancia, la superficie, el perfil o la dificultad.
<b>Nadando de Gijón a Bruselas</b>	Programa para fomentar la natación mediante una competición entre los participantes que consiguen alcanzar los 2.600km que separan Gijón de Bruselas nadando en piscina en varias etapas.
<b>Sendas Verdes</b>	9 rutas verdes que permiten realizar bicicleta, patinaje, skate, carreras o caminatas: Poniente, El Rinconín, La Ñora, Monte Deva, Fluvial del Piles, Peñafrañía, La Camocha, Serín y Senda de las Aves.
<b>En Bici por Gijón</b>	8 estaciones de alquiler público y 64 bicicletas disponibles para recorrer los 63km de carril bici de la ciudad (26,7km son urbanos).
<b>Iniciativas oficiales</b>	La Semana del Corazón, el Movimiento Dona Vida, la Carrera de la Mujer y el Programa Camina por la Vida, entre otros.
<b>Deporte accesible</b>	Mediante la creación de escuelas deportivas, programas municipales y deportes de verano en diferentes rangos erarios.
<b>Red deportiva 2.0</b>	La población puede acceder a la información referente a los recursos anteriores a través de la página web deporte.gijon.es así como sus perfiles en Facebook, Twitter, Flickr y YouTube.

Imagen 2.- Recursos deportivos de la ciudad de Gijón.

En cuanto al bienestar social, el Ayuntamiento gijonés presentó su Plan Estratégico para el periodo 2012-16 para mejorar la calidad de vida y el bienestar de sus habitantes. Éste actúa en dos grandes áreas estratégicas: I (promoción/prevención e igualdad social) y II (vivir en una ciudad saludable, calidad de vida y bienestar)<sup>(16)</sup>. Podemos encontrar en las imágenes 3-4 sus dos ejes de actuación (joven y mayor), así como las intervenciones que lo componen.



<b>EJE JOVEN: dirigido a la población infantil y adolescente de Gijón.</b>	
Consejo Sectorial de Adicciones	Con el objetivo de reducir el consumo abusivo de alcohol y otras drogas en la adolescencia y juventud, sobre todo en menores de edad, y producir un retraso en su inicio de consumo.
Consejo / Parlamento de infancia	Con la intención de fomentar la participación activa de los niños en las decisiones locales que les puedan afectar. Se requiere su selección a través de los centros educativos y cuenta con diversos canales en redes sociales para su comunicación.
I Plan Integral de Infancia y Adolescencia	Incluye orientación educativa, plazas escolares por razones sociales, becas de comedor y atención temprana y un programa de lucha contra el absentismo escolar.
Programas saludables en la escuela	No encontramos sólo talleres enfocados a la mejora de la salud, tales como "Ni ogros ni princesas" (sexualidad y afectividad), "La conquista de la boca sana" (higiene buco dental) o "Con tus manos puedes salvar vidas" (enseñando las claves de la reanimación cardiopulmonar en las escuelas), sino que también destacan otros que pretenden la maduración psico-afectiva ("En la huerta con mis amigos"), reflexionar sobre el ocio de fin de semana ("El finde"), desarrollar la autonomía ("Psique"), prevenir la discriminación ("Acércate a mi realidad") o la educación en valores a través de películas ("Más que cine").

Imagen 3.- Recursos sociales de la ciudad de Gijón, eje joven.

<b>EJE MAYOR: dirigido a la población más envejecida de Gijón.</b>	
Censo de mayores	Con el objetivo de detectar sus demandas biológicas, sociales y culturales con la intención de retrasar las discapacidades y dependencias, mejorar el estado de salud y calidad de vida y modificar los estereotipos negativos del envejecimiento.
Centros municipales	La ciudad cuenta con 9 centros municipales para personas mayores, los cuales ofrecen actividades de ocio, aprendizaje, reunión y para la promoción del envejecimiento saludable.
Promoción de la actividad física para mayores	- "Caminando por la Vida": mediante la realización de diversas rutas a pie de aproximadamente 3h y en diferentes intensidades. - Parques gerontológicos: Gijón cuenta con 9 parques con aparatos gimnásticos con la intención de fomentar las relaciones sociales, promover hábitos saludables y aumentar la actividad física.
Promoción de la cultura para mayores	- Servicio de préstamo asistido: favoreciendo el acceso a las bibliotecas públicas de personas con déficit de movilidad. - Talleres y actividades culturales de la Universidad LABoral, Centro de Arte y Creación Industrial.
Atención a personas mayores	Este programa incluye los servicios de teleasistencia, ayuda a domicilio, centros de apoyo a la integración y residencias-apartamentos para personas mayores.
Aulas para mayores	Gijón cuenta con múltiples cursos y talleres enfocados a la estimulación psicofísica (Risoterapia, Danzaterapia, Yoga, entrenamiento de la memoria...), a la mejora de la calidad de vida (uso racional de medicamentos, alimentación, sexualidad, cuidadores, cocina para diabéticos o hipertensos...), de expresión artística (bolillo, cerámica, expresión corporal, jardinería, canto...) o talleres ciudadanos (voluntariado, informática-Internet, uso de electrodomésticos...).

Imagen 4.- Recursos sociales de la ciudad de Gijón, eje mayor.

Por último, en el nivel de intervenciones comunitarias destacan múltiples actividades. Es aquí donde el papel de las enfermeras de AP es primordial, realizando diversos talleres de educación para la salud (Manejo de la diabetes, Reducción de peso, Deshabituación tabáquica, Atención al cuidador y Mindfulness). Además, se celebran otras intervenciones comunitarias más institucionales como las Jornadas de Salud de Contrueces, el Día Mundial de la Salud, la Semana Europea de la Movilidad o la Semana del Corazón<sup>(16)</sup>.

**Observatorio de Salud de Asturias(OBSA):** es una herramienta vinculada a la Consejería de Sanidad del Principado y a la Dirección General de Salud Pública que permite organizar la información sanitaria y su vinculación a estrategias comunitarias con la intención de mejorar las políticas y programas de salud. Es un proyecto de colaboración con la Escuela de Salud Pública y Medicina de Wisconsin que cuenta con las siguientes funciones:

- Agrupar la información de los resultados y determinantes de salud de Asturias mediante informes periódicos que permitan su evaluación.
- Trasladar dichos informes a los agentes de salud y organismos técnicos, políticos y de participación (nacionales e internacionales) para comparar sus resultados.
- Vincular la información obtenida a la acción a través de Asturias Actúa para conocer su impacto sobre los diferentes determinantes de salud<sup>(4, 25, 26)</sup>.

El principal objetivo del OBSA es movilizar la información, convertirla en acción (“Movilizando a la acción a través de la Salud Comunitaria”). En el Principado, esta intervención recibe el nombre de Asturias Actúa en Salud, que trabaja a través de una base de datos dinámica sobre los diferentes programas y actuaciones comunitarias vigentes, permitiendo a los agentes de salud el abordaje de los determinantes mediante el conocimiento y localización de los diferentes recursos de Salud Pública y Comunitaria a su disposición<sup>(26)</sup>. En cuanto a los determinantes de salud, el OBSA permite visualizar en mapas los resultados en mortalidad y morbilidad de todos los concejos del Principado de Asturias. De este modo, es posible conocer el estado de salud y factores relacionados para actuar sobre ellos y crear ambientes más saludables. Además, también nos ofrece información sobre la estrategia de salud oral y próximamente se incluirán las estrategias de cronicidad y salud cardiovascular<sup>(26)</sup>.

En cuanto a la localización de recursos comunitarios, Asturias Actúa nos ofrece una herramienta de visualización mediante mapas que, actualmente, cuenta con unas 488 actividades (que ascienden a 740 junto a la red del PACAP, datos de 2015). En ella, los agentes de salud y la población general pueden tanto inscribir sus proyectos como realizar búsquedas sobre un mapa interactivo para encontrar la actividad más adecuada para cada persona. Para ello, Asturias Actúa cuenta con un buscador compuesto por varios filtros que permiten realizar una búsqueda individualizada del total de intervenciones comunitarias. Los resultados aparecen sobre un mapa interactivo y ofrecen información de interés: título, referencia, descripción, localización, población diana y temática. Además, no permite imprimir los resultados o guardarlos en formato PDF para su consulta o uso posterior<sup>(3, 26)</sup>.

De manera similar destaca la herramienta LOCALIZA SALUD, que es una aplicación informática para visualizar los recursos y actividades en salud de los municipios participantes en la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud. Los municipios adheridos deben participar en la herramienta y elaborar su propio mapa de recursos. Para su manejo cuenta también con varios filtros (comunidad autónoma, provincia, temas de interés, grupos de población, buscador de palabras clave y financiación) y sus resultados son ofrecidos en tablas. También nos permite su almacenamiento en formato PDF<sup>(3, 27)</sup>.

## DISCUSIÓN

La bibliografía apuesta por la necesidad de inversión de los gobiernos en la salud de su población, así como la potenciación de las intervenciones comunitarias en aspectos sociales, económicos, medioambientales y sanitarios. En este punto es donde se recomienda a los profesionales de enfermería aumentar su intervención y participación activa en las comunidades, funciones que sirven de pilar fundamental para el

proyecto “Ciudades Saludables”. Esta revisión tiene una limitación: la ausencia de artículos que evalúen la relación entre la inversión económica y los resultados en salud de las poblaciones insertadas en la red de Ciudades Saludables.

## CONCLUSIONES

- Las políticas locales pueden influir en la salud, por lo que debe potenciarse la acción de los ayuntamientos y sus presupuestos para ofrecer los recursos que garanticen el desarrollo y la salud de sus habitantes. De este modo también se potencia que la población sea autorresponsable de su salud y futuro.
- Los gobiernos en salud deben considerar sus actuaciones como una inversión, pues suponen beneficios a largo plazo no sólo en salud, sino también económicos, sociales... motivo suficiente para su justificación.
- Las futuras políticas locales deben potenciar la intersectorialidad, fomentando la participación de todos los sectores influyentes en la salud con la finalidad de trabajar por un desarrollo sostenible e integral de la ciudad y sus habitantes.
- El papel de las enfermeras de AP es fundamental para “Ciudades Saludables” y la salud poblacional. Por un lado, son elementos activos por sus intervenciones comunitarias (talleres, educación...) y, por otro lado, como mediadoras entre la comunidad y las autoridades, dando a conocer sus necesidades para que estos busquen posibles soluciones.
- Las herramientas de rastreo de recursos de salud deben potenciarse entre los profesionales y población general. Para los primeros supone una herramienta de trabajo con la que ofrecer actividades ajustadas a las necesidades de sus pacientes; para los segundos supone el desarrollo del empoderamiento y autorresponsabilidad en salud.

## BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. Regional Office for Europe. Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012.
2. Organización Mundial de Salud. Plan estratégico a plazo medio 2008-2013. Ginebra; 2011.
3. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia de promoción de la salud y prevención en el Sistema Nacional de Salud. En el marco del abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Secretaría General de Sanidad y Consumo, Dirección General de Salud Pública, calidad e innovación; 2013.
4. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Guía para la implementación local de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS. Madrid; 2015.
5. Declaración de Alma Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma Ata. URSS: 6-12 de septiembre de 1978.
6. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud: Hacia un nuevo concepto de la Salud Pública. Organización Mundial de la Salud. Salud y Bienestar Social de Canadá, Asociación Canadiense de Salud Pública. Ontario, Canadá, Noviembre de 1986.
7. Organización Mundial de la Salud. Oficina Regional para Europa. Veinte pasos para desarrollar un proyecto de ciudades saludables. Copenhague; 1995.
8. Organización Mundial de la Salud. Declaración de la Segunda Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud. Recomendaciones de Adelaide. Políticas Públicas para la Salud. Adelaide, Australia del Sur: OMS; 1988.
9. World Health Organization. Regional Office for Europe. Governance for Health in the 21st century. Copenhagen; 2012.
10. Llorca E, Amor MT, Merino B, Márquez FJ, Gómez F, Ramírez R. Healthy cities: A reference strategy in local public health policies. Gac Sanit. 2010;24(6):435-436.
11. Organización Mundial de Salud. Red Europea de ciudades saludables. La estrategia de ciudades saludables de la OMS. Historia y situación actual. Copenhague.
12. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Ciudades saludables [sede web]. Madrid; [acceso el 12/11/2016]. Disponible en:

[www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/ciudadesSaludables/ciudadSalud.htm](http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/ciudadesSaludables/ciudadSalud.htm)

13. Red española de Ciudades Saludables. Objetivos RECS, Adhesión a la Red, Documentación [sede web]. Madrid; [acceso el 12/11/2016]. Disponible en: <http://recs.es/index.php>
14. Red Española de Ciudades Saludables, Federación española de Municipios y Provincias. Relación de entidades locales pertenecientes a la RECS [sede web]. Madrid; [acceso el 12/11/2016]. Disponible en: [www.recs.es/descargas/Entidades\\_Locales\\_RECS.pdf](http://www.recs.es/descargas/Entidades_Locales_RECS.pdf)
15. World Health Organization. Regional Office for Europe. Zagreb Declaration for Healthy Cities. Zagreb; 2008.
16. Ayuntamiento de Gijón. Servicios Sociales. Gijón, ciudad saludable [sede web]. Gijón; [acceso el 12/11/2016]. Disponible: <https://sociales.gijon.es/page/6898-gijon-ciudad-saludable>
17. World Health Organization. Regional Office for Europe. National Healthy Cities Networks in the WHO European Region. Promoting health and well-being throughout Europe. Copenhagen; 2015.
18. World Health Organization. Regional Office for Europe. Network of European Healthy Cities Networks. Terms of reference and accreditation requirements for membership in the Network of European National Healthy Cities Networks Phase VI (2014-2018). Copenhagen; 2013.
19. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. La implementación local paso a paso. Madrid; 2015.
20. European Capitals and Cities of Sport Federation. Candidaturas, Ciudades, Proyectos [sede web]. Bruselas; [acceso el 12/11/2016]. Disponible en: <http://www.aceseurope.eu/index.php/es/>
21. Ayuntamiento de Gijón. Gijón candidacy to European City of Sport 2016 [sede web]. Gijón; [acceso el 12/11/2016]. Disponible en: <http://www.aceseurope.eu/index.php/es/2012-09-01-17-17-21/ciudades-europeas-del-deporte>
22. Ayuntamiento de Gijón. Gijón, Ciudad Europea del Deporte 2016 [sede web]. Gijón; [acceso el 12/11/2016]. Disponible en: <https://deporte.gijon.es/>
23. Gobierno del Principado de Asturias. Consejería de Educación y Cultura del Gobierno del Principado de Asturias. Educación y Promoción de la Salud [sede web]. Oviedo; [acceso el 12/11/2016]. Disponible en: <https://www.educastur.es/mas-educa-actividades-salud;jsessionid=5FD42170AA7F51C65DDEEBD4099F46A2>
24. Palacio Villazón R, Nonide Robles M, Carreño Morán F, López Roldan L, Cao Fernández A. Proyecto "con tus manos puedes salvar vidas". RqR Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA). 2015 Mayo; 3(2): 35-43.
25. Gobierno del Principado de Asturias. Observatorio de salud en Asturias. De la información a la acción [sede web]. Oviedo; [acceso el 12/11/2016]. Disponible en: [https://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS\\_Salud%20Publica/Observatorio%20de%20Salud%20en%20Asturias/Triptico%20OBSA%20webVD.pdf](https://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Salud%20Publica/Observatorio%20de%20Salud%20en%20Asturias/Triptico%20OBSA%20webVD.pdf)
26. Gobierno del Principado de Asturias. Consejería de Sanidad. Observatorio de salud en Asturias [sede web]. Oviedo; [acceso el 12/11/2016]. Disponible en: <http://www.obsaludasturias.com/obsa/>
27. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Localiza salud, mapa de recursos para la salud [sede web]. Madrid; [acceso el 12/11/2016]. Disponible en: <http://localizasalud.msssi.es/maparecursos/main/Menu.action>

**ID117:****CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA.  
UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA**Ronaldo González Corral<sup>1</sup>, Laura Tronchoni Costa<sup>2</sup>.

1- Consultorio Carbayín Alto, Asturias.

2- Consultorio Sariego, Asturias.

[ronaldogcin06@gmail.com](mailto:ronaldogcin06@gmail.com)**RESUMEN**

En los países desarrollados ha aumentado significativamente la prevalencia de la insuficiencia cardíaca, que consiste en una anomalía de la estructura y función cardíacas que hace que el corazón no pueda suministrar oxígeno acorde con las necesidades de los tejidos<sup>1,9</sup>. Esto desencadena unos signos y síntomas que afectan a la capacidad funcional y calidad de vida.

El objetivo de este trabajo es conocer qué es la insuficiencia cardíaca, su prevalencia y el papel de enfermería en atención primaria mediante la búsqueda y revisión bibliográfica.

Se destaca el control de la enfermedad y mantenimiento de los pacientes estables con cuidados de enfermería, educación para la salud, fomento del autocuidado y seguimiento continuado desde atención primaria.

En conclusión se puede afirmar que estas actividades disminuyen notablemente las descompensaciones y las hospitalizaciones, planteando beneficios para la calidad de vida de los pacientes y ahorro para el sistema sanitario.

**PALABRAS CLAVE**

Insuficiencia Cardíaca, Atención primaria de salud, Enfermería en salud comunitaria, Atención de enfermería, Educación.

HeartFailure, Primaryhealthcare, Communityhealthnursing, Nursingcare, Education.

**INTRODUCCIÓN/JUSTIFICACIÓN/OBJETIVO**

La insuficiencia cardíaca (IC) ha aumentado su prevalencia en las últimas décadas en los países desarrollados debido al envejecimiento de la población y al aumento de la supervivencia de personas que han sufrido infarto de miocardio o hipertensión arterial<sup>1,8</sup>. Además es muy costosa, hasta el punto de que es considerado como un problema de salud pública<sup>2</sup>. Es uno de los principales trastornos crónicos que más afectan a la calidad de vida<sup>3</sup>, un síndrome incapacitante que va produciendo limitaciones físicas importantes que pueden afectar a la vida laboral y social de los pacientes y además aumentar el número de ingresos como consecuencia de las descompensaciones.

En España en las últimas décadas aproximadamente del 3-5% de los ingresos hospitalarios han sido causados por la IC, es la primera causa de ingreso hospitalario en pacientes mayores de 65 años y la cuarta causa de muerte en España<sup>4</sup>.

El estudio PRICE<sup>5</sup> sobre la prevalencia de la IC en España y cuyos resultados fueron publicados en 2008 revela que es alta, del 6,8% y similar en ambos sexos, y va aumentando con la edad desde un pequeño porcentaje en menores de 45 años, hasta llegar a cifras del 8% en mayores de 75 años.

La IC es una enfermedad con curso progresivo y letal, comparable al que presentan muchas enfermedades neoplásicas<sup>8</sup>. Sin embargo, un buen manejo de la enfermedad y un correcto control disminuyen notablemente la morbilidad y la mortalidad, por lo que se puede decir que es una enfermedad que responde bien a los cuidados<sup>4</sup>. Unos cuidados de forma continuada, buenos hábitos de vida (dieta, ejercicio) y una buena adherencia terapéutica pueden evitar muchas complicaciones y mejorar la calidad de vida<sup>4,10</sup>.

En este trabajo se pretende conocer el manejo de pacientes con IC por enfermería en AP. Para ello se abordarán temas como qué es la IC y su prevalencia en España, para luego centrarse en temas como la

educación para la salud, el autocuidado, la promoción de hábitos de vida saludables y una buena adherencia.

## DESARROLLO

### Metodología:

Para la elaboración de este trabajo se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos y análisis crítico de la bibliografía disponible relacionada con la insuficiencia cardíaca (IC) y su manejo desde atención primaria (AP) por enfermería.

La búsqueda bibliográfica se realiza en las bases de datos: Cuiden, Lilacs, Pubmed, Dialnet, Cochrane Plus, Cinhal, UpToDate y ClinicalKey. Utilizando los términos DeCs: Insuficiencia Cardíaca, Atención Primaria de Salud, Enfermería en salud comunitaria y Epidemiología, los términos MeSH: HeartFailure, Nursingcare, Primarycarenursing y Primaryhealth y terminología libre: Enfermería, España.

Durante esta búsqueda se combinan los términos mediante el operador booleano "AND", de esta forma se consigue encontrar información sobre la IC enfocada a la AP y a la enfermería.

Para completar se consultan páginas web como Fistera y revistas como la revista Española en Cardiología, Enfermería Comunitaria, Enfermería clínica, Enfermería Global y Metas de Enfermería. Finalmente se obtienen más de 420 artículos, de los cuáles se recopilan 58 para la realización del trabajo. Los filtros utilizados han sido artículos de los últimos cinco años aunque puntualmente se han utilizado artículos anteriores para algunos apartados del trabajo y artículos en castellano e inglés.

### **Definición de Insuficiencia cardíaca y su clasificación.**

La insuficiencia cardíaca (IC) se puede definir como una anomalía de la estructura o la función cardíacas que hace que el corazón no pueda suministrar oxígeno a una frecuencia acorde con las necesidades de los tejidos metabolizantes a presiones normales de llenado<sup>1</sup>.

Es un síndrome clínico complejo en el que hay una serie de cambios hemodinámicos, moleculares, neurohormonales y estructurales o funcionales cuyo resultado es que la sangre no circula correctamente<sup>9,10</sup>, por lo que no hay aporte de oxígeno ni de nutrientes a los tejidos<sup>1, 8,10,11</sup>:

**Signos:** Taquicardia, pulso irregular, taquipnea, hepatomegalia, ascitis, caquexia, edemas periféricos, ingurgitación yugular a 45º, crepitantes pulmonares, derrame pleural.

**Síntomas:** Disnea (reposo, ejercicio y paroxística nocturna), fatiga, cansancio, tos nocturna, pérdida de apetito, confusión, palpitaciones, síncope.

La clasificación más utilizada es la que se recoge en la escala funcional de la New York HeartAssociation (NYHA), que establece cuatro categorías en función de la afectación y de la tolerancia al ejercicio físico del paciente<sup>1,11,12,14</sup>:

### **Escala New York HeartAssociation (NYHA):**

**Clase I:** No existe limitación de la actividad física. El ejercicio normal no causa fatiga, disnea o palpitaciones.

**Clase II:** Ligera limitación de la actividad física. No hay síntomas en reposo, pero la actividad física normal causa fatiga, palpitaciones o disnea.

**Clase III:** Importante limitación de la actividad física. Sin síntomas en el reposo, pero cualquier actividad provoca la aparición de los mismos.

**Clase IV:** Incapacidad para realizar cualquier actividad física. Hay síntomas incluso en el reposo y cualquier actividad los aumenta.

### **Prevalencia en España de la Insuficiencia Cardíaca.**

La prevalencia del conjunto de la población española es del 6,8%<sup>5</sup>, en relación a la de otros países occidentales y Estados Unidos donde es del 2%.

Dividiendo a la población por grupos de edad varía. En el grupo de 45-54 años la prevalencia fue del 1,3%, de 55-64 años 5,5%, de 65-74 años 8% y mayores de 75 alcanzó un 16,1 %.

Se observa un gran aumento de la prevalencia de la IC a medida que aumenta la edad de la población, esto pone de manifiesto la relación que hay entre la edad avanzada y la aparición de IC constituyendo este un factor de riesgo más para desarrollar la enfermedad.

Debido a sus frecuentes descompensaciones provoca muchas hospitalizaciones, en España la IC es la causa del 3-5% de los ingresos hospitalarios y la primera causa de hospitalización en mayores de 65 años<sup>4</sup>. Desde el punto de vista de las comorbilidades, los pacientes estudiados con el diagnóstico de IC en el estudio PRICE<sup>5</sup>, tenían antecedentes de cardiopatía isquémica un 6,7%, diabetes un 14,1%, HTA un 29,5%, hiperlipemia un 30,9% y un 14,5 % tenían hábito tabáquico. Para terminar, la IC causó el 3% de las muertes en varones y el 10% en mujeres en el año 2010<sup>4</sup>.

**Papel de enfermería en Atención Primaria en la atención a pacientes con insuficiencia cardíaca.**

El papel de enfermería de AP en pacientes con IC, al igual que en otros pacientes con patologías crónicas, se centra en el seguimiento, tanto ambulatorio desde la consulta en el centro de salud, como en las visitas domiciliarias<sup>10</sup>.

Existen dos factores muy importantes en relación a este seguimiento, que son el autocuidado y la adherencia al tratamiento por parte del paciente. Para favorecer estas conductas con éxito en el paciente es importante una buena educación sanitaria basada en el fomento de una dieta saludable, ejercicio, reducción del consumo de alcohol y tabaco y una correcta toma de la medicación<sup>11</sup>. Las enfermeras de AP juegan un papel decisivo en la educación de estos pacientes y de sus cuidadores<sup>18</sup>.

Es muy importante la labor de enfermería que consiste en vigilar el cumplimiento y fomentar la adherencia del tratamiento farmacológico y no farmacológico.

Los objetivos de este tratamiento son el control de los signos y síntomas para así evitar descompensaciones y el ingreso hospitalario. Una herramienta básica para la evaluación de la adherencia terapéutica es el Test de Morinsky-Green.

**Tratamiento no Farmacológico:**

**Dieta y control de peso:**

Los pacientes con IC deben de controlar su peso de forma regular, ya que el aumento de este suele conllevar un deterioro de la IC y retención de líquidos<sup>25</sup>.

La frecuencia de este control varía en función de la capacidad funcional del paciente. En pacientes con mayor nivel de dependencia, clase funcional III-IV de la escala NYHA<sup>10,11,25</sup>, el control del peso y de la ingesta debe ser diario, mientras que en pacientes con nivel funcional II es suficiente con un control de dos veces por semana<sup>24</sup>. La frecuencia del control de peso se expone en la **Tabla 1**.

Frecuencia del control de peso en pacientes con IC en relación a su nivel funcional. <sup>24</sup>	
Clase de la NYHA	Frecuencia control de peso
Clase I	2 veces por semana
Clase II	
Clase III	Diario
Clase IV	

**Tabla 1: Frecuencia del control de peso en pacientes con IC en relación a su nivel funcional.**

Los enfermos con IC deben seguir una serie de medidas dietéticas y una ingesta rica y variada<sup>24</sup>. Reducción de la grasa saturada, grasa trans y colesterol como lácteos enteros, carnes grasas, embutidos, yema de huevo, fritos comerciales y bollería industrial. También se debe cocinar con poca grasa como al horno, plancha o cocción al vapor.

Por otro lado se deben aumentar las frutas, verduras, fibra y pescado.

### Sodio e ingesta de líquidos.

La restricción de sodio es un aspecto muy importante en la dieta de los pacientes con IC y ayuda a prevenir la retención de líquidos<sup>1,22,24,25</sup>. Es necesario tener en cuenta que la restricción en sodio no ha de ser excesiva, ya que dietas muy restrictivas en sodio son mal toleradas por los pacientes y solo se recomiendan en condiciones de descompensación o cuando se están tomando diuréticos a dosis muy altas<sup>24</sup>. La ingesta recomendada por la OMS en personas sin patología es de 5gr/persona/día de sal. En cambio, en pacientes con IC encontramos dos pautas<sup>10</sup>:

IC grave o descompensación: < 3gr/persona/día. (equivale a cocinar sin sal)

IC leve o moderada: 3-5 gr/persona/día.

Sedeben evitar alimentos que llevan incorporada mucha sal, como salazones, conservas, congelados, embutidos y quesos, además del bicarbonato sódico y bebidas con gas o compuestos efervescentes<sup>24</sup>.

En cuanto a la restricción hídrica, algunas guías<sup>24</sup>, no la recomiendan en pacientes con IC leve. Por el contrario, en pacientes con IC moderada se puede restringir a 2 litros/día y en casos de IC avanzada y con hiponatremia se debe limitar a 1,5 litros/día<sup>25</sup>.

### Ejercicio físico:

Un estilo de vida sedentaria e inactiva puede acentuar los síntomas favoreciendo el avance de la enfermedad y afectando a la calidad de vida del paciente<sup>27</sup>. Un programa de rehabilitación cardíaca basado en la realización de ejercicio físico regular y de forma moderada es beneficioso para los pacientes tanto física como psíquicamente<sup>11</sup>. Este no causa un daño mayor en el miocardio<sup>27</sup>, y además está asociado a numerosos beneficios fisiológicos, músculo-esqueléticos y psicosociales entre los que se encuentran la mejora de los síntomas, de la tolerancia al ejercicio, la capacidad funcional, del nivel de independencia y en definitiva la calidad de vida<sup>1,11,24,25,27</sup>.

### Características del ejercicio físico<sup>1, 11,24,25,27</sup>:

- Tipo: Ejercicio físico aeróbico regular.
- Duración: 20-30 minutos.
- Intensidad: Llegando al 70-80% de la frecuencia cardíaca máxima teórica (220-edad paciente).
- Frecuencia: 3-5 veces por semana.
- Calentamiento: 10-15 minutos
- Evitar: ejercicios isométricos y esfuerzos importantes.

### Actividad sexual:

La fisiopatología propia de la IC contribuye a la disfunción sexual<sup>30</sup>. Disminución de la libido, dificultad para llegar al orgasmo y en el sexo masculino dificultad para mantener la erección son algunos de estos problemas.

Los principales factores causantes son síntomas como el cansancio o la fatiga, los efectos de la medicación y el miedo a que se repitan episodios como infartos de miocardio, lo que genera ansiedad durante el acto<sup>30</sup>.

Esta incapacidad de tener una actividad sexual normalizada provoca una importante disminución en la calidad de vida de los pacientes. Los profesionales deben abordar este tema, a veces evitado por los pacientes y tan difícil de expresar o verbalizar para algunas personas<sup>30</sup>.

En general, la actividad sexual no está restringida a los pacientes con IC, aunque sí se aconseja el uso profiláctico de la nitroglicerina, especialmente a pacientes de clase III-IV en la escala funcional de la NYHA, ya que a veces pueden aparecer síntomas propios de una descompensación como en el ejercicio físico<sup>11,24</sup>.

### **Cuidados paliativos en el final de la vida.**

A pesar de los progresos y la mejora de su tratamiento, no se ha conseguido disminuir significativamente la mortalidad causada por la enfermedad ni tampoco el avance de la misma. En muchos casos, el pronóstico y la esperanza de vida son comparables a las de otras enfermedades terminales como algunos de los cánceres más comunes<sup>31,32</sup>. Pacientes en los que se debe considerar un plan de cuidados paliativos<sup>1,11</sup>.

- Hospitalizaciones muy frecuentes.



- Trasplante cardíaco descartado.
- Mala calidad de vida relacionada con los síntomas de la clase IV de la NYHA.
- Caquexia cardíaca.
- Dependiente para las actividades de la vida diaria.

Sin embargo, aun conociendo la alta prevalencia de la IC y su mal pronóstico en muchos de los casos, los cuidados al final de la vida de estos pacientes están muy poco desarrollados<sup>31</sup>.

Por un lado la incertidumbre en muchos casos sobre el pronóstico de la IC, al igual que en otras cardiopatías, ya que en el curso de la enfermedad hay muchas agudizaciones y periodos de estabilidad antes del estado de terminal. Por el otro el fenómeno de la muerte súbita y las dificultades de los profesionales para negociar las decisiones al final de la vida con el paciente y los familiares<sup>31</sup>.

Durante esta etapa del final de la vida de los pacientes con IC, los objetivos del tratamiento y de las intervenciones cambian, y se basarán en<sup>11</sup>:

- Mejorar la calidad de vida del paciente y de la familia.
- Control de síntomas, sobre todo los más molestos como la disnea.
- Detección precoz de episodios de deterioro y su tratamiento.
- Estrategia holística, considerando esfera física, psicológico, social y espiritual del paciente.

### DISCUSIÓN

En las últimas décadas, la prevalencia de la IC en los países desarrollados ha ido aumentando considerablemente, y numerosos estudios coinciden en que su prevalencia seguirá creciendo en los próximos años, debido al progresivo envejecimiento de la población, a la acumulación de comorbilidades y al aumento de la supervivencia de la población a problemas de salud como la cardiopatía isquémica u otros trastornos cardiovasculares<sup>2,4,5,16</sup>. Esto plantea un gran problema para los sistemas de salud y un gran desafío para los profesionales de enfermería y de la medicina.

Durante la realización de este trabajo, así como se ha encontrado mucha bibliografía respecto al seguimiento y al tratamiento, se han encontrado pocas publicaciones sobre otros ámbitos como la atención psicológica, el seguimiento telefónico o sobre los cuidados al final de la vida, de los que hay escasa aportación<sup>12,31,32</sup>. Se debe trabajar para dar una asistencia integral, continuada y de calidad a estos pacientes, tanto en la esfera física, psicológica, social y nuevas alternativas de seguimiento.

### CONCLUSIONES

1- La IC es un síndrome clínico con curso crónico, progresivo e invalidante, generalmente originado como consecuencia de otras enfermedades como el infarto agudo de miocardio o la HTA prolongada. Afecta notablemente a la capacidad funcional de los pacientes así como a su calidad de vida.

2- Por el fuerte aumento de su prevalencia en los países desarrollados, explicado en parte por el envejecimiento de la población y por la acumulación de comorbilidades, y el elevado gasto sanitario que consume, se puede concluir que constituye un problema de salud pública.

3- Aunque la IC es un trastorno crónico, progresivo y sin cura, responde muy bien a los cuidados. Es necesario proporcionar un plan de cuidados integral desde AP cuyos objetivos sean mantener al paciente dentro de unos límites estables evitando las descompensaciones y las hospitalizaciones.

4- Los pilares del éxito son el fomento del autocuidado y una buena adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico, que se consiguen con una buena educación para la salud y apoyo psicológico.

5- Los enfermos con IC manifiestan una baja adherencia terapéutica. La toma incorrecta de los fármacos, no llevar una dieta equilibrada o una vida sedentaria son prácticas muy extendidas entre estos pacientes por lo que aumentar la adherencia constituye un desafío para los profesionales de enfermería.

6- A pesar de los avances en el diagnóstico y tratamiento, no se ha conseguido disminuir de manera significativa la mortalidad causada por la IC. A veces sigue un curso terminal como el de algunos cánceres y hace que se necesiten unos cuidados paliativos de calidad.

#### **BIBLIOGRAFÍA**

1-McMurray JJ, Adamopoulos S, Anker SD, Auricchio A, Böhm M, Dickstein K, et al. Guía de práctica clínica de la ESC sobre diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardíaca aguda y crónica 2012: Grupo de Trabajo de Diagnóstico y Tratamiento de la Insuficiencia Cardíaca Aguda y Crónica 2012 de la Sociedad Europea de Cardiología. Elaborada en colaboración con la Asociación de Insuficiencia Cardíaca (ICA) de la ESC. *RevEspCardiol.* 2012; 65(10):938. e1- 938. e59.

2-Ortego GG, Esteve IC, Gatus JR, Santiago LG, Lacruz CM, Soler PS. Pacientes con el diagnóstico de insuficiencia cardíaca en Atención Primaria: envejecimiento, comorbilidad y polifarmacia. *Aten Primaria* 2011; 43(2):61-67.

3-Naveiro Rilo JC, Díez Juárez MD, Flores Zurutuza L, Rodríguez García MÁ, Rebollo Gutiérrez F, Blanco AR. La calidad de vida en los enfermos con insuficiencia cardíaca: visión desde atención primaria de salud. *GacSanit.* 2012; 26(5):436-443.

4-Sayago-Silva I, García-López F, Segovia-Cubero J. Epidemiología de la insuficiencia cardíaca en España en los últimos 20 años. *RevEspCardiol.* 2013; 66(8):649-656.

5-Sánchez Aguita M, Crespo Leiro MG, de Teresa Galván E, Jiménez Navarro J, Alonso-Pulpón L, Muñiz García J. Prevalencia de la insuficiencia cardíaca en la población general española mayor de 45 años. Estudio PRICE. *RevEspCardiol.* 2008; 61(10):1041-1049.

6-Valsan S. Epidemiology and causes of heart failure. En: UpToDate, Post TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA. (consultado el 15/11/2016)

7-Morales JM, Sarriá A. Modelos alternativos de atención para pacientes con insuficiencia cardíaca: Revisión sistemática. *Rev Calidad Asistencial.* 2006;21(1):51-60

8-Fini A, De Almeida Lopes Montero da Cruz D. Características de la fatiga de pacientes con insuficiencia cardíaca: revisión de literatura. *RevLat Am.* 2009; 17(4):557-565.

9-Aldámiz-Echevarría Iraurgi B. Insuficiencia cardíaca: conceptos generales y diagnóstico. [Monografía en internet]. Coruña: Fistera.com, Atención Primaria en la Red; 2014. [Acceso 1 de marzo de 2015]. Disponible en: <http://www.fistera.com/guias-clinicas/insuficiencia-cardiaca-conceptos-generales-diagnostico/>

10-Prats Guardiola M, López Pisa RM, De la Torre García A. Abordaje enfermero de un paciente con insuficiencia cardíaca en Atención Primaria. *Metas Enferm.* 2012; 15(10):56-61

11-Pérez Otero R, García García M, Del Castillo Arévalo F. Atención de Enfermería a pacientes con insuficiencia cardíaca en Atención Primaria. *RqR Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA).* 2013; 1(2): 9-26

12-González Juanatey JR, et al. Manual de diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardíaca crónica. 1o ed. A Coruña. Servicio Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago; 2011. 13-Butler J. An overview of chronic heart failure management. *Nurs times.* 2012; 108(14-15):16-20

14-Margolles Martins M, García Fernández E, Donate I, Del Pilar Alonso M. Evaluación de la estrategia nacional de cardiopatía isquémica. Asturias: Dirección general de salud pública, Consejería de sanidad, Observatorio de la salud en Asturias; 2012.

15-Lado Argibay M, Soto Loureiro F, Piñeiro Portela M. Insuficiencia cardíaca en Urgencias de Atención Primaria. *Cad Aten Primaria.* 2011; 18: 56-58.

16-González M, Pedrero V. Estrategias de intervención para mejorar la calidad de vida en pacientes con insuficiencia cardíaca. *RevChilCardiol.* 2013; 32(2):134-140.

- 17-Barrio Ruiz C, Parellada Esquiús N, Alvarado Montesdeoca C, MollCasamitjana D, Muñoz Segura MD, Romero Menor C. Insuficiencia cardíaca. Perspectiva desde atención primaria. *Aten Primaria* 2010; 42(3):134-142.
- 18-Neus Padilla Just M, et al. Seguimiento telefónico enfermero a pacientes con insuficiencia cardíaca. *Metas de Enferm.* 2011; 14(3):22-26
- 19-De Felice M, Giuseppe A, Rita Giuliani A, Fabiani L. Heartfailure: Tools fornursing and medical treatment. *Cardiol J.* 2011; 18(4):411-420
- 20-Achury Saldaña DM, Sepúlveda Carrillo G, Rodríguez Colmenares S, Giraldo I. Validez y confiabilidad de un instrumento evaluativo de adherencia en pacientes con falla cardíaca. *Enferm Global.* 2012; 26:1-9.
- 21-Rodríguez García M, del Castillo Arévalo F. Enfermeras de Atención Primaria opinan, analizan y proponen mejoras en el manejo de la adherencia farmacológica. *Enferm Global.* 2012; 11(25):207-218.
- 22-Aguayo Esgueva B, Echávarri Escribano M, BeisteguiAlejandre I, Jiménez de Aberásturi Sasiain, A, Elorza Ozaeta Z, Viñuela Bravo Y. Nuevos retos en la atención de enfermería en el paciente crónico con insuficiencia cardíaca. *RevEnfermCardiol.* 2009; 16(47-48):67-70
- 23-Suter PM, Gorski LA, Hennessey B, Suter WN. Bestpracticesforheartfailure: a focused review. *Home Healthc Nurse.* 2012; 30(7):394-405
- 24-López Moyano MG, Rus Mansilla C, Martínez Quesada MM, Cortez Quiroga GA, Delgado Moreno M. Aplicación de un plan de cuidados de enfermería en un programa de insuficiencia cardíaca. *RevEnfermCardiol.* 2007; (41):25-32
- 25-Aldámiz-Echevarría Iraurgui B. Insuficiencia cardíaca: Tratamiento y seguimiento. [Monografía en internet]. Coruña: Fistera.com, Atención Primaria en la Red; 2014. [Acceso 10 de marzo de 2015]. Disponible en: <http://www.fistera.com/guias-clinicas/insuficiencia-cardiaca/>
- 26-Roig Miguell E. Insuficiencia cardíaca. En: Borstnar R, Cardellach F, editors. *Medicina interna.* Barcelona: Elsevier; 2016.p.424-435.
- 27-Bouza D, et al. Desarrollo de un programa de asistencia integral a la insuficiencia cardíaca en Atención Primaria con la colaboración de Atención Especializada, gestionada a través de un sistema inteligente de información. A Coruña. Fundación Maphre; 2008.
- 28-Gómez Palomar MJ, Gómez Palomar C, Martínez Momblán A. Valoración de la nutrición en pacientes con insuficiencia cardíaca. (Ingreso y evaluación durante su estancia en UCI). *Rev EnfermCardiol.* 2006; (38):19-23.
- 29-Pozo Rosado P, González Calvo G. La prescripción del ejercicio de fuerza en la insuficiencia cardíaca crónica: Una revisión del estado actual de la situación. *RevEnfermCardiol.* 2012; (55- 56):17-21
- 30-Lambrinou E, Jaarsma T, Piotrowicz E, Seferovic PM, Piepoli MF, HFA CommitteeonExercise Physiology and Training in HF. Exercise in heartfailurepatients: why and howshould nurses care?. *Eur J CardiovascNurs.* 2014; 13(3):198-200.
- 31-Aguirre Montoya JC et al. Estudio de la calidad de vida en pacientes con insuficiencia cardíaca. *RevEnfermCardiol.* 2009; (46): 11-16.
- 32-Alves da Silva V, Dantas Cavalcanti AC, Oliveira de Souza R, de Andrade Martins W, Corrêa da Rosa JM. Estudio observacional de validación clínica del diagnóstico de enfermería de disfunción sexual en pacientes con insuficiencia cardíaca crónica. *av.enferm.* 2014; 32(2): 252- 260
- 33-Esgueva BE, BeisteguiAlejandre I, Echavarrri Escribano M, Jiménez de AberásturiSasiain A, Fernández Murguiondo P, Ibarra LC. Cuidados paliativos en insuficiencia cardíaca (IC) ¿podemos hacer más?. *RevEnfermCardiol.* 2011; (53):58-65.

- 34-Beattie JM. Palliativecareforheartfailure: challenges and opportunities. *Eur J CardiovascNurs* 2014; 13(2):102-104.
- 35-Ruiz Romero V , et al. Hospitalizaciones evitables por insuficiencia cardíaca. Variables relacionadas. *RevEsp Salud Pública*. 2016; Vol. 90: 25 de abril: e1-e11.
- 36-Izquierdo Fernández MN, et al. Nivel de autocuidados de las personas con diagnóstico clínico de insuficiencia cardíaca. *Nure Inv*.2015;12(78)
- 37-Olmos Salamanca J, Madrid Murcia PV, Mejía Liñan GA, Narváez Martínez MA. Roles del profesional de enfermería en el paciente con falla cardíaca. *repermedcir*. 2016;**25(2)**:89–94
- 38-Da Silva SimoesLessa QC, et al. Intervenciones de enfermería para pacientes con insuficiencia cardíaca : una revisión integradora. *J.res.:fundam.care.Online*. 2016;8(2):4587-4600
- 39.Silva de Freitas MT, De Araújo Alves Püchel V. Insuficiencia cardíaca : Expresiones del conocimiento de las personas sobre la enfermedad. *RevEscEnferm*. 2013; 47(4):919-26
- 40-Comín-Colet J, et al. Calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes con insuficiencia cardíaca crónica sistólica en España: Resultados del estudio VIDA-IC. *RevEspCardiol*. 2016;69(3):256–271
- 41-Caboral M, Evangelista L, Whatsell MV. Hope in elderlyadultswithchronicheartfailure. *Concept analysis*. *InvestEducEnferm*. 2012;30(3)
- 42-Velasco J, Nielses AM. Calidad de la atención a los pacientes con insuficiencia cardíaca crónica en atención primaria. *Semergen*. 2012;38(3):151-159
- 43-Comín-Colet J, et al. Eficacia de un programa integrado hospital-atención primaria para la insuficiencia cardiaca: análisis poblacional sobre 56.742 pacientes. *RevEspCardiol*. 2014;67(4):283–293
- 44-Stewart S, Chan YK, Wong C, Jennings G, Scuffham P, Esterman A, Carrington M. Impact of a nurse-led home and clinic-basedsecondarypreventionprogramme to preventcardiacdysfunction in high-riskindividuals: the nurse-led interventionforLesschronicheartfailure (NIL-CHF) randomizedcontrolledstudy. *Eur J HeartFail*. 2015 Jun;17(6):620-30
- 45-Smith CE, Piamjariyakul U, Dalton KM, Russell C, Wick J, Ellerbeck EF. Nurse-Led multidisciplinaryHeartFailureGroupClinicAppointments: Methods, Materials, and OutcomesUsed in theclinical trial. *J CardiovascNurs*. 2015 Jul-Aug;30(4 Suppl 1):S25-34
- 46-Tierney S, Kislov R, Deaton C. A qualitativestudy of a primary-care basedintervention to improvethemanagement of patienswithheartfailure: thedynamicrelationshipsbetweenfacilitation and context. *BMC FamPract*. 2014;18(15):153.
- 47-Miura M, et al. Prevalence, predictors and prognosis of patientswithheartfailurerequiringnursingcare. *Circ J*. 2014;78(9):2276-83.
- 48-Kim S, Hwang WJ. Palliativecareforthosewithheartfailure: nurses' knolodge, attitude, and preparedness to practice. *Eur J CardiovascNurs*. 2014 Apr;13(2):124-33
- 49-Carmona M, et al. Heartfailure in primarycare: co-morbidity and utilization of healthcareresources. *FamPract*. 2013 Oct;30(5):520-4
- 50-Leeming A, Murray SA, Kendall M. Theimpact of advencedheartfailureon social, psychologicaladnexistentiaspects and personhood. *Eur J CardiovascNurs*. 2014 Apr;13(2):162-7.
- 51-Duncan K, Pozehl B, Hertzog M, Norman JF. Psychological responses and adherence to exercise in heartfailure. *RehabilNurs*. 2014 May-Jun;39(3):130-9
- 52-Vedel I, Khanassov V. TransitionalCareforpatientswithcongestiveheartfailure: A systematicreview and meta-analysis. *Ann FamMed*. 2015 Nov;13(6):562-71
- 53-Ziaieian B, Fonarow GC. Theprevention of hospital readmissions in heartfailure. *ProgCardiovascDis*. 2016 Jan-Feb;58(4):379-85.



54-Fendler TJ, Swetz KM, Allen LA. Team-based palliative and end-of-life care for heart failure. *Heart Fail Clin.* 2015 Jul;11(3):479-98.

55-Parrinello G, et al. Water and sodium in heart failure: a spotlight and congestion. *Heart Fail Rev.* 2015 Jan;20(1):13-24.

56-Lambrinou E, Protopapas A, Kalogirou F. Educational challenges to the healthcare professional in heart failure care. *Curr Heart Fail Rep.* 2014 Sep;11(3):299-306.

57-Takeda A, Taylor S, Taylor R, Khan F, Krum H, Underwood M. Organización de los servicios clínicos para la insuficiencia cardíaca. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012 Issue 9

58-Lane DA, Chong A Y, Lip GYH. Intervenciones psicológicas para la depresión en la insuficiencia cardíaca (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4 .

**ID139:****VULNERABILIDAD INDIVIDUAL DEL INMIGRANTE E IMPORTANCIA DE LA VISIÓN INTEGRAL DEL PACIENTE. A PROPÓSITO DE UN CASO**Yolanda Moares Castiñeiras<sup>1</sup>, Adriana Varela Buceta<sup>2</sup>, Aitana Santamarina Gonzalez<sup>1</sup>, Neus García Albors<sup>2</sup><sup>1</sup>EAP Torroella de Montgrí. Serveis de Salut Integrats Baix Empordà. Palamós. Girona. España.<sup>2</sup>EAP Palamós. Serveis de Salut Integrats Baix Empordà. Palamós. Girona. España.**RESUMEN**

**INTRODUCCIÓN:** Los inmigrantes traen consigo condiciones sociales, rituales, factores de riesgo y antecedentes médicos de su país de origen que pueden ser diferentes y desconocidos para la comunidad huésped<sup>1</sup>

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Mujer de 35 años, originaria de Marruecos diagnosticada carcinoma ductal infiltrante mama izquierda que rechaza tratamiento para volver a Marruecos para seguir un tratamiento natural con "hierbas", casarse y tener hijos. Regresa con intención terapéutica con la enfermedad ya evolucionada

**VALORACIÓN:** Se realiza una valoración siguiendo los patrones funcionales de M. Gordon<sup>9</sup> y se establece un plan de cuidados adaptado utilizando taxonomía NANDA<sup>10</sup>, NOC<sup>11</sup> y NIC<sup>12</sup>

**Discusión/Conclusión:** Es fundamental tener en cuenta la diferente concepción del binomio salud/enfermedad que tienen los pacientes provenientes de realidades sanitarias y culturales diferentes. La existencia de la enfermera gestora de casos supone el enlace entre los diferentes miembros del equipo multidisciplinar, facilitando el manejo del caso.

**ABSTRACT**

**Introduction:** Immigrants bring along social conditions, customs, risk factors and medical precedents from their origin countries which may be different and unknown for the hosting communities.

**Presentation of the case:** 35-year-old Moroccan woman, diagnosed with an infiltrating ductal carcinoma in the left breast which rejects treatment to go back to Morocco and follow a natural treatment with "herbs", get married and have children. She comes back with therapeutical intention and the disease already evolved.

**Evaluation:** An assessment is made following the functional patterns of M. Gordon<sup>8</sup> and it is established an adapted plan of care using NANDA<sup>9</sup>, NOC<sup>10</sup> and NIC<sup>11</sup> taxonomy.

**Discussion/conclusion:** It's essential to take into account the different conception of the health-illness dyad that patients from different healthcare and cultural realities may have. The existence of the case managing nurse implies the bond between the different members of the multidisciplinary team, facilitating the handling of the case.

**PALABRAS CLAVE**

Emigración e Inmigración, Negativa del Paciente al Tratamiento, Neoplasia, Comunicación, competencia cultural

Emigration and Immigration, Treatment Refusal, Neoplasms, Communication, cultural competency

**INTRODUCCIÓN**

El perfil de salud de una persona incluye su historial de salud, sus creencias culturales, sociales, económicas y de salud ambiental. Los inmigrantes traen consigo condiciones sociales, rituales, factores de riesgo epidemiológico y antecedentes médicos de su país de origen que pueden ser diferentes y desconocidos para la comunidad huésped. En Occidente asimilamos salud a un estado de bienestar físico, psíquico y social, pero la concepción de bienestar no es la misma que la que puedan tener personas

procedentes de otras realidades culturales y sanitarias. En ocasiones, algunos signos y/o síntomas vividos con gran alarma en la sociedad occidental no se perciben de la misma forma en otros lugares del mundo. Encontramos con cierta frecuencia personas que no han incorporado a su sentido de salud el control de patologías crónicas.<sup>2</sup>

La atención sanitaria a la población extranjera supone un auténtico reto para el personal sanitario, el reto de cuidar en una sociedad multicultural. Un reto que a menudo fracasa por los déficits que en formación específica para la atención a grupos culturales diferentes al autóctono tienen los profesionales; porque falla la comunicación, por ignorancia, por actitudes negativas o incluso por rechazo hacia la diferencia cultural<sup>3</sup>. El idioma, la religión y los rituales pueden influir hagan o no uso de los servicios de salud disponibles y cumplan o no con las recomendaciones de salud<sup>1</sup>.

La presencia en los hospitales y centros de salud de personas con características diversas o procedentes de otros países o etnias presentan una serie de cuestiones que los profesionales sanitarios deben resolver en el día al día<sup>4</sup>.

Los conceptos de cultura y cuidado están íntimamente relacionados, así es como Leininger define la enfermería transcultural como el área formal de estudio y trabajo centrado el cuidado basado en la cultura, creencias de salud o enfermedad, valores y prácticas de las personas, para ayudarlas a mantener o recuperar su salud, hacer frente a sus discapacidades o a su muerte.<sup>5,6</sup>

El cuidado transcultural es para la enfermería un desafío profesional que implica asumir un modelo de práctica profesional centrada en la aplicación de cuidados integrales y holísticos, desmarcada del modelo biomédico<sup>3</sup>.

Los profesionales de Enfermería han de tener en cuenta, además, que en el desarrollo de su trabajo confluyen, al menos, tres culturas: la cultura del paciente, su propia cultura y la cultura de la organización donde trabaja. En este contexto cultural múltiple el profesional tiene que ser capaz de establecer un diálogo entre ellas y buscar puntos de encuentro, en muchas ocasiones la enfermera representa el único enlace para conseguir conectar las necesidades del paciente y las necesidades de la organización<sup>3</sup>.

En nuestro caso, la enfermera además de ejercer de enlace en un contexto cultural múltiple ejerce la figura de Gestora de Casos (GC). La enfermera GC es la encargada de realizar el proceso de valoración, planificación, colaboración y asesoramiento donde la enfermera se coordina con otros profesionales, servicios y recursos, y ejerce de garante para pacientes con procesos de dependencia y/o alta complejidad y sus cuidadores con el objetivo de promover resultados de calidad asistencial y coste-efectividad. Siguiendo un modelo de atención integrada social y sanitaria, se propone atender a las personas considerando sus preferencias, necesidades, percepciones y expectativas, siempre con el compromiso de respetar sus derechos y de promover el ejercicio de sus deberes.<sup>7,8</sup>

Objetivo:

Reflexionar sobre el reto que supone entender los perfiles y las creencias de salud de los inmigrantes, así como proporcionar un acceso a los servicios de salud culturalmente adecuados para los inmigrantes haciendo posible el trabajo colaborativo y las prácticas compartidas con otros profesionales.

### PRESENTACIÓN DEL CASO

Mujer de 35 años, soltera y sin hijos, originaria de Marruecos que presenta barrera idiomática y acude sola a consulta, es diagnosticada de Carcinoma Ductal Infiltrante mama izquierda cT2(2)cN0 en noviembre 2012. En el momento del diagnóstico la paciente tiene intención de contraer matrimonio y deseo genésico en el próximo año. Se informa de historia natural de la enfermedad, importancia del diagnóstico precoz e instauración del tratamiento oportuno con ayuda de mediadora. Acepta programación de mastectomía radical en consulta que rechaza posteriormente vía telefónica, para volver a marruecos, casarse y seguir un tratamiento natural con "hierbas", sin posibilidad de contacto posterior con la paciente.

Marzo de 2013, regresa con decisión de tratamiento quirúrgico, no ha llegado a casarse, presenta adenopatías axilares y laterocervicales bilaterales, lesión focal en L1 sugestiva de M1, oncología desaconseja cirugía como primera intervención por enfermedad diseminada. Recomendación de quimioterapia paliativa que rechaza por lo que se inicia hormonoterapia.

No acude a visitas programadas, mala adherencia a tratamiento hormonal, se vuelve a explicar con mediadora la recomendación de iniciar quimioterapia, efectos secundarios y plan de tratamiento. Acepta y en las siguientes visitas acude acompañada de agente comunitaria de salud que actúa de traductora,

siguiendo recomendaciones, realiza tratamiento hospitalario y seguimiento en AP (Mastectomía radical en febrero 2014)

Vive con sus padres y un hermano que a veces la acompaña a consultas. No tiene ingresos mensuales, ha trabajado una semana en una cocina, pero no lo ha soportado, tras la visita con la psicóloga es consciente de sus limitaciones físicas para trabajar.

Actualmente 2ª línea quimioterapia, mala adherencia a tratamiento, se olvida de las visitas, su familia se ha ido a Marruecos, no sabe cuándo volverán. Acude en ambulancia a recibir tratamiento citostático. La enfermera gestora de casos es pieza de unión entre los diferentes miembros del equipo multidisciplinar que atiende a la paciente EQUIPO ATENCIÓN PRIMARIA, ONCOLOGÍA, GINECOLOGÍA, PALIATIVOS, PSICOLOGÍA, SERVICIOS SOCIALES,

### **VALORACIÓN**

En cada contacto con el paciente se debe realizar una valoración global e integral del paciente su familia y entorno, teniendo en cuenta las necesidades que presenta, la comunicación, seguridad, valores y creencias.

Para la valoración y posterior creación del plan de cuidados se han utilizado los patrones funcionales de Marjory Gordon<sup>9</sup>.

Los define como una configuración de comportamientos más o menos comunes a todas las personas, que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano; que se dan de una manera secuencial a lo largo del tiempo y proporcionan un marco para la valoración con independencia de la edad, el nivel de cuidados o la patología.

De la valoración de los patrones funcionales se obtiene una importante cantidad de datos relevantes de la persona (físicos, psíquicos, sociales, del entorno), de una manera ordenada, lo que facilita a su vez el análisis de los mismos.

La valoración se realiza mediante la recogida de datos subjetivos, objetivos, la revisión de la historia clínica ó informes de otros profesionales.

#### **PATRÓN 1: PERCEPCIÓN – MANEJO DE SALUD: ALTERADO.**

La paciente, al diagnóstico, no tiene consciencia real de la enfermedad, prioriza su deseo genésico y de matrimonio, al tratamiento con quimioterapia.

No tiene adherencia a tratamientos farmacológicos ni a medidas terapéuticas.

Inadecuado cuidado de su salud, no acude a visitas programadas.

#### **PATRÓN 2: NUTRICIONAL – METABÓLICO: ALTERADO.**

Náuseas, vómitos por intolerancia a citostáticos.

#### **PATRÓN 3: ELIMINACIÓN: ALTERADO.**

Existe estreñimiento secundario a tratamiento.

#### **PATRÓN 4: ACTIVIDAD – EJERCICIO: ALTERADO.**

Debilidad generalizada, cansancio, no tiene fuerzas y se fatiga. Problemas de salud limitantes, incapacidad para realizar la actividad habitual.

#### **PATRÓN 5: SUEÑO – DESCANSO: ALTERADO.**

Verbaliza la dificultad para conciliar el sueño y despierta varias veces durante la noche.

#### **PATRÓN 6: COGNITIVO – PERCEPTIVO: ALTERADO.**

Hay dificultades de comprensión por el idioma. Existen problemas de expresión o comprensión de ideas.

#### **PATRÓN 7: AUTOPERCEPCIÓN – AUTOCONCEPTO:ALTERADO.**

Presencia de ansiedad y depresión. Tiene una negativa a autoestima. Carencias afectivas, refiere soledad.



**PATRÓN 8: ROL – RELACIONES: ALTERADO.**

Inicialmente acude sola a la consulta ya que la familia desconoce el problema de salud de la paciente, por lo que se aconseja, debido a la barrera idiomática que acuda acompañada en próximas visitas. Soporte familiar inadecuado, riesgo social, se contacta con servicios sociales

**PATRÓN 9: SEXUALIDAD Y REPRODUCCIÓN: ALTERADO.**

La persona expresa preocupación respecto a su sexualidad, riesgo de infertilidad.

**PATRÓN 10: ADAPTACIÓN TOLERANCIA AL ESTRÉS: ALTERADO.**

La paciente manifiesta tener sensación habitual de estrés y no dispone de herramientas para controlarlo. Expresa emociones inapropiadas, niega problemas, plantea soluciones inadecuadas y es incapaz de afrontar la situación.

**PATRÓN 11: VALORES – CREENCIAS: ALTERADO.**

Tiene planes de futuro importantes, casarse y tener hijos que se ven truncados por la enfermedad. El hecho de tener hijos y casarse es muy importante en su cultura, y finalmente debido a su enfermedad no lo puede realizar.

Existe un conflicto y una preocupación por el sentido de la vida.

**PLAN DE CUIDADOS y RESULTADOS**

Establecemos un plan de cuidados individualizado y adaptado siguiendo Taxonomía NANDA<sup>10</sup>, NOC<sup>11</sup> y NIC<sup>12</sup>

**PATRÓN 1: PERCEPCIÓN – MANEJO DE SALUD: ALTERADO**
**NANDA:**

- 00078 GESTIÓN INEFICAZ DE LA SALUD R/C CONOCIMIENTO INSUFICIENTE DEL RÉGIMEN TERAPÉUTICO, ECONÓMICAMENTE DESFAVORECIDOS M/P DECISIONES INEFICACES EN LA VIDA DIARIA PARA ALCANZAR LOS OBJETIVOS DE SALUD Y APOYO SOCIAL INSUFICIENTE
- 00079 INCUMPLIMIENTO R/C INCONGRUENCIA CULTURAL, PERCEPCIÓN DE QUE LAS CREENCIAS DE LAS PERSONAS SIGNIFICATIVAS DIFIEREN DEL PLAN M/P CONDUCTA DE NO ADHERENCIA, FALTAR A LAS CITAS.

**NOC:**

- 3102 AUTOCONTROL: ENFERMEDAD CRÓNICA  
[310201] Acepta diagnóstico.  
[310203] Controla los signos y síntomas de la enfermedad.  
[310209] Identifica las creencias culturales que afectan al tratamiento.
- 1833 CONOCIMIENTO: MANEJO DEL CÁNCER  
[183305] Curso habitual del proceso de la enfermedad.  
[183308] Opciones terapéuticas disponibles.
- 1504 SOPORTE SOCIAL  
[150410] Refiere contactos sociales de soporte adecuados.
- 1623 CONDUCTA DE CUMPLIMIENTO: MEDICACIÓN PRESCRITA  
[162304] Toma toda la medicación a los intervalos prescritos.  
[162316] Notifica la respuesta terapéutica al profesional sanitario.
- 1601 CONDUCTA DE CUMPLIMIENTO  
[160103] Realiza el régimen terapéutico según lo prescrito.  
[160105] Conserva la cita con un profesional sanitario.

**NIC:**

- 5602 ENSEÑANZA: PROCESO DE ENFERMEDAD  
-Explicar la fisiopatología de la enfermedad y su relación con la anatomía y la fisiología, según cada caso.  
-Describir el fundamento de las recomendaciones del control / terapia / tratamiento.

- 7380 ASISTENCIA PARA LOS RECURSOS FINANCIEROS
  - Informar al paciente de los recursos disponibles y ayudarle a acceder a ellos (p.ej., programa de asistencia en la medicación, programa de beneficencia).
  - Priorizar las necesidades diarias del paciente y ayudarle a desarrollar un programa de acuerdo con estas necesidades.
- 5616 ENSEÑANZA: MEDICAMENTOS PRESCRITOS
  - Informar al paciente acerca del propósito y acción de cada medicamento.
  - Instruir al paciente acerca de la administración/aplicación adecuada de cada medicamento.
- 4470 AYUDA EN LA MODIFICACIÓN DE SÍ MISMO
  - Identificar con el paciente las estrategias más efectivas para el cambio de conducta.

**PATRÓN 2: NUTRICIONAL – METABÓLICO:ALTERADO.**

**NANDA:**

- 00134 NAUSEAS R/C RÉGIMEN TERAPÉUTICO M/P SENSACIÓN DE NAUSEAS.

**NOC:**

- 1618 CONTROL DE NÁUSEAS Y VÓMITOS.
  - [161805] Utiliza medidas preventivas
  - [161808] Utiliza medicación antiemética según las recomendaciones

**NIC:**

- 2380 MANEJO DE LA MEDICACIÓN
  - Determinar cuáles son los fármacos necesarios y administrarlos de acuerdo con la autorización para prescribirlos y/o el protocolo.
  - Comprobar la capacidad del paciente para automedicarse, según corresponda.
  - Controlar el cumplimiento del régimen de medicación
- 1450 MANEJO DE LAS NÁUSEAS
  - Realizar una valoración completa de las náuseas, incluyendo la frecuencia, la duración, la intensidad y los factores desencadenantes, utilizando herramientas como un diario de autocuidado, una escala visual analógica, la Escala Descriptiva de Duke y el Índice de Rhodes de Náuseas y Vómitos.
  - Enseñar el uso de técnicas no farmacológicas (p.ej., biorretroalimentación, hipnosis, relajación, imaginación simple dirigida, musicoterapia, distracción, acupresión) para controlar las náuseas.
  - Fomentar el uso de técnicas no farmacológicas antes, durante y después de la quimioterapia; antes de que se produzcan o aumenten las náuseas y junto con otras medidas de control de las mismas.

**PATRÓN 3: ELIMINACIÓN**

**NANDA:**

- 00011 ESTREÑIMIENTO R/C AGENTES FARMACOLÓGICOS M/P DISMINUCIÓN EN LA FRECUENCIA DE LAS DEPOSICIONES, HECES DURAS FORMADAS.

**NOC**

- 0501 **ELIMINACIÓN INTESTINA**
  - [50101] Patrón de eliminación.

**NIC**

- 0450:**MANEJO DEL ESTREÑIMIENTO/IMPACTACIÓN FECAL**
  - Vigilar la aparición de signos y síntomas de estreñimiento.
  - Sugerir el uso de laxantes/ablandadores de heces, según corresponda.

**PATRÓN 4: ACTIVIDAD-EJERCICIO**

**NANDA:**

- 00092 INTOLERANCIA A LA ACTIVIDAD R/C DESEQUILIBRIO ENTRE APOORTE Y DEMANDA DE OXÍGENO M/P DEBILIDAD GENERALIZADA.

**NOC**

- 0005 TOLERANCIA DE LA ACTIVIDAD  
[518] Facilidad para realizar las actividades de la vida diaria (AVD).

**NIC**

- 0180: MANEJO DE LA ENERGÍA
  - Animar la verbalización de los sentimientos sobre las limitaciones.
  - Limitar los estímulos ambientales (luz y ruidos) para facilitar la relajación.
  - Ayudar al paciente a comprender los principios de conservación de energía (p. ej., requisitos para la restricción de actividad o reposo en cama).

**PATRÓN 5: SUEÑO-DESCANSO****NANDA:**

- 00095 INSOMNIO R/C ANSIEDAD, TEMOR M/P DIFICULTAD PARA CONCILIAR EL SUEÑO, DIFICULTAD PARA MANTENER EL SUEÑO.

**NOC:**

- 1212 NIVEL DE ESTRÉS.  
[121222] Ansiedad.  
[121220] Irritabilidad

**NIC:**

- 5230 MEJORAR EL AFRONTAMIENTO
  - Ayudar al paciente a identificar los objetivos apropiados a corto y largo plazo.
  - Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico.
- 1850 MEJORAR EL SUEÑO
  - Determinar el patrón de sueño/vigilia del paciente
  - Ajustar el programa de administración de medicamentos para apoyar el ciclo de sueño/vigilia del paciente.

**PATRÓN 6: COGNITIVO-PERCEPTIVO****NANDA:**

- 00083 CONFLICTO DE DECISIONES R/C PERCEPCIÓN DE AMENAZA AL SISTEMA DE VALORES M/P CUESTIONAMIENTO DE LAS CREENCIAS PERSONALES MIENTRAS SE INTENTA TOMAR UNA DECISIÓN.

**NOC:**

- 0906 TOMA DE DECISIONES.  
[90601] Identifica información relevante  
[90603] Identifica las consecuencias posibles de cada alternativa.

**NIC:**

- 5250 APOYO EN LA TOMA DE DECISIONES
  - Determinar si hay diferencias entre el punto de vista del paciente y de los profesionales sanitarios sobre la afección del paciente.
  - Informar al paciente sobre la existencia de puntos de vista alternativos y las soluciones de forma clara y con todo el apoyo.

**PATRÓN 7: AUTOPERCEPCIÓN- AUTOCONCEPTO****NANDA:**

- 00146 ANSIEDAD R/C GRANDES CAMBIOS (P. EJ., ESTATUS ECONÓMICO, ENTORNO, ESTADO DE SALUD, ROL, CONSIDERACIÓN SOCIAL DEL ROL) M/P PREOCUPACIÓN A CAUSA DE CAMBIOS EN ACONTECIMIENTOS VITALES.

**NOC**

- 1402 AUTOCONTROL DE LA ANSIEDAD .

[140207] Utiliza técnicas de relajación para reducir la ansiedad.

[140201] Monitoriza la intensidad de la ansiedad.

[140204] Busca información para reducir la ansiedad.

- 2012 ESTADO DE COMODIDAD: SOCIOCULTURAL .
- [201208] Cuidados compatibles con creencias culturales.

#### NIC

- 6040 TERAPIA DE RELAJACIÓN.
  - Explicar el fundamento de la relajación y sus beneficios, límites y tipos de relajación disponibles (música, meditación, respiración rítmica, relajación mandibular y relajación muscular progresiva).
  - Individualizar el contenido de la intervención de relajación (solicitando Sugerencias de cambios).
- 5270 APOYO EMOCIONAL .
  - Ayudar al paciente a reconocer sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza.
  - Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los períodos de más ansiedad.

#### **PATRÓN 8: ROL RELACIONES**

##### **NANDA:**

- 00052 DETERIORO DE LA INTERACCIÓN SOCIAL R/C OBSTÁCULOS PARA LA COMUNICACIÓN M/P INTERACCIÓN DISFUNCIONAL CON OTRAS PERSONAS .

##### **NOC :**

- 2012 ESTADO DE COMODIDAD: SOCIOCULTURAL
  - [201208] Cuidados compatibles con creencias culturales.
  - [201213] Uso de estrategias para favorecer la comunicación.
- 1504 SOPORTE SOCIAL
  - [150410] Refiere contactos sociales de soporte adecuados.
  - [150408] Evidencia de voluntad para buscar ayuda en otras personas.
- 2609 APOYO FAMILIAR DURANTE EL TRATAMIENTO
  - [260910] Colaboran con el miembro enfermo en la determinación de los cuidados.
  - [260906] Los miembros mantienen la comunicación con el miembro enfermo.
- 0902 COMUNICACIÓN
  - [90206] Reconoce los mensajes recibidos.

##### **NIC**

- 7100 ESTIMULACIÓN DE LA INTEGRIDAD FAMILIAR
  - Determinar la comprensión familiar de la dolencia
  - Comprobar las relaciones familiares actuales.
- 5440 AUMENTAR LOS SISTEMAS DE APOYO
  - Calcular la respuesta psicológica a la situación y la disponibilidad del sistema de apoyo.
  - Determinar el grado de apoyo familiar y económico, así como otros recursos.
- 7330 INTERMEDIACIÓN CULTURAL.
  - Identificar, con el paciente, las prácticas culturales que pueden afectar negativamente a la salud, de forma que el paciente pueda elegir de manera informada.
  - Facilitar la comunicación intercultural (uso de un traductor, materiales/medios bilingües por escrito, comunicación no verbal precisa; evitar los estereotipos).
  - Modificar las intervenciones convencionales (p. ej., enseñanza al paciente) de manera culturalmente adecuada.

**PATRÓN 9: SEXUALIDAD- REPRODUCCIÓN**
**NANDA:**

- 00065PATRÓN SEXUAL INEFICAZ R/C CONOCIMIENTO INSUFICIENTE SOBRE ALTERNATIVAS RELACIONADAS CON LA SEXUALIDAD M/P CONFLICTO DE VALORES

**NOC:**

- 1501 DESEMPEÑO DEL ROL.  
[150101] Desempeño de las expectativas del rol  
[150107] Descripción de los cambios de rol con la enfermedad o la incapacidad.

**NIC:**

- 5480 **CLARIFICACIÓN DE VALORES.**
  - Tener en cuenta los aspectos éticos y legales de la libre elección, dada la situación particular, antes de comenzar la intervención.
  - Utilizar preguntas adecuadas para ayudar al paciente a reflexionar sobre la situación y lo que es personalmente importante.
  - Ayudar al paciente a definir alternativas y sus ventajas y desventajas.

**PATRÓN 10: ADAPTACIÓN TOLERANCIA AL ESTRÉS:NO ALTERADO**
**NANDA:**

- 00188 TENDENCIA A ADOPTAR CONDUCTAS DE RIESGO PARA LA SALUD R/C ACTITUD NEGATIVA HACIA LOS CUIDADOS DE SALUD M/P DEMOSTRACIÓN DE NO ACEPTACIÓN DEL CAMBIO EN EL ESTADO DE SALUD.

**NOC**

- 1702 CREENCIAS SOBRE LA SALUD: PERCEPCIÓN DE CONTROL  
[170201] Responsabilidad percibida por decisiones sobre la salud  
[170204] Creencia de que las propias decisiones controlan los resultados sobre la salud  
[170207] Voluntad para seguir viviendo.
- 1300 ACEPTACIÓN: ESTADO DE SALUD  
[130008] Reconoce la realidad de la situación de salud  
[130011] Toma de decisiones relacionadas con la salud  
[130012] Clarifica los valores personales  
[130019] Clarifica las prioridades vitales
- 1704 CREENCIAS SOBRE LA SALUD: PERCEPCIÓN DE AMENAZA  
[170403] Vulnerabilidad percibida para problemas de salud progresivos

**NIC**

- 4410 ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS COMUNES
  - Fomentar la identificación de valores vitales específicos.
  - Identificar el reconocimiento por parte del paciente de su propio problema.
  - Ayudar al paciente a priorizar (sopesar) los objetivos identificados
- 7400 ORIENTACIÓN EN EL SISTEMA SANITARIO
  - Explicar el sistema de cuidados sanitarios más próximo, su funcionamiento y lo que puede esperar el paciente/familia.
  - Determinar y facilitar la comunicación entre los profesionales sanitarios y el paciente/familia, si es el caso.
  - Revisar y completar la información proporcionada por otros profesionales sanitarios.

**PATRÓN 11: VALORES Y CREENCIAS.**
**NANDA:**

- 00066 SUFRIMIENTO ESPIRITUAL R/C ENFERMEDAD M/P CUESTIONAMIENTO DEL SENTIDO DE LA VIDA, CULPABILIDAD.

**NOC:**

- 1300 **ESTADO DE SALUD.**  
[130002] Renuncia al concepto previo de salud.  
[130008] Reconoce la realidad de la situación de salud.

**NIC:**

- 5420 **APOYO ESPERITUAL.**  
-Utilizar herramientas para controlar y evaluar el bienestar espiritual, según corresponda.  
-Proporcionar privacidad y momentos de tranquilidad para actividades espirituales.  
-Utilizar técnicas de clarificación de valores para ayudar al individuo a clarificar sus creencias y valores, según corresponda.

**DISCUSIÓN / CONCLUSIONES**

La atención a pacientes procedentes de otros países, con etnias, culturas y creencias diversas, es una realidad en la asistencia sanitaria actual.

Las diferencias en cuanto a creencias y las barreras idiomáticas; pueden interferir con una adecuada valoración, seguimiento y tratamiento de este tipo de pacientes, condicionando de este modo su pronóstico.

Para evitar esta interferencia y asegurar una asistencia de calidad, en igualdad de condiciones, es obligatoria una valoración global e integral del paciente, de su familia y entorno, teniendo en cuenta las necesidades que presenta, la comunicación, la seguridad, valores y creencias, y en función de los datos obtenidos con dicha valoración, establecer un plan de cuidados adecuados a cada circunstancia.

Por ello, este trabajo obliga a la actuación coordinada de un equipo multidisciplinar, con habilidades interpersonales de comunicación, que deberá participar en la evaluación continuada de las necesidades, no solo médicas de los pacientes, si no también atendiendo a otros aspectos como son los psicológicos, los sociales; para garantizar una atención de calidad, con acceso a una información veraz y adaptada a su capacidad de entendimiento que le permita tomar decisiones consensuadas sobre su salud.

Por último, recalcar la importancia de un desarrollo constante y revisión de las políticas y prácticas de salud relacionadas con la inmigración con el fin de responder a nuevos y complicados retos.

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Departamento de Políticas e Investigación sobre Migraciones de la OIM. Migración y salud. Fundamentos de Gestión de la Migración para las Personas Encargadas de Formular Políticas y Profesionales. 2003.Documento de trabajo 2.7
2. Societat catalana de medicina familiar i comunitària CAMFIC.Guía de atención primaria al paciente inmigrante. 2011
3. Plaza del Pino FJ, Soriano Ayala, E. Formación de los profesionales de enfermería: Cuidar en la sociedad multicultural del siglo XXI. IndexEnferm.2009; 18( 3 ): 190-194.
4. Chamorro T. El cuidado del otro y la Enfermería Transcultural. Gaceta de Antropología; 2001;(17):.1-11
5. Leininger, M. Cuidar a los que son de culturas diferentes requiere el conocimiento y las aptitudes de la enfermería transcultural. Cultura de los cuidados;1999; (6): 5-8.
6. Leininger M., McFarland M. CultureCareDiversity&Universality: A WorldwideNursingTheory. 2ª ed. Sudbury, Massachusetts: JonesandBartlettPublishers; 2006.
7. Associació d'Infermeria Familiar i Comunitària de Catalunya (AIFICC). LA GESTIÓ DE CASOS: UN MODEL D'ATENCIÓ A LA COMPLEXITAT I LA DEPENDÈNCIA" 2008.



8. Govern de Catalunya. Pla interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària (PIAISS). Generalitat de Catalunya; 2014.
9. Gordon, M: Manual de diagnósticos enfermeros. 10a Edición. Madrid. Edit. Elsevier. 2003
10. NANDA International. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación. 2015-2017. Madrid: Elsevier; 2015.
11. Sue Moorhead, Marion Johnson, Meridean L. Maas, Elizabeth Swanson. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 2015.
12. Gloria M. Bulechek, Howard k. Butcher, Joanne McCloskey Dochterman. Clasificación de Intervenciones Enfermeras (NIC). 6ª ed. Barcelona: Elsevier; 2015.

**ID189:**

## **METODOLOGÍA DE IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE ATENCIÓN AL SEDENTARISMO Y OBESIDAD INFANTIL EN ATENCIÓN PRIMARIA**

Silvia Domínguez Fernández<sup>1</sup>, Beatriz Valdivieso Fernández de Valderrama<sup>2</sup>, Rosa María Martínez Ortega<sup>2</sup>, Esther Nieto García<sup>3</sup>, Beatriz Durante Fernández<sup>2</sup>, Diego José Villalvilla Soria<sup>2</sup>.

Facultad de Enfermería de la Universidad Complutense de Madrid<sup>1</sup>, Atención Primaria de Madrid<sup>2</sup>, Sociedad Madrileña de Enfermería Familiar y Comunitaria (SEMAP)<sup>3</sup>.

[sildom01@ucm.es](mailto:sildom01@ucm.es)

### **RESUMEN**

**Introducción:** La prevalencia de sobrepeso y obesidad en niños/as de 6 a 9 años en España es muy alta, y sigue constituyendo un grave problema de Salud Pública.

**Objetivos:** Diseño e implementación de un programa de tratamiento integral a la Obesidad Infantil (OI), trabajando con familias en la consulta de enfermería comunitaria.

**Desarrollo:** Se constituyó un grupo de trabajo con 50 profesionales de enfermería familiar y comunitaria para elaborar una guía de "atención al sedentarismo y OI".

**Resultados:** Tras la intervención del estudio piloto, las desviaciones estándar del IMC respecto a la media disminuyeron en el grupo experimental (de 2.64 a 1.24) y aumentaron en el grupo control (de 2.15 a 2.45). Posteriormente se ha elaborado la guía citada y un programa de formación online para facilitar la implementación del proyecto.

**Conclusiones:** La evidencia científica demuestra que la intervención familiar y comunitaria es eficaz como tratamiento de la OI.

### **PALABRAS CLAVE**

Sobrepeso, Obesidad, Obesidad Pediátrica, Enfermería en Salud Comunitaria, Atención Primaria de Salud. Overweight, Obesity, Pediatric Obesity, Community Health Nursing, Primary Health Care.

### **INTRODUCCIÓN/PRESENTACIÓN**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la obesidad (OB) y el sobrepeso (SP) como una acumulación anormal y excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud y que se manifiesta por un exceso de peso y volumen corporales<sup>1,2</sup>. Este organismo considera la OB como la «epidemia del siglo XXI» por las dimensiones que ha adquirido a lo largo de las últimas décadas y por su impacto sobre la morbilidad, la calidad de vida y el gasto sanitario<sup>1-4</sup>.

Según la OMS<sup>2</sup>, en 2005 había en todo el mundo 1.600 millones de personas mayores de 15 años y 20 millones de menores de cinco años con sobrepeso y 400 millones de personas con obesidad. Se estima que en el año 2015 habrá, aproximadamente, 2.300 millones de personas adultas con (SP) y más de 700 millones con (OB).

La evolución de la prevalencia de SP-OB en la población infantojuvenil sigue una tendencia parecida tanto en los países desarrollados como en los que están en vías de desarrollo<sup>2</sup>. En España, el estudio Paidos<sup>5</sup> del año 1984 estimó una prevalencia de OI del 4,9%, mientras que en el Estudio EnKid<sup>6</sup>, constataron que la prevalencia global de SP y OB fue de 12,4% y 13,9% respectivamente, siendo ambas superiores en varones. Este estudio<sup>6</sup> fue diseñado para evaluar los hábitos alimentarios y el estado nutricional de la población infantil y juvenil española. Es un estudio epidemiológico transversal sobre una muestra representativa de la población española de 2 a 24 años (N= 3.534). Se determinaron el peso y talla mediante procedimientos estandarizados con instrumentos homologados. La OB y el SB se definieron como valores del índice de masa corporal (IMC) iguales o superiores a los valores de los percentiles 97 y 85, respectivamente, de las tablas de referencia españolas de Hernández et al<sup>7</sup>. Las conclusiones



establecieron que la prevalencia de OI en España es del 13,9%, y la de SB y OB, del 26,3% (sólo sobrepeso, 12,4%). La OB es mayor en varones (15,6%) que en mujeres (12%), y también el SB. Por edades, los jóvenes de 6 a 13 años presentan valores más elevados de OB. Por zonas geográficas, Canarias y Andalucía tienen las cifras más elevadas, y el nordeste peninsular las más bajas. La OB es mayor en niveles socioeconómicos y de estudios más bajos, y entre aquellas personas que no desayunan o desayunan mal. Las tendencias indican un incremento de la prevalencia de SP-OB infanto-juvenil en las últimas décadas hasta el año 2011<sup>8-10</sup> así como del porcentaje de grasa corporal en esta misma población<sup>9,11</sup>.

A pesar de una tendencia reciente al descenso de la prevalencia, España es uno de los países europeos con mayor porcentaje de exceso de peso en la infancia (41.3 %) según el Estudio Aladino 2015<sup>12</sup>. La prevalencia de sobrepeso y obesidad en niños y niñas de 6 a 9 años en España es muy alta, y sigue constituyendo un grave problema de Salud Pública.

El Proyecto Idefics<sup>13</sup>, financiado por la Comisión Europea y en el cual participan diversos países de la UE, siendo su objetivo el explorar los riesgos del SP y OB en niños, así como sus consecuencias asociadas a largo plazo. Algunas de las conclusiones del estudio son:

- La falta de ejercicio físico parece la causa principal de la OI.
- Los comportamientos sedentarios, como ver la televisión, están asociados al incremento del depósito de la masa corporal.
- De la misma manera se ha asociado la falta de sueño a OB y diabetes.

Debido a que no existen estudios que hayan investigado programas de intervención familiar como abordaje del tratamiento de la OI desarrollados por enfermería comunitaria es necesario la identificación de las características de estos programas clínicos y de aquellos pacientes que se beneficiarían en mayor medida de estos programas.

Una revisión de 147 estudios de intervención<sup>14</sup>, llegó a la conclusión de que ha habido una escasez de estudios válidos basados en la población y de niveles múltiples enfoques de intervención y que los estudios que se centraron en la modificación de la nutrición y la actividad de los entornos físicos carecían de rigor metodológico adecuado. Fueron muy pocos los estudios realizados en familia o en la comunidad; o de ambos. Pocas intervenciones se centraron en los cambios ambientales. En una revisión de Katz et al.<sup>15</sup> de 38 estudios basados en la escuela solo 10 estudios aportan una metodología adecuada para ser considerados. Son necesarias más investigaciones para orientar la determinar estrategias eficaces para afrontar la OI, y así lo recomienda La guía de práctica clínica sobre la prevención y el tratamiento de la obesidad infantojuvenil del Ministerio de Sanidad y Política Social<sup>2</sup>. Ésta recomienda la realización de ensayos clínicos que permitan conocer las intervenciones más efectivas a nivel comunitario.

## **OBJETIVOS (DE LA EXPERIENCIA)**

### **General:**

Realizar un programa de tratamiento integral para la obesidad infantil que implique cambios nutricionales, emocionales y de estilos de vida del niño y de su entorno familiar.

### **Específicos:**

- Dirigidos a los padres de los pacientes:
  - Concienciar a los padres y otros familiares de la problemática de su hijo y acentuar la importancia de la participación activa en el programa.
  - Promover la actividad física en los padres.
  - Ofrecer a los padres recomendaciones nutricionales normocalóricas y equilibradas para sus hijos.
  - Ofrecer a los padres recomendaciones conductuales.
- Dirigidos a los niños/as:
  - Fomentar hábitos nutricionales y estilos de vida saludables.
  - Ofrecer conceptos básicos de nutrición y alimentación.
  - Promover la actividad física.
  - Aumentar o mantener en el niño la autoestima.
  - Impulsar conductas asertivas para mejorar las relaciones sociales.

**DESARROLLO**

**Tipo de Estudio:** los datos aportados son del ensayo Clínico piloto. Para evaluar la guía y el programa de intervención se ha diseñado un estudio observacional longitudinal valorando la evolución de la obesidad, para lo cual se establecerá como variable principal la diferencia de medias de z-score del IMC y se determinará la evolución de la cobertura del servicio de atención a la OI en los centros de salud en los que se implemente el programa.

**Muestreo:** Se realizó un muestreo no aleatorio de los primeros casos de OI disponibles en una consulta de enfermería del Centro de Salud Alcalá de Guadaíra de Atención Primaria de Madrid. Un total de 22: 14 niñas y 8 niños.

**Duración del estudio:** 2008-2010.

**Criterios de inclusión:**

- Pacientes de ambos sexo.
- De 2 a 14 años.
- Con sobrepeso u obesidad exógena (IMC ≥ P90).
- Consentimiento informado por parte de los padres o tutores legales del menor.

**Variables:**

Se valoraron variables antropométricas, peso, talla e IMC. El IMC en cada una de las consultas de seguimiento de los pacientes tanto del grupo de expuestos a la intervención como en el grupo de control. Para el diagnóstico y valoración del IMS se utilizaron las tablas de Hernández<sup>7</sup>.

En el grupo de expuesto se administró una hoja de autorregistro semanal que se analizó durante un mes antes de la intervención y en el último mes de la intervención.

Se administró un cuestionario de valoración de actividad física semanal.

Variable independiente: Presencia de SB, OB, normopeso.

Variable dependiente: IMC, horas semanales de práctica de actividad física, consumo de fruta y verduras, horas de ocio sedentario y control de impulsos.

**Análisis estadístico:** Para evaluar las diferencias sociodemográficas y médicas entre el grupo Familias activas y el grupo control (pre y post-intervención), se usaron los test Chi-cuadrado y T de Student. Para comparar la evolución de los dos grupos se usó la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon.

**RESULTADOS**

**Efecto del programa FamiliasActivas**

El ANOVA de medidas repetidas reveló que mientras los dos grupos aumentaron la media de la talla proporcionalmente (F = 0,176; P = 0,68), la media del peso se mantuvo en el grupo experimental y aumentó en el grupo control (F = 16.137; P = 0,001)

GRUPO	TALLA		PESO	
	PRE	POST	PRE	POST
EXPERIMENTAL	1,4±0,2	1,5±0,2	54,1±20,82	54±20,12
CONTROL	1,3±0,2	1,4±0,2	44,1±16,1	57,8±18

Imagen 1: Evolución de la media (±DE) de la talla y el peso antes y después de la intervención.

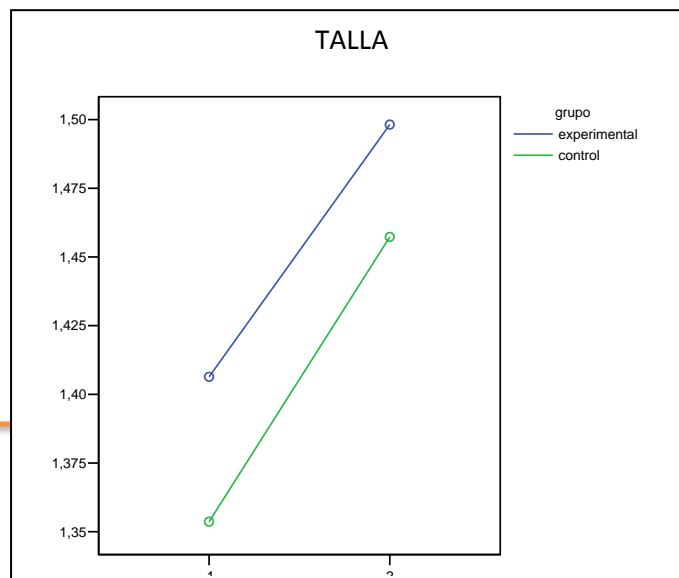


Imagen 2: Talla en los grupos experimental y control

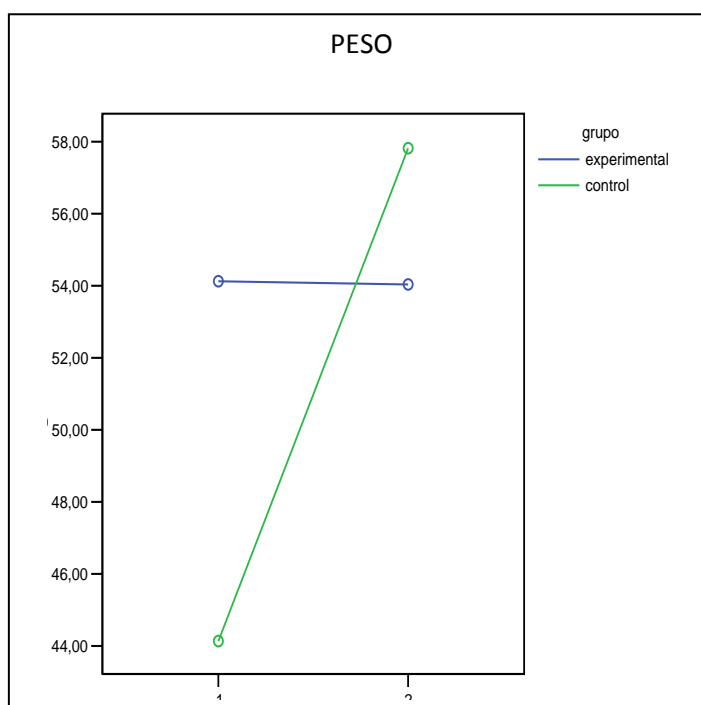


Imagen 3: Talla y peso en los grupos experimental y control

La prueba de los rangos con signo de Wilcoxon revela cambios significativos en del IMC en el grupo experimental tras la intervención. Los pacientes incluidos en el programa FamiliasActivas mostraron una mejoría significativa del indicador del IMC ( $P = 0,008$ ) en comparación con el grupo control ( $P = 0,102$ ). Al inicio del estudio, el 100% de los niños incluidos en el grupo experimental y un 72,7% del grupo control eran obesos. Al finalizar la intervención, se observó que en el grupo experimental el 72,7% se encontraba entre sobrepeso o normopeso, mientras que en el grupo control el 100% de los niños acabó siendo obeso.

GRUPO	IMC PRE-INTERVENCIÓN			IMC POST-INTERVENCIÓN		
	Normopeso	Sobrepeso	Obesidad	Normopeso	Sobrepeso	Obesidad
experimental	0	0	11 (100%)	2 (18,2%)	6 (54,5%)	3 (27,3%)
control	0	3 (27,3%)	8 (72,7%)	0	0	11(100%)

Imagen 4: Cambios del IMC

**Análisis de la evolución del estilo de vida intergrupala**

En el grupo de intervención mejoran los estilos de vida en comparación con el grupo control:

- En la práctica de actividad física, el grupo experimental aumenta una media de 2,45 horas de práctica de ejercicio semanal (siendo el número de horas de práctica de ejercicio semanal similar antes de iniciar la intervención en ambos grupos).

- En el consumo de raciones de fruta y verdura diaria, se aumenta de media en 1,36 raciones. El consumo de fruta y verdura era menor en el grupo de control antes de iniciar la intervención.
- Se redujo en 30 minutos el tiempo dedicado al ocio sedentario en el grupo de intervención. Ambos grupos practicaban más de 2 horas de ocio sedentario antes de la intervención.
- El grupo de intervención, redujo el número de días de ingesta de alimentos hipercalóricos, de una media de 5 a 2 días. De forma ligera, el grupo control consumía alimentos hipercalóricos más días, antes de la intervención.

Para facilitar el impulso del proyecto, se elabora una Guía de Implementación y un programa de difusión de formación continuada “online” para mejorar la calidad de la atención a los niños con OI en AP. Éste programa de formación está basado en cinco centros de interés:

### **1. OBESIDAD INFANTIL: VALORACIÓN Y SEGUIMIENTO**

Objetivos: Entender los determinantes y consecuencias fisiopatológicas de la OI. Manejar herramientas para detectar precozmente la OI y el sedentarismo en las consultas de enfermería de AP. Aprender a enfocar la atención a la OI desde una perspectiva multidisciplinar y monitorizar la evolución clínica de la obesidad y sus consecuencias elaborando un plan de cuidados adecuado.

### **2. APRENDER A COMER EN FAMILIA**

Objetivos: Determinar los factores que afectan a la ingesta nutricional y los patrones alimentarios (p ej. gustos y aversiones alimentarias, consumo excesivo de comida rápida, comidas no realizadas, comer deprisa, interacciones entre el niño/niña y progenitores durante la alimentación). Abordar la importancia de la ingesta adecuada de alimentos como medida de promoción de salud en el marco de la atención a la OI. Identificar y aplicar los principios de una Alimentación Equilibrada y cardiosaludable.

### **3. RECOMENDACIONES DE ACTIVIDAD FÍSICA, SUEÑO Y DESCANSO PARA LA FAMILIA**

Objetivos: Conocer la relevancia del sedentarismo como problema de salud y las recompensas de la actividad física para la salud en un contexto terapéutico. Diferenciar actividad física, ejercicio físico, deporte y condición física. Identificar las recomendaciones de actividad física, y tiempo de pantalla en la infancia y adolescencia. Planificar estrategias para el cambio de conducta y seguimiento de recomendaciones de ejercicio físico en la población infantil y en el entorno familiar.

### **4. SALUD EMOCIONAL Y CONTROL DE PESO.**

Objetivos: Explicar conceptos básicos acerca de salud emocional y la estigmatización del niño/niña con obesidad. Técnicas de tratamiento cognitivo-conductual de la obesidad infantil. Abordaje psicosocial de la Obesidad Infantil priorizando el trabajo de la autoestima y la motivación en el tratamiento de la obesidad infantil. Explicar la importancia de la imagen corporal y sus repercusiones. Influencia y relación del Mindfulness, inteligencia emocional y control de impulsos en la salud emocional y el estilo de vida.

### **5. DETERMINANTES SOCIOCULTURALES.**

Objetivos: Explicar la relación entre los determinantes socioculturales, desigualdades sociales medioambiente, medios de comunicación y OI. Identificar las necesidades de la unidad familiar y elaborar un plan de acción contra la OI aplicando los principios de parentalidad positiva.

Para mejorar la calidad de la atención se proponen 50 pasos que pretenden dar recursos a las familias para mejorar el abordaje del problema. El acceso al programa de “50 pasos contra el sedentarismo y la OI” se puede facilitar mediante un programa de educación para la salud grupal dirigido a familias o mediante el seguimiento de las familias en consulta programada.

### **50 PASOS PARA UN FAMILIA + ACTIVA.**

**FAMILIAS + ACTIVAS. Construyendo familias saludables. Por un abordaje y seguimiento compartido de la obesidad infantil.**

1. Buscad ayuda, La obesidad es un problema de todos. Es preciso la implicación de la familia, apoyarse en recursos comunitarios y contar con la orientación de tu enfermera familiar y comunitaria desde el Centro de Salud.

2. Desarrollar el pensamiento crítico para enfrentar los determinantes que favorecen la obesidad y el sedentarismo.
3. Conocer la situación de partida, valorar nuestros factores de riesgo y poner en marcha los primeros cambios.
4. Revisar nuestros hábitos y abordar conjuntamente aspectos emocionales, determinantes socioculturales junto con la planificación de la alimentación y la práctica de ejercicio físico.
5. Aprender a establecer objetivos a largo, medio y corto plazo.
6. Compartir los objetivos con nuestro entorno familiar y social para conseguir alianzas.
7. Establecer autorregistros para realizar analizar el estilo de vida y el seguimiento de los objetivos. Hay que hablar menos y hacer más: convertir a tu casa en un lugar donde sea fácil tomar decisiones saludables en cuanto a la comida y la actividad física, y dejar de hablar del peso
8. Centrarse en la mejora del estilo de vida de forma creativa y divertida y no hacer juicios de valor sobre el comportamiento, la imagen, o los resultados del programa.
9. No discriminar por ningún motivo a los niños y niñas con OI, los cambios y las mejoras en el estilo de vida deben realizarse en familia.
10. Que los padres conozcan la relevancia del problema y la forma en que otras familias afrontan el problema puede ser positivo. Se puede participar en programas que favorezca un abordaje familiar y/o grupal del problema como "Familias + Activas".

**FAMILIAS +ACTIVAS. Mejorando la alimentación.**

11. Valora la calidad de tu alimentación con la ayuda de los profesionales de tu centro de salud y pon en marcha propuestas para mejorarla.
12. Planificar la alimentación, improvisar no es saludable.
13. Elabora una lista de la compra equilibrada evitando alimentos procesados.
14. Cocina platos sabrosos y sanos.
15. Disminuye el consumo de azúcares refinados y sal.
16. Aumenta el consumo de fruta y verdura.
17. Planifica desayunos, meriendas y celebraciones con propuestas saludables.
18. Aumenta la proporción de alimentos de origen vegetal y disminuye los de origen animal.
19. Revisa el etiquetado y realiza elecciones saludables.
20. Recupera la alimentación tradicional y sigue el decálogo de la dieta mediterránea.

**FAMILIAS+ACTIVAS. Por un estilo de vida más activo siguiendo las recomendaciones de actividad física para la salud y dedicando las horas necesarias de sueño y descanso.**

21. Antes de empezar la práctica de ejercicio (y de forma periódica) valorar nuestra salud y condición física.
22. Es importante conocer y obtener beneficio de la práctica de actividad física siguiendo las recomendaciones científicas.
23. No hay que improvisar, es mejor planificar un programa adecuado.
24. Aprende a disfrutar de la vida mejorando tu relación con la actividad física.
25. Para evitar riesgos innecesarios hay que tener en cuenta cuidados y precauciones para incorporar la práctica de ejercicio de forma segura.
26. Apuesta por la movilidad sostenible (mejor andando, en bicicleta o transporte público), así mejoramos nuestra salud y el medio ambiente.
27. Practica ejercicio, comparte y crece en valores fundamentales para el desarrollo personal.
28. Disfruta de la pirámide de la actividad física. Los distintos tipos de ejercicio (aeróbico, fuerza, flexibilidad, equilibrio, relajación), nos aportan beneficios complementarios.
29. No hay que olvidar descansar y dormir el tiempo necesario.
30. Persevera en el ejercicio y espera un futuro mejor. El premio es tu salud.

**FAMILIAS MÁS ACTIVAS. Con salud e inteligencia emocional cultivamos una vida saludable.**

31. Aprender a conocernos nos invita a cambiar y mejorar.
32. Cultiva la autoestima, la confianza en uno mismo nos acerca a nuestros objetivos.
33. Cultiva la inteligencia emocional y recoge salud.

34. Vivir de forma consciente, de la meditación al mindfulness, encuentra herramientas que te ayuden a mejorar tu vida.
35. Conoce tus cualidades e impulsa lo mejor de ti.
36. Piensa de forma diferente, revisa de forma crítica tus creencias y consigue que te ayuden a mejorar.
37. Valora la relación entre la salud emocional y el estilo de vida. Las emociones reorientan nuestros hábitos.
38. No te rindas, el autocontrol se puede mejorar si perseveras.
39. Aprende a relajarte y busca con calma tu destino.
40. Sueña con un futuro mejor y elige tu decálogo de salud emocional para conseguirlo.

**FAMILIAS +ACTIVAS. Abordando la influencias de los determinantes socioculturales.**

41. Desarrollar un pensamiento crítico en relación a los determinantes que favorecen la obesidad (publicidad, consumismo, manipulación, intereses comerciales, desigualdades sociales).
42. Aumentar el compromiso con la sostenibilidad medioambiental mediante un estilo de vida saludable.
43. Luchar contra las desigualdades sociales ya que determinan los hábitos de vida que favorecen el sedentarismo y la obesidad.
44. Entender el consumismo no favorece nuestro bienestar pero si los beneficios de quienes favorecen un entorno obesogénico.
45. Valorar la influencia familiar como determinante del estilo de vida.
46. La familia puede convertirse en un instrumento favorecedor de hábitos de vida que contribuyan mediante un estilo de crianza apropiado, la disciplina saludable y la parentalidad positiva.
47. Favorecer la comunicación y la asertividad: aprender a decir no y defender nuestros derechos.
48. Educar con el ejemplo. Tu comportamiento puede ayudar a mejorar a los demás.
49. Evitar utilizar la comida y el ejercicio como premio o castigo.
50. 50 ideas para mejorar el mundo.

**CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN**

En Enfermería Familiar y Comunitaria partimos del modelo 6 C (cell, child, clan, community, country, culture)<sup>16</sup>, para explicar un problema tan complejo. Trabajamos con familias en consultas programadas y en programas de educación para la salud grupal. Trabajamos con las comunidades mediante el impulso del modelo Escuelas promotoras de actividad física y salud (Escuela Activa) y metodología de intervención comunitaria (Comunidad Activa) además de impulsar la abogacía por la salud demandando acciones políticas y culturales para mejorar las condiciones de vida de la población que determinan el sedentarismo y OI.

Es posible que muchos niños y niñas se puedan beneficiar de la atención a la OI en los servicios de AP, convirtiendo la atención al sedentarismo y OI en una prioridad en el trabajo diario de las consultas de AP. “Trabajar con familias” es un enfoque más oportuno para tener éxito en el abordaje del problema. Para ello hay que reconocer el lugar privilegiado que ocupa enfermería familiar y comunitaria en el sistema sanitario al ser el profesional más accesible que trabaja con el conjunto de la unidad familiar. Para ello, es necesario una adecuada formación de los profesionales, y facilitar las herramientas para fomentar un estilo de vida más activo y saludable en el conjunto de la familia. El programa “Familias Activas” ha conseguido facilitar la accesibilidad de los profesionales de enfermería familiar y comunitaria a programas de formación adaptados a la labor que se desarrolla en AP. La difusión de herramientas útiles que en algunos casos, tal y como se demuestra en el estudio piloto, son eficaces para luchar contra la OI y el sedentarismo en la infancia.

Los escasos estudios realizados en el ámbito específico de la enfermería comunitaria cuentan con tamaños muestrales reducidos y no han demostrado que la intervención en consulta de enfermería haya sido eficaz en cuanto a la pérdida de peso se refiere<sup>17</sup>. Son varias las limitaciones que podrían justificar este resultado, entre otras la posible implicación familiar insuficiente que se considera de vital importancia<sup>18</sup>. Sbruzzi et al<sup>19</sup>. en una amplia revisión sistemática (23.627 participantes), explicaba que las intervenciones educativas son efectivas en el tratamiento pero no en la prevención de la OI y sus consecuencias. En esta revisión, los estudios de tratamientos de OI demostraron que las intervenciones educativas estaban

asociadas con una reducción significativa de la circunferencia de cintura y el IMC. Los programas de intervención en AP deben orientar a integrar las metodologías diversas (trabajo familiar y grupal) así como contenidos contemplados en distintas intervenciones educativas que han demostrado efectividad en el tratamiento de la OI. Los contenidos presentes en la intervención (seguimiento clínico, promoción de salud emocional, actividad física, alimentación saludable y abordaje de los determinantes socioculturales y familiares de la obesidad infantil), se derivan de las recomendaciones de una amplia variedad de experiencias previas<sup>19,20</sup>.

Gussinyé<sup>20</sup> que orienta la intervención a la implicación en familias, ha obtenido resultados positivos en nuestro país con disminuciones en el IMC (1%), aunque no son ensayos clínicos, por lo tanto es un objeto de estudio pendiente en nuestro ámbito. Serán necesarios estudios más amplios para evaluar y mejorar la formación y las herramientas necesarias para abordar con más éxito el abordaje de la OI en AP.

### BIBLIOGRAFÍA

1. WHO. Overweight and obesity [sitio web]. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2006 [consultado el 13 de enero de 2012]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html>
2. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Prevención y el Tratamiento de la Obesidad Infantojuvenil. Centro Cochrane Iberoamericano, coordinador. Guía de Práctica Clínica sobre la Prevención y el Tratamiento de la Obesidad Infantojuvenil [versión resumida]. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques; 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AATRM Nº 2007/25.
3. WHO. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation. Technical report series 894. Geneva: WHO; 2000.
4. WHO. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Report of a Joint FAO/WHO Expert consultation. WHO Technical report series 916. Geneva: WHO; 2003.
5. Paidós'84. Estudio epidemiológico sobre nutrición y obesidad infantil. Madrid: Gráficas Jomagar, 1985.
6. Serra Majem L, Ribas Barba L, Aranceta Bartrina J, Pérez Rodrigo C, Saavedra Santana P, *et al.* Obesidad infantil y juvenil en España. Resultados del Estudio enKid (1998-2000). *Med Clín (Barc)*. 2003;121(19):725-32.
7. Hernández M, Castellet J, Narvaiza JL, Rincón JM, Ruiz I, Sánchez E, *et al.* Curvas y tablas de crecimiento. Instituto de Investigación sobre Crecimiento y Desarrollo, Fundación Faustino Orbegozo. Madrid: Garsi; 1988.
8. Ríos N, Fluiters E, Pérez Méndez LF, García-Mayor EG, García-Mayor RV. Prevalence of childhood overweight in Northwestern Spain: a comparative study of two periods with a ten year interval. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 1999; 23(10):1095-8.
9. Moreno LA, Fleta J, Sarría A, Rodríguez G, Bueno M. Secular increases in body fat percentage in male children of Zaragoza, Spain, 1980-1995. *Prev Med*. 2001; 33(5):357-63.
10. Larrañaga N, Amiano P, Arrizabalaga JJ, Bidaurrazaga J, Gorostiza E. Prevalence of obesity in 4-18-year-old population in the Basque Country, Spain. *Obes Rev*. 2007; 8(4):281-7.
11. Moreno LA, Mesana MI, Fleta J, Ruiz JR, González-Gross M, Sarría A, *et al.* Overweight, obesity and body fat composition in Spanish adolescents. The AVENA study. *Ann Nutr Metab*. 2005; 49(2):71-6.
12. Estudio ALADINO 2015: Estudio de Vigilancia del Crecimiento, Alimentación, Actividad Física, Desarrollo Infantil y Obesidad en España 2015. Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid, 2016.
13. [Bammann K](#), [Peplies J](#), [Pigeot I](#), [Ahrens W](#). IDEFICS: a multicenter European project on diet- and lifestyle-related disorders in children. *Medizinische Klinik (Munich, Germany)*. 2007; 102(3): 230-235.

14. Flynn MA, McNeil DA, Maloff B, Mutasingwa D, Wu M, Ford C, et al. Reducing obesity and related chronic disease risk in children and youth: a synthesis of evidence with 'best practice' recommendations. *Obes Rev.* 2006; 7 Supl 1:7-66.
15. Katz DL, O'Connell M, Yeh M, Nawaz H, Njike V, Anderson LM, Cory S, Dietz W. (2005). Public Health Strategies for Preventing and Controlling Overweight and Obesity in School and Worksite Settings: A Report on Recommendations of the Task Force on Community Preventive Services. *MMWR Recomm Rep.* 2005; October 7; 54(RR10):1-12.
16. Harrison K, Bost KK, McBride BA, Donovan SH, Gribsy-Toussaint DS, Kim J, et al. Toward a developmental conceptualization of contributors to overweight and obesity in childhood: the Six-Cs Model. *Child Dev Perspect.* 2011; 5:50-8.
17. Navarra B, Pinillos R, Aliaga Y, et al. ¿Es efectivo el consejo de enfermería en el tratamiento de la obesidad en niños y adolescentes? *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2007;9:385-95.
18. Baker S. et al. Overweight children and adolescents: a clinical report of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2005; 40:533-43
19. Sbruzzi G, Eibel B, Barbeiro S.M. et al. Educational interventions in childhood obesity: a systematic review with meta-analysis of randomized clinical trials. *Prev. Med.* 2013; 56, 254-264.
20. Gussinyé S. Aplicación del programa de tratamiento integral para la obesidad infantil "Niñ@s en movimiento" [Tesis doctoral]. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona; 2005.



**ID198:****ENVEJECIMIENTO ACTIVO, GRUPO DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN ATENCIÓN PRIMARIA**

Marta Parrón Parra; María Carmén Belinchón Moya; Margarita Encinas Sotillo; Virtudes Enguita Pérez; Juliana García Cosmes; María Teresa Gómez Martínez

C.S. Barrio del Pilar, Madrid

[martaparron@gmail.com](mailto:martaparron@gmail.com)

**RESUMEN**

**Introducción:** El aumento en la esperanza de vida en nuestra sociedad nos lleva a plantearnos como reto conseguir la mayor cantidad de años de vida sin discapacidades, conservando la autonomía y calidad de vida de la persona.

**Objetivos:** Detectar e intervenir sobre la fragilidad y el riesgo de caídas en la persona mayor

**Desarrollo:** Se realizó un taller teórico-práctico basado en la realización de ejercicio físico y se abordaron temas de alimentación y prevención de accidentes

**Resultados:** Los participantes mejoraron sus conocimientos sobre alimentación, prevención de accidentes y ejercicio físico. Valoraron de forma muy positiva el taller

**Conclusiones:** Ha sido una experiencia muy favorable con resultados positivos, por ese motivo se continuará realizando este taller en el Centro de Salud

**ABSTRACT**

**Introduction:** The increase in life expectancy in our society leads us to consider as a challenge to achieve the greatest number of years of life without disabilities, preserving the autonomy and quality of life of the person.

**Objectives:** To detect and intervene on the fragility and risk of falls in the elderly

**Development:** A theoretical-practical workshop was conducted based on physical exercise and food and accident prevention issues were addressed

**Results:** The participants improved their knowledge about food, accident prevention and physical exercise. They rated the workshop very positively

**Conclusions:** It has been a very favorable experience with positive results, for that reason will continue to carry out this workshop in the Health Center

**PALABRAS CLAVE**

Anciano frágil, ejercicio, accidente por caídas, educación en salud, hábitos alimenticios

Fail elderly, exercise, accidental falls, health education, food habits

**INTRODUCCIÓN/PRESENTACIÓN**

El aumento de la esperanza de vida en nuestra sociedad ha producido importantes cambios a nivel social, económico y sanitario. Uno de los retos que nos planteamos actualmente es conseguir la mayor cantidad de años de vida sin discapacidades, manteniendo la autonomía de la persona y su calidad de vida. Alcanzar este reto es el objetivo principal que persigue el envejecimiento activo. La OMS define envejecimiento activo como “el proceso de optimización de oportunidades de salud, participación y seguridad con el objetivo de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen”. Uno de los principales indicadores de salud en las personas ancianas es la situación funcional, por ello la salud de las personas mayores la debemos medir a través de la funcionalidad, que es donde debemos incidir para mantener una buena calidad de vida. La fragilidad, es un estado donde la situación funcional se encuentra limitada y es previo a la discapacidad. La fragilidad puede ser detectada a través de diferentes test y pruebas, lo que nos avisa para que podamos intervenir sobre ella y evitar el progreso hacia estados de discapacidad mayor. Son varios los estudios que coinciden en que la fragilidad es uno de los mejores predictores de discapacidad. Además de con la discapacidad y el envejecimiento, la fragilidad se ha asociado con el sexo

femenino, el número de enfermedades que se padece y el deterioro cognitivo. Según datos de diferentes estudios la prevalencia de fragilidad en nuestra comunidad se encuentra entre el 7% y el 12%.

Una de las causas principales de la fragilidad y que puede llegar a producir una discapacidad, es la inactividad. Este es el punto donde debemos intervenir para prevenir la fragilidad y la pérdida funcional. Está demostrado científicamente que actuando sobre la inactividad, aumentando la actividad física y el ejercicio, se ha conseguido retrasar la aparición de la fragilidad y la pérdida funcional.

Esta pérdida funcional conlleva un mayor riesgo de sufrir accidentes, entre los que se incluyen las caídas. Las caídas, según la OMS, se definen como “un acontecimiento involuntario que hace perder el equilibrio y dar con el cuerpo en tierra u otra superficie firme que lo detenga”. El 30% de los mayores de 65 años sufren una caída, lo que produce un aumento en la morbilidad y la mortalidad. Entre las personas mayores de 80 años, la mitad de ellas sufren una caída. El evento de sufrir una caída aumenta el riesgo para sufrir nuevas caídas en un futuro. Otro dato importante es que el 50% de las personas que han sufrido una caída no recuperan, tras ella, el nivel de funcionalidad previo al suceso. Las caídas tienen unas secuelas físicas importantes en un alto porcentaje de las personas mayores que las sufren. A estas consecuencias, le debemos añadir las secuelas psicológicas que la caída provoca en el anciano, lo que se denomina “síndrome de temor a caerse”, que también limita la funcionalidad de la persona y es un punto de partida para la discapacidad.

En el envejecimiento es importante detectar la fragilidad y actuar sobre ella para evitar o retrasar la pérdida de función y autonomía de la persona.

Siguiendo esta línea en 2014 se publicó la Estrategia de Promoción y Prevención de la Salud del Sistema Nacional de Salud sobre la Prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor. En ella se establece un plan de intervención para retrasar la aparición de la discapacidad en la persona mayor. Basada en este documento, y utilizándolo como guía principal, se desarrolla esta intervención comunitaria.

#### **OBJETIVOS (DE LA EXPERIENCIA)**

Objetivo general: Detectar la fragilidad y el riesgo de caídas en la persona mayor e intervenir sobre ellas para retrasar la aparición de la discapacidad y la pérdida funcional,

Objetivos específicos:

- Identificar riesgos potenciales de sufrir accidentes
- Conocer los ejercicios básicos para mantener una buena capacidad funcional
- Favorecer hábitos y situaciones potenciadores de la autonomía
- Elaborar dietas adecuadas a su edad y situación

#### **DESARROLLO**

Se desarrolla una intervención comunitaria, con metodología participativa, sobre los aspectos que favorecen el envejecimiento activo y previenen la fragilidad y las caídas y como consecuencia la pérdida de función y la discapacidad, a través de una metodología teórico-práctica.

Los participantes son personas de ambos sexos con una edad superior a 75 años y que en la captación, realizada en la consulta de enfermería, obtuvieron una puntuación entre 5 y 9 puntos en el test Short Physical Performance Battery (SPPB).

El taller está compuesto por 8 sesiones. Tuvo una duración de 4 semanas, realizando 2 sesiones a la semana. Las sesiones están compuestas por una parte teórica y otra práctica basada en la realización de ejercicio físico. En la parte teórica se abordan los temas de nutrición y prevención de accidentes en el envejecimiento. En las sesiones de nutrición se habló sobre los nutrientes, la dieta mediterránea y el etiquetado de los alimentos. Al hablar de prevención de accidentes se incidió en las conductas de riesgo que se pueden tener tanto dentro como fuera del domicilio. Se incluye una parte práctica en cada una de las sesiones, que consiste en la realización de ejercicio físico basado en movimientos que permiten la liberación del cuerpo para conservar la autonomía del anciano y con ello garantizar una buena calidad de vida retrasando la aparición de la discapacidad.

Las sesiones se imparten en una sala equipada con sillas, pizarra, portafolios y proyector. La parte práctica en la que se realiza ejercicio físico tiene lugar en el gimnasio del Centro de Salud. Las sesiones son impartidas por el equipo de enfermería del centro y el ejercicio físico está dirigido por la fisioterapeuta.

## RESULTADOS

Se realizó un pre-test y post-test sobre los contenidos teóricos impartidos. En los test se incluyeron preguntas tipo test de múltiples respuesta y preguntas de Verdadero/falso. Se preguntó por los conocimientos impartidos sobre nutrición, prevención de accidentes y ejercicio.

Al final de la intervención el 21% de participantes identificó los nutrientes principales que forman los alimentos, no siendo una diferencia relevante con el resultado obtenido en el pre-test. A la pregunta sobre los alimentos que componen la dieta mediterránea, en el pre-test la respondieron correctamente el 79%, pasando al 86% tras la intervención. Una de las diferencias más significativas es respecto al número de comidas diarias. Antes de la intervención sólo el 43% de los participantes señaló que tenemos que hacer 5 comidas al día. Tras la intervención el 79% de los participantes señaló esta opción. Otro cambio significativo se produjo en la selección de los productos que había que comer de forma diaria (fruta, lácteos, verdura y cereales). En un primer momento solo el 7% identificó estos alimentos, tras la intervención lo hicieron el 62% de los participantes. También se produjeron cambios positivos con respecto a la composición de los alimentos y su etiquetado (sal y aceites vegetales). Uno de los más llamativos fue al preguntar sobre el mito "el aceite de oliva no engorda". El 61% pensaba que esto era correcto, y tras las sesiones ese porcentaje descendió a un 23%. Con respecto al hábito de leer las etiquetas, un 11% más lee de forma habitual o siempre las etiquetas que antes de esta intervención. En el campo de la prevención de accidentes, casi la totalidad de los participantes tienen prácticas seguras tanto en el domicilio como en el exterior, sin mostrarse diferencias relevantes entre el pretest y el post-test. Aunque se puso mucho hincapié en las diferentes sesiones, entre un 30-35% de los participantes opina que el ejercicio no es necesario a su edad y que puede aumentar el riesgo de caídas.

Los resultados del post-test revelan que los participantes mejoraron sus conocimientos sobre alimentación, ejercicio y prevención de accidentes.

Para evaluar el ejercicio físico se aplica el SPPB al finalizar el taller, no se vio una mejoría en la puntuación relevante pero se observó que no hubo descenso en la puntuación del test. Esto posiblemente este también influenciado por el corto periodo que ha transcurrido. Posiblemente si se comparasen los datos dejando un espacio de tiempo mayor se obtendría diferencias más significativas.

Además se realizó una encuesta de satisfacción, en la que los participantes valoraron de forma muy positiva el taller. La mayoría opinaron que sería favorable repetir el taller y aumentar su duración.

## CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos tras la intervención han evidenciado un aumento en los conocimientos de los participantes así como la inclusión en su vida diaria del ejercicio físico adaptado a sus características, siendo para nosotros unos resultados muy positivos en la primera edición de este grupo.

Tras la realización de esta intervención, podemos concluir que ha sido una experiencia muy favorable y adaptada a la situación social que vivimos hoy en día, en la que la población anciana representa un papel importante. La puesta en marcha de este taller no nos ha supuesto ninguna dificultad, porque se basa en una estructura simple y en conocimientos que manejamos a diario. Dada la facilidad de aplicación y los buenos resultados obtenidos, este taller se ha convertido en el primero de una serie que se llevarán a cabo en el centro de salud sobre esta temática.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Abizanda Soler P, Espinosa Almendro JM, Juárez Vela R, López Rocha A, Martín Lesende I, Megido Badía MJ et al. Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención del SNS. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2014
2. (2) Clegg A, Young S, Liffé S, Rikkert MO, Rockwood K. Frailty in older people. *Lancet*. 2013; 381 (9868): 752-62
3. Ibáñez Pérez RJ. Hábitos saludables de práctica de actividad físico deportiva en la población de mayores de la Región de Murcia: promoción y apoyo al Programa Nacional de Envejecimiento Activo. Tesis doctoral. 2015. Universidad de Murcia.
4. Alfonso Silgueiro SA, Martínez-Reig M, Gómez Arneado L, Juncos Martínez G, Romero Rizos L, Abizanda Soler P. Enfermedad crónica, mortalidad, discapacidad y pérdida de movilidad en ancianos españoles: estudio FRADEAS. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2014; 49: 51-58



5. Martín-Lesende I, Gorroñoigoitia Iturbe A, Gómez Pavón J, Baztán Cortés JJ, Abizanda Soler P. El anciano frágil. Detección y tratamiento en AP. Aten Primaria. 2010; 42: 388-393
6. Abizanda Soler J, Gómez Pavón J, Martín Lesende I, Baztán Cortés JJ. Detección y prevención de la fragilidad: una nueva perspectiva de prevención de la dependencia en las personas mayores. Med Clin. 2010; 135:713-719

**ID200:****LA ATENCIÓN AL PACIENTE INMIGRANTE: EL SÍNDROME DEL INMIGRANTE CON ESTRÉS CRÓNICO Y MÚLTIPLE (SÍNDROME DE ULISES)**Elvira Muñoz Millán<sup>1</sup>, Diana García Cancela<sup>2</sup>.

Unidad Docente Multidisciplinar Norte de Madrid (Servicio Madrileño de Salud).

[elvira92m@gmail.com](mailto:elvira92m@gmail.com)**RESUMEN**

**Introducción:** existe una relación directa entre la inmigración y la salud mental que se ve reflejada en la incidencia de patología mental en este tipo de población. **Objetivos:** conocer la prevalencia del síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple, los factores de riesgo en el desarrollo de esta patología y las intervenciones de enfermería. **Desarrollo:** se ha acudido a las principales bases de datos y guías clínicas. **Discusión:** no se puede establecer una prevalencia en función de las variables de la población inmigrante, pero sí se pueden determinar los factores de riesgo para el desarrollo de la enfermedad. **Conclusiones:** una asistencia sanitaria centrada en estos pacientes, es necesaria para ayudar a la detección y posterior rehabilitación para que puedan finalizar el proceso de adaptación en el nuevo país, donde la atención primaria se encuentra como puerta de entrada al sistema sanitario.

**ABSTRACT**

**Introduction:** There is a direct relationship between immigration and mental health that is reflected in the incidence of mental pathology in this type of population. **Objectives:** know the prevalence of the immigrant syndrome with chronic and multiple stress, risk factors in the development of this pathology and nursing interventions. **Development:** the main databases and clinical guidelines have been used. **Discussion:** it's not possible to establish prevalence according to the variables of the immigrant population, but it's possible to determine the risk factors for the development of the disease. **Conclusions:** health care focused on these patients is necessary to help the detection and subsequent rehabilitation so that they can complete the process of adaptation in the new country, where primary care is the gateway to the health system.

**PALABRAS CLAVE**

Emigración e Inmigración, Trastornos Relacionados con Trauma y Estrés, Acontecimientos que Cambian la Vida, Cultura, Atención Primaria de Salud.

Emigration and Immigration, Trauma and Stressor Related Disorders, Life Change Events, Culture, Primary Health Care.

**INTRODUCCIÓN/JUSTIFICACIÓN/OBJETIVO**

Se entiende por síndrome el "complejo de signos y síntomas provocados por una causa común, o que aparecen, en combinación, para presentar el cuadro clínico de una enfermedad" <sup>1</sup>.

El Síndrome de Ulises, conocido como Síndrome del Inmigrante con Estrés Crónico y Múltiple, es un síndrome de naturaleza psicológica que constituye un problema de salud en los países de acogida de este tipo de población, donde predominan las enfermedades de salud mental. Es una patología en plena emergencia debido a los numerosos casos de emigración e inmigración que están surgiendo en la actualidad y se da en población inmigrante cuyos niveles de estrés superan la capacidad de adaptación de estas personas a su nueva vida <sup>2,3</sup>. Por ello es necesario que el personal sanitario conozca los signos y síntomas provocados por esta patología para que sepa identificarla y manejarla de la mejor forma posible.

Constituye una de las patologías más frecuentes entre los inmigrantes atendidos en los servicios de urgencias, junto con la distimia y la depresión <sup>4,5</sup> y está relacionada con las dificultades económicas,

condiciones de trabajo, pérdida del estatus, establecerse en una cultura diferente y vivir experiencias de discriminación laboral y social <sup>6</sup>.

Los objetivos de esta revisión son conocer la prevalencia del síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple, los factores de riesgo en el desarrollo de esta patología y las intervenciones que el profesional de enfermería puede llevar a cabo para mejorar la calidad de vida de las personas que se encuentran en esta situación.

## **DESARROLLO METODOLOGÍA**

Para la realización de la revisión bibliográfica se ha acudido a las principales bases de datos, siendo efectiva la búsqueda en: ScienceDirect, Dialnet, Elsevier, PubMed, Índice Médico Español y Scielo.

Los límites de búsqueda seleccionados han sido: publicación en los últimos 10 años, idioma español y los sujetos de estudio han sido inmigrantes y emigrantes de cualquier nacionalidad. La mayoría de los artículos encontrados han sido estudios descriptivos.

La búsqueda bibliográfica en las diferentes bases de datos se ha realizado de la siguiente manera:

- En la base de datos Scielo, la búsqueda avanzada se ha realizado utilizando los términos Síndrome AND Ulises AND inmigrante y Patología AND inmigrante.
- En Dialnet la búsqueda se ha realizado a través de la opción “buscar documentos” y utilizando la búsqueda simple con el término Síndrome de Ulises. En los filtros de búsqueda se han seleccionado todos los libros, artículos de revista y artículos de libro.
- En ScienceDirect se ha utilizado la búsqueda avanzada y se han utilizado los términos “Pathology” AND “Inmigrant”. Los filtros seleccionados han sido: últimos diez años, todos los temas, todos los tipos de contenido y todos los títulos de la publicación.
- En la base de datos Elsevier, la búsqueda se ha realizado en artículos de revista utilizando la búsqueda simple con el término Síndrome de Ulises. Se han seleccionado todas las revistas de todas las especialidades del área de conocimiento de la medicina y los años del 2005 al 2015.
- En PubMed la búsqueda avanzada se ha realizado utilizando los términos booleanos “Ulyses” AND “Syndrome” y los filtros utilizados han sido los últimos diez años y todos los tipos de texto disponibles.
- En Índice Médico Español la búsqueda se ha realizado a través de búsqueda simple utilizando el término Síndrome de Ulises.
- Para la búsqueda de la prevalencia se ha utilizado también la base de datos del Instituto Nacional de Estadística en el cuál se ha realizado la búsqueda de los movimientos migratorios del año 2015. La búsqueda se ha realizado en el apartado demografía y población, seguida de fenómenos demográficos y estadística de migraciones y a continuación en migraciones exteriores. Los criterios seleccionados han sido año 2015, población de ambos sexos, todos los grupos de edad y todos los países de origen.

## **RESULTADOS DE LA BÚSQUEDA:**

### **1.- Prevalencia:**

Según el Instituto Nacional de Estadística <sup>7</sup>: durante el año 2015 el número de inmigrantes que vino a España fue de 342.114 y el flujo de emigración de españoles hacia el extranjero fue de 343.875.

Con estos datos se puede llegar a la conclusión de que predomina el flujo migratorio de la emigración frente a la inmigración en España. Esto constituye un problema de salud, ya que, el Síndrome de Ulises se da tanto en la población inmigrante como en la emigrante, puesto que se puede percibir desde antes de abandonar el país de residencia <sup>2,9</sup>.

Este síndrome se ha descrito con mayor frecuencia en población inmigrante en situación irregular o con riesgo de serlo <sup>4</sup>, donde se estima que un 2% de la población en España está en esa situación <sup>3</sup>.

En un estudio realizado en el año 2010 <sup>3</sup>, se llegó a la conclusión de que la prevalencia del cuadro era mayor en hombres que en mujeres, pero con diferencias poco significativas; el estado civil predominante

de esta población era el matrimonio y la mayoría de estos inmigrantes presentaban un tiempo de estancia corto en España. Entre la población con Síndrome de Ulises, el método predominante de transporte a España había sido la patera y vivían en la calle o en asentamientos.

En un estudio descriptivo del Servicio de Psiquiatría del Hospital 12 de Octubre, se detectó mayor número de trastornos psicóticos, del comportamiento y de la personalidad en el inmigrante adulto, donde las mujeres presentaban mayor incidencia. También se observó que ciertos diagnósticos como esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastorno por ideas delirantes se asociaban a que el paciente atendido fuera inmigrante. Las características coincidentes en este tipo de pacientes eran trastornos de ansiedad, trastornos depresivos y trastornos adaptativos, propios del Síndrome de Ulises, aunque cabe destacar que la expresión clínica de los síntomas varía en función de la cultura de origen <sup>10</sup>.

Con los datos obtenidos y la ausencia de suficientes estudios, no se puede establecer con seguridad una prevalencia en función de las variables de la población como país de procedencia, edad, sexo o estado civil, pero sí se puede determinar con seguridad que existe una relación directa entre la inmigración y la patología mental.

## 2.- Factores de Riesgo:

Existe una relación directa entre el estrés que viven los inmigrantes y la sintomatología que desarrollan <sup>2,3</sup>. También cabe destacar que *“las repercusiones que tiene la migración sobre la salud mental son múltiples y heterogéneas y varían en función de la interacción entre las variables propias del proceso migratorio y las habilidades del individuo para manejarlo, así como la vulnerabilidad del individuo para desarrollar algún trastorno”*<sup>9</sup>. Es importante resaltar que la migración no genera psicopatología por sí misma, sino que es un factor de riesgo para su desarrollo <sup>10</sup>.

Existen una serie de factores que influyen en la evaluación entre migración y psicopatología: <sup>9</sup>

**Edad a la que se realiza la migración:** los individuos adolescentes tienden a negar la cultura de origen asimilando la cultura del país de acogida para parecerse más a las personas de su misma edad, al contrario que las personas mayores, que tienden a negar la nueva cultura y a permanecer en la del país de origen. Las personas de edades medias son las que más fácilmente realizan una integración de ambas culturas.

- **El género:** las mujeres tienen mayor índice de alteración mental que los hombres, que se podría explicar porque en determinadas culturas la toma de decisiones suele recaer en los hombres y las mujeres se limitan a seguirlos y respetar la decisión.

- **Idioma y aculturación:** se entiende por aculturación *“el fenómeno que se da de forma natural cuando entran en contacto dos referentes culturales diferentes, pudiendo implicar cambios en ambas culturas”*<sup>9</sup>. La fluidez en el habla del país de acogida puede facilitar el proceso de adaptación del duelo migratorio, pero atendiendo al término de aculturación, también puede significar una semejanza entre las culturas en cuanto a morbilidad psicopatológica.

- **Ocupación:** el nivel educativo y el recorrido profesional que tenga un individuo, influyen en la adaptación a la migración. Cabe destacar que los inmigrantes que han recibido niveles educativos extremos, tienen más dificultades para obtener ocupaciones laborales satisfactorias.

- **Condiciones y etapas de la migración:** en el proceso migratorio se diferencian tres etapas principales:

1. **Premigración:** en esta fase el individuo tiene una serie de expectativas acerca de su vida en el país de acogida y se prepara para marchar del país.
2. **Migración:** una vez en el país de acogida, el individuo tiene que enfrentarse a numerosos cambios, influenciados por los estresores y sus propias demandas que llegan a su máximo grado en los dos primeros años.
3. **Postmigración:** es la etapa donde el individuo recupera paulatinamente los niveles normales de funcionamiento previos a la migración. En este momento se produce la aculturación con dos posibilidades diferentes: la deculturación, que es un proceso patológico ya que el individuo pierde la cultura que había adquirido, o bien la asimilación.

- **Adquisición recíproca tanto del inmigrante como de la cultura de acogida:** la integración constituye un factor protector ante el desarrollo de sintomatología psicopatológica, al contrario que la marginalidad, que constituye un factor de riesgo.
- **Tasas de incidencia y prevalencia en los países de origen:** se basa en establecer estudios epidemiológicos que comparan las tasas de trastornos psicopatológicos entre los países de origen y de acogida. Un individuo que provenga de un país con mayores tasas de incidencia, tendrá más posibilidades de desarrollar psicopatología relacionada con el duelo migratorio.
- **Diferencias culturales en cuanto a manifestación y expresión de sintomatología psicopatológica:** la cultura determina la interpretación respecto a la clínica y gravedad de los síntomas y trastornos psicopatológicos y también el modo en que se expresa la sintomatología. Es por ello que en cada cultura existe una determinada interpretación de la sintomatología y se da una clínica diferente. La sintomatología obsesivo-compulsiva se da más en la población egipcia, en la población afroamericana aparecen mayores alucinaciones, en la americana mayor agitación y en latinos más quejas somáticas. En las culturas no occidentales aparecen más casos de esquizofrenia, en la población china hay más síntomas depresivos y los trastornos por estrés postraumático se dan mayormente en la población que ha sufrido conflictos bélicos o atentados, como Vietnam, Polonia y EEUU.<sup>9</sup>

### 2.1.- Generalidades:

El duelo migratorio es un duelo complejo que puede llegar a desestructurar al sujeto y está influenciado por tres situaciones<sup>12, 13</sup>:

- **Vulnerabilidad:** *“conjunto de limitaciones que posee un sujeto cuando emigra y que constituyen un factor de riesgo para su salud mental”*<sup>13</sup>.
- **Nivel de estresores:** si el nivel de estresores es muy alto, el inmigrante tiene más posibilidades de desarrollar la patología propia del Síndrome de Ulises. Existen cuatro focos principales<sup>2, 4, 14</sup>:
  1. La soledad: separación forzada de la familia y seres queridos.
  2. El duelo por el fracaso del proyecto migratorio.
  3. La lucha por la supervivencia.
  4. El miedo.

Estos estresores pueden ser potenciados por una serie de factores como<sup>14</sup>:

- La multiplicidad: padecer más de uno de los factores estresantes potencia el efecto de los estresores.
- La cronicidad: el tiempo prolongado de la presencia de estos factores estresantes agrava el efecto de los estresores, ya que el estrés es acumulativo.
- Intensidad y relevancia de los factores estresantes: los factores estresantes que caracterizan este síndrome, suelen corresponder a situaciones límite que hacen que el estrés sea crónico, múltiple y extremo. Además estos estresores tienen una gran intensidad y relevancia emocional.
- La ausencia de sensación de control.
- La ausencia de una red de apoyo social.
- Factores estresantes clásicos de la migración: el cambio de lengua, de cultura, tierra, que añadidos a los cuatro focos estresantes pueden potenciar su efecto.
- La aparición de la sintomatología propia del Síndrome de Ulises produce en el inmigrante una sensación de incapacidad.
- Diagnósticos erróneos: frecuentemente la sintomatología del Síndrome de Ulises puede ser confundida con depresión o trastornos psicóticos, por lo que los pacientes pueden recibir un tratamiento erróneo, inadecuado o incluso dañino.
- **Ambas condiciones:** si se dan ambas condiciones (vulnerabilidad y estresores), aumenta significativamente el riesgo de padecer el síndrome.

### 2.2.- Tipos de duelo:

Existen tres tipos de duelo<sup>15</sup>:

- **Duelo simple:** se da en buenas condiciones favoreciendo el proceso de duelo y su elaboración. Es el duelo que se da de forma natural en la migración debido a los cambios naturales a los que se tiene que enfrentar el inmigrante. Abarca los cambios como la lengua y la cultura.



- **Duelo complicado:** existen dificultades importantes para la elaboración del duelo pero puede llevarse a cabo, aunque exige mayor esfuerzo por parte del inmigrante.
- **Duelo extremo:** problemático e impide la elaboración del duelo ya que supera las capacidades de adaptación del sujeto al darse en condiciones extremas. Este es el duelo propio del Síndrome de Ulises.

En la migración existen siete duelos que se dan en todos los procesos migratorios en mayor o menor medida, pero dependen de las condiciones en las que se viven. Estos duelos son: la familia y seres queridos, la lengua, la cultura, la tierra, el estatus social, el contacto con el grupo de pertenencia y los riesgos para la integridad física<sup>3</sup>.

Con estos datos es posible identificar los factores de riesgo para el desarrollo de esta patología:

- Edades extremas.
- Desconocimiento del idioma del país de acogida.
- Niveles educativos extremos.
- Grandes limitaciones.
- Presencia de alto nivel de estresores.
- Estar en la etapa de la migración (los dos primeros años).
- Sufrir situación de marginalidad.
- País de procedencia con altas tasas de incidencia de psicopatología relacionada con el duelo migratorio.
- Sufrir un duelo extremo.

### 3.- Intervenciones de enfermería:

Para poder identificar las intervenciones de enfermería es necesario conocer la sintomatología de los pacientes con Síndrome de Ulises. Esta es muy variada y engloba varias áreas de la psicopatología y se divide en: área depresiva, área de la ansiedad, área de la somatización y área confusional<sup>14</sup>. (Anexo 1)

Las intervenciones de enfermería deberían estar encaminadas inicialmente hacia la prevención y el manejo psicosocial<sup>2</sup>, destacando intervenciones<sup>16</sup> como:

- 5510 Educación sanitaria.
- 5270 Apoyo emocional.
- 5230 Aumentar el afrontamiento.
- 5440 Aumentar los sistemas de apoyo.
- 5820 Disminución de la ansiedad.
- 4920 Escucha activa.
- 4410 Establecimiento de objetivos comunes.
- 5290 Facilitar el duelo.
- 7400 Guías del sistema sanitario.
- 7330 Intermediación cultural.
- 5020 Mediación de conflictos.
- 5515 Mejorar el acceso a la información sanitaria.
- 5100 Potenciación de la socialización.
- 6040 Terapia de relajación simple.

### DISCUSIÓN

La migración es un proceso complejo en el que la persona sufre cambios importantes en todos los ámbitos, tanto sociales, como culturales y psicológicos. Es uno de los cambios más importantes y más difíciles de afrontar debido al alto nivel de estrés que supone la adaptación a la nueva vida.

Los movimientos migratorios constituyen uno de los fenómenos más importantes de nuestro siglo, por lo que conocer la patología asociada a estos movimientos es de vital importancia para asegurar una atención adecuada e individualizada a cada persona.

El Síndrome de Ulises es una enfermedad que presenta escaso conocimiento en la actualidad, debido a que se confunde la sintomatología con otras patologías mentales. Aun así, presenta una sintomatología compleja con características propias que permiten diferenciarla de otros trastornos mentales.

Como limitaciones cabe destacar que actualmente hay pocos estudios acerca de este síndrome por lo que la revisión bibliográfica no cuenta con un gran número de artículos. Respecto a las intervenciones de enfermería se han señalado de forma generalizada, pero sería necesario previamente realizar un diagnóstico de enfermería individualizado, ya que el Síndrome de Ulises puede presentarse de diversas formas en función de las características propias de la persona.

La Atención Primaria es la puerta de entrada al sistema sanitario, por lo que es competencia de los enfermeros de Atención Primaria identificar los factores de riesgo, realizar estrategias encaminadas a la prevención y cuando no ha sido posible, ayudar a la rehabilitación de estos pacientes para favorecer la elaboración adecuada del duelo migratorio.

## CONCLUSIONES

- El Síndrome de Ulises afecta tanto a los inmigrantes como a los emigrantes, siendo más prevalente en los inmigrantes que se encuentran en situación irregular donde se estima que un 2% se encuentra en esta situación. Estas personas se enfrentan a una situación de duelo extremo que impide la elaboración adecuada del proceso natural del duelo migratorio. Es necesario destacar que no se puede establecer con seguridad una prevalencia en función de las variables de la población inmigrante.
- Los factores de riesgo para el desarrollo de esta patología son: edades extremas, desconocimiento del idioma del país de acogida, niveles educativos extremos, presencia de grandes limitaciones, alto nivel de estresores, estar en la etapa de la migración, sufrir situación de marginalidad, país de procedencia con altas tasas de incidencia de psicopatología relacionada con el duelo migratorio y sufrir un duelo extremo.
- Las intervenciones de enfermería están encaminadas a la prevención y al manejo psicosocial principalmente.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Adams, A; Andraesen, C; Andrews, A.J; Simin, B; Bailey, R.L; et al. Zwemer, T.J. Diccionario Mosby Pocket: de Medicina, Enfermería y Ciencias de la Salud. 6ª Edición. España. ElsevierMosby. Año 2010.
2. Achotegui, J. Emigrar hoy en situaciones extremas: el Síndrome de Ulises. Aloma. [Internet] 2012. [Consultado el 10 de enero de 2017]. nº 30 (2). Pag 79-86. Disponible en: <http://www.raco.cat/index.php/Aloma/article/view/263043/350500>
3. Loizate, J.A; Borrel, C; Cervera Boada, P; Gimeno Clemente, N; Llopiz González, A; et al. Torres Cantero, A.M. Características de los inmigrantes con síndrome de estrés crónico del inmigrante o Síndrome de Ulises. Revista Norte de Salud Mental. [Internet]. 2010. [Consultado el 10 de enero de 2017] Vol. 8, nº 37. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4830370>
4. Balanzo, X; Burillo-Putze, G; Fuertes, C; Miró, Ó; Pinillos, M.A; et al. Trujillo, E. La atención a la diversidad en urgencias. Anales del Sistema Sanitario de Navarra. [Internet] 2010 [Consultado el 12 de enero de 2017] Vol. 33, Suplemento I. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3220610>
5. Fernández Juárez, G; García Ortiz, P; González González, I. La diversidad frente al espejo. Salud, interculturalidad y contexto migratorio. 2008. 1ª Edición.
6. Agudelo-Suárez, A; García, A.M; García Benavides, F; Gil González, D; López Jacob, M.J; et al. Vives Cases, C. Proceso migratorio, condiciones laborales y salud en trabajadores inmigrantes en España (proyecto ITSAL). Gaceta Sanitaria. [Internet] 2009. [Consultado el 12 de enero de 2017]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911109003185>
7. Instituto Nacional de Estadística. Cifras de población a 1 de julio de 2015. Estadística de Migraciones 2015 [Internet] [Consultado el 14 de enero de 2017]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft20%2Fp277&file=inebase&L=0>
8. Instituto Nacional de Estadística. Características sociodemográficas y familiares. Encuesta Nacional de Inmigrantes. [Internet]. 2007. [Consultado el 10 de enero de 2017]. Disponible en: [http://www.ine.es/daco/daco42/inmigrantes/informe/eni07\\_2carsoc.pdf](http://www.ine.es/daco/daco42/inmigrantes/informe/eni07_2carsoc.pdf)

9. Delgado Ríos, P. Emigración y psicopatología. Anuario de Psicología Clínica y de la Salud. [Internet]. 2008. [Consultado el 9 de enero de 2017]. Vol. 4: págs. 15-25. Disponible en: [http://institucional.us.es/apcs/doc/APCS\\_4\\_esp\\_15-25.pdf](http://institucional.us.es/apcs/doc/APCS_4_esp_15-25.pdf)
10. Beltrán, P.B; Iribarren, M; Sendra Gutiérrez, J.M; Vargas Aragón, M.L. Asistencia psiquiátrica ambulatoria en la población inmigrante de Segovia. Revista de Psiquiatría y Salud Mental. [Internet] 2011. [Consultado el 13 de enero de 2017]. Disponible en: [http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet?\\_f=10&pidet\\_articulo=90141476&pidet\\_usuario=0&pcontaktid=&pidet\\_revista=286&ty=23&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=286v05n03a90141476pdf001.pdf](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pidet_articulo=90141476&pidet_usuario=0&pcontaktid=&pidet_revista=286&ty=23&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=286v05n03a90141476pdf001.pdf)
11. Ayala García, S. El derecho a la buena administración de los inmigrantes: burocracia y Síndrome de Ulises. Revista de Estudios Fronterizos del Estrecho de Gibraltar (REFEG). [Internet].1/2014. [Consultado el 9 de enero de 2017]. Nº 1. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4829920>
12. AchoteguiLoizate, J; Espeso, D; Llopis, A; Morales, M.M. Cefaleas en inmigrantes. Estudio de 1.043 casos. Análisis comparativo entre cefaleas en inmigrantes con Síndrome de Ulises y otros diagnósticos. Revista Norte de Salud Mental. [Internet]. 2012. [Consultado el 9 de enero de 2017]. Nº 44: págs.. 34-42. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4116527>
13. Achotegui, J. El duelo por la lengua en el Síndrome de Ulises. Centro Virtual Cervantes. [Internet]. [Consultado el 15 de enero de 2017]. Disponible en: <http://cvc.cervantes.es/lengua/tices/achotegui.htm>
14. Achotegui, J. Migración y crisis: El síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises). Rev Internacional On-Line. [Internet]. 2008. [Consultado el 10 de enero de 2017]. Vol. 7 (1): págs. 1-22. Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/asmr/article/viewFile/96/83>
15. Achotegui, J. Migración y salud mental. El síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (síndrome de Ulises). Abendua. [Internet]. 2009. [Consultado el 10 de enero de 2017]. Disponible en: [www.dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3119410.pdf](http://www.dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3119410.pdf)
16. Bulechek GM, Butcher HK, Dotcherman JM, Wagner CM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 2013. Elsevier. 6ª Edición

**GRÁFICOS Y/O TABLAS**

Áreas	Sintomatología
<b>Área depresiva</b>	Llanto, tristeza, culpa, baja autoestima, ideas de muerte y suicidio (muy poco frecuentes), anhedonia, pérdida de interés sexual, pérdida o aumento del peso o del apetito.
<b>Área de ansiedad</b>	Tensión y nerviosismo, preocupaciones excesivas y recurrentes, irritabilidad e insomnio.
<b>Área de somatización</b>	Cefaleas (síntoma de mayor cronicidad), fatiga, molestias osteomusculares, alteraciones del sueño (el insomnio presenta el mejor pronóstico).
<b>Área disociativa y confusional</b>	Déficits de memoria, desorientación espacio-temporal, fabulaciones.

Anexo 1.- Clínica del Síndrome de Ulises <sup>9</sup>

**ID265:****RIESGO DE CAÍDAS EN ATENCIÓN PRIMARIA: FRECUENCIA DE UTILIZACIÓN DEL DIAGNÓSTICO Y ANÁLISIS DE LOS PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO**

Silvia Domínguez Fernández<sup>1</sup>, Francisco Javier Pérez Rivas<sup>1,2</sup>, José Luis Aréjula Torres<sup>2</sup>, Juan Cárdenas Valladolid<sup>2</sup>.

Facultad de Enfermería de la Universidad Complutense de Madrid<sup>1</sup>. Gerencia Asistencial de Atención Primaria de Madrid<sup>2</sup>.

[sildom01@ucm.es](mailto:sildom01@ucm.es)

**RESUMEN****INTRODUCCIÓN**

La incidencia de caídas en ancianos es muy elevada, generando importantes consecuencias, físicas y psicológicas.

**OBJETIVOS**

Identificar la frecuencia de utilización del diagnóstico "Riesgo de caídas" en AP de Madrid y describir la frecuencia y distribución de los factores de riesgo del diagnóstico "Riesgo de caídas" por grupos de edad.

**MATERIAL Y MÉTODOS**

Estudio observacional descriptivo retrospectivo de Historia Clínica Informatizada realizado en los 262 centros de salud de Madrid.

**RESULTADOS**

La frecuencia de registro del diagnóstico "Riesgo de caídas" es de 52.483 casos. Los factores de riesgo identificados fueron: edad  $\geq 65$  años (55%), deterioro de la movilidad física (42%), problemas de equilibrio (30%), historia de caídas (24%), uso de dispositivos de ayuda para la deambulación (20%).

**DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES**

La media anual de diagnósticos por centro se sitúa en 18,2. Un porcentaje muy elevado de los factores de riesgo están relacionados con problemas de movilidad/equilibrio.

**ABSTRACT****INTRODUCTION**

Incident of falls in elderly people is very high, resulting important repercussions, physical and psychological.

**AIMS**

To identify the frequency of utilization of nursing diagnosis "Risk of falls" in Primary Health Care of Madrid and to describe the frequency and distribution of risk factors of nursing diagnosis "Risk of falls" by age group.

**MATERIAL AND METHODS**

Study observational descriptive retrospective of review of medical records done in 262 Primary Health Care of Madrid.

**RESULTS**

The recording frequency of nursing diagnosis "Risk of falls" is 52.483 cases. The risk factors identified were: 65 years of age (55%), deterioration of the physical mobility (42%), balance problems (30%), history of falls (24%), use of assistive devices (20%).

**DISCUSSION AND CONCLUSIONS**

The annual average of nursing diagnosis for Primary Health centers is 18,2. A very high percentage of risk factors are related to problems of mobility / balance.

**PALABRAS CLAVE**

Diagnóstico de enfermería, atención primaria de salud, procesos de enfermería, accidentes por caídas, investigación en enfermería

Nursing diagnosis, primary health care, nursing process, accidental falls, nursing research.

## INTRODUCCIÓN

Aproximadamente el 30% de los adultos mayores de 65 años que viven en la comunidad cae al menos una vez al año<sup>1-7</sup>. De estos, el 50% volverá a sufrir una nueva caída<sup>2,3,7</sup>.

El número de caídas aumenta proporcionalmente con la edad en ambos sexos, y en todos los grupos étnicos. Según algunos estudios, la prevalencia aumenta hasta cifras que oscilan entre el 32% y el 42% en el grupo de edad de 75 años o más<sup>4,7,8</sup>. Algunos autores encuentran que a partir de los 80 años de edad la proporción de personas que sufren caídas aumenta un 50%<sup>4,7,8</sup>. En el estudio de Ferrer et al<sup>1</sup>, la prevalencia de caídas en personas de 85 años fue ligeramente inferior, situándose en el 28,4%.

El porcentaje de mujeres que tiene caídas es mayor que el de los hombres, si bien esta diferencia se atenúa con la edad<sup>7</sup>.

En la revisión sistemática realizada por Da Silva<sup>9</sup> se confirma la alta incidencia de caídas, tanto en la comunidad como en población institucionalizada.

La incidencia de caídas en ancianos es muy elevada, generando importantes consecuencias directas en las personas mayores que las sufren (físicas y psicológicas) y produciendo, de manera indirecta, importantes repercusiones, principalmente de tipo económico, en el sistema sanitario.

A pesar del avance en el conocimiento epidemiológico y preventivo de las caídas a nivel mundial, las publicaciones existentes indican que en España no se está produciendo una disminución de la incidencia de caídas en los últimos años<sup>2</sup>.

La prevención de las caídas requiere de intervenciones multifactoriales y multiprofesionales, que en muchas ocasiones pueden ser realizadas desde el enfoque del cuidado.

La enfermera comunitaria es el profesional encargado de liderar la prestación de cuidados en Atención Primaria (AP), siendo la metodología enfermera o proceso enfermero la forma de prestación de los cuidados profesionales por parte de las enfermeras o lo que es lo mismo, la aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera. Los lenguajes estandarizados enfermeros (taxonomías NANDA<sup>10</sup>, NOC<sup>11</sup>, NIC<sup>12</sup>) normalizan la terminología que utilizan las enfermeras a la hora de nombrar las distintas etapas de la atención de enfermería.

La identificación del diagnóstico de enfermería “Riesgo de caídas” le permite a la enfermera planificar intervenciones y actividades para alcanzar los resultados previstos, entre los que se encuentra la prevención del suceso ‘caída’.

Por todo ello, resulta fundamental conocer el grado de utilización de este diagnóstico, así como los factores de riesgo relacionados sobre los que centrar el foco de la intervención enfermera.

## OBJETIVOS

- Identificar la frecuencia de utilización del diagnóstico “Riesgo de caídas” en AP de Madrid.
- Describir la frecuencia y distribución de los factores de riesgo del diagnóstico “Riesgo de caídas” por grupos de edad.

## MATERIAL Y MÉTODOS

- Estudio observacional descriptivo retrospectivo de revisión de Historia Clínica informatizada (HCI) realizado en los 262 centros de salud de Madrid.
- Población a estudio: Total de pacientes que tienen registrada en su HCI el diagnóstico “Riesgo de caídas”.
- Variables del estudio:  
Variables de filiación del paciente: edad, sexo, centro de salud.  
Variables relacionadas con el proceso enfermero: diagnóstico de enfermería ‘riesgo de caídas’ y factores de riesgo del diagnóstico (adultos, niños, fisiológicos, ambientales, medicación y cognitivos).

- Fuente de datos: registros en la HCI (programa AP\_Madrid).
- Período evaluado: comprende desde el 1 de enero de 2015 hasta el 31 de diciembre de 2015.
- Para la comparación entre variables se utiliza la chi cuadrado (cualitativas) y T de Student (cuantitativas).
- El estudio fue aprobado por la Comisión de Investigación de Atención Primaria.

## RESULTADOS

La frecuencia de registro del diagnóstico "Riesgo de caídas" es de 52.483 casos en el período evaluado: 18.187 casos en varones (34,65%) y 34.296 casos en mujeres (65,35%). La distribución también varía según los grupos de edad, siendo más frecuente en los tramos de 0-10 años y en los mayores de 70.

La edad media de los pacientes en los que se ha registrado este diagnóstico es de 73,8± 26,2 (mujeres 76,8±23,2 y varones 68±30,2).

En el conjunto de la población, los factores de riesgo identificados fueron: edad  $\geq$  65 años (55%), deterioro de la movilidad física (42%), problemas de equilibrio (30%), historia de caídas (24%), uso de dispositivos de ayuda para la deambulación (20%), reducción de la visión (19%), edad inferior a 2 años (11%), uso de silla de ruedas (5%), alteración del estado mental (5%), otros (5%).

En el grupo de menores de 10 años los principales factores de riesgo fueron: edad inferior a 2 años (84,6%), problemas de equilibrio (7,6%) e historia de caídas (4%), mientras que a partir de los 70 años fueron, aparte de 'edad  $\geq$  65 años (27,3%)', 'deterioro de la movilidad física (20,2%)', 'problemas de equilibrio (14%)', 'historia de caídas (11,3%)', 'uso de dispositivos de ayuda en la deambulación (9,7%)' y 'reducción de la visión (9,6%)'.

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Al haberse registrado un total de 52.483 diagnósticos, la media anual se sitúa en tan solo 18,2 diagnósticos por año y centro. Este dato indica que existe escasa concienciación por parte de las enfermeras del registro de este problema abordado mediante la utilización de la metodología enfermera. Éste dato contrasta con el estudio de Brito<sup>10</sup> en el que el diagnóstico "Riesgo de caídas" se encuentra en el puesto número 8 de los diagnósticos percibidos por enfermeras como prioritarios en Atención Primaria; y con el estudio de Besora et al<sup>11</sup>. en el que el diagnóstico se encuentra dentro de los 36 seleccionados por su frecuencia de aparición en la práctica asistencial. Sin embargo, en el estudio de Nieto García et al<sup>12</sup>. en el cual se seleccionaron 83 diagnósticos para Atención domiciliaria, el diagnóstico "Riesgo de caídas" no fue seleccionado. En el estudio de Pérez Rivas et al<sup>13</sup>. tampoco figura entre los 15 diagnósticos más utilizados por las enfermeras de un área de salud.

En cuanto a los factores de riesgo de este diagnóstico, el hecho de que un porcentaje muy elevado esté relacionado con los problemas de movilidad/equilibrio de los pacientes permite enfocar los programas e intervenciones de prevención de caídas hacia estos problemas.

Este estudio nos aporta una visión actual y completa del empleo del diagnóstico "Riesgo de caídas" en la Comunidad de Madrid.

Es necesario definir estrategia de implementación del uso del proceso enfermero para abordar este problema, relevante para la comunidad.

Los resultados obtenidos abren la necesidad de iniciar nuevos estudios para identificar las intervenciones enfermeras y los criterios de resultado más efectivos en el abordaje de este problema.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Ferrer A, Formiga F, Plana-Ripoll O, Tobella MA, Gil A, Pujol R. Risk of falls in 85-year-olds is associated with functional and cognitive status: The Octabaix study. Archives of Gerontology and Geriatrics. 2012; 54: 352-356.
2. Lavedán Santamaría A, Jürschik Giménez P, Botigué Satorra T et al. Prevalencia y factores asociados a caídas en adultos mayores que viven en la comunidad. Aten Primaria. 2015; 47(6): 367-375.
3. Pujiula Blanch M, Quesada Sabaté M, Avellana Revuelta E, Ramos Blanes R, Cubí Monfort R y grupo APOC ABS Salt. Resultados finales de un estudio de intervención multifactorial y comunitario para la prevención de caídas en ancianos. Aten Primaria. 2010; 42(4): 211-217.
4. Pérez Sánchez JA, González Ojeda MR. Análisis del diagnóstico enfermero "riesgo de caídas" en una residencia geriátrica. Hygia de enfermería: revista científica del colegio. 2012; 80: 50-56.

5. Laguna Parras JM, Carrascosa Corral RR, Zafra López F, Carrascosa García MI, Luque Martínez FM, Alejo Esteban JA, García Fernández FP. Efectividad de las intervenciones para la prevención de caídas en ancianos: revisión sistemática. *Gerokomos*. 2010; 21(3): 97-107.
6. Rubenstein LZ, Josephson KR. Intervenciones para reducir los riesgos multifactoriales de caídas. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2005; 40 (Supl 2): 45-53.
7. Rodríguez Molinero A, Narvaiza L, Gálvez Barrón C, De la Cruz JJ, Ruíz J, Gonzalo N et al. Caídas en la población anciana española: incidencia, consecuencias y factores de riesgo. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2015; 50 (6): 274-280.
8. Da Silva Gama ZA, Gómez Conesa A. Morbidity, risk factors and consequences. *Fisioterapia*. 2008; 30(3): 142-51.
9. Da Silva Gama ZA, Gómez Conesa A, Sobral Ferreira M. Epidemiología de caídas de ancianos en España. Una revisión sistemática, 2007. *Rev Esp Salud Pública*. 2008; 82: 43-56.
10. North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2012-2014. Barcelona: Elsevier; 2012.
11. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 2014.
12. Bulechek G, Butcher H, Dochterman J, Wagner C. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 6ª ed. Barcelona: Elsevier; 2014.
13. Brito PR, Diagnósticos enfermeros priorizados en atención primaria. *Enfermería Global* [Revista en línea] 2009. [Acceso 6 de febrero de 2017]; 8(2): 1-8. Disponible en: <http://artificialwww.redalyc.org/articulo.oa?id=365834752008>.
14. Besora Torradeflot I, Del Olmo Maciá C, Gibert Llorach E, Ondivieta Cariteu A, Solé Brichs C. Diagnósticos enfermeros estandarizados: guía para la práctica clínica en Atención Primaria. *Metas de Enferm*. 2008; 11(3): 21-26
15. Nieto García E, Domínguez Ruíz M, Casado Lollano A, Monleón Just M, Diz Gómez J, Sánchez Pérez C et al. Diagnósticos enfermeros en la atención domiciliaria. *Metas de Enferm*. 2004; 7(3): 06-12.
16. Pérez Rivas FJ, Santamaría García JM, Minguet Arenas C, Beamud Lagos M, García López M. Implementation and Evaluation of the Nursing Process in Primary Health Care. *International Journal of Nursing knowledge*. 2012; 23(1): 18-28.

**ID285:****REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA DE UN DIAGNÓSTICO DE ENFERMERIA: SÍNDROME DE FRAGILIDAD DEL ANCIANO**Vanessa Gas Barcelona<sup>1</sup>, Laura Martínez Martínez<sup>2</sup><sup>1</sup> Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública. Departamento 19 Alicante<sup>2</sup> Servicio Murciano de Salud.[vanessa.gas@gmail.com](mailto:vanessa.gas@gmail.com)**RESUMEN****INTRODUCCIÓN**

NANDA en su edición 2015-2017 publica el diagnóstico Síndrome de fragilidad del anciano. El objetivo de esta revisión es conocer que definición incluyen las publicaciones científicas sobre fragilidad, ya que existe gran variabilidad.

**DESARROLLO**

Se realizó la búsqueda en PUBMED, COCHRANE y Guías clínicas. La búsqueda incluyó el descriptor MESH "FrailElderly", publicaciones en inglés y castellano de los últimos 5 años con acceso al artículo completo. Se incluyeron 94 publicaciones aquellas en las que se describe con claridad que criterios de fragilidad se incluyeron para la población de estudio.

De las 94 incluidas; el 51 % incluyeron los criterios de Fried, y un 16.7 % los incluyeron junto otros índices.

**DISCUSIÓN**

Ante la gran variabilidad confirmada de criterios definitorios de fragilidad sería interesante validar una herramienta adaptada a la población española en la que se valorara a la misma como seres biopsicosociales y no se limitara a las debilidades físicas y/o funcionales.

**CONCLUSIONES**

La fragilidad sigue entendiéndose como una cuestión física y funcional y apenas se tienen en cuenta otros factores como los sociales

**PALABRAS CLAVE**

Anciano frágil, Fried, Rockwood frailty index, síndrome de Fragilidad, Criterio de Diagnóstico, Frail elderly, Fried, Índice de Fragilidad de Rockwood, Syndrome Frailty, diagnostic criteria,

**INTRODUCCIÓN/JUSTIFICACIÓN/OBJETIVO**

NANDA-I en su edición 2015-2017 publica dos nuevos diagnósticos 00257 Síndrome de fragilidad del anciano y 00231 Riesgo de síndrome de fragilidad del anciano; incluidos en el Dominio 1 Promoción de la Salud y a su vez en la Clase Manejo de la Salud. Las autoras de dichos diagnósticos incluidos son españolas y son Margarita Garrido Abejar, María Dolores Serrano Parra y Rosa María Fuentes Chacón. NANDA-I define Síndrome como "Juicio clínico en relación con un conjunto de diagnósticos enfermeros específicos que aparecen de manera conjunta y que se tratan de forma más correcta conjuntamente a través de intervenciones similares". (1). Si nos centramos en el Síndrome de fragilidad del anciano las autoras lo definen como el estado dinámico de equilibrio inestable que afecta al anciano que experimenta deterioro de uno o más dominios de la salud (física, funcional, psicológica o social) que produce un aumento de la susceptibilidad a efectos adversos en la salud, en particular a la discapacidad. Por lo tanto las características definitorias que incluye este diagnóstico enfermero abarcan otros diagnósticos incluidos en estos cuatro dominios de la salud del individuo.



<b>CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS DEL DIAGNÓSTICO SÍNDROME DE FRAGILIDAD DEL ANCIANO</b>		
<b>Dominio 4 Actividad/Reposo</b>	<b>Dominio 2 Nutrición</b>	
00102 Déficit de autocuidado: alimentación	00002 Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales	
00108 Déficit de autocuidado: baño	<b>Dominio 5 Percepción/Cognición</b>	
00110 Déficit de autocuidado: uso del inodoro		00131 Deterioro de la memoria
00109 Déficit de autocuidado: vestido	<b>Dominio 6 Auto percepción</b>	
00088 Deterioro de la ambulación		00124 Desesperanza
00085 Deterioro de la movilidad física		
00029 Disminución del gasto cardíaco		
00093 Fatiga	<b>Dominio 12 Confort</b>	
00092 Intolerancia a la actividad		00053 Aislamiento Social

**Tabla 1. Características definitorias Síndrome de Fragilidad del Anciano**

Además entre los Factores relacionados encontramos alteración de la función cognitiva, antecedentes de caídas, enfermedad crónica, enfermedad psiquiátrica, hospitalización prolongada, malnutrición, obesidad sarcopénica, sarcopenia, sedentarismo o vivir solo; factores que también incluyen las cuatro esferas anteriormente mencionadas. La definición de NANDA-I está clara pero el problema se encuentra cuando intentamos encontrar un instrumento que ayude a diagnosticar la fragilidad en el anciano; ya que en la actualidad existen más de 70 herramientas para medir la fragilidad, lo cual dificulta la integración de su detección en la práctica clínica.

El término fragilidad se ha utilizado científicamente desde al menos 1979 y se usaba para describir la variabilidad en la esperanza de vida. La geriatría se inclina más a ver la fragilidad como un factor no constante que aumenta con la edad. En esta ciencia la fragilidad surgió al demostrar que la evaluación geriátrica integral era más eficaz cuando se aplicaba a adultos mayores vulnerables, los cuales actualmente denominamos frágiles [2]. A medida que el concepto de fragilidad es más aceptable, han surgido diversas definiciones de este concepto, y son estas definiciones, las que son foco del debate y objeto de esta revisión bibliográfica.

Dos de los enfoques más utilizados para conceptualizar y definir la fragilidad son el enfoque de acumulación del déficit y el enfoque fenotípico. La primera, de acumulación de déficit, descrita por Rockwood, establece que las enfermedades y deficiencias se acumulan en un individuo, y esto predispone a los resultados adversos, principalmente la muerte y hospitalización; incluyendo 70 ítems que incluyen enfermedades, condiciones de salud, síndromes geriátricos o medidas de discapacidad. Según el autor el término fragilidad fue introducido para explicar por qué las personas de la misma edad tienen diversos grados de riesgo. El enfoque de la acumulación del déficit muestra que a medida que la gente envejece, acumula déficit de salud, y que más déficits confieren mayor riesgo. La fragilidad resulta porque no todas las personas de la misma edad tienen el mismo número de déficit. Esto se cuantifica fácilmente utilizando un índice de fragilidad, que se ha traducido a modelos preclínicos [3].

El segundo modelo sigue una tendencia fenotípica basada en el trabajo de Fried, que opera la fragilidad como un síndrome biológico. La autora en su artículo "Frailty in older adults: Evidence for a phenotype" del año 2001 especificó que un fenotipo de la fragilidad se identifica por la presencia de tres o más de los siguientes componentes:

1. "Encogimiento": pérdida de peso, no intencional, en el año anterior de  $\geq 5\%$  del peso corporal en el año anterior (por medición directa del peso).
2. Debilidad: fuerza de agarre en el 20% más bajo del estándar, ajustado por sexo e índice de masa corporal.

3. Poca resistencia y energía/Fatiga: como lo indica la autovaloración de agotamiento. El agotamiento auto informado, identificado por dos preguntas de la escala CES-D (Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos) asociada con el grado alcanzado en la prueba de ejercicio

4. Lentitud: 20% de mayor lentitud, con respecto de la población ajustada por sexo y altura, en el tiempo para caminar 15 pies.

5. Nivel de actividad física bajo: Se calculó una puntuación ponderada de kilocalorías gastadas en una semana. Se consideran si pertenecen al quintil más bajo de actividad física. Fried consideró frágil a un individuo si presentaba tres o más características. Aquellos sin características se consideraron fuertes o vigorosos, mientras que en aquellos con una o dos características se planteó la hipótesis de estar en una fase intermedia, posiblemente “pre- frágil” [4]. En resumen el fenotipo de fragilidad se define como fatiga, pérdida de peso y pérdida de fuerza muscular y se sustenta en cinco elementos diagnósticos: 1) Pérdida no intencionada de peso (>5% del peso corporal en el último año, 2) Autopercepción de agotamiento, cansancio, 3) Disminución de la fuerza de prensión manual, 4) Nivel de actividad física y 5) Reducción en la velocidad de la marcha.

En España, con una de las esperanzas de vida más altas del mundo, es una prioridad del Sistema Nacional de Salud dentro de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención, el abordaje de la Cronicidad. En el Documento de Consenso sobre Prevención de Fragilidad y Caídas en la persona mayor del 2014 define la fragilidad como un estado de pre-discapacidad y como un buen predictor de eventos adversos de salud a corto, medio y largo plazo. Por lo que recomienda realizar un cribado de fragilidad/limitación funcional por parte del personal de enfermería o facultativo de Atención Primaria mediante el Short Physical Performance Battery, validado y normalizada en nuestro medio, y que combina equilibrio, velocidad de la marcha y levantarse de la silla. También se recomienda que si en el Centro de Salud no se tuviera el espacio físico necesario se realice el cuestionario FRAIL (criterios de Fried) o SHARE (criterios de Fried modificados) [5].

Además de los instrumentos mencionados, otras definiciones operacionales de la fragilidad incluyen la Escala de Frail Edmonton, el Indicador de Fragilidad de Groningen y el Indicador de Fragilidad de Tilburg. La escala frágil de Edmonton considera 17 déficits específicos, incluyendo cognición, estado general de salud, independencia funcional, apoyo social, uso de medicamentos, nutrición, estado de ánimo, continencia y desempeño funcional. El Groningen Frailty Indicator incluye medidas físicas (incluyendo movilidad, aptitud física, visión, audición, nutrición y polifarmacia), cognitivas y psicosociales, para una puntuación calculada a partir de 15 ítems. El indicador de fragilidad de Tilburg registra 15 déficits físicos (pérdida de peso, salud física general, dificultad para caminar, equilibrio, problemas de visión, problemas auditivos, fuerza de la mano y cansancio), psicológicos (cognición, síntomas depresivos, ansiedad y afrontamiento) y aspectos sociales (vivir solo, relaciones sociales y apoyo social)[1]; lo cual la hace muy interesante ya que cada vez se asocia más la fragilidad con aspectos sociales y psicológicos y no tanto a los aspectos físicos exclusivamente.

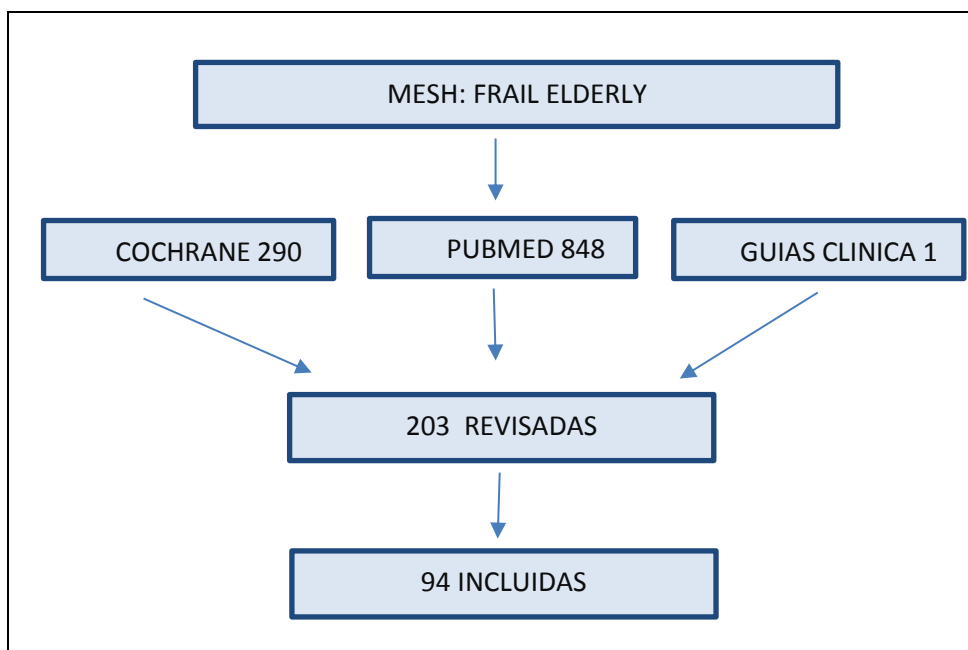
Como ya hemos mencionado anteriormente hay muchos instrumentos de cribado de la fragilidad por lo que el objetivo de esta revisión es conocer que definición o cribado incluyen las publicaciones científicas sobre fragilidad, ya que como hemos mencionado existe gran variabilidad al respecto

## DESARROLLO

Se realizó la búsqueda en PUBMED, COCHRANE y Guías clínicas. La estrategia de búsqueda incluyó el descriptor MESH “FrailElderly” y los filtros que se utilizaron fue incluir publicaciones en inglés y castellano, publicadas en los últimos 5 años y a las que se pueda acceder al artículo completo.

Obteniendo como resultado un total de 848 publicaciones en Pubmed, 290 en Cochrane y 1 guía clínica. De las cuales se revisaron un total de 203 publicaciones.

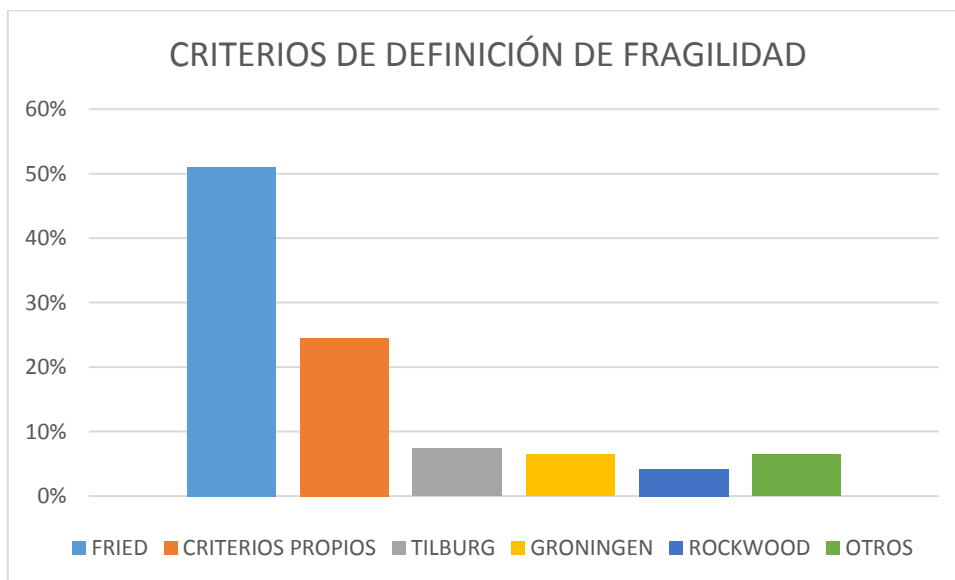
Tras revisarlas se incluyeron 94 publicaciones; ya que sólo se incluyeron aquellas en las que se describe con claridad que criterios de fragilidad se incluyeron para la población de estudio.



**Tabla 2. Estrategia de búsqueda**

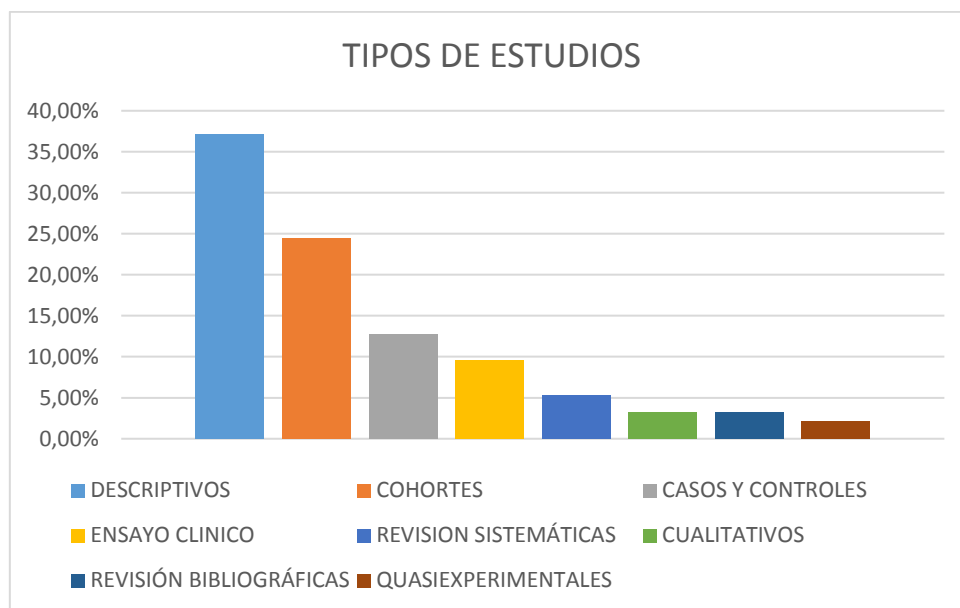
De las 94 publicaciones incluidas; el 51 % incluyeron los criterios de Fried, de los cuales el 18.7 % los habían adaptado o reducido y un 16.7 % los incluyeron junto otros índices.

El IndideTilburg que incluye aspectos sociales se utilizó en un 7.4%, Groningen 6.4% y Rockwood tan sólo en un 4.2%. Un 24.5% de los autores han preferido usar sus propios criterios de cribado de fragilidad, dentro de los cuales hay gran variabilidad en los criterios incluidos. También se ha podido observar que bastantes de dichos criterios de cribado incluyen aspectos socioeconómicos y la edad, la cual oscila entre 60 y 85 años, aunque haciendo referencia de nuevo al diagnóstico Síndrome del anciano frágil, debemos recordar que NANDA-I define en su eje 5 Edad como anciano a aquella persona de 65 o más años.



**Tabla 3. Porcentaje de criterios de definición de Fragilidad obtenidos.**

De los estudios incluidos 37,2% fueron estudios descriptivos, 24,5% estudios de cohortes, 12,8% casos y controles, 9,6% ensayos clínicos 5,3% revisiones sistemáticas, 3,2% Cualitativos, 3,2% Revisiones bibliográficas y 2,1% Quasiexperimentales.



**Tabla 4. Porcentaje de tipos de estudios obtenidos de la revisión.**

**DISCUSIÓN**

Una de las limitaciones de la revisión es la gran cantidad de actividad científica al respecto de la fragilidad en los últimos años y la dificultad encontrada para revisar todos los artículos, es por ello, que hemos tenido que reducir el número de artículos revisados alcanzando un número representativo de los mismos; esto más que una limitación, nos proporciona a las autoras una motivación para seguir estudiando este concepto.

Otra de las limitaciones es que la mayoría de estudios pertenecen a otras culturas y países; y la fragilidad también es algo relacionado directamente con la idiosincrasia de cada país y de sus sistemas sanitarios y recursos.

La fragilidad sigue entendiéndose como una cuestión física y funcional y apenas se tienen en cuenta otros factores como los sociales. Al evitar una visión holística del paciente será más difícil detectar situaciones de fragilidad.

**CONCLUSIONES**

Por todos los motivos planteados en la discusión; las autoras se plantean realizar los estudios de doctorado enfocados a la “fragilidad” y ante la gran variabilidad confirmada de criterios definitorios encontrados se plantean validar una herramienta adaptada a la población española en la que se valorara la fragilidad desde una visión multidimensional en la que se incluyeran ítems fisiológicos/funcionales, cognitivos/psicológicos, patológicos o de desviación de la salud y socioeconómicos y no se limitara a las debilidades físicas y/o funcionales.

**BIBLIOGRAFÍA**

1. DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS. Definiciones y clasificación 2015-2017. NANDA Internacional.
2. Theou O, Walston J, Rockwood K. Operationalizing Frailty Using the Frailty.
3. Phenotype and Deficit Accumulation Approaches. Interdiscip Top Gerontol Geriatr. 2015;41:66-73. doi: 10.1159/000381164. Review. PubMed PMID: 26301980; PubMed Central PMCID: PMC4886227.
4. Rockwood K. Conceptual Models of Frailty: Accumulation of Deficits. Can J
5. Cardiol. 2016 Sep;32(9):1046-50. doi: 10.1016/j.cjca.2016.03.020. PubMed PMID: 27402367



6. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, Seeman T, Tracy R, Kop WJ, Burke G, et al. 2001. Frailty in older adults: Evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 56: M146–M156
7. Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS. Informes, Estudios e Investigación 2014. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

**ID308:****INTERVENCIÓN MULTIFACTORIAL EN UN EQUIPO DE PRIMARIA PARA AUMENTAR LA DETECCIÓN DE EPOC**

Sònia Ortiz i Congost<sup>1</sup>; Álvaro Vilela Pájaro<sup>2</sup>; Gemma Amat i Camats<sup>1</sup>; Anna Serra Peruchet<sup>1</sup>; Mercè Oliver García<sup>1</sup>; Montserrat Giralt Peiró<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Enfermeras ABS Balaguer. Institut Català de la Salut.

<sup>2</sup> Enfermero Interno Residente R1. ABS Balaguer.

[soniaortiz3@gmail.com](mailto:soniaortiz3@gmail.com)

**RESUMEN**

**INTRODUCCION:** La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) causa gran morbilidad y su detección precoz es básica.

**OBJETIVOS:** Aumentar la detección de EPOC en un área de salud semi-rural. Específicos: a) Conocer prevalencia EPOC (inicio y final del estudio) y no fumadores en población de riesgo. b) Monitorizar la adecuación diagnóstica.

**MATERIAL/METODOS:** Estudio analítico antes/después. Población: 25.144. Comparamos la prevalencia de EPOC al inicio (enero/2009) y final (noviembre/2016) tras diversas intervenciones (formación, consulta específica EPOC/tabaco, protocolos, aumento espirometrías, educación grupal). Variables: diagnóstico EPOC (J.44), cese tabaco en población de riesgo, adecuación diagnóstica. Recogida datos: historia informatizada, plataforma análisis.

**RESULTADOS:** EPOC pacientes/prevalencia: Inicio 797/3.17% - Final 870/3.45% (prevalencia > media provincia [2.47%] y > media comunidad [2.12%]). Tabaco: inicio 78.82% abstinentes en población riesgo versus 81.94% final. Adecuación diagnóstica: inicio 48.55% versus el corte de control diciembre/2012: 61.18%.

**CONCLUSIONES:** Las intervenciones han promocionado la mejora clínica del equipo (detección, calidad diagnóstica y cese tabaco).

**ABSTRACT**

**INTRODUCTION:** Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) causes great morbidity and mortality, early detection is basic.

**OBJECTIVES:** Increase the COPD detection in a semi-rural health area. Specifics: a) Know the COPD prevalence and non-smokers in risk population (comparing at the beginning and at the end). B) Monitor the diagnostic adequacy.

**MATERIAL/METHODS:** Analytical study before/after. Population: 25,144. The COPD prevalence at the beginning (January/2009) and final (November/2016), after several interventions (training, expert COPD/smoking consultancy, guide, spirometry increase, group education). Variables: COPD diagnosis (J.44), stop smoking in population at risk, diagnostic adequacy. Data collection: computerized history, analysis platform.

**RESULTS:** EPOC patients/prevalence: start 797/3.17% - Final 870/3.45% (prevalence > average province [2.47%] and > average region [2.12%]). Tobacco: beginning 78.82% abstinent in population risk versus 81.94% final. Diagnostic adequacy: beginning 48.55% versus control cut on December/2012: 61.18%.

**CONCLUSIONS:** The interventions have promoted the clinical improvement of the health area (detection, diagnostic quality and stop smoking).

**PALABRAS CLAVE**

Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica; Atención Primaria de Salud; Prevalencia; Hábito de Fumar; Cribado.

Pulmonary Disease, Chronic Obstructive; Primary Health Care; Prevalence; Smoking; Screening.

## INTRODUCCIÓN

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) se caracteriza por la presencia de obstrucción crónica y poco reversible del flujo aéreo. La EPOC se asocia a una respuesta inflamatoria de las vías respiratorias ante la exposición a partículas o gases nocivos. La etiología más frecuente en nuestro medio es la exposición y/o inhalación del humo del tabaco, incluido el ambiental o la exposición pasiva. En cerca del 80% de los casos con limitación crónica al flujo aéreo existen antecedentes de consumo de tabaco<sup>1</sup>. A pesar de ser una enfermedad grave y muy invalidante que presenta frecuentes manifestaciones extrapulmonares y comorbilidades asociadas a la propia enfermedad, al tabaquismo y al envejecimiento, sí puede prevenirse y tratarse controlando sus síntomas, y disminuyendo su velocidad de progresión y el número de exacerbaciones con la finalidad de mejorar su pronóstico y la calidad de vida de las personas que la padecen.

La EPOC es una enfermedad muy prevalente a nivel mundial con tendencia al incremento. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que actualmente hay 210 millones de personas en el mundo que presentan EPOC<sup>2</sup>. La EPOC es actualmente la cuarta causa de muerte en el mundo y la OMS estima que será la tercera en el año 2030<sup>3</sup>. En España se estima que la prevalencia de la EPOC es del 10,2% entre personas con edades comprendidas entre los 40 y 80 años y más del 70% permanecen sin diagnosticar<sup>4</sup>, en parte porque en las primeras fases la enfermedad suele ser asintomática. Este infradiagnóstico es la causa de que no se adopten medidas tales como un enérgico consejo antitabaco y un tratamiento y seguimiento adecuados de la enfermedad<sup>5</sup>.

La detección precoz continúa siendo una base importante en la lucha contra la enfermedad.

Debería considerarse la posibilidad de EPOC ante cualquier paciente que presente disnea, tos crónica, producción de esputo crónico, y antecedentes de exposición a factores de riesgo de la enfermedad. Para establecer un diagnóstico clínico se requiere una espirometría forzada. Esta prueba permite el diagnóstico de la EPOC, ya que define la limitación al flujo aéreo. La espirometría es una prueba no invasiva, sencilla, barata, estandarizada, reproducible y objetiva que mide la limitación al flujo aéreo. Su técnica requiere unas condiciones que garanticen su calidad para que los resultados tengan valor clínico. Estas condiciones están bien establecidas, tanto para el instrumental como para la técnica, y es imprescindible<sup>6</sup> proporcionar al profesional una formación adecuada y continuada que garantice la calidad<sup>7</sup>.

Debido al elevado índice de infradiagnóstico, es necesario adoptar una actitud proactiva en la detección y el diagnóstico temprano de la EPOC. El tipo de cribado preferible en EPOC sería un cribado "oportunist" en la consulta: cuando un paciente acude a la consulta por otros motivos y se aprovecha la ocasión para detectar a los pacientes con alto riesgo de presentar la enfermedad. En éstos se realizaría posteriormente una confirmación diagnóstica mediante una espirometría<sup>6</sup>. Una estrategia de cribado para revertir el infradiagnóstico de la EPOC sería considerar el diagnóstico en personas mayores de 40 años que presenten una historia de tabaquismo (actual o pasada) superior a los 10 paquetes-año, lo que equivale a fumar 20 cigarrillos al día durante 10 años, y con síntomas respiratorios. El diagnóstico debe confirmarse mediante la práctica de una espirometría forzada que confirme la existencia de limitación al flujo aéreo, definida por un cociente  $FEV_1/FVC < 0,70$ , tras la prueba broncodilatadora<sup>8</sup>.

La EPOC es una enfermedad muy heterogénea y por ello no es posible describirla utilizando sólo el resultado espirométrico. La denominación de fenotipo se utiliza para referirse a formas clínicas de los pacientes con EPOC<sup>9</sup>. Un grupo de expertos internacionales ha definido el fenotipo clínico de la EPOC como "aquellos atributos de la enfermedad que, solos o combinados, describen las diferencias entre individuos con EPOC en relación con parámetros que tienen significado clínico (síntomas, agudizaciones, respuesta al tratamiento, velocidad de progresión de la enfermedad, o muerte)<sup>6,9</sup>. Por tanto, el fenotipo debería ser capaz de clasificar a los pacientes en subgrupos con valor pronóstico que permitan determinar el tratamiento más adecuado para lograr mejores resultados clínicos<sup>6,9</sup>. Además, para su clasificación, se deben valorar otros marcadores que pueden mejorar la capacidad pronóstica del  $FEV_1$ . La disnea, la capacidad de ejercicio, la hiperinsuflación, la presencia de agudizaciones graves repetidas o, por ejemplo, el estado nutricional, son algunas de las variables pronósticas más importantes. Aglutinar las principales variables pronósticas en un mismo índice ha sido propósito de estudio en los últimos años, generándose distintos índices pronósticos. El primero de todos ellos, y el considerado de referencia, es el índice BODE propuesto por Celli et al<sup>9,10</sup>. Este índice integra la información del índice de masa corporal (IMC) (B, de

bode mass index), FEV1 (O, de *airflow obstruction*), disnea (D) y capacidad de ejercicio (E), evaluada mediante la prueba de marcha de 6 minutos<sup>9</sup>.

Los profesionales que atienden al paciente con EPOC han de tener competencias en el diagnóstico temprano de la enfermedad, la interpretación de la espirometría forzada y el tratamiento de la fase estable y las exacerbaciones. Los profesionales de atención primaria, además, han de tener competencias en la prevención y el tratamiento del tabaquismo y las exacerbaciones, y en la atención al paciente en el final de la vida (tratamiento paliativo, decisiones finales, etc.)<sup>1</sup>.

Teniendo en cuenta que se trata de una enfermedad con una elevada prevalencia pero con un gran infradiagnóstico, y que constituye un importante problema socio sanitario, con este estudio se pretende aumentar su detección y consiguiente prevalencia de EPOC, así como lograr una mejor clasificación y abordaje de estos pacientes.

## OBJETIVOS

Objetivo general: Aumentar la detección de EPOC en un área básica de salud (ABS) semi-rural.

Objetivos específicos:

- Conocer el porcentaje de diagnósticos EPOC al inicio y al final del estudio.
- Conocer el porcentaje de abstinentes de tabaco en la población de riesgo (enfermos pulmonares, diabéticos y cardiopatas) al inicio y al final del estudio.
- Monitorizar la adecuación diagnóstica EPOC al inicio y durante el estudio.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio analítico antes/después. La población de estudio fueron 25.144 personas mayores de 14 años pertenecientes al Área Básica de Salud de Balaguer, en Lleida. Se trata de un área básica de salud semi-rural. No se realizó ningún tipo de muestreo, ya que se estudió al total de la población.

Las variables de estudio fueron:

- La prevalencia de EPOC. Se calcula el número de pacientes diagnosticados de J.44 en relación al total de la población.
- Tabaquismo. Se considera fumador aquella persona que ha consumido diariamente durante el último mes cualquier cantidad de cigarrillos, incluso un cigarrillo se considera consumo.
- Adecuación diagnóstica (variable de calidad diagnóstica): se consideró adecuación diagnóstica EPOC cuando los diagnósticos recientes de EPOC tenían realmente valores espirométricos concordantes (se comprobó si todos los diagnosticados de EPOC con el código CIE10 J.44 tenían registrado un FEV1/FCV <70%). Esta variable fue evaluada en 2 cortes, al inicio y a mitad del estudio (diciembre/2009 y diciembre/2012 respectivamente), mediante una recogida de datos de la historia informatizada ECAP y de la plataforma de análisis de datos clínicos Khalix.

Cronograma: 8 años de estudio. El primer análisis se realizó en enero de 2009 frente a las registradas en noviembre de 2016. Se realizó un corte de control a la mitad de los 8 años (2012) para monitorizar la evolución de las acciones que se iban implementando, en concreto la adecuación diagnóstica.

Durante este intervalo de tiempo se llevaron a cabo una serie de intervenciones para mejorar la atención a la patología respiratoria, concretamente la EPOC:

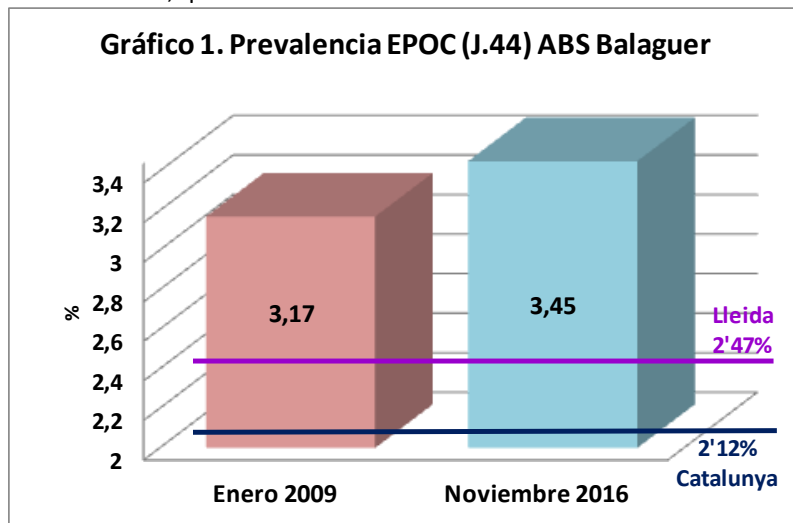
- La primera intervención que se adoptó fue la del aumento de enfermeras que se encargaban de realizar las espirometrías diagnósticas y de control. Pasaron de ser una sola enfermera a tres. Estas enfermeras recibieron una formación específica antes de iniciar su trabajo. Se utilizaron los tres espirómetros del centro de salud, revisados y calibrados diariamente. Con esta medida se consiguió un aumento del doble del número de espirometrías programadas a la semana.
- Otra intervención fue la creación de una consulta específica antitabaco abierta dos días a la semana, a la cual se dedicaron un médico y una enfermera, los cuales también recibieron una formación previa.
- También se implementó una consulta específica EPOC, llevada por un médico y una enfermera de atención primaria expertos en EPOC. Esta consulta funciona como consultoría para el resto de profesionales del equipo, así como enlace con los profesionales de la atención especializada, y estableció prioridad en la valoración y atención multidimensional de pacientes EPOC con un nivel de gravedad moderado o grave.
- Asimismo se elaboró una serie de material educativo consensado con todos los profesionales del equipo para utilizar en las consultas con los pacientes.



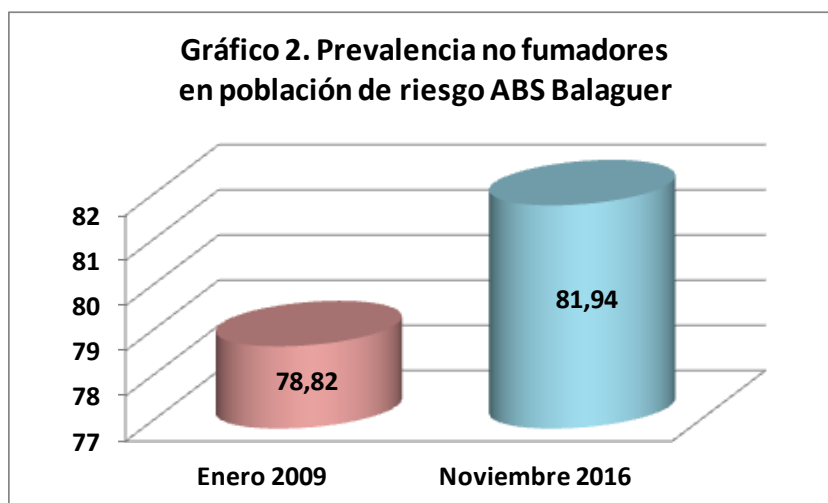
- Otra de las intervenciones fue el establecimiento de mínimo dos sesiones anuales de formación al equipo. Fueron sesiones de actualización de la EPOC, sobre detección, clasificación y tratamiento de la enfermedad, así como el consenso en el circuito de trabajo.
  - También se realizaron tres ediciones de educación grupal a grupos de pacientes diagnosticados de EPOC. Dichas sesiones formaron parte del Programa *Pacient Expert Catalunya*.
- Análisis de datos: se realizó el análisis de los datos de las variables categóricas descritas a partir del cálculo de frecuencias absolutas y relativas. Se utilizó office Excel.

**RESULTADOS**

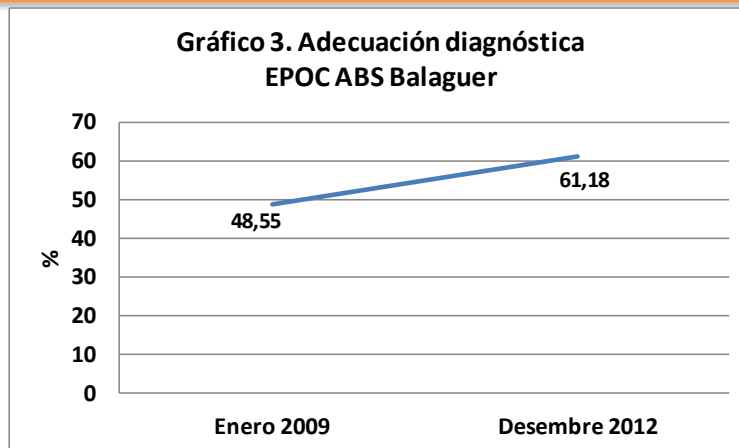
Se comparó la prevalencia de la EPOC en 2009 y en 2016 del Área Básica de Salud de Balaguer. En enero de 2009 había 797 EPOC diagnosticados del total de población (25.144), un 3.17% de prevalencia. En noviembre de 2016, encontramos 870 EPOC diagnosticados, prevalencia de 3.45% (Gráfico 1). Esta prevalencia se sitúa por encima de la media de la provincia, que es del 2.47% y por encima de la media de nuestra comunidad autónoma, que es del 2.12%.



En cuanto a la variable del tabaco se compararon el porcentaje de pacientes que no fumaban en 2009 con los del 2016. En Enero/2009 había registrados un 78.82% de los pacientes abstinentes en la población de riesgo (5.015 de 6.363) versus el 81.94% (5.777 de 7.050) registrado al final del estudio en 2016 (Gráfico 2).



Referente a la adecuación diagnóstica, en el corte de control de diciembre/2009: 48.55% (387 de 797 EPOC) de diagnósticos que seguían los criterios establecidos, versus el corte de control de diciembre/2012: 61.18% (506 de 827) (Gráfico 3).



**DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES**

Hallamos diferencias clínicamente relevantes respecto al aumento de prevalencia de EPOC y también en el control de la mayor amenaza de esta enfermedad, el tabaco, puesto que el porcentaje de pacientes abstinentes al final del período de estudio aumentó. La limitación del estudio es la variabilidad de profesionales y factores que influyen en estos resultados para poder encontrar una única relación causal de esta mejora.

Cabe destacar la mejora en la calidad diagnóstica supervisada a mitad de estudio, derivada del aumento de espirometrías realizadas y la mejora del criterio diagnóstico. A pesar de ello la detección temprana de EPOC sigue siendo un problema sin resolver.

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Ministerio de Sanidad y Política Social. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Estrategia en EPOC del Sistema Nacional de Salud. Sanidad 2009. Ministerio de Sanidad y Política Social. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/EstrategiaEPOCSNS.pdf>
2. Bousquet J, Kiley J, Bateman ED, Viegi G, Cruz AA, Khaltayev N, et al. Prioritised research agenda for prevention and control of chronic respiratory diseases. *Eur Respir J* 2010;36:995-1001.
3. WHO. World health statistics 2008. Disponible en: [http://www.who.int/whosis/whostat/EN\\_WHS08\\_Full.pdf](http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS08_Full.pdf). 2010.
4. Martínez JA, Vasquez E, Rodríguez M. Prevalencia de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica en una zona rural de Guadalajara. *Rev Esp Salud Pública* 2016; 90.
5. M. Miravittles, C. de la Roza, K. Naberan, M. Lamban, E. Gobartt, A. Martín, KR. Chapman. Problemas con el diagnóstico de la EPOC en atención primaria. *Arch Bronconeumol* 2006; 42(1):3-8.
6. Guía Española de la EPOC (GesEPOC) / *Arch Bronconeumol* 2012;48(Supl 1):2-58.
7. Monteagudo M, Rodríguez-Blanco T, Parcet J, Peñalver N, Rubio C, Ferrer M, et al. Variabilidad en la realización de la espirometría y sus consecuencias en el tratamiento de la EPOC en Atención Primaria. *Arch Bronconeumol* 2011;47:226-33.
8. Iniciativa Global para la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. Guía de bolsillo para el diagnóstico, manejo, y prevención de la EPOC. Actualizado, 2014 [goldcopd.org/wp-content/.../GOLD\\_Pocket\\_Spanish.pdf](http://goldcopd.org/wp-content/.../GOLD_Pocket_Spanish.pdf)
9. Grupo de trabajo GESEPOC. Hacia un nuevo enfoque en el tratamiento de la EPOC. La Guía Española de la EPOC (GESEPOC). *Arch Bronconeumol* 2011;47:379-81.
10. Celli BR, Cote CG, Marín JM, Casanova C, Montes de Oca M, Mendez RA, et al. The body-mass index, airflow obstruction, dyspnea, and exercise capacity index in chronic obstructive pulmonary disease. *N Engl J Med* 2004;350:1005-12.

**ID358:****DIFERENCIAS EN EL BIENESTAR PERCIBIDO Y EL ESTADO EMOCIONAL DE PERSONAS MAYORES DE 80 AÑOS COMPARANDO VIVIR SOLO O VIVIR ACOMPAÑADO**Eduardo Guerra Garrido<sup>1</sup>, Carla Busto Parada<sup>2</sup>, Berta Cuervo Blanco<sup>2</sup>.Centro de Salud de El Coto (Gijón)<sup>1</sup>Centro de Salud de El Natahoyo (Gijón)<sup>2</sup>[eduguerrag@gmail.com](mailto:eduguerrag@gmail.com)**RESUMEN**

Introducción: la población española está cada vez más envejecida, aumentando a su vez los hogares unipersonales. Esto lleva a reflexionar sobre la calidad de vida de nuestros mayores.

Objetivo General: determinar las diferencias en calidad de vida, estado emocional y relaciones sociales entre los mayores de 80 años que viven solos y los que viven acompañados.

Material y métodos: estudio observacional, descriptivo con una muestra de 114 sujetos mayores de 80 años que cumplan criterios de inclusión.

Variables:

Independiente: convivencia.

Dependientes: calidad de vida, estado emocional, relaciones sociales.

Intervinientes: sociales y demográficas, estado de salud, caídas, fármacos.

Recogida de datos: se utilizará un cuestionario heteroadministrado.

Análisis de los Datos: se tratará de estimar las diferencias de las variables (categóricas o numéricas) entre ambos grupos.

Relevancia: Asturias es la tercera comunidad más envejecida. Siendo la Atención Primaria el primer nivel de asistencia sanitaria, es fundamental conocer las necesidades de este colectivo "frágil".

**ABSTRACT**

Introduction: Spanish population is getting increasingly aged, growing at the same time the one-person household. This leads to a reflection about our elderly quality of life.

Main Objective: determine the difference within quality of life, emotional state and social relations among people above 80 who live on their own and the ones living accompanied.

Material and methods: observational study, descriptive style with a sample with 114 individuals above 80 meeting the inclusion criteria.

Variables:

Independent: cohabitation.

Dependent: quality of life, emotional state, social relations.

Intercurrent: social and demographic, state of health, falls, drugs.

Data collection: a questionnaire managed by a third party will be used.

Data Analysis: It will be attempted to estimate the variables differences (categorical or numerical) between both groups.

Relevance: Asturias is the third most aged community. Being primary health care the first level of healthcare, it is fundamental to know the needs of this "fragile" collective.

**PALABRAS CLAVE**

Envejecimiento, envejecimiento de la población, calidad de vida, atención primaria de salud.

Aging, demographic aging, quality of life, primary health care.

**INTRODUCCIÓN**

España continúa su proceso de envejecimiento de la población, con un 18,1% de personas mayores de 65 años de las cuales un 30% son mayores de 80 años. Si esto continúa así, se estima que en 2050 habrá más de un 30% de personas mayores de 65 años, siendo un 35% mayores de 80 años.

Por detrás de Castilla y León y Galicia, Asturias es la tercera comunidad más envejecida (23,55% de mayores de 65 años, siendo un 8,3% mayores de 80 años), con un Índice de Envejecimiento del 215%, es decir, por cada 100 jóvenes menores de 15 años hay 215 personas mayores de 65 años (Índice de Envejecimiento de Gijón del 204,72%).

Además de una disminución en la tasa de natalidad, el aumento de la esperanza de vida también contribuye al envejecimiento de la población. En Asturias, la esperanza de vida se sitúa en 82,2 años (con un incremento de 6 años en las mujeres). Esto debe hacernos reflexionar que no debería tratarse sólo de un aumento de cantidad de años de vida, sino también de la calidad de estos.

Es importante la realización de una "Valoración Geriátrica" desde una perspectiva biopsicosocial, como es la empleada en Atención Primaria, ya que la alteración de una de estas esferas influye en el resto.

El vivir más años, unido a que el proceso natural de envejecimiento se acompaña de un continuo de duelos por pérdidas, sitúan a las personas mayores ante una situación no deseada de soledad, observándose un incremento en los últimos años de los hogares unipersonales. Con 62.200 casos Asturias encabeza, junto a Cantabria y Extremadura, el ranking nacional de hogares unipersonales en los que habita una persona mayor de 65 años. Al tener una mayor esperanza de vida, la mayoría de estas viviendas se encuentran habitadas por una mujer (74%), siendo el 80% de ellas viudas. Concretando estas cifras, cabe decir que el 30% de los hogares unipersonales de Asturias se encuentra en Gijón.

Junto a este aumento de hogares unipersonales, se encuentra un aumento del Ratio de Apoyo Familiar (nº personas 80 años o más por cada 100 personas de entre 45 y 64 años) que se traduce en una falta de apoyo para los mayores.

Esta soledad, objetiva y/o subjetiva, produce sentimientos negativos que disminuyen la autoestima y derivan en dolencias y enfermedades como ansiedad/depresión, siendo uno de los temores del subconsciente colectivo de la sociedad, que se magnifica en las personas mayores.

De ahí que, frente a un 92% de las personas entre 15-29 años consideran su salud buena, sólo un 45% de los mayores de 64 años la perciben así: aquí los hombres se sitúan a la cabeza, al contrario de las mujeres que, además de tener una peor percepción de su salud, presentan una proporción más alta de discapacidades en comparación con los hombres de su misma edad.

La confluencia de estos procesos lleva a reflexionar sobre las consecuencias que pueden tener en el bienestar integral de las personas mayores.

Este trabajo pretende conocer las características diferenciales de los ancianos mayores de 80 años que viven solos frente a los que viven acompañados, relacionadas con la calidad de vida, el estado emocional y las relaciones sociales.

## **OBJETIVOS**

### **General:**

Determinar las diferencias en calidad de vida, estado emocional y relaciones sociales entre los mayores de 80 años que viven solos y los que viven acompañados en dos zonas básicas de salud de Gijón.

### **Específicos:**

Conocer las diferencias en calidad de vida existentes entre los ancianos que viven solos y los que viven acompañados.

Conocer las diferencias en los niveles de ansiedad y depresión entre ambos grupos de ancianos.

Determinar las diferencias en relaciones sociales.

Conocer la influencia de determinadas variables intervinientes (sexo, estado de salud, nivel de actividad, etc.) en el bienestar de los dos grupos de población.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

Estudio observacional, descriptivo, transversal o de prevalencia.

Población: mayor de 80 años adscrita a los centros de salud de El Natahoyo y El Coto. La muestra se obtendrá mediante muestreo simple estratificado.

Criterios de inclusión:

Mayor de 80 años. Se incluirán a aquellos pacientes que cumplan los 80 años a lo largo del año 2016.

Criterios de exclusión:

- Deterioro cognitivo moderado tras valoración con la escala de Pfeiffer
- Incapacidad funcional moderada tras valoración con la escala de Barthel
- Paciente con enfermedad terminal
- Paciente incluido en un protocolo de inmobilizados
- Institucionalizados

Variables:

- Variable independiente: convivencia (solo o en compañía de otra persona en la misma casa).
- Variables dependientes: calidad de vida, estado emocional (niveles de depresión y ansiedad), relaciones sociales.
- Variables intervinientes: sociales y demográficas (edad, sexo, estudios, etc.), estado de salud, caídas, fármacos.

NOMBRE	DEFINICIÓN OPERATIVA	TIPO DE VARIABLE/ESCALA DE MEDIDA	CARACTERÍSTICAS/CODIFICACIÓN
Zona Básica de Salud	Zona de básica de salud a la que pertenecen los sujetos incluidos en el estudio	Cualitativa dicotómica	0. Natahoyo 1. El Coto
Sexo	Género al que pertenece la persona.	Cualitativa dicotómica	0. Hombre 1. Mujer
Nivel de estudios	Cualificación académica	Cualitativa ordinal	0. Ninguno 1. Educación primaria. 2. Estudios medios 3. Estudios Superiores
Tipo de convivencia	Vivir solo o en compañía de otros en la misma casa.	Cualitativa nominal	0 Solo 1 Cónyuge 2 Hijos 3 Otros
Nº de enfermedades crónicas que presenta	Numero de diagnósticos en historia clínica informatizada en OMI AP con código CIAP: k86, k74,k75, k77, k78, k92, t93, t89, t90, l95, y85, t86, r95, r96, u99, n87, p70	Cuantitativa discreta	0 Sin enfermedad crónica 2 1 3 2 4 más de 2
Nº ingresos en el último año	Número de estancias hospitalarias en los últimos 12 meses	Cuantitativa discreta	0. Ningún ingreso 1. 1 ingreso 2. 2 ingresos 3. más de 2 ingresos
Nº número de fármacos	Fármacos prescritos por un profesional sanitario para su toma diaria y continua durante un mínimo de 6 meses y que estén activos en la historia clínica informatizada de OMI-AP	Cuantitativa discreta	0. Ningún fármaco 1. 1 fármaco 2. 2 fármacos 3. 3 fármacos 4. 4 fármacos 5. 5 fármacos 6. 6 o más fármacos

Adherencia terapéutica	Grado en el que la conducta de un paciente , en relación a la toma de medicación, se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario	Cualitativa dicotómica Test de cumplimiento terapéutico de Morinsky-Green	0. Si 1. No
Número de caídas	Número de veces que ha caído (sin alteración del nivel de conciencia) en los últimos 12 meses.	Cuantitativa discreta	0. 0 1. 1 2. 2 3. más de 2
Miedo a padecer una caída	Intranquilidad por volver a caer, o por sufrir una caída si no hubo previamente.	Cualitativa dicotómica	0. Si 1. No
Riesgo de caídas	Posibilidad de sufrir acontecimientos involuntarios que hacen perder el equilibrio y dar con el cuerpo en tierra u otra superficie firme que lo detenga	Cualitativa dicotómica Escala de riesgo de caídas múltiples de A.M. Tromp.	0. Alto riesgo 1. Bajo riesgo
Calidad de vida	Condiciones en que vive una persona que hacen que su existencia sea placentera y digna de ser vivida.	Escala SF 12	Componente físico: 0. Alterado 1. Sin alteración Componente mental: 0. Alterado 1. Sin alteración
Ansiedad	Estado mental que se caracteriza por una gran inquietud, una intensa excitación y una extrema inseguridad afectando tanto al plano físico, como al psicológico y conductual	Cualitativa dicotómica Subescala de Goldberg	0. Si 1. No
Depresión	Enfermedad o trastorno mental que se caracteriza por una profunda tristeza, decaimiento anímico, baja autoestima, pérdida de interés por todo y disminución de las funciones psíquicas.	Cualitativa dicotómica Subescala de Goldberg	0. Si 1. No
Riesgo social	Situación de vulnerabilidad por alteración de las redes de apoyo familiares y/o sociales.	Cualitativa nominal Escala de Valoración Sociofamiliar de Gijón abreviada y modificada (versión Barcelona)	0. Situación social buena (bajo riesgo institucionalización) 1. Situación intermedia 2. Deterioro social severo (alto riesgo de institucionalización)

**Imagen 1.-Variables**

#### Plan de análisis:

De modo general, se tratará de estimar las diferencias de las diferentes variables (categóricas o numéricas) entre ambos grupos, por tanto, se trata de estimar diferencias entre proporciones y entre medias (o medianas). Se valorará que esas estimaciones de las diferencias se hagan mediante pruebas convencionales o mediante inferencia Bayesiana.

#### Instrumentos:

Para determinar la presencia o no de los criterios de exclusión relacionados con el nivel cognitivo y la capacidad funcional se utilizarán, respectivamente, el test de Pfeiffer y el índice de Barthel.

Se utilizará un cuestionario heteroadministrado de elaboración propia teniendo en cuenta los patrones funcionales relacionados con las variables a medir. Se incluyen varios instrumentos de medida que se detallan a continuación, todos ellos estandarizados y utilizados comúnmente en la valoración de enfermería.

Cuestionario sobre calidad de vida SF 12.

Test de cumplimiento terapéutico Morinsky-Green.

Escala de riesgo de caídas múltiples de A.M. Tromp.

Escala de Valoración Sociofamiliar de Gijón abreviada y modificada (versión Barcelona).

Escala Goldberg de Ansiedad y Depresión.

#### Procedimiento:

Se contactará por vía telefónica con los pacientes de la muestra seleccionados para comunicarles su selección en el proyecto y concertar una cita en el centro de salud.

En el centro de salud, se explicará de nuevo el proyecto y el motivo de la selección y previo a la realización del cuestionario, se hará entrega de un consentimiento informado por escrito.

#### Consideraciones éticas y legales:

Se tendrá en cuenta:

La Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica que regula el derecho a la información del usuario y el derecho al consentimiento informado. El Real Decreto 994/1999 del 11 de Junio, la Ley Orgánica 15/1999 del 13 de Diciembre de protección de datos de carácter personal que regula el uso de la historia clínica del usuario permitiendo el acceso a la historia clínica con fines de investigación entre otros y la Declaración de Helsinki, se asegurará que los derechos y libertades de los sujetos en estudio sea respetada, al igual que la confidencialidad en sus datos. Así mismo se cumplirán los artículos del código deontológico de enfermería.

Se pedirá permiso a los coordinadores de los Centros de Salud. El ensayo se presentará al comité ético de investigación clínica y al comité de ética asistencial para su aprobación y supervisión.

Se garantizará la confidencialidad tanto si el sujeto finaliza el estudio como si no, sus datos serán confidenciales y no saldrán en ninguna publicación o informe relativo al estudio, dado que cada caso de estudio contará con un número de identificación que será el que figure en las bases de datos.

Se facilitará un consentimiento informado a los participantes del estudio.

#### Dificultades:

Localización a los pacientes debido a:

Negativas de los pacientes a participar en el estudio

No cumplir con la cita

Pérdida de los pacientes en el transcurso del estudio por:

Institucionalización

Éxitus

Cambio de domicilio

Dejar de cumplir criterios de inclusión

Se evitará una demora de tiempo entre selección de la muestra y realización de la valoración para minimizar las pérdidas.

**Recursos humanos:**

Residentes de enfermería familiar y comunitaria que realicen las valoraciones.

Residentes de enfermería familiar y comunitaria que procesen los datos.

Departamento de estadística que realice el análisis de los datos.

**Recursos materiales:**

Consultas para poder realizar las valoraciones.

Fotocopias de la hoja de recogida de datos.

Listados de los pacientes.

Línea de teléfono para localizar y concretar las citas con los pacientes.

Además de esto será invertido por parte de los residentes de enfermería familiar y comunitaria autores de este proyecto el tiempo necesario para localizar y citar a los pacientes de la muestra, llevar a cabo todas las valoraciones así como para el procesamiento de los datos.

**RELEVANCIA**

Asturias es la tercera comunidad más envejecida con un Índice de Envejecimiento del 215%. Siendo la Atención Primaria el primer nivel de asistencia sanitaria, es fundamental conocer las necesidades de este colectivo.

La ausencia de trabajos de investigación similares en nuestra comunidad y la importancia de una asistencia integral y de calidad fundamentan el planteamiento de este estudio.

**BIBLIOGRAFÍA**

Pfeiffer E. A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *J Am Geriatr Soc* 1975 Oct;23(10):433-41

ABELLÁN GARCÍA, Antonio; PUJOL RODRÍGUEZ, Rogelio (2015). "Un perfil de las personas mayores en España, 2015. Indicadores estadísticos básicos". Madrid, Informes Envejecimiento en red nº 10.

Lobo, A.; Saz, P.; Marcos, G. y el grupo de trabajo ZARADEMP (2002) Examen cognoscitivo MINI MENTAL. Madrid: TEA Eds.

Actualización censal INE 2015

Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel Index. *Md Med J* 1965; 14: 61-65.

LOPEZ DOBLAS, Juan (2004). Personas mayores viviendo solas. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid.

Martín Lesende, J.J. Baztán Cortés, A. Gorroñoigoitia Iturbe, P. Abizanda Soler, J. Gómez Pavón. Detección y manejo de la fragilidad en atención primaria; actualización. Sociedad Iberoamericana de Información Científica (2012).

Antolín, R. P., & García, A. A. (2006). *Envejecimiento y dependencia una mirada al panorama futuro de la población española*.

de Asturias, Gabinete Técnico de CCOO. "Las personas mayores en Asturias en 2014." (2015).

Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, y cols. Studies of illness in the age: the index of ADL a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA* 1963, 185: 914-919.

Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintenance, and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* 1969; 9: 179-86.

Arbesú E, Calvo AM, Crespo EI, Díaz A, Larumbe ME, Rincón V. La población anciana en la provincia de Soria: medio social y capacidad funcional de la población anciana no institucionalizada de Soria. Diputación Provincial de Soria (1995).

García-Gozález JV, Díaz-Palacios E, Salamea A, Cabrera D, Menéndez A, Fernández-Sánchez A, Acebal V. Evaluación de la fiabilidad y validez de una escala de valoración social en el anciano. *Aten. Primaria* 1999; 23: 434-40.

Lopez-Tellez A, Rio Ruiz J, Molinero Torres F, Fernandez Maldonado I, Martinez Zaragoza I Prados Torres P. Efectividad de un programa de intervención socio-motriz en población mayor con riesgo social. *Semergen*. 2012;38(3):137---144.



Naviero Rilo JC, Díez Juárez D, Flores-Zurutuza ML, Javierre Pérez P, Alberte Pérez C, Molina Mazo R. La calidad de vida en ancianos polimedificados con multimorbilidad. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2014;49(4):158–164.

Montero Ordasso M., Casa Herrero A., Alonso Bouzón C. Caídas y Trastornos de la Marcha en Ancianos. *Tratado de Medicina Geriátrica*; 2015. p.399-407.

Cervantes Becerra R.G., Villareal Ríos E., Galicia Rodríguez L., Vargas Daza E.R., Martínez González L. Estado de Salud en el Anciano Mayor en Atención Primaria a partir de una Valoración Geriátrica Integral. *Aten. Primaria.* 2015; 47 (6): 329-335.

Vilagut G., Valderas J. M., Ferrer M., Garin O., López-García E., Alonsoab J. Interpretación de los Cuestionarios de Salud SF-36 y SF-12 en España. *Med Clin (Barc).* 2008; 130 (19): 726-735.

Arnau A., Espauella J., Serrarols M., Canudas J., Formiga F., Ferrer M. Factores asociados al estado funcional en personas de 75 o más años de edad no dependientes. *Gac Sanit.* 2012;26(5):405–413

Molina Mejías P., Muñoz Baeza D. Diagnóstico diferencial: deterioro de la interacción social y aislamiento social [trabajo fin de grado]. *Reduca (Enfermería, Fisioterapia y Podología): Serie Trabajos Fin de Grado.* 7 (1): 1-54, 2015

Dahlberg L., Mckee KJ. Correlates of social and emotional loneliness in older people: evidence from an English community study. *Aging & Mental Health*, 2014. Vol.18, Nº4, 504-514

Ailshire JA., Crimmins EM. Psychosocial Factors Associated with Longevity in the United States: Age Differences between the Old and Oldest-Old in the Health and Retirement Study. *Journal of Aging Research.* Vol. 2011

**ID53:**

**LOS PARÁMETROS SÉRICOS DURANTE LA GESTACIÓN ALERTAN DEL ESTADO NUTRICIONAL DE LA MUJER. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**

Mercedes de Dios Aguado<sup>1</sup>, Aránzazu Muñoz Muñoz<sup>1</sup>, Minerva Velasco Abellan<sup>2</sup>, Beatriz González López<sup>1</sup>

1 Gerencia de Atención Primaria de Toledo. SESCAM.

2 Complejo Hospitalario Virgen de la Salud de Toledo. SESCAM.

[mded@sescam.jccm.es](mailto:mded@sescam.jccm.es)

**RESUMEN**

La gestación, en la vida de cualquier mujer, supone una adaptación a cambios fisiológicos y metabólicos, su dieta no debe ser especial, sino proporcionarle los alimentos adecuados para favorecer el desarrollo fetal. La gestante malnutrida suele realizar una dieta pobre en alimentos ricos en proteínas.

La revisión analiza los artículos que estudiaron variaciones séricas de los parámetros bioquímicos: proteínas totales y albúmina, durante la gestación. La búsqueda se realizó en metabuscadores específicos revisando artículos publicados entre 2006-2016, los descriptores fueron: embarazo humano, parámetros bioquímicos prenatales, malnutrición, dieta y multiculturalidad.

Como resultado destaca: El aumento de la volemia en la gestación reduce la presión osmótica al disminuir el nivel sérico de las proteínas totales y la albúmina. En la preclamsia severa, la mujer presenta menor concentración de proteínas y albúmina que una gestante sana.

Conclusión: incorporar a la batería de pruebas para gestantes los niveles séricos de albúmina y proteínas totales.

**ABSTRACT**

Gestation, in the life of any woman, is an adaptation to physiological and metabolic changes, her diet should not be special, but provide the right foods to promote fetal development. The malnourished pregnant woman usually consumes a diet low in protein-rich foods.

The review analyzes the article that studied serum variations of the biochemical parameters: total proteins and albumin, during gestation. This research was performed in specific meta-searchers reviewing articles published between 2006-2016, the descriptors were: human pregnancy, prenatal biochemical parameters, malnutrition, diet and multiculturality.

As a result, it is worth noting: The increase in blood volume during gestation reduces osmotic pressure by decreasing serum levels of total proteins and albumin. In severe preclamsia, the woman has a lower concentration of protein and albumin than a healthy pregnant woman.

In conclusion, primary health care direction must incorporate the serum levels of albumin and total proteins in pregnancy testings.

**PALABRAS CLAVE**

Embarazo Humano, parámetros bioquímicos prenatales, malnutrición, dieta y multiculturalidad.

Human Pregnancy, prenatal biochemical parameters, malnutrition, diet and multiculturality.

**INTRODUCCIÓN/JUSTIFICACIÓN/OBJETIVO**

En la vida de las mujeres, la gestación y la lactancia supone una adaptación a los cambios fisiológicos que experimenta su estructura física, metabolismo y psique lo que comporta un aumento de la demanda de nutrientes, conllevando en algunos casos a la alteración del estado nutricional. Una alimentación equilibrada proporciona los nutrientes adecuados, favorece la calidad de la placenta, el desarrollo fetal

intrauterino y previene la anemia. Por tanto, no se trata de diseñar una dieta especial para el embarazo, sino conocer la diversidad de nutrientes presentes en los alimentos, lo que permite realizar comidas variadas de calidad nutricional y adecuarse a las necesidades de la mujer. (Sánchez, 2013)

El Ministerio de Sanidad en sus recomendaciones sobre ingesta alimentaria, abaladas por la American Dietetic Association y a la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria, afirma que mediante una dieta rica en micro y macronutrientes, con una ganancia adecuada de peso en cada trimestre y la realización de actividad física, se puede mantener un estado nutricional adecuado durante la gestación. El Ministerio también destaca que las principales limitaciones nutricionales entre las gestantes son debidas a una ingesta insuficiente de alimentos ricos en vitamina E, magnesio, potasio, fibra y calcio. Así mismo destaca que la ingesta de vitaminas A, C, B-6 y ácido fólico es moderadas, mientras que las grasas saturadas y el sodio se consumen en exceso. (MSSI, 2014)

La proteína más abundante en el plasma es la albúmina, entre sus funciones destacan el regular la presión oncótica sanguínea; transportar sustancias insolubles (bilirrubina y ácidos grasos); inhibir la función plaquetaria y presentar efectos anti-trombóticos al asociarse con fármacos adecuados; contribuir a la permeabilidad de la membrana capilar y depurar los radicales libres. Los niveles séricos de albúmina descienden rápidamente en situaciones de estrés. Durante el embarazo la mujer presenta cambios fisiológicos en su volemia, estructura física y metabolismo, además se producen modificaciones psíquicas que en algunas gestantes puede ocasionarles estrés, circunstancias todas ellas que conllevan a la depleción de la concentración sérica de proteínas y albúmina, dando como resultado una reducción de la presión osmótica coloidal.

En términos generales acceder a una alimentación sana en España es bastante fácil, sin embargo, debido a la crisis económica mundial para las personas que se encuentran en situación de pobreza o exclusión social es bastante difícil. Este hecho aboca a las familias pobres a llevar una dieta monótona, insuficiente en alimentos, baja en productos frescos (frutas, verduras, pescado) y rica en productos procesados, hidratos de carbono y grasa. Por tanto, a las gestantes de esas familias, con el poder adquisitivo mermado, les es imposible comprar los alimentos frescos y los complementos vitamínicos prescritos por los profesionales sanitarios. Luego seguir las recomendaciones de ingesta alimentaria propuesta por los organismos competentes, para ellas es una utopía. Las dietas pobres en proteínas, vitaminas y minerales, logran el aporte calórico necesario para la persona a partir de productos con baja densidad de nutrientes, lo que implica una carencia de macro y micronutrientes. Además, se ha observado que la principal causa de disminución del nivel sérico de albúmina es un escaso consumo de alimentos ricos en proteínas, circunstancia que conduce al desequilibrio nutricional en la persona. Por ende, la determinación sérica de los parámetros bioquímicos de albúmina y proteínas totales cobra especial interés, al permitir valorar el estado nutricional real de la mujer, en esta etapa de su vida.

Lo expuesto con anterioridad induce a formular la siguiente hipótesis: ¿En la actualidad la batería de pruebas que se solicita a la mujer durante su gestación revela su estado nutricional real? O, por el contrario, ¿sería necesario incorporar los niveles séricos de albúmina y proteínas totales como indicadores específicos de calidad nutricional?

El objetivo de la revisión es analizar los artículos que estudiaron las variaciones séricas de los parámetros bioquímicos (glucemia, colesterol, proteínas totales y albúmina) durante la gestación, puerperio y lactancia; para valorar así el estado nutricional real de la mujer.

## **DESARROLLO**

### Metodología:

Recopilación sistemática y evaluación crítica de la literatura científica publicada, y relacionada con el tema. El proceso de búsqueda de dicha información se llevó a cabo a través de metabuscadores específicos como: PubMed, Medline, Scielo, Dialnet y Cochrane Library, consultándose además los datos en los metabuscadores integradores como: Google Scholar (Scholar google.com), la integración de Google con Pubmed: Gopubmed. En la búsqueda de datos se contó con la inestimable ayuda de la bibliotecaria del Complejo Hospitalario Virgen de la Salud de Toledo.

El exceso de información hizo que fuese necesario acotar la búsqueda del descriptor embarazo con la palabra humano, además las palabras parámetros bioquímicos prenatales, malnutrición, dieta y multiculturalidad, también fueron descriptores. En la selección de documentos se incluyeron todos los artículos publicados durante el periodo 2006- 2016 en las lenguas Castellano, Inglés o Francés. La búsqueda arrojó un total de 30 artículos de los cuales solo 10 se adecuaron al estudio, al coincidir con los objetivos del estudio.

#### Resultados de la búsqueda:

Los consejos nutricionales para la mujer embarazada han sufrido múltiples cambios a lo largo del tiempo, así las mujeres pasaron de ser estimuladas a consumir dietas hipocalóricas para tener modestos incrementos de peso durante la gestación, a ser incentivadas a “comer por dos”, hecho que contribuyó a ganancias ponderales excesivas y a un aumento de la morbilidad maternal y fetal. En la actualidad, una dieta se considera adecuada para la gestante cuando cumple los siguientes requisitos: estar adaptada a su estado funcional, proporcionar la cantidad de energía y nutrientes que las células de los diferentes tejidos y órganos de su cuerpo requieren a lo largo de la gestación y puerperio; mantener una ingesta variada de alimentos provenientes de las diferentes fuentes animal y vegetal e igualmente ser equilibrada proporcionándole los nutrientes adecuados para prevenir estados carenciales de macro y/o micro-nutrientes. (Cruz Almaguer, 2012)

Todos los artículos revisados indican que el peso pre-gestacional, la talla de la madre, los niveles séricos de glucosa y el incremento ponderal durante la gestación son factores que influyen en el desarrollo del feto. Además, evidencian que una baja adhesión a la dieta durante la gestación podría conllevar a una malnutrición, factor predictor del riesgo de: mortalidad materna y posibles alteraciones en el desarrollo fetal; disminución del peso de la placenta, crecimiento intra-uterino retardado, placenta envejecida, mortalidad intrauterina, posible parto prematuro, mortalidad perinatal y bajo peso neonatal, sin olvidar el riesgo de diabetes gestacional.

Algunos los artículos señalan que la madre necesita de energía extra para realizar un incremento ponderal adecuado a lo largo de la gestación y dar respuesta a las demandas energéticas de los nuevos procesos metabólicos a los que está expuesta; hechos que implicarán por tanto que el estado nutricional de la gestante pueda verse comprometido si la relación entre la ingesta de calorías y el gasto de energía no está balanceada; por ende una dieta baja en proteínas con insuficiente respaldo calórico no proteico, podría limitar la formación de tejidos, ya que las proteínas cumplen la prioridad metabólica de producir energía, por tanto, en el feto un déficit energético continuado puede inducir: bajo peso al nacer, parto prematuro, defectos congénitos, etc. (Correa, 2011)

En la gestación la mujer puede aumentar hasta un 40 a 45% su volemia. Este lance conlleva a la depleción de las concentraciones séricas de la albúmina y las proteínas totales, lo que asocia: reducción de la presión osmótica coloidal, disminución de la capacidad de transporte al estar reducido el contenido de proteínas plasmáticas en aproximadamente 10 g/L. Para comprender la relevancia de estos datos, por otro lado complejos, cabe destacar el siguiente ejemplo: si un fármaco con alto índice de unión a la albúmina se administra a la madre en el primer trimestre del embarazo, donde la concentración de albúmina fetal es considerablemente menor que en el plasma materno, la fracción libre de principio activo en el feto será mayor y las posibilidades de efectos tóxicos también, con el transcurso del embarazo, el feto alcanza niveles plasmáticos de albúmina mayores que los de la madre (la albúmina fetal no atraviesa la placenta) y así la fracción libre puede no estar aumentada. Igualmente, relevantes son los estudios llevados a cabo en mujeres embarazadas con preclamsia severa, en ellos se encontró que la concentración de albúmina sérica fue significativamente menor en las mujeres con preclamsia en comparación con las embarazadas sanas, sin embargo, en las concentraciones séricas de electrolitos (sodio, potasio y cloro), no se observó diferencias significativas. (Esteban, 2011)

No se debe olvidar que la mujer gestante con estado nutricional adecuado presenta variaciones fisiológicas en sus parámetros hematológicos y bioquímicos, circunstancia que debe ser tomada en consideración, por tanto, será una práctica inadecuada interpretar sus valores comparándolos con los

valores de referencia de una mujer que no esté embarazada. Siguiendo esta premisa, en las revisiones trimestrales se debe diferenciar entre: Mujer gestante con bajo peso, a ella se le asesora hacia una mayor adición de energía y nutrientes con el fin de mejorar su estado nutricional y alcanzar un peso adecuado que garantice el éxito de la gestación. Y mujer gestante con sobrepeso u obesa, a ella no se recomienda ningún tipo de restricción energética para reducir el peso durante el embarazo, se la educa para adquirir estrategias que modifiquen sus hábitos nutricionales y adquiera un estilo de vida saludable. Por ende, la dieta facilitada a la mujer gestante contiene pautas nutricionales personalizadas, le proporciona energía suficiente que asegure un estado nutricional óptimo, con la variedad y cantidad de alimentos que cubran sus necesidades de hierro, calcio, ácido fólico, minerales y vitaminas; en algunas ocasiones inclusive será necesaria la suplementación de estos nutrientes al existir dificultad para obtenerlos a través de la alimentación. En los documentos analizados se encuentra que existe evidencia científica para recomendar una alimentación rica en proteínas que facilite a la mujer la energía proteica necesaria durante su gestación, hecho que reduce en un 45% todas las causas de mortinatos. Sin embargo, no hay evidencia científica que justifique que la suplementación con múltiples micronutrientes reduce los casos de muerte fetal. (Imdad, 2011)

En 2013 Liberato, en el estudio que llevó a cabo, esgrime la situación socioeconómica y las condiciones de vida de las gestantes como indicador para insistir a la mujer en la suplementación de su dieta con alimentos ricos en proteínas que les proporcione la energía proteica suficiente. Sin embargo, por el contrario, descarta los preparados comerciales de suplementación proteica, pues son muy ricos en carbohidratos y parecen tener efectos deletéreos en el feto en ciertos contextos. Además, revela que no existe acuerdo con relación al mejor momento para comenzar la suplementación, pues se observa que mientras la mayor parte del aumento de peso fetal ocurre en el tercer trimestre, será el estado nutricional pre-concepcional de la mujer el factor más importante como determinante del crecimiento fetal en el último trimestre del embarazo. Llegando, inclusive, a aconsejar la realización de estudios que analicen y revisen los criterios de recomendación de los dichos suplementos.

Schölmerich, relaciona la tasa de morbilidad perinatal con las desigualdades sociales que experimentan algunos grupos étnicos en entornos socialmente desfavorecidos, explica que la prevalencia de prematuridad se reduce al eliminar los factores de discriminación, al disminuir el estrés en la gestante. Este resultado cobra verdadera importancia al recordar, como ya se explicó en la introducción, que la concentración plasmática de albúmina y proteínas totales sufre una depleción considerable durante las situaciones de estrés.

## DISCUSIÓN

En España, desde 2008, en las personas en situación social desfavorecida y/o vulnerable, debido a la crisis económica, es frecuente la malnutrición principalmente de carácter proteico-energético. La malnutrición incluye tanto a la obesidad como a la desnutrición, patologías ampliamente estudiadas durante los primeros años de la vida, pero durante la gestación y el puerperio, la desnutrición no está bien identificada a través de la batería de pruebas analíticas que se realiza a la gestante cada trimestre. En general los protocolos de embarazo y puerperio están más orientados a la identificación de patologías asociadas a la obesidad, teniendo como indicadores nutricionales de la gestante, los niveles séricos de hemoglobina glicosilada y la ganancia ponderal materna, todos ellos indicadores de cantidad más que de calidad nutricional.

En la actualidad, dentro del protocolo de embarazo y puerperio, en el área de salud donde los investigadores prestan sus servicios, solo se lleva a cabo la determinación de hemoglobina glicosilada y la ganancia ponderal materna, indicadores nutricionales de cantidad. Debido a los resultados encontrados en los artículos revisados se echan en falta dentro del mencionado protocolo de embarazo y puerperio, los parámetros séricos de albúmina y proteínas totales, indicadores de calidad nutricional. Por tanto para determinar el estado nutricional real de la mujer, en esa etapa de su vida, sería recomendable incluir en la batería de pruebas que se realiza cada trimestre, la determinación de los niveles séricos de albúmina y proteínas totales como parámetros específicos que aportan información excepcional del estado nutricional real de la mujer, alertando y guiando al profesional sanitario en la detección precoz de una

posible malnutrición en la gestante, aun residiendo en un país con unas condiciones socio-sanitarias óptimas.

Además, durante las revisiones programadas que realiza la gestante, es imprescindible valorar su estado nutricional, promover recomendaciones dietéticas e incidir en el consumo de alimentos ricos en calcio, hierro, ácido fólico y proteínas principalmente, los cuales son de gran importancia para ella y su futuro hijo. Esta intervención en salud debería aplicarse por igual en todas las mujeres en el control del embarazo y no solo en los casos de diabetes gestacional, alteración del índice de masa corporal o endocrinopatías, ya que la mayor deficiencia de conocimientos de una buena alimentación se observa en gestantes con bajos recursos económicos.

## CONCLUSIONES

En la actualidad, la batería de pruebas que se solicita a la mujer durante su gestación no revela su estado nutricional real, siendo necesario incorporar los niveles séricos de albúmina y proteínas totales, como parámetros específicos que aportan información excepcional de la calidad y del estado nutricional real de la mujer.

## BIBLIOGRAFÍA

(Citada en estilo APA 2017 - 6ta Edición)

Sánchez, C. M. E, C. S. J., Bernal, M. S. A. I. G., Rodríguez, M. S. G. P., Marquez, I. P., Valdés, R. J. C., Torriente, M. S. G. M. Z. (2013) Consejos útiles sobre la alimentación y nutrición de la embarazada. Editorial Lazo Adentro.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2014) Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio.

Cruz Almaguer, C. D. L. C., Cruz Sánchez, L., López Menes, M., González, J. D. (2012) Nutrición y embarazo: algunos aspectos generales para su manejo en la atención primaria de salud. Revista Habanera de Ciencias Médicas, 11(1), 168-175.

Correa, L. M. M., Cadavid, A. D., Sosa, B. E. P., Mesa, S. L. R., López, L. M. (2011) Modificación del aporte de energía y de nutrientes en la dieta de embarazadas que participaron en un programa de complementación y suplementación alimentaria. Perspectivas en Nutrición Humana, 10(2), 153-163.

Esteban, I., Jack, J. (2011) Prevalencia de malnutrición protéico-energético en gestantes mediante análisis de albúmina sérica en el INMP, en el periodo octubre–noviembre del 2010.

Imdad, A., Yakoob, M. Y., Bhutta, Z. A. (2011) The effect of folic acid, protein energy and multiple micronutrient supplements in pregnancy on stillbirths. BMC Public Health, 11(3), S4.

Liberato, S. C., Singh, G., Mulholland, K. (2013) Effects of protein energy supplementation during pregnancy on fetal growth: a review of the literature focusing on contextual factors. Food and nutrition research, 57.

Schölmerich, V. L., Erdem, Ö., Borsboom, G., Ghorashi, H., Groenewegen, P., Steegers, E. A., Denktas, S. (2014) The association of neighborhood social capital and ethnic (minority) density with pregnancy outcomes in the Netherlands. PLoS one, 9(5), e95873.

**ID57:****PROYECTO PARA LA EDUCACIÓN SANITARIA EN LA PREVENCIÓN Y DESHABITUACIÓN DEL HÁBITO TABÁQUICO EN ADOLESCENTES**Teresa Vicente García <sup>1</sup>, José Vicente García <sup>2</sup>

1 EIR EFyC, 2 MIR Cirugía Plástica y Reparadora.

[tvicente@usal.es](mailto:tvicente@usal.es)**RESUMEN**

El tabaco es un problema importante de salud pública. En ello radica la importancia de realizar una correcta educación sanitaria y prevención. Si conseguimos inculcar a los jóvenes un programa de vida saludable, se reducirían con creces las enfermedades que acarrea el tabaco.

Se carece de un programa frente al tabaco que cumpla con las características necesarias para que pueda ser llevado a cabo y que tenga efecto entre los más jóvenes. Por ello propongo un programa llevado a cabo por sanitarios enfermeros, ya que realizar una correcta educación sanitaria entra dentro de nuestras principales y más importantes funciones. Plan de Prevención y Deshabituación del Hábito Tabáquico en adolescentes en Salamanca.

**ABSTRACT**

Tobacco is a major public health problem. In this is the importance of carrying out a correct health education and prevention. If we succeeded in instilling a healthy life program for the young, we would greatly reduce the illnesses of tobacco.

There is a lack of a program against tobacco that meets the characteristics necessary for it to be carried out and that has an effect among the youngest. Therefore I propose a program carried out by sanitary nurses, since to realize a correct sanitary education enters within our main and more important functions. Plan of Prevention and Dishabituación of the Smoking Habit in adolescents in Salamanca.

**PALABRAS CLAVE**

Educación sanitaria, consultas de enfermería, prevención, tabaco, adolescentes.

Healtheducation, nursingconsultations, prevention, tobacco, adolescents

**INTRODUCCIÓN**

El tabaco es un tema que cobra especial protagonismo en la Educación Secundaria obligatoria e incluso en años anteriores. Se ha observado un déficit de información acerca de este tema en los centros educativos por lo que es necesario realizar una correcta educación sanitaria enfocada hacia la prevención de dicho hábito. Ello exige la adopción de medidas específicas de amplio alcance.

Tras la puesta en contacto con diferentes centros de enseñanza de Salamanca (Fray Luis de León y Lucía de Medrano) llegamos a la conclusión de que la educación y prevención sanitaria para adoptar una forma de vida saludable era escasa e incluso inexistente en relación al tabaco y que dicha información no era proporcionada por sanitarios. Solamente una enfermera de atención primaria imparte un programa de educación y prevención en un instituto de su zona correspondiente de salud. Las acciones aquí planteadas son enfocadas para ser realizadas por enfermeros sanitarios a través de programas de intervención, no obstante se requiere de la colaboración y participación de instituciones educativas.

Con objeto de profundizar en esta problemática, de proporcionar una correcta educación sanitaria en centros educativos y acercarse a los más jóvenes se elabora el presente Plan de Prevención y Deshabituación del Hábito Tabáquico en adolescentes en Salamanca. (Cyl)

## OBJETIVOS

- Lograr el consentimiento y legalidad por parte de la Junta de Castilla y León.
- Llevar a cabo este programa durante varios cursos escolares, logrando el apoyo y compromiso del centro.
- Retrasar la edad de inicio del hábito tabáquico en adolescentes mediante campañas y programas anti-humo.
- Garantizar un entorno escolar libre de humo.
- Incorporar la prevención del tabaquismo en el desarrollo de proyectos educativos en la enseñanza básica obligatoria.
- Sensibilizar a la comunidad educativa de las ventajas de mantenerse sin fumar y de abandonar el hábito tabáquico. Facilitando el acceso a los servicios de deshabituación.
- Desarrollar hábitos saludables entre la población adolescente.
- Disminuir la prevalencia de fumadores entre el alumnado escolarizado.
- Proporcionar una correcta información y educación sanitaria en colegios e institutos.
- Captación de fumadores y educación sanitaria en centros de salud. Nuevas medidas antitabaco.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se elabora un plan integral, flexible, interinstitucional y profesional de prevención y deshabituación del hábito tabáquico dirigido a adolescentes con edades comprendidas entre desde los 14 a 17 años.

Los destinatarios fundamentales del presente plan son los alumnos que se encuentran en la Educación Secundaria Obligatoria, siendo estas las edades donde incide el riesgo de comenzar a fumar. También irán enfocadas hacia el personal docente y familiares de los alumnos, ya es de vital importancia que estos transmitan unos valores de vida saludables a los jóvenes, ya que muchos profesores y padres son también fumadores.

En los centros de salud los destinatarios serán todos los pacientes del correspondiente área de salud.

### 1 DURACIÓN DEL PROGRAMA.

Para que un programa de estas características pueda ser efectivo debe ser constante, mas tratándose de población joven y adolescente. Por lo que debe ser durante un periodo amplio. En institutos se llevará a cabo durante los 4 cursos de Educación básica Obligatoria. En primer y segundo curso se tratará únicamente la prevención del tabaco y en los dos años siguientes prevención y deshabituación del hábito tabáquico.

En cada curso se dedicará un trimestre del año académico a dicho propósito.

En los Centros de Salud las nuevas medidas adoptadas deben ser constantes y permanentes en el tiempo.

### 2 EJE DE INTERVENCIÓN

Este programa está diseñado para la provincia de Salamanca aunque se puede realizar a nivel comunitario, siendo aprobado previamente por la Junta de CyL.

Se llevará a cabo en todos los institutos y centros educativos que acepten el compromiso de realizar dicho programa durante un periodo de tiempo no inferior a dos años.

En los centros de Salud se tomarán las medidas que a continuación se detallan en el programa.

### 3 PRINCIPIOS DE INTERPRETACIÓN E INTERVENCIÓN

- La educación sanitaria es un derecho y posee una gran importancia en la vida de todo individuo.
- Es fundamental el avance en el proceso de toma de conciencia del problema que el tabaco supone para la salud.
- La problemática del tabaco presenta consecuencias a nivel escolar, personal, familiar, social y económico.

## RELEVANCIA

Actualmente en Castilla y León existen dos programas educativos relacionados con la salud destinados a los más jóvenes.



En los Centros de Salud de Salamanca solo existe el tabaco dentro de la cartera básica de servicios, pero no se llevan a cabo programas de prevención y control del hábito tabáquico, a excepción de si la enfermera quiere tratar el tema a título personal.

A nivel escolar existe el programa Discover y Construyendo Salud.

El programa Discover es un programa de prevención de drogodependencias. El proyecto original consta de nueve niveles. Cada uno de ellos incluye un libro del alumno, una guía del profesor y un sistema de apoyo para el profesor. Este programa va orientado a promover entre los escolares el no consumo. Comenzó a realizarse en Castilla y León en el año 96-97. (1)

En el Discover se abordan principalmente los siguientes contenidos: autoestima y manejo del estrés, apoyo social, conocimientos sobre drogas, actitudes saludables, percepción de situaciones de riesgo y habilidades de comunicación. (1)

El programa Construyendo Salud consta de los siguientes apartados: mejorar los conocimientos sobre los efectos y riesgos de las drogas, ajustar la percepción de los adolescentes sobre la extensión y grado de aceptación real del consumo de drogas, modificar actitudes y reducir las intenciones de consumo de drogas en el futuro, retrasar la edad de inicio y reducir los consumos habituales y abusivos del alcohol y tabaco. (1)

Como se puede comprobar, las intervenciones dedicadas al tabaco son escasas, concretamente dos. Por lo que no se puede profundizar y tratar el tabaco con tiempo para lograr los objetivos marcados. Además, estos programas no se llevan a cabo por sanitarios. En salamanca son prácticamente inexistentes.

#### **BIBLIOGRAFÍA**

1. Junta de Castilla y León [Internet].Castilla y León: Junta de Castilla y León; [acceso 18 marzo de 2013].Comisionado Regional para la Droga. Disponible en: [http://www.jcyl.es/web/jcyl/Gobierno/es/Plantilla66y33/1284181796536/\\_/\\_/\\_](http://www.jcyl.es/web/jcyl/Gobierno/es/Plantilla66y33/1284181796536/_/_/_)

**ID74:****EVALUACIÓN DEL IMPACTO DE LAS MEDIDAS DE MEJORA EN LAS ACTIVIDADES DE EDUCACIÓN PARA LAS SALUD E INTERVENCIONES COMUNITARIAS EN UN CENTRO DE SALUD**Carmen Gómez Pesquera<sup>1</sup>, Raquel Pérez Barrios<sup>1</sup>

Centro de Salud Las Fronteras. Servicio Madrileño de la Salud

[mgomezp@salud.madrid.org](mailto:mgomezp@salud.madrid.org)**RESUMEN**Introducción

En nuestro centro de salud se establecen mejoras para potenciar las actividades de educación para la salud (Eps).

Objetivos

Evaluar tras 4 años de puesta en marcha de las mejoras:

- El tipo y número de actividades de Eps
- El porcentaje de horas empleado por enfermera
- El porcentaje de días con actividades de Eps
- El número de usuarios participantes.

Desarrollo

Los datos corresponden a 2013-2016. Los datos se obtienen del registro informático.

Resultados

Las actividades han pasado de 11 en 2013 a 25 en 2016. El porcentaje de horas anuales por enfermera aumentó de 0,86% en 2013 a 1,56% en 2016. El porcentaje de días con actividades fue 12,99% en 2013 hasta 25,54% en 2016. Los usuarios participantes aumentaron de 653 en 2013 a 1.268 en 2016.

Conclusiones

La evaluación de dichas medidas es positiva. Nos planteamos establecer actividades como servicios permanentes en la planificación anual del centro de salud.

**ABSTRACT**Introduction

Improvements are established in our primary care centre to promote health education activities.

Objectives

After four years of implementation of the improvements, perform an evaluation of:

- The type and number of health education activities
- The percentage of hours used per nurse
- The percentage of days with health education activities
- The number of participating users

Methods

The data correspond to 2013-2016. The data are obtained from the computer registry.

Results

The activities have increased from 11 in 2013 to 25 in 2016. The percentage of annual hours per nurse increased from 0,86% in 2013 to 1,56% in 2016. The percentage of days with activities was 12,99% in 2013 up to 25,54% in 2016. The participating users increased from 653 in 2013 to 1.268 in 2016.

Conclusions

The evaluation of these measures is positive, we intend to establish activities as permanent services in the annual planning of the primary care centre.

**PALABRAS CLAVE**

Educación sanitaria, atención primaria, calidad sanitaria, comunidad.

Health education, primary healthcare, quality of healthcare.

## INTRODUCCIÓN/PRESENTACIÓN

Desde la puesta en marcha de la Atención Primaria, las actividades de educación para la salud dirigidas a colectivos, grupos, en el ámbito escolar o comunitario, han formado parte de los servicios que se prestan en los centros de salud aunque su despliegue ha sido muy desigual dependiendo del centro de salud o del momento temporal.

En la cartera de servicios de la Gerencia de Atención Primaria del Servicio Madrileño de la Salud están incluido los servicios de Educación para la salud en Centros Educativos, de Educación para la salud a otros grupos y el servicio de Intervenciones comunitarias. Por tanto los centros de salud de la Comunidad de Madrid establecen junto con las Direcciones Asistenciales objetivos anuales para el desarrollo de estos servicios. El mayor o menor cumplimiento de estos pactos anuales esta en relación con el compromiso que los profesionales de los centros tienen en la realización de este tipo de servicios.

En el centro de salud Las Fronteras situado en el término municipal de Torrejón de Ardoz de la Comunidad de Madrid se ha ido desarrollando en los últimos años actividades de educación para la salud (Eps) a grupos, tanto en el ámbito escolar como comunitario de forma esporádica, sin una continuidad y en base a la motivación de algunos profesionales.

En el año 2013, se decide conjuntamente entre el equipo directivo y el responsable de educación para la salud establecer una medidas que permitan dar continuidad a las actividades de Eps, incorporándolas como una oferta permanente.

De esta manera se establecen relaciones con los centros escolares y asociaciones consolidando una oferta anual de actividades de Eps y estableciendo de forma periódica actividades comunitarias implicándose también otras administraciones como ayuntamiento, grupos sociales, asociaciones de pacientes, salud pública o el hospital de Torrejón.

Para conseguir una mejora en estos servicios de Eps se deciden las siguientes medidas:

- Las actividades de Eps deben planificarse anualmente y serán coordinadas, no necesariamente realizadas, por el responsable de Eps
- Todos los profesionales del centro (sanitarios y no sanitarios) deben participar en su captación y apoyo.
- Todos los profesionales de enfermería del centro deben participar en alguna actividad de Eps o intervención comunitaria (IC) a lo largo del año de acuerdo a sus competencias y disponibilidad.
- El equipo directivo monitorizará e impulsará estas medidas.

Tras 4 años de puesta en marcha de estas medidas se decide analizar por parte del responsable de Eps y del equipo directivo la evolución en cuanto al número de actividades realizadas y el número de pacientes que han participado en ellas y la repercusión en el tiempo asistencial que supone para los profesionales de enfermería la realización de estas actividades.

## OBJETIVOS (DE LA EXPERIENCIA)

- Evaluar el tipo y número de actividades de Eps y de intervenciones comunitarias (IC) realizadas a lo largo de los años 2013, 2014, 2015 y 2016.
- Evaluar el porcentaje de horas anuales empleado por las enfermeras en este tipo de actividades en relación a las horas anuales asistenciales.
- Conocer el porcentaje de días laborables en las que se han ofrecido actividades de Eps o IC durante estos 4 años
- Conocer el número de usuarios participantes en este tipo de actividades durante estos 4 años.

## DESARROLLO

Los datos corresponden a los años 2013 hasta 2016.

Se han obtenido los datos del registro informático de actividades de Eps e IC EpSalud de la Gerencia de Atención Primaria del Servicio Madrileño de la Salud. Las actividades realizadas se han agrupado en 4 tipos atendiendo a su duración, complejidad e impacto. Los cuatro grupos son:

- *Días de sensibilización*, que comprenden charlas o mesas informativas y de captación que se pueden realizar en el propio centro de salud o en algún otro lugar del municipio. Duran prácticamente la jornada laboral completa y el número de profesionales participantes es alto. Algunos ejemplos son el

Día Europeo del Riesgo Cardiovascular, el Día Mundial contra el SIDA, el Día Mundial de la Diabetes o el Día Mundial contra la Violencia de Género.

- *Actividades con otras asociaciones*, que comprenden actividades de información en sus lugares habituales de reunión como la asociación de mujeres árabes o la asociación de pacientes con diabetes, o actividades de captación como las realizadas con los mediadores culturales del programa de prevención de VIH y pruebas rápidas que se realizan en lugares estratégicos del municipio. Se realizan en tiempo más limitado y con 2 o 3 profesionales.

- *Talleres de Eps en centros educativos* de infantil, primaria o secundaria dirigido tanto al alumnado como a padres o profesores sobre cuestiones relacionadas con la salud. Se llevan a cabo en sesiones de una hora según el proyecto de salud en varias sesiones y varios días impartido por 2 ó 3 profesionales.

- *Talleres sobre autocuidados dirigidos a pacientes crónicos*, llevados a cabo en el centro de salud con el fin de capacitarles en el manejo de su enfermedad crónica, como los talleres para pacientes con diabetes, para pacientes fumadores para dejar de fumar, a pacientes con tratamientos anticoagulante, pacientes con obesidad o problemas de memoria. Su duración no es más de 90 minutos y lo llevan a cabo 2 o 3 profesionales.

Para el cálculo del tiempo empleado por las enfermeras en llevar a cabo este tipo de actividades se ha estimado 231 días trabajados anuales, descontando vacaciones y permisos oficiales, y 5 horas de actividad asistencial diaria.

## RESULTADOS

En cuanto al tipo y número de actividades realizadas durante estos 4 años de puesta en marcha de las medidas han sido:

En cuanto a los días de sensibilización se han realizado 5 cada año, a excepción del año 2016 que fue de 6. Las actividades con otras asociaciones se han ido incrementando cada año pasado de 2 actividades en el 2013, a 5 en 2014, 6 en 2015 y 8 en el 2016. Los talleres en centros educativos se han incrementado en los 3 primeros años, siendo de 1 actividad en 2013, 3 en 2014, y 7 en 2015, pero ha descendido en 2016 pasando a solo 4. Los talleres sobre autocuidados han ido incrementándose de 3 en 2013 y 2014, 4 en 2015, y 7 en 2016. (Ver tabla 1)

El número de usuarios participantes en este tipo de actividades ha sido de 653 en 2013, 1.305 usuarios en 2014, 1.092 en 2015 y 1.268 en 2016, siendo el incremento sobre todo en participantes en días de sensibilización y en talleres de autocuidados (ver tabla 2).

Las 18 enfermeras que comprenden la plantilla del centro han participado al menos en una actividad de Eps e IC anualmente durante los 4 años.

En cuanto al porcentaje anual de horas invertido individualmente por las enfermeras en Eps e IC se ha ido incrementando desde el 0,86% en el año 2013, 1,49% en 2014, 1,51% en 2015 y finalmente a 1,56% en 2016 (Tabla 3). En cuanto al porcentaje de días con actividades de Eps e IC fue de 12,99% en 2013, 23,38% en 2014, 22,51% en 2015 y 25,54% en 2016 (Tabla 4).

A lo largo de los 4 años también han participado en actividades de Eps e IC otros profesionales del equipo como médicos de familia, fisioterapeuta, auxiliares de enfermería y residentes de enfermería familiar y comunitaria, pero no se ha tenido en cuenta para el cálculo del porcentaje de horas invertido.

## CONCLUSIONES

Las medidas establecidas en el año 2013 han permitido un leve aumento en cuanto al número de actividades, al tiempo invertido y a los usuarios participantes, pero nos parece todavía un porcentaje muy pequeño del tiempo asistencial dedicado a este tipo de actividades de Eps e IC, por lo que es necesario seguir trabajando en este tipo de servicios.

Destacar también que muchas actividades se han repetido automáticamente todos los años por lo que ya forman parte de la oferta permanente del centro sobre todo en cuanto a los días de sensibilización, algunos de los talleres de autocuidados o talleres en centros educativos que se repiten anualmente.

Nos parece destacable la incorporación de profesionales de otras categorías y es una medida a potenciar. Dada que la evaluación de dichas medidas es positiva, nos planteamos objetivos más ambiciosos en cuanto a aumentar el número de actividades y las relaciones con otras asociaciones manteniendo alianzas con las mismas, estableciendo actividades como servicios permanentes en la planificación anual de los

servicios ofrecidos en nuestro centro de salud y seguir potenciando el papel del responsable de Eps como coordinador y potenciador de este tipo de actividades.

Viendo que las medidas llevadas a cabo muestran un aumento de la incorporación del número de profesionales de enfermería en la realización de actividades de EPS, nuestro objetivo final, no es otro, que motivar a dichos profesionales para que incorporen la EPS comunitaria como cualquier otra tarea y que en su quehacer diario no les resulte ni trabajosa ni cuestionable.

Así la EPS comunitaria será una actividad más del día a día de los profesionales de enfermería.

**BIBLIOGRAFÍA**

CARTERA DE SERVICIOS ESTANDARIZADOS de Atención Primaria de Madrid. 5ª Edición. Noviembre 2016

**GRÁFICOS Y/O TABLAS**

2013	2014	2015	2016
Días de Sensibilización	Días de Sensibilización	Días de Sensibilización	Días de Sensibilización
Día del Riesgo Cardiovascular	Día del Riesgo Cardiovascular	Día del Riesgo Cardiovascular	Día Riesgo CV
Día sin humo	Día sin humo	Día sin humo	Día sin humo
Día mundial de la diabetes (mesa)	Día mundial de la diabetes (paseo)	Día mundial de la diabetes (paseo)	Día diabetes (paseo)
Día mundial de la diabetes (paseo)	Día Mundial Contra Sida	Día mundial de higiene de manos	Día diabetes: mesa informativa
Día Mundial Contra Sida	Día mundial de higiene de manos	Día contra la violencia de genero	Día higiene de manos
Actividades con otras asociaciones	Actividades con otras asociaciones	Actividades con otras asociaciones	Día contra la violencia de genero
Semana de la Salud de Torrejon de Ardoz	Semana de la Salud de Torrejon de Ardoz	Semana de la Salud (merienda saludable)	Actividades con otras asociaciones
Día mundial de la de la prueba rapida VIH	Día mundial de la de la prueba rapida VIH	Semana salud (salud afectivo-sexual)	Semana Lactancia Materna
Actividades centros escolares	Asociacion mujeres arabes edicion 1	Día mundial de la de la prueba rapida VIH	Día mundial de la de la prueba rapida VIH
Colegio Jaby	Programa subeT dela Fundacion Atenea	Cuidadoras de la residencia ancianos (Higiene paciente)	DíaMundial conta el SIDA (captacion para pruebas rapid
Talleres de autocuidados	Programa subeT dela Fundacion Atenea	Cuidadoras de la residencia ancianos (Higiene de manos)	Proyecto cuidadoras residencia de ancianos
Taller de diabetes 1	Actividades centros escolares	DíaMundial conta el SIDA (captacion para pruebas rapidas)	Jornadas P. Rapidas VIH junio
Taller de diabetes 2	IES Leon Felipe edicion 1	Actividades centros escolares	Taller niños asoc diabeticos
Taller de memoria	IES Leon Felipe edicion 2	Colegio Jaby (sexualidad grupo FP)	Jornadas P. Rapidas VIH febrero
	Colegio Jaby	Colegio Jaby (sexualidad 3º y 4º ESO)	Jornadas P. Rapidas VIH marzo
	Talleres de autocuidados	Colegio Jaby( Bucodental)	Actividades centros escolares
	Taller de memoria	Primeros auxilios Profes Ramon y Cajal	Colegio Jaby (sexualidad 3º y 4º ESO)
	Taller de diabetes 1	Primeros auxilios Profes Buen gobernador	IES Leon Felipe edicion 1
	Taller de diabetes 2	Primeros auxilios Profes J.R. jimenez	Diabetes profes Buen gobernador
		Colegio Alba (sexualidad)	Colegio Jaby tabaco
		Talleres de cronicos	Talleres de cronicos
		Taller de memoria	Taller de diabetes 1
		Taller de diabetes 1	Taller de diabetes 2
		Taller de diabetes 2	Taller tabaco1
		Taller pacientes anticoagulados	Taller tabaco 2
			Taller tabaco 3
			Taller tabaco 4
			Taller tabaco 5

Tabla 1: Actividades realizadas en el centro de salud Las Fronteras durante los años 2013, 2014, 2015 y 2016

Año	Días Sensibilización	Otras asociaciones	Centros educativos	Talleres cronicos
2013	373	75	172	33
2014	520	331	425	29
2015	560	260	230	42
2016	626	202	367	72

Tabla 2: número de usuarios por actividades de Eps e IC

Año	Porcentaje de horas por enfermera
2013	0,86
2014	1,49
2015	1,51
2016	1,56

Tabla 3: Porcentaje de hora por enfermeras en actividades de Epsy IC



Año	Porcentaje de días con activ. Eps
2013	12,99
2014	23,38
2015	22,51
2016	25,54

Tabla 4. Porcentaje de días con oferta de actividades de Epsy IC

**ID84:****ATENCIÓN INTEGRAL AL PACIENTE OSTOMIZADO EN ATENCIÓN PRIMARIA**Yaiza Gonzalo Arranz <sup>1</sup>, Elena Pérez González <sup>2</sup>, Claudia Hernaez Muriel <sup>3</sup>.<sup>1</sup>Centro de Salud Rosa de Luxemburgo, <sup>2</sup>Centro de Salud Barrio del Pilar, <sup>3</sup>Centro de Salud Ciudad de los Periodistas.[yaiza.gonzalo@salud.madrid.org](mailto:yaiza.gonzalo@salud.madrid.org)**RESUMEN**

**Introducción:** En España, en 2009, unas 70.000 personas adultas convivían con una ostomía. Un paciente tras la ostomía sufre un gran impacto, caracterizado por alteraciones bio-psico-sociales. Los cuidados que precisan deben tener una visión holística, incluyendo a la familia, y buscando una óptima calidad de vida.

**Metodología:** Búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos y en guías sanitarias publicadas.

**Resultados:** Una valoración pormenorizada de estos pacientes es imprescindible, pudiendo utilizarse cualquiera de las habituales en enfermería. Los cuidados integrales que debemos prestar deben girar en torno a diferentes esferas: autocuidados, nutricional, psicológica, sexual, aspectos de la vida diaria....

**Discusión:** La creación de consultas con expertos en estomaterapia no está implantada uniformemente en España. En Atención Primaria no debiéramos dejar de formarnos para prestarles cuidados de calidad.

**Conclusiones:** Una buena planificación de los cuidados favorecerá la recuperación y evitará complicaciones. La colaboración entre profesionales es fundamental.

**ABSTRACT**

**Introduction:** In Spain, in 2009, about 70,000 adults lived with an ostomy. A patient after the ostomy suffers a great impact, characterized by bio-psycho-social alterations. The care they need must have a holistic vision, including the family, and looking for an optimal quality of life.

**Methodology:** Bibliographic search in the main databases and published health guides.

**Results:** A detailed evaluation of these patients is essential, and any of the usual ones in nursing can be used. The integral care that we must render must revolve around different spheres: self-care, nutritional, psychological, sexual, aspects of daily life....

**Discussion:** The creation of consultations with stomatherapy experts is not uniformly implemented in Spain. In Primary Care we should not stop training to provide quality care.

**Conclusions:** Good care planning will promote recovery and avoid complications. Collaboration between professionals is fundamental.

**PALABRAS CLAVE**

Estomía, colostomía, ileostomía, atención de enfermería, calidad de vida.

Ostomy, colostomy, ileostomy, nursing care, quality of life.

**INTRODUCCIÓN/JUSTIFICACIÓN/OBJETIVO**

En España, en 2009, se calculó que el 1,5 por mil de la población convivía con una ostomía, es decir unas 70.000 personas adultas.

Se ha comprobado que los pacientes tras la realización de una ostomía sufren un gran impacto, caracterizado por alteraciones bio-psico-sociales que modificaran inevitablemente sus vidas cotidianas.

A pesar del apoyo que pueda recibir de la enfermera experta en estomaterapia, figura aún no implantada en todos hospitales españoles, desde Atención Primaria no podemos olvidarnos de estos pacientes. Sobre todo al alta, que es quizás, cuando más atención necesiten.

Los cuidados enfermeros que precisan deben tener una visión holística, que englobe diferentes aspectos, como cuidados del estoma, apoyo psicológico, adaptación en su día a día..., y también deben incluir, de forma inevitable, el importante papel de la familia.

Debe crearse una relación de ayuda y confianza, proporcionándole toda la información y cuidados necesarios para lograr un nivel óptimo de adaptación a su nueva vida, la consecución del autocuidado y además, conseguir una adecuada calidad de vida tanto para el paciente como para sus familiares. Por todo lo expuesto, resulta interesante analizar las necesidades de cuidados de estos pacientes, basándonos en una atención integral e integrada.

## DESARROLLO

La metodología empleada es la búsqueda bibliográfica, se consultaron las principales bases de datos: Pubmed, Cuiden, Scielo, Google académico, Cochrane Library, Fisterra y UpToDate. También se utilizaron Guías sanitarias publicadas por diferentes entidades.

Los términos clave utilizados fueron: estomía, colostomía, ileostomía, atención de enfermería, calidad de vida (ostomy, colostomy, ileostomy, nursingcare, quality of life). Se establecieron diversas combinaciones entre éstos con los operadores booleanos: And, Or.

Los límites de búsqueda utilizados fueron las fechas entre 2001 y 2016, y los idiomas: castellano e inglés. Tras la búsqueda y lectura crítica, se seleccionaron finalmente 12 documentos que encajaban con los objetivos y criterios de nuestra revisión y su calidad era adecuada.

Los principales resultados de la búsqueda abordan diferentes campos, detallados a continuación.

Una valoración pormenorizada de estos pacientes es de vital importancia, y para ello enfermería puede valerse de los Patrones Funcionales de M. Gordon, las Necesidades Básicas de V. Henderson....

Los cuidados integrales que debemos prestar a estos pacientes deben girar en torno a diferentes esferas como son:

**Autocuidados del estoma:** higiene diaria (con agua, jabón y una toalla o papel, sin productos especiales), manejo de su dispositivo (cambio de bolsa al menos diario, cambio de disco cada 3 días, medición correcta del estoma...), otras alternativas de material (bolsas más pequeñas, de una sola pieza, accesorios...), cuidados de la piel....

**Nutricional:** consejos sobre alimentación (dieta sana y equilibrada), hábitos en las ingestas (buena masticación, horarios regulares, al menos 5 comidas al día no excesivas...), información sobre los cambios esperados en la eliminación con el paso de los días y consejos para los episodios de flatulencia, diarrea y estreñimiento.

**Psicológica:** resolución de dudas y miedos, refuerzo de la autoestima, hablar sobre la nueva imagen corporal, valorar la ansiedad, explorar el desarrollo de su rol familiar y social, interrogar sobre alteraciones del sueño....

**Sexual:** resolver miedos y dudas, explorar problemas que precisen derivación a especialistas, información sobre posibles secuelas (impotencia, dolor, menor lubricación), informar sobre dispositivos para momentos íntimos, favorecer la comunicación con la pareja.

**Vida diaria:** hablar sobre su trabajo y la necesidad o no de adaptaciones, información sobre indumentaria (no comprimir el estoma, uso de tirantes en lugar de cinturón), no evitar la piscina y los baños en el mar, normalidad con los deportes excepto en los de contacto o de alto rendimiento (en los que hay que tener precauciones) y consejos sobre salidas al cine, cenas, vacaciones... (kit de recambio, disponibilidad de las farmacias de la zona vacacional...).

**Complicaciones del estoma:** información sobre las principales complicaciones, donde acudir y cómo actuar al respecto son datos que el paciente debe conocer. Enfermería debe conocer estas complicaciones y saber pautas básicas de actuación al respecto.

## DISCUSIÓN

La creación de consultas de enfermería con expertos en estomaterapia aún no está implantada uniformemente en todo el territorio nacional, por lo que podría haber diferencias en la atención del paciente según el hospital de referencia. Desde Atención Primaria debemos trabajar para suplir esas diferencias y ayudar al paciente a encontrar su nivel óptimo de calidad de vida.

Son muchas las publicaciones que hablan de los beneficios del seguimiento del paciente ostomizado, por ello en Atención Primaria no debiéramos dejar de formarnos para prestar cuidados de calidad a estos pacientes y realizar un buen seguimiento.



Hay pocos artículos, actuales, sobre la magnitud del problema y sobre la distribución geográfica de las consultas de Estomaterapia en Atención Especializada, así como de la colaboración entre ambos estamentos.

### CONCLUSIONES

Una buena planificación de los cuidados favorecerá la recuperación del paciente y evitará complicaciones. Desde Atención Primaria, dadas las características de la relación existente con los pacientes y sus familiares, podemos jugar un papel clave en su rehabilitación y reinserción.

La colaboración entre profesionales es clave para una adaptación y rehabilitación exitosa.

Los cuidados de enfermería deben ser holísticos, integrando todo lo relacionado con los aspectos físicos, psíquicos y sociales.

### BIBLIOGRAFÍA

- Bonill de las Nieves, C. Las dos caras de la enfermedad: Experiencia de una persona ostomizada. *Index de Enfermería*. 2008;17(1): 58-62.
- Fernández MA, Capitán JM. La estomaterapia: una necesidad sanitaria y social. *Seminario Médico*, 2001; 53(1), 25-32.
- Chaura-Guindic, L et al. Calidad de vida del paciente ostomizado. *Cir Cir*. 2011;79(2), 149-55.
- Gómez del Río, N. Los cuidados de enfermería en el impacto psicológico del paciente ostomizado. *ENE. Revista de Enfermería*. Dic. 2012; 7(3).
- Bodega Urruticochea, C et al. Cuidados Holísticos y Atención domiciliaria al paciente ostomizado. *ENE. Revista de Enfermería*. Ago. 2013; 7(3).
- Pulido R, Sánchez J, Baraza A. Cultura, educación y cuidados en la atención al paciente ostomizado. *Cultura de los Cuidados*. 2001;5(10):100-8.
- Montón Serrano, A.M. La unidad de estomaterapia: cuidando y enseñando a cuidar. *Anales de Ciencias de la Salud* 2006;9:155-166.
- Registered Nurses Association of Ontario (RNAO). Guías de buenas prácticas clínicas. Cuidado y manejo de la ostomía. RNAO.org [Internet]. 2009. [Consultado feb. 2017]. Disponible en: [http://www.evidenciaencuidados.es/es/attachments/article/46/ManejoOstomia\\_022014.pdf](http://www.evidenciaencuidados.es/es/attachments/article/46/ManejoOstomia_022014.pdf)
- Coloplast Ostomy Forum (C.O.F.). Guía para la planificación y el registro del cuidado del paciente ostomizado. [Internet]. 2015. [Consultado feb. 2017]. Disponible en: [http://www.aecp-es.org/img/guia\\_planificacion.pdf](http://www.aecp-es.org/img/guia_planificacion.pdf)
- Campo J, Caparrós MR. Pasado, presente y futuro de la unidad de estomaterapia del Hospital Clínico San Carlos. *Psicooncología*. 2006;3(1):189-194.
- Cots, Irene; Villalba, Esperanza. Guía de cuidados de enfermería a la persona portadora de un estoma, según patrones funcionales. Biblioteca Lascasas, 2011; 7(2). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0590.php>
- Ferreira-Umpiérrez A, Fort-Fort Z. Experiences of family members of patients with colostomies and expectations about professional intervention. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2014;22(2):241-7.

**ID96:****DISFUNCIÓN SEXUAL EN LA MENOPAUSIA: LA GRAN OLVIDADA DE ATENCIÓN PRIMARIA**Jéssica Hernández Gómez<sup>1</sup>; Lucía Medina Rodríguez<sup>2</sup>; África Barrera<sup>3</sup>; Nina Krasimirova<sup>4</sup>

1. Centro de salud García Noblejas. Madrid

[hernandez.gomez.jessica@salud.madrid.org](mailto:hernandez.gomez.jessica@salud.madrid.org)**RESUMEN****Introducción:**

La salud sexual y la satisfacción en la sexualidad son fundamentales para mantener el bienestar y la salud física y mental. A nivel mundial la prevalencia de disfunción sexual en las mujeres de mediana edad esta entre el 25% y el 43%. Aumenta tres veces durante el climaterio.

**Objetivos:**

Conocer la prevalencia de disfunción sexual en mujeres en la menopausia.

**Material y método:**

Estudio piloto descriptivo transversal. La población de estudio serán las mujeres de entre 45 y 70 años, con diagnóstico de menopausia. El pilotaje constará de 100 mujeres.

La recogida de datos para el estudio del problema se realizará mediante el cuestionario Función Sexual de la Mujer (FSM). Se realizará un estudio descriptivo de las variables.

**Relevancia:**

La sexualidad es la gran olvidada en la mujer a medida que avanza en edad y conocer los principales problemas sexuales que tienen permitirá mejorar su calidad de vida.

**ABSTRACT****Introduction:**

Sexual health and satisfaction in sexuality are fundamental to maintaining well-being and physical and mental health. Worldwide the prevalence of sexual dysfunction in middle-aged women is between 25% and 43%. Increases three times during the climacteric.

**Objectives:**

To know the prevalence of sexual dysfunction in women during menopause.

**Material and method:**

Cross-sectional descriptive pilot study. The study population will be women between the ages of 45 and 70, with a diagnosis of menopause. The piloting will consist of 100 women.

The data collection for the study of the problem will be carried out through the questionnaire Sexual Function of the Woman (FSM).

A descriptive study of the variables will be carried out.

**Relevance:**

Sexuality is the great forgotten in the woman as she advances in age and to know the main sexual problems that they will allow to improve their quality of life.

**PALABRAS CLAVE**

Climaterio, disfunción sexual, menopausia, función sexual, sexualidad.

**INTRODUCCIÓN**

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud sexual es el "estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad, la cual no es solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad. La salud sexual necesita un acercamiento positivo y respetuoso a la sexualidad y a las relaciones sexuales, así como, la posibilidad de obtener experiencias placenteras y seguras, libres de coacción, discriminación y violencia. La salud sexual debe defender, proteger, mantener y respetar los derechos sexuales de las personas. (1)

A su vez, la comunidad Internacional reconoce los derechos sexuales como derechos humanos fundamentales, universales e inalienables, y sólo en sociedades que los defienden, respetan y promueven es posible una sexualidad saludable. Es en este marco donde se ubica la salud sexual como un derecho esencial de toda persona. (1)

La salud sexual y la satisfacción en el ámbito de la sexualidad son elementos fundamentales para mantener el bienestar y la salud física y mental. (2) Mantener una actividad sexual satisfactoria resulta de la combinación de factores biológicos, psicológicos y culturales.

Hoy en día, la sexualidad sigue siendo un tema tabú para muchas personas y muchos profesionales sanitarios pueden pasarlo por alto y no valorarlo de forma adecuada. Esto podría influir en la calidad de vida de las personas ya que se ha demostrado que los problemas en la esfera sexual disminuyen la calidad de vida de las personas.

Dentro de la medicina clínica la sexualidad abarca un amplio campo y se relaciona con una concepción holística de la salud y la persona, siendo un componente central de la vida y la salud. (3) Los problemas en esta esfera se engloban en un gran término que es la disfunción sexual. Según el DSM-IV, la disfunción sexual se define como la dificultad durante cualquier etapa del ciclo sexual, que incluye deseo, excitación, orgasmo y resolución, que impide al individuo o pareja el disfrute de la actividad sexual. (4) Las disfunciones sexuales impiden el desarrollo de una vida erótica plena y pueden deteriorar la autoimagen y la autoestima de las personas.

La disfunción sexual puede darse en ambos sexos pero es necesario evaluarla con enfoque de género, ya que, en la actualidad es especialmente infravalorada en las mujeres, acentuándose este hecho a medida que la edad de las mujeres aumenta. Esto es un factor importante a tener en cuenta ya que debido al aumento de la esperanza de vida en los países desarrollados la mayoría de las mujeres pasarán un tercio de su vida, aproximadamente unos 30 años, en una etapa vital posreproductiva, (5) situación que obliga a realizar un abordaje integral de la sexualidad que reconozca la importancia de esta como elemento que proporcional calidad de vida a las mujeres. (6)

Esta etapa posreproductiva se engloba dentro del climaterio, que según el Comité de Nomenclatura de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia, es una etapa en la que la mujer inicia el proceso de envejecimiento y pasa de la etapa reproductiva a la no reproductiva. Este período se inicia alrededor de los 40 años y finaliza al comenzar la senectud, con 59 años. (6) El climaterio es una vivencia única y personal que puede llevar consigo una serie de riesgos para la salud.

Este período trae consigo una serie de variaciones que afectan a diferentes niveles: psicológico, físico y social además de en la función sexual. Todas estas modificaciones se producen como consecuencia de las alteraciones hormonales propias del envejecimiento de la mujer, donde destaca la disminución de estrógenos relacionado con el cese de la función folicular del ovario. Como consecuencia de estos cambios la mujer presenta una serie de signos y síntomas como pérdida de elasticidad vaginal, reducción del epitelio vaginal, disminución de la lubricación que conlleva sequedad, dispareunia, ansiedad, sudoración, irritabilidad, sofocos e insomnio, entre otros. Dentro del climaterio un hecho importante que tiene lugar es la menopausia. Según la OMS la menopausia es el cese permanente de la menstruación, determinado de manera retrospectiva, después de doce meses consecutivos de amenorrea, sin causas patológicas. (1) Desde la antigüedad se ha considerado como un proceso de seguimiento médico y prevención de la patología asociada. (7) Este proceso no se considera como enfermedad pero en ocasiones la magnitud de los signos y síntomas puede llegar a producir disconfort en la mujer, repercutiendo negativamente en su calidad de vida, y por lo tanto requerirá ayuda por parte de los profesionales sanitarios para adaptarse a la nueva situación y mitigar las posibles repercusiones en su vida. (6, 8, 9)

Todos estos cambios que caracterizan esta etapa vital de la mujer son los que pueden conducir a la aparición de disfunción sexual femenina en mujeres de mediana edad.

A nivel mundial la prevalencia de disfunción sexual en las mujeres de mediana edad se sitúa entre el 25% y el 43%. (10) Según un estudio la disfunción sexual aumenta tres veces durante el climaterio. (11) Debido a la alta prevalencia de la disfunción sexual femenina puede considerarse un problema de salud pública y como tal todas las pacientes que acuden a la consulta de atención primaria con un problema de este tipo tienen el derecho a recibir una atención sanitaria adecuada, estando recogido este punto dentro de la cartera de servicios de la Comunidad de Madrid con el servicio 306, que habla de los criterios de buena atención a la mujer en el climaterio, dentro de los cuales se encuentra la valoración de la sexualidad (12). Los distintos estudios muestran cómo la sexualidad es pasada por alto por los sanitarios, hasta en el 80% de las ocasiones es la mujer quien inicia la conversación y no el profesional y sólo un 6% de las que piden ayuda son citadas y evaluadas correctamente. (13)

Debido a la importancia que este problema tiene en la vida de la mujer, la consulta de enfermería debe tomar conciencia de la relevancia y repercusión que éste tiene. Por lo tanto, se debe realizar una valoración integral de la mujer, incluyendo la valoración de la sexualidad para poder detectar posibles alteraciones y poder trabajar sobre ellas para mejorar la calidad de vida de este grupo de población.

Para realizar la correcta valoración de este problema de salud se utilizan distintas escalas y cuestionarios. Entre ellos, destacar el cuestionario SyDSF-Ap que analiza las disfunciones sexuales femeninas en atención primaria (14), el Female Sexual FunctionIndex (FSFI), validado en español como Índice de Función Sexual Femenina (IFSF) (4) y el cuestionario de Función Sexual de la Mujer (FSM) elaborado y validado en España (15).

El uso de este tipo de herramientas permite realizar un acercamiento a los problemas de las mujeres, como ya se ha mencionado anteriormente, pero para ello también es necesario que los profesionales entiendan la relevancia del problema para poder abordarlo de la forma correcta.

Para facilitar que las mujeres en la menopausia hablen acerca de su salud sexual es importante mantener una relación de confianza con el profesional, el cual deberá poseer unas correctas habilidades comunicativas y utilizar un trato coherente y facilitador.

La consulta de enfermería es un lugar idóneo para desarrollar las técnicas de prevención y promoción y por lo tanto permite realizar una correcta valoración íntegra de la mujer y del patrón sexual-reproductivo de las mujeres que acuden a la misma.

Somos un grupo de residentes de segundo año de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria, que estamos interesados en conocer en la población femenina, en la etapa de la menopausia, las características de las posibles disfunciones sexuales que se presentan, para poder mejorar el abordaje de las mismas y de igual modo mejorar la calidad asistencial que prestamos desde las consultas de enfermería. Para ello, después de valorar los distintos cuestionarios, vamos a utilizar el cuestionario Función Sexual de la Mujer (FSM), porque nos parece el más adecuado, por la manera en la que se plantean las preguntas, a la hora de abordar este tema que supone una gran intimidad para la mujer.

## **OBJETIVOS**

- **OBJETIVO PRINCIPAL**
  - Conocer la prevalencia de disfunción sexual en mujeres en la menopausia, en relación al cuestionario “cuestionario Función Sexual de la Mujer (FSM)” en el “Centro de Salud Fronteras” de Torrejón de Ardoz.
- **OBJETIVOS SECUNDARIOS**
  - Describir las características de las disfunciones sexuales más frecuentes en relación al tiempo transcurrido desde la fecha de la última regla.
  - Describir el perfil sociodemográfico de las mujeres en la etapa de la menopausia.

## MATERIAL Y MÉTODOS

**TIPO DE ESTUDIO:** Estudio descriptivo transversal en el “Centro de Salud Fronteras” de Torrejón de Ardoz, Madrid.

**POBLACIÓN DE ESTUDIO:** Mujeres con edad entre 45 y 70 años que acuden a las consultas del CS Fronteras durante el periodo de estudio y que se encuentren en la etapa de la menopausia.

## CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Edad  $\geq$  45 años hasta 70 años.
- Que haya transcurrido un año desde la fecha de la última regla.
- Que acepten participar en el estudio mediante la firma del consentimiento informado.

## CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Menopausia por causa quirúrgica.
- Limitaciones lingüísticas o cognitivas para entender y poder contestar el cuestionario
- Presencia de metrorragia en los últimos dos meses.
- Tratamiento con antidepresivos o diagnóstico de depresión.
- Que en las últimas 4 semanas haya sufrido un proceso agudo como una intervención quirúrgica, un proceso oncológico o una enfermedad que haya requerido ingreso hospitalario.

## VARIABLES DEL ESTUDIO

1. Variable respuesta: “disfunción sexual”, según el cuestionario Función Sexual De la Mujer, que consta de 14 ítems y para diagnosticar disfunción sexual en la mujer sólo contabilizan los seis primeros. DEAS: Deseo, Excitación, Lubricación, Orgasmo, Problemas con la penetración vaginal y Ansiedad anticipatoria. (Anexo 1)

2. Relacionadas con las características de las disfunciones sexuales se recogen según el cuestionario Función Sexual De La Mujer. (La medición se detalla al final de este apartado)

- Deseo. Cualitativa ordinal. Recogida como:
  - Trastorno severo
  - Trastorno moderado
  - Sin trastorno
- Excitación. Cualitativa ordinal. Recogida como:
  - Trastorno severo
  - Trastorno moderado
  - Sin trastorno
- Lubricación: Cualitativa ordinal. Recogida como:
  - Trastorno severo
  - Trastorno moderado
  - Sin trastorno
- Orgasmo: Cualitativa ordinal. Recogida como:
  - Trastorno severo
  - Trastorno moderado
  - Sin trastorno
- Problemas con la penetración vaginal. Cualitativa ordinal. Recogida como:
  - Trastorno severo
  - Trastorno moderado
  - Sin trastorno
- Ansiedad anticipatoria. Cualitativa ordinal. Recogida como:
  - Trastorno severo
  - Trastorno moderado

- Sin trastorno
- Iniciativa sexual. Cualitativa Ordinal. Recogida como:
  - Ausencia de iniciativa
  - Iniciativa moderada
  - Sin problemas de iniciativa
- Grado de comunicación sexual. Cualitativa ordinal. Recogida como:
  - Ausencia de comunicación sexual
  - Comunicación sexual moderada
  - Sin problemas de comunicación sexual
- Satisfacción de la actividad sexual: Cualitativa ordinal. Recogida como:
  - Insatisfacción
  - Satisfacción moderada
  - Satisfactoria
- Satisfacción sexual general. Cualitativa ordinal. Recogida como:
  - Insatisfacción sexual general
  - Satisfacción sexual general moderada
  - Satisfacción sexual general
- Frecuencia de la actividad sexual. Cuantitativa Agrupada. Recogida como
  - 1-2 Veces
  - 3-4 Veces
  - 5-8 Veces
  - 9-12 Veces
  - Más de 12 Veces
- 1. Relacionadas con el perfil sociodemográfico.
  - Año de nacimiento. Cuantitativa continua. Agrupada en grupos de edad: 45-55 años; 56-65 años y 65-70 años
  - Situación laboral. Cualitativa dicotómica. Recogida como:
    - 1.2.i. En paro: SÍ/NO
    - 1.2.ii. Jubilado: SÍ/NO
    - 1.2.iii. Trabajo fuera de casa: SÍ/NO
    - 1.2.iv. Trabajo en casa: SÍ/NO
  - Fecha de la última regla. Cuantitativa. Agrupada en años: 1-3 años; más de 3 años.
  - Relación de pareja. Cualitativa dicotómica. Recogida como:
    - 1.4.i. Pareja estable: SÍ/NO
    - 1.4.ii. Pareja esporádica: SÍ/NO
    - 1.4.iii. Sin pareja: SÍ/N

## 2. MUESTRA

Se realizará un estudio piloto en el que se incluirán 100 mujeres pertenecientes a la población de estudio. Estimamos un período de 5 semanas para la recogida de datos.

## 3. RECOGIDA DE DATOS

Mediante el cuestionario Función Sexual de la Mujer (FSM) en el que hemos añadido cuatro preguntas para conocer el perfil sociodemográfico de la mujer y la fecha de la última regla porque queremos conocer si se relaciona con alguna de las disfunciones sexuales. (ANEXO 1).

### Captación de las participantes en el estudio:

- Se le ofrece participar en el estudio a las pacientes que cumplan criterios de inclusión y no de exclusión que acudan a las consultas de enfermería durante el período de estudio y se les garantiza que el cuestionario es totalmente anónimo.

- Se les entregará una **Hoja de información al paciente**. El cuestionario se cumplimentará en una sala diferente a la consulta y una vez cumplimentado será entregado al investigador principal en un sobre para que sea la persona encargada de guardarlo.

#### 4. ANÁLISIS DE LOS DATOS

Se realizará un estudio descriptivo de las variables:

- Para las variables cuantitativas: se estimará la media y la desviación estándar.
- Para las variables cualitativas se realizará distribución de frecuencias mediante porcentajes.

#### RELEVANCIA

La sexualidad se ha estudiado de forma extensa en el género masculino e incluso existe medicación para los problemas de los hombres pero las mujeres han pasado desapercibidas. Apenas hay estudios en mujeres con disfunción sexual y a través de los estudios realizados se ha observado que se trata de un problema que debe estudiarse y tenerse en cuenta como algo prioritario.

Este tipo de estudios permitiría que la atención a las mujeres en la etapa de la menopausia sea una atención integral y holística y a su vez esto conllevaría una mejorar de la calidad asistencial de la enfermera a sus pacientes mejorando a su vez la calidad de vida de estas mujeres.

La población en España cada vez se encuentra más envejecida por lo que cada vez hay más mujeres en esta etapa de la vida y debemos tenerlas en cuenta y valorarlas en todos los aspectos de su vida, incluida la sexualidad. Que existan cada vez más mujeres en esta franja de edad hace que realizar un pilotaje con este tipo de muestra sea relativamente fácil a pesar del tabú que supone la sexualidad.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud.
2. Cabral P., Canário A., Spyrides M., Uchôa S., Eleuterio J., Gonçalves A. Determinants of sexual dysfunction among middle-aged women. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 2013; 120:271-274.
3. Guía para el abordaje de la historia clínica sexual en atención primaria. Comunidad de Madrid. 2015.
4. Monterrosa-Castro A., Márquez-Vega J., Arteto-Acosta C. Calidad de vida y disfunción sexual en mujeres climatéricas residentes en una región del caribe colombiano. *Rev. Cienc. Biomed*. 2014; 5 (1): 45-65.
5. Zeleke B., Bell R., Billah B., Davis S. Vasomotor and sexual symptoms in older Australian women: a cross-sectorial study. *Gynecology and Menopause*. 2016: vol 105: 149-155.
6. Rivera Moya D., Bayona Abello S. Climaterio y función sexual: un abordaje integral a la sexualidad femenina. *CES SaludPública*. 2014 Jan; 5 (1): 70-76.
7. Leyva-Moral J.M. The menopause and immigrant Ecuadorian women: a natural experience in the hands of others. *IndexEnferm*. 2013: vol. 22: no 4.
8. Pérez-Roncero GR, Martínez-Dearth R, López-Baena MT, Ornat-Clemente L. Síntomas relacionados con el climaterio en mujeres residentes en la provincia de Zaragoza. *Enfermería Clínica*. 2013; Dec, 31;23(6):252-61.
9. Gomez Ayala, A-E. Menopausia, salud genitourinara. *Revista Ámbito farmacéutico, oficina de farmacia*. 2010 Sep,29 (5)
10. Sanchez M., Hernández E. Climaterio y sexualidad. *Enfermería Global*. 2015; 14 (40): 76-85.
11. Chedraui P, Pérez-López F.R. Assessing sexual problems in women at midlife using the short version of the female sexual function index. *Maturitas*. 2015: 293-302.



12. Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria. Madrid: Servicio de Programas Asistenciales Subdirección General de Atención Primaria. 2009.

13. Shifren JL, Johannes CB, Monz BU et al. Help-seeking behavior of women with self-reported distressing sexual problems. J WomensHealth (Larchmt) 2009; 18:461

14. López-Olmos J. Trastorno del deseo sexual hipoactivo: comparación de 2 cuestionarios (breve perfil de la función sexual en la mujer y salud y disfunción sexual femenina en atención primaria) en 2 grupos de mujeres (ovariectomizadas e hysterectomizadas y normales). ClinInvestGinObst. 2010; 37 (1): 14-26.

15. Sanchez F., Perez Conchillo M., Borrás Valls J.J., Gómez Llorens O., Aznar Vicente J., Caballero Martín de las Mulás A. Diseño y validación del cuestionario de Función Sexual de la mujer (FSM). AtenPrimaria. 2004; 34 (6): 286-94.

16. Jaafarpour M, Khani A, Khajavikhan J, Suhrabi Z. Female Sexual Dysfunction: Prevalence and Risk Factors. Journal of Clinical and Diagnostic Research. 2013 Dec, Vol-7(12): 2877-2880.

**GRÁFICOS Y/O TABLAS**



**TABLA 1: CUESTIONARIO DE FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA**

	<b>Fecha</b>	
<b>Unidad/Centro</b>		<b>Nº Historia</b>
<b>Edad:</b> .....		
<b>Fecha de la última regla (año):</b> .....		
<b>¡Atención!</b> Lea atentamente el cuestionario antes de rellenarlo, marque con una X una respuesta para cada pregunta.		
<b>Situación laboral:</b> En paro <input type="checkbox"/> Jubilada <input checked="" type="checkbox"/> Trabajo fuera de casa <input type="checkbox"/> Trabajo en casa <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<b>Situación sentimental:</b> Pareja estable <input type="checkbox"/> Pareja esporádica <input type="checkbox"/> Sin pareja <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

**CUESTIONARIO EVALUADOR DE LA FUNCIÓN SEXUAL DE LA MUJER –FSM-** Se trata de una escala auto-administrada que consta de 15 ítems.

**Pregunta llave**

0	<p><b>¿HA TENIDO USTED ACTIVIDAD SEXUAL DURANTE LAS ÚLTIMAS CUATRO SEMANAS?</b></p> <p><i>Nota informativa: La actividad sexual puede ser en pareja o mediante estimulación sexual propia, incluyendo caricias, juegos, penetración, masturbación.....</i></p>	<p>SI</p> <hr/> <p>NO</p>
---	--	---------------------------

Si la respuesta es “Sí” cumplimente el cuestionario de función sexual marcando, en cada pregunta, solo una casilla.



Ítems	Ítems	Respuesta
1	Durante las últimas 4 semanas ¿Ha tenido fantasías (pensamientos, imágenes....) Relacionadas con actividades sexuales?	Nunca
		Raramente
		A veces
		A menudo
		Casi siempre - Siempre
2	Durante las últimas 4 semanas ¿Ha tenido pensamientos ó deseos de realizar algún tipo de actividad sexual?	No sabe/No contesta
		Nunca
		Raramente
		A veces
		A menudo
3	Durante las últimas 4 semanas ¿Le ha resultado fácil excitarse sexualmente?	Casi siempre - Siempre
		No sabe /No contesta
		Nunca
		Raramente
		A veces
4	En las últimas 4 semanas, durante la actividad sexual, cuando le han (o se ha) tocado o acariciado ¿ha sentido excitación sexual?, por ejemplo sensación de “ponerse en marcha”, deseo de “avanzar más” en la actividad sexual.	A menudo
		Casi siempre - Siempre
		No sabe/No contesta
		Nunca
		Raramente
5	Durante las últimas 4 semanas, cuando se sintió excitada sexualmente ¿notó humedad y/o lubricación vaginal?	A veces
		A menudo
		Casi siempre - Siempre
		No sabe/No contesta
		Nunca
6	En las últimas 4 semanas, durante su actividad sexual, cuando le han (o se ha) tocado o acariciado en vagina y/o zona genital ¿ha sentido dolor?	Casi siempre - Siempre
		A menudo
		A veces
		Raramente
		Nunca
7a	En las últimas 4 semanas, durante su actividad sexual, la penetración vaginal (del pene, dedo, objeto...) ¿podía realizarse con facilidad? <i>Instrucciones: no debe de contestar a esta pregunta si no ha habido penetración vaginal en las últimas 4 semanas. En su lugar responda la pregunta 7b</i>	No sabe/No contesta
		Nunca
		Raramente
		A veces
		A menudo

7b	¿Indique por qué motivo no ha habido penetración vaginal durante las últimas 4 semanas? <i>Instrucciones: cumplimente esta pregunta solo si no contestó a la anterior (pregunta 7).</i>	Por sentir dolor	
		Por miedo a la penetración	
		Por falta de interés para la penetración vaginal	
		No tener pareja sexual	
		Incapacidad para la penetración por parte de su pareja	
		No sabe/No contesta	
8	Durante las últimas 4 semanas, ante la idea o posibilidad de tener actividad sexual ¿ha sentido miedo, inquietud, ansiedad.....?	Casi siempre - Siempre	
		A menudo	
		A veces	
		Raramente	
		Nunca	
No sabe/No contesta			
9	Durante las últimas 4 semanas, ¿ha alcanzado el orgasmo cuando ha mantenido actividad sexual, con o sin penetración?	Nunca	
		Raramente	
		A veces	
		A menudo	
		Casi siempre - Siempre	
No sabe/No contesta			
10	En las últimas 4 semanas ¿cuántas veces ha sido usted quien ha dado los pasos iniciales para provocar un encuentro sexual con otra persona? <i>Nota informativa: el término "con otra persona" se refiere a su pareja si la tiene, otra u otras personas, independientemente de su sexo.</i>	Nunca	
		Raramente	
		A veces	
		A menudo	
		Casi siempre - Siempre	
No sabe/No contesta			
11	Durante las últimas 4 semanas, ¿se ha sentido confiada para comunicar a su pareja lo que le gusta o desagrada en sus encuentros sexuales?	Nunca	
		Raramente	
		A veces	
		A menudo	
		Casi siempre - Siempre	
No sabe/No contesta			
12	Durante las últimas 4 semanas ¿cuántas veces ha tenido actividad sexual?	1-2 veces	
		De 3 a 4 veces	
		De 5 a 8 veces	
		De 9 a 12 veces	
		Más de 12 veces	
No sabe/No contesta			
13	Durante las últimas 4 semanas, ¿disfrutó cuando realizó actividad sexual?	Nunca	
		Raramente	
		A veces	

		A menudo	
		Casi siempre - Siempre	
		No sabe/No contesta	
14	En general, en relación a su vida sexual durante las últimas 4 semanas, ¿se ha sentido satisfecha?	Muy insatisfecha	
		Bastante insatisfecha	
		Ni satisfecha ni insatisfecha	
		Bastante satisfecha	
		Muy satisfecha	
		No sabe/No contesta	

**CUESTIONARIO EVALUADOR DE LA FUNCIÓN SEXUAL DE LA MUJER –FSM-**

**Instrucciones para el profesional:**

**Población diana:** Mujeres en la etapa de menopausia. Se trata de una escala autoadministrada que consta de 14 ítems, tras una pregunta llave. Cada ítem del cuestionario FSM puntúa entre 1 y 5. Su interpretación atiende a las siguientes consideraciones:

	<u>Dominio</u> evaluadores de actividad sexual (DEAS)	<u>Ítems</u>	<u>Puntuación Total</u>	<u>Interpretación</u>
<i>Evalúan la Respuesta Sexual y la presencia de Disfunción Sexual</i>	1-Deseo	1, 2, 4	1-3	Trastorno severo
			4-7	Trastorno moderado
			8-15	Sin trastorno
	2-Excitación	3, 4, 5	1-3	Trastorno severo
			4-7	Trastorno moderado
			8-15	Sin trastorno
	3-Lubricación	5	1	Trastorno severo
			2	Trastorno moderado
			3-5	Sin trastorno
	4-Orgasmo	9	1	Trastorno severo
			2	Trastorno moderado
			3-5	Sin trastorno
	5-Problemas con la penetración vaginal	6, 7a, 8	1-3	Trastorno severo
			4-7	Trastorno moderado
			8-15	Sin trastorno
6-Ansiedad anticipatoria	8	1	Trastorno severo	
		2	Trastorno moderado	
		3-5	Sin trastorno	
<i>Evalúan aspectos relacionales de la actividad sexual</i>	7-Iniciativa sexual	10	1	Ausencia de iniciativa
		2	Iniciativa moderada	
		3-5	Sin problemas de iniciativa	
	8-Grado de comunicación sexual <sup>a</sup>	11	1	Ausencia de comunicación sexual

			2	Comunicación sexual moderada
			3-5	Sin problemas de comunicación sexual
<i>Evalúan satisfacción sexual</i>	9-Satisfacción de la actividad sexual	9, 13	1-2	Insatisfacción
			3-5	Satisfacción moderada
			6-10	Satisfactoria
	10-Satisfacción sexual general	14	1	Insatisfacción sexual general
			2	Satisfacción sexual general moderada
			3-5	Satisfacción sexual general

	<b>Dominios descriptivos</b>	<b>Ítems</b>	<b>información complementaria</b>
<i>Describen aspectos de interés sobre la actividad sexual</i>	11-Actividad sexual sin penetración vaginal <sup>b</sup>	7b	a) Dolor b) Miedo a la penetración c) Falta de interés para la penetración vaginal d) No tener pareja sexual e) Incapacidad por parte de su pareja
	12-Frecuencia de actividad sexual	12	a) 1-2 veces b) De 3 a 4 veces c) De 5 a 8 veces d) De 9 a 12 veces e) Más de 12 veces
	13-Existencia o no de pareja sexual	11	a) Si b) No

**Para diagnosticar disfunción sexual** solo contabilizan los 6 primeros DEAS: Deseo, Excitación, Lubricación, Orgasmo, Problemas con la penetración vaginal, Ansiedad anticipatoria.

<sup>a</sup>**Dominio “Grado de comunicación sexual”:** No evaluable si la opción elegida por la mujer fuese NO TENGO PAREJA.

<sup>b</sup>**Dominio “Actividad sexual sin penetración vaginal”:** Evaluable solo si no hay respuesta a la pregunta 7a y sí a 7b.

**Consideraciones diagnósticas a la información complementaria del ítem 7b:**

- Si la respuesta es a) Dolor o b) Miedo a la penetración: Considerar posible “trastorno sexual por dolor” (DSM-IV-TR y CIE 10): Vaginismo o dispareunia severos.
- Si la respuesta es d) Incapacidad por parte de su pareja: Estudiar posible disfunción eréctil u otro trastorno de la pareja.

**ID99:****12 MESES -12 DIAGNÓSTICOS: LA AUTOFORMACIÓN EN METODOLOGÍA ENFERMERA**

Sara Prieto Matesanz<sup>1</sup>, Mercedes García-Legaz<sup>1</sup> Rocío Rubio Martínez<sup>1</sup>, Juan Carlos Jiménez Blasco<sup>2</sup>, Rosa Gómez Quevedo<sup>2</sup>, Raquel Moneva Vicente<sup>3</sup>.

1. Enfermera Interna Residente en Enfermería Familiar y Comunitaria, 2. Enfermero/a de Atención Primaria, 3. Enfermera Especialista en Geriátrica.

[sprietomatesanz@gmail.com](mailto:sprietomatesanz@gmail.com)

**RESUMEN****INTRODUCCIÓN:**

Con motivo de la incorporación en Atención Primaria de las enfermeras procedentes de Atención Hospitalaria en los últimos traslados de 2015, se llevó a cabo un sistema de autoformación en Metodología Enfermera basado en la utilización de patrones funcionales de M. Gordon para realzar la valoración, las taxonomías NANDA, NOC, NIC y la informatización de los cuidados.

**OBJETIVOS:****General:**

- Adquirir conocimientos y habilidades básicas para el manejo de la Metodología Enfermera en el módulo de planes de cuidados de AP-Madrid por parte de los profesionales procedentes de los últimos traslados.

**Específicos:**

- Adquirir conocimientos y habilidades para valorar por Patrones Funcionales de M. Gordon.
- Adquirir conocimientos y habilidades para el manejo de la taxonomía diagnóstica NANDA-NOC-NIC.
- Adquirir las habilidades necesarias para el registro en la herramienta informática Ap-Madrid.

**DESARROLLO:**

Descripción de una experiencia en la que a través de los patrones funcionales se estructura y ordena la valoración y se facilita la siguiente fase de diagnóstico enfermero.

A través de la valoración, se conoce la respuesta a procesos vitales o problemas de salud, reales o potenciales, que pueden ser tratados por las enfermeras.

Dado que la valoración por Patrones Funcionales enfoca su atención sobre 11 áreas con importancia para la salud de los individuos, familias y comunidades, se programaron sesiones semanales de una hora de duración.

En cada sesión se desarrollaba un patrón funcional en cuanto a contenidos y objetivos y se enlazaba con los posibles diagnósticos asociados al patrón funcional trabajado, priorizando los diagnósticos más habituales en la consulta de Atención Primaria.

En cada sesión se trabajaba el registro informático de los cuidados prestados en la aplicación AP-Madrid. Todo ello dirigido principalmente a los compañeros que se incorporaron en el equipo en el último traslado.

**RESULTADOS:**

Los profesionales del centro han realizado una valoración muy positiva de la autoformación realizada. El proceso ha sido motivador y facilitador para el trabajo diario.

**CONCLUSIONES:**

La autoformación por parte de los compañeros se vive como un proceso cercano en el que los profesionales que participan se sienten comprometidos con el proceso de mejora continua en la calidad de los cuidados prestados a la población.

**ABSTRACT****INTRODUCTION**

The incorporation in Primary Care of the nurses coming from Hospital Care in the last transfers of 2015, a system of self-training was carried out in Nursing Methodology based on the use of functional patterns of M. Gordon to enhance the assessment, NANDA, NOC, NIC taxonomies and computerization of care.

**OBJECTIVES:**

**General:**

- To acquire basic knowledge and skills for the management of the Nurse Methodology in the module of care plans of AP-Madrid by the professionals from the other jobs.

**Specific:**

- To acquire knowledge and skills to value by Functional Patterns of M. Gordon.
- To acquire knowledge and skills for the management of the NANDA-NOC-NIC diagnostic taxonomy.
- To acquire skills needed for registration in the Ap-Madrid computer tool.

**DEVELOPMENT:**

Description of an experience in which through the functional patterns is structured and ordered the assessment and facilitates the next phase of nursing diagnosis.

Through assessment, the response to vital processes or health problems, actual or potential, that can be treated by nurses is known.

Since the Functional Patterns assessment focuses attention on 11 areas of importance to the health of individuals, families, and communities, weekly one-hour sessions were scheduled.

Each session developed a functional pattern in terms of contents and objectives and was linked to the possible diagnoses associated with the functional pattern worked out, prioritizing the most common diagnoses in the Primary Care consultation.

In each session, the computerized record of the care provided in the AP-Madrid application was worked.

**RESULTS:**

The professionals of the center have made a very positive assessment of the self-training performed. The process has been a motivator and facilitator for daily work.

**CONCLUSIONS:**

Self-training by peers is experienced as a close process in which the professionals involved are committed to the process of continuous improvement in the quality of care provided to the population.

**PALABRAS CLAVES**

Metodología, Atención de Enfermería Clasificación atención primaria

Methodology, Nursing Care, Classification, primary care

**INTRODUCCIÓN/PRESENTACION**

La enfermera ha sistematizado el cuidado asistencial dirigido a la población basándose en la aplicación del método científico, siendo la metodología enfermera el elemento básico de garantía en la calidad de la atención prestada, al asentarse tanto en principios científicos como éticos.

La utilización de la Metodología Enfermera en general y de los Diagnósticos Enfermeros en particular proporciona a las enfermeras una forma de pensamiento que organiza el ejercicio profesional y centra la toma de decisiones clínicas. Además permite clarificar la aportación específica que realiza la enfermera a la población, y diferenciar la actuación enfermera de la de otros profesionales de la Atención Primaria de Salud.

Para realizar un diagnóstico enfermero correcto, es de gran importancia la valoración con el objetivo de conocer la respuesta a procesos vitales o problemas de salud reales o potenciales que puedan ser tratados por las enfermeras.

Existe una herramienta de valoración que puede ser utilizada independientemente del modelo enfermero elegido para los cuidados. Esta herramienta es la valoración con los Patrones Funcionales de Marjory Gordon (1982).

En la etapa de la valoración se recoge información de manera sistemática sobre el individuo, familia y comunidad buscando evidencias sobre:

- Funcionamiento normal/anormal
- Factores de riesgo que puedan contribuir a la aparición de problemas de salud.
- Recursos de la persona
- Necesidades de autocuidado y las incapacidades o limitaciones de la persona para cubrir los requisitos de autocuidado.

El patrón se construye a partir de las descripciones de la persona y de las observaciones de la enfermera.

Esta valoración holística de la persona conduce directamente al diagnóstico enfermero. En esta fase se analizan e interpretan de forma crítica los datos valorados previamente, se extraen conclusiones y se identifican necesidades de cuidados que determinarán el plan de actuación.

La planificación de los cuidados comienza con la priorización de las necesidades de cuidados identificadas y esto implica:

- Fijar prioridades.
- Definir los resultados esperados. Taxonomía NOC.
- Determinar las intervenciones. Taxonomía NIC.
- Registrar el plan de cuidados.

A pesar de los beneficios que reporta la utilización de la Metodología Enfermera (evidenciar el trabajo enfermero, optimizar la gestión de recursos, mejorar la calidad de los cuidados....) hay diversos factores como la escasez de formación, la falta de tiempo, la baja motivación, que dificultan la implantación y el uso de esta metodología de trabajo.

Si a esto le unimos la dificultad añadida de su aplicación informática en el módulo de planes de cuidados del programa AP-Madrid para los profesionales de reciente incorporación en Atención Primaria, (coincidiendo con los traslados de Atención Hospitalaria del año 2015) en el Centro de Salud N<sup>º</sup> S<sup>º</sup> del Pilar de la Dirección Asistencial Este de Atención Primaria de Madrid se llevó a cabo un sistema de autoformación en Metodología Enfermera basado en la utilización de patrones funcionales de M. Gordon para realizar la valoración, el empleo de las taxonomías NANDA, NOC, NIC y la informatización de los cuidados.

## **DESARROLLO**

La intervención de la actividad se llevo a cabo en el C. S. Nuestra señora del Pilar situado en Alcalá de Henares dependiente de la dirección Asistencial Este de la comunidad de Madrid.

En ellas estaba convocado todo el personal de enfermería tanto profesionales con experiencia en metodología enfermera como aquellos de reciente incorporación y que no habían trabajado con el proceso ni conocían el registro en el sistema informático

Se estableció un calendario de sesiones, previamente fijado, en el horario coincidente de los dos turnos de trabajo.

Dichas sesiones tenían una duración de una hora y con un guión previamente establecido. En ellas se trabajaba un dominio específico y se desarrollaba un diagnóstico enfermero asociado que considerábamos más prevalente en nuestra consulta de Atención Primaria.

‘Todas las sesiones incluían el proceso de valoración previo, diagnóstico asociado ,objetivos e intervenciones incluidas en nuestro sistema informático.

Se estableció un total de 8 sesiones en los que se trabajaron los dominios NANDA en los que la enfermera de atención primaria podría trabajar más frecuentemente para incluirlos en su trabajo diario.

### Sesión 1

#### **DOMINIO 1: PROMOCIÓN DE LA SALUD**

Conciencia de bienestar o normalidad en la función y en las estrategias usadas para mantener el control así como la mejora del bienestar o la normalidad de la función.

Diagnóstico trabajado; Disposición para mejorar la gestión de la salud (00162)

### Sesión 2

#### **DOMINIO 2: NUTRICIÓN**

Actividades de incorporación, asimilación y utilización de nutrientes con el propósito de mantener y repara los tejidos y producir energía.

Diagnóstico trabajado ;Obesidad (00232)

### Sesión 3

#### **DOMINIO 3: ELIMINACIÓN E INTERCAMBIO**

Secreción y excreción de los productos de desecho del organismo.

Diagnóstico trabajado ;Estreñimiento (00011)

#### Sesión 4

##### DOMINIO 4: ACTIVIDAD/REPOSO

Producción, conservación, gasto o equilibrio de las fuentes de energía

Diagnóstico trabajado ;Deterioro de la movilidad física (00085)

#### Sesión 5

##### DOMINIO 5: PERCEPCIÓN/COGNICIÓN

Sistema de procesamiento de la información humana que incluye la atención, orientación, sensación, percepción, cognición y comunicación

Diagnóstico trabajado ;Conocimientos deficientes (00126)

#### Sesión 6

##### DOMINIO 6: AUTOPERCEPCIÓN

Conciencia de sí mismo.

Diagnóstico trabajado ;Baja autoestima situacional (00120)

#### Sesión 7

##### DOMINIO 7: ROL/RELACIONES

Conexiones o asociaciones positivas y negativas entre las personas o grupos de personas y la manera en que esas conexiones se demuestran.

Diagnóstico trabajado ;Cansancio del rol de cuidador (00061)

#### Sesión 8

##### DOMINIO 8: SEXUALIDAD

Identidad sexual, función sexual y reproducción.

Diagnóstico trabajado ;Disfunción sexual (00059)

Descripción de una experiencia en la que a través de los patrones funcionales se estructura y ordena la valoración y se facilita la siguiente fase de diagnóstico enfermero.

A través de la valoración, se conoce la respuesta a procesos vitales o problemas de salud, reales o potenciales, que pueden ser tratados por las enfermeras.

Dado que la valoración por Patrones Funcionales enfoca su atención sobre 11 áreas con importancia para la salud de los individuos, familias y comunidades, se programaron sesiones semanales de una hora de duración.

En cada sesión se desarrollaba un patrón funcional en cuanto a contenidos y objetivos y se enlazaba con los posibles diagnósticos asociados al patrón funcional trabajado, priorizando los diagnósticos más habituales en la consulta de Atención Primaria.

En cada sesión se trabajaba el registro informático de los cuidados prestados en la aplicación AP-Madrid. Todo ello dirigido principalmente a los compañeros que se incorporaron en el equipo en el último traslado.

#### **RESULTADOS**

Los profesionales del centro han realizado una valoración muy positiva de la autoformación realizada. El proceso ha sido motivador y facilitador para el trabajo diario.

Se ha comprobado un incremento del uso de la metodología enfermera en pacientes inmovilizados, anciano frágil y personas con problemas de salud crónicos.

Se ha llevado a cabo el inicio de un proceso de mejora continua en el conocimiento de la metodología enfermera y su registro en las aplicaciones informáticas.

#### **CONCLUSIONES**

La autoformación por parte de los compañeros se vive como un proceso cercano en el que los profesionales que participan se sienten comprometidos con el proceso de mejora continua en la calidad de los cuidados prestados a la población.



Se pretende con este trabajo la integración del proceso enfermero como metodología de trabajo en la asistencia.

Igualmente se ha pretendido concienciar a los enfermeros de la importancia que supone disponer de un sistema de registro específico sobre planes de cuidados, que informe de una parte fundamental de los servicios que prestan los enfermeros de atención primaria.

Se ha pretendido hacer partícipe a los enfermeros en su propia formación con el fin de que los cuidados prestados sean percibidos con satisfacción por parte de los pacientes

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Igea Moreno, M., Lozano García, Y., González Gascón. Implantación de la Metodología enfermera en los sistemas informáticos de Atención Primaria. Revista Enfermería Global. N°6 mayo 2005. 1-6.
2. Ferrer Arnedo, C., Sarrión Bravo, JA., Metodología para la elaboración y estabilización de los procesos de gestión de responsable de enfermería de un equipo de Atención Primaria. Tesela (Rev Tesela) 2007; disponible en < <http://www.index-f.com/tesela/ts1/ts6389.php>>
3. Maña, M., Fernández, E., Mesas, A., Análisis de la formación en metodología enfermera por las direcciones de enfermería de Atención Primaria. Revista Enfermería Clínica 2004; 14(4): 203-9
4. NANDA International, Inc. NURSING DIAGNOSES: DEFINITIONS & CLASSIFICATION 2015–2017 Tenth Edition
5. [https://correo.salud.madrid.org/owa/redir.aspx?C=j0RxVGH7TkCzu4pHFB11UiMQsULPVdRINzJDFfn-eg1\\_6TQB3ifpertg2t6dXcBWRCeBwfoO6pc.&URL=https%3a%2f%2fsaluda.salud.madrid.org%2fatencionprimaria%2fCalidadCuidadosDocumentos%2fOtra%2520documentaci%c3%b3n%2520de%2520consulta%2fMetodolog%c3%ada%2520enfermera%2fDiagnosticos%2520de%2520Enfermer%c3%ada%2520\(Valor%2520T%c3%a9cnico\)\\_2006\\_Area\\_11.pdf](https://correo.salud.madrid.org/owa/redir.aspx?C=j0RxVGH7TkCzu4pHFB11UiMQsULPVdRINzJDFfn-eg1_6TQB3ifpertg2t6dXcBWRCeBwfoO6pc.&URL=https%3a%2f%2fsaluda.salud.madrid.org%2fatencionprimaria%2fCalidadCuidadosDocumentos%2fOtra%2520documentaci%c3%b3n%2520de%2520consulta%2fMetodolog%c3%ada%2520enfermera%2fDiagnosticos%2520de%2520Enfermer%c3%ada%2520(Valor%2520T%c3%a9cnico)_2006_Area_11.pdf)
6. [https://correo.salud.madrid.org/owa/redir.aspx?C=j0RxVGH7TkCzu4pHFB11UiMQsULPVdRINzJDFfn-eg1\\_6TQB3ifpertg2t6dXcBWRCeBwfoO6pc.&URL=https%3a%2f%2fsaluda.salud.madrid.org%2fatencionprimaria%2fCalidadCuidadosEstrategia%2fSesiones%2520docentes%2fMetodolog%c3%ada%2520enfermera](https://correo.salud.madrid.org/owa/redir.aspx?C=j0RxVGH7TkCzu4pHFB11UiMQsULPVdRINzJDFfn-eg1_6TQB3ifpertg2t6dXcBWRCeBwfoO6pc.&URL=https%3a%2f%2fsaluda.salud.madrid.org%2fatencionprimaria%2fCalidadCuidadosEstrategia%2fSesiones%2520docentes%2fMetodolog%c3%ada%2520enfermera)

**ID110:**
**LA PARTICIPACIÓN DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN LA MONITORIZACIÓN AMBULATORIA DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN ATENCIÓN PRIMARIA Y LOS BENEFICIOS QUE APORTA EN PACIENTES HIPERTENSOS**

María del Mar Ruiz García 1, Silvia Martínez Escoriza 2, Anna Ignatieva 3, Manuela Salas Lario 4.

1. Centro de Salud Lorca San Diego. Área III del Servicio Murciano de Salud.
2. Centro de Salud Lorca San Diego. Área III del Servicio Murciano de Salud.
3. Centro de Salud de Calasparra. Área IV del Servicio Murciano de Salud.
4. Centro de Salud Lorca San Diego. Área III del Servicio Murciano de Salud.

[mdmrg89@hotmail.com](mailto:mdmrg89@hotmail.com)

**RESUMEN**

**Introducción / Justificación:** Las medidas actuales utilizadas en la medición de la presión arterial, implican la aparición de sesgos teniendo un valor pronóstico inferior al de la monitorización ambulatoria.

**Objetivo:** Implicar y formar al profesional de enfermería en el conocimiento y manejo de la monitorización ambulatoria de la presión arterial para un mejor seguimiento de los pacientes con hipertensión arterial.

**Metodología:** Revisión bibliográfica en la que se han consultado las bases de datos: Cochrane, Scielo, Google académico y Elsevier.

**Resultados:** La presión arterial obtenida mediante la monitorización ambulatoria de la presión arterial tiene valor predictivo superior que la toma manual de la presión arterial.

**Discusión:** La utilización de esta técnica por enfermería puede ser enriquecedora y beneficiosa en un mejor control y seguimiento de los pacientes.

**Conclusiones:** El papel de enfermería en el diagnóstico y seguimiento de la hipertensión y en el paciente con enfermedad cardiovascular es fundamental.

**ABSTRACT**

**Introduction / Justification:** The current measures used in the measurement of blood pressure, involve the appearance of biases having a lower prognostic value than the ambulatory monitoring.

**Objective:** To involve and train the nursing professional in the knowledge and management of ambulatory blood pressure monitoring for a better follow-up of patients with arterial hypertension.

**Methods:** A bibliographic review in which the databases were consulted: Cochrane, Scielo, Google academic and Elsevier.

**Results:** Blood pressure obtained through ambulatory blood pressure monitoring has a higher predictive value than manual blood pressure monitoring.

**Discussion:** The use of this technique by nursing can be enriching and beneficial in a better control and follow-up of the patients.

**Conclusions:** The role of nursing in the diagnosis and monitoring of hypertension and in the patient with cardiovascular disease is fundamental.

**PALABRAS CLAVE**

Hipertensión, prevención primaria, enfermería, monitoreo ambulatorio  
Monitoring Ambulatory

**INTRODUCCIÓN/JUSTIFICACIÓN/OBJETIVO**

La hipertensión arterial es un importante problema de salud pública en España, ya que está relacionado con la enfermedad cardiovascular. Es el principal factor de riesgo de la enfermedad vascular cerebral en nuestro medio y constituye un problema socio-sanitario y económico de gran magnitud, debido a su elevada prevalencia y morbimortalidad asociada. El grado de control, en nuestro país, de la hipertensión arterial en atención primaria está por debajo del 40% (1). Las medidas actuales utilizadas por los profesionales sanitarios para la medición de la presión arterial y su diagnóstico implican la aparición de sesgos como son: capacidad de audición, estado de alerta del paciente, equipo de medida, ausencia de

tomas nocturnas, fenómeno de “bata blanca”, fenómeno dinámico que varía durante las 24h del día etc., y tienen un valor pronóstico limitado inferior al de la monitorización ambulatoria de la presión arterial. Hay que tener en cuenta que la presión arterial no es un parámetro estático a lo largo del día, sino que son ondas que oscilan debido a una variabilidad tanto intrínseca como extrínseca. Son múltiples las actividades cuya influencia en la presión arterial se ha demostrado mediante el uso de registros de 24 h (trabajar, conducir, caminar, vestirse, comer, reposo...) (2), (3).

Para la realización de la prueba el profesional de enfermería debe de conocerla, saber en las condiciones que hay que realizarla, dar las explicaciones pertinentes al usuario, preparación y mantenimiento del equipo y sobre todo la interpretación de los resultados normales.

**OBJETIVO**

Implicar y formar al profesional de enfermería en el conocimiento y manejo de la monitorización ambulatoria de la presión arterial para un mejor seguimiento de los pacientes con hipertensión arterial.

**DESARROLLO**

**Metodología:**

Se ha realizado una revisión bibliográfica acerca de la implicación de la enfermería y de sus conocimientos en la utilización de la técnica de monitorización ambulatoria de la presión arterial para ello se han utilizado las siguientes palabras clave: hipertensión, prevención primaria, enfermería, monitoreo ambulatorio, hypertension, monitoringambulatory. Se han consultado las siguientes bases de datos: Cochrane, Scielo, Google académico y Elsevier. Se utilizaron como operadores booleanos: “and” y “or”. Se obtuvieron un total de 50 artículos, de los cuales 17 nos han servido para la realización de este trabajo de revisión.

**Resultados de la búsqueda:**

**¿Qué es la hipertensión?**

La hipertensión arterial es una de las enfermedades generales con mayor prevalencia en el mundo y se encuentra asociada a morbilidad y mortalidad significativas. Es una de las enfermedades médicas más frecuentemente diagnosticadas y su prevalencia varía de acuerdo con la población estudiada, localización geográfica y edad (4).

En el contexto del riesgo cardiovascular total, la hipertensión crónica es el principal factor de riesgo modificable. La reducción de la presión arterial sistólica y de la presión arterial diastólica a niveles inferiores a 140/90 mm Hg se asocia con una disminución de las complicaciones cardiovasculares (5).

La Guía Europea, valora el riesgo total cardiovascular, en base a los factores de riesgo existentes, la lesión de los órganos dianas y la patología asociada; se establecen una serie de categorías, que van de bajo a muy alto, de forma similar a la realizada por la guía de la Sociedad Organización Mundial de la Salud/Sociedad Internacional de Hipertensión de 1999 (6).

PRESIÓN ARTERIAL (mmHg) (Tabla 2)					
	Normal	Normal elevada	Grado 1	Grado 2	Grado 3
Otros factores de riesgo e historia de enfermedad	PAS 120-129, o PAD 80-84	PAS 130-130, o PAD 85-89	PAS 140-159, o PAD 90-99	PAS 160-179, o PAD 100-109	PAS ≥180 PAD ≥ 110
Sin otros factores de riesgo	Riesgo normal	Riesgo normal	Riesgo añadido bajo	Riesgo añadido moderado	Riesgo añadido elevado
1-2 factores de riesgo	Riesgo añadido bajo	Riesgo añadido bajo	Riesgo añadido moderado	Riesgo añadido moderado	Riesgo añadido muy elevado
3 ó más factores de riesgo, o daño orgánico, o diabetes	Riesgo añadido moderado	Riesgo añadido elevado	Riesgo añadido elevado	Riesgo añadido elevado	Riesgo añadido muy elevado
Condiciones clínicas asociadas	Riesgo añadido elevado	Riesgo añadido muy elevado	Riesgo añadido muy elevado	Riesgo añadido muy elevado	Riesgo añadido muy elevado

**Imagen 1.-Valoración del riesgo total cardiovascular**

La Organización Mundial de la Salud clasifica la hipertensión según varios criterios (7):

Según la etiología:

Hipertensión primaria o esencial: sin causa orgánica aparente.

Hipertensión secundaria: donde hay una causa identificable

- Embarazo.
- Administración de medicamentos.
- Enfermedad orgánica.

Según las la importancia de las lesiones orgánicas:

Fase I: No se aprecian signos objetivos de afectación orgánica.

Fase II: Aparece al menos uno de los siguientes signos:

- Hipertrofia del ventrículo izquierdo.
- Estrechez focal y generalizada de las arterias retinianas.
- Proteinuria y ligero aumento de la creatinina en el plasma.

Fase III: Aparecen signos y síntomas de lesiones en diferentes órganos en especial en: Corazón, encéfalo y Fondo de ojo.

Existen distintas clasificaciones en las cuales se catalogan unos límites para determinar la existencia de hipertensión, estableciéndose unos límites superiores, los cuales no se deben sobrepasar, siendo estos muy parecidos según las distintas sociedades e instituciones que los promulgan (8):

- Clasificación de la hipertensión arterial según el JointNationalCommittee, 1997.

TENSIÓN ARTERIAL	TAS (mmHg)		TAD (mmHg)
Óptima	<120	y	<80
Normal	<130	y	<85
Normal elevada	130-139	o	85-89
Estadio 1 de hipertensión	140-159	o	90-99
Estadio 2 de hipertensión	160-179	o	100-109
Estadio 3 de hipertensión	>179	o	>109

TAS: Tensión arterial sistólica  
TAD: Tensión arterial diastólica

**Imagen 2.-**Clasificación de la hipertensión arterial según el JointNationalCommittee, 1997

-Criterios de la Organización Mundial de la Salud, esta distingue tres categorías de hipertensión: ligera, moderada y severa.

CATEGORÍA	PA DIASTÓLICA (mmHg)
LIGERA	90 - 104
MODERADA	105 - 114
SEVERA	>115

**Imagen 3.-** Criterios de clasificación de hipertensión arterial de la Organización Mundial de la Salud.

-Criterios del Comité Nacional Conjunto Americano en Detección, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión agrupó en 1993 la hipertensión en 4 niveles o categorías, tomando en igual consideración tanto la presión arterial diastólica como la presión arterial sistólica.

CATEGORÍA	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)
<b>NORMOTENSIÓN</b>		
Normal	< 130	< 85
Normal alta	130 - 139	85-89
<b>HIPERTENSIÓN</b>		
Estadio I (ligera)	140 - 159	90-99
Estadio II (moderada)	160 - 179	100-109
Estadio III (severa)	180 - 209	110-119
Estadio IV (muy severa)	> 210	> 120
HTA sistólica aislada	> 140	< 90

**Imagen 4.-** Criterios del Comité Nacional Conjunto Americano en Detección, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión 1993.

**Manejo de la hipertensión en atención primaria y el papel del profesional de enfermería**

La hipertensión es uno de los primeros motivos de consulta en atención primaria. Aun así, existen muchas personas que desconocen que la padecen; y otras tantas, que aun conociendo el diagnóstico, no muestran un control adecuado de la presión arterial.

Este control ha demostrado de forma clara la reducción de la morbimortalidad cardiovascular. A su vez, además del control de las cifras de presión arterial, se hace evidente la necesidad de realizar un manejo integral del resto de los factores de riesgo cardiovascular.

El objetivo fundamental de la consulta enfermera consiste en la detección y control de pacientes con hipertensión arterial cuya captación se realizara a través de contacto directo del paciente, derivación por parte de su médico o bien por parte del profesional de enfermería.

Como norma general, a toda persona que llegue a consulta de enfermería se le tomarán los siguientes datos:

- **Anamnesis.** Se recabarán todos los datos en cuanto a edad, sexo, situación socio-laboral, antecedentes familiares (sobre todo en cuanto a enfermedades cardiovasculares, renales, hipertensión, diabetes o dislipemias), personales, estilos de vida y medicación que toma actualmente.
- **Exploración física.** En este punto objetivaremos el peso, la talla, el índice de masa corporal y/o el perímetro abdominal. También prestaremos importancia tanto a la frecuencia y ritmo cardiaco, como a las cifras de presión arterial (9).

El profesional de enfermería realiza una importante labor de educación sanitaria con el paciente, informándole en términos sencillos y claros sobre su proceso, qué factores influyen en su salud y la importancia que tiene el control de los mismos, aportando, a su vez, medidas para prevenir, optimizar o disminuir en lo posible su nivel de riesgo cardiovascular (2).

**Recomendaciones sobre la toma correcta de la presión arterial(10), (11)**

- El ambiente debe ser tranquilo y relajado, con una temperatura ambiente de aproximadamente 20°C.
- El paciente no habrá fumado ni tomado estimulantes (café, té, etc.) durante la hora previa a la determinación de la presión arterial y habrá vaciado la vejiga.
- El paciente debe estar sentado, relajado y con su brazo apoyado en la misma mesa en la que el observador hace la medida. No debe haber ropa oprimiendo el brazo.
- El manguito debe situarse a la misma altura aproximada que la del corazón del paciente, debiendo ser el tamaño del brazalete por lo menos 2/3 superior al perímetro del brazo, y su borde inferior estar entre 2 y 3 cm por encima de la flexura del codo, para poder ubicar el estetoscopio con comodidad sobre la arteria braquial.
- La columna de mercurio debe ser subida unos 30 mmHg por encima del punto en el que el pulso radial desaparece, para a continuación hacer un desinflado lento (2-3 mm/seg).
- El primero o segundo latido (primera fase de Korotkoff), se tomará como el valor de la presión arterial sistólica, mientras que el inicio del silencio auscultatorio se tomará como el valor de presión arterial diastólica (quinta fase de Korotkoff). En aquellas circunstancias en que no desaparezcan los

ruidos auscultatorios (ancianos, niños, insuficiencia aórtica) se utilizará para la presión arterial diastólica la cuarta fase de Korotkoff (amortiguación del pulso).

- Repetir la toma de la presión arterial después de 5 minutos, si entre la primera y la segunda medida existe una diferencia de 5 mmHg o más, repetir una tercera medida.
- Tomar la medida en el brazo contralateral por el mismo procedimiento.
- Tomar la presión arterial en posición de pie (tiende a subir ligeramente) y acostado (tiende a bajar ligeramente). Con este procedimiento podremos además verificar si existe tendencia a la hipotensión ortostática primaria o la inducida por medicamentos.
- En pacientes mayores de 65 años, en tratamiento antihipertensivo, buscar hipotensión postural. Medir la presión arterial al primer minuto y a los 5 minutos de ponerse en pie, en ancianos, en diabéticos y en otras condiciones en las que se sospeche hipotensión postural.
- Calcular la presión arterial media, resultante de sumar la presión arterial diastólica más un tercio de la presión de pulso, o sumar la presión arterial sistólica más la presión arterial diastólica multiplicada por 2, y el conjunto dividido por 3.

#### **Errores comunes en la toma de la presión arterial(12):**

- Ubicar mal el fonendoscopio o presionarlo demasiado.
- Centrar mal la cámara del manguito, sin comprimir la arteria braquial.
- Usar un manguito inadecuado a la circunferencia del brazo.
- Dejar puesta vestimenta que comprime la arteria braquial.
- Coger el manguito con las manos mientras se está realizando la técnica.
- Pedir al examinado que colabore cogiéndose el manguito con sus manos.
- Diferencias en la concentración mental, especialmente si el entorno es ruidoso.

#### **Manejo de las cifras de presión arterial en el despistaje (9):**

- Si las cifras son menores a 140/90 mmHg, se registran en la historia clínica del usuario y se le recomiendan nuevos controles, cada 4 años en menores de 40 años y cada 2 en los mayores de esa edad.
- Si se detectan cifras mayores o iguales a 140/90 mmHg, es imprescindible repetir las tomas para confirmar o descartar hipertensión arterial (despistaje diagnóstico). Para ello, debemos seguir las siguientes normas básicas:

En cada visita se calculará la media de dos lecturas diferidas al menos en 2 minutos.

Si se obtienen diferencias mayores a 5 mmHg entre ellas, realizar lectura adicional. Se calculará el valor medio de varias visitas (al menos 3), tomadas cada 7 días.

El diagnóstico de hipertensión debe hacerse únicamente cuando todas y cada una de las tomas de confirmación superen los 140 mmHg en la presión arterial sistólica y los 90 mmHg en la presión arterial diastólica, en individuos mayores de 18 años, sin enfermedad aguda y sin tratamiento antihipertensivo.

No puede establecerse ninguna pauta estándar de seguimiento ya que la necesidad de visitas varía de unos pacientes a otros, e incluso en el mismo individuo a lo largo del tiempo, dependiendo de sus cifras de presión arterial y la presencia o no de complicaciones.

En hipertensión ligera a moderada, con buen control tensional, sin efectos secundarios y sin repercusión visceral, puede ser evaluado en 3 meses.

En caso de mal control tensional, debe incrementarse la frecuencia de las visitas de forma individualizada. Será variable (de 1 a 2 meses) según cifras de presión arterial y grado de afectación orgánica.

Sólo en caso de urgencias o emergencias hipertensivas está indicado el tratamiento más o menos inmediato (según la situación clínica). Los valores superiores a 180/110 mmHg se consideran urgencia hipertensiva.

#### **Criterios de derivación a consulta médica.**

- Descompensación o mal control de cifras de presión arterial.
- Falta de adherencia al tratamiento.
- Aparición de efectos secundarios indeseables al tratamiento.
- Crisis hipertensivas por supresión del tratamiento.

- Aparición de signos o síntomas sugestivos de lesión en órgano diana.
- Urgencias hipertensivas.
- Refuerzo en la educación sanitaria.
- Pruebas complementarias según protocolos.

### ¿Qué es la monitorización ambulatoria de la presión arterial?

La monitorización ambulatoria de la presión arterial es una técnica de medición de la presión arterial mediante un aparato automático portátil, con él se realizan múltiples mediciones fuera del ambiente sanitario, durante la actividad cotidiana y el reposo, incluido el nocturno. Esto facilita, por un lado, el diagnóstico correcto de hipertensión y, por otro, el seguimiento de pacientes con distintas enfermedades que se ven agravadas con el aumento de la tensión arterial (2), (3).

**La medición está indicada en los siguientes casos(13), (14), (15), (16):**

- Sospecha de hipertensión clínica aislada.
- Hipertensión de bata blanca.
- Pacientes con diferencias considerables entre la tensión arterial obtenida en consulta y la obtenida fuera del ámbito sanitario.
- Hipertensión arterial grado I en pacientes con riesgo cardiovascular global bajo.
- Hipertensión arterial resistente al tratamiento.
- Valoración de cuadros sospechosos de hipotensión, especialmente en pacientes ancianos y en diabéticos.
- Mareos o síncope de origen no filiado.
- Hipertensión límite con afectación de órganos diana.
- Tensión arterial elevada en el embarazo y con sospecha de preeclampsia.
- Evaluación del comportamiento tensional nocturno.

**La medición esta contraindica en:**

- Circunferencia del brazo > 42 cm.
- Fibrilación auricular con respuesta ventricular rápida, extrasistolia ventricular frecuente u otras taquiarritmias.
- Negativa del sujeto o cooperación insuficiente.

### Técnica

Los componentes de los que consta la técnica son los siguientes: manguito de presión, grabadora de memoria y un programa informático donde se registra al paciente y posteriormente se vuelcan los datos. Antes de comenzar la medición ambulatoria de la presión arterial el profesional de enfermería le habrá explicado al paciente en que consiste la prueba y las consideraciones a tener en cuenta durante la misma (13), (16)

- Elegir un día representativo de la vida del sujeto (día laboral).
- Evitar ejercicio físico intenso o situaciones de estrés inusual.
- Debe tomar su medicación habitual y en el mismo horario.
- Si hay modificaciones terapéuticas recientes es preferible posponer el registro.
- El día de la colocación del aparato del paciente deberá venir con una camiseta de manga larga fina o por el contrario se le pondrá una tetra debajo del manguito de presión.
- Seleccionar el brazo con la tensión arterial más elevada si lo hubiere, si no el no dominante.
- Ajustar el manguito sin holgura y con la firmeza suficiente para que no se desplace.
- Si el manguito se le aflojara el paciente deberá de colocárselo otra vez correctamente.
- Justo antes de comenzar la medición por el aparato, este emitirá un pitido y posteriormente comenzará la medición. Si la medición fuese incorrecta el aparato la repetirá al minuto.
- Cuando el aparato este realizando una medición el paciente deberá permanecer con ese brazo quieto y estirado y a la altura del corazón, hasta que el manguito se desinflen.

### Programación del medidor

Habitualmente se programa el monitor para que la medición se efectúe cada 20 min durante el día y cada 30 min por la noche durante 24 h. Se debe efectuar una primera medida manual de prueba antes de que

el paciente abandone la consulta, comprobando así la adecuada colocación del manguito y el correcto funcionamiento del aparato (3).

### Interpretación de los resultados

Que es lo que valoramos (17):

1. Criterios de calidad
  - Mantenimiento de actividades habituales.
  - Concordancia reglaje día/noche del monitor con ciclo vigilia/sueño del paciente.
  - Lecturas validas > o igual al 70% y > o igual a 1 lectura cada hora.
2. Valores tensionales normales
  - Presión arterial diurna: < 135/85 mmHg
  - Presión arterial nocturna: <120/75mmHg
  - Presión arterial 24h: <125/80 mmHg
3. Fluctuación nocturna
  - Descenso nocturno de la presión arterial 10-20%: DIPPER
  - Descenso nocturno de la presión arterial < 10%: NO DIPPER.
  - Descenso nocturno de la presión arterial > 20%: DIPPER EXTREMO.
  - Aumento media Presión arterial sistólica y presión arterial diastólica durante el sueño: RISER.

El patrón No Dipper y el Risser están relacionados con mayor prevalencia de afectación de órganos diana y morbilidad cardiovascular (En estos pacientes es prioritario realizar MAPA de 48 horas).
4. Cargas tensionales sistólicas y diastólicas (% de lecturas > a valores de referencia)
  - Carga tensional < del 15%: normal.
  - Carga tensional entre el 15-30%: valores límite.
  - Carga tensional >30%: patológica.
5. Presión del pulso (valora el grado de riesgo)
  - Si hipertensión clínica con presión arterial 24h < 125/80: riesgo bajo.
  - Si hipertensión clínica con presión arterial 24h > o igual 125/80:  
Presión de pulso < 55: riesgo medio.  
Presión de pulso > 55: riesgo alto.

### Inconvenientes de la técnica

A pesar de todas las ventajas expuestas anteriormente, la medición ambulatoria de la presión arterial no está exenta de inconvenientes, entre los que destacan (14):

- La pérdida de medidas por dificultades técnicas.
- Escasa colaboración del paciente o las molestias provocadas por la presión del manguito que originan intranquilidad y nerviosismo llegando incluso a provocar trastornos del sueño y elevación de la presión arterial.
- Interferencias durante el trabajo o el sueño.
- Erupciones cutáneas o alergias, o incluso síntomas de isquemia en el brazo.
- En algunos enfermos con disfunción plaquetaria o fragilidad capilar, pueden producirse Petequias y edemas distales al manguito.

Por ello, aunque la medición ambulatoria de la presión arterial tiene actualmente un valor indiscutible en el diagnóstico y control de la hipertensión, es importante recordar que unos valores anormales habitualmente no son suficientes para diagnosticar de hipertensión e iniciar tratamiento. Hay que tener en cuenta otros factores de riesgo (familiar, cardiovascular, afectación de órganos diana) y probablemente serán necesarios otros controles e incluso la repetición de prueba unos meses después antes de decidir dicho tratamiento.

Como resultados finales de esta revisión podemos decir que la presión arterial obtenida mediante la monitorización ambulatoria de la presión arterial puede considerarse la aproximación práctica más fidedigna y con un valor predictivo superior al riesgo cardiovascular que la toma manual de la presión ambulatoria en la consulta. En los estudios encontrados hacen referencia a la enfermera como uno de los profesionales que se deben de implicar en el seguimiento del paciente hipertenso y en la utilización y conocimiento de esta técnica.



## DISCUSIÓN

La experiencia en la utilización de esta técnica por parte de enfermería puede ser enriquecedora para nuestro currículo profesional a la vez que beneficia en un mejor control y seguimiento de los pacientes. De nosotros dependerá que esta técnica sea realizada de manera habitual en nuestras consultas.

## CONCLUSIONES

El disponer de herramientas que faciliten un mejor diagnóstico y tratamiento de la hipertensión no implica necesariamente que sean utilizadas. Distintos factores pueden influir en el manejo de la monitorización ambulatoria de la presión arterial como son: sobrecarga de trabajo, falta de tiempo, falta de motivación, pertenencia a grupos de trabajo, desconocimiento de la técnica. Por ello el papel del personal de enfermería en el diagnóstico y seguimiento de la hipertensión arterial y otros factores de riesgo cardiovascular, así como en el control de objetivos, en el paciente con enfermedad cardiovascular es fundamental y necesario.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Utilización de automedida de la presión arterial y monitorización ambulatoria de la presión arterial por atención primaria en el municipio de Vigo. *Semergen*. 2011; 37(7):387- 8.
2. Fernández L, Guerrero L, Segura J, Gorostidi M. Papel del personal de enfermería en el control de la hipertensión arterial y en la investigación cardiovascular. *Hipertens riesgo vasc*. 2010; 27(1):41-52
3. Justa Roldán ML, Romero Salas Y. Monitorización ambulatoria de la presión arterial. *AnPediatrContin*. 2012; 10(3):168-72.
4. Rivas JC, Gaviria M. Hipertensión arterial y déficit cognitivo. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 2000; 29 (2).
5. European Society of Hypertension-European Society of Cardiology (ESH-ESC) guidelines for the management of arterial hypertension. Guidelines Committee. [Acceso: 08 Nov 2016] Disponible en: <http://www.seh-lelha.org/eurguide.htm>
6. Zubeldia Lauzurica L, Quiles Izquierdo J, Mañes Vinuesa J, Redón Más J. Prevalencia de hipertensión arterial y de sus factores asociados en población de 16 a 90 años de edad en la Comunitat Valenciana. *RevEsp Salud Pública*. 2016; 90: 1-11.
7. Informe de un comité de expertos de la OMS. Hipertensión arterial: Organización Mundial de la Salud. Ginebra; 1978.
8. Valero R, García Soriano A. Normas, consejos y clasificaciones sobre la hipertensión arterial. *Enferm Global*. 2009; 15.
9. Zapata Sampedro MC. El paciente hipertenso en la consulta de enfermería. *Enferm Global*. 2006; 9.
10. 1993 Guidelines for the Management of Mild Hypertension. Memorandum from a World Health Organization/International Society of Hypertension Meeting Hypertension 1993; 22: 392-401.
11. Gamboa Aboado R, Rospigliosi Benavides A. Más allá de la hipertensión arterial. *Acta Med Per*. 2010; 27(1): 45-52.
12. Coca A. Control de la hipertensión arterial en España. Resultado del estudio Controlpres 95. *Hipertensión*. 1995; 12: 182-8.
13. 1aria.com [Sede Web]. A Coruña; [acceso el 3 de Noviembre 2016]. De Maestro Saavedra J. Técnica de monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA) [1 pantalla]. Disponible en: <http://www.1aria.com/contenido/cardiovascular/hipertension/hipertension-pruebas-diagnosticas/monitorizacion-presion>.
14. Lavandez Morales, R. Monitorización ambulatoria de la presión arterial, métodos, indicaciones y utilidades. *RevMed La Paz*. 2009; 15(2): 5-14.
15. Beistegui Alejandro I. Manual de Enfermería en Prevención y Rehabilitación Cardíaca. Medición de la tensión arterial. [Libro en Internet]. Madrid. Asociación Española de Enfermería en Cardiología; 2009. [Acceso el 2 de Diciembre de 2016]. Disponible en: [https://www.enfermeriaencardiologia.com/wp-content/uploads/cap\\_10\\_sec\\_07.pdf](https://www.enfermeriaencardiologia.com/wp-content/uploads/cap_10_sec_07.pdf).



16. Guía Española de Hipertensión arterial. Medida de la presión arterial. Hipertensión. 2005; 22(2):16-26.
17. Investigación en atención primaria [Sede Web]. Murcia; 2013 [Acceso el 15 de Noviembre de 2016]. Proyecto OPTICAR. Monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA) [1 página]. Disponible en: [http://www.atencionprimaria.imib.es/docmanager/OPTICAR\\_MAPA.pdf](http://www.atencionprimaria.imib.es/docmanager/OPTICAR_MAPA.pdf).

**ID148:****AUTOCONTROL DEL PACIENTE ANTICOAGULADO EN LA CONSULTA DE ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA**Elena Pérez González<sup>1</sup>, Yaiza Gonzalo Arranz<sup>2</sup><sup>1</sup>Centro de Salud Barrio del Pilar, <sup>2</sup>Centro de Salud Rosa de Luxemburgo  
[eperezgonzalez@salud.madrid.org](mailto:eperezgonzalez@salud.madrid.org)**RESUMEN**

Actualmente en España entre 800.000 y 1.000.000 de personas están en tratamiento con anticoagulantes orales por sus patologías, cifra que sigue acrecentando debido al aumento de la esperanza de vida de la población. Dada la importante prevalencia del tratamiento con anticoagulantes orales del 1,2 %, sería importante empoderar a los pacientes para que se autocontrolen en sus domicilios. De esta manera, desde la consulta de Enfermería de Atención Primaria se pretende mejorar su calidad de vida, dándoles mayor autonomía, seguridad y responsabilidad de su tratamiento. El objetivo es analizar, mediante revisión de la literatura existente, los beneficios del autocontrol en pacientes anticoagulados respecto al método convencional.

**ABSTRACT**

Currently in Spain between 800.000 and 1.000.000 people are in treatment with oral anticoagulants by their pathologies, figure that continues to grow due to increased life expectancy in the population. Given the significant prevalence of treatment with oral anticoagulants of 1,2%, it would be important to empower patients to be self-control in their homes. In this way, from the nursing consultation primary care is intended to improve their quality of life, giving them greater autonomy, security and responsibility in their treatment. The objective is to analyze, through review of the existing literature, the benefits of self-control in anticoagulated patients over the conventional method.

**PALABRAS CLAVE**

Enfermería, Atención Primaria, Paciente anticoagulado, Autocontrol.  
Nursing, Primary Care, Anticoagulated Patient, Self- Control.

**INTRODUCCIÓN/JUSTIFICACIÓN/OBJETIVO**

El autocontrol del tratamiento anticoagulante oral (TAO) consiste en que el paciente sea capaz de hacerse análisis en su propio domicilio, pueda valorar los resultados y según las guías ajustar la dosis de tratamiento para cada día.

Para ello es necesario adquirir una formación mediante un curso de 3-4 horas de duración impartido por profesionales expertos y disponer de material necesario como un coagulómetro portátil, tiras reactivas, una guía de dosificación y tener contacto directo con un profesional de la salud (médico, enfermera) que supervise el tratamiento y con quien pueda consultar en todo momento sus dudas o preocupaciones.

Debido al elevado número de casos que hay en España de pacientes anticoagulados (entre 800.000 y 1.000.000), con una prevalencia del 1,2%, sería muy beneficioso para los pacientes, el poder controlarse ellos mismos, ganando comodidad, autonomía y mejorando su calidad de vida. En Europa, miles de pacientes están utilizando esta modalidad de control con excelentes resultados.

Según la bibliografía consultada está demostrado que el control y dosificación del TAO por el propio paciente (autocontrol y automanejo) tiene importantes ventajas como: proporcionar mayor autonomía al paciente y familia, mejora su calidad de vida, mayor implicación del paciente en el tratamiento, mayor seguridad y mayor tiempo en rango terapéutico.

Por lo expuesto anteriormente, el análisis mediante revisión de la literatura existente sobre los beneficios del autocontrol en pacientes anticoagulados en Atención Primaria, en comparación con el método convencional puede resultar muy interesante.

## DESARROLLO

Se han realizado búsquedas bibliográficas en bases de datos como Clinical Key, Biblioteca Cochrane Plus, MEDLINE, PubMed, empleando palabras claves (MESH y Decs) como Anticoagulants, Self-Management, Nurses, PrimaryCare, con operadores booleanos como “and” y los filtros: el idioma (tanto en Inglés como en Español), y en los últimos 5-7 años (del 2010 hasta la actualidad). También se han realizado búsquedas en asociaciones como Asociación Valenciana de Pacientes Anticoagulados de la Comunidad Valenciana, Asociación de Anticoagulados de Aragón, Fundación Teknon de Barcelona.

Finalmente, se han encontrado 45 artículos, de los cuales se han seleccionado un total de 14 artículos por estar relacionados directamente con el tema a tratar.

Numerosos estudios confirman que el autocontrol permite una anticoagulación más regular en el tiempo, proporcionando además una mayor libertad y responsabilidad al paciente. Según la bibliografía consultada, al favorecer la autonomía del paciente, éste se siente más implicado en su enfermedad lo que lleva a un mejor cumplimiento terapéutico.

Los resultados obtenidos en la revisión bibliográfica se van a exponer a continuación.

Se ha demostrado que hasta un 85% de los pacientes permanecen dentro del rango terapéutico si se controlan semanalmente y solo un 50% cuando lo hacen mensualmente.

Además, el autocontrol del paciente demuestra una reducción significativa del riesgo de complicaciones: 39% en las muertes, 35% en las hemorragias y un 55% en los episodios tromboembólicos frente a los cuidados habituales.

Los artículos reflejan que el autocontrol produce una mayor satisfacción respecto al tratamiento y una mayor autoeficiencia, con menos preocupaciones cotidianas, menos sufrimiento y problemas sociales por parte del paciente.

Es imprescindible que los pacientes reciban una formación previa por parte de profesionales sanitarios expertos.

Los criterios que tienen que cumplir los pacientes son: ser capaces de manejarse o en su defecto tener un cuidador para poder realizar el autocontrol de su tratamiento.

## DISCUSIÓN

Todos los artículos revisados, coinciden que el autocontrol es mejor que el método convencional, aunque todavía quedaría esperar algo más de tiempo, para que esto se pusiera en marcha en toda España y tener una muestra de pacientes más elevada y concluyente.

También se establece que, aunque el autocontrol produce muy buenos resultados, se estima que llevarlo a cabo requiere un aumento considerable del gasto económico, lo cual podría suponer una limitación para implantar este avance en la práctica asistencial.

Sería importante que los profesionales de enfermería se actualizarán para poder formar y empoderar a los pacientes y así contribuir a su autocontrol. Existen pocos artículos o estudios que describan la labor de enfermería en el seguimiento del paciente anticoagulado, por tanto, sería significativo aumentar el número de publicaciones sobre este tema.

## CONCLUSIONES

El autocontrol es sencillo y eficaz, pero requiere de una formación obligatoria previa. Esto puede representar un avance innovador con un impacto sustancial en la vida de los pacientes y sus familias, así como en Atención Primaria.

El autocontrol produce mejores resultados que el sistema de vigilancia estándar.

En conclusión, según lo revisado, el autocontrol debería ser el método de elección para cualquier paciente que precise TAO y cumpla los criterios de inclusión por los beneficios que proporciona (aumento de la calidad de vida, seguridad y autonomía, mayor tiempo en rango terapéutico y disminución de las complicaciones asociadas al tratamiento).

## BIBLIOGRAFÍA

1. Jaques H. Self-monitoring of vitamin K antagonist therapy. *Nurs Times*.2016; 112 (26):19
2. Heneghan CJ, García- Alamino JM, Spencer EA, Ward AM, Perera R, Bankhead C et al. Self-monitoring and self-management of oral anticoagulation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016; 7
3. Sharma P, Scotland G, Cruickshank M, Tassie E, Fraser C, Burton C et al. Is self-monitoring an effective option for people receiving long-term vitamin K antagonist therapy? A systematic review and economic evaluation.*BMJ Open*.2015;5(6)
4. Mayor S. Cohort study of Anticoagulation Self-Monitoring (CASM): a prospective study of its effectiveness in the community. *BMJ*.2015; 65(636)
5. Heneghan C, Ward A, Perera R, et al. Self-monitoring of oral anticoagulation: systematic review and meta-analysis of individual patient data. *Lancet* 2012; 379:322–334.
6. Bromfield HE, Krause A, Greer N et al. Meta-analysis: effect of patient self-testing and self- management of long-term anticoagulation on major clinical outcomes. *Ann InternMed* 2011; 154:472-482.
7. Tamayo Aguirre E, Vergara-Mitxeltoarena I, Uranga Saez Del Burgo E, Ostiza-Irigoyen A, Garcia-Carro A et al. Oral anticoagulation and self-management: analysis of the factors that determine the feasibility of using self-testing and self-management in primary care. *BMC CardiovascDisord*. 2013; 13:59
8. Tamayo Aguirre E, Galo-Anza A, Dorronsoro-Barandiaran O, Uranga-Saez del Burgo E, Ostiza Irigoyen A et al. Oral anticoagulation with vitamin K inhibitors and determinants of successful self-management in primary care. *BMC Cardiovasc Disord*.2016; 16(1):180
9. Tompson A, Henegan C, Fitzmaurice D, Sutton S, Harrison S, Ward A. Supporting patients to self-monitor their oral anticoagulation therapy: recommendations based on a qualitative study of patients' experiences. *Br J Gen Pract*.2015; 65(636):438-446
10. Plüddemann A, Thompson M, Wolstenholme J, Price CP, Heneghan C. Point-of-care INR coagulometers for self-management of oral anticoagulation: primary care diagnostic technology update. *Br J Gen Pract*.2012; 62(604):798-800
11. Gailly J, Van den Bruel A. Impact of the use of point of care devices on the morbidity and the mortality of patients with oral anticoagulation. *RevMedLiege*. 2011; 66(1): 41-47
12. Michaels K, Neville Regan E. Educar al paciente para el autocontrol del INR. *Nursing*. 2014; 31:61-63
13. Dávila Blázquez G, Martínez Hernández D, Alonso Pérez MA. Calidad de vida en pacientes en tratamiento con anticoagulación oral en el ámbito de la Atención Primaria. *Rev de la Soc Madrileña de Medicina Familiar y Comunitaria*. 2012 14(2):7-14
14. De Felipe MR, Cáceres Cortés C, Jiménez Merino MR, Alonso Arizcun B, Luna ÁR. Estudio comparativo del autocontrol domiciliario frente al control convencional de pacientes anticoagulados seguidos en un centro de atención primaria. *Med Gen Y Fam*. 2013; 2(6):176–183.

**ID152:****PARTICIPACIÓN DEL PACIENTE EN LA TOMA DE DECISIONES: COMPARATIVA ENTRE LA PERSPECTIVA DEL PROFESIONAL Y DEL USUARIO EN NUESTRO MEDIO**José Ignacio España Carballo<sup>1</sup>, Sara García Rivas<sup>1</sup>, Beatriz Quiroga Torres<sup>1</sup>.

Residente Enfermería Familiar y Comunitaria, Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria Madrid Este.

[jose.espana.1993@gmail.com](mailto:jose.espana.1993@gmail.com)**RESUMEN**

El cambio de paradigma en la relación entre el personal sanitario y el usuario del sistema está en pleno apogeo. Sin embargo, es un proceso que requiere adaptación por ambas partes hasta llegar a la situación en que, amparado en el marco legislativo y ampliando el concepto de éste, se acabe por respetar y fomentar al paciente como un sujeto activo en la Toma Decisional acerca de todo lo influyente en su salud. Debido a dicha situación, se ha decidido elaborar un trabajo en que se recojan todas las opiniones de los diferentes actores que participan en el proceso asistencial, con el objetivo de conocer el estado actual de la Toma de Decisiones en salud en nuestro medio.

**ABSTRACT**

The paradigm shift in the relationship between health staff and health system user's is in full swing. However, this procedure requires adaptation to foster the patient as an active subject of the decision making procedure. Because of this situation, we have decided to make this document to gather the different views of all the welfare process' participants with the purpose of knowing the current state of the health decision making on our working environment.

**PALABRAS CLAVE**

*Toma de decisiones compartidas, Enfermería y Atención Primaria de Salud.  
Decision making, nursing, Primary Health Care.*

**INTRODUCCIÓN/JUSTIFICACIÓN/OBJETIVO**

La relación tradicional entre el personal sanitario y el usuario ha sido típicamente de tipo directivo-paternalista, teniendo aún en la actualidad una importante prevalencia según la propia percepción de los clientes. Sin embargo ha aparecido un marco legislativo y una tendencia al fomento de la Participación de los Pacientes en la Toma de Decisiones en Salud (PPTD de ahora en adelante), amparado en el bioético principio de Autonomía, en que se promueve el cambio en la relación terapéutica, debiendo ser los propios profesionales los agentes del cambio de orientación relacional<sup>1,2</sup>.

Se argumenta la necesidad de la Participación del Paciente en la Toma de Decisiones por diversos motivos, entre los que se podría destacar la optimización de opciones relacionadas con métodos diagnósticos y de cribado, que evita "variaciones injustificadas en la asistencia", así como favorecer la sostenibilidad y el derecho de los pacientes<sup>3</sup>. Con tan pesados e imponentes argumentos, se muestra la ambiciosa necesidad de fomentar el estudio de estrategias de relación terapéutica encaminadas por estas tendencias.

El objetivo de este documento, por tanto, es conocer y comparar las percepciones sobre la Participación del Paciente en la Toma de Decisiones (PPTD) de los profesionales y usuarios del sistema sanitario.

**DESARROLLO****Metodología de la búsqueda bibliográfica o documental:**

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos de Ciencias de la Salud (*PubMed, Cochrane Plus, ScienceDirect, IBECS, LILACS, CUIDEN, Dialnet, IME y Scielo*). Se decide acotar la búsqueda en base a su fecha de publicación, los últimos 10 años, priorizando además para la extracción de datos aquella bibliografía que tenga como origen España, con el objetivo de conocer la situación en nuestro medio y sistema sanitario. Inicialmente planteado como una recogida de datos de estudios sobre el tema basados

en la atención de Enfermería, debido a la falta de datos con respecto a estudios sobre PPTD en Enfermería, se amplía su ámbito de búsqueda a todos los profesionales.

Los DeCS escogidos han sido: *toma de decisiones compartidas, Enfermería y Atención Primaria de Salud*. Los términos MeSH son: *decisionmaking, nursing, PrimaryHealthCare*, usando como operador booleano "AND".

Se ha encontrado un total de 183 artículos, de los cuales se han seleccionado 19 por su relevancia de cara al estudio.

#### **Resultados de la búsqueda:**

De la búsqueda bibliográfica se extraen resultados con carácter muy diferenciado: por un lado aparecen las opiniones de los usuarios del sistema sanitario, que suscitan una importante diversidad en función del estudio, y por el otro lado, las de los profesionales del sistema sanitario, en las que se encuentra la misma situación. Sin embargo, se procurará clasificar dichas opiniones en dos grupos y, a su vez, en dos subgrupos, en función de la proveniencia y la propiciación por un lado, y en base a los deseos de las personas en la Toma Decisional por otro lado, con el ánimo de comprender la situación actual de la PPTD en nuestro Sistema Sanitario.

De una parte, en la percepción de los usuarios destacan: la sensación de baja participación por parte de los pacientes, que su principal deseo era ser escuchados en la consulta y que se tenga en cuenta sus deseos y sus opiniones <sup>4, 5, 6, 7</sup>.

Al abordar esta impresión se ha de tener en cuenta una serie de factores que la modularán hacia uno u otro lado, teniendo como principales causas: la influencia del aspecto social, cultural, económico, de género y etario de la persona en la capacidad y el deseo para tomar decisiones en salud. Igualmente será importante considerar la gravedad de la situación, que influirá positivamente en el deseo de los usuarios de participar en la Toma Decisional <sup>8, 9, 10, 11</sup>.

El prototipo de persona con mayor deseo de participación, en base a lo anterior, sería joven y con unos niveles sociales, culturales y económicos medio-altos <sup>9, 10, 11</sup>.

Dentro de la opinión de las personas aparecen situaciones que podrían ser consideradas como contradictorias, al afirmar dentro de los mismos trabajos el deseo de ser escuchadas y de exponer su opinión, al tiempo que reiteran que consideran el modelo ideal de relación terapéutica el de tipo paternalista, en el que las decisiones vienen impuestas de una manera asimétrica, situación más marcada en la consulta médica.

Aún así, se ha comprobado que en el foco de la misma Atención Primaria de Salud española, la percepción de la Toma Decisional por parte de los pacientes tiene una marcada diferencia en función del profesional que tenga delante: en el estudio realizado sobre el tema aislando los datos de la consulta enfermera, se puede apreciar como, de forma mayoritaria, el rol preferido por parte de los usuarios en la relación paciente-enfermera es el colaborativo (un 59% de la muestra), siendo ambas partes una figura activa en la Toma Decisional, que además se corresponderá como percepción mayoritaria también en lo relativo al grado de participación en la consulta, ratificándolo con solo un 35.3% de apreciación de baja participación, marcadamente bajo en comparación con los porcentajes de la consulta médica, que oscilará en función del estudio, en torno a un 60% de sensación de baja participación <sup>4, 9, 12</sup>. Pese a ello, los pacientes refieren que la situación de PPTD en la consulta enfermera es mejorable <sup>9</sup>.

En el momento de entrar en la consideración que tienen los profesionales sobre el tema, se observa una serie de creencias comunes: aumento de la confianza del paciente, un incremento de la adherencia y la satisfacción con la PPTD y un mayor control de las patologías o problemas de cuidados de los usuarios, ratificadas en varios de los trabajos consultados, mientras que encuentran una importante falta de tiempo para fomentarla como aspecto negativo, pese a ser considerada la implicación del paciente en la Toma Decisional por parte de la mayoría de los profesionales de Atención Primaria como un aspecto conveniente en la relación terapéutica <sup>6, 7, 13</sup>.

Volviendo a la profesión enfermera, la implicación del paciente en la Toma de Decisiones sobre su salud se hace evidente en la elaboración de un Plan de Cuidados: al llegar el momento de elaborar los objetivos será necesario pactarlos con el cliente según la metodología enfermera, lo cual sería el ejemplo más claro en la asistencia sanitaria de la participación del paciente en la Toma de Decisiones <sup>14</sup>.

## DISCUSIÓN

En el desarrollo de este trabajo, surgen una serie de puntos controvertidos que obligan a la reflexión sobre el tema:

Fijando el punto de vista en el paciente y en la definición de la participación en la Toma Decisional, se observa a primera vista la incongruencia mostrada al desear ser tenidos en consideración y desear participar cuando, al mismo tiempo, refieren como situación ideal las características de una relación de tipo jerárquico, con un modelo paternalista <sup>4, 12</sup>. Esto puede surgir como consecuencia de la indefinición de cara al público de lo que se ha considerado como la Participación del Paciente en la Toma de Decisiones, lo que generará dudas de a lo que se refiere el concepto.

Sin embargo, al solicitar a los usuarios la opinión que tienen de la participación en la Toma Decisional dentro de la relación paciente-enfermera, se puede observar como la concepción de los usuarios cambian, prefiriendo una relación más horizontal en la que su opinión sea tenida en cuenta <sup>9</sup>.

Por otro lado, surge una también una importante indefinición del tema dentro de los profesionales sanitarios, ya que como indica la literatura, no se da la existencia de una descripción que haya alcanzado un consenso ampliamente mayoritario acerca de la noción de la Toma de Decisiones Compartida <sup>15, 16</sup>.

La Participación del Paciente en la Toma Decisional tiene, en la actualidad, distintas intensidades con las que se fomenta, de la misma forma en que se dan situaciones en las que, tanto los usuarios como los propios profesionales sanitarios consideran difícil aplicarla o, incluso, imposible de llevar a cabo <sup>16, 17</sup>. Véase como ejemplo, momentos como la atención al paciente en Urgencias, en que los pacientes consideran en numerosas ocasiones una información reconocidamente escasa como suficiente, principalmente en aquéllos casos en que no se encuentren excesivamente preocupados por las implicaciones de la enfermedad o problema de cuidados diagnosticado <sup>11</sup>.

Otro de los aspectos que generan cierta controversia es, que al buscar evidencia científica que demuestre una mejora en la calidad o la eficiencia de la asistencia sanitaria, no aparece mucha literatura que respalde este tipo de actuaciones <sup>18</sup>, sin embargo la tendencia del fomento de la PPTD surge también como respuesta a una demanda de determinados usuarios, y con el amparo de las tendencias actuales a la implicación de las personas en todos los ámbitos de los servicios de salud.

La principal fortaleza de esta revisión es la selección de estudios relacionados con la situación sanitaria española, principalmente con su Atención Primaria de Salud, permitiendo extraer datos de sus características poblacionales y de las de sus profesionales.

Esto mismo implica a su vez una de las grandes limitaciones: la baja cantidad de trabajos relacionados con el tema, que se hace aún más latente en lo relativo a la consulta enfermera. Además, se da la existencia de múltiples barreras identificadas en la implicación del paciente en la Toma Decisional, entre las que se destacan principalmente, según una revisión sistemática, “la falta de aplicabilidad en función de las características de los pacientes”, así como “la presión de tiempo” <sup>19</sup>.

La recomendación principal de cara a la práctica enfermera será el promover una mayor participación del paciente que así lo desee, debiendo ser ofrecida a todos los usuarios la posibilidad de tomar decisiones y, como demandan la gran mayoría de los clientes, tener en cuenta sus deseos y sus valores personales a la hora de ofrecer servicios de salud y cuidados enfermeros, lo que favorecerá una mayor autonomía e implicación en sus autocuidados, ya que se aproximarán en mayor medida a sus expectativas.

## CONCLUSIONES

Conociendo la diversidad de opiniones que aparecen al indagar en la Participación del Paciente en la Toma de Decisiones, se entiende que sea un tema que, en nuestro medio y actualmente, requiera una mayor investigación y, ante todo, un mayor interés por parte de los profesionales para, en primer lugar, definir con un consenso mayoritario lo que ambas partes de la relación terapéutica consideran como la participación del paciente.

Se extrae como conclusión principal la importante diferencia existente entre las percepciones e ideas que tienen sobre la Toma Decisional los usuarios y los profesionales del sistema sanitario: los clientes consideran que no participan lo suficiente en dicho proceso, sin embargo, volviendo a la conclusión previa, los mismos pacientes no tienen claro lo que es participar en la Toma de Decisiones, ya que como refrendan en algún estudio, lo consideran como tener en cuenta sus opiniones y deseos durante la relación terapéutica. Por el otro lado, los profesionales se muestran favorables, en la gran parte de los estudios publicados, al fomento de la participación del paciente, ya no solo teniendo en cuenta sus preferencias a



la hora de proponer un plan terapéutico, sino siendo sujeto activo en la elaboración del mismo, lo que generaría una mayor y mejor adherencia terapéutica.

Será importante, visto la disparidad de deseos de los pacientes, adaptarse a sus circunstancias personales (edad, problemática de salud o cuidados, deseo de mejorar su estado de salud...) así como su deseo personal de implicarse, individualizando de tal forma en función de la persona, lo que mejoraría la calidad asistencial y la satisfacción de los usuarios con el sistema.

En cuanto a la situación de la Toma Decisional en la Atención Primaria, parece el sitio ideal para promover aún más la participación del paciente, ya que es el lugar de referencia para el usuario del sistema sanitario en el continuum salud-enfermedad que mantendrá a lo largo de su vida, al ser donde se mantendrá la relación terapéutica más integrada y estable, debiendo así ser un punto a focalizar para implicar a los pacientes en sus autocuidados.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1- Muriel-Fernández R et al. La atención sanitaria basada en la cooperación entre profesionales y personas afectadas. *Enferm Clin*. 2016; 26(1):85-90.
- 2- Palacio Lapuente F, Silvestre Busto C. Participación del paciente como estrategia de mejora de calidad. *Aten Primaria*. 2006; 38(8):461-4.
- 3- Légaré F, Ratté S, Stacey D, Kryworuchko J, Gravel K, Graham I, Turcotte S. Intervenciones para mejorar la adopción de toma de decisiones compartida por los profesionales de la salud. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010 Issue 5. Art. No.: CD006732. DOI: 10.1002/14651858.CD006732
- 4- Ruiz Moral R et al. Opiniones y percepciones de los pacientes sobre su participación en la toma de decisiones en las consultas de medicina de familia. *Aten Primaria* 2012; 44(1): 5-12.
- 5- Simó Miñana J. Doctor, con su conocimiento médico, de la sanidad y de mí, explíqueme, ¿qué haría en mi lugar? *Aten Primaria*. 2012; 44(1): 11-12.
- 6- Bosch Fontcuberta JM. La toma de decisiones conjunta en medicina: una difícil asignatura. *Aten Primaria* 2012; 44: 385-6.
- 7- Jimenez de Gracia L et al. Opiniones de los médicos de familia acerca de la implicación de los pacientes en la toma de decisiones: un estudio con grupos focales. *Aten Primaria*. 2012; 44(7): 379-386.
- 8- Costa Alcaraz AM et al. ¿Es posible ayudar a los pacientes a decidir? *Aten Primaria*. 2008; 40(2): 97-9.
- 9- Ruiz Moral R et al. Preferencias, satisfacción y grado de participación de los pacientes en la toma de decisiones en las consultas. *Enferm Clin*. 2011; 21(3): 136-142
- 10- Ruiz-Moral R et al. ¿Cuáles son las expectativas de los pacientes cuando acuden a una consulta de atención primaria y qué piensan los médicos sobre ellas? *Rev Calidad Asistencial*. 2008; 23(2): 45-51.
- 11- Tardáguila MP et al. La información al Paciente y su participación. *Rev Clín Med Fam* 2008; 2(4): 145-8.
- 12- Peralta Munguía, L. La Participación del Paciente en la Toma de Decisiones en las consultas de Atención Primaria. [Tesis Doctoral]. Santander: Universidad de Cantabria; 2010.
- 13- Prados Torres D, Leiva Fernandez F. Incertidumbre en medicina de familia y toma de decisiones compartidas con el paciente. *Aten Primaria*. 2006; 38 (10): 531-4.
- 14- Ferreira de Campos DC, García do Nascimento Graveto JM. Papel del enfermero y participación del cliente en el proceso de toma de decisiones clínicas. *Rev Latino-am Enfermagem* 2009 novembro-dezembro; 17(6).
- 15- Ruiz Arazola A, Perestelo Perez L. Participación ciudadana en salud: formación y toma de decisiones compartida. Informe SESPAS 2012. *Gac Sanit*. 2012; 26(S): 158-161.
- 16- Danet, A. Comunicación paciente-médico y toma de decisiones en salud en Andalucía. Expectativas de pacientes crónicos del Sistema Sanitario Público Andaluz. *RCyS* 2012; 2 (2): 63-77.
- 17- Ruiz Moral R. La participación del paciente en la toma de decisiones: cuestiones controvertidas y una propuesta integradora y práctica. *FMC*. 2011; 18(4): 205-11.



- 
- 18- Ruiz Moral R et al. Toma de decisiones compartidas en la consulta: de la necesidad a la realidad. *Aten Primaria*. 2010; 42(5): 257–265.
- 19- Perestelo Pérez L, Pérez Ramos J, González Lorenzo M, Rivero Santana A, Pérez Wehbe A, Serrano Aguilar P. Barreras y facilitadores para la implementación de la toma de decisiones compartidas en la práctica clínica: una revisión sistemática. Santa Cruz de Tenerife: Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud (SESCS), 2009. SESCO N° 2009/02 2009.

**ID161:****ACTUALIZACIÓN EN EL CONTROL METABÓLICO DEL PACIENTE DIABÉTICO TIPO 1**

María Cifuentes Lorenzo<sup>1</sup>, Herminia Delgado Aguilar<sup>2</sup>, Nerea Córdoba González<sup>3</sup>, Elena Donis Mulero<sup>4</sup>, Leticia Hernández Vicente<sup>5</sup>, Nuria Castrillo Espinosa<sup>6</sup>.

Centro de Salud Segovia<sup>1, 2, 3</sup>, Centro de Salud Valdezarza<sup>4</sup>, Centro de Salud Las Rozas<sup>5</sup> del Servicio de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid. Centro de Salud Gamonal Antigua<sup>6</sup> del Servicio de Atención Primaria de la Comunidad de Castilla y León.

[marimariab@hotmail.es](mailto:marimariab@hotmail.es)

**RESUMEN****Introducción**

Los sistemas de monitorización continua de glucosa (SMCG) se han incorporado como tecnología para mejorar el control en diabetes.

El objetivo de este trabajo es informar a los enfermeros de Atención Primaria en estos dispositivos.

**Desarrollo**

Este trabajo es una revisión bibliográfica de 9 documentos publicados entre 2010-2016, escritos en español, verificándose la calidad de los mismos aplicando un programa de lectura crítica.

Los SMCG se insertan subcutáneamente, miden la glucosa intersticial. Están indicados en pacientes con hipoglucemias inadvertidas/recurrentes o con mal control metabólico. Informan de manera continua sobre las fluctuaciones de glucosa, esto es su principal ventaja.

**Discusión**

Existe coincidencia en las indicaciones de los SMCG aunque los grados de recomendación son variables. Existe heterogeneidad en los inconvenientes, destaca difícil interpretación de resultados obtenidos y elevado coste.

**Conclusión**

Un control metabólico adecuado es esencial para evitar complicaciones de la DM. Los SMCG complementan las intervenciones sanitarias en diabetes.

**ABSTRACT****Introduction**

Continuous glucose monitoring (CGM) has been incorporated as technology to improve diabetes control. The aim of this paper is to inform Primary Care nurses about these devices.

**Body**

This paper is a bibliographical review of 9 documents published between 2010-2016, written in Spanish, verifying the quality of the same applying a critical reading program.

CGM is inserted subcutaneously and it measures interstitial glucose. It is intended for patients with inadvertent/recurrent hypoglycemia or with poor metabolic control. It continuously reports on glucose fluctuations, this is its main advantage.

**Discussion**

There is an agreement in the indications of CGM although the degrees of recommendation are variable. There is heterogeneity in the drawbacks, highlights difficult interpretation of results obtained and high cost.

**Conclusion**

Adequate metabolic control is essential to avoid complications of DM. CGMs complement health interventions in diabetes.

**PALABRAS CLAVE**

SMCG, control metabólico y DM1, sensores y DM, enfermería y DM1.

CGM, metabolic control and DM1, sensor and DM1, nursing and DM1.

## INTRODUCCIÓN/JUSTIFICACIÓN/OBJETIVO

La diabetes mellitus tipo 1 (DM1) es una enfermedad metabólica caracterizada por la destrucción de las células beta pancreáticas que conduce a un déficit absoluto de insulina. Según el estudio [di@bet.es](http://di@bet.es) la prevalencia en España de diabetes mellitus se sitúa en torno a un 13,8% en mayores de 18 años. La DM1 representa 5-10% del total de personas con diabetes.

El control glucémico constituye una de las bases en el tratamiento y seguimiento de la DM. Este control, generalmente, es realizado por el propio paciente con autopunciones digitales. Existen estudios que demuestran una relación inversa entre el número de determinaciones de glucosa capilar y el valor de hemoglobina glicada (HbA1C) en pacientes con DM1.

Sin embargo, la autopunción capilar no detecta todas las oscilaciones de glucosa en sangre. Para superar éstas y otras limitaciones surgen, hace más de 10 años, los sistemas de monitorización continua de glucosa (SMCG). La guía de la Canadian Diabetes Association menciona que por su uso cada vez más amplio, los proveedores de salud involucrados en el tratamiento de las personas con diabetes (en especial la DM1) deben tener conocimiento de la existencia de estos dispositivos.

En este contexto, el principal objetivo de este trabajo es actualizar y ampliar los conocimientos (características principales, indicaciones y contraindicaciones generales, ventajas e inconvenientes) de los enfermeros de Atención Primaria (AP) en estos dispositivos de control metabólico.

## DESARROLLO

Para la realización del presente documento se ha realizado una búsqueda electrónica bibliográfica para averiguar las características generales, indicaciones y contraindicaciones, ventajas e inconvenientes de los SMCG. Se ha empleado Etheria (Buscador de la Biblioteca Virtual de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid). También se realizó una búsqueda bibliográfica en Elsevier Instituciones. Se llevó a cabo entre los meses de octubre y diciembre del 2016, incorporándose en enero del 2017 un documento elaborado por la Sociedad Española de Diabetes (SED) y la Sociedad Española de Endocrinología Pediátrica (SEEP) y excluyéndose dos de los documentos citados en el resumen por estar publicados con fecha anterior al 2010. Los términos clave empleados fueron: SMCG, control metabólico y DM1, sensores y DM, enfermería y DM1. Se han incluido un total de 9 artículos. En cuanto a los criterios de selección se incluyeron trabajos publicados entre 2010 y 2016, escritos en español y la calidad de los trabajos se ha verificado aplicando el programa de lectura crítica CASPe (Critical Appraisal Skills Programme).

La aparición de la monitorización continua de glucosa surge en España en los años 90. Los SMCG son unos dispositivos que se insertan subcutáneamente en brazo, abdomen o nalgas (depende de las recomendaciones del fabricante). Están constituidos por un sensor que posee un filamento flexible que se inserta debajo de la piel, un transmisor y un receptor o monitor que informa de la lectura. Miden los niveles de glucosa en líquido intersticial y no en sangre capilar, por lo que existe un “decalaje fisiológico” entre un control y otro de unos 10 minutos (5-20 minutos). Realizan dos tipos de lectura: retrospectiva (la información se descarga tras su uso, son sistemas tipo “Holter”) y a tiempo real (SMCG-TR) que realizan una lectura directa.

Las indicaciones de los SMCG parecen limitarse a los pacientes con DM1. A nivel internacional, la Canadian Diabetes Association informa que la escasez de datos disponibles impide hacer recomendaciones definitivas de los SMCG. La American Association of Clinical Endocrinologists recomienda el uso clínico para personas con DM1 con niveles de glucosa inestables y para los pacientes incapaces de obtener unos niveles de HbA1C aceptables. Por otro lado, la American Diabetes Association (ADA) indica que aquellas personas que experimentan elevaciones inexplicables de la HbA1C, hipoglucemias o hiperglucemias pueden beneficiarse de su uso, aunque debe suplementar a la autopunción capilar. La NICE incluye como posible indicación el miedo extremo a las hipoglucemias.

A nivel nacional, la SED y la SEEP indican la monitorización continua de glucosa en situaciones de no óptimo control metabólico para los objetivos individualizados, hipoglucemia grave/no grave de repetición

que condicione una situación incapacitante. A pesar de estas indicaciones, son varios los requisitos que se deben tener en cuenta para seleccionar a los candidatos idóneos, entre estos factores están la edad, la motivación y el grado de destreza, que haya recibido educación diabetológica, equipo asistencial experimentando y disponible, entre otros.

Entre las contraindicaciones de la monitorización continua de glucosa destaca la falta de predisposición por parte del paciente en el seguimiento de las recomendaciones, temor/falta de confianza en el uso de la tecnología, alcoholismo y/o abuso de drogas, problemas psicológicos o psiquiátricos.

Los SMCG-TR ofrecen una monitorización continua de los niveles glucémicos y sus tendencias, cuantifican las hipoglucemias y determinan las variaciones de glucosa nocturna. Esto supone una ventaja respecto a la autopunción capilar convencional que sólo ofrece una medida puntual de la glucosa en el momento de la prueba. Han demostrado una discreta mejoría a un año de seguimiento del control metabólico en pacientes adultos con DM1. Además, han aportado información valiosa sobre recursos terapéuticos como la infusión subcutánea continua de insulina (ISCI) y análogos de insulina, incluso pueden integrarse con ISCI y suspender la infusión de insulina si detectan niveles de glucemia inferiores al umbral prefijado manteniendo la glucemia controlada de manera autónoma acercándose al denominado “páncreas artificial”. Otra de las ventajas que ofrecen es que los datos pueden ser descargados por los pacientes y profesionales, también pueden ser enviados a través de plataformas de telemedicina aproximándose al paradigma de la autonomía supervisada. Para finalizar, es una técnica indolora respecto a la autopunción capilar.

Entre los inconvenientes destaca la dificultad en la interpretación de los resultados obtenidos, la monitorización continua de glucosa requiere una inversión en recursos temporales, asistenciales y de formación de pacientes y profesionales para su correcto uso. Otro de los inconvenientes son los síntomas locales debidos a los adhesivos del sensor (eritema, edema o irritación). No están financiados por el Sistema Nacional de Salud (SNS) en España y la duración aproximada de los sensores es de una semana, por lo que el coste elevado de estos dispositivos es otra de las barreras en el uso de los mismos. Cualquier cambio terapéutico o elevación/descenso de la glucemia debe ser confirmado con autopunción capilar.

## DISCUSIÓN

Los documentos revisados coinciden en que el control glucémico actual no permite al paciente alcanzar los objetivos individualizados de HbA1c. Mantener la glucosa el mayor tiempo posible en un rango de normalidad (70-180 mg/dl) y con menos hipoglucemias son objetivos contemplados en la actual definición de óptimo control glucémico y son, principalmente, las ventajas que pretenden garantizar los SMCG.

Son dos las indicaciones comúnmente indicadas por las asociaciones científicas tanto nacionales como internacionales. Pacientes con DM1 que experimentan hipoglucemias recurrentes o inadvertidas y pacientes con un deficiente control glucémico a pesar de un tratamiento con insulina optimizado y correctamente seguido. Sin embargo, existe heterogeneidad en el resto de indicaciones y grados de recomendación variables. Las contraindicaciones de esta nueva tecnología son poco exploradas en los documentos revisados. Resulta fundamental seleccionar al candidato apropiado para el uso de esta nueva tecnología y en esto, coinciden los artículos revisados, la edad y el nivel de motivación/destreza son factores clave.

La principal ventaja que estos dispositivos aportan respecto al control de glucemia capilar tradicional queda claro en los documentos examinados. Garantiza un registro continuo de las fluctuaciones de glucosa a lo largo del día mientras que la autopunción capilar ofrece datos limitados que impiden estudiar un parámetro tan variable como es la glucemia, por lo que la información que aportan los SMCG es mucho más extensa.

Existen aspectos coincidentes sobre los inconvenientes de los SMCG. Dentro de los mismos, el que más controversia plantea es si realmente esta nueva tecnología es coste-efectiva para su financiación por el Sistema Nacional de Salud (SNS) en España. Actualmente no está incluida en las prestaciones del sistema

sanitario público pero existe variabilidad en función del contexto analizado, así en otros países de la Unión Europea (UE) estos instrumentos de control metabólico si están cubiertos.

Entre las limitaciones del estudio destaca el enfoque de los objetivos hacia la monitorización de glucosa a tiempo real. Exclusión de información relativa a los SMCG en grupos especiales como niños, embarazo, DM2 y pacientes hospitalizados entre otros. Escasa documentación que relaciona a enfermería y a los servicios de AP con esta tecnología. No se ha incluido ningún artículo en inglés. Sin embargo, el objetivo principal es la transmisión de conocimientos generales a los enfermeros de AP en esta nueva tecnología que existe en la práctica clínica.

Es competencia de los enfermeros garantizar el buen control metabólico del paciente diabético, ya sea a través de la autopunción capilar o con SMCG. Los artículos revisados coinciden y destacan que actualmente este control es deficitario. Esto lleva a plantearse las intervenciones sanitarias en diabetes. La ADA indica que los profesionales sanitarios deben conocer la existencia de esta nueva tecnología para garantizar el empoderamiento de los profesionales y de los pacientes con diabetes, principalmente con DM1.

### **CONCLUSIONES**

Mantener un óptimo control metabólico en el paciente diabético, independientemente de las herramientas empleadas, es esencial para evitar complicaciones micro y macro vasculares. Sin embargo, continúa representado un reto en la asistencia sanitaria.

Se requiere un amplio trabajo por parte de los profesionales sanitarios y pacientes para trasladar el potencial beneficio de esta tecnología a la práctica habitual.

Los SMCG no son un fin en sí mismos sino un nuevo método de control que complementa al resto de intervenciones sanitarias en diabetes (alimentación, ejercicio físico, tratamiento farmacológico).

### **BIBLIOGRAFÍA**

1. Federico S, Sergio V, Gemma R. El estudio [Di@bet.es](http://Di@bet.es), ¿y ahora qué? [Internet]. AvDiabetol. 2012 [citado 18 Nov 2016];28(2):35-37. Disponible en:

<http://www.elsevier.es/es-revista-avances-diabetologia-326-articulo-el-estudio-dibet-es-y-ahora-S1134323012000683>

2. M. Sol R, M. Elena D, Alberto M, Natalia C, M. Teresa A, Federico S. La monitorización continua de glucosa a tiempo real y los servicios nacionales de salud. ¿Hay suficiente evidencia científica para justificar su financiación pública? [Internet]. AvDiabetol. 2011 [citado 28 Oct 2016];27(6):204-214. Disponible en:

<http://www.elsevier.es/es-revista-avances-diabetologia-326-articulo-la-monitorizacion-continua-glucosa-tiempo-S1134323011000299>

3. Fernando GP, Cristina AP. Monitorización continua de glucosa a tiempo real. Indicaciones clínicas probadas [Internet]. AvDiabetol. 2011 [citado 29 Nov 2016];27(6):198-203. Disponible en:

<http://www.elsevier.es/es-revista-avances-diabetologia-326-articulo-monitorizacion-continua-glucosa-tiempo-real-S1134323011000093>

4. Marga G, Gonzalo D, Víctor A, M. Sol R, Beatriz G, Mercedes R et al. Documento de consenso SED-SEEP sobre el uso de la MCG en España. Informe del grupo de trabajo de Tecnologías aplicadas a la Diabetes de la SED. 16 de enero 2017. Disponible en:

<http://docplayer.es/34277919-Documento-de-consenso-sed-seep-sobre-el-uso-de-la-mcg-en-espana.html>

5. Eva SI. ¿De qué nos sirve evaluar el perfil glucémico ambulatorio? [Internet]. AvDiabetol. 2014 [citado 29 Oct 2016];30(5):1-130. Disponible en:

<http://www.elsevier.es/es-revista-avances-diabetologia-326-articulo-de-que-nos-sirve-evaluar-S1134323014000635>

6. Solans M, Kotzeva A, Almazán A. Sistemas de monitorización continua de glucosa en tiempo real. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Ministerio de Ciencia e Innovación. Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut de Catalunya; 2011. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, AIAQS núm. 2010/06. Disponible en:

[http://directivos.publicacionmedica.com/contenido/images/monitorizacion\\_glucosa.pdf](http://directivos.publicacionmedica.com/contenido/images/monitorizacion_glucosa.pdf)

7. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Diabetes mellitus tipo 1. Guía de Práctica Clínica sobre Diabetes mellitus tipo 1. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco-Osteba; 2012. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA n.º 2009/10. Disponible en:

[http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_513\\_Diabetes\\_1\\_Osteba\\_compl.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_513_Diabetes_1_Osteba_compl.pdf)

8. Perestelo-Prestelo-PP1.ro-Santana A, Garcguidance/dg2, Vallejo-Torres L, De la Rosa-Merino H, Castellano-Fuentes CL et al. Efectividad, seguridad y coste-efectividad de los sistemas de monitorización continua de glucosa intersticial en tiempo real (SMCG-TR) para la Diabetes Mellitus tipo 1 y 2. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud; 2015. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias.

[http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/228d3c31-cb58-11e5-a9c5-a398589805dc/SESCS%202015\\_SMCG-TR.pdf](http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/228d3c31-cb58-11e5-a9c5-a398589805dc/SESCS%202015_SMCG-TR.pdf)

9. E. MT. Monitorización de la glucemia en la diabetes. Perspectiva histórica y evolución tecnológica [Internet]. AvDiabetol. 2010. [citado 6 Dic 2016];26(Supl 1):S1-4. Disponible en:

<http://www.elsevier.es/de-revista-avances-diabetologia-326-articulo-monitorizacion-glucemia-diabetes-perspectiva-historica-X1134323010005961>

**ID179:****MANEJO DEL VENDAJE FUNCIONAL DE TOBILLO EN LA CONSULTA DE ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA**

María de la Encarnación Galván Sánchez<sup>1</sup>, Elena Criado Domínguez<sup>2</sup>, Raquel Simón Macho<sup>3</sup>.

1.Centro de Salud Circunvalación, 2 Centro de Salud Canterac, 3 Centro de Salud Rondilla II  
1,2,3 Residentes de Enfermería Familiar y Comunitaria. Gerencia de Atención Primaria. Valladolid Este.  
SACYL

[margalsan9@gmail.com](mailto:margalsan9@gmail.com)

**RESUMEN****INTRODUCCIÓN**

El esguince de tobillo constituye una de las patologías más frecuentes del sistema músculoesquelético.

El objetivo fundamental del vendaje funcional es proteger la cicatrización del ligamento lesionado, permitiendo cierto grado de movimiento en la articulación sin riesgo para ésta.

El objetivo de la revisión es identificar la evidencia científica disponible sobre las intervenciones de enfermería en el manejo adecuado del vendaje funcional de tobillo.

**DESARROLLO**

Se realizó una búsqueda bibliográfica de artículos publicados entre los años 2006 y 2016 y se eligieron los 8 más representativos.

**DISCUSIÓN**

Actualmente se ha visto que el vendaje funcional y la movilización precoz es la mejor estrategia de actuación.

La existencia de muchos protocolos o procedimientos acerca de cómo llevar a cabo el vendaje funcional de tobillo hace necesario una unificación.

**CONCLUSIONES**

Es necesario la correcta formación del profesional de enfermería para conseguir un manejo adecuado del vendaje funcional de tobillo.

**ABSTRACT****INTRODUCTION**

The sprain of ankle constitutes one of the most frequent pathologies of the musculoskeletal system. The aim of the functional bandage is to protect the healing of the damaged ligament, allowing certain degree of movement in the joint without any risk of further damage.

The aim of the review is to identify available scientific evidence on the interventions of nurse led care in the suitable bandage of an ankle.

**DEVELOPMENT**

A bibliographical search of articles published from 2006 to 2016 was done and the 8 most representative were chosen.

**DISCUSSION**

Nowadays, it has been proved that the functional bandage and the earliest mobilization is the best strategy to follow.

The existence of many different protocols and procedures on how to carry out the functional bandage of an ankle makes an unification necessary.

**CONCLUSIONS**

It is necessary to specifically train nurses in order to guarantee a good procedure in the functional bandage of an ankle.

**PALABRAS CLAVE**

Traumatismos de tobillo, Esguinces de tobillo, Cinta atlética, Enfermería, Atención de Enfermería.

Ankle Injuries, Ankle Sprains, Athletic Tape, Nurse and Nursing Care.



## INTRODUCCIÓN/JUSTIFICACIÓN/OBJETIVO

Por esguince se entiende la distensión o rotura total o parcial de un ligamento que se produce como consecuencia de la tracción o el excesivo estiramiento del mismo. Constituye una de las patologías más frecuentes del sistema músculoesquelético y supone alrededor de las tres cuartas partes de las lesiones<sup>1</sup>. El 85% se produce por inversión forzada del ligamento lateral externo del tobillo y la incidencia diaria es aproximadamente de un esguince por cada 10.000 habitantes<sup>2</sup>.

La característica principal es un dolor intenso que suele impedir al paciente su deambulación, y normalmente va acompañado de inflamación y tumefacción<sup>3</sup>.

El objetivo fundamental del vendaje funcional es proteger la cicatrización del ligamento lesionado, permitiendo cierto grado de movimiento en la articulación sin riesgo para ésta<sup>1</sup>.

Se debe diferenciar del vendaje neuromuscular, que utiliza unas bases donde no se busca fijar o limitar el movimiento de la articulación; sino que actúa sobre el músculo, cambiando la información propioceptiva (acortamiento, estiramiento, sensibilidad)<sup>4</sup>.

En las consultas de Atención Primaria nos encontramos, con frecuencia, pacientes con esguinces de tobillo y suele ser una lesión infravalorada tanto por el profesional sanitario como por el propio paciente. Además, a veces, se trata insuficientemente y es motivo de lesiones residuales, tumefacciones crónicas e inestabilidad articular.

Por otro lado, en ocasiones, el personal de enfermería no dispone de los conocimientos necesarios sobre el manejo de la técnica y hay que tener en cuenta que la correcta aplicación del vendaje condiciona la evolución del proceso. Este es el principal motivo por el que el vendaje funcional podría considerarse un tema importante de trabajo para hacer una revisión bibliográfica.

El objetivo de la revisión es identificar la evidencia científica disponible sobre las intervenciones de enfermería en el manejo adecuado del vendaje funcional de tobillo en Atención Primaria.

## DESARROLLO

Metodología: Se realizó una búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos: Medline, Cochrane, Cuiden, Fisterra, y PEDro entre octubre y noviembre de 2016. Se completó con búsqueda referencial y búsqueda intuitiva en Google. En la estrategia de búsqueda se emplearon descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) y Medical Subjects Headings (MeSH), siendo las palabras clave: Ankle Injuries, Ankle Sprains, Tape, Nurse and Nursing care. También, se revisaron libros y guías adecuadas al objeto de estudio. Además, se utilizó el buscador Google Académico.

Resultados de la búsqueda: No hubo restricción en idioma y los artículos se eligieron haciendo referencia a las fechas comprendidas entre los años 2006 y 2016.

Se encontraron 88 artículos utilizando las diferentes combinaciones entre los descriptores. Tras una primera lectura de título y resumen, se escogieron 10 y tras una lectura crítica de texto completo, fueron elegidos 8 por ser los más representativos y de mayor calidad científica.

Se incluyeron ensayos clínicos aleatorios y no aleatorios, estudios de cohortes, transversales, metaanálisis y revisiones sistemáticas. Se excluyeron aquellos que hacían referencia al uso del vendaje funcional como prevención de lesiones de tobillo en deportistas.

Entre los objetivos del vendaje funcional se encuentran disminuir la tensión de aquellos tejidos implicados en la lesión, permitir la correcta cicatrización, disminuir la sensación dolorosa, proteger frente a la recidiva y el empeoramiento, combatir el edema y contribuir a la corrección de posibles deformidades<sup>5</sup>.

Según su finalidad, el vendaje funcional puede ser terapéutico, cuando forma parte del plan de tratamiento de la lesión producida, o preventivo, cuando con su aplicación se persigue evitar el daño o la repetición de lesiones<sup>5</sup>.

En este trabajo, nos limitamos a revisar, únicamente, la literatura existente en relación al fin terapéutico de este tipo de vendaje, excluyendo aquellos trabajos que hacen referencia a su finalidad preventiva.

Las tres cuartas partes de las lesiones producidas en los tobillos son diagnosticadas como esguinces y, en su mayor parte, se originan debido a un movimiento de inversión forzada con afectación del ligamento lateral externo. Esta lesión es más frecuente, ya que la estabilidad ósea es mayor en la cara lateral interna o medial, lo cual tiende a forzar el pie hacia la inversión en vez de la eversión<sup>1</sup>.

Según el grado, los esguinces se clasifican en:

-Grado I o leve: se produce una distensión sin ruptura ligamentosa. Aparece un ligero edema, dolor y escasa pérdida funcional. No existe equimosis.

-Grado II o moderado: hay un desgarro parcial. El paciente puede caminar, pero con gran dificultad, presenta dolor más importante y edema inmediato, que puede desaparecer más tarde. Posteriormente, existe tumefacción articular y equimosis tras, aproximadamente, 18 horas de evolución.

-Grado III o grave: con desgarro completo, incapacidad para el apoyo del pie, gran edema y dolor intenso, aunque puede estar ausente debido a la rotura de fibras nerviosas eferentes. Aparece un hematoma instantáneo, característico de este grado de esguince<sup>1</sup>.

El vendaje funcional está indicado en las distensiones de primer grado, fundamentalmente, aunque, también, se emplea en algunas de segundo grado. En cuanto a las contraindicaciones, es importante conocer que no está indicado en posibles roturas tendinosas, ligamentosas y musculares, ni en fracturas, edemas, problemas de retorno venoso, heridas importantes, alteraciones sensitivas, alergias a los adhesivos, etc<sup>1</sup>.

El vendaje funcional se realiza con vendas o cintas que limitan los movimientos que provocan daños, pero permiten el apoyo y los movimientos que no agravan la lesión<sup>6</sup>.

La intensidad de la acción estabilizadora y, por lo tanto, su eficacia depende de diversos factores, entre los que se encuentran las características del material empleado, la técnica de colocación, la longitud de las tiras y la disposición de los anclajes<sup>7</sup>.

Entre los efectos del vendaje funcional se encuentra la acción mecánica (el vendaje asegura una posición de acortamiento de los elementos lesionados; asegurando una acción antiálgica y una protección contra el mecanismo lesional sin impedir, del todo, el aspecto funcional) y la acción exeroceptiva (la aplicación de las tiras adheridas al plano cutáneo hace que la reproducción del mecanismo lesional aporte información adicional que actúa como una señal de alarma y hace que el paciente corrija la posición)<sup>5</sup>.

## DISCUSIÓN

Anteriormente, el tratamiento fundamental del esguince de tobillo consistía en la inmovilización prolongada de la articulación, pero actualmente se ha visto que el vendaje funcional y la movilización precoz aportan beneficios mayores, y en esguinces leves a moderados parece ser la mejor estrategia de actuación<sup>6</sup>.

La mayoría de los autores coinciden en el tratamiento funcional como elección, por sus mayores beneficios, pero esto debe interpretarse con cautela, dado que no está exento de inconvenientes<sup>6</sup>. El vendaje da confianza y seguridad al que lo lleva, pudiendo llegar incluso a provocar cierta dependencia<sup>5</sup>. Antes de realizar un vendaje funcional de tobillo, hay que valorar el aspecto, tener en cuenta cuándo tuvo lugar el accidente y considerar las zonas donde el paciente presenta el dolor. Un buen vendaje funcional no debe tener arrugas. No debe comprimir en exceso los metatarsos ni el tendón de Aquiles y el paciente tiene que sentir el vendaje confortable y no percibir sensación de entumecimiento<sup>6</sup>.

Lo primero, es revisar la piel del tobillo para valorar que no existen heridas, edemas o lesiones que contraindiquen la inmovilización y se debe proteger con material almohadillado en forma de L en el lado medial de la articulación y con forma de U en el lado lateral, las zonas de relieve óseo<sup>1</sup>.

Conviene colocar un prevendaje para evitar el contacto directo de la piel con las tiras funcionales<sup>1</sup>.



Imagen 1.- Prevendaje

El siguiente paso consiste en fijar una tira de anclaje proximal a nivel de la unión del tercio medio con el tercio inferior de la pierna y otra distal en la raíz de los dedos. Las tiras de anclaje tienen que quedar abiertas en la cara posterior de la pierna y en la planta del pie<sup>1</sup>.



Imagen 2.- Tiras de anclaje proximal y distal

Con el tobillo en flexión de 90° se pone una tira activa longitudinal a modo de estribo, discurriendo desde la cara interna del anclaje proximal hasta la cara externa del mismo pasando por el talón y otro transversal desde la cara interna del anclaje distal hasta la cara externa del mismo pasando por la región aquílea. Al anclar ambas tiras se ejerce una tracción ligera para relajar el ligamento lateral externo lesionado. Se añade, también, una tira de sujeción casi superpuesta a la tira de anclaje<sup>1</sup>.



Imagen 3.- Tira activa longitudinal



Imagen 4.- Tira activa transversal

A continuación, se van repitiendo las tiras activas para limitar el movimiento de inversión del tobillo, manteniendo la superposición en el talón y la región aquilea, pero desplazándolas ligeramente hacia la cara anterior de la pierna y el dorso del pie<sup>1</sup>.



Imagen 5.- Tiras activas para limitar el movimiento

Para limitar más el movimiento de inversión, se puede colocar una tira de refuerzo que, partiendo del dorso del pie, cruce por la cara plantar hasta llegar al talón y ascienda por la cara externa de la pierna hasta el anclaje proximal<sup>1</sup>.



Imagen 6.- Tiras de refuerzo

Por último, es importante, aplicar tiras de sujeción sobre los anclajes para evitar que se suelten los extremos<sup>1</sup>.



Imagen 7.- Tiras de sujeción sobre los anclajes

Finalmente, se pueden cubrir las tiras con otra venda. Con el encofrado del pie se aumenta la estabilidad del vendaje y su duración<sup>1</sup>.



Imagen 8.- Vendaje cubriendo las tiras funcionales

Pero, hay que tener en cuenta que el tratamiento funcional abarca multitud de técnicas y la existencia de muchos protocolos o procedimientos acerca de cómo llevar a cabo el vendaje funcional de tobillo hace necesario una unificación para facilitar el manejo por parte de la enfermera en la consulta de Atención Primaria.

### CONCLUSIONES

Se ha visto que la principal causa para sufrir un esguince de tobillo es haber tenido ya un esguince previo. El vendaje funcional hace posible un tratamiento mucho más específico de la lesión y permite que la cicatriz sea más funcional, evitando la atrofia muscular y la rigidez articular, las cuales retrasan la recuperación. Al permitir una movilidad libre de dolor, se acelera la curación.

Dado que existe una gran variedad de formas de ejecutar la técnica, sería adecuado realizar futuros estudios para comparar unos procedimientos con otros y ver cuál es la forma más idónea, facilitando, además, la intervención enfermera.

A la hora de llevar a cabo el vendaje, es de vital importancia conocer las indicaciones, contraindicaciones, los pasos a seguir, las posibles complicaciones y los cuidados de enfermería necesarios.

Por ello, es indispensable la correcta formación del profesional de enfermería, quien debe adquirir la suficiente destreza en el procedimiento y, de esta manera, poder conseguir un manejo adecuado del vendaje funcional de tobillo, ofreciendo una mayor calidad asistencial al paciente.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Pérez Pejenaute F, Usan Villanueva J, Gil Casado A, Sesma Sánchez MT, Ochoa Alfaro B, Los Arcos Cirauqui MA. Vendaje funcional en el esguince de tobillo. Recomendaciones para Enfermería. NURE Inv. [Internet] 2011 Nov. [citado 15 octubre 2016]; 8 (55): [aprox. 5 p.]. Disponible en: [http://www.fuden.es/FICHEROS\\_ADMINISTRADOR/PROTOCOLO/NURE55\\_protocolo\\_vendaje.pdf](http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/PROTOCOLO/NURE55_protocolo_vendaje.pdf)
2. Muñoz González L. Vendaje y protocolo en el tratamiento de esguinces de tobillo. Introducción. En: AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2006. Madrid: Exlibris Ediciones; 2006. p. 213
3. Abellán Marín N, Miñana Nonell E. Cómo hacer un vendaje compresivo de tobillo. FMC.2014;21(7):401-3
4. Vendaje neuromuscular. Bases neurofisiológicas [Internet]. Madrid: Asociación española de vendaje neuromuscular; 2014 [acceso 17 de octubre de 2016] Disponible en: [http://www.aevnm.com/docs/VNM-Bases\\_Neurofisiologicas%5B1%5D.pdf](http://www.aevnm.com/docs/VNM-Bases_Neurofisiologicas%5B1%5D.pdf)
5. Medina Porqueres I, Luque Suarez A. Vendajes funcionales en traumatología deportiva. Málaga: Canales 7; 2009.
6. Postigo Martín E. Beneficios del vendaje funcional en el esguince de tobillo. Una revisión bibliográfica. Cuest Fisiot -Esp- . 2012;41(3):215-22.
7. Martínez Montejo V. Vendaje funcional versus técnicas de vendaje neuromuscular en el tratamiento del esguince de ligamento lateral externo. Una comparativa basada en la evidencia de la literatura [Trabajo Fin de Grado] Soria: Escuela universitaria de fisioterapia de Soria, Universidad de Valladolid; 2014. Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/4511/1/TFG-O%20126.pdf>



8. Bove, Toni. El vendaje funcional. 6ª ed. Madrid: Elsevier; 2015.
9. Seah R, Mani-Babu S. Managing ankle sprains in primary care: what is best practice? A systematic review of the last 10 years of evidence. Br Med Bull. 2011;97:105–135.
10. Naeem M, Rahimnajjad MK, Rahimnajjad NA, Idrees Z, Shah GA, Abbas G. Assessment of functional treatment versus plaster of Paris in the treatment of grade 1 and 2 lateral ankle sprains. J Orthop Trauma. 2015;16:41-46.
11. Jackson K, Simon J, Docherty CL. Extended use of kinesiology tape and balance in participants with chronic ankle instability. J Athl Train. 2016;51(2):000-000.

**ID195:****RECOMENDACIONES SOBRE EL AUTOCONTROL DE LOS CUERPOS CETÓNICOS EN PERSONAS CON DIABETES**

Sara Arráez Santana<sup>1</sup>, Nerea Córdoba González<sup>2</sup>, Eduardo Gil González<sup>3</sup>, Leticia Hernández Vicente<sup>4</sup>.

<sup>1</sup> Hospital Fundación Jiménez Díaz<sup>2</sup> Centro de salud Segovia<sup>3</sup> Centro de salud Villanueva de la Cañada, <sup>4</sup> Centro de salud Las Rozas  
[saraarraez1@gmail.com](mailto:saraarraez1@gmail.com)

**RESUMEN**

En España, se estima que el 13,79% de la población padece diabetes. Una de las complicaciones agudas de esta es la cetoacidosis diabética (CAD). La CAD además de ser potencialmente letal genera altos costes por ingresos hospitalarios en España. Para prevenirla, uno de los pilares fundamentales es el autocontrol de los cuerpos cetónicos, por ello consideramos necesario la búsqueda de recomendaciones sobre este tema.

Para ello se realizó una búsqueda bibliográfica en buscadores de recursos de información que acceden a distintas base de datos. En las plataformas de búsquedas se obtuvieron más de cien resultados de los que se escogieron para su revisión doce publicaciones, incluido artículos de revistas científicas especializadas en endocrinología, y guías de práctica clínica. La mayoría de autores de las publicaciones coinciden en que la medición de cuerpos cetónicos se debe realizar en casos de hiperglucemias >240-300, y en situación de enfermedad.

**ABSTRACT**

It is estimated that 13.79% of the population in Spain suffers from diabetes. One of the acute complications of this disease is diabetic ketoacidosis (DKA). DKA, besides being potentially lethal, leads to high costs in Spain due to hospital admissions. To prevent it, one of the fundamental bases is self-control of ketone bodies, so we consider that search for recommendations on this topic is necessary.

For this reason, a bibliographic search was carried out in different databases. More than 100 results were obtained from the search platforms. Among those publications, twelve of them were selected for review, including articles of scientific journals specialized in endocrinology, and clinical practice guidelines. The majority of authors agree that the measurement of ketone bodies should be performed by means of capillary blood when hyperglycemia is > 240-300 mg/dl and/or in case of disease.

**PALABRAS CLAVE**

Cuerpos cetónicos, diabetes mellitus, autocontrol, monitorización, hiperglucemia.  
Ketone bodies, diabetes mellitus, self-control, monitoring, hyperglycemia

**INTRODUCCIÓN/JUSTIFICACIÓN/OBJETIVO**

La diabetes mellitus es un desorden metabólico que se manifiesta por unos niveles de glucosa en sangre por encima de los límites normales y se asocia con la aparición de complicaciones agudas y crónicas, produciendo daños en la visión, la función renal, y en los vasos sanguíneos. En España, se estima que la diabetes afecta al 13,79% de la población, generando un coste directo de 5809 millones de euros anuales, el 8,2% del gasto sanitario total (datos extraídos del estudio SECCAID, en el año 2012)<sup>1</sup>.

Dentro de las complicaciones agudas asociadas a la hiperglucemia, que pueden ocurrir en una diabetes mellitus, encontramos el coma hiperosmolar no cetósico y la cetoacidosis diabética (CAD)<sup>2</sup> pero en este trabajo nos centraremos en esta última por su gravedad.

La CAD es una situación potencialmente letal, que además genera un coste por ingreso en España de entre 2.700 y 5.163,11 euros<sup>3</sup>. Se asocia más frecuentemente con la diabetes tipo 1, pero también puede aparecer en pacientes con diabetes tipo 2 cuando existen infecciones graves, traumatismos, emergencias cardiovasculares u otras situaciones de estrés y rara vez al comienzo de la enfermedad<sup>2</sup>.

La CAD es el resultado de un déficit grave de insulina, que es la hormona encargada de que la glucosa penetre en el interior de la célula para que esta obtenga energía. Si hay un descenso de insulina, como en el caso de la diabetes o un aumento de sus necesidades, el cuerpo segrega hormonas contrainsulares (glucagón, catecolaminas, cortisol y hormona del crecimiento) que se encargan de aumentar la glucemia. Sin embargo, cuando hay un déficit total de insulina la glucosa sigue sin poder penetrar en la célula. Es entonces cuando comienzan en el organismo reacciones metabólicas como la glucogenolisis y la gluconeogénesis a través de la lipólisis para obtener energía, liberándose a la sangre ácidos grasos y cuerpos cetónicos formados en el hígado (acetoacetato, acetona y el  $\beta$ -hidroxibutirato). En un pH fisiológico, los cuerpos cetónicos existen en forma de cetoácidos, que son neutralizados por el bicarbonato. Al agotarse los depósitos de bicarbonato sobreviene la acidosis metabólica. Por otra parte, cuando la glucemia supera el límite renal para su reabsorción los riñones comienzan a secretar mayor cantidad de glucosa por la orina (glucosuria) dando resultado de una poliuria con pérdida de electrolitos, fundamentalmente sodio y potasio, que llevará a un estado de deshidratación progresivo<sup>2</sup>

Para lograr un buen control glucémico y prevenir las complicaciones tanto agudas como crónicas de la diabetes es necesario un correcto autocontrol por parte del paciente y su familia<sup>2, 4, 5, 6</sup>. Sin embargo se ha observado que aproximadamente el 40-60%<sup>3, 4</sup> de los pacientes con DM2 y el 75,8% con DM1<sup>5</sup> no cumplen con este objetivo<sup>3</sup>.

El autoanálisis de la glucemia capilar supone una herramienta fundamental en el autocontrol de la diabetes y con la que la mayoría de personas diabéticas están familiarizadas. Sin embargo, muy pocas conocen la importancia del autocontrol de los cuerpos cetónicos para evitar complicaciones agudas como la CAD<sup>6</sup>.

La medición de cetonemia capilar (cuerpos cetónicos en sangre) es una técnica disponible desde hace algunos años que se puede realizar tanto a nivel hospitalario como domiciliario y que permite a los usuarios diferenciar una hiperglucemia simple de una descompensación metabólica mayor<sup>7</sup>. Actualmente existen dispositivos para medir la glucemia que también miden cuerpos cetónicos en sangre capilar, y por tanto ayudan a prevenir episodios de CAD y a controlar su evolución en caso de que se establezca.

Es por todas estas razones que se hace necesaria la búsqueda de recomendaciones actuales sobre el autocontrol de los cuerpos cetónicos y su difusión entre los pacientes diabéticos.

## **DESARROLLO**

### **Metodología:**

Se realizó una búsqueda bibliográfica en buscadores de recursos de información como Eithera, Biblioteca de Guías de Práctica Clínica del Sistema Nacional de Salud (Guisalud) y las plataformas Clinica Key, Science Direct y Uptodate que acceden a distintas bases de datos. Se realizaron varias búsquedas con las palabras clave “cuerpos cetónicos”, “diabetes mellitus”, “autocontrol”, “monitorización”, “hiperglucemia”, con los filtros de: idioma español, y antigüedad de la publicación de no más de ocho años, en cada base de datos. En las plataformas de búsquedas se obtuvieron más de cien resultados. Para proceder a la selección se revisaron los resúmenes de los artículos publicados en revistas y en algunos casos los artículos completos, también se revisó las referencias bibliográficas de los artículos por si se pudiese encontrar alguna publicación de interés en cuanto a nuestro tema.

En las guías de práctica clínica y manuales se revisaron los índices y los apartados que contenían información referente a nuestro objetivo. También se accedió a la página oficial de la American Diabetes Association (ADA) donde se realizó una búsqueda de información sobre recomendaciones en cuanto al autocontrol de los cuerpos cetónicos.

Finalmente, se escogieron seis artículos publicados en revistas científicas, tres guías de práctica clínica, un protocolo de práctica asistencial y dos manuales, uno dedicado a profesionales sanitarios y otros para pacientes.

### **Resultados:**

La ADA, recomienda la medición de cetonas cuando el nivel de glucosa en sangre sea más de 240 mg/dl, en caso de enfermedad y cuando aparecen síntomas de cetoacidosis cada 4-6 horas (polidipsia, poliuria, cansancio, piel seca o enrojecida, náuseas, vómitos, dolor abdominal, disnea, respiración de kussmaul,



aliento frutado, o confusión). También recomienda buscar atención médica en caso de un resultado alto y no realizar ejercicio físico<sup>8</sup>.

La Sociedad Española de Diabetes (SED) aconseja a todos los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1) la medición de cuerpos cetónicos en sangre capilar o en orina si la glucemia es superior a 250-300 mg/dl y por tanto disponer de un glucómetro con capacidad para medir cetonemia. También recomienda en la diabetes gestacional la medición de cuerpos cetónicos diariamente en ayunas, y siempre que la glucemia supera 250 mg/dl<sup>4</sup>.

En el Protocolo de Atención al Paciente Crónico con DM, los autores diferencian la cetonemia asociada a un déficit insulínico (se acompañan de hiperglucemia) de los casos provocados por ayuno (hipoglucemia), y recomiendan que todo análisis de cuerpos cetónicos se acompañe de una determinación de glucemia capilar, ya que dependiendo de los valores de glucemia se va a proceder con un abordaje distinto: la cetonemia asociada a ayuno se corrige con el aporte de hidratos de carbono mientras que la asociada a hiperglucemia se debe tratar con insulina<sup>5</sup>.

Los autores de esta guía defienden que la realización de las determinaciones de cetonuria (cuerpos cetónicos en orina) o cetonemia están indicadas en pacientes con DM1, en caso de hiperglucemia franca (>250 mg/dl o 300 mg/dl) o glucosuria, en enfermedades intercurrentes: aparición de fiebre, vómitos, diarrea, dolor abdominal, malestar o confusión, y en la diabetes pregestacional y diabetes gestacional. También señalan que en los DM2 la medición de cuerpos cetónicos no suele ser un procedimiento habitual<sup>5</sup>.

Así mismo, esta guía ofrece una tabla para la interpretación de los resultados de cetonemia y cetonuria y la actuación ante las distintas situaciones, reflejada al final del documento (Ilustración 1 y 2)

De forma más detallada, la guía recomienda que para la prevención de descompensación hiperglucémica en caso de aparición de una enfermedad intercurrente, hay que monitorizar las glucemias y cetonurias antes de cada comida, asegurar la ingesta de hidratos de carbono (arroz hervido, zanahorias/patatas, manzana rallada o en compota) y de líquidos (mínimo dos litros/día). Si la glucemia es mayor de 300 mg/dl con o sin cetonuria y el paciente está tratado con insulina recomienda no abandonar la administración de insulina, ajustar el horario de comidas con respecto a la inyección de insulina y añadir insulina rápida si la glucemia es mayor de 200 mg suplementando con insulina rápida cada 4 horas (el 20% de la dosis total de la insulina administrada habitualmente) y si la glucemia es menor de 200 mg/dl pero persiste cetonuria de 2+, aumentar el aporte de hidratos de carbono. Por otro lado, si el paciente toma ADO, aconseja insulinar añadiendo suplementos de insulina rápida cada 4 horas y si está en tratamiento con biguanidas, suspender y administrar rápida cada 4 horas. Por último si existe glucemias y cetonurias extremas recomienda remitir al hospital<sup>5</sup>.

Por otro lado los autores de la Guía práctica del paciente con DM1 del Sistema Nacional de Salud, indican que la glucosa en sangre y los cuerpos cetónicos en orina o sangre deben monitorizarse con frecuencia, especialmente en niños, adolescentes y embarazadas. Así mismo recoge recomendaciones generales en caso de aparición de estos, que coinciden con la otra guía revisada: se ha de estimular la ingesta de líquidos orales extra y dar bolos adicionales de insulina de acción rápida en una cantidad igual o superior al 10-20% del total de la dosis diaria cada 2-4 horas, no comenzar o parar el ejercicio físico y buscar ayuda médica si a pesar de esto, la situación no se corrige o la persona presenta náuseas, vómitos y dolor abdominal. También expresa que en el caso de un niño con enfermedad intercurrente cuando la cetonuria se incremente o persista elevada, o cuando la cetonemia sea > 1-1,5 mmol/l se debe solicitar consulta sanitaria urgente<sup>9</sup>.

El Manual de Educación Diabetológica, también indica que la determinación de cetonemia o cetonuria se realizará: cuando la glucemia supere 250 o 300 mg/dl antes de una comida, cuando el diabético sienta náuseas o tenga vómitos y cuando haya alguna enfermedad aguda que pueda descontrolar la diabetes, y además ofrece una tabla de interpretación de resultados y pautas de actuación en casa caso (Ilustración 3). Por otra parte, explica cómo realizar la medición de cuerpos cetónicos en orina: “se realiza depositando unas gotas de orina sobre la zona del reactivo de la tira. Se puede sumergir la tira en un bote limpio donde se haya recogido la orina o introducirla directamente en el chorro de orina. El resultado se interpreta

comparando el color de la tira con el de una escala de colores impresa en el envase. Para realizar una lectura correcta se debe esperar 1 minuto”<sup>10</sup>.

En la Guía de Atención Enfermera a personas con diabetes recomiendan realizar análisis de cetonas en orina cuando la glucemia sea superior a 250-300 mg/dl y evitar el ejercicio físico si la glucemia es superior a 280 mg/dl o en presencia de cetonurias positivas. También recomienda que en caso de persistir cetonuria a pesar de haber aumentado la dosis de insulina y/o aparecer síntomas de cetosis sería conveniente adecuar la dieta: leche desnatada, yogur desnatado, cereales, fruta hervida o en zumo, sopas ligeras, puré de verdura, etc, y fraccionar las ingestas cada 2-3 h, en cantidades pequeñas, así como aumentar la ingesta de líquidos<sup>11</sup>.

Por último, en el manual para pacientes “Hablemos de el autocontrol de los cuerpos cetónicos en personas con diabetes” los autores recomiendan de forma general tanto a los DM1, como DM2, embarazadas, niños y adolescentes y usuarios de bombas de insulina realizar control de cuerpos cetónicos en sangre cuando hay una hiperglucemia > 250 mg/dl, si hay síntomas de cetosis, si hay ingesta de fármacos no habitual o si se realiza ejercicio físico intenso no habitual. En niños y adolescentes también lo recomiendan cuando hay baja ingesta de carbohidratos por vómitos o si hay inapetencia. En el caso de usuarios de bombas de insulina además a las 3 horas del cambio de catéter. En el caso de mujeres embarazadas aparte de en las situaciones citadas al comienzo, también lo indican en caso de pérdida de peso, si hay hiperglucemia > 200 mg/dl, si hay infecciones o si hay tratamiento con corticoides. Por otro lado, explican que la duración del tratamiento es de aproximadamente 48 horas, pero con dos fases: durante la primera hora aconsejan exclusivamente la rehidratación oral y a partir de la segunda, seguir con la rehidratación y comenzar con la administración de insulina de acción rápida y glucosa<sup>6</sup>.

#### **¿Medición de cuerpos cetónicos en orina o en sangre?**

En la publicación “Tests of Glycemia in diabetes” publicada en la revista “Diabetes care”, en 2004, la ADA señala que para la medición de cuerpos cetónicos, concretamente el betahidroxibutirato ( $\beta$ -OHB) que es el cuerpo cetónico predominante, se prefiere una muestra de sangre por dar un resultado más preciso en tiempo real y con menos riesgo de dar falsos positivos o negativos<sup>12</sup>. Sin embargo en su página oficial solo hace referencia a la medición de cetonas usando tiras reactivas de orina<sup>8</sup>.

Varias sociedades científicas, como la Sociedad Española de Endocrinología Pediátrica (SEEP), la *International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes* (ISPAD) y la *European Society for Pediatric Endocrinology* (ESPE), también recomiendan la medición de cuerpos cetónicos en sangre ( $\beta$ -OHB) frente a la determinación de cetonurias (AcAc) en orina, alegando ser de gran utilidad en la práctica clínica, tanto en la CAD establecida como en la cetosis o hipercetonemia<sup>3</sup>.

El grupo de Nuevas tecnologías de la Sociedad Española de Diabetes también recomienda la medición de cuerpos cetónicos en sangre, señalando que ofrece una interpretación sencilla y rápida a través de la valoración cuantitativa, segura, específica e inmediata del  $\beta$ -OHB, ya que la medición de cetonas en orina puede sufrir interferencias con determinados fármacos o ingesta abundante de ácido ascórbico, dando falsos positivos. Por otro lado, al inicio de una cetosis, puede falsear valores y más tarde dar un falso positivo cuando se ha iniciado el tratamiento insulínico y se ha corregido el episodio de CAD<sup>3</sup>.

Otro estudio realizado por profesionales de distintos servicios de endocrinología de hospitales españoles apoya estas conclusiones<sup>7</sup>.

#### **DISCUSIÓN**

En todos los documentos revisados los autores y las asociaciones, algunas de ellas con gran influencia en la comunidad científica como la ADA, abogan por la medición de cuerpos cetónicos en sangre por poseer un resultado más fiable, exacto y a tiempo real que la medición de cuerpos cetónicos en orina<sup>3,5,6,7,12</sup>. Sin embargo, aunque las indicaciones para la medición de los cuerpos cetónicos son similares en todas las publicaciones y guías, encontramos algunas diferencias: la primera de ellas, las cifras de glucemia en la que recomiendan hacer una medición (la ADA >240 mg/dl, SED 250 mg/dl, otras guías esta cifra la sitúan entre 250 y 300 mg/dl)<sup>4,5,6,8,9,10,11</sup>. En segundo lugar el tipo de pacientes a los que recomiendan la

monitorización de la cetonuria/cetonemia. En la mayoría de publicaciones hacen referencia a los pacientes con DM1 (sobre todo niños y adolescentes) y mujeres con diabetes gestacional, explicando que en la DM2 es más difícil que ocurra una situación de cetoacidosis, pero tampoco desaconsejan explícitamente el autocontrol de cuerpos cetónicos en estos pacientes<sup>4, 5,8,9,10,11</sup>. La única publicación encontrada que aconseja la medición de cuerpos cetónicos en personas con DM2 es un manual publicado por un laboratorio que comercializa glucómetros con capacidad de medir cetonemia en sangre capilar<sup>6</sup>. Otro punto que llama la atención es que solo se habla de los usuarios con bombas de insulina, que son pacientes que padecen DM1, en dos de las publicaciones revisadas<sup>6,10</sup>, mientras que otras guías no tienen en consideración a estos usuarios.

Por otro lado, parece que todas los documentos revisados coinciden que es necesario la automedición de los cuerpos cetónicos en personas con DM1 o diabetes gestacional cuando hay síntomas de cetosis, en caso de hiperglucemia partir de las cifras comentadas anteriormente, o cuando exista algún proceso de enfermedad<sup>4,5,6,8,9,10,11</sup>. También coinciden en la interpretación de los resultados (<0,5mmol/l :negativo, de 0,5 a 1 mmol/l: indicios, 1 a 3 mmol/l: cetosis moderada y >3 mmol/l: cetosis grave/riesgo de cetoacidosis) así como en el tratamiento una vez que se verifica la presencia de cetonia/cetonemia: reposición hídrica, aporte de insulina extra, no realizar ejercicio físico y búsqueda de atención médica en caso de cetonia importante<sup>5,6,10</sup>.

Actualmente, la práctica de medición de cuerpos cetónicos en personas con diabetes parece no estar muy extendida. Hay que tener en cuenta que existen pocos glucómetros en el mercado que sean capaces de medir cuerpos cetónicos y no se encuentran disponibles en todos los centros sanitarios, además estos dispositivos y las tiras reactivas que utilizan poseen un elevado coste. No obstante, según la bibliografía revisada, el autocontrol de cuerpos cetónicos podría evitar en gran medida la aparición de una CAD, y por tanto el número de ingresos hospitalarios así como los días de hospitalización, con todos los gastos económicos y consecuencias en la salud que esto implica, por lo que su uso parece estar justificado<sup>2,3,4,5,6,7,8,9,10</sup>.

## CONCLUSIONES

En conclusión, la medición de cuerpos cetónicos puede ayudar a prevenir episodios de descompensación metabólica asociadas a hiperglucemia, como la aparición de una CAD, evitando así un posible ingreso hospitalario y numerosas consecuencias en la salud de la persona con DM. Aunque la práctica de medición de cuerpos cetónicos no suele ser muy frecuente en nuestro entorno sanitario, creemos necesario su implantación y el fomento de esta sobre todo en determinados usuarios: pacientes con DM1, diabéticas gestacionales y usuarios de bombas de insulina, por el mayor riesgo de sufrir descompensaciones. En los pacientes con DM2 no parece existir una recomendación clara sobre esto. La situaciones en las que estaría indicada la medición de cuerpos cetónicos en estas personas sería cuando existe hiperglucemia >240-250 mg/dl, en caso de enfermedad intercurrente y ante síntomas de cetoacidosis. La medición de cuerpos cetónicos en sangre está recomendada y es más fiable que la medición de cuerpos cetónicos en orina. El tratamiento, en caso de que se detecte una cetosis, se basa en tres pilares fundamentales: la reposición hídrica y el aporte extra de insulina rápida, así como una dieta adecuada, aunque hay que tener en cuenta la situación de cada paciente. Está recomendada la búsqueda de asistencia sanitaria en caso de que se detecte una cetosis grave o no se revierta con las pautas indicadas.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Soriguer F, Goday A, Bosch-Comas A, Bordiú E, Calle-Pascual A, Carmena R, et al. Prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose regulation in Spain: the Dia@bet.es Study. *Diabetol* [internet]. 2012 [citado 6 Feb 2017]; 55(1): 88-93. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21987347>
2. García MJ, Antolí AC, González C, García A. Complicaciones hiperglucémicas agudas de la diabetes mellitus: cetoacidosis diabética y estado hiperosmolar hiperglucémico. *Medicine* [internet]. 2008 [citado 6 Feb 2017]; 10(18):1177-1183. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304541212704286>

3. Martín P, Martínez MA, García JM. Documento de posicionamiento sobre la eficiencia de las tecnologías aplicadas al manejo de la diabetes. *Av Diabetol* [internet]. 2014 [citado 6 Feb 2017]; 30(5):131-49. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-avances-diabetologia-326-articulo-documento-posicionamiento-sobre-eficiencia-las-S113432301400088X?redirectNew=true>
4. Menéndez E, Tartón T, Ortega M, Fornos JA, García R, López ML. Recomendaciones 2012 de la Sociedad Española de Diabetes sobre la utilización de tiras reactivas para la medición de la glucemia capilar en personas con diabetes. *Av Diabetol* [internet]. 2012 [citado 6 Feb 2017]; 28(1):3-9. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-avances-diabetologia-326-articulo-recomendaciones-2012-sociedad-espanola-diabetes-S1134323012000038>
5. Baeza A, Cortés I, Díaz P, García E, De Haro S, Izquierdo AI, et al. Protocolo unificado de atención de enfermería al paciente crónico con diabetes mellitus del departamento de salud Alicante-Hospital General. [Internet]. 1ªed. Alicante: 2010 [actualizado 2010, citado 6 Feb 2017]. Disponible en: <http://cuidados20.san.gva.es/documents/16605/18134/Guia+de+Atenci%C3%B3n+al+paciente+cr%C3%B3nico+con+DM.pdf>
6. A. Menarini Diagnostics. Hablemos del autocontrol de los cuerpos cetónicos en personas con diabetes. [Internet]. 1ªed. Barcelona; ACV; 2010 [actualizado Dic 2010; citado 6 Feb 2017]. Disponible en: [http://www.solucionesparaladiabetes.com/images/Hablemos\\_Autocontrol\\_cuerpo\\_cetonicos.pdf](http://www.solucionesparaladiabetes.com/images/Hablemos_Autocontrol_cuerpo_cetonicos.pdf)
7. Rodríguez B, Casteras A, Domingo E, Nóvoa FJ, López Y, Cabezas JM et al. Betahidroxibutirato capilar en la monitorización de la cetoacidosis diabética. *Endocrinol Nutr* [internet]. 2011 [citado 6 Feb 2017]; 58(7):347-52. Disponible en : <http://www.elsevier.es/es-revista-endocrinologia-nutricion-12-articulo-betahidroxibutirato-capilar-monitorizacion-cetoacidosis-diabetica-S1575092211001975>
8. Diabetes.org [Internet]. American Diabetes Association; 2013 [actualizado 18 Mar 2015; citado 6 Feb 2017]. Disponible en: <http://www.diabetes.org/es/vivir-con-diabetes/complicaciones/cetoacidosis.html?loc=lwd-es-slabnav>
9. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Guía de práctica clínica sobre Diabetes Mellitus Tipo I. [Internet]. Vol 1. 1ª ed. País Vasco: 2012 [actualizado May 2012; citado 6 Feb 2017]. Disponible en: [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_513\\_Diabetes\\_1\\_Osteba\\_compl.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_513_Diabetes_1_Osteba_compl.pdf)
10. Bataller A, Catalá M, Catalá MJ, Girbés J, Pedro T, Navarro J, et al. Manual de educación diabetológica. [Internet]. 1ªed. Valencia: Generalitat Conselleria de Sanitat; 2008. [actualizado 2008; citado 6 Feb 2017]. Disponible en: <http://publicaciones.san.gva.es/publicaciones/documentos/V.5221-2008.pdf>
11. Lafuente N, Cruz R, Batres JP, Granados A, Castilla ML. Guía de atención enfermera a personas con diabetes. [Internet]. 2ªed. Andalucía: ASANEC. [citado 6 Feb 2017]. Disponible en: [http://www.amegmadrid.org/DOCUMENTOS/GuiaAtEnf\\_diabetes.pdf](http://www.amegmadrid.org/DOCUMENTOS/GuiaAtEnf_diabetes.pdf)
12. Goldstein DE, Little RR, Lorenz RA, Malone JI, Nathan D, Peterson CM, et al. Tests of glycemia in diabetes. *Diabetes Care* [Internet]. 2004 [citado 6 Feb 2017]; 27(1):1761–1773. Disponible en: [http://care.diabetesjournals.org/content/diacare/27/suppl\\_1/s91.full.pdf](http://care.diabetesjournals.org/content/diacare/27/suppl_1/s91.full.pdf)

**GRÁFICOS Y/O TABLAS**

SANGRE	ORINA	INTERPRETACIÓN
< 0.5 mmol/l	Negativo	Negativo
0.5-1 mmol/l	1 cruz	Indicios
1-3 mmol/l	2 ó 3 cruces	Cetosis moderada
> 3.0 mmol/l	Más de 3 cruces	Cetosis grave. Riesgo de cetoacidosis

Ilustración 1. Protocolo unificado de atención de enfermería al paciente crónico con diabetes mellitus del departamento de salud Alicante-Hospital General

Cetonuria o cetonemia	Glucemia capilar	Observaciones	Actuación
Positiva	Positiva	Permite confirmar la descompensación hiperglucémica cetósica	Precisa tratamiento insulínico o incluso ingreso hospitalario
Positiva	Negativa	Situación de ayuno	Administrar hidratos de carbono
		Efecto Somogy (hiperglucemia en respuesta a una hipoglucemia)	Precisa aporte de hidratos de carbono y reducción del tratamiento farmacológico

Ilustración 2 Protocolo unificado de atención de enfermería al paciente crónico con diabetes mellitus del departamento de salud Alicante-Hospital General

Sangre	Orina	Interpretación
Mayor 3.0 mmol/l	Más de 3 cruces	<b>Cetosis grave. Riesgo de cetoacidosis.</b> Hay que ponerse en contacto con los servicios sanitarios para valorar la mayor o menor gravedad de la situación.
1 a 3 mmol/l	2 ó 3 cruces	<b>Cetosis moderada.</b> Hay que seguir las instrucciones previas dadas por el equipo sanitario para prevenir la aparición de una cetoacidosis (dieta para cetosis, líquidos abundantes, suplementos de insulina rápida).
0.5 a 1 mmol/l	1 cruz	<b>Indicios.</b> Hay que seguir las instrucciones que haya dado antes el equipo sanitario para prevenir la aparición de una cetoacidosis (dieta para cetosis, líquidos abundantes, suplementos de insulina rápida).
Menor 0.5 mmol/l	Negativo	<b>Negativo</b>

Ilustración 3. Manual de educación diabetológica

**ID231:****EXPERIENCIA DE CURA FISIOLÓGICA EN PACIENTE CON ULCERA EN PIE DIABÉTICO**

Ángel Benítez Navarro, Rocío Benítez García, Antonio Gris Peñas, Antonio Martínez Pérez, Carmen Ibáñez Aznar y Gregoria Albarracín Pérez.

Responsables de Enfermería de 6 Centros de Salud del Área III de Lorca (Murcia).

[angelbenitezn@yahoo.es](mailto:angelbenitezn@yahoo.es)

[angel.benitez@carm.es](mailto:angel.benitez@carm.es)

**RESUMEN**

Caso clínico en el que se quiere demostrar la relevancia de la cura fisiológica siguiendo el proceso biológico natural de las heridas en comparación con la cura tradicional en la que se aplican sustancias exógenas incluyendo antibióticos y antisépticos tópicos. En el caso clínico se evita la amputación de un paciente que con la cura tradicional estaba avocado a la pérdida del tercer dedo del pie izquierdo y mediante la aplicación de esta nueva terapia (descarga de la zona, aplicación de ácido hialurónico y vendaje compresivo reduciendo el edema de toda la extremidad inferior) se consigue la total curación en un plazo de cuarenta días.

**ABSTRACT**

Clinical case in which it is wanted to demonstrate the relevance of the physiological cure following the natural biological process of the wounds compared to the traditional cure in which exogenous substances are applied including antibiotics and topical antiseptics.

In the clinical case, the amputation of a patient with the traditional cure was prevented by the loss of the third toe of the left foot and by the application of this new therapy (discharge of the area, application of hyaluronic acid and compression bandage reducing the edema of the entire lower extremity) complete healing is archived within forty days.

**PALABRAS CLAVE**

Úlcera de la pierna, pie diabético, cura fisiológica, ácido hialurónico, vendaje por compresión.

Leg Ulcer, Diabetic Foot, Physiological Cure, Hyaluronic Acid, compression dressing.

**INTRODUCCIÓN**

Unas de las complicaciones más frecuentes en pacientes diabéticos es la afectación de la sensibilidad y la circulación que llega a derivar en úlceras, a veces graves, y que pueden ser la principal causa de una amputación.

El tipo de cura usado para el tratamiento de esa úlcera determinará tanto el éxito de la práctica enfermera como la resolución del problema del paciente.

Haremos por tanto diferenciación entre dos tipos de curas en heridas del pie diabético: la **cura húmeda** (tradicional) y la **cura fisiológica** (aquella que está fundamentada en el proceso biológico de cicatrización de las heridas).

**PRESENTACIÓN DEL CASO**

Paciente 60 años. Diabetes Mellitus tipo II(ADO), desde 2007, Hiperuricemia, IMC 28, perímetro cintura 116 cm.

Lesión en 1ª articulación interfalángica del tercer dedo pie izquierdo cara dorsal de 1,5 cm de diámetro, moderado edema. Tras valoración se realizan **curas húmedas** tres veces/semana, empleando suero fisiológico, Betadine jabonoso, ácido fusídico, hidrogel, carboximetilcelulosa plata y apósito hidropolimérico.

Al mes es remitido a cirugía que determina amputación. El paciente solicita una segunda valoración de su problema y se proceden a realizar **curas fisiológicas** (respetando la matrices y composiciones de la célula).

## VALORACIÓN

1. (00047) **Deterioro de la integridad tisular** r/c factores mecánicos. **NOC** (1101). Integridad tisular: piel y membranas mucosas. **Resultado:** Integridad tisular.
2. (00004) **Riesgo de Infección** r/c enfermedad crónica. **NOC** (1902) Control del riesgo. **Resultado:** Control de infección
3. (00204) **Perfusión tisular periférica ineficaz** r/c reducción del flujo venoso. **NOC** (4066) Cuidados circulatorios: Insuficiencia venosa. **Resultado:** Perfusión tisular periférica.

## PLAN DE CUIDADOS y RESULTADOS

1. NIC(3660) **Cuidados de las heridas**. Actividades: suero fisiológico al 0,9% con una presión entre 1-4 mmHg. Colagenasa contra el tejido desvitalizado, ácido hialurónico, apósito primario (malla no adherente vaselinada o silicona) y apósito secundario. descarga de la lesión con fieltro para evitar o reducir la presión en la zona. Zapato quirúrgico.
2. NIC (6540) **Control de la infección**. Actividades: cultivo con torunda negativo, biopsia punch de 3 mm (Infección por pseudomonas y antibiótico sistémico), apósito antimicrobiano hidrófobo con tecnología DACC y modificadores del ph.
3. NIC ( 4066) **Manejo de la circulación venosa**. Actividades: inflamación o edema tratado con vendaje compresivo bicapa de 40 mmHg de presión.

Al principio se le realizaron las **curas fisiológicas** diariamente, al cabo de dos semanas se espaciaron a días alternos por la buena evolución de la úlcera y la drástica reducción del exudado. Se dio el alta definitiva a los 31 días de programarle su amputación.

## DISCUSIÓN / CONCLUSIONES

1. El proceso cicatricial estimulando y respetando los fibroblastos hace que el tiempo de curación disminuya.
2. El ácido hialurónico mantiene la humedad de la herida en la matriz extracelular favoreciendo su recuperación.
3. Para la efectividad de cura de una lesión hay que respetar el proceso biológico cicatricial.
4. No utilizar antibióticos ni antisépticos TÓPICOS. Si infección: cultivo y si es positivo, antibioterapia sistémica y apósitos con tecnología DACC.

Como posible **línea de investigación** sería interesante poder realizar más estudios comparativos entre pacientes con características semejantes y tratamientos con ambos tipos de curas.

## BIBLIOGRAFÍA

- Blanco Blanco J, Alexandre Lozano S. ¿Por qué la cura en ambiente húmedo debe limitarse sólo al tratamiento de las heridas crónicas? La evidencia clínica al servicio de la cura de los tatuajes, *Gerokomos: Revista de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontología*. 2012;21(4):191-197
- López Medina IM, García Fernández FP, López Ortega J, Pancorbo Hidalgo PL. Protocolos y documentación de los cuidados de prevención y tratamiento de las úlceras por presión: análisis de la situación en Andalucía. *Gerokomos: Revista de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontología*. 2005;16(4):219-28
- Bolton LL, Monte K, Pirone LA, Moisture and healing: Beyond the jargon. *Ostomy Wound Manage*. 2000;46
- Winter G. Formation of the scab and the rate of epithelization of superficial wounds in the skin of the young domestic pig. *Nature*. 1962;193:293-294
- Winter G. Effect of air exposure and occlusion on experimental human skin wounds. *Nature*. 1963;200:377-378
- Winter GD, Scales JT. Effect of air drying and desing on the surface of a wound. *Nature*. 1963;197:91-92
- Kerstein MD. Introduction: Moist wound healing. *The American Journal of Surgery*. 1994; 167(1)





- Tormo Maicas V, Julian Rochina I, Albors Rodrigo J. Cura fisiológica: casos clínicos. Valencia: Ediciones M.C. Montserrat Cruz; 2012
- Abejón-Arroyo A. Tratamiento local de las úlceras vasculares. *Angiología*. 2003;55(3):272-279
- De Salas A, Ares JP, Barrenechea G, Arana G, de Lassaletta V, Fernández D. Estudio prospectivo de la eficacia del tratamiento de cura húmeda en las úlceras de miembros inferiores. Hospital Británico de Buenos Aires. *Forum*. 2009; 11(2)
- Fitzpatrick, TB. Dermatología en la Medicina General. Ed. Médica Panamericana; 2010
- Kumar V, Aster JC, Fausto N, Abbas AK. Robbins y Cotran. Patología estructural y funcional. España; Elsevier; 2011

**ID242:****ACCESIBILIDAD Y PARTICIPACIÓN DE MUJERES EN EL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE CÁNCER DE MAMA, DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN EN LA VEGA BAJA DEL SEGURA**

Esther Liria García<sup>1</sup>, Judit Aldeguer Corbí<sup>2</sup>, Jesús Ruiz Martínez<sup>3</sup>, Jose Gabriel Cano Montoro<sup>4</sup>, Rosa Navarro González<sup>5</sup>.

<sup>1</sup>Centro de Salud de Almoradí,

<sup>2</sup>Centro de Salud de Orihuela

<sup>3</sup>Centro de Salud les Foietes

<sup>4,5</sup>Departamento de Salud Pública de Orihuela

[Esther\\_liri@hotmail.es](mailto:Esther_liri@hotmail.es)

**RESUMEN**

El Programa de Prevención de Cáncer de Mama (PPCM) de la Comunidad Valenciana da cobertura a todas las mujeres de 45 a 69 años. Concretamente, la Unidad de Prevención de Cáncer de Mama del antiguo departamento 20 de Orihuela quedó separada en dos Unidades en 2009 para dar mayor cobertura.

**Objetivos:** Analizar la tasa de participación en el PPCM de mujeres entre 45 y 69 años procedentes departamentos 21 y 22 de Alicante entre los años 2006 y 2015.

**Material y métodos:** estudio descriptivo observacional, con población femenina de 45 a 69 años empadronadas en los departamentos 21 y 22 de Alicante, analizando histórico de datos de 2006 a 2015.

**Resultados:** La participación general supera el 65%, el departamento de Orihuela registra una participación del 82,35% y Torrevieja un 73,72%. Los municipios intermedios registraron una participación del 81,1% frente al 79,53% de rurales y el 75,96% de urbanos. Torrevieja obtuvo una media de participación del 68,51% antes de la división de Unidades frente al 72,58% posterior.

**Conclusiones:** Se evidencia un ligero aumento en la participación de Torrevieja tras la división de Unidades y en municipios intermedios.

**ABSTRACT**

The Breast Cancer Prevention Program (BCPP) of Comunidad Valenciana offers coverage to all women between 45 and 69 years old. Specifically, Breast Cancer Prevention Unity of the old 20 Department was divided into two different Unities in 2009 in order to give greater coverage.

**Objectives:** Analyse participation rate in the BCPP of women aged from 45 to 69, from 21 and 22 departments of Alicante, between 2006 and 2015.

**Material and methods:** Observational descriptive study, female population aged from 45 to 69, registered in number 21 or 22 Department, analysing data from 2006 to 2015.

**Results:** General Participation Rate overcome 65%, Orihuela Department has a participation rate of 82,35% and Torrevieja of 73,72%. Intermediate villages had a participation rate of 81,1% opposite to 79,53% of rural ones and 75,96% of urban. Torrevieja had a participation rate of 68,51% previously to Unities división opposite to the 72,58% later.

**Conclusions:** There is a slight increase un participation rates in Torrevieja participation rates after división of units.

**PALABRAS CLAVE**

Cáncer de mama, participación, cobertura, accesibilidad, programa de salud.

Breast neoplasm, citizen participation, coverage, health service accessibility, health program.

**INTRODUCCIÓN**

El cáncer de mama constituye un importante problema de salud en los países europeos por su alta incidencia y mortalidad, así como por el impacto físico y psicológico que suponen y socioeconómico y

sanitario respecto a la atención sanitaria de estas pacientes. En nuestro país, el cáncer de mama constituye aproximadamente el 30% del total de tumores diagnosticados en mujeres, con una mortalidad del 16% debido a esta causa. La Comunidad Valenciana cuenta con una incidencia de Cáncer de Mama del 32,5%, valores muy parecidos a Europa y resto de territorio nacional.

La OMS promueve el control y prevención del cáncer de mama dentro de los programas nacionales de salud contra el cáncer. La Conselleria de Sanitat de la Comunidad Valenciana implantó en 1992 el Programa de Prevención del Cáncer de Mama (PPCM) poniendo a disposición de las mujeres de la Comunidad Valenciana la posibilidad de acceder a medidas de diagnóstico precoz con criterios y metodología definida. El programa actualmente se desarrolla en las 29 Unidades de Prevención de Cáncer de Mama (UPCM) distribuidas en 23 centros que realizan el cribado de Cáncer de Mama de la totalidad de las mujeres de la Comunidad Valenciana.

El PPCM sigue un intervalo entre estudios de dos años y va dirigido a mujeres entre 45 y 69 años. La prueba diagnóstica consiste en una mamografía bilateral de doble proyección en todas las vueltas con exploración clínica selectiva.

La Unidad de Prevención del Cáncer de Mama (UPCM) de Orihuela daba cobertura al antiguo departamento 20 (actuales departamentos 21 de Orihuela y 22 de Torrevieja) hasta el año 2009. Es en este año cuando se estableció la creación de una segunda Unidad de Prevención del Cáncer de Mama para el actual departamento 22 de Torrevieja con vistas a ofrecer una mejor accesibilidad a la población de éste departamento y aumentar por tanto la participación de la población.

Con el presente estudio se pretende analizar la participación de mujeres de 44 a 69 años a partir de la división de las UPCMs en el año 2009.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo general**

Analizar la tasa de participación global en el Programa de Prevención del Cáncer de Mama (PPCM) de mujeres entre 45 y 69 años procedentes de los actuales departamentos 21 y 22 de Alicante entre los años 2006 y 2015.

### **Objetivos específicos:**

- Comparar la tasa de participación en el PDCM antes y después de la división de las Unidades de Prevención de Cáncer de Mama (UPCM) en el año 2009.
- Comparar la tasa de participación global en el PDCM según el tipo de municipio: rural, urbano e intermedio.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

### **Tipo de estudio**

Estudio descriptivo observacional, de corte transversal.

### **Población a estudio y criterios de inclusión y exclusión**

Se incluyeron en el estudio las mujeres de 45 a 69 años empadronadas en los municipios de la Vega Baja del Segura. Como criterios de exclusión se tuvieron en cuenta los mismos que en el programa de prevención: diagnóstico activo de cáncer de mama o fallecimiento.

### **Periodo de estudio**

Se analizaron datos del año 2006 al 2015.

### **Variables a estudio**

- Tipo de municipio:* Rural (menos de 5.000 habitantes), intermedio (entre 5.000 y 10.000 habitantes) y urbano (más de 10.000 Habitantes).
- Tasa de participación:* Número de mujeres que participan en el PPCM, dividido entre el total de mujeres diana incluidas en la unidad.

**Recogida de datos**

La recogida de datos se realizó a través de la exportación de datos del programa informático SIGMA durante los meses de junio, julio y agosto de 2016.

**Análisis de datos**

Los datos fueron explotados mediante el programa Microsoft Excel 2007. Se realizó el análisis descriptivo de las variables a estudio utilizándose porcentajes y frecuencias absolutas tanto para las variables cualitativas como las cuantitativas se representó mediante gráficos y tablas.

**Limitaciones del estudio**

El estudio tiene una principal limitación, ya que las tasas de participación no se pueden establecer por años naturales porque el programa se desarrolla por rondas y cada municipio sigue un orden establecido. Esto hace que comparar los resultados haya sido más difícil y se haya tenido que recurrir a las medias globales en los municipios sin poder saber las variaciones entre municipios por años.

**RESULTADOS**

**Participación por municipios**

La participación global media en el PPCM de los últimos cinco años se sitúa entre el 65 y 90% en todos los municipios de los departamentos 21 y 22, alcanzando el máximo de participación en los municipios de San Isidro y Redován con una participación media del 87,42 y 85,9 respectivamente, frente a los municipios con menos participación de San Fulgencio con un 65,96%, Torrevieja con un 68% y Rojales con un 68,62%. El resto de los municipios se situaron por encima del 70% de participación media y de ellos, el 74% registró una participación mayor al 75% de media en los últimos cinco años.

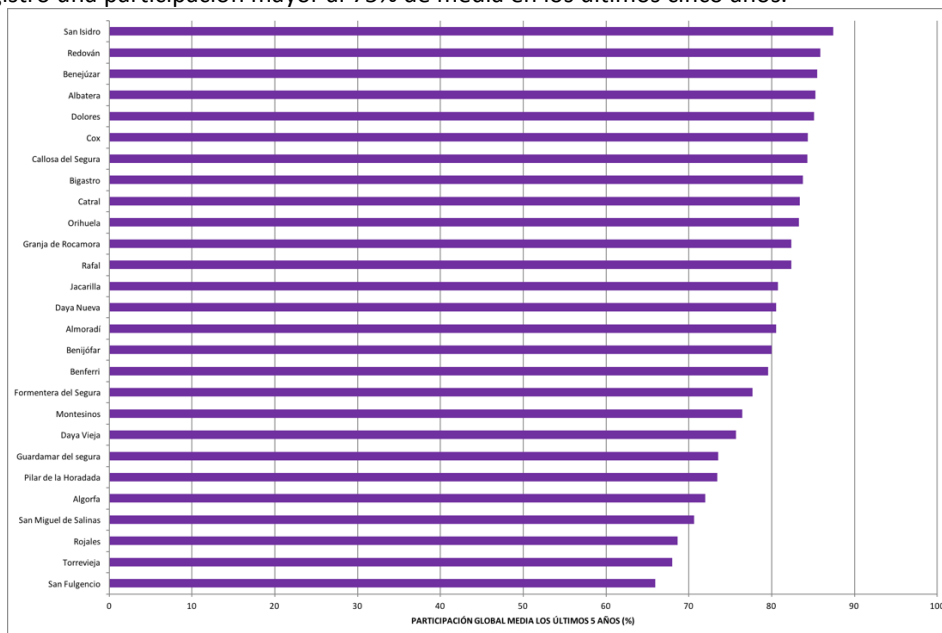
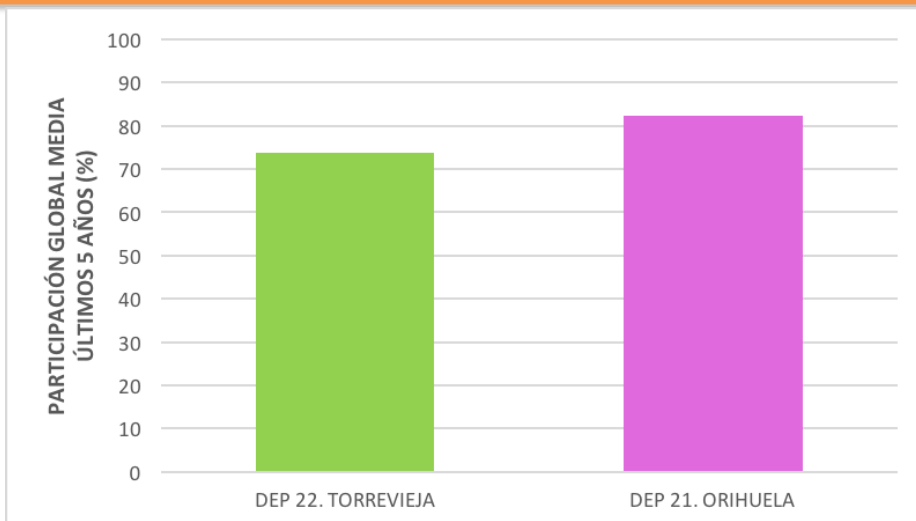


Imagen 10: Participación por municipios

**Participación por departamentos**

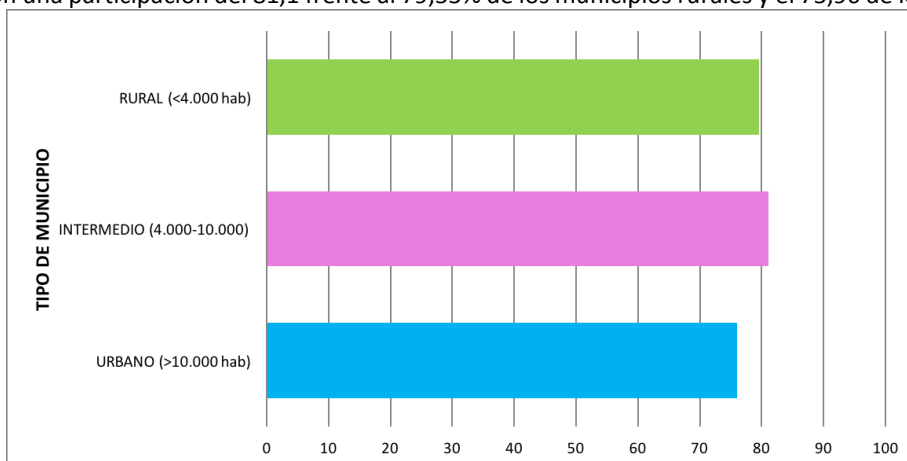
La participación media del PPCM de los últimos cinco años por municipio supera el 70% en ambos departamentos 21 de Orihuela y 22 de Torrevieja, concretamente del 73,72% en Torrevieja y del 82,35 en Orihuela, con una diferencia de un 8,63% mayor de participación a favor del departamento 21 de Orihuela.



*Imagen 11: Participación por departamentos*

**Participación por tipo de municipio**

En cuanto a la participación media según el tipo de municipio (rural, urbano o intermedio) comprobamos que no existen grandes diferencias, siendo los municipios intermedios los que más tasa de participación tienen, con una participación del 81,1 frente al 79,53% de los municipios rurales y el 75,96 de los urbanos.



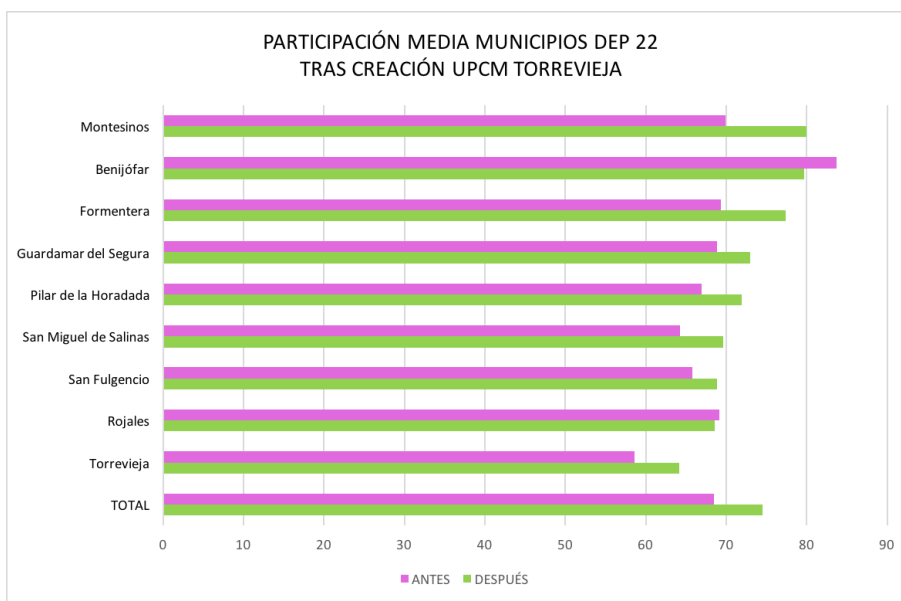
*Imagen 12: Participación por tipo de municipio*

**Comparativa de participación en Torrevieja tras la creación de UPCM**

El análisis tiene como punto de referencia temporal la creación de la nueva UPCM Torrevieja en el año 2009. El periodo previo a la creación abarca del año 2006 al 2009 y el periodo posterior de 2010 a 2015. El análisis comparativo se realiza mediante cálculo de medias de participación global por municipio y por año, previa y posteriormente a la división de UPCMs.

La mayoría de los municipios del departamento 22 de Torrevieja han presentado un aumento de la participación global media tras la creación de la Unidad de Prevención de Cáncer de Mama de Torrevieja, a excepción de los municipios de Benijófar y Rojasles. Los datos detallados se presentan en la tabla 4.

Los resultados muestran un aumento de la participación total media ajustada por años de participación, presentando una participación media del 68,51% antes de la división de UPCMs frente al 72,58% de después, lo que constituye un aumento del 4,97% de participación media.



*Imagen 13: Comparativa antes y después de la división de UPCMs*

TORREVIEJA	ANTES (%)	DESPUES (%)
Benijófar	83,76	79,7
Formentera	69,34	77,42
Guardamar del Segura	68,86	73,03
Rojales	69,18	68,55
San Fulgencio	65,81	68,9
San Miguel de Salinas	64,22	69,6
Torreveija	58,58	64,17
Pilar de la Horadada	66,94	71,92
Montesinos	69,93	79,96
MEDIA	68,51	72,58

*Imagen 14: Comparativa antes y después de la división de UPCMs.*

**DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES**

La participación de los municipios del Departamento de Torreveija evidencia un ligero aumento en algunos de ellos tras la implantación de la nueva Unidad de Prevención del Cáncer de Mama, poniéndose de manifiesto que la accesibilidad a los recursos sanitarios puede ser un indicador de participación en los programas de prevención y detección precoz. Sin embargo, el aumento no es muy significativo lo que puede hacernos intuir la existencia de otras variables influyentes en la participación además de la accesibilidad a los recursos sanitarios.

Se ha comprobado que pertenecer a un tipo de municipio o a otro no influye en la participación de este programa de prevención, en un pequeño porcentaje es superado el municipio de tipo intermedio frente a los urbanos o rurales.

Este estudio podría orientar futuras líneas de investigación en las que estudiar las variables que puedan influir en la captación de las mujeres según tipo de municipio, así como de estudios demográficos sobre la población perteneciente a municipios con baja participación, para así poder conocer el estado actual del tema, conocer las potenciales debilidades del sistema para así tomar decisiones sobre actuaciones dirigidas a aumentar la captación de mujeres.

## **BIBLIOGRAFÍA**

-OMS: Organización Mundial de la Salud [Internet]. Cáncer de mama, prevención y control. [citado el 11 de febrero de 2017].

-Salas Trejo D, Miranda García S, Ibañez Cabanell J, Pons Sanchez C, Vicente Casado D, Molina Barceló A. Programa de Prevención del Cáncer de Mama en la Comunidad Valenciana. 4ª ed; Valencia; Conselleria de Sanitat; 2012.

-DGSP: Dirección General de Salud Pública. 20 años del Programa de Prevención del Cáncer de Mama en la Comunidad Valenciana: resultados 1992-2012. Valencia; Conselleria de Sanitat; 2013.

-Galceran J, Ameijide A, Carulla M, Mateos A, Quirós JR, Alemán A, et al. Estimaciones de la incidencia y la supervivencia del cáncer en España y su situación en Europa.Red

Española de Registros de Cáncer (REDECAN), 2014.

-IARC (2008). Informe de cáncer en el mundo 2008 . Lyon, Centro Internacional para la Investigación sobre el Cáncer.

**ID345:****MEJORA DE LA IMAGEN CORPORAL EN PACIENTE CON AMPUTACIÓN INFRACONDÍLEA**María Dolores López de la Isidra Sánchez-Ajofrín<sup>1</sup>, Sara del Olmo Romero<sup>2</sup>Centro de Salud La Estación (Talavera de la Reina)<sup>1</sup>Centro de Salud Río Tajo (Talavera de la Reina)<sup>2</sup>[lol\\_ls@hotmail.com](mailto:lol_ls@hotmail.com)**RESUMEN**Introducción

El 85 % de las amputaciones de miembros inferiores relacionadas con diabetes son precedidas de una úlcera.

Presentación

Varón, 62 años. Insuficiencia venosa e hipercolesterolemia, diabetes mellitus II, amputación infracondílea, isquemia cerebral transitoria e insuficiencia renal crónica (IRC).

Valoración

Nutricional-metabólico: sobrepeso; actividad-ejercicio: reposo absoluto; autopercepción-autoconcepto: afrontamiento positivo ante cambio de imagen; rol-relaciones: separado; tolerancia al estrés: preocupaciones económicas y laborales.

Plan de cuidados

Control de ingesta de calorías. Curas cada 72 horas con apósito de plata resultados mejorados con espuma de plata, por falta de recursos económicos provocó retraso de la cicatrización infecciones, sufriendo reagudizaciones e ingresos.

Aportamos ejercicios favoreciendo la movilidad. Potenciación de autoestima, apoyo a la cuidadora e información de cuidados a la familia.

Conclusión

El paciente se encuentra recuperado y pendiente de una prótesis. La cicatrización se extendió en tiempo debido a complicaciones clínicas y económicas.

**ABSTRACT**Introduction

85% of diabetes-related lower limb amputations are preceded by an ulcer.

Presentation

Male, 62 years old. Venous insufficiency and hypercholesterolemia, diabetes mellitus II, infracondylar amputation, transient cerebral ischemia and chronic renal failure (CRF).

Assessment

Nutritional-metabolic: overweight; Activity-exercise: absolute rest; Self-perception-self-concept: positive coping with change of image; Role-relations: separate; Stress tolerance: economic and labor concerns.

Care Plan

Control of calorie intake. Cures every 72 hours with silver dressing. Improved results with silver foam, for lack of economic resources caused delayed healing and infections, suffering exacerbations and income. We provide exercises favoring mobility. Empowering self-esteem, caring support and family care information.

Conclusion

The patient is recovered and pending a prosthesis. The scarring was extended in time due to clinical and economic complications.

**PALABRAS CLAVE**

Pie diabético, insuficiencia renal, muñones de amputación, infección, enfermedades vasculares periféricas.

Diabetic foot, renal insufficiency, amputation stumps, infection, peripheral vascular diseases.



## INTRODUCCIÓN

El pie diabético es un problema sanitario, social y económico a nivel mundial.

La incidencia anual de ulceraciones en pie entre personas diabéticas se sitúa en torno al 2%. En países desarrollados la diabetes es la causa más común de amputación no traumática; aproximadamente el 1% de las personas con diabetes sufren la amputación de una extremidad inferior<sup>1</sup>.

El 85 % de las amputaciones de miembros inferiores relacionadas con diabetes son precedidas de una úlcera en el pie<sup>2</sup>.

La Organización Mundial de la Salud estima que para el año 2030 habrá 360 millones de diabéticos en todo el mundo y, de ellos, 80% residirán en vías de desarrollo por lo que la carga al sistema de salud por esta enfermedad será aún mayor de lo que es<sup>3,4</sup>.

La prevalencia real del pie diabético se desconoce debido a la gran variabilidad de criterios diagnósticos, pero es lógico suponer que su tendencia corre paralela a la enfermedad misma.

Según Boulton, los factores de riesgo para ulceración se encuentran en 40-70% de los diabéticos, enfermedad arterial periférica en 48%, 25% de los diabéticos

tendrán úlceras en algún momento de su vida y precede a la amputación en más de 85% de los casos; amputación en 2%<sup>2</sup>.

Tanto la OMS como el Banco Mundial proponen intervenciones factibles y costo-efectivas para reducir la carga de la diabetes al sistema de salud de los países: control moderado de la diabetes, hipertensión arterial y cuidado de los pies.

Existiendo una gran preocupación a escala mundial, tanto a nivel económico como social debido al incremento de cirugía mutilante por diabetes mellitus<sup>5</sup>.

Los tratamientos para las úlceras del pie incluyen el calzado para la reducción o alivio de la presión y la atención de las heridas mediante los cambios frecuentes de apósitos. La cicatrización de la herida puede retrasarse debido al control deficiente de la glucemia, el cumplimiento de los tratamientos y la cantidad de bacterias en la superficie de la herida. Las úlceras del pie en las personas con diabetes con frecuencia se infectan. La plata es un antimicrobiano y se han desarrollado apósitos que la contienen.

A pesar del uso generalizado de apósitos y de agentes tópicos que contienen plata para el tratamiento de las úlceras del pie diabético, no existen ensayos aleatorios o ensayos clínicos controlados que evalúen su efectividad clínica. Se necesitan ensayos que determinen los resultados clínicos y el coste-efectividad y los resultados a largo plazo incluidos los eventos adversos<sup>6</sup>.

## PRESENTACIÓN DEL CASO

Varón, 62 años. Antecedentes personales: insuficiencia venosa e hipercolesterolemia (2005), diabetes mellitus II (2008), amputación infracondílea (2015), isquemia cerebral transitoria y aterosclerosis arterial de miembro inferior izquierdo (2016) e insuficiencia renal crónica (IRC) (2016).

El paciente ha dado consentimiento para el tratamiento de sus datos.

## VALORACIÓN

Tras la valoración general mediante los patrones funcionales de Marjory Gordon<sup>7</sup>, encontramos:

En el patrón nutricional-metabólico: sobrepeso. Dieta especial adaptada a sus necesidades; patrón actividad-ejercicio: reposo absoluto con pierna elevada.

En el patrón autopercepción-autoconcepto: afrontamiento positivo ante el cambio de imagen; patrón relaciones: separado. Cuidadora principal exmujer.

En el patrón tolerancia al estrés: preocupaciones económicas y laborales.

Tras el alta por Cirugía Vasculat, procederemos desde Atención Primaria con el seguimiento de la herida, así como del paciente de manera integral.

## PLAN DE CUIDADOS y RESULTADOS

Según la taxonomía NANDA<sup>8</sup> los diagnósticos encontrados en el Centro de Salud fueron: desequilibrio nutricional por exceso, deterioro de la movilidad física, deterioro de la integridad cutánea, riesgo de baja autoestima situacional y trastorno de la imagen corporal.

Será realizado basándonos en los diagnósticos obtenidos y, a través de los criterios de resultados (NOC)<sup>9</sup> e intervenciones (NIC)<sup>10</sup>.

Para el diagnóstico desequilibrio nutricional por exceso, controlaremos de periódicamente la ingesta de calorías y nutrientes, enseñaremos al paciente y familia la planificación de las comidas.

En el deterioro de la integridad cutánea, para mejorar el estado de la úlcera realizamos curas cada 72 horas con apósito de plata, hidrofibra de hidrocoloide con plata iónica, cuyos resultados fueron mejorados por un apósito absorbente antimicrobiano con impregnación argéntica, es un apósito blando, estéril, no tejido, en forma de almohadilla o cinta, compuesto por una fibra de última generación y plata iónica. Debido a la falta de recursos económicos por parte del paciente provocó el retraso de la cicatrización y aumento de la frecuencia de infecciones. El paciente sufrió a lo largo del proceso reagudizaciones de la insuficiencia renal crónica que conllevaron ingresos que dificultaron la continuidad.

El proceso de curación de la herida fue el siguiente:

Primera Fase:

Aproximación a la herida. Se puede observar una herida de bordes irregulares, profunda y con materia ósea a la vista.



Imagen 1 - Primera fase



Imagen 2 - Segunda fase

Segunda fase:

Observamos una reducción del tamaño de la herida y un importante grado de cicatrización. Presenta bordes irregulares y comienzan a aparecer durezas en laterales.

Tras la visualización de esfacelos en parte del tejido de cicatrización, se procede a la extracción de un cultivo de herida con resultado de *Pseudomonas* (+).

Iniciamos cura con apósito absorbente antimicrobiano con impregnación argéntica.

Tercera fase:

Aproximación de tejidos en la zona central de la herida.

Además la zona proximal de la pierna presenta un buen estado, sin complicaciones.

No signos de infección.

Tras agotarse los parches de espuma de plata, continuamos la cura con apósitos de hidrofibra de hidrocoloide con plata iónica.



Imagen 3 - Tercera fase

Cuarta fase:

La herida se extiende hacia la parte posterior, mientras que cicatriza por la parte superior.

Existe gran cantidad de tejido de granulación, pero aspecto de infección.

Extraemos cultivo de herida, *Pseudomonas* (+), precisando tratamiento con antibioterapia vía oral.



Imagen 4 - Cuarta fase



Imagen 5 - Quinta fase

Quinta fase:

En esta imagen es muy obvia la disminución del tamaño de la herida, así como casi la completa cicatrización de la parte superior.

Podemos observar con claridad que la herida ya no es tan profunda y no presenta signos de infección.

Existe más tejido calloso o durezas, que se retiran fácilmente tras su cuidado con vaselina pura, aplicada tras la cura y antes del vendaje.



Imagen 6 - Última fase

Última fase:

La herida no presenta signos de infección y continúa con el proceso de cicatrización.

Por último, para mejorar la movilidad física aportaremos al paciente ejercicios isotónicos e isométricos favoreciendo la movilidad reduciendo el miedo al uso de muletas.

Riesgo de baja autoestima situacional, potenciando la autoestima, manteniendo la esperanza inicial durante todo el proceso y apoyando a la cuidadora principal, evitando su cansancio y proporcionando información sobre el cuidado a toda la familia.

## **DISCUSIÓN / CONCLUSIONES**

Tras la realización de los cuidados el paciente se encuentra recuperado y pendiente de una prótesis adecuada para su miembro.

El proceso de cicatrización se extendió en el tiempo debido a sus complicaciones clínicas así como a las dificultades económicas que dicha amputación conllevó.

La atención enfermera en pacientes amputados es imprescindible, la constancia en los cuidados y un abordaje de manera integral permite mantener el estado emocional del propio paciente así como del entorno familiar.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Boulton Andrew JM. Thediabeticfoot: grandoverview, epidemiology and pathogenesis. *Diabetes Metab Res Rev* 2008; 24 (Suppl 1): S3-S6.
2. Seguela G. Anupdateondiabetecfoot. *Rev. méd. Chile* 2013; 141 (11).
3. SinghanKrishnan et al. Reduction in diabeticamputationsover 11 years in a defined U.K. population. *Diabetes Care* 2008;31:99-101.
4. NigelUnwin. Thediabeticfoot in thedepelowingworld. *Diabetes Metab Res Rev* 2008; 24 (Suppl 1):S31-S33.
5. JanApelqvist. Thefoot in perspective. *Diabetes Metab Res Rev* 2008;24 (Suppl 1) S110-S115.
6. Bergin SM, Wraight P. Apósitos para heridas y agentes tópicos con plata para el tratamiento de la úlcera del pie diabético. *Biblioteca Cochrane Plus*, 2008. Número 4.
7. Gordon M. *Manual de diagnósticos de enfermería*. 11a edición. Madrid: Mcgraw-Hill / Interamericana De España, S.A.; 2007.
8. NANDA International, *Diagnósticos enfermeros: Definición y Clasificación, 2009-2011*. Madrid: Elsevier; 2010.
9. Johnson M, Bulechek G, Butcher H, Dochterman JM. *Interrelaciones NANDA, NOC y NIC: diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones*. 2a edición. Madrid: Elsevier; 2007.
10. McCloskey Joanne C, Bulechek G.. *Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)*. 4a edición. Madrid: Elsevier; 2010.

## Enfermería comunitaria e investigación

**ID16:**

### EVOLUCIÓN DE LA AUTOPERCEPCIÓN DE SALUD Y PARÁMETROS OBJETIVOS TRAS UNA INTEVENCIÓN DE EJERCICIO FÍSICO A PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2

Erika Bonilla Arena<sup>1</sup>, Débora Bonilla Arena, Natalia de la Cruz Dorado, Javier Amaro Granado

1. Centro de Salud "El Llano". Gijón.  
[erika\\_b\\_a@hotmail.com](mailto:erika_b_a@hotmail.com)

#### RESUMEN

##### Introducción

El ejercicio físico regular ayuda a lograr un mejor control metabólico en la Diabetes Mellitus a largo plazo pero además tiene beneficios psicológicos dado que aumenta la sensación de bienestar y la calidad de vida de los sujetos.

##### Objetivo

El objetivo principal es estudiar el impacto de un programa de prescripción de ejercicio físico sobre el nivel de salud de un grupo de pacientes con DM2.

##### Metodología

Estudio longitudinal prospectivo tipo pretest- posttest. Análisis estadístico mediante Minitab Versión 15 y Cálculo Excel.

##### Resultados

Se obtienen resultados pre y post test en cuanto al peso medio, el grupo de obesos y la HBA1C, además del % de respuestas obtenidas en el cuestionario sobre autopercepción utilizado.

##### Conclusiones

Se aprecia una tendencia positiva en la comparación de los resultados pre-test y post-test, con una mejoría en las variables estudiadas. Se concluye que las variables donde no se parecía mejoría podría justificarse a la pérdida de muestra.

#### ABSTRACT

##### Introduction

Regular exercise helps to achieve better metabolic control in diabetes mellitus in the long term but also has psychological benefits as it increases the feeling of well-being and quality of life of subjects.

##### Objective

The main objective is to study the impact of a physical exercise prescription program on the health level of a group of patients with DM2.

##### Methodology

Pretest-posttest longitudinal prospective study. Statistical analysis using Minitab Version 15 and Excel Calculation.

##### Results

Pre and post test results were obtained in terms of mean weight, obese group and HBA1C, in addition to the percentage of answers obtained in the self-perception questionnaire used.

##### Conclusions

There was a positive trend in the comparison of pre-test and post-test results, with an improvement in the variables studied. It was concluded that the variables where there was no improvement seemed to justify the loss of sample.

#### PALABRAS CLAVE

Autoimagen, conductas saludables, estilo de vida, ejercicio, Diabetes Mellitus, estudios de seguimiento. Keywords: Self-image, healthy behaviors, lifestyle, exercise, Diabetes Mellitus, follow-up studies.

#### INTRODUCCIÓN

La Diabetes Mellitus (DM), es una de las principales causas de invalidez y muerte prematura y una de las enfermedades crónicas con alta tasa de fracaso y mala adherencia al tratamiento<sup>1</sup>. Su prevalencia en

nuestro país según datos del Ministerio de Sanidad es del 6,6% en la población entre 30 y 65 años y del 16,7% en los mayores de 65 años<sup>2</sup>.

La DM tipo 2 consiste en un alteración metabólica producida por la insulino resistencia y el deterioro progresivo de la célula beta con déficit en la secreción de insulina<sup>3</sup>.

Existe un aumento progresivo de la prevalencia de la DM tipo 1 y explosivo de la DM tipo 2. La Organización Mundial de la Salud (OMS) lo relaciona con el crecimiento y envejecimiento de la población, el incremento de la obesidad, los hábitos no saludables en alimentación y el sedentarismo y la DM2 asociada a obesidad en niños<sup>1</sup>.

El tratamiento consiste en dieta, actividad física y tratamiento farmacológico<sup>3</sup>, aunque se han descrito riesgos derivados de la actividad física mal controlada en DM<sup>4,5,6</sup>:

1. Hipoglucemia. Puede aparecer durante el ejercicio, después de éste o incluso 5 o 6 h más tarde.
2. Hiperglucemia tras ejercicio muy vigoroso.
3. Cetosis en pacientes con deficiencia de insulina.
4. Precipitación o agudización de enfermedad cardiovascular.
5. Empeoramiento de complicaciones crónicas.

El ejercicio físico regular ayuda a un mejor control metabólico a largo plazo, disminuye las concentraciones basales y postprandiales de insulina, aumenta la sensibilidad, ayuda a perder peso, reduce los factores de riesgo cardiovascular, reduce la tensión arterial y mejora la función cardiovascular través de adaptaciones estructurales y bioquímicas<sup>4,5,6,7</sup>.

La falta de adherencia al tratamiento es un problema relevante, con mayor importancia en el tratamiento de las enfermedades crónicas. La OMS estima que el cumplimiento farmacológico en estas patologías es de un 50% en los países occidentales<sup>8</sup>. Otros estudios<sup>9,10</sup> han demostrado que en los países desarrollados el cumplimiento terapéutico en pacientes crónicos se sitúa entre el 50 y el 75%.

En el citado informe de la OMS, se ponen de relieve algunos aspectos importantes como que aumentar la efectividad de las intervenciones sobre cumplimiento terapéutico puede tener una repercusión mucho más grande sobre la salud de la población que cualquier mejora de los tratamientos médicos, que mejorar la adherencia terapéutica mejora la seguridad del paciente y la efectividad del sistema sanitario y que el cumplimiento terapéutico requiere un enfoque multidisciplinario, en el que los profesionales de la enfermería pueden desempeñar una función importante a través de la educación para la salud y facilitar su adherencia al tratamiento, debiendo manejarse en todas las consultas de seguimiento<sup>8</sup>.

En nuestro entorno, los pacientes no están habituados a mantener una actividad física cotidiana. Esto se agrava en la población mayor y conduce a intensificar el tratamiento farmacológico, con los problemas asociados de las interacciones medicamentosas y las posibles reacciones.

La DM repercute negativamente en la calidad de vida (CdV) autopercebida de los pacientes, incluso cuando se ajusta por la comorbilidad mayor<sup>12</sup>.

Además de beneficios físicos, el ejercicio físico produce beneficios psicológicos, ya que influye en el bienestar emocional, la autoestima y el bienestar percibido<sup>13</sup>. En este sentido, en estudios transversales se asocia significativamente a una mayor CdV autopercebida en la población general<sup>12</sup>.

Se han revisado estudios que miden la autopercepción de la enfermedad en pacientes diabéticos<sup>14</sup>, sobre la percepción del estigma del peso en personas con DM2<sup>15</sup>, sobre ejercicio físico y calidad de vida autopercebida en el anciano hipertenso<sup>16</sup>, incluso ejercicio físico y percepción de la salud en las mujeres con cáncer de mama<sup>17</sup>. Sin embargo, no se han encontrado estudios que midan la autopercepción de la salud concretamente en pacientes con DM tras la prescripción de ejercicio físico de forma reglada.

Como se menciona anteriormente, existe menos bibliografía sobre el impacto que tiene sobre la calidad de vida percibida. En nuestro Centro de Salud existe una alta prevalencia de sedentarismo y práctica de ejercicio esporádico sin supervisión, por lo tanto se decide estudiar el impacto de una prescripción, según las recomendaciones de la literatura científica<sup>18</sup>, de ejercicio físico supervisada en la autopercepción de la salud como objetivo principal, además se medirán también parámetros objetivos relacionados el control de la DM.

Para poder llevar a cabo este estudio también se han revisado diferentes herramientas validadas para medir la calidad de vida en la población española mayor como el EuroQol 5-D, el cuestionario SF-36 y el test Sickness Impact Profile<sup>3</sup>.

## OBJETIVOS

**Objetivo general:**

Estudiar el impacto de una prescripción de ejercicio físico sobre el nivel de salud de un grupo de pacientes con DM2

**Objetivos específicos:**

Analizar la evolución de la autopercepción de la salud tras la ejecución de un programa de ejercicio físico. Determinar la posible contribución del programa de ejercicio físico en variables relacionadas con factores de riesgo cardiovascular.

**MATERIAL Y MÉTODOS**

Se trata de un estudio longitudinal prospectivo tipo pretest- posttest a un grupo de pacientes con DM2. El estudio analiza la evolución de la autopercepción de la salud con motivo de la intervención propuesta en el estudio. Para ello, se realiza un pre-test donde cumplimenta el cuestionario SF-36 adaptado al inicio y un pos-test al finalizar donde se vuelve a cumplimentar. Se trata de un cuestionario en el que se incluyen sólo preguntas relacionadas directamente con la percepción de la salud y la actividad física y/o limitaciones físicas.

Se estudian las variaciones en las respuestas al cuestionario analizando las diferencias en las contestaciones.

Además, como necesario complemento para completar el estudio, se miden tanto variables cuantitativas (edad, talla, número de años de diagnóstico de DM, peso, Índice de Masa Corporal (IMC), Hemoglobina glicosilada (HBA1C), tensión arterial (TA)) como cualitativas (sexo, tipo de tratamiento (dieta, tratamiento farmacológico vía oral o insulina).

El análisis estadístico de los cuestionarios y el resto de variables se realiza mediante el programa informático de estadística Minitab Versión 15, así como hoja de Cálculo Excel.

La población objeto de estudio se corresponde con aquellos pacientes que han acudido a una consulta de seguimiento de su patología en los últimos 3 meses a la consulta de Enfermería del Centro de Salud y que cumplen los siguientes requisitos:

**Criterios de inclusión**

- Paciente con diagnóstico de DM2 superior a 5 años.
- Paciente con total autonomía para las actividades básicas de la vida diaria.
- Paciente con examen Mini Mental puntuación máxima.
- Pacientes sin limitaciones físicas (prótesis de cadera, rodilla o artrosis avanzada).
- Pacientes que una vez explicada la finalidad del estudio, dan su consentimiento de forma verbal y expresa.

**VARIABLES A MEDIR:****Cuantitativas:**

Independientes: edad, talla, nº años de diagnóstico de DM.

Dependientes: peso, Índice de Masa Corporal (IMC), Hemoglobina glicosilada (HBA1C), tensión arterial (TA).

**Cualitativas:** sexo, tipo de tratamiento (dieta, tratamiento farmacológico vía oral o insulina).

**Recogida de datos:**

La cuantificación de las diversas variables de estudio se realiza en las distintas visitas que se realizan a lo largo del estudio y que a continuación se describen:

- 1ª visita: se analizan los criterios de inclusión y se determina la inclusión del paciente. Se determina el peso y talla, cálculo del IMC, y se cumplimentan las variables descritas. En el caso de la HBA1C, no se determinará si tiene en la historia clínica un valor realizado hace menos de 40 días. Se cumplimenta el cuestionario pretest del estudio. Se decide la inclusión en el estudio y se prescribe el ejercicio físico detallado más adelante.
- 2ª a 4ª visita de control y supervisión: consulta de seguimiento al paciente mensual donde se evalúa la adherencia del paciente al ejercicio físico prescrito, realizando refuerzo positivo y corrección de posibles errores.
- 5ª visita: se cumplimentan de nuevo todas las variables cuantitativas y cualitativas descritas. Se administra el cuestionario posttest.

**Análisis de datos:**

Las variables cuantitativas: análisis estadístico de los cambios en los valores de las distintas variables cuantitativas descritas (peso, IMC, HBA1C).

Análisis estadístico de los cuestionarios pretest-postest: determinación de los porcentajes de respuestas en cada uno de ellos.

Para el tratamiento estadístico de los datos se ha utilizado el programa informático de estadística Minitab Versión 15, así como hoja de Cálculo Excell.

La intervención de ejercicio físico diseñada es la siguiente<sup>18</sup>:

**Capacidad cardiorrespiratoria:**

Se prescribe ejercicio aeróbico moderado, mínimo de 30 minutos, 5 días por semana: caminar rápido.

**Fuerza:**

Fuerza: mínimo de 2 días no consecutivos cada semana, con 8-10 ejercicios para desarrollar miembros superiores: se le indica que coja 1kg de peso en cada mano y haga ejercicios de elevación y descenso; igualmente para desarrollar miembros superiores desde posición sentada realizar ejercicios de elevación y descenso de piernas.

**Flexibilidad:**

Al menos 2 días por semana durante un mínimo de 10 minutos: hombros y pecho, tríceps, glúteos, aductores, isquiotibiales, muslos, gemelos y espalda baja.

Una vez conocidas las características de nuestra población se detecta una parte de la población envejecida, lo cual hace necesario adaptar la estructura del programa a estas personas.

A todos los participantes del estudio mayores de 80 años, se reestructura el programa diseñado, aumentándose la carga de forma progresiva<sup>19,20</sup>.

**Capacidad cardiorrespiratoria:**

Las primeras dos semanas de la intervención, la duración es de 5 a 10 minutos. Progresar de 15 a 30 minutos las semanas restantes del programa.

Este grupo de personas, deben realizar los ejercicios de fuerza antes de iniciar este tipo de entrenamiento para conseguir las adaptaciones cardiovasculares.

**Fuerza:**

Las primeras dos semanas de la intervención, la duración será de 15 minutos dos días no consecutivos.

Progresar de 15 a 30 minutos las semanas restantes del programa.

Los ejercicios constan de actividades de la vida diaria: levantarse y sentarse de la silla y coger ½ kg de peso durante las dos primeras semanas de la intervención. El resto de las semanas aumentar de forma gradual los kg, hasta alcanzar 1 kg las dos últimas semanas. Se deben realizar 3 series de 8 a 12 repeticiones.

**Flexibilidad:**

Realizar estiramientos de los principales grupos musculares durante 10 minutos, 2 veces a la semana. Repetir los ejercicios 4-5 veces: hombros y pecho, tríceps, glúteos, aductores, isquiotibiales, muslos, gemelos y espalda baja.

Consideraciones éticas:

Los pacientes son informados de forma oral sobre el estudio, siendo necesario que acepten su participación, pueden retirarse del estudio en cualquier momento.

Garantizaremos la privacidad y confidencialidad de los datos, según marca la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

**RESULTADOS****Determinación de las características de la población a estudio.**

30 pacientes; 60% mujer, 40% hombres; media de edad: 71,9 a; obesos 43.3%, sobrepeso 36.6%; 70 % con antidiabéticos oral, 23.3% con insulina, 6.7% con dieta; media de años con DM: 12,7.

**Análisis de parámetros objetivos pretest****Resultados PRE-TEST Cuestionario de Salud SF-36 (Adaptado)**

Un 40% de las personas entrevistadas consideran su salud como "regular", sin embargo el 43,3 % considera que su salud se encuentra entre "buena" y "muy buena".



Cuando se les pregunta sobre su salud actual en relación a la de hace tres meses, el 50% considera que “algo peor”, un 36,6 % la considera “más o menos” igual, y sólo un 6,6% contesta que es mejor o mucho mejor.

A continuación se realizan varias preguntas sobre en qué medida su salud les limita para realizar actividades. Para esfuerzos intensos como correr, un 53,3% considera que le limita “mucho” y un 30% considera que le limita “un poco. Para esfuerzos moderados como mover una mesa o pasar la aspiradora, casi la mitad (un 46,6%) considera que les limita “mucho”, siendo tan sólo el 16,7% los que no tienen ninguna limitación. Con preguntas cotidianas como subir un piso de escaleras, casi la mitad (46,7%) considera que está “poco” o “muy limitada”, este porcentaje asciende a 63,3% cuando se les pregunta sobre las limitaciones para agacharse o arrodillarse.

Con preguntas relacionadas sobre las distancias que pueden caminar, se observa que el 90% de los encuestados presenta limitaciones para caminar más de 1 km, y cuando son unos centenares de metros, el porcentaje desciende a 73,3%.

Sobre las actividades de la vida diaria como bañarse o vestirse sólo, sólo un 36,7% contesta que le limita “mucho” o “un poco”.

El 50% de las personas a las que se les pregunta si su salud le ha impedido realizar alguna de las actividades cotidianas en las últimas 4 semanas, se mueve entre “siempre” y “algunas veces”. Remarcar que el 3,3% considera que “siempre” ha estado limitado.

Respecto a la existencia de dolor en las últimas 4 semanas, 70% contesta que ha tenido dolor moderado-poco. Sobre si este dolor que ha tenido le ha impedido o dificultado su trabajo habitual, el 40% se mueven entre “un poco” y “bastante”.

Se les pregunta por la frecuencia con que la salud física o los problemas emocionales han dificultado actividades sociales como visitar familiares, un 26,7% contesta que “casi siempre”, un 33,3% “alguna vez” y un 16,6% “nunca”.

Por último, preguntado sobre si cree que se pone enfermero más que otras personas, la mitad contesta que no lo sabe, sólo un 23,2% considera que esta afirmación es “totalmente” o “bastante” cierta. Respecto a qué creen que va a ocurrir con su salud, el 46,6% opina que empeorará.

**Análisis de parámetros objetivos postest**

	PRE-TEST	POST-TEST
<b>Peso medio</b>	<b>74,56 kg.</b> <b>Sobrepeso: 36,6%</b> <b>Obesidad: 43,3 %</b> <b>Normopeso :20,0%</b>	<b>73,83 kg.</b> <b>Sobrepeso: 39,28%</b> <b>Obesidad: 39,28 %</b> <b>Normopeso:21,4%</b>
<b>HBA1C</b>	<b>7,47 mg/dl</b>	<b>7,20 mg/dl</b>

**TABLA 1.- Parámetros objetivos pre y post test.**

**Resultados POST-TEST Cuestionario de Salud SF-36 (Adaptado).**

Un 28,57% de las personas entrevistadas consideran su salud como “regular”, sin embargo el 60,72% considera que su salud se encuentra entre “buena” y “muy buena”

Cuando se les pregunta sobre su salud actual en relación a la de hace tres meses, el 35,71% considera que “algo peor”, un 50,0 % la considera “más o menos” igual, y un 10,71% contesta que es mejor (ninguno responde que mucho mejor).

A continuación se realizan varias preguntas sobre en qué medida su salud les limita para realizar actividades. Para esfuerzos intensos como correr, un 53,57% considera que le limita “mucho” y un 32,14% considera que le limita “un poco”. Para esfuerzos moderados como mover una mesa o pasar la aspiradora, un 42,86% considera que les limita “mucho”, un 39,29% que les limita “poco” y un 17,86% que no tienen limitaciones. Con preguntas cotidianas como subir un piso de escaleras, más de la mitad (60,71%) considera que está “poco” o “muy limitada”, este porcentaje se mantiene en más de la mitad, 57,14% cuando se les pregunta sobre las limitaciones para agacharse o arrodillarse.

Con preguntas relacionadas sobre las distancias que pueden caminar, se observa que el 926,8% de los encuestados presenta limitaciones para caminar más de 1 km, y cuando son unos centenares de metros, el porcentaje desciende a 57,14%.

Sobre las actividades de la vida diaria como bañarse o vestirse sólo, sólo un 14,29% contesta que le limita “mucho” o “un poco”.

El 28,57% de las personas a las que se les pregunta si su salud le ha impedido realizar alguna de las actividades cotidianas en las últimas 4 semanas, se mueve entre “siempre” y “algunas veces”. Remarcar que ninguno considera que “siempre” ha estado limitado.

Respecto a la existencia de dolor en las últimas 4 semanas, 75% contesta que ha tenido dolor moderado-poco. Sobre si este dolor que ha tenido le ha impedido o dificultado su trabajo habitual, el 46,42% se mueven entre “un poco” y “bastante”.

Se les pregunta por la frecuencia con que la salud física o los problemas emocionales han dificultado actividades sociales como visitar familiares, 7,14% contesta que “casi siempre”, un 35,0% “sólo alguna vez” y un 7,14% “nunca”.

Por último, preguntado sobre si cree que se pone enfermero más que otras personas, menos de la mitad (46,43%) contesta que no lo sabe, sólo un 10,71% considera que esta afirmación es “totalmente” o “bastante” cierta. Respecto a qué creen que va a ocurrir con su salud, el 39,29% opina que empeorará.

A continuación se muestran mediante diagrama de barras los resultados Pre y Post Test de forma conjunta<sup>22</sup>.

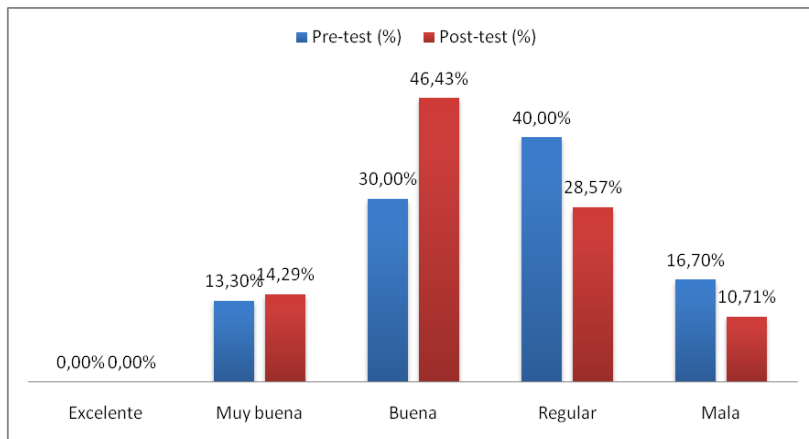


Figura 1.- Nivel de salud actual en general

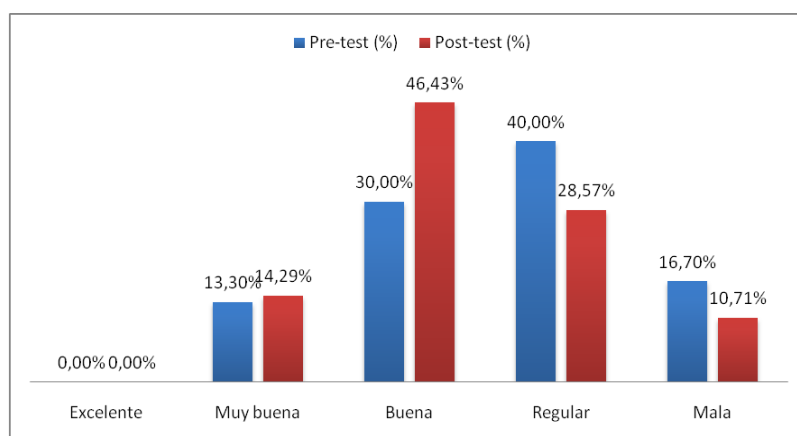


Figura 2.- Salud actual comparada con la de hace tres meses

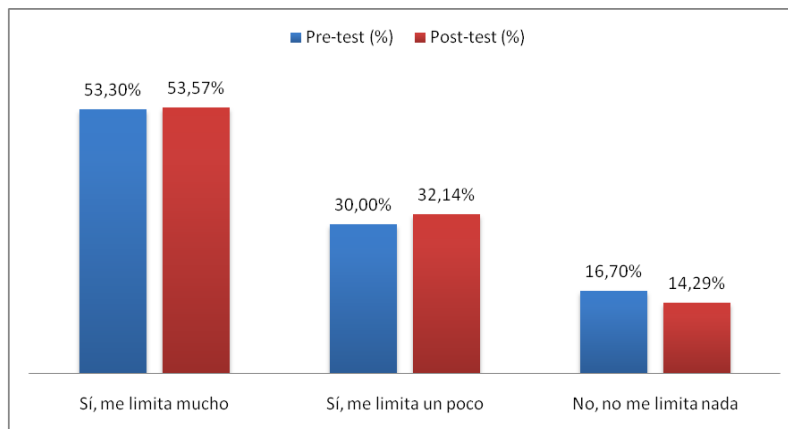


Figura 3.- Limitación para realizar esfuerzos intensos con la salud actual.

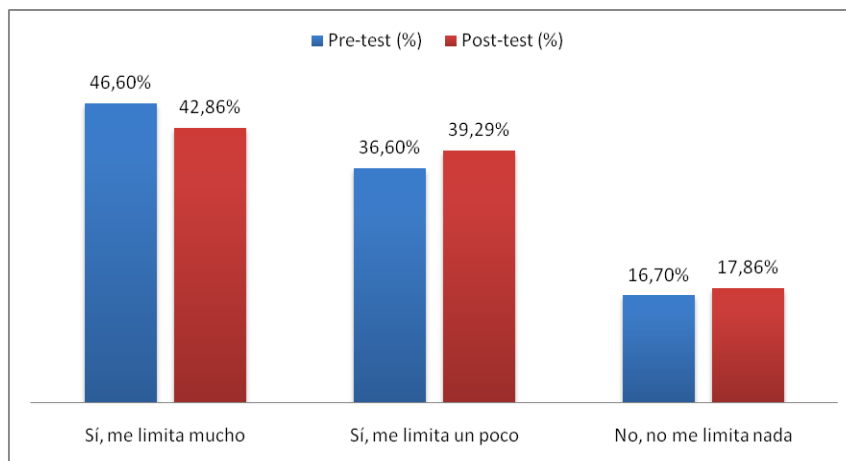


Figura 4.- Limitación para realizar esfuerzos moderados con la salud actual.

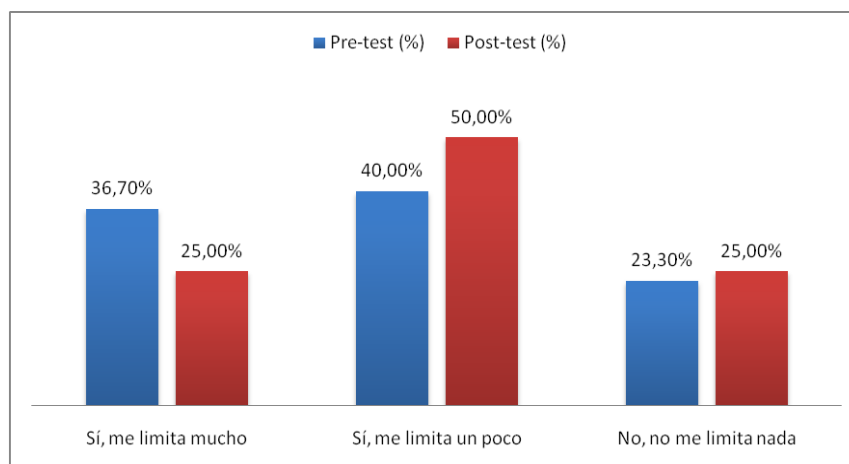


Figura 5.- Limitación para llevar la compra.

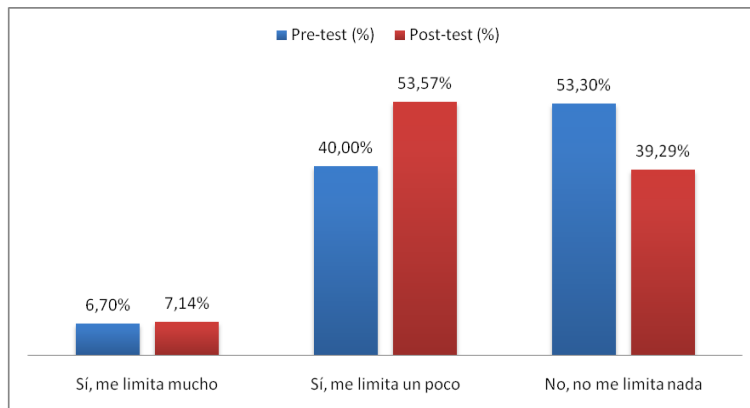


Figura 6.- Limitación para subir un sólo piso por la escalera.

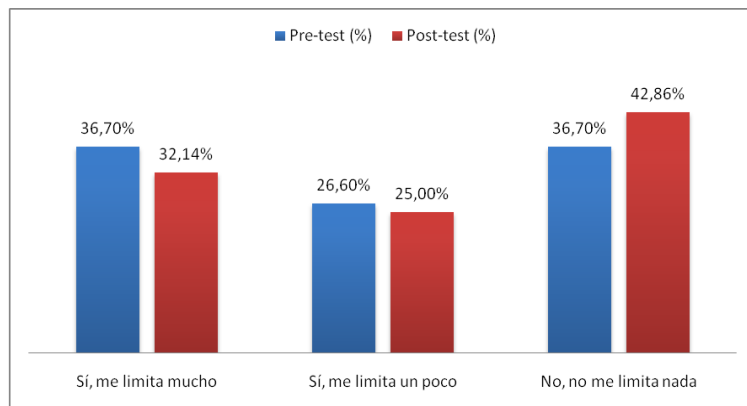


Figura 7.- Limitación para agacharse o arrodillarse.

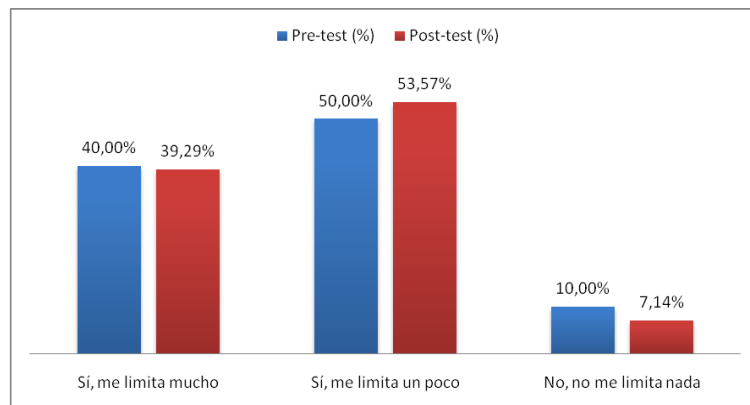


Figura 8.- Limitación para caminar un kilómetro o más.

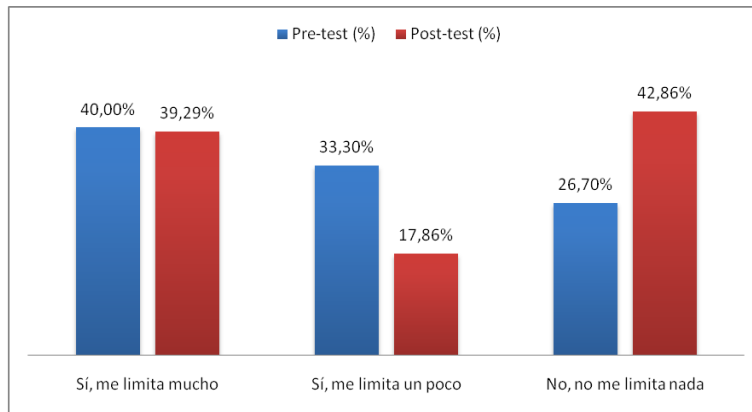


Figura 9.- Limitación para caminar varios centenares de metros.

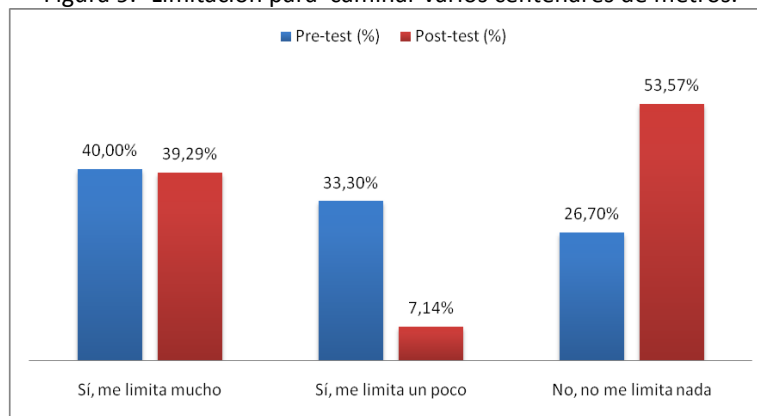


Figura 10. Limitación para caminar 100 metros.

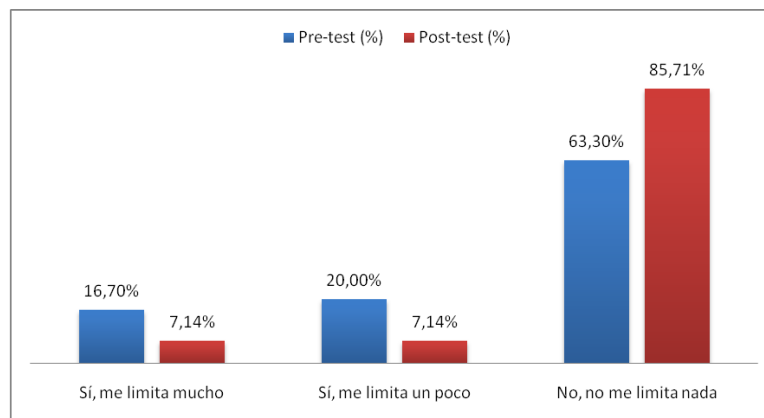


Figura 11.- Limitación para bañarse o vestirse por sí mismo.n esfuerzos

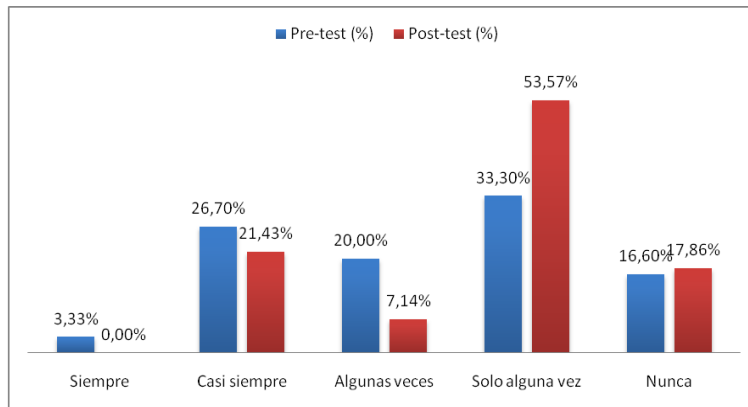


Figura 12.- Frecuencia con que dejó de hacer tareas en su trabajo o actividades cotidianas en las últimas 4 semanas.

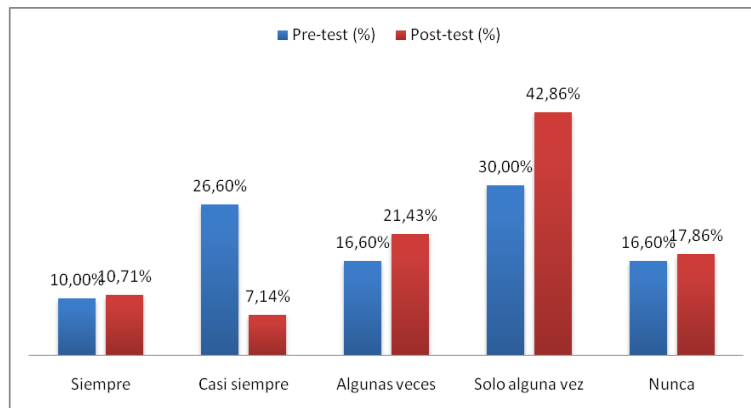
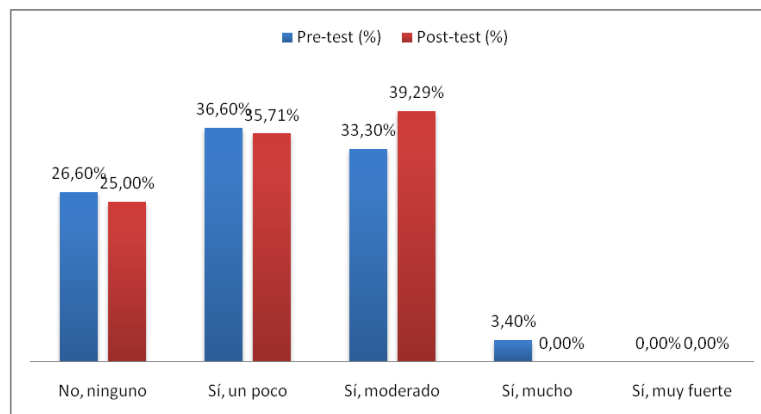


Figura 13.- Frecuencia de dificultad para hacer su trabajo o actividades cotidianas en las últimas 4 semanas.



Tuvo Figura 14.- Dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas.

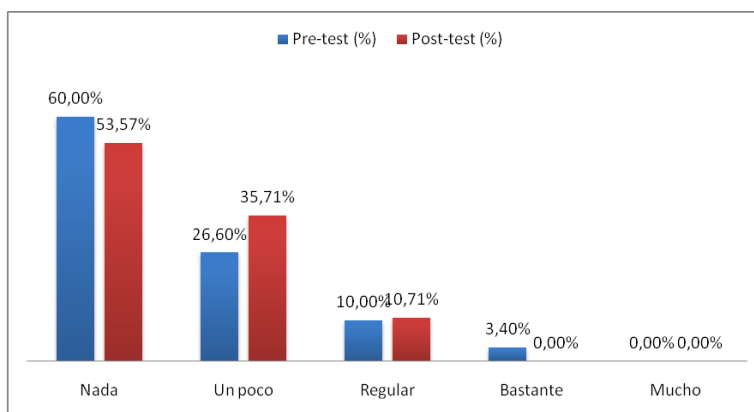


Figura 15.- Punto en que el dolor le ha dificultado su trabajo en las últimas 4 semanas.

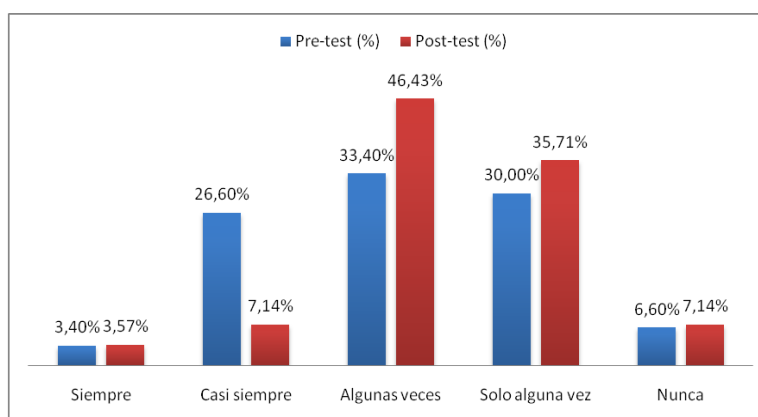


Figura 16.- Frecuencia con que la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales en las últimas 4 semanas.

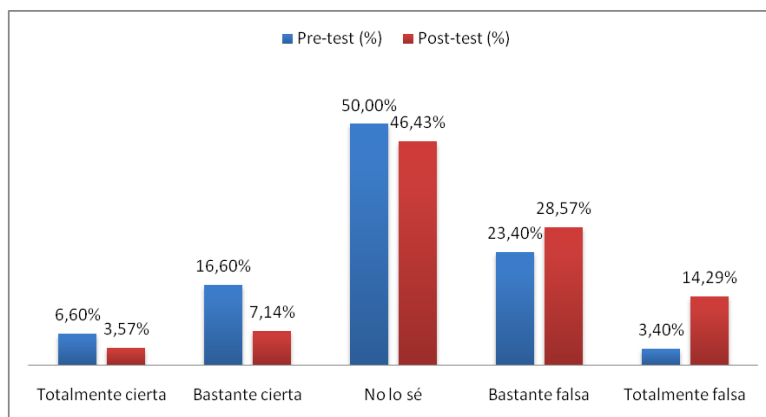


Figura 17.- Afirmación sobre enfermar más fácilmente que otras personas.

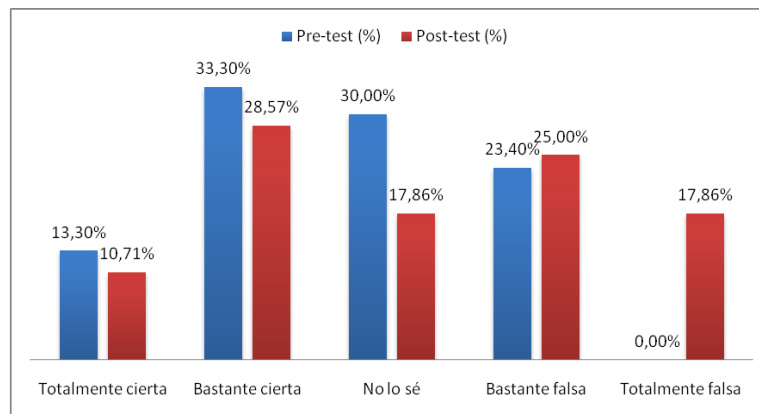


Figura 18.- Afirmación sobre que su salud va a empeorar.

### CONCLUSIONES

- 1.- Se aprecia mejoría en relación al peso medio. El peso medio ha bajado en 730 gr., lo cual puede ser un inicio de tendencia que habría que confirmar con una duración superior del tiempo de estudio. Esta mejora también se observa en el número de personas que al finalizar el estudio han cambiado en la clasificación según el IMC. El grupo de obesos se ha reducido en un 4%, esta disminución conlleva un aumento del grupo de sobrepeso. Esto vuelve a apuntar aun inicio de tendencia positivo que con una duración más larga del estudio habría que confirmar.
- 2.- El valor de HBA1c ha mejorado desde el inicio del estudio, al descender en cifras medias 0.27 mg/dl. Igualmente indica un inicio de tendencia a la mejoría.
- 3.- En cuanto al porcentaje de pérdidas se puede concluir que es bajo, solo 2 personas abandonaron el estudio (6,6%), teniendo en cuenta la edad avanzada de los participantes.
- 4.- Aumenta el número de personas que considera que su salud ha mejorado y disminuye el grupo de personas con mucha limitación para esfuerzos moderados y actividades cotidianas.
- 5.- Se observa una clara mejoría al aumentar el porcentaje de personas que no tienen ninguna limitación para caminar tanto centenares de metros como 100 metros.
- 6.- Mejora el porcentaje de personas que alguna vez han tenido que dejar de hacer tareas en el trabajo, desaparece el grupo de personas que manifestaban mucho dolor y aumenta en más de la mitad las personas que consideran que se ponen menos enfermas que otras.

### DISCUSIÓN

El estudio permite ver que se inicia mejoría tanto de las variables cuantitativas como peso y control de glucemia como de variables cualitativas relacionadas con la percepción del estado de salud.

Es conocido que la Diabetes Mellitus repercute negativamente en la calidad de vida autopercebida de los pacientes, incluso cuando se ajusta por la comorbilidad mayor, como infarto de miocardio, accidente vascular cerebral, insuficiencia cardíaca o angor<sup>12</sup>.

Se puede afirmar que la intervención planificada y evaluada de ejercicio físico y educación ha demostrado resultados positivos. Lo cual confirma la línea definida por otros autores sobre los beneficios para la salud del ejercicio.

En un estudio de campo realizado en Toledo, se observa una mejoría en los parámetros de salud tras la revisión semestral en individuos con Síndrome Metabólico: peso corporal, presión arterial, glucemia basal y triglicéridos<sup>21</sup>.

Además de beneficios físicos, otros estudios confirman que el ejercicio físico influye en general sobre el bienestar<sup>13</sup>. Por lo tanto, este estudio coincide con otros en afirmar que el ejercicio físico produce beneficios psicológicos.

En este sentido, en estudios transversales, el ejercicio físico se asocia significativamente a una mayor CdV autopercebida en la población general<sup>12</sup>.

Se han revisado estudios que miden la autopercepción de la enfermedad en pacientes diabéticos<sup>14</sup>, la percepción del estigma del peso en personas con diabetes tipo 2<sup>15</sup>, sobre ejercicio físico y calidad de vida



autopercebida en el anciano hipertenso<sup>16</sup>, incluso ejercicio físico y percepción de la salud en las mujeres con cáncer de mama<sup>17</sup>, observándose en todos ellos una tendencia positiva con la práctica de ejercicio físico.

Como limitaciones del estudio y consideraciones de futuro decir que la corta duración del estudio no permite que estas mejorías alcancen significación estadística.

Un estudio más largo o repetición de otros estudios cortos podrían confirmar estadísticamente los resultados.

Sería interesante continuar investigando sobre la calidad de vida autopercebida en individuos con DM a los que se les planifica una intervención de ejercicio físico reglada.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Terechenko Luhera. Adherencia al tratamiento en pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo II. *Biomedicina*.2015;10(1):20-33.
2. Valdés S, Rojo-Martínez G, Soriguer F. Evolución de la prevalencia de la diabetes tipo 2 en población adulta española. *Med Clin (Barc)*. 2007; 129(9): 352-5
3. Ferrer García JC, Sánchez López P, Pablos Abella C, Albalat Galera R, Elvira Macagno L, Sánchez Juan C, Pablos Monzó A. Beneficios de un programa ambulatorio de ejercicio físico en sujetos mayores con diabetes mellitus tipo 2. *Endocrinol Nutr*. 2011;58(8):387-394.
4. Cano de la Cuerda R, Águila Maturana AM, Miangolarra Page JC. Efectividad de los programas de ejercicio físico en los pacientes con diabetes Mellitus. *Med Clin*. 2009;132(5):188–194.
5. Andrade Rodríguez H, Valadez Castillo FJ, Hernández Sierra J, Gordillo Moscoso AA, Dávila Esquedac ME, Loredó Díaz Infante C. Efectividad del ejercicio aeróbico supervisado en el nivel de hemoglobina glucosilada en pacientes diabéticos de tipo 2 sedentarios. *Gac Méd Méx*.2007;143(1):11-15.
6. Boraita Pérez A. Ejercicio, piedra angular de la prevención cardiovascular. *Rev Esp Cardiol*. 2008;61(5):514-28.
7. Hernández Rodríguez J, Licea Puig ME, Castelo Elías Calles L. Algunas formas alternativas de ejercicio, una opción a considerar en el tratamiento de personas con diabetes Mellitus. *Revista Cubana de Endocrinología* 2015;26(1):77-92
8. Del Castillo Arévalo F, Salido González M, Losada García A, García García M, Fernández Prieto T, Blanco Gutiérrez ML. Valoración de la adherencia en el seguimiento del paciente diabético y uso de lenguaje enfermero. *Enfermería Global*.2013;(30):18-27.
9. World Health Organization (WHO). Adherence to Long-term Therapies.2003. [Acceso 24 de enero]. Disponible en: [http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence\\_report/en/](http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/)
10. DiMatteo MR. Variations in patients adherence to medical recommendations: a quantitative review of 50 years of research. *Med Care*.2004;42:200-9.
11. Vilaguta G, Ferrera M, Rajmil L, Rebolloc P, Permanyer Miralda G, Quintanae JM, Santeda R, Valderasa JM, Riberad A, Domingo Salvany A, Alonso J. El Cuestionario de Salud SF- 36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gac Sanit*. 2005;19(2):135-50.
12. Bize R, Johnson JA, Plotnikoff RC. Physical activity level and health-related quality of life in the general adult population: A systematic review. *Prev Med*. 2007;45:401–15.
13. de Gracia M y Marcó M. Efectos psicológicos de la actividad física en personas mayores. 2000; 12(2):285-292.
14. [Heijmans M, Rijken M, de Guy EHM R, Nijpels G, Schellevis F. Percepción de la enfermedad y las conductas de autocuidado en los primeros años de vivir con diabetes tipo 2; no importa la presencia de complicaciones? Psychol Salud.2015;30\(11\):1274-1287.](#)

15. [Potter L, Wallston K, Trief P, Ulbrecht J, Juth V, Smyth J](#). Attributing discrimination to weight: associations with well-being, self-care, and disease status in patients with type 2 diabetes mellitus. [Behav Med](#). 2015;38(6):863-75.
16. Coll de Tuero G, Rodríguez Poncelas A, Vargas Vila S, Roig Buscato C, Alsina Carreras N, Comalada Daniel C, Beltran Vilella M, Roman Pomares M, Planas Pujol X y Garre Olmo J. Ejercicio físico y calidad de vida autopercebida en el anciano hipertenso. *Hipertens riesgo vasc*. 2009;26(5):194–200.
17. Casla S, Perales M, Cordero Y, Peláez M, Omar Barakat R. El ejercicio físico regular mejora la percepción de la salud en mujeres afectadas por cáncer de mama. IV Congreso Internacional de Ciencias del Deporte y la Educación Física. (VIII Seminario Nacional de Nutrición, Medicina y Rendimiento Deportivo). 2012; [Acceso 2 de febrero de 2016]. Disponible en: <http://altorendimiento.com/el-ejercicio-fisico-regular-mejora-la-percepcion-de-la-salud-en-mujeres-afectadas-por-cancer-de-mama/>.
18. Subirats Bayego E, Subirats Vila G, Soteras Martínez I. Prescripción de ejercicio físico: indicaciones, posología y efectos adversos. *Medicina Clínica*. 2012; 138(1): 18-24.
19. [Izquierdo M, Cadore EL, Casas Herrero A](#). Ejercicio Físico en el Anciano Frágil: Una Manera Eficaz de Prevenir la Dependencia. *Journal Kronos*. 2014;13(1).
20. Guía de ejercicio físico para mayores. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. 2012. [Acceso 25 de febrero de 2016]. Disponible en: <file:///C:/Users/erika/Downloads/GU%C3%8DA%20DE%20EJERCICIO%20F%C3%8DSICO%20PARA%20MAYORES.pdf>
21. Bonilla Arena E, Sáez Torralba ME. Beneficios del ejercicio físico en el adulto. *RqR Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA)*. 2014 Nov; 2 (4):21-30

**ID17:****CONOCIMIENTOS Y ADHERENCIA TERAPEÚTICA DEL PACIENTE POLIMEDICADO EN UN CENTRO DE SALUD URBANO Y OTRO RURAL**Erika Bonilla Arena<sup>1</sup>, Débora Bonilla Arena, Natalia de la Cruz Dorado, Javier Amaro Granado<sup>2</sup>

1.-Centro de Salud “ El Llano”. Gijón.

2.-Consultorio Posada de Llanes

[erika\\_b\\_a@hotmail.com](mailto:erika_b_a@hotmail.com)**RESUMEN****Introducción**

El aumento de la cronicidad y pluripatología supone un importante incremento del consumo de fármacos y en consecuencia, la aparición de riesgos para el sistema sanitario y los pacientes.

La adherencia terapéutica decae cuanto mayor es el número de medicamentos prescritos. Se diseña un proyecto de investigación de adherencia al tratamiento en un centro de salud urbano y otro rural.

**Objetivo general**

Conocer la adherencia terapéutica de los pacientes polimedificados de un centro de salud urbano y otro rural del Área de salud VI de Asturias

**Material y métodos**

Estudio descriptivo transversal mediante una encuesta elaborada a partir del protocolo de Polimedificados del programa de Atención Primaria de Asturias (OMI).

**Relevancia**

Dada la elevada prevalencia polimedicación, con los riesgos que conlleva, así como el gasto sanitario, se realiza un proyecto de un estudio con la idea de llevarse a cabo y mejorar la práctica asistencial de los polimedificados, y concienciar al resto de profesionales.

**ABSTRACT****Introduction**

The increase in chronicity and pluripatology implies an important increase in drug consumption and, consequently, the appearance of risks for the health system and patients.

Therapeutic adherence declines the greater the number of drugs prescribed. A treatment adherence research project is designed in an urban and rural health center.

**General objective**

To know the therapeutic adherence of the polymedicated patients of an urban and a rural health center.

**Material and methods**

Descriptive cross-sectional study using a survey based on the Polimedificados protocol of the Primary Care Program of Asturias (IMO).

**Relevance**

Given the high prevalence of polymedication, with the risks involved, as well as health expenditure, a study project is carried out with the idea of carrying out and improving the practice of care for polymedicines and raising awareness among other professionals.

**PALABRAS CLAVE**

Calidad de vida, cumplimiento de la medicación, errores de medicación, conocimiento de la medicación por el paciente, Atención Primaria de la Salud.

Quality of life, medication compliance, medication errors, knowledge of the medication by the patient, Primary Health Care.

**INTRODUCCIÓN**

En el último tercio del siglo XX, se produce en los países desarrollados una verdadera revolución demográfica, propiciada por la caída de la natalidad, los avances sanitarios, el mejor control de las enfermedades y los evidentes progresos sociales, lo que se traduce en una mejor calidad de vida de la población. La consecuencia es una constante y elevada proporción de personas de mayor edad y un paralelo y espectacular incremento de la esperanza de vida<sup>1</sup>.

El vertiginoso envejecimiento de la población ha modificado drásticamente el escenario de la atención sanitaria y, naturalmente, también el de la atención social, originando una verdadera geriatización de la medicina, entendida como el espectacular aumento del consumo de recursos sanitarios originado por el sector integrado por la población incluida en la eufemísticamente denominada “tercera edad”, grupo responsable de, al menos, el 40-50% del gasto sanitario en nuestro país, del 30-40% del consumo total de fármacos y del 75% del total de los tratamientos de carácter crónico<sup>1</sup>.

En Asturias<sup>2</sup>, las enfermedades crónicas alcanzan ya una prevalencia del 32%

El aumento de la cronicidad y pluripatología ha supuesto un importante incremento tanto del consumo de fármacos como de la prevalencia de personas polimedicadas, y en consecuencia, la aparición de una serie de riesgos tanto para el sistema sanitario como para los pacientes<sup>2</sup>.

Se entiende por polimedicación en términos cualitativos, el hecho de tomar más medicamentos de los clínicamente apropiados, mientras que los criterios cuantitativos establecen un límite en el número de fármacos empleados<sup>3,4</sup>.

No existe consenso en la definición de la misma, pudiendo variar la cifra desde “5 o más medicamentos prescritos” hasta “10 o más medicamentos prescritos”<sup>3,4</sup>.

Rollason y Vogt distinguen tres posibles situaciones<sup>5</sup>:

- Polimedicación adecuada cuando el paciente toma muchos fármacos, pero todos ellos tienen indicación clínica. El objetivo en este caso no es reducir la polimedicación, sino mejorar la adecuación terapéutica.
- Polimedicación inadecuada, cuando se toman más medicamentos de los clínicamente necesarios. El objetivo en este caso es, reducir al máximo posible el número de fármacos inapropiados.
- Pseudopolimedicación, que sería el caso del paciente en cuyo historial están registrados más fármacos de los que realmente toma. El objetivo es entonces, actualizar los registros y coordinar adecuadamente la atención clínica entre los distintos profesionales y niveles asistenciales involucrados.

Los efectos y consecuencias de la polimedicación son casi siempre graves. Por un lado, la adherencia terapéutica decae con la complejidad del régimen terapéutico, y cuanto mayor es el número de medicamentos prescritos. Los efectos adversos y las interacciones medicamentosas también aumentan con el número de medicamentos en el tratamiento<sup>4</sup>.

En Atención Primaria la estimación en el estudio APEAS (Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud) es que el 48,2% de los efectos adversos ligados a la asistencia sanitaria están causados por la medicación, y que el 59,1% eran prevenibles<sup>6</sup>.

Todos estos factores y sus consecuencias directas, podrían ser responsables de un aumento del riesgo de ser hospitalizado, de sufrir caídas en los ancianos, de aumentar la morbilidad, e incluso, la mortalidad<sup>7,8,9,10,11</sup>.

La estrategia promovida por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad de mejorar la atención a los pacientes crónicos y polimedicados, tiene como objetivo principal, implantar «procedimientos de control de la calidad de la prestación farmacéutica, que establezcan modelos de relación entre los profesionales sanitarios, para abordar un adecuado control que contribuya a conseguir la efectividad y la seguridad de los tratamientos con fármacos, que reciben estos pacientes, mejorando tanto la calidad asistencial como la eficiencia en el uso de los recursos»<sup>12</sup>.

Existen diversos procedimientos y estrategias que contribuyen a coordinar y conciliar la medicación que toman los pacientes. Entre ellas encontramos la revisión de la medicación, entendiendo ésta como un examen estructurado y crítico de la medicación que toma un paciente, con el objeto de llegar a un acuerdo con él acerca de su tratamiento, optimizando el efecto de la medicación, minimizando el número de problemas asociados a ésta y reduciendo su malgasto<sup>13</sup>.

Además, una de las líneas estratégicas clave del Plan de Salud es la revisión del tratamiento farmacológico, según el cual ha de ser con una periodicidad mínima anual de acuerdo con la evolución de la enfermedad y la respuesta al tratamiento<sup>14</sup>.

Se han encontrado estudios<sup>15,16,17</sup> sobre la adherencia al tratamiento, errores en medicación, diferencias entre vivir en el interior o zona costera pero sin embargo, no en diferencias entre medio urbano y rural. Por todo ello y dada la elevada prevalencia de pacientes crónicos y polimedicación, con todos los riesgos que conlleva para los pacientes, así como el gasto sanitario, se decide realizar un estudio sobre adherencia al tratamiento de los pacientes polimedificados en dos centros de salud, comparando medio urbano con rural.

## OBJETIVOS

### Objetivo general

Conocer la adherencia terapéutica de los pacientes polimedificados de un centro de salud urbano y uno rural.

### Objetivos específicos:

Estudiar los conocimientos que tienen los pacientes polimedificados sobre su tratamiento.

Conocer el perfil del paciente polimedificado.

Conocer si se dan diferencias entre la zona rural y urbana

## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal mediante una encuesta elaborada "ad hoc" a partir del protocolo de Polimedificados del programa de Atención Primaria de Asturias ( OMI).

Población a estudio: pacientes con 6 o más fármacos prescritos de forma crónica que acuden a dos consultas de enfermería de Atención Primaria, una en un centro urbano y otra en uno rural en los 3 próximos meses.

### Variables a medir:

#### Cuantitativas:

Independientes: Edad

Dependientes: nº enfermedades crónicas, nº medicamentos activos, nº medicamentos que conoce el nombre el paciente, nº medicamentos que toma con la posología correcta, periodicidad en la preparación de los medicamentos a tomar.

**Cualitativas:** sexo, receta electrónica, quién prepara la medicación, si utiliza pastillero, con que frecuencia comprueba que preparado es lo correcto según receta.

Para el tratamiento estadístico de los datos, tanto variables cuantitativas como análisis del cuestionario, se ha utilizado el programa estadístico Minitab Versión 15, así como hoja de Cálculo Excell.

## RELEVANCIA

Dada la elevada prevalencia de pacientes crónicos y polimedicación, con todos los riesgos que conlleva para los pacientes, así como el gasto sanitario, los estudios y Planes Estratégicos diseñados, se decide realizar un estudio sobre adherencia al tratamiento de los pacientes polimedificados en dos centros de salud, comparando medio urbano con rural, con la idea de mejorar la práctica asistencial de los pacientes polimedificados, y concienciar al resto de profesionales sobre la continuidad en el manejo de estos pacientes a través de la difusión de este proyecto.

## SITUACIÓN ACTUAL DEL ESTUDIO

La fase de recogida de datos mediante entrevista a los pacientes se realiza cuando acuden a consulta de enfermería dentro del seguimiento de los programas de enfermedades crónicas. La fecha de recogida de datos se realiza de 1 enero 2017 a 31 marzo 2017

Tenemos ya mas de 35 fichas en Base de Datos con la información completa de cada una de las variables del estudio.

Hasta este momento apreciamos una colaboración total por parte de los pacientes. Observamos que la implantación de la receta electrónica ha facilitado mucho tanto la adherencia como el conocimiento que tiene el paciente sobre los distintos medicamentos que toma. En este aspecto no se observan diferencias entre los pacientes del ámbito rural y urbano.

Esperamos del presentar los resultados del estudio entre los meses mayo-junio de 2017

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Nuñez Montenegro AJ. Adherencia al tratamiento, errores de medicación y adecuación de la prescripción en pacientes polimedcados mayores de 65 años. Publicaciones y divulgación científica. Universidad de Málaga. 2014.
2. Directrices para un Plan Integral de prevención de las enfermedades crónicas y de atención a los pacientes crónicos. Consejo Asesor de Sanidad del Gobierno del Principado de Asturias. 2014. [ Acceso 26 Diciembre 2014]. Disponible en: [http://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS\\_Consejo%20Asesor/Informe%20Cronicidad.pdf](http://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Consejo%20Asesor/Informe%20Cronicidad.pdf)
3. Fialová D, Topinková E, Gambassi G et al. Potentially inappropriate medication use among elderly home care patients in Europe. JAMA 2005;293:1348-1358.
4. Villafaina Barroso, A. Gavilán Moral, E. Pacientes polimedcados frágiles, un reto para el sistema sanitario. Inf Ter Sist Nac Salud 2011; 35: 114-123.
5. Rollason V, Vot N. Reduction of polypharmacy in the elderly. A systematic review of the role of the pharmacist. Drugs Aging 2003;20:817-832.
6. Estudio APEAS. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008.
7. Klarin I, Wimo A, Fastbom J. The association of inappropriate drug use with hospitalisation and mortality. Drugs Aging.2005;22:69-82.
8. Suelves JM, Martínez V, Medina A. Lesiones por caídas y factores asociados en personas mayores de Cataluña, España. Rev Panam Salud Publica 2010;27:37-42.
9. Jyrkkä J, Enlund H, Korhonen MJ, Sulkava R, Hartikainen S. Polypharmacy as an indicator of mortality in an elderly population. Drugs Aging.2009;26:1039-1048.
10. Guía de recomendaciones para la atención de los pacientes polimedcados (GRAPP). Conselleria de Salut y Consum Govern de les Illes Balears. 2010. [Acceso 27 Diciembre 2014]. Disponible en: [http://www.elcomprimido.com/PROTOCOLOS\\_SUPRASECTORIALES/pdf/GUIA%20POLIMEDICADOS\\_cast.pdf](http://www.elcomprimido.com/PROTOCOLOS_SUPRASECTORIALES/pdf/GUIA%20POLIMEDICADOS_cast.pdf)
11. García Fernández MN, Cabo Laso A, Herrero García R, Nogales Carpintero JI, Otero López MC, Vega Carnicero J et al. Validez y fiabilidad de los instrumentos de medida en adherencia terapéutica.: detectar los no cumplidores. Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León. [Acceso 26 Diciembre 2014]. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/141075557/20-Adherencia-Salamanca-EBE-Definitivo#scribd>
12. Programas de mejora en la atención a los pacientes crónicos y polimedcados durante el año 2009. Inf Ter Sist Nac Salud.2009;33:28.
13. Task Force on Medicines Partnership National Collaborative Medicines Management Services Programme. Room for Review. A guide to medication review: The agenda for patients, practitioners and managers 2002. Disponible en: <http://www.keele.ac.uk/schools/pharm/npplus/medicinespartner/roomforreview.htm>
14. Amado Guirado E. Martín Cantera C. REVISIÓN DE LA MEDICACIÓN EN PACIENTES CRÓNICOS COMPLEJOS. Generalitat De Catalunya. Departament de Salut. Vol. 24, núm. 9. 2013
15. Alba Dios MA, Pérula de Torres CJ, Pérula de Torres LA, Pulido Ortega L, Ortega Ruiz R, Jiménez García C6 y Grupo colaborativo Estudio ATEM-AP. Adherencia terapéutica y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes crónicos polimedcados de más de 65 años. Med fam Andal. 2015; 2: 111-124.



---

16. Núñez Montenegro AJ, Montiel Luque A, Martín Auriolas E, Torres Verdú B, Lara Moreno C y González Correa JA. Adherencia al tratamiento en pacientes polimedicados mayores de 65 años con prescripción por principio activo. Aten Primaria. 2014;46(5):238-245

**ID19:****RELACIÓN ENTRE TABAQUISMO Y TRASTORNO MENTAL SEVERO EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA BREVE**

María Rosario Valera Fernández<sup>1</sup>, Luigi Minno<sup>1</sup>, Rosa Márquez Aparicio<sup>1</sup>, Mónica Neira López<sup>1</sup>, María José Marín Artero<sup>1</sup>, María Roviralta Vilella<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Institut de Neuropsiquiatria i Addiccions. Consorci Mar Parc de Salut. Barcelona  
[charo-valera@hotmail.com](mailto:charo-valera@hotmail.com)

**RESUMEN**

**INTRODUCCIÓN:** El tabaquismo es un grave problema de salud pública que parece no ha alcanzado los objetivos propuestos en las personas con un TMS. Éstas tienen una prevalencia 2 o 3 veces superior a la población general, con mayor grado de dependencia y mayor número de recaídas.

**OBJETIVO:** Conocer el hábito tabáquico de las personas ingresadas en una Unidad de Hospitalización Breve

**METODOLOGÍA:** Se han revisado las historias clínicas.

**RESULTADOS:** La muestra es de 88 usuarios. El 59% son fumadores, con una media de 18 cigarrillos/día. La conducta tabáquica se presenta en mayor porcentaje en los Trastornos Esquizoafectivos con el 83%.

**DISCUSIÓN:** Los resultados se asemejan a los obtenidos en otros estudios.

**CONCLUSIÓN:** La estancia hospitalaria es un buen momento para realizar una intervención enfermera sobre abordaje al tabaquismo.

**ABSTRACT**

**INTRODUCTION:** Smoking is a serious public health problem that seems to have failed to achieve the goals proposed in people with MSD. These have a prevalence 2 or 3 times higher than the general population, with a higher degree of dependence and a greater number of relapses.

**OBJECTIVE:** To know the smoking habit of people admitted to a Brief Hospitalization Unit

**METHODOLOGY:** Clinical records have been reviewed.

**RESULTS:** The sample is 88 users. 59% are smokers, with an average of 18 cigarettes / day. Smoking behavior occurs in a greater percentage in Schizoaffective Disorders with 83%.

**DISCUSSION:** The results are similar to those obtained in other studies.

**CONCLUSION:** The hospital stay is a good time to perform a nurse intervention on the approach to smoking.

**PALABRAS CLAVE**

Tabaco, Trastorno Mental, Hospitalización, Evaluación, Enfermería

Tobacco, Mental Disorder, Hospitalization, Evaluation, Nursing

**INTRODUCCIÓN**

El tabaquismo es un gran problema de salud pública donde se han propuesto estrategias para reducir la prevalencia en las estadísticas nacionales y mundiales. Sin embargo, parece que no se ha alcanzado el mismo resultado entre la población con un Trastorno Mental Severo (TMS).

Esta población presenta una prevalencia tabáquica dos o tres veces superior a la población general, principalmente en Esquizofrenia, Depresión, Ansiedad y Trastorno por Uso de Sustancias (TUS), además de un mayor grado de dependencia nicotínica y un mayor número de recaídas durante la abstinencia<sup>1</sup>.

A pesar de lo mencionado la cesación tabáquica no constituye un foco de atención en las intervenciones clínicas realizadas en dicha población. La principal barrera que interfiere en estas intervenciones se encuentra en los mismos profesionales al tener presente una idea generalizada de que estas personas tienen más dificultades para conseguir la abstinencia al tabaco, por lo que no se le aconseja o recomienda dejar de fumar<sup>2</sup>. En la actualidad existen iniciativas recientes que centran sus objetivos en mejorar la salud



física de personas con un TMS, y se han publicado las directrices de las intervenciones para dejar de fumar en esta población.

Según la literatura uno de los momentos más adecuados para realizar una intervención motivacional para dejar de fumar, es aquel en el que las personas se encuentran ingresadas en unidades de hospitalización donde no se permite fumar ya que muestran mayor predisposición a dejar de fumar en el futuro y tienen más éxito en la cesación tabáquica<sup>3</sup>.

Esta realidad hace que el papel del personal sanitario se considere de vital importancia para la intervención en el consumo de tabaco en esta población. Diversos estudios reconocen a la enfermería como una profesión imprescindible con condiciones para abordar esta temática tanto en población general como en población con un trastorno mental debido a la atención directa que proporciona, la relación terapéutica, a su capacidad de comunicación con los demás miembros del equipo multidisciplinar y al abordaje integral presente en su práctica diaria<sup>4</sup>.

## OBJETIVOS

Conocer el patrón de consumo de tabaco de las personas con un TMS que se encuentran ingresadas en una Unidad de Hospitalización Breve

## MATERIAL Y MÉTODOS

1. Tipo de estudio: Se trata de un estudio descriptivo de prevalencia.

2. Criterios de selección:

- Personas mayores de 18 años que sean fumadoras
- Diagnóstico compatible con el Trastorno Mental Severo según los criterios diagnósticos del DSM-5
- Ingresados en la Unidad de Hospitalización Breve (H6) del Centro Asistencial Dr. Emili i Mira del Consorci Mar Parc de Salut en Barcelona
- Participen de forma voluntaria y hayan firmado el Consentimiento Informado

3. Variables del estudio

3.1. Variables sociodemográficas: Sexo, edad, estado civil.

3.2. Variable clínica: Diagnóstico según el DSM-5

3.3. Variables relacionadas con el consumo de tabaco: edad de inicio, consumo actual o pasado, número de cigarrillos/día, dependencia a la nicotina medida a través del Test de Dependencia a la Nicotina de Fagerström, consumo de otras sustancias tóxicas.

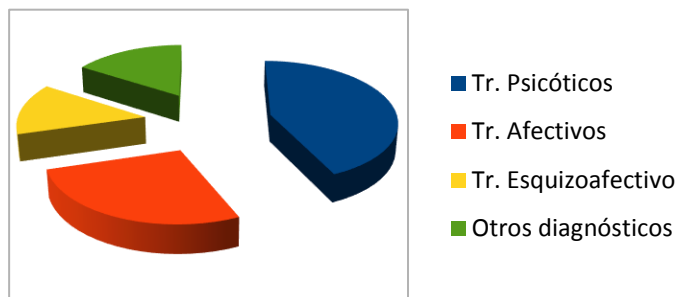
## RESULTADOS

Este estudio tiene un tamaño muestral de 88 individuos.

Respecto a los datos sociodemográficos, se encuentra que 47 participantes (53,5% de la muestra) son hombres. La edad media de la muestra es de 45,3 años. En cuanto al estado civil 42 individuos son solteros (47,7%), 26 individuos están separados o divorciados (29,6%) y 20 individuos están casados (22,7%).

Los diagnósticos psiquiátricos encontrados en la muestra son en el 43,4% (n=38) de los individuos un Trastorno Psicótico, pudiendo diferenciarse entre Esquizofrenia (n=19), Psicosis inespecífica (n=17) y Trastorno Delirante (n=2). El 27,2% (n=24) de la muestra presenta un Trastorno Afectivo, diferenciándose entre Trastorno Afectivo Bipolar (n=9) y Trastorno Depresivo Mayor (n=15). El Trastorno Esquizoafectivo se encuentra en el 13,6% de los individuos (n=12), y el 15,8% de la muestra restante (n=14) presenta otros diagnósticos psiquiátricos compatibles con el Trastorno Mental Severo pero que no se pueden englobar en las categorías diagnósticas anteriores, como el Trastorno Límite de la Personalidad (n=7), Trastorno Obsesivo Compulsivo (n=3), Trastornos Delirantes inducidos por sustancias tóxicas (n=3) y Anorexia Nerviosa con sintomatología psicótica asociada (n=1).

**Imagen 1. Diagnósticos DSM-5**

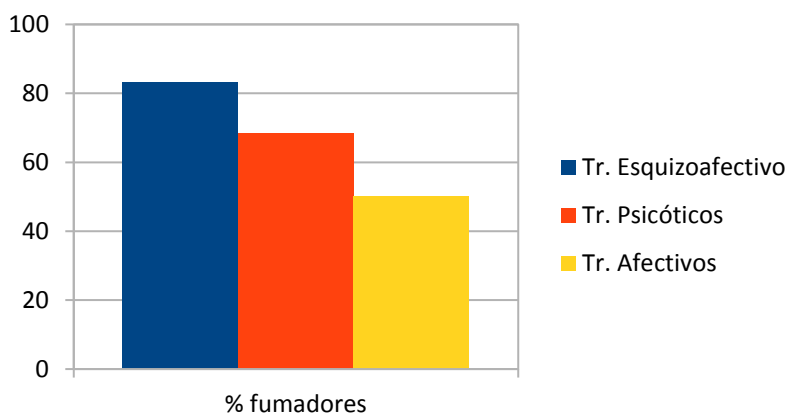


Respecto al patrón de consumo de tabaco de la muestra del estudio, el 59% (n=52) son fumadores en la actualidad, con una media de consumo de 18,4 cigarrillos/día y una puntuación media de dependencia física medida a través del Test de Dependencia a la Nicotina de Fagerström de 8,2 (Puntuación entre 0-4: dependencia leve; entre 5 y 6: dependencia moderada y mayor de 7: dependencia severa o grave). La edad media de inicio del consumo es de 15,1 años.

El 5,6% (n=5) de la muestra son individuos exfumadores, cuyo periodo de abstinencia es superior a los 5 años.

La conducta tabáquica está presente en todos los diagnósticos estudiados, presentando un mayor porcentaje entre los individuos con un Trastorno Esquizoafectivo (83,3% (n= 10) de los diagnosticados), seguido del 68,4% (n= 26) en el caso de los Trastornos Psicóticos y los Trastornos afectivos con el 50% (n= 12).

**Imagen 2. Porcentaje fumadores según diagnóstico**



Se ha estudiado la relación entre el consumo de tabaco y otras sustancias tóxicas, encontrándose una mayor proporción de consumo de otras drogas en individuos con consumo de tabaco (40,3% vs 5,5%), siendo el alcohol y el cannabis las sustancias principales.

**DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES**

La población con un Trastorno Mental Severo presenta tasas de prevalencia tabáquica mayor a la población general, así como una dependencia a la nicotina y un número de recaídas mayores. Son varios los estudios que demuestran esta prevalencia. Uno de los más conocidos y mencionados en la literatura científica es el estudio de Kalman et al.<sup>5</sup>, donde se concreta un porcentaje de fumadores en personas con Esquizofrenia entre el 65 y el 90%, coincidiendo con los resultados obtenidos en la muestra de este estudio (68,4%).

La prevalencia de consumo de tabaco en unidades de hospitalización es elevada. Se asocia principalmente con los trastornos psicóticos y a un perfil de usuario de mayor gravedad, con elevada prevalencia de consumo de otras sustancias.

Es prioritaria la intervención en tabaco en personas con un Trastorno Mental Severo para la mejora de calidad de vida.

Los profesionales sanitarios tienen un importante papel a la hora de hacer intervenciones dirigidas a la reducción del daño relacionada con el tabaco. Conseguir que el tabaquismo sea foco de atención de las intervenciones terapéuticas de los profesionales es un camino que debemos alcanzar.

Este estudio cuenta con una serie de limitaciones, entre ellas no compara la prevalencia de consumo de tabaco entre población general. Así mismo, tampoco compara prevalencia tabáquica en individuos con un TMS desde el ámbito de la comunitaria, por lo que el estudio se reduce a una muestra concreta de individuos ingresados en una unidad de hospitalización breve.

Sería interesante para futuras investigaciones ampliar el tamaño muestral y seleccionar individuos desde la hospitalización y la comunitaria.

### **BIBLIOGRAFÍA**

1. Hall SM, Prochaska JJ. Treatment of smokers with co-occurring disorders: emphasis on integration in mental health and addiction treatment settings. *Annu Rev Clin Psychol.* 2009;5:409-31.
2. Prochaska JJ, Fromont SC, Hall SM. How prepared are psychiatry residents for treating nicotine dependence? *Acad Psychiatry* 2005; 29:256-61.
3. Shmueli D, Fletcher L, Hall SE, Hall SM, Prochaska JJ. Changes in psychiatric patients' thoughts about quitting smoking during a smoke-free hospitalization. *Nicotine Tob Res* 2008; 10:875-81.
4. Marques de Oliveira R, Ferreira Furegato AR. Esquizofrenia y dependencia del tabaco: una revisión integradora. *Revista electrónica Enfermería Global* Enero 2012; 25:381-403.
5. Kalman D, Morissette SB, George TP. Co-morbidity of smoking in patients with psychiatric and substance use disorders. *Am. J. Addict* 2005;14:106-123.

**ID37:****EVALUACIÓN DEL NIVEL DE BURNOUT EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN EL DEPARTAMENTO DE SALUD DE SAN JUAN DE ALICANTE**Sarai Quirante Moya<sup>1</sup>, Esther Sarrión Peñalver<sup>2</sup>, María José López Casanueva<sup>3</sup>, Raquel Alemañ Pons<sup>4</sup><sup>1,2,3,4</sup> Centro de Salud de Mutxamel, Departamento de Salud San Juan de Alicante.[sarai.quirante@outlook.es](mailto:sarai.quirante@outlook.es)**RESUMEN****INTRODUCCIÓN**

El síndrome de Burnout cursa con agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal.

**OBJETIVOS**

Conocer el grado de Síndrome de Burnout en los profesionales de Enfermería de Atención Primaria del departamento de San Juan de Alicante y los posibles factores relacionados.

**MATERIAL Y MÉTODOS**

Estudio observacional descriptivo transversal.

Población: 107 enfermeros.

Variables: sociodemográficas y grado de Burnout.

Recogida de datos: cuestionario sociodemográfico, encuesta Maslach Burnout Inventory, carta de presentación y consentimiento informado.

Aspectos éticos: Ley Orgánica 15/1999 del 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal y Declaración de Helsinki.

Análisis de datos:

Bivariante: Chi-Cuadrado variables independientes cualitativas; ANOVA o Kruskal-Wallis para independientes cuantitativas.

Univariante: Cualitativas: frecuencias absolutas, relativas y ratios. Cuantitativas: desviación, rango y varianza.

**RELEVANCIA**

Genera alteraciones en la salud de los trabajadores y repercusiones económicas, deteriorando la calidad asistencial y salud de los pacientes.

**ABSTRACT**

Purpose: Find out the level of Burnout Syndrome among the professionals of the Primary Care Nursing of the San Juan de Alicante.

Methodology: An observational, descriptive, transversal and study. Complete a socio-demographic questionnaire and the Spanish version of Maslach Burnout Inventory.

Population's study: 107 primary care nurses.

Statistical Analysis: Socio-demographic variables will be studied and labour variables. For the analysis of the independent qualitative variables and of the dependent variable should be used Chi-Cuadrado. For the analysis of the quantitative variables should be used ANOVA or Kruskal-Wallis, depending on the normality distribution. Furthermore, when qualitative variable, the absolute, relative frequencies and ratios shall be calculated. When quantitative variables, the standard desviations, range and variance will be calculated.

Justification: The Burnout Syndrome does impact in the psychological, family and social area of the professionals and it also affects quality of health care.

**PALABRAS CLAVE**

Estrés laboral, enfermeras, satisfacción laboral, cuidados enfermeros.

Burnout professional, nurses, job satisfaction, nursing cares.

**INTRODUCCIÓN****Antecedentes y situación actual del tema**

El Síndrome de Burnout o “Síndrome de estar quemado” es un término ampliamente definido que hace referencia al desgaste o estrés derivado de la actividad laboral.

El estrés fue definido, según Blasina Carmago (1), por Walter Cannon como "una reacción fisiológica provocada por la percepción de situaciones o estímulos aversivos o placenteros". Posteriormente, Hans Selye, formuló el Síndrome de Adaptación General (GAS), que reúne gran variedad de síntomas y dolencias que se podrían atribuir a los esfuerzos del organismo para responder al estrés de estar enfermo (2). Una vez desarrollado el concepto de estrés, en 1970 McGrath introdujo el concepto "work stress" y lo definió como “el desequilibrio percibido entre una demanda y la capacidad individual para cumplirla, considerando que el no cumplimiento conlleva consecuencias negativas” (3). Más tarde, Donabedian y Freebon, asociaron la satisfacción en el trabajo con la calidad asistencial, pero no fue hasta 1974 cuando el psicoanalista Freudenberguer definió el "Burnout Syndrome" o "Síndrome de Estar Quemado" (3). Este lo definió como "una sensación de fracaso y una experiencia agotadora que resulta de una sobrecarga por exigencia de energías, recursos personales o fuerzas espirituales del trabajador" (4). Finalmente fueron Maslach, Jackson y Leiter quienes definieron el Burnout como "un síndrome psicológico de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, que puede ocurrir entre individuos que trabajan con personas" (4) (5), ampliándose posteriormente a todo tipo de trabajadores.

Este síndrome se caracteriza por tres síntomas fundamentales: agotamiento emocional (AE), despersonalización (DP) y falta de realización personal en el trabajo (RP) (4) (5).

Maslach describió estos tres síntomas, haciendo hincapié en el concepto de agotamiento emocional, mediante el que, a medida que se agotan los recursos emocionales de la persona, ésta pierde el interés y la capacidad para realizar su tarea profesional (3) (5). En segundo lugar, la despersonalización consiste en la alteración de la percepción que uno tiene de sí mismo o incluso de los demás, pudiendo llegar a ver a sus clientes como merecedores del mal (5); en este sentido Gómez Gascón et al (3) añaden que suele generar conductas de aislamiento, falta de sensibilidad, deshumanización, negatividad y distanciamiento de los pacientes, llegando a tratarlos como objetos. Por último, la falta de realización personal hace referencia a una tendencia a evaluarse negativamente e infravalorar su propio trabajo (5). Todo ello se va a traducir en una pérdida del interés por su trabajo, apareciendo conductas de irritabilidad, baja productividad y autoestima (3); deteriorándose la calidad de los cuidados (5).

Según datos del Instituto Nacional de la Administración Pública Español los docentes y sanitarios son dos de los colectivos del sector público más expuestos y afectados por este síndrome (6) coincidiendo con lo expuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2000), quien defiende que ambas profesiones son las sometidas a mayores niveles de estrés en el trabajo (7). En este sentido, existen muchas evidencias que apoyan la idea de que los sanitarios son los profesionales que presentan mayores niveles de estrés, aunque existe cierta variabilidad en cuanto a su prevalencia(7).

### **Descripción del problema**

El personal sanitario se enfrenta habitualmente a situaciones que requieren un adecuado manejo de las emociones y la comunicación, lo que puede provocar situaciones de frustración al no conseguir los objetivos para los que han sido entrenados (8). Dentro del sector salud, la prevalencia del Síndrome de Burnout en los profesionales de enfermería y en los facultativos despierta gran interés (6). Diversos estudios coinciden en que el personal de enfermería es extremadamente propenso a su desarrollo, siendo especialmente susceptibles debido a la naturaleza de su trabajo, afectando de forma colateral a su salud física, mental y a la eficacia y productividad de su trabajo (9) (10).

La clara relación existente entre este síndrome y la profesión enfermera, ha motivado el estudio de muchos autores, aunque existe variabilidad en cuanto a la causa que lo provoca (11). Los enfermeros, como consecuencia de este síndrome, pueden sufrir trastornos emocionales (ansiedad, depresión, irritabilidad, apatía...), psicósomáticos y de comportamiento, así como verse deteriorada su capacidad organizativa, alterando en última instancia la consecución de sus objetivos y la calidad de su trabajo (9). Por todo ello este síndrome ha sido catalogado como la “epidemia del siglo XXI”, debido a los efectos que tiene en la calidad de vida y el trabajo del profesional (7).

Estudios Europeos revelan que el 25% de las enfermeras presentan este síndrome y se prevé una tendencia al ascenso debido a la disminución de plantillas, aparición de vacantes y mayor sobrecarga laboral (12). A pesar de su importancia, todavía no está considerada enfermedad profesional, por lo que a penas se trabaja en su prevención, la cual podría mejorar la salud y seguridad en el trabajo consiguiendo paralelamente beneficios económicos y sociales (12).

A nivel nacional existe alta variabilidad en la prevalencia de Burnout en el equipo de enfermería de Atención Primaria en las distintas comunidades autónomas: Madrid 34,7%, Burgos 66,4%, Ávila 6%, Calatayud 46,2% (13) (14) (15) (16); no habiéndose encontrado datos relativos a la provincia de Alicante.

### **Justificación del estudio**

El síndrome de Burnout genera alteraciones en la salud de los trabajadores, así como repercusiones económicas; provocando un deterioro en la calidad de la asistencia sanitaria que reciben los pacientes. Por otro lado, existe mucha variabilidad en cuanto a los resultados encontrados, la cual podría estar determinada por los diferentes ámbitos de trabajo, condiciones laborales y sociodemográficas de los profesionales estudiados.

Por todo ello se plantea la realización de un estudio de prevalencia que permita analizar la situación de los profesionales de enfermería de Atención Primaria del departamento de salud de San Juan de Alicante en el ámbito de la gestión pública.

### **OBJETIVOS**

#### **Objetivo general:**

- Conocer el grado de Síndrome de Burnout en los profesionales de Enfermería de Atención Primaria del departamento de salud de San Juan de Alicante en el ámbito de la gestión pública.

#### **Objetivos específicos:**

- Identificar aquellos factores sociodemográficos que se asocian con un mayor nivel de Burnout.
- Determinar aquellos factores laborales que se relacionan con una variación en el nivel de estrés de los trabajadores.
- Comparar el nivel de Burnout entre enfermeros tutores y no tutores de residentes de enfermería.

### **MATERIAL Y MÉTODOS**

**Diseño y tipo de estudio:** Estudio epidemiológico observacional descriptivo transversal, que se llevará a cabo en el período de tiempo comprendido entre Mayo de 2016 y Abril de 2017, con una duración aproximada de 11 meses.

**Población a estudio:** Profesionales de enfermería de Atención Primaria del departamento de San Juan de la provincia de Alicante, que equivalen a un total de 107 enfermeros. El tamaño muestral estimado para obtener datos representativos es de 97 enfermeros participantes, con un nivel de confianza del 95%, precisión del 3% y proporción maximizada.

#### **Criterios de inclusión y exclusión**

**Inclusión:** Profesionales de Enfermería de Atención Primaria del departamento de San Juan que accedan a participar en el estudio.

**Exclusión:** Profesionales que no firmen el consentimiento informado.

#### **Variables a estudio**

Como variables a estudio se recogerán, en un cuestionario de elaboración propia, las sociodemográficas y laborales (16).

#### **Sociodemográficas:**

- Edad, cuantitativa discreta.
- Sexo, cualitativa nominal dicotómica.
- Estado civil, cualitativa nominal policotómica.
- Número de hijos, cuantitativa discreta.

**Laborales:**

- Puesto profesional (asistencial o coordinador), cualitativa nominal dicotómica.
- Libranza de guardia, cualitativa nominal dicotómica.
- Centro de salud al que pertenecen, cualitativa nominal policotómica.
- Tiempo trabajado (años), cuantitativa discreta.
- Tipo de contrato fijo o temporal (interino, eventual o sustitución), cualitativa nominal policotómica.
- Ambiente laboral en el centro (bueno, regular, malo), cualitativa ordinal policotómica.
- Tutor EIR (sí/no), cualitativa nominal policotómica.
- Número de tardes a la semana, cuantitativa discreta.
- Número de Sábados al año, cuantitativa discreta.
- Número de guardias de PAC al mes, cuantitativa discreta.

**Variable resultado:**

Como variable resultado se recoge el grado de Burnout (bajo, medio o alto): analizado mediante agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal; considerándose cualitativa ordinal policotómica.

**Método de recogida de datos/Instrumentos utilizados**

Para llevar a cabo la recolección de datos se utilizarán por un lado, una encuesta de diseño propio compuesta por 14 ítems (Imagen 1), en la que se recogen datos de filiación como edad, sexo, nº de hijos, nº de tardes a la semana, etc.; que nos permitirá hacer un análisis sociodemográfico de la población estudiada. Por otro lado, la versión en español de la encuesta Maslach Burnout Inventory (5) (17), que consta de 22 ítems redactados en enunciados afirmativos y que versan acerca de sentimientos y actitudes personales (Imagen 2). Estos enunciados serán contestados mediante escala Likert de 7 puntos (0 Nunca-6 Todos los días). Esta escala mide los tres aspectos del síndrome: cansancio emocional compuesto por 9 ítems (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20), despersonalización analizado por 5 ítems (5, 10, 11, 15, 22) y realización personal que consta de 8 ítems (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21).

A la hora de analizar los resultados, destacar que son específicos para cada profesión (18), haciéndose uso dentro de la asistencia sanitaria de los valores contenido en la Imagen 3 del apartado Gráfico y/o Tablas.

Para hacer llegar ambas encuestas a los profesionales se contactará con los coordinadores de los diferentes centros de salud a fin de llevar a cabo las presentaciones e informar del motivo y las características del estudio. Una vez realizada la presentación se explicará la posibilidad de completar la encuesta de forma on-line o en formato papel.

Las características de cada una de las vías serán las siguientes:

**Formato On-Line:** se solicitará el correo de los profesionales que deseen participar en el estudio de forma on-line. Una vez obtenidos los datos de los correos oficiales (.gva) se le hará llegar a cada trabajador un correo electrónico que contendrá una carta de presentación detallando las características del estudio, una hoja de consentimiento informado y un enlace a las encuestas mediante la aplicación informática Google Forms.

**Formato papel:** se realizará un envío a cada centro de salud con las cartas de presentación, el consentimiento informado y las encuestas, para que el coordinador se las facilite a los profesionales que hayan accedido a participar. Las encuestas serán entregadas una vez rellenas en sobre cerrado al coordinador, que las hará llegar en un único envío por correo interno al Centro de Salud de Mutxamel.

**Diseño de análisis estadístico**

Una vez recogidos los datos se procederá al análisis estadístico mediante el programa Microsoft Office Excel 2007 y el paquete estadístico EpiInfo 7.1.4.0.

Se llevará a cabo un análisis estadístico analítico de estimación de parámetros poblacionales.

**Análisis univariante:**

En el caso de variables cualitativas se analizarán frecuencias absolutas, frecuencias relativas, porcentajes y razones o ratios. Con respecto a las variables cuantitativas se estudiarán dentro de las medidas de posición media, mediana y moda; y en referencia a las medidas de dispersión rango, varianza, desviación estándar y percentiles, dependiendo de su distribución.

Para comprobar su distribución realizaremos el Test de Kolmogorov-Smirnov.

#### Análisis bivariate:

Se realizará la comparación entre cada una de las variables independientes y la variable dependiente. En el caso de que la variable dependiente cuantitativa siga una distribución normal se realizará un análisis de varianza (ANOVA) y en caso de no seguir la normalidad Kruskal-Wallis. Para variables independientes cualitativas se utilizará análisis Chi-Cuadrado.

#### **Limitaciones del estudio**

##### Limitaciones inherentes al tipo de estudio (23):

- No permite establecer relaciones causales entre variables, únicamente proporciona hipótesis.
- No es posible estimar la incidencia real del problema, solamente su frecuencia y distribución en un determinado momento.

##### Otras limitaciones:

- Al tratarse de una población a estudio reducida, no es posible extrapolar los datos, sirviendo únicamente como dato de prevalencia a nivel departamental.
- Puesto que se trata de un cuestionario autoadministrado el investigador no puede garantizar la correcta cumplimentación de los mismos y no puede solventar las dudas que puedan surgir en los sujetos a estudio. Con el objetivo de reducir la influencia de dicha limitación, se proporcionará junto con la carta de presentación, los datos de contacto de los investigadores para clarificar las dudas que puedan surgir.

#### **Sesgos del estudio**

·**Sesgo de autoselección o efecto del voluntario**, ya que el grado de interés que pueden tener los individuos que participan voluntariamente en una investigación puede diferir sensiblemente de unos sujetos a otros. Para minimizar el efecto de este sesgo, se procederá al envío de una carta de presentación en la que se explicará detalladamente el objetivo del estudio y se pedirá la colaboración anónima de los profesionales (24) (25).

·**Sesgo de confusión o variable concomitante de Lellouch**: existen variables de confusión, como por ejemplo la alteración del estado de ánimo o la depresión, que no se contemplan en la encuesta de elaboración propia puesto que pueden generar rechazo a la hora de su contestación. Este tipo de variables puede influir en los resultados por lo que se deberán analizar contando con la posible influencia de factores no controlados (25).

#### **Aspectos éticos**

De acuerdo con la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de datos de Carácter Personal, se garantizará la protección de todos los datos recogidos así como su trato bajo las condiciones de seguridad establecidas en dicha ley (26). Para proceder a la recogida de datos se hará entrega a cada profesional de una hoja de información o carta de presentación, junto con un documento de consentimiento informado de creación propia, que deberá cumplimentar y firmar. Toda la investigación que se lleve a cabo cumplirá los principios éticos de la Declaración de Helsinki y sus posteriores actualizaciones, así como la legislación española relativa a la investigación en humanos (27). Además, se procederá a su envío al Comité Ético de Investigación Clínica Corporativo de Atención Primaria de la Comunidad Valenciana, para su posterior valoración.

#### **Recursos**

Recursos materiales: Ordenador, folios, sobres, impresora, oficina de trabajo, teléfono.

Recursos humanos: Autoras, colaboradoras, profesionales de enfermería.

#### **RELEVANCIA**

Al tratarse de un estudio descriptivo se obtendrá una valoración del nivel de afectación por el Síndrome de Burnout que presentan los profesionales de enfermería de Atención Primaria del departamento de San Juan de Alicante, no siendo extrapolables.

Por otro lado, quedarán dos líneas de investigación abiertas. En primer lugar la posibilidad de desarrollar futuras investigaciones de prevalencia en diferentes departamentos de la provincia de Alicante, con el objetivo de desarrollar una comparativa entre ellos. En segundo lugar, a nivel departamental, la



posibilidad de indagar en los motivos por los que los profesionales del departamento presentan determinado nivel de Síndrome de Burnout y adoptar medidas correctoras, en caso de ser necesarias.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. De Carmago BS. Estrés, Síndrome General de Adaptación o Reacción General de Alarma. Revista Médica Científica [revista en línea] 2004 [acceso 8 de Agosto de 2016]; 17(2): [p. 78-86]. Disponible en: [http://www.conductitlan.net/psicologiaclinica/estres/estres\\_2.pdf](http://www.conductitlan.net/psicologiaclinica/estres/estres_2.pdf)
2. Psicología ambiental [sede Web]. Barcelona: Universitat de Barcelona; [acceso 2 de Agosto de 2016]. Psicología ambiental. Variables ambientales y comportamiento [15 pantallas]. Disponible en: [http://www.ub.edu/psicologia\\_ambiental/uni4/4821.htm](http://www.ub.edu/psicologia_ambiental/uni4/4821.htm).
3. Gómez Gascón T, Martín Fernández J, Gálvez Herrer M, Tapias Merino E, Beamud Lagos M, Mingote Adán JC. BMC [artículo online] 2010 [acceso 8 de Julio de 2016]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24237937>
4. Fidalgo Vega M. NTP 704: Síndrome de estar quemado por el trabajo o "burnout" (I): definición y proceso de generación [Internet]. España: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene del trabajo; 2000 [Acceso 7 de Agosto de 2016]. Disponible en: [http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/701a750/ntp\\_704.pdf](http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/701a750/ntp_704.pdf).
5. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. The Maslach Burnout Inventory Manual. En: The Scarecrow Prees. Evaluating Stress: A Book of Resources. 3ªed. Michigan; 1997. [191-218].
6. Cañadas GA, Lozano LM, de la Fuente EI, Vargas C, Saldaña L. Análisis bayesiano de variables relacionadas con el desarrollo del síndrome de Burnout en profesionales sanitarios. Escritos de Psicología [revista online] Septiembre-Diciembre 2010 [acceso 6 de Julio de 2016]; 3 (4): [33-39]. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1989-38092010000300004](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1989-38092010000300004)
7. Flores N, Jenaro C, Cruz M, Vega V, Pérez MC. Síndrome de burnout y calidad de vida laboral en profesionales de servicios sanitarios. Pensando Psicología [artículo en Internet] 2013 [acceso 18 de Junio de 2016]; 9 (16): [7-21]. Disponible en: <http://revistas.ucc.edu.co/index.php/pe/article/view/613/578>
8. Leal Costa C, Díaz Agea JL, Tirado González S, Rodríguez Marín J, Van-der Hofstadt CJ. Las habilidades de comunicación como factor preventivo del síndrome de Burnout en los profesionales de la salud. An Sist Sanit Navar [artículo en Internet] 2015 [acceso 24 de Julio de 2016]; 38 (2): [213-223]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5184023>.
9. De la Fuente EI, García J, Cañadas de la Fuente GA, San Luis C, Cañadas de la Fuente G, Aguayo R, et al. Psychometric properties and scales of the Granada Burnout Questionnaire applied to nurses. IJCHP [artículo en Internet] 2015 [acceso 25 de Julio de 2016]; 15 (2): [130-138]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5084235>
10. Queiros C, Carlotto MS, Kaiseler M, Dias S, Pereira AM. Predictors of burnout among nurses: An interactionist approach. Psicothema [artículo en Internet] 2013 [acceso 25 de Julio de 2016]; 25 (3): [330-335]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4654811>
11. Sabater Mateu MP, Garrida Aguilar EM, Puig Llobet M, Vilchez Estevez MC, Moreno Jiménez A, Coletas Juanico J. Retroalimentación docencia-asistencia-docencia. Estudio sobre burnout en enfermeras de salud mental como estrategia de innovación y calidad docente. Revista d'Innovació Docent Universitària [artículo en Internet] 2015 [acceso 24 de Julio de 2016]; (7): [1-14]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5053578>
12. Pomer Sancho MC, Giner Bonora I. Síndrome de estar quemado (Burnout), un riesgo laboral en aumento. Prevalencia en enfermeras del CHGU de Valencia. Enferm Integral [revista online] 2011 [acceso 24 de Julio de 2016]; (94): [21-24]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3732684>

13. Caballero Matín MA, Bermejo Fernández R, Nieto Gómez R, Caballero Martínez F. Prevalencia y factores asociados al burnout en un área de salud. *Aten Primaria* [revista en Internet] 2001 Marzo [acceso el 20 de Julio de 2016]; 27(5): [313-317]. Disponible en: [http://ac.els-cdn.com/S0212656701793730/1-s2.0-S0212656701793730-main.pdf?\\_tid=ba86d050-7068-11e6-8dfb-00000aab0f02&acdnat=1472750759\\_477c1287ef0e347f4805f58a361a199b](http://ac.els-cdn.com/S0212656701793730/1-s2.0-S0212656701793730-main.pdf?_tid=ba86d050-7068-11e6-8dfb-00000aab0f02&acdnat=1472750759_477c1287ef0e347f4805f58a361a199b)
14. Soto Cámara R, Santamaría Cuesta MI. Prevalencia del burnout en la enfermería de Atención Primaria. *Enferm Clínica* [revista en línea] 2005 [ acceso 27 de Julio de 2016]; 15(3): [123-130]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1182507>
15. Jiménez Blanco S, Frutos Lanes R, Blanco Montagut LE. Síndrome de Burnout: estudio de prevalencia factores de riesgo en los profesionales de enfermería de Atención Primaria de Ávila. *Revista de Enfermería de Castilla y León* [revista en línea] 2011 [acceso 28 de Julio de 2016]; 3(2): [13-24]. Disponible en: <http://www.revistaenfermeriacyl.com/index.php/revistaenfermeriacyl/article/viewFile/60/47>
16. Borao Gómez J, Rubio Aranda E. Síndrome de Burnout en los profesionales de Atención Primaria en el sector de Calatayud [monografía en Internet]. Zaragoza: Universidad de Zaragoza; 2013 [acceso 28 de Julio de 2016]. Disponible en: <https://zaguan.unizar.es/record/13193/files/TAZ-TFM-2013-1244.pdf>
17. Javier Miravalles Gabinete de Psicología [sede Web]. Zaragoza: Miravalles J; 2010 [acceso 7 de Agosto de 2016]. Cuestionario de Maslach Burnout Inventory [cinco pantallas]. Disponible en: <http://www.javiermiravalles.es/sindrome%20burnout/Cuestionario%20de%20Maslach%20Burnout%20Inventory.pdf>
18. Olivares V, Gil-Monte P. Análisis de las Principales Fortalezas y Debilidades del “Maslach Burnout Inventory” (MBI). *Cienc Trab* [revista en línea] 2009 [acceso 22 de agosto de 2016], 11 (31): [160-167]. Disponible en: [http://www.uv.es/unipsico/pdf/CESQT/Internos/2009\\_Olivares\\_y\\_Gil-Monte.pdf](http://www.uv.es/unipsico/pdf/CESQT/Internos/2009_Olivares_y_Gil-Monte.pdf)
19. De las Cuevas C; González de Rivera JL, De la Fuente JA, Alviani M, Ruiz-Benítez A. Burnout y reactividad al estrés. *Rev Med Univ Navarra* [revista en línea] 1997 [acceso 25 de Agosto de 2016], 41: [10-18]. Disponible en: [http://www.psicoter.es/\\_arts/97\\_A150\\_05.pdf](http://www.psicoter.es/_arts/97_A150_05.pdf)
20. Cebriá J, Segura J, Corbella S, Sos P, Comas O, García M, Rodríguez C, Pardo MJ, Pérez J. Rasgos de personalidad y burnout en médicos de familia. *Aten Primaria* [revista en línea] 2001 [ acceso 27 de Julio de 2016], 27 (7):[459-468]. Disponible en: [http://ac.els-cdn.com/S0212656701788361/1-s2.0-S0212656701788361-main.pdf?\\_tid=61aa8ca2-89a3-11e6-9fd0-00000aacb360&acdnat=1475524729\\_121d837df9de8ab4ec171f450db6a6df](http://ac.els-cdn.com/S0212656701788361/1-s2.0-S0212656701788361-main.pdf?_tid=61aa8ca2-89a3-11e6-9fd0-00000aacb360&acdnat=1475524729_121d837df9de8ab4ec171f450db6a6df)
21. Pardo Álvarez J, López Herrero F, Morriña Macías M, Pérez Collado M, Freire Pérez P, Fernández Leal R. ¿Estamos quemados en Atención Primaria?. *Medicina de Familia (And)* [revista en línea] 2002 [acceso 20 de julio de 2016], 4:[245-250]. Disponible en: <http://samfyc.es/Revista/PDF/v3n4/04.pdf>
22. Casa Tecar PP, Rincón Rodríguez YZ, Vila Candel R. Síndrome de Burnout: enfermedad silenciosa. *Enferm Integral* [revista en línea] 2012 [acceso 24 de julio de 2016], 100: [19-24]. Disponible en: <http://www.enfervalencia.org/ei/100/ENF-INTEG-100.pdf>
23. Temas de enfermería: epidemiología, investigación, salud pública y eventos en enfermería [sede Web]. 2012 [acceso 28 de Agosto de 2015]. Estudios descriptivos: tipos, fases, ventajas y limitaciones [aproximadamente 2 pantallas]. Disponible en: <http://temasdeenfermeria.com.ar/2012/02/estudios-descriptivos-tipos-fases-ventajas-limitaciones/>
24. Salamanca Castro AB. *El AEIOU de la investigación en enfermería*. Madrid: Fuden. 2013.
25. Manterola C, Otzen T. Los sesgos en investigación clínica. *International Journal of Morphology* [artículo de revista Online] 2015 [acceso 3 de Septiembre de 2016]; 33 (3): [1156-1164]. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/ijmorphol/v33n3/art56.pdf>
26. Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. *Boletín Oficial del Estado*, nº 298, (14-12-1999). Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/1999/BOE-A-1999-23750-consolidado.pdf>

27. WMA The World Medical Association [sede Web]. Junior Doctors Network [revisado 5 Mayo de 2015; acceso 3 de Septiembre de 2016]. Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [aproximadamente 4 pantallas]. Disponible en: bibliografía: <http://ppct.caicyt.gov.ar/index.php/bcaeem/article/viewFile/4982/4586>

**GRÁFICOS Y/O TABLAS**

ENCUESTA SOCIODEMOGRÁFICA DE ELABORACIÓN PROPIA INSTRUCCIONES: Marque con una X la opción que corresponda
1.- Sexo:
Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/>
2.- Edad: _____ años
3.- Estado civil:
Soltero <input type="checkbox"/> Pareja de hecho <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/>
4.- Número de hijos o cargas familiares (en caso de que no tenga marque 0): _____ En caso afirmativo, especifique cual: _____
5.- Centro de salud en el que trabaja actualmente: _____
6.- Puesto que ocupa en el equipo de Atención Primaria:
Coordinador/a <input type="checkbox"/> Asistencial <input type="checkbox"/>
7.- Tiempo trabajado en Atención Primaria:
<1año <input type="checkbox"/> Entre 1 y 5 años <input type="checkbox"/> Entre 6 y 15 años <input type="checkbox"/> > 16 años <input type="checkbox"/>
8.- Personal estatutario:
Fijo <input type="checkbox"/> Temporal interino <input type="checkbox"/> Temporal eventual <input type="checkbox"/> Temporal de sustitución <input type="checkbox"/>
9.- ¿Cómo consideras que es el ambiente laboral en tu centro?
Bueno <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Malo <input type="checkbox"/>
10.- ¿Es tutor/a en el momento actual de algún residente de enfermería?
Si, de un R1 <input type="checkbox"/> Si, de un R2 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No, pero me gustaría <input type="checkbox"/>
11.- Número de tardes que trabaja en su Centro de Salud a la semana:
Una <input type="checkbox"/> Entre dos y tres <input type="checkbox"/> Más de tres <input type="checkbox"/>
12.- Número de Sábados por la mañana que trabaja en su Centro de Salud al año:
Entre 0 y 5 <input type="checkbox"/> Entre 6 y 10 <input type="checkbox"/> Más de 10 <input type="checkbox"/>
13.- Número de guardias de PAC que realiza al mes (por lo general):
Entre 0 y 2 <input type="checkbox"/> Entre 3 y 5 <input type="checkbox"/> Más de 5 <input type="checkbox"/>
14.- ¿Las guardias que realiza en PAC le generan libranza?
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Imagen 1. Encuesta de diseño propio

Cuestionario de MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI)						
<i>Señale la respuesta que crea oportuna sobre la frecuencia con que siente los enunciados:</i>						
0= NUNCA	1= POCAS VECES AL AÑO O MENOS					
2= UNA VEZ AL MES O MENOS	3= UNAS POCAS VECES AL MES					
4= UNA VEZ A LA SEMANA	5= POCAS VECES A LA SEMANA					
6= TODOS LOS DÍAS						
Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo	0	1	2	3	4	5
Cuando termino mi jornada de trabajo me siento vacío	0	1	2	3	4	5
Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado	0	1	2	3	4	5
Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes	0	1	2	3	4	5
Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales	0	1	2	3	4	5
Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa	0	1	2	3	4	5
Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes	0	1	2	3	4	5
Siento que mi trabajo me está desgastando	0	1	2	3	4	5
Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo	0	1	2	3	4	5
Siento que me he hecho más duro con la gente	0	1	2	3	4	5
Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente	0	1	2	3	4	5
Me siento con mucha energía en mi trabajo	0	1	2	3	4	5
Me siento frustrado en mi trabajo	0	1	2	3	4	5
Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo	0	1	2	3	4	5
Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes	0	1	2	3	4	5
Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa	0	1	2	3	4	5
Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes	0	1	2	3	4	5
Me siento estimulado después de haber trabajado íntimamente con mis pacientes	0	1	2	3	4	5
Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo	0	1	2	3	4	5
Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades	0	1	2	3	4	5
Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada	0	1	2	3	4	5
Me parece que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas	0	1	2	3	4	5

Imagen 2. Maslach Burnout Inventory

Nivel	Cansancio Emocional	Despersonalización	Realización Personal
<b>Bajo</b>	<19	<6	<34
<b>Medio</b>	19-26	6-9	34-39
<b>Alto</b>	>26	>9	>39

Imagen 3. Valores de referencia Burnout (19)(20)(21)(22).

**ID41:**
**USO COMBINADO DE HEPARINA DE BAJO PESO MOLECULAR Y CURA EN AMBIENTE HÚMEDO EN EL TRATAMIENTO DE HEMATOMAS SUBCUTÁNEOS**

Elena Donis Mulero<sup>1</sup>, María Cifuentes Lorenzo<sup>2</sup>, Rosario Hernando Cuñado<sup>3</sup>, María José Palacios Cristobal<sup>4</sup>, Leonor Hernández Sánchez<sup>5</sup>, Rosa Bonilla Sánchez<sup>6</sup>.

<sup>1</sup>Centro de SaludValdezarza (Madrid), <sup>2</sup>Centro de Salud Segovia (Madrid), <sup>3</sup>Centro de Salud Comuneros (Burgos), <sup>4</sup>Unidad de Úlceras y Heridas Crónicas (Hospital Universitario Puerta de Hierro), <sup>5</sup>Unidad de Úlceras y Heridas Crónicas (Hospital Universitario Puerta de Hierro), <sup>6</sup>Unidad de Úlceras y Heridas Crónicas (Hospital Universitario Puerta de Hierro).

[elena.donis@salud.madrid.org](mailto:elena.donis@salud.madrid.org)

**RESUMEN***Introducción*

Los hematomas subcutáneos son heridas agudas secundarias a traumatismo o herida postquirúrgica. La heparina de bajo peso molecular (técnica Roviralta) junto con cura en ambiente húmedo (CAH) favorecen su cicatrización.

*Presentación del caso*

JM, mujer, 92 años, tratamiento con acenocumarol. Diagnosticada de hematoma con celulitis. Inicia tratamiento antibiótico, vendaje compresivo y cura seca. Posteriormente, CAH por placa necrótica.

*Valoración*

Valoramos los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon, detectando como alterados el "Patrón 2: Nutricional-Metabólico", "Patrón 4: Actividad-Ejercicio" y "Patrón 6: Cognitivo-Perceptivo".

*Plan de cuidados y resultados*

Diagnóstico de enfermería (NANDA) "Deterioro de la integridad cutánea". Objetivo (NOC) "Curación de la herida: por segunda intención".

Intervenciones (NIC) "Protección contra las infecciones" y "Cuidados de las heridas".

Pasados cinco meses, el plan de cuidados continúa abierto con buena evolución.

*Discusiones/conclusiones*

Estas lesiones, sin adecuada asistencia, derivan en heridas más complicadas.

La Técnica Roviralta junto con CAH es útil en estos casos.

**ABSTRACT***Introduction*

Subcutaneous hematomas are acute wounds after trauma or post-surgical injury.

Low molecular weight heparin (Roviraltatechnique) combined with wet conditions improves healing.

*Case presentation*

JM, female, 92 years, treatment with acenocumarol. Diagnosed of hematoma with cellulitis. Starts antibiotic treatment, compression bandage and dry treatment. Then, treat in a moist environment per necrotic plaque.

*Assessment*

Evaluate the 11 Marjory Gordon's functional health patterns, detect as altered "Pattern 2: Nutritional-Metabolic", "Pattern 4: Activity-Exercise" and "Pattern 6: Cognitive-Perceptual".

*Care plan and results*

Nursing Diagnoses (NANDA) "Impaired skin integrity".

Objective (NOC) "Healing of the wound: by second intention".

Interventions (NIC) "Protection against infections" and "Wound care".

After five months, the care plan is still open with a good evolution of the wound.

*Discussions / conclusions*

These injuries, without adequate assistance, result in more complicated wounds.

The Roviralta technique to get her with treatment in a wet environment is successful in these cases.

## PALABRAS CLAVE

Hematoma; tejido subcutáneo; terapia combinada; heparina de bajo peso molecular; ambiente húmedo. Hematoma; subcutaneous tissue; combined modality therapy; low molecular weight heparin; wet environment.

## INTRODUCCIÓN

Los hematomas son heridas cerradas agudas que se producen de forma secundaria a traumatismo o herida postquirúrgica. Estas lesiones dan lugar a la rotura de pequeños vasos sanguíneos cuyo contenido se filtra al tejido blando, produciéndose así el hematoma.

Pueden afectar a epidermis, hipodermis, músculo y periostio.

En este caso clínico centraremos nuestra atención en el tratamiento de los hematomas subcutáneos, aquellos que se alojan en la epidermis e hipodermis.

Un hematoma con una larga evolución puede dar lugar a alteraciones generales como fiebre, dolor, inflamación y riesgo de infección por necrosis de la zona perilesional. La necrosis de zonas adyacentes favorece la apertura del hematoma al exterior en forma de úlcera, lo cual supone una disminución de la calidad de vida del paciente, un incremento de costes en recursos y una sobrecarga asistencial para el personal de enfermería.

El uso de heparina de bajo peso molecular (HBPM) en el tratamiento de hematomas subcutáneos (técnica descrita por el enfermero S. Roviralta, de ahí su nombre "Técnica Roviralta") junto con cura en ambiente húmedo (CAH) favorecen la disolución del coágulo y la cicatrización, evitando así una evolución desfavorable hacia úlceras más complejas. La técnica consiste en realizar irrigaciones tópicas de HBPM en el interior de la lesión con el fin de facilitar el desbridamiento y limpiar los restos de tejido coagulado.

Mediante la exposición de este caso se pretende demostrar la evolución en el tiempo y complicaciones que generan este tipo de lesiones según su abordaje terapéutico.

La metodología llevada a cabo para la realización de este trabajo se ha basado en la elaboración de un plan de cuidados de enfermería individualizado según la taxonomía NANDA-NIC-NOC y en la búsqueda bibliográfica.

## PRESENTACIÓN DEL CASO

JM, mujer de 92 años, procedente de residencia, con antecedentes personales de fibrilación auricular en tratamiento con acenocumarol (Sintrom®). Presenta hematoma en miembro inferior izquierdo (MII) tras traumatismo con silla de ruedas el 10/09/2016.

Valorada en urgencias el 25/09/2016, donde fue diagnosticada de hematoma en MII con celulitis perihematoma. Se inicia tratamiento con amoxicilina-clavulánico durante siete días.



Imagen 1.- Aspecto de la herida el 4/10/16. Primer día de visita a la consulta.

El 27/09/2016 regresa a urgencias por sangrado por hematoma. Se pauta vendaje compresivo y cura seca con povidona yodada.

El 4/10/2016 acude a consulta por persistencia del sangrado. A la exploración física presenta hematoma de 10x6cm en cara anterior tibial, con placa necrosada de coágulo dura, celulitis perihematoma y pérdida de piel. Se realiza desbridamiento cortante tras aplicar Técnica Roviralta y se recomienda pauta de CAH (Prontosán Gel®, hidrogel e hidrocoloide extrafino) cada 24 horas, vendaje compresivo e hidratación de piel perilesional con ácidos grasos hiperoxigenados (AGHO).

Se continuó con esta pauta de cura junto con desbridamiento cortante hasta la limpieza total de la herida del tejido coagulado. El 3/11/2016, con el lecho de la herida libre de tejido coagulado, se cambia la pauta de cura suspendiendo el tratamiento con HBPM, continuando con CAH (Prontosán Gel® y apósito de silicona), hidratación de piel perilesional y nueva piel con AGHO y vendaje compresivo.



Imagen 2.- Aspecto de la lesión tras realizar desbridamiento cortante (5/10/16).



Imagen 3.- Aspecto de la lesión tras un mes de seguimiento (3/11/16). Se suspende tratamiento con HBPM.



Imagen 4.- Aspecto de la herida el 16/11/16.



Imagen 5. - Aspecto actual de la herida tras cinco meses de tratamiento.

Tras cinco meses de tratamiento, la herida presenta muy buena evolución y está prácticamente cerrada (90% de tejido epitelizado y 10% de tejido de granulación).

## VALORACIÓN

Se realiza una valoración enfermera siguiendo los once patrones funcionales de Marjory Gordon.

### *Patrón 1: Percepción-Manejo de la salud*

Durante la entrevista y exploración enfermera realizada en la consulta, JM no muestra signos de tener una mala percepción de su salud y mantiene un adecuado cuidado de ésta.

No tiene hábitos tóxicos (tabaco, alcohol y/o drogas), tiene buena adherencia al tratamiento terapéutico y mantiene una higiene adecuada.

Por todo esto, se considera este patrón como no alterado.

### *Patrón 2: Nutricional-Metabólico*

La hija de JM comenta en la entrevista la falta de apetito de su madre, lo cual le lleva a una disminución de la ingesta de alimentos, la paciente lo corrobora. Con esto podemos considerar que existe una desnutrición desequilibrada.

Además del problema nutricional, en la exploración física se objetiva una lesión tisular en MII, motivo de la consulta.

En conclusión, se valora el patrón como alterado.

### *Patrón 3: Eliminación*

La paciente no refiere en ningún momento problemas en el ritmo intestinal (estreñimiento, diarrea...) y/o urinario (incontinencia, retención, disuria...). Tampoco comenta ni se objetiva un exceso de sudoración.

El patrón 3 es adecuado por lo tanto.

### *Patrón 4: Actividad-Ejercicio*

A la exploración física se observan edemas en los miembros inferiores, así como pulsos periféricos disminuidos, por lo que se considera este patrón como alterado.

### *Patrón 5: Sueño-Descanso*

JM no muestra ni manifiesta signos de cansancio/irritabilidad en ningún momento, y en su tratamiento no se incluye ningún fármaco específico para conciliar el sueño. El patrón 5 se valora como adecuado.

### *Patrón 6: Cognitivo-Perceptivo*

En todas las consultas la paciente verbaliza y muestra signos de intenso dolor de la herida (los cuales van desapareciendo a medida que la lesión evoluciona).

Se considera un patrón alterado por la presencia de dolor.

### *Patrón 7: Autopercepción-Autoconcepto*

JM no verbaliza en ningún momento sentimientos de desesperanza y/o inutilidad, tampoco tiene expresiones de auto-negatividad ni muestra problemas conductuales.

El patrón 7, por lo tanto, se valora como adecuado, sin alteraciones.

### *Patrón 8: Rol-Relaciones*

La paciente acude a cada consulta acompañada por algún familiar (normalmente la hija), con los cuales mantiene siempre una buena relación. Ellos siempre muestran preocupación e interés por el bienestar de la paciente.

Este patrón no se considera alterado.

### *Patrón 9: Sexualidad y Reproducción*

En ningún momento de la consulta JM muestra y/o expresa preocupación por algún problema relacionado con su sexualidad.

Se considera un patrón sin alteraciones.



**Patrón 10: Adaptación-Tolerancia al estrés**

La paciente no verbaliza sentimientos de estrés, ni dificultades para afrontar ciertas situaciones. El patrón 10 no se valora como alterado.

**Patrón 11: Valores y creencias**

JM no muestra conflicto con sus creencias ni tener problemas para sus prácticas religiosas. Se considera este patrón como adecuado.

En resumen, tras la valoración realizada, consideramos que el “Patrón 2: Nutricional-Metabólico”, el “Patrón 4: Actividad-Ejercicio” y el “Patrón 6: Cognitivo-Perceptivo” se encuentran alterados.

**PLAN DE CUIDADOS y RESULTADOS**

Tras la entrevista, exploración y valoración enfermera se detecta como problema principal la lesión cutánea en MII, por lo que se define como diagnóstico de enfermería (NANDA) principal el “Deterioro de la integridad cutánea (00046)” relacionado con alteración en la circulación y edad avanzada manifestado por destrucción de las capas de la piel.

Se elige como objetivo (NOC) relacionado con el diagnóstico anterior el de “Curación de la herida: por segunda intención (1103)” y como indicador “Formación de cicatriz(110320)” con un estado actual en la escala de Likert de 1 y un estado esperado de 5.

A este NOC asociamos las intervenciones (NIC) “Protección contra las infecciones (6550)” y “Cuidados de las heridas (3660)” con las siguientes actividades relacionadas:

- Protección contra las infecciones:
  - (65501) Instruir al paciente y familia acerca de los signos de infección y cuando debe informar de ellos.
  - (655011) Fomentar una ingesta nutricional suficiente (en este caso, especialmente rica en proteínas para favorecer la cicatrización de la lesión).
  - (655025) Inspeccionar la existencia de enrojecimiento, calor extremo o drenaje en la piel.
  - (655028) Obtener muestras para realizar un cultivo, si es necesario.
- Cuidados de las heridas:
  - (36601) Despegar los apósitos y limpiar la herida eliminando restos de la cura anterior.
  - (36602) Anotar las características de la herida para seguir su evolución.
  - (36606) Aplicar ungüento adecuado a la lesión (HBPM, Prontosán Gel®, hidrogel y apósito hidrocoloide extrafino).
  - (36607) Aplicar vendaje. En este caso compresivo, desde base de los dedos hasta hueso poplíteo para evitar edemas.

Pasados cinco meses de seguimiento, el plan de cuidados continúa abierto por no haberse resuelto por completo la lesión. Sin embargo se observa una correcta evolución de la herida con indicador “Formación de cicatriz” en estado actual<sup>4</sup> sobre una escala Likert.

PLAN DE CUIDADOS			
DIAGNÓSTICO	OBJETIVO	INTERVENCIONES	ACTIVIDADES
Deterioro de la integridad cutánea (00046) r/c alteración en la circulación y edad avanzada m/p destrucción de las capas de la piel.	Curación de la herida: por segunda intención (1103)	Protección contra las infecciones (6550)	-(65501) Instruir al paciente y familia acerca de los signos de infección y cuando debe informar de ellos. -(655028) Obtener muestras para realizar un cultivo, si es necesario. -(655025) Inspeccionar la existencia de enrojecimiento, calor extremo o drenaje en la piel. -(655011) Fomentar una ingesta nutricional suficiente.
		Cuidados de las heridas (3660)	-(36601) Despegar los apósitos y limpiar la herida eliminando restos de la cura anterior. -(36602) Anotar las características de la herida para seguir su evolución. -(36606) Aplicar ungüento adecuado a la lesión. -(36607) Aplicar vendaje. En este caso compresivo, desde base de los dedos hasta hueso poplíteo para evitar edemas.

Imagen 6.- Plan de cuidados de Enfermería.

**DISCUSIÓN / CONCLUSIONES**

Este tipo de lesiones, sin adecuada asistencia profesional, evolucionan de forma natural derivando en heridas crónicas, que suelen ser de cicatrización difícil y laboriosa.

Tras la realización del plan de cuidados se puede concluir que la terapia combinada de CAH junto con la denominada Técnica Roviralta es útil y adecuada para su aplicación en el tratamiento de hematomas coagulados, facilitando la rápida limpieza del lecho de la herida y favoreciendo la formación de nuevo tejido viable.

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Roviralta Gómez S. *Hematoma subcutáneo. Resolución con heparina de bajo peso molecular.* Enfermería Dermatológica. 2008; 04:28-30. Disponible en:

<https://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwizl5KHIIHSAhXEChokHakFD7kQFggaMAA&url=https%3A%2F%2Fdialnet.unirioja.es%2Fdescarga%2Farticulo%2F4603346.pdf&usq=AFQjCNGsamEeu4S5ebPolCoTOaS3VB8QxQ&bvm=bv.146094739,d.d2s>

2. Balibrea JL. *Patología Quirúrgica.* Barcelona, España: Ed. Marban; 2004.  
 3. Cristal D. *Resolución de hematoma subcutáneo post traumático en cara externa de antebrazo derecho mediante la aplicación de heparina de bajo peso molecular 0-4-0-6 (técnica Roviralta), en un*



*paciente de estancia domiciliaria*. VII Congreso ibero-latinoamericano de heridas por presión y heridas crónicas. I congreso de argentino de heridas. Tucumán, Argentina: 2014. Disponible en:

<http://gehuptucuman.com.ar/gestor/wp-content/uploads/2014/11/TH006.pdf>

4. Álvarez Suárez JL, Del Castillo Arévalo F, Fernández Fidalgo D, Muñoz Meléndez M. *Manual de valoración de patrones funcionales*. Asturias, España: Servicio de Salud del Principado de Asturias; 2010. Disponible en:

<http://seapaonline.org/UserFiles/File/Ayuda%20en%20consulta/MANUAL%20VALORACION%20NOV%202010.pdf>

5. Alfaro- LeFevre R. *Aplicación del proceso enfermero. Fomentar el cuidado en colaboración*. 5ª edición. Barcelona: Masson; 2003.

**ID44:**

## **CONOCIMIENTO DE LOS ADOLESCENTES DE LA ZONA DE SALUD DE VALDEPASILLAS SOBRE VIOLENCIA DE GÉNERO**

Natalia María Sardina Domínguez<sup>1</sup>, María Mercedes Alonso Murciano<sup>1</sup>, Oscar Martín Lopez<sup>2</sup>, Elvira González Barroso<sup>1</sup>, María Sayago Jerez<sup>2</sup>, Guadalupe Torres Hidalgo<sup>3</sup>

1. Residente de Enfermería Familiar y Comunitaria del Centro de Salud de Valdepasillas (Badajoz)
2. Residente de Enfermería Familiar y Comunitaria del Centro de Salud de la Paz (Badajoz)
3. Enfermera del Centro de Salud de Valdepasillas

[nataliacsi@yahoo.es](mailto:nataliacsi@yahoo.es)

### **RESUMEN**

La violencia de género es aquel tipo de violencia que se realiza contra la mujer por el simple hecho de serlo, como tal, la violencia de género es considerada como un problema de salud pública. Aunque se hayan realizado numerosas campañas contra este problema, es cierto que cada día aparece una nueva víctima. Constituye un atentado contra la integridad, la dignidad y la libertad de las mujeres, independientemente del ámbito en el que se produzca.

Con este proyecto se pretende tener una visión global de las percepciones que los adolescentes de 1º y 2º de Bachillerato conocen sobre los distintos aspectos relacionados con la violencia de género. Para ello se realizará una encuesta a los institutos de la zona de salud de Valdepasillas.

### **ABSTRACT**

Gender violence is that type of violence that is carried out against women for the simple fact of being it, as such, gender violence is considered as a public health problem. Although there have been numerous campaigns against this problem, it is true that every day a new victim appears. It constitutes an attack on the integrity, dignity and freedom of women, regardless of the area in which it occurs.

This project intends to have a global view of the perceptions that the 1st and 2nd year high school students know about the different aspects related to gender violence. To do this, a survey will be carried out at the institutes of the Valdepasillas health area.

### **PALABRAS CLAVE**

Violencia de género, adolescentes, institutos, conocimiento, enfermería.

Gender violence, adolescents, high school, knowledge, nursing

### **INTRODUCCIÓN**

La violencia ejercida contra la mujer es un fenómeno universal que persiste en todos los países del mundo. La violencia doméstica, en particular, continúa siendo terriblemente común y es aceptada como "normal" en demasiadas sociedades del mundo.<sup>1</sup>

Aunque la labor realizada en este campo ha generado sus frutos con el establecimiento de normas internacionales, la tarea de documentar la magnitud de la violencia ejercida contra las mujeres y de recopilar información fiable y comparativa para guiar la redacción de políticas y controlar su aplicación ha sido extremadamente difícil.<sup>1</sup>

En el 2013 se realizó un estudio "Percepción de la violencia de género en la adolescencia y la juventud" elaborado por el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) por encargo del Ministerio de Sanidad para conocer cómo perciben la violencia de género los adolescentes y jóvenes. En este caso la encuesta se realizó a jóvenes de entre 15 a 29 años.<sup>6</sup>

En este proyecto se ha trasladado algunas de las preguntas planteadas en esta encuesta y se ha trasladado a los adolescentes de primero y segundo de bachillerato de los institutos pertenecientes a la zona de salud de Valdepasillas (4 en total) sobre la violencia de género, a través de un cuestionario anónimo de 20 preguntas sobre este tema.

## OBJETIVOS

Este estudio de investigación tiene como objetivo principal:

- Averiguar los conocimientos sobre violencia de género de los estudiantes de primero y segundo de Bachillerato de los institutos pertenecientes a la zona de salud de Valdepasillas.

Como objetivos secundarios de este estudio:

- Exponer la necesidad de realizar intervenciones sobre este grupo de edad para prevenir en un futuro casos de violencia de género.
- Dividir los resultados obtenidos por edad y sexo.

## MATERIAL Y MÉTODOS

- Criterios de inclusión:
  - Adolescentes pertenecientes a los institutos de la zona de salud del centro de salud Valdepasillas.
  - Adolescentes cuyos padres hayan firmado el consentimiento informado.
  - Adolescentes de entre 17-18 años (correspondientes a 1º y 2º de Bachillerato)
- Aquellos que no deseen participar en el estudio
- Tipo de estudio:
  - Diseño de tipo observacional descriptivo transversal.
  - Población de estudio: Para abordar de manera completa el conocimiento sobre la violencia de género de los adolescentes de entre 17-18 años (correspondientes a 1º y 2º de Bachillerato), se ha optado por una muestra de estudiantes de dos colegios concertados como son los Maristas y Los Salesianos, así como dos colegios privados, el Tomillar y Puerta Palma. Se ha aplicado un cuestionario para los estudiantes que consta realizado por el Ministerio de Salud titulado "Percepción de la violencia de género en la adolescencia y la juventud" elaborado por el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS)". Antes se les entregará a los tutores de los participantes un consentimiento informado sobre el proyecto. Se procederá al análisis de los datos obtenidos mediante un programa estadístico, SPSS.
- Tamaño de la muestra: El estudio se centrará en los estudiantes, de entre 17-18 años, pertenecientes a los colegios de la zona de salud de Valdepasillas; para ello se utilizarán los datos facilitados por los 4 colegios de la zona.
- Variables del estudio:
  - Número de encuestados clasificados por centros educativos, estudiantes, profesores y equipos directivos
  - Relaciones que se establecen en los centros educativos
  - La violencia y cómo prevenirla
  - Relaciones entre chicos y chicas, sus conflictos y cómo prevenir la violencia en dichas relaciones
  - Abordaje de la violencia de género desde los centros educativos
- La recogida de datos: Se realizará a través de una encuesta presentada en los distintos institutos pertenecientes a la zona básica de salud. Dicha encuesta será elaborada a partir de la encuesta realizada por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad para el estudio, realizado a nivel nacional, "Percepción social de la violencia de género por la adolescencia y la juventud".
- La estrategia de análisis prevista: Se procederá al análisis de los datos obtenidos mediante un programa estadístico, SPSS.

## RELEVANCIA

Las dificultades para conocer las cifras de la violencia doméstica son enormes, aun en las sociedades en que ha aumentado la conciencia acerca de este problema. Y esto a pesar de que desde 1997 hay un mandato de la Unión Europea para recoger, elaborar y publicar anualmente los datos sobre la violencia contra las mujeres en cada uno de los países miembros.<sup>4</sup>

La violencia de género es un tema actual, que tiene sus efectos en todos los ámbitos de la sociedad, siendo un problema de todos y sobre el cual se debe actuar.

Con este estudio se espera que los datos obtenidos en este estudio puedan ser extrapolados al resto de la población adolescente del área de Badajoz y de Extremadura, teniendo en cuenta las características de cada individuo.

De tal forma que los datos obtenidos, dependiendo de los resultados obtenidos, nos permitan elaborar proyectos comunitarios para intervenir en estos institutos e intentar eliminar este problema desde la base.

## BIBLIOGRAFÍA

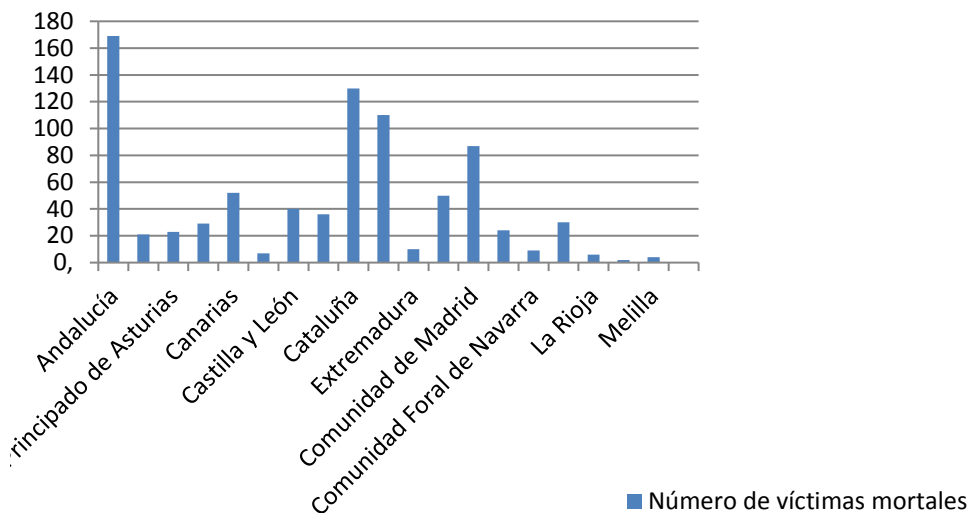
1. World Health Organisation (WHO). Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women. Geneva, WHO, 2003. [citado el 12 de febrero de 2016]. Disponible en: [http://www.who.int/gender/violence/who\\_multicountry\\_study/summary\\_report/summary\\_report\\_English2.pdf](http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/summary_report/summary_report_English2.pdf)
2. Sarasua B, Zubizarreta I, Echeburúa E y de Corral P. Perfil psicopatológico diferencial de las víctimas de violencia de pareja en función de la edad. *Psicothema*, vol. 19, núm. 3, 2007 [citado el 15 de febrero de 2016]; pp. 459-466. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72719316>
3. Vives-Cases C, Álvarez-Dardet C, Carrasco-Portiño M, Torrubiano-Domínguez J. El impacto de la desigualdad de género en la violencia del compañero íntimo en España. *Gac Sanit [revista en Internet]*. 2007 Jun [citado el 11 de febrero de 2016]; 21(3): 242-246. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112007000300011&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112007000300011&lng=es)
4. Ruiz-Pérez I, Blanco-Prieto P, Vives-Cases C. Violencia contra la mujer en la pareja: determinantes y respuestas sociosanitarias. *Gac Sanit [revista en la Internet]*. Citado el 23 de enero de 2016. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112004000500003&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000500003&lng=es)
5. Meil G, Percepción Social de la Violencia de Género. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Colección contra la violencia de género. Vol. 17. 2012. [Citado el 13 de marzo de 2016]. Disponible en: [http://www.violenciagenero.mssi.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/colecciones/pdf/Percepcion\\_Social\\_VG\\_web.pdf](http://www.violenciagenero.mssi.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/colecciones/pdf/Percepcion_Social_VG_web.pdf)
6. Díaz-Aguado MJ, Carvajal MI. Igualdad y prevención de la violencia de género en la adolescencia. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Colección contra la violencia de género. Vol. 8. 2011. [Citado el 31 de marzo de 2016]. Disponible en: <http://violenciadegenero.carm.es/documentacion/publicaciones/Documentacion/IgualdadyPrevencionViolenciaenAdolescencia.pdf>
7. FRA – Agencia de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea. Violencia de género contra las mujeres: una encuesta a escala de la UE. Austria [citado el 13 de marzo de 2016]. Disponible en: [http://fra.europa.eu/sites/default/files/fra-2014-vaw-survey-factsheet\\_es.pdf](http://fra.europa.eu/sites/default/files/fra-2014-vaw-survey-factsheet_es.pdf)
8. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Macroencuesta de Violencia de Género 2011. Secretaría de Estado de servicios sociales e igualdad, 8 de febrero de 2012. Citado el 23 de marzo de 2016. Disponible en: [http://www.observatorioviolencia.org/upload\\_images/File/DOC1329745747\\_macroencuesta2011\\_principales\\_resultados-1.pdf](http://www.observatorioviolencia.org/upload_images/File/DOC1329745747_macroencuesta2011_principales_resultados-1.pdf)
9. Ley orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de medidas de protección integral contra la Violencia de Género. BOE de 28 de diciembre de 2004. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2004/12/29/pdfs/A42166-42197.pdf>
10. Instituto de la mujer de Extremadura. Apuntes básicos sobre la Violencia de Género, concepto, legislación y herramientas para la detección. Junta de Extremadura.
11. Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género. Comisión contra la Violencia de Género. Consejo interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2007. Disponible en: [http://www.sergas.es/Docs/muller/protocoloComun\\_violenciagenero.pdf](http://www.sergas.es/Docs/muller/protocoloComun_violenciagenero.pdf)
12. Torró C, Llamas C. Protocolo Andaluz para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género; Junta de Andalucía, Servicio de Promoción de la Salud y Planes Integrales IV. Citado el 25 de enero de 2014. Disponible en:

- [https://ws027.juntadeandalucia.es/contenidos/gestioncalidad/ProtocoloAndaluzActuSanitaria\\_VG.pdf](https://ws027.juntadeandalucia.es/contenidos/gestioncalidad/ProtocoloAndaluzActuSanitaria_VG.pdf)
13. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Protocolo común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género 2012. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad centro de publicaciones. Madrid. Citado el 23 de marzo de 2016. Disponible en:  
[http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ProtComActSan\\_2012.pdf](http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ProtComActSan_2012.pdf)
14. Dirección de General para la Igualdad de Oportunidades del Instituto de la Mujer. Unidad Didáctica 6. Curso “SENSIBILIZACIÓN EN IGUALDAD DE OPORTUNIDADES”. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 5ª Edición, 2013.
15. Junta de Andalucía. Folleto de documentación red ciudadana sobre Violencia de Género. Citado el 23 de marzo de 2016. Disponible en:  
[http://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/Violencia\\_Genero\\_Documentacion\\_Red\\_Ciudadana\\_folleto.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/Violencia_Genero_Documentacion_Red_Ciudadana_folleto.pdf)
16. Mora H. Manual de protección a víctimas de violencia de género. Ed. Club Universitario, 2008. Recuperado de:  
<https://books.google.es/books?id=8HclZh-TKQ8C&pg=PA69&lpg=PA69&dq=Manual+de+protecci%C3%B3n+a+v%C3%ADctimas+de+violencia+de+g%C3%A9nero.&source=bl&ots=q3ouW7EODi&sig=COB7YsZ2NgdsQr3KAVu9dekWYGo&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwjt1Zez5obMAhXJwxQKHxMCK8Q6AEIKzAC#v=onepage&q&f=false>
17. de Hoyos M, Sánchez MA, et al. Tuela jurisdiccional frente a la violencia de género: Aspectos procesales, civiles, penales y laborales. Ed. Lex Nova, 2009. Extraído de:  
<https://books.google.es/books?id=oJN8T8jR3WIC&pg=PA624&dq=ciclo+dela+violencia+de+genero&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwiAyaLz47MAhXKVhoKHWRSDRMQ6AEIMjAC#v=onepage&q=ciclo%20dela%20violencia%20de%20genero&f=false>
18. Fernández C, Herrero S, Buitrago F, et al. Violencia domestica. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 2003.
19. Ruiz-Pérez I, Blanco-Prieto P, Vives-Cases C. Violencia contra la mujer en la pareja: determinantes y respuestas sociosanitarias. Gac Sanit [revista en la Internet]. Citado el 23 de enero de 2016. Disponible en:  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112004000500003&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000500003&lng=es)
20. Universidad Complutense de Madrid. Encuesta para la mejora del conocimiento de la igualdad y prevención de la violencia de género en la adolescencia. [documento de internet]. Citado el 23 de enero de 2016. Disponible en:  
[http://www.msssi.gob.es/fr/ssi/violenciaGenero/datosEstadisticos/inventario/docs/Encuesta\\_Adolescencia\\_Metodologia.pdf](http://www.msssi.gob.es/fr/ssi/violenciaGenero/datosEstadisticos/inventario/docs/Encuesta_Adolescencia_Metodologia.pdf)
21. Consejería de sanidad y dependencia. *DECRETO 238/2008, de 7 de noviembre, por el que se modifica el Mapa Sanitario de la Comunidad Autónoma de Extremadura*. Número 221. Viernes, 14 de noviembre de 2008.

**GRÁFICOS Y/O TABLAS**

**Anexo 1. Gráfica del número de fallecidas por CCAA**

**Número de víctimas mortales**



**Anexo 2. Cuestionario**

**CUESTIONARIO "PERCEPCIÓN SOCIAL DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO POR LA ADOLESCENCIA Y LA JUVENTUD"**

Edad:.....

Sexo:.....

Centro educativo:.....

Clase:.....

Buenos días/tardes. Desde el centro de salud de Valdepasillas estamos realizando un estudio sobre violencia de género. Por este motivo solicitamos su colaboración y se la agradecemos anticipadamente. Le garantizamos el absoluto anonimato y secreto de sus respuestas en el más estricto cumplimiento de las Leyes sobre secreto estadístico y protección de datos personales. Una vez grabada la información de forma anónima, los cuestionarios individuales son destruidos.

nº cuestionario



1. Vamos a hablar de la situación de las mujeres en España en general. ¿Cómo calificaría Ud. las desigualdades que actualmente existen entre hombres y mujeres en nuestro país: muy grandes, bastante grandes, pequeñas o casi inexistentes?

- Muy grandes.....1
- Bastante grandes.....2
- Pequeña.....3
- Casi inexistentes.....4
- No sabe.....5
- No contesta.....6

2. Más en concreto, ¿cree Ud. que actualmente la situación de las mujeres en España es mejor, igual o peor que la de los hombres en los siguientes aspectos?

	Mejor	Igual	Peor	No sabe(N.S.)	No contesta (N.C.)
Los salarios					
Las posibilidades de ascenso en el trabajo					
Las oportunidades para encontrar un empleo					
La estabilidad en el puesto de trabajo					
El acceso a la educación					
El acceso a puestos de responsabilidad en las empresas					
Las posibilidades de compaginar la vida laboral y familiar					
El acceso a puestos de responsabilidad política					

3. En su opinión, para tener una vida en pareja satisfactoria, ¿es muy importante, bastante importante, poco o nada importante...?

	Muy importante	Bastante importante	Poco importante	Nada importante	NN.S.
Quererse					
Tener una relación sexual satisfactoria					
Ser del mismo nivel social					
Tener gustos e intereses comunes					
Que ambos tengan unos ingresos económicos parecidos					
Tener el mismo nivel cultural					
Tener la misma ideología					
Compartir las tareas domésticas					
Respetarse mutuamente					
Tener hijos/as					
Compartir las mismas creencias religiosas					
Tener una vivienda adecuada					

4. Independientemente de cuál sea su situación actual, ¿podría decirme cuál de las siguientes formas de vida preferiría Ud.? (UNA SOLA RESPUESTA).

- Vivir solo/a ..... 01
- Tener una relación de pareja manteniendo domicilios separado..... 02
- Vivir con su pareja sin proyecto de matrimonio .....03
- Vivir con su pareja con proyecto de matrimonio ..... 04
- Vivir casado/a ..... 05
- Con los padres, padre o madre, otros ascendientes .... 06
- Con los hijos e hijas ..... 07
- Compartir su vivienda con un amigo/a, o amigos/as ..... 08
- En una residencia para personas de su edad .....09
- Otra, ¿cuál?.....

5. A continuación voy a leerle algunas situaciones y comportamientos que pueden producirse en las relaciones de pareja entre hombres y mujeres. Dígame si los considera algo inevitable, aceptable en algunas circunstancias o totalmente inaceptable.



	Algo inevitable	Aceptable en algunas circunstancias	Totalmente inaceptable	N.S.	N.C.
Mantener constantes discusiones					
Insultar o despreciar a la pareja					
Controlar los horarios de la pareja					
Impedir a la pareja que vea a su familia o amistades					
Dar voces a los hijos e hijas					
Amenazar verbalmente					
Empujar y/o golpearle cuando se enfadan					
No permitir que la pareja trabaje o estudie					
Decirle las cosas que puede o no hacer					
Delante de los hijos e hijas decir cosas que no dejen en buen lugar al otro/a					
Obligarle a mantener relaciones sexuales					

6. ¿Cree Ud. que los malos tratos hacia cada uno de los siguientes grupos que le voy a leer, están muy extendidos, bastante extendidos, poco o nada extendidos en el entorno familiar en España?

	Muy extendidos	Bastante extendidos	Poco extendidos	Nada extendidos	N.S.	N.C.
Los hombres						
Las mujeres						
Los/as niños						
Los/as ancianos/as						

7. En tu opinión, la violencia ejercida por un hombre hacia su mujer o ex-mujer, pareja o ex-pareja, es...

- Algo inevitable que siempre ha existido.....1
- Aceptable en algunas circunstancias.....2
- Totalmente inaceptable.....3
- N.S./N.C.....4

8. Cada vez se oyen con más frecuencia noticias sobre agresiones, malos tratos y asesinatos a mujeres por parte de sus parejas. ¿Cree Ud. que esto se debe a que en los últimos tiempos ha aumentado la violencia contra la mujer, o que se publican y salen a la luz más casos?

- Ha aumentado la violencia contra la mujer .....1
- Salen a la luz más casos.....2
- N.S.....3
- N.C.....4

9. ¿Está Ud. muy de acuerdo, bastante, poco o nada de acuerdo con las siguientes afirmaciones?

	Muy de acuerdo	Bastante de acuerdo	Poco de acuerdo	Nada de acuerdo	N.S	N.C.
Hay más agresores entre los extranjeros que entre los españoles						
Las mujeres que sufren malos tratos los consienten porque son dependientes económicamente						
Las víctimas aguantan por los/as hijos/as						
Los agresores suelen tener alguna enfermedad mental						
Las mujeres que sufren o han sufrido maltrato suelen tener un nivel formativo						
Si las mujeres sufren maltrato es porque lo consienten						

10. ¿Y cree Ud. que las siguientes mujeres son más vulnerables a ser víctimas de violencia de malos tratos por parte de sus parejas y/o ex-parejas?

	Si	No	N.S.	N.C.
Las mujeres mayores de 65				
Las mujeres que viven en entornos rurales/en municipios pequeños				
Las menores de edad				
Las mujeres que sufren algún tipo de discapacidad				
Las mujeres extranjeras				

11. Y para cada una de las siguientes formas de malos tratos contra las mujeres, ¿podría decirme si Ud. la considera aceptable en algunas circunstancias, inaceptable pero no siempre debe ser castigada por la ley, o inaceptable y siempre debe ser castigada por la ley?

	Aceptable en algunas circunstancias	Inaceptable pero no siempre debe ser castigada por la ley	Inaceptable y siempre debe ser castigada por la ley	N.S.	N.C.
Malos tratos físicos					
Malos tratos verbales					
Forzar las relaciones sexuales					
Amenazas verbales					
Restricción de la libertad					

12. Para cada una de las circunstancias siguientes, podría decirme si la considera una causa de la violencia que sufren las mujeres por parte de sus parejas o ex- parejas?

	SI	NO	N.S.	N.C.
Las creencias y prácticas religiosas				
El abuso del alcohol				
El consumo de drogas				
El paro				
La violencia de películas, series y programas emitidos en televisión				
La pobreza				
Los cambios en las responsabilidades que asumen ahora mujeres y hombres dentro de las relaciones				
Los problemas psicológicos o mentales				
El haber sufrido malos tratos físicos o sexuales				
Un bajo nivel educativo				
Los conflictos de pareja y los problemas derivados de separaciones y divorcios (obligación de pagar al <u>excónyuge</u> , la custodia de los/as hijos/as...)				

13. Tiene Ud. conocimiento de que en su entorno más cercano haya o haya habido alguna mujer víctima de malos tratos por parte de su marido/pareja o ex-marido/ex-pareja (su madre, su/s hija/s, su/s hermana/s, su/s amiga/s, su/s vecina/s, su/s compañera/s de trabajo, etc.)?

- Sí ..... 1
- No ..... 2
- N.S. .... 3
- N.C. .... 4

14. En el caso de presenciar o conocer alguna situación de agresión o malos tratos a una mujer por parte de un hombre, ¿qué cree que haría Ud.?

- Nada .....1
- Se enfrentaría al agresor .....2
- Llamaría a la policía .....3
- Llamaría la atención de otras personas que pudieran ayudar .....4
- N.S./N.C.....5

15. ¿Sabría dónde dirigirse Ud. para poner una denuncia en caso de maltrato?

- Sí ..... 1
- No ..... 2
- N.C.....3

16. Y concretamente, ¿a dónde acudiría Ud.?. (MÁXIMO TRES RESPUESTAS).

	Respuesta
Policía	
Guardia civil	
Juzgados	
Asociaciones de mujeres	
Centros de atención a las mujeres	
Teléfono de atención general a las víctimas	
Teléfonos autonómicos de atención a las víctimas	
Otra respuesta, ¿cuál?	
No contesta	

17. ¿Conoce algún teléfono de atención a las mujeres víctimas de la violencia de género?

- Si.....1
- No.....2
- N.S./N.C.....3

18. Si la respuesta anterior es Sí, ¿Cuál o cuáles conoces?

- 016.....1
- 112 .....2
- Otro.....3
- N.C.....4

19. Dígame su grado de acuerdo con cada una de las siguientes afirmaciones: muy, bastante, poco o nada de acuerdo.

	Muy de acuerdo	Bastante de acuerdo	Poco de acuerdo	Nada de acuerdo	N.S.	N.C.
Algunas mujeres interponen denuncias falsas para obtener beneficios económicos y hacer daño a su pareja						
El miedo a ser acusada de denuncia falsa, puede provocar que las mujeres sigan soportando malos tratos						
Hay mujeres que retiran la denuncia, pero eso no significa que las denuncias sean falsas						

20. Y respecto a la custodia de los hijos e hijas menores de edad, indique su grado de acuerdo con las siguientes afirmaciones: muy de acuerdo, bastante, poco o nada de acuerdo.

	Muy de acuerdo	Bastante de acuerdo	Poco de acuerdo	Nada de acuerdo	N.S.	N.C.
Si hay sentencia condenatoria firme, se debería quitar la custodia de los/as menores al maltratador						
Que un hombre maltrate a su pareja no tiene por qué implicar que sea un mal padre						
Los padres deben tener derecho, por encima de todo a la custodia de sus hijos e hijas						
Después de cumplida la sentencia, debería serle devuelta la custodia al padre						

**ID56:****EDUCACIÓN SANITARIA EN LA PREVENCIÓN Y DESHABITUACIÓN DEL HÁBITO TABÁQUICO EN EL ADOLESCENTE**Teresa Vicente García <sup>1</sup>, José Vicente García <sup>2</sup>

1 EIR EFyC, 2 MIR Cirugía Plástica y Reparadora.

[tvicente@usal.es](mailto:tvicente@usal.es)**RESUMEN**

El proyecto elaborado en este documento presenta una gran línea de trabajo. Se ha realizado un estudio sobre la educación sanitaria en el hábito del tabaquismo en algunos centros educativos de la ciudad de Salamanca. Los resultados obtenidos en este estudio han permitido determinar la escasa e incorrecta educación sanitaria que se lleva a cabo en estos centros sobre el tabaquismo en adolescentes.

**ABSTRACT**

The project elaborated in this document presents a great line of work. A study has been carried out on health education in the habit of smoking in some educational centers in the city of Salamanca. The results obtained in this study have allowed to determine the poor and incorrect health education that is carried out in these centers on the smoking in adolescents.

**PALABRAS CLAVE**

Educación sanitaria, consultas de enfermería, prevención, tabaco, adolescentes.

Health education, nursing consultations, prevention, tobacco, adolescents

**INTRODUCCIÓN**

La OMS define adolescencia como un concepto biopsicosocial que corresponde cronológicamente al período de vida entre los 10 y los 19 años. Esta etapa está caracterizada por un intenso crecimiento físico, así como el desarrollo psicológico y social donde se terminan de desarrollar y de adquirir las destrezas y capacidades necesarias para la vida adulta. (4) Durante esta etapa se consolida la propia identidad que va a depender de varias situaciones que interactúan en la vida del adolescente: su historia personal y familiar, y el contexto social y cultural en el cual se encuentra inserto, como son los amigos, el colegio, el barrio, los medios de comunicación, etc. (4) Por ello, uno de los principales objetivos de la Educación para la Salud debe ser alertar a los jóvenes de los peligros del consumo de tabaco, enseñarles a reconocer las ventajas de su no uso proporcionándoles una visión crítica y objetiva y entrenarles para enfrentarse a las presiones externas que incitan a fumar mediante el refuerzo de su autoestima y autoeficacia.

La OMS asegura que el tabaquismo se inicia en los primeros años de la adolescencia. De los 1.100 millones de fumadores que hay en el mundo hoy en día, el 90% inició el hábito antes de los 19 años. De hecho, resulta extraño iniciarse después de los 18-20 años, otra razón de peso para llevar a cabo una correcta educación sanitaria antes de esta edad. (5)

Se ha determinado que el uso de tabaco es el factor más fácil de prevenir para evitar la muerte prematura, la discapacidad y la enfermedad. Teniendo en cuenta lo anterior, nos hacemos cargo que es fundamental realizar una educación para la salud y prevención contra el tabaco en la adolescencia, ya que constituye uno de los principales problemas de Salud Pública.

Un individuo, independientemente de su edad, no se convierte en fumador desde el momento en el que prueba por primera vez un cigarrillo. Al iniciar una relación con el tabaco, el individuo se encuentra expuesto a una serie de factores y sometido a una serie de presiones que incitan al consumo. (6) Estas circunstancias ocurren durante el periodo de la adolescencia ya que es la etapa de la vida donde, debido a la inmadurez y curiosidad se experimenta y estamos más vulnerables a todos los cambios que ocurren a nuestro alrededor ya que se adquieren hábitos que se van a mantener en la edad adulta. (6) Por ello, recalamos una vez más la importancia de incidir desde el punto de vista sanitario en esta etapa de la vida



y especialmente en los centros educativos y su entorno ya que es el inicio del consumo de tabaco para un considerable porcentaje de jóvenes y puerta de entrada de otras adicciones como el alcohol o la marihuana.

### **OBJETIVOS**

Conocer el grado de información que presentan los adolescentes en el hábito tabáquico, los problemas que puede causar en su salud, motivos que les llevan a iniciarse en el tabaco y la motivación que tienen para dejar dicho hábito. Todo ello mediante una encuesta realizada a adolescentes de entre 14 y 17 años. Averiguar que campañas y programas de prevención frente al tabaco se llevan a cabo en institutos.

Conocer los programas tanto de prevención como de deshabituación que se llevan a cabo en los centros de salud, tanto a nivel de consulta de enfermería como a nivel grupal.

Plantear la necesidad de realizar prevención frente al tabaco en adolescencia, por qué, cuándo y dónde es necesario llevar a cabo estos programas.

Plantear un programa de educación sanitaria para la prevención y deshabituación del tabaquismo.

### **MATERIAL Y MÉTODOS**

Para la realización de este trabajo se ha utilizado el siguiente material y método:

Pedimos la autorización del director y de la jefatura de estudios de los institutos públicos Fray Luis de León y Lucía de Medrano para la realización del estudio a los adolescentes. Este se llevó a cabo a cuatro clases de 3º y otras cuatro de 4º E.S.O.

Se seleccionaron estos centros educativos por propia experiencia personal y observación, ya que es muy frecuente ver a adolescentes consumiendo tabaco a la entrada de los centros e incluso dentro de los mismos.

Tras el permiso correspondiente le pasamos una encuesta anónima (Anexo I) a los estudiantes de edades comprendidas entre los 14 y 17 años, se trata de una encuesta estructurada y autoadministrada de doce preguntas organizada en secciones destinadas a valorar la iniciación en el hábito tabáquico, la intención de fumar en el futuro, conocer la relación con las actitudes y creencias favorables antes el tabaco o ante los inconvenientes de fumar, las influencias sociales, el hecho de sentirse presionado para fumar, número de cigarrillos que consumen y la motivación para dejar el hábito. Las últimas cuatro preguntas hacen referencia al test de Richmond que sirve para evaluar la motivación de la persona que quiere dejar de fumar. Consiste en responder una serie de preguntas y adjudicar unos puntos según la respuesta. Se suman los puntos obtenidos y según esta suma se obtiene un grado de motivación.

Para la realización de este trabajo hemos utilizado otras fuentes como son: artículos, libros, bases de datos y páginas web con el objeto de conocer el efecto que causa el tabaco en la salud y la necesidad de realizar programas de educación sanitaria.

### **RESULTADOS**

Un 41.46 % de las chicas han probado un cigarrillo frente al 40.90 % de los chicos. La edad media del 1º cigarrillo es de 12.6 en las chicas y 13.94 en chicos. El factor que más incitó a probar el tabaco fueron los amigos en ambos sexos. Un 44.77 % de las chicas han recibido publicidad frente a un 55.81 % de los chicos. En ambos sexos en torno al 20 % de ellos piensan que necesitan más información. Y en torno a un 15% no son conscientes del riesgo que supone para su salud el hábito tabáquico.

	Niñas	Niños
<b>Han probado un cigarrillo</b>	41.46%	40.90%
<b>Edad media de 1º cigarrillo</b>	12.6	13.94
<b>Factor que incitó a ello</b>	Amigos 70.5%	Amigos 94.1%
	Familia 23.52%	Familia 5.88%
	Otro motivo 5.88%	
<b>Fumadores habituales que han probado tabaco</b>	23.52%	22.22%
<b>Han recibido publicidad</b>	44.73%	55.81%
<b>Piensen que necesitan más información</b>	23.68%	18.18%
<b>No son conscientes del peligro que supone para su salud</b>	15.68%	13.54%

**Imagen 1 Resultados encuesta**

**DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES**

Una gran parte de la población adolescente consume tabaco y no recibe la suficiente información acerca del hábito tabáquico. No se llevan a cabo programas especiales de prevención frente al tabaco en los centros educativos. Los adolescentes no reciben información necesaria en sus centros de salud, tanto de prevención como deshabitación.

**BIBLIOGRAFÍA**

1. The American Cancer Society [Internet]. The Association. [actualizado 11 de diciembre de 2012; acceso 7 de marzo de 2013]. Preguntas acerca del hábito de fumar, el tabaco y la salud. Disponible en: <http://www.cancer.org/espanol/cancer/queesloquecausaelcancer/tabacoycancer/fragmentado/preguntas-acerca-del-habito-de-fumar-el-tabaco-y-la-salud-cancer-and-health>
2. El tabaco apesta [Internet]. España: Portal de Salud Español; 2009 [acceso 2 marzo de 2013]. Tabla de secuelas. Disponible en: <http://www.eltabacoapesta.com/el-tabaco/efectos-del-tabaco/componentes-del-tabaco/tabla-de-secuelas/>
3. El tabaco apesta [Internet]. España: Portal de Salud Español; 2009 [acceso 3 marzo de 2013]. Consecuencias del tabaco. Disponible en: <http://www.eltabacoapesta.com/el-tabaco/efectos-del-tabaco/consecuencias-del-tabaco/>
4. Universia [Internet]. Chile: Universia; 2010 [acceso 9 marzo de 2013]. Adolescencia y tabaquismo. Disponible en: <http://noticias.universia.cl/vida-universitaria/noticia/2010/07/21/405365/adolescencia-tabaquismo.html>
5. Valdez N, Sánchez S. Tabaco y las adolescentes: tendencias actuales. 1999. PAHO/HDP/HDW/99-001. Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd63/tabacoysuimpacto.pdf>
6. Barrueco Ferrero M, Hernández Mezquita MA, Torrecilla García M. Manual de Prevención y tratamiento del tabaquismo. 3ª ed. Madrid: Ergon; 2006.

**ID60:**

## LA POBREZA, FACTOR DE RIESGO EN LA AMPUTACIÓN DEL PIE DIABÉTICO. ESTUDIO ECOLÓGICO

David Alcaide Carrillo<sup>1</sup>. Ana Belén Fernández Ramírez.

Dirección de enfermería de atención primaria, Gerencia de asistencia sanitaria de Segovia.  
[anabelen.due85@gmail.com](mailto:anabelen.due85@gmail.com)

### RESUMEN

#### Objetivo:

El objetivo es describir la posible asociación estadística entre el nivel socio-económico y la amputación en los pacientes diabéticos.

#### Método:

Estudio descriptivo ecológico, tomando las tasas de pobreza y tasa de amputación en paciente diabético del año 2014 en las diferentes comunidades autónomas de España, a través del banco de datos estadísticos del MSSSI. Posteriormente se estableció entre ambas variables cuantitativas, un análisis estadístico para describir su posible asociación.

#### Resultados:

En el tratamiento estadístico se observó relación lineal estadística discreta, a través del cálculo del coeficiente lineal de Pearson (Valor obtenido = 0,55), así mismo se estableció el gráfico de dispersión mostrando como resultado dicha asociación.

#### Conclusiones:

Se obtuvo entre los variables, un valor descrito asociación línea directa. Este ámbito de investigación precisa de diseños de mayor impacto, para establecer el riesgo entre las variables.

### ABSTRACT

#### Goals:

The objective is to describe the possible statistical association between socioeconomic status and amputation in diabetic patients.

#### Method:

Ecological descriptive study, taking the poverty rates and amputation rate in diabetic patients of the year 2014 in the different autonomous communities of Spain, through the statistical data bank of the MSSSI. Subsequently, a statistical analysis was established between the two quantitative variables to describe their possible association.

#### Results:

In the statistical treatment, a discrete statistical linear relation was observed, by means of the calculation of the linear coefficient of Pearson (Value obtained = 0.55), as well as the dispersion graph was established showing such association.

#### Conclusions:

We obtained between the variables, a value described direct line association. This area of research needs higher impact designs to establish the risk between the variables.

### PALABRAS CLAVE

Pie diabético, Pie diabético/cirugía, factores epidemiológicos, factores de riesgo y pobreza.  
Diabeticfoot, Diabeticfoot/surgery, Epidemiologicfactors, Risk factor and poverty

### INTRODUCCIÓN

La isquemia del miembro crítica (CLI) fue definida y publicada por primera vez en 1821. Los autores expresaron que su intención era que el término fuera solo aplicado a pacientes sin diabetes cuyo problema en el miembro era la isquemia crónica<sup>1</sup>. CLI fue definida como la presión en tobillo menor de 40 mmHg en la presencia de dolor en reposo y menor de 60 mmHg en presencia de necrosis tisular<sup>1</sup>.

El pie diabético (PD) engloba un conjunto de síndromes en los que la presencia de neuropatía, isquemia e infección produce lesiones tisulares o úlceras debido a pequeños traumatismos, produciendo una importante morbilidad que puede llegar incluso a dar lugar a amputaciones. Las complicaciones del pie diabético pueden prevenirse con una adecuada estrategia, que comprende el diagnóstico precoz, la clasificación del riesgo y medidas efectivas de prevención y tratamiento<sup>2</sup>. En el presente, CLI es asociada con un decremento de la calidad de vida, incremento del riesgo de amputación e incremento de mortalidad. La mortalidad a 5 años para pacientes con CLI es del 50% al 60%, con eventos coronarios y trazos que representan al menos el 70% de las muertes<sup>3-7</sup>. La ulcera en pie es la mayor complicación de la diabetes mellitus con alta morbilidad, mortalidad y costes<sup>5-7</sup>. Tempranamente la incidencia es estimada alrededor del 2% pero esto se incrementa sustancialmente cuando los pacientes se recuperan exitosamente de una ulcera en el pie, con reporte de casos de recurrencia entre 30 y 40% en el primer año<sup>8,9</sup>. La prevalencia de ulcera de pie reportada para varios rangos de población se estima desde 2 al 10%<sup>10-13</sup>. Neuropatía, deformidad, alta presión plantar, mal control de glucemia, duración de la diabetes y género masculino son todos los contribuyentes como factor de riesgo de ulcera en pie<sup>14-17</sup>. La diabetes continua como la más común causa no traumática de amputación en la extremidad inferior en Estados Unidos y en Europa<sup>10-17</sup>. La ulcera en el pie es la causa más común simple precursora de amputación en miembro inferior en las personas con diabetes<sup>18-20</sup>. Aproximadamente del 45% al 60% de todas las úlceras diabéticas son puramente neuropatías, mientras que un 45% tiene componentes comunes como neuropatía e isquemia<sup>18-20</sup>.

En base a los antecedentes y situación actual de la evidencia documentada que hacen referencia a los factores existentes para la amputación del pie diabético y su repercusión en el paciente a nivel psicosocial. Me planteo como objetivo del presente estudio ecológico, describir la relación entre la pobreza y la amputación de "pie diabético".

## **OBJETIVOS**

### Objetivo general:

Describir la asociación estadística a través del coeficiente lineal de Pearson entre el nivel socio-económico y la amputación en los pacientes diabéticos.

### Objetivo específico:

Describir mediante un gráfico la asociación existente entre ambas variables.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

Estudio descriptivo ecológico, para analizar la influencia de la pobreza en nuestra población diana pacientes diabéticos a los que se les ha practicado una amputación no traumática en miembro inferior, en el año 2014.

Se realizó una revisión bibliográfica en la base de datos "pubmed" a través de las palabras claves definidas. Filtrando la búsqueda por tipo de documentos, recogiendo aquellos definidos como guía de práctica clínica, revisiones sistemáticas y meta-análisis.

Como variable de resultado para el estudio fue elegida la tasa de amputación en pie diabético, variable de carácter cuantitativo continua, definida como:

$$[(A) / b] * 1000$$

En donde

a= N° de altas de personas diabéticas a las que les ha sido practicada alguna amputación no traumática en miembros inferiores, en un año.

b= Población igual o mayor de 15 años.

Para evaluar el estado actual de conocimiento sobre nuestra variable independiente "pobreza" se incluyeron variables como, factores epidemiológicos o de riesgo.

La variable independiente, de carácter cuantitativo continua, queda definida como:

$(A / b) * 100$

En donde

a= número de pobres

b= número total de personas, pobres y no pobres, en el grupo en el que se esté calculando la tasa de pobreza.

Ambas variables fueron tratadas estadísticamente para describir su posible asociación, mostrándolos resultados tanto a nivel numérico (Coeficiente de correlación de Pearson) como en un gráfico de dispersión.

Los datos descritos se obtuvieron del portal estadístico del SNS en el portal del ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad, disponibles en el siguiente enlace <http://inclasns.msssi.es/>.

Así mismo también se utilizó la base de datos guiasalud, para permitir un abordaje integral de los factores influyentes nuestra variable de resultado, a través de la guía de práctica clínica del paciente diabético tipo 1, disponible en [http://portal.guiasalud.es/web/guest/catalogo-gpc-desplegable?p\\_p\\_id=EXT\\_16&p\\_p\\_lifecycle=0&p\\_p\\_state=pop\\_up&p\\_p\\_mode=view&p\\_p\\_col\\_id=column-3&p\\_p\\_col\\_pos=1&p\\_p\\_col\\_count=2&EXT\\_16\\_struts\\_action=/ext/catalogo/vista\\_previa&EXT\\_16\\_contenidoId=92578&EXT\\_16\\_version=1.8&EXT\\_16\\_languageId=es\\_ES&EXT\\_16\\_OtraVentana=si](http://portal.guiasalud.es/web/guest/catalogo-gpc-desplegable?p_p_id=EXT_16&p_p_lifecycle=0&p_p_state=pop_up&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-3&p_p_col_pos=1&p_p_col_count=2&EXT_16_struts_action=/ext/catalogo/vista_previa&EXT_16_contenidoId=92578&EXT_16_version=1.8&EXT_16_languageId=es_ES&EXT_16_OtraVentana=si)

## RESULTADOS

Se realizó un análisis mediante coeficiente de correlación de Pearson, para evaluar la asociación entre variables cuantitativas. Con el presente análisis se describió asociación entre las dos variables.

Los datos obtenidos para la variable dependiente (Tasa de amputaciones miembro inferior en personas diabéticas) y la variable independiente (Tasa de pobreza) para realizar el tratamiento de estadístico, a través del portal estadístico del SNS en el portal del ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad, disponibles en el siguiente enlace <http://inclasns.msssi.es/>.se muestran en la tabla 1.

CC.AA.	Años	Tasa de amputaciones miembro inferior en personas diabéticas
	2014	
	Tasa de pobreza	Total
Andalucía (AN)	11,9	0,05
Aragón (AR)	16,2	0,05
Asturias, Principado de (AS)	14,7	0,06
Baleares, Illes (IB)	17,9	0,08
Canarias (CN)	20,6	0,08
Cantabria (CB)	10,2	0,08
Castilla y León (CL)	16,9	0,1
Castilla - La Mancha (CM)	20,4	0,1
Cataluña (CT)	15,8	0,1
Comunitat Valenciana (VC)	26,2	0,1
Extremadura (EX)	15,4	0,1
Galicia (GA)	33,3	0,11
Madrid, Comunidad de (MD)	28,4	0,11
Murcia, Región de (MC)	33,1	0,12
Navarra, C. Foral de (NC)	37,2	0,12
País Vasco (PV)	16,7	0,13
La Rioja (RI)	27,6	0,15
Ceuta (CE)	44,3	0,16
Melilla (ML)	19,2	0,19

Tabla 1: Datos.

- Coeficiente de correlación/R de Pearson: 0,55.  
El análisis realizado muestra relación lineal estadística discreta.

Melilla presenta un dato anómalo, presentando la tasa de amputación de pie en paciente diabético más alta (0,19) y teniendo un valor de tasa de pobreza por debajo de la media ((media Melilla =19,2 (media España = 22,14)).

Los datos obtenidos se mostraron a través de un gráfico de dispersión (Grafico 1).

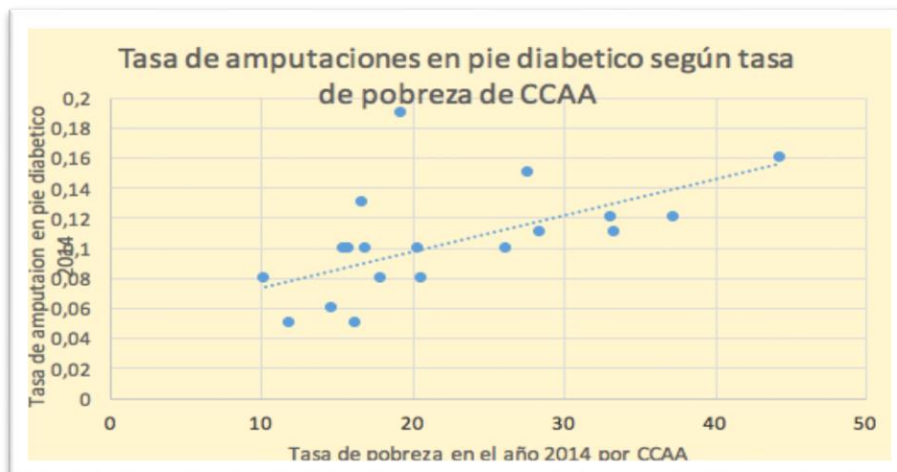


Grafico 1: Gráfico de dispersión.

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Este documento describe la posible asociación estadística entre la tasa de pobreza y la tasa de amputación de pacientes con diabetes en las diferentes comunidades autónomas de nuestro país. Mostrando una relación lineal estadística discreta. Los aspectos sociales se constituyen como factor de impacto en los determinantes de la salud. La asociación planteada pretende justificar la necesidad de estudios en este ámbito, que permitan desarrollar estrategias de abordaje y cribaje del riesgo en nuestra población. Dichas poblaciones deben ser necesariamente más analizadas, para futuros estudios, ya que variables como recursos hospitalarios, renta por habitante, envejecimiento poblacional, adherencia al tratamiento, se constituyen como factores de gran impacto y que afectan como variables de confusión en el resultado obtenido en nuestro estudio.

Los resultados obtenidos orientan a plantear la necesidad estudios de mayor rigor o evidencia científica (Estudios experimentales observacionales) para establecer el riesgo que constituye el nivel bajo socio-económico de una población como riesgo de amputación en los pacientes diabéticos.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1- Bell PRF, et al. The definition of critical ischemia of a limb. Working Party of the International Vascular Symposium. Br J Surg 1982;69 (Suppl): S2.
- 2- GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD. 236-239. Disponible en [http://portal.guiasalud.es/web/guest/catalogo-gpc-desplegable?p\\_p\\_id=EXT\\_16&p\\_p\\_lifecycle=0&p\\_p\\_state=pop\\_up&p\\_p\\_mode=view&p\\_p\\_col\\_id=column-3&p\\_p\\_col\\_pos=1&p\\_p\\_col\\_count=2&\\_EXT\\_16\\_struts\\_action=/ext/catalogo/vista\\_previa&\\_EXT\\_16\\_contentid=92578&\\_EXT\\_16\\_version=1.8&\\_EXT\\_16\\_languageld=es\\_ES&\\_EXT\\_16\\_OtraVentana=si](http://portal.guiasalud.es/web/guest/catalogo-gpc-desplegable?p_p_id=EXT_16&p_p_lifecycle=0&p_p_state=pop_up&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-3&p_p_col_pos=1&p_p_col_count=2&_EXT_16_struts_action=/ext/catalogo/vista_previa&_EXT_16_contentid=92578&_EXT_16_version=1.8&_EXT_16_languageld=es_ES&_EXT_16_OtraVentana=si).
- 3- Criqui MH. Peripheral arterial disease and subsequent cardiovascular mortality: a strong and consistent association. Circulation 1990;82:2246-7.

- 4- Caro J, et al. The morbidity and mortality following a diagnosis of peripheral arterial disease long-term follow up of a large database. *BMC Cardiovasc Disord* 2005; 5:14.
- 5- Brownrig JRW et al. The association of ulceration of the foot with cardiovascular and all cause mortality in patients with diabetes: a meta-analysis. *Diabetologia* 2012; 55:2960-12.
- 6- International Working Group on the Diabetic Foot. International consensus on the diabetic foot and practical guidelines on the management and the prevention of the diabetic foot, 2011.
- 7- Kerr M, Rayman G, Jeffcoate WJ. Cost of diabetic foot disease to the National Health Service in England. *Diabet Med* 2014; 31(12): 1498–1504.
- 8- Prompers L, Huijberts M, Apelqvist J, et al. High prevalence of ischaemia, infection and serious comorbidity in patients with diabetic foot disease in Europe. Baseline results from the Eurodiale study. *Diabetologia* 2007; 50(1): 18–25.
- 9- Reiber GE, Boyko EJ, Smith DG. Lower extremity foot ulcers and amputations in diabetes. In: *Diabetes in America*, 2nd ed, pp 409-427, edited by MI Harris, C Cowie, and MP Stern, NIH Publication No. 95-1468; 1995.
- 10- Pound N, Chipchase S, Treece K, Game F, Jeffcoate W. Ulcer-free survival following management of foot ulcers in diabetes. *Diabet Med* 2005; 22(10): 1306–1309.
- 11- Bus SA, Waaijman R, Arts M, et al. Effect of custom-made footwear on foot ulcer recurrence in diabetes: a multicenter randomized controlled trial. *Diabetes Care* 2013; 36: 4109 –4116.
- 12- Moss SE, Klein R, Klein BEK. The prevalence and incidence of lower extremity amputation in a diabetic population. *Arch Intern Med* 152:610-616, 1992.
- 13- Abbott CA, Vileikyte L, Williamson S, Carrington AL, Boulton AJ. Multicenter study of the incidence of and predictive risk factors for diabetic neuropathic foot ulceration. *Diabetes Care* 21:1071-1075, 1998.
- 14- Walters DP, Gatling W, Mullee MA, Hill RD. The distribution and severity of diabetic foot disease: a community study with comparison to a non-diabetic group. *Diabet Med* 9:354-358, 1992.
- 15- Reiber GE, Vileikyte L, Boyko EJ, del Aguila M, Smith DG, Lavery LA, Boulton AJ. Causal pathways for incident lower extremity ulcers in patients with diabetes from two settings. *Diabetes Care* 22:157-162, 1999.
- 16- Frykberg RG. Diabetic foot ulcers: pathogenesis and management. *Am Fam Physician* 66:1655-1662, 2002.
- 17- Frykberg RG, Lavery LA, Pham H, Harvey C, Harkless L, Veves A. Role of neuropathy and high foot pressures in diabetic foot ulceration. *Diabetes Care* 21:1714-1719, 1998.
- 18- Boyko EJ, Ahroni JH, Stensel V, Forsberg RC, Davignon DR, Smith DG. A prospective study of risk factors for diabetic foot ulcer. The Seattle Diabetic Foot Study. *Diabetes Care* 22:1036-1042, 1999.
- 19- Pecoraro RE, Reiber GE, Burgess EM. Pathways to diabetic limb amputation: basis for prevention. *Diabetes Care* 13:513-521, 1990.
- 20- Larsson J, Agardh CD, Apelqvist J, Stenstrom A. Long-term prognosis after healed amputation in patients with diabetes. *Clin Orthop* (350):149-158, 1998.
- 21- American Diabetes Association. Consensus Development Conference on Diabetic Foot Wound Care. *Diabetes Care* 22:1354, 1999.
- 22- Portal estadístico del SNS (Internet). Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad. Servicio general información sanitaria e innovación (citado el 25 de Noviembre de 2016). Disponible en <http://inclasns.msssi.es/main.htm>

**ID107:**

## **ADHERENCIA A LA DIETA MEDITERRÁNEA DE LA POBLACIÓN INFANTIL RESIDENTE EN LA ISLA DE MENORCA**

Isabel M<sup>a</sup> Camps Bosch<sup>1</sup>, MariaColl Bagur<sup>2</sup>

Departamento de Enfermería y fisioterapia, Universidad de las Islas Baleares<sup>1</sup>

[isabelcampsbosch@gmail.com](mailto:isabelcampsbosch@gmail.com)

### **RESUMEN**

**Título:** “Adherencia a la dieta mediterránea de la población infantil residente en la Isla de Menorca en comparativa con el resto de la población Española”

**Introducción:** Durante los últimos años se ha observado un aumento del sobrepeso y la obesidad causado, en gran parte, por malos hábitos físicos y alimenticios<sup>1,2</sup>. Por eso se ha descrito la importancia de consolidar desde de la infancia unos hábitos saludables, entre ellos, la dieta mediterránea por sus muchas propiedades<sup>3</sup>. A pesar de ello, hay una tendencia a la baja adherencia en la población infantil de España. En la Isla de Menorca se tiene acceso a alimentos de gran calidad en cuanto a propiedades y nutrientes se refiere para el desarrollo de una dieta saludable y equilibrada.

**Objetivos:** El objetivo principal es analizar la adherencia a la dieta mediterránea de la población infantil de la Isla de Menorca y compararla con el resto de la península. Además, se pretende describir los hábitos alimenticios más habituales y observar si el acceso a los grupos de alimentos de calidad interfiere en su consumo de forma positiva.

**Material y métodos:** Se trata de un estudio de tipo descriptivo de carácter transversal, de base poblacional, a través de la realización de un cuestionario validado, el KIDMED, a distintas familias de toda Menorca con hijos entre 6 y 12 años de edad. Se han repartido de forma aleatorizada a un total de 293 familias de diferentes municipios de la Isla. Se han tenido en cuenta las variables de municipio, colegio y edad para su elaboración. Los datos fueron recogidos a través de la aplicación “googleforms” durante los meses de Abril a Julio de 2016.

**Resultados:** La adherencia a la dieta Mediterránea en Menorca es de 6,32 puntos con un 66% de la población entre los 4-7 puntos, frente al 7-7,4 puntos de la media Española<sup>4</sup>. Cabe destacar que un 77% de la población toma una pieza de fruta al día, pero sólo un 43% de ésta consume una segunda pieza. En la ingesta de verdura un 54% ingiere una ración diaria, pero únicamente un 16% repite.

**Conclusiones:** La población infantil entre 6-12 años residente en Menorca tiene una adherencia a la dieta Mediterránea significativamente menor (hasta 1 punto) que la media Española, a pesar de la facilidad en el acceso a alimentos de gran calidad y presentes en dicha dieta. Esto plantea una nueva línea de estudio sobre qué factores intervienen en la alimentación infantil y si la accesibilidad a los alimentos de calidad es o no uno de ellos. Por otra parte, el mero hecho que menos de la mitad de los que consumen una pieza de fruta al día, consiguen ingerir una segunda pieza, o que únicamente el 8.64% del total de la población infantil tome las dos raciones de verdura diarias, replantea y cuestiona la educación por la salud que se ejerce y su efectividad en la formación de hábitos saludables en dicha población.

### **PALABRAS CLAVE**

Dieta mediterránea, Niño, España, Hábitos alimenticios  
Mediterraneandiet, Child, Spain, Foodhabits.

### **INTRODUCCIÓN**

Desde hace unos años existe una tendencia cada vez mayor al sobrepeso y a la obesidad infantil en todo el mundo. Dicha tendencia se debe a diversos factores entre los cuales cabe destacar el sedentarismo y, en general, los malos hábitos en el ejercicio físico, así como en la alimentación. Estos malos hábitos no sólo causan problemas de peso, también pueden ocasionar otras enfermedades tales como diabetes o



alteraciones cardiovasculares como anomalías de tensión arterial (TA) y ocasionar mayores problemas en la etapa adulta si no se modifican<sup>1,2</sup>.

Varios estudios consideran la ausencia de hábitos saludables en la infancia un problema salud pública y avalan la necesidad de su implantación desde niños. Esto es para corregir y evitar los problemas de alto índice de masa corporal (IMC), así como también los problemas de TA y diabetes. Es más, es en la etapa infantil cuando las personas adquirimos la mayoría de hábitos, unos hábitos que raramente y de un modo costoso y difícil cambian a lo largo del tiempo. Es por este motivo que se destaca la necesidad de instaurar unos hábitos de vida saludables en la etapa infantil, empezando si es posible, desde el inicio de la alimentación sólida, justo después de la lactancia.<sup>2,3,5,6,7,8</sup>

Para lograr este objetivo es necesaria la inclusión de las familias y de los colegios a la par y siguiendo las mismas políticas, así como despertar el interés de los alumnos ante estas cuestiones<sup>2</sup>. De este modo los niños empiezan a seguir unos hábitos en casa que a posteriori se prolongan en el colegio, o viceversa. También es importante que la población sepa discriminar qué anuncios presentan productos saludables y cuáles no, para evitar caer en las tentaciones<sup>1</sup>.

Entre los diferentes hábitos que cabe implantar, es importante mencionar los saludables hábitos alimenticios y la dieta más saludable a seguir. La dieta mediterránea está considerada una de las más sanas de entre todas. En ella cabe destacar la importancia del aceite de oliva como ingesta de grasa y el consumo de mucha fruta y verdura, así como el destacado lugar que ocupan las legumbres en dicho patrón. Esta dieta contribuye a disminuir las complicaciones que implican diversas enfermedades como alteraciones vasculares, además de sus beneficios en la prevención del Cáncer<sup>4,5,8,9</sup>.

A pesar de las virtudes de esta dieta, se observa una tendencia a la baja en su adherencia. Diferentes estudios concluyen que existen niveles medios de adherencia según el test KIDMED y que solamente un 50% de la población sigue este patrón alimentario. Otros estudios coinciden en que la adherencia está en torno al 7-7,4 en la escala KIDMED, considerándola en el rango de mejorable. Estos datos no presentan variaciones destacables entre las zonas norte y sur peninsular, como tampoco las presentan entre la infancia (2-10 años) y la adolescencia (11-16 años), ni entre sexos<sup>(8,4)</sup>.

## OBJETIVOS

El objetivo principal es analizar la adherencia a la dieta mediterránea de la población infantil de la Isla de Menorca y compararla con el resto de la península. Además, como objetivos específicos, se pretende describir los hábitos alimenticios más habituales y observar si el acceso a los grupos de alimentos de calidad interfiere en su consumo de forma positiva.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio transversal descriptivo. Éste, se ha realizado mediante dos fases: una primera de búsqueda bibliográfica y una segunda de selección de muestras y su posterior análisis.

La primera parte de dicho proyecto consistió en realizar una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos. Esta búsqueda tenía como objetivo buscar la importancia de implantar estilos de vida saludables desde la etapa infantil, así como la importancia de la dieta mediterránea y su adherencia en las zonas no mediterráneas de la península Ibérica.

La segunda parte del estudio consistió en recoger nuestros propios datos mediante el test infantil de adherencia a la dieta mediterránea, el KIDMED. La población diana son los niños y niñas de 6 a 12 años de edad residentes en Menorca. Dicho test se pasó de forma aleatoria y anónima a distintos alumnos de primaria de diferentes colegios de la isla de Menorca durante el año 2016. Los datos recogidos corresponden a los diversos pueblos de la isla. De este modo se poseen datos de localidades con distintas características geográficas y de diferente tamaño.

El KIDMED llegó a las familias mediante la implicación de las asociaciones de padres y madres del alumnado (APIMAs). Estas organizaciones fueron las encargadas de enviar a las familias vía correo electrónico, mediante la aplicación de *Google Forms*, las encuestas a responder y ellos, una vez contestados, los devolvieron del mismo modo.

Al tratarse de un estudio tipo transversal descriptivo, una de sus limitaciones es la no respuesta del total de la población de estudio. En dicho caso se ha conseguido una muestra de 293 individuos, lo que la hace representativa.

## RESULTADOS

Los resultados de la encuesta se clasificaron en tres categorías en función de la puntuación obtenida. Una puntuación que se ha conseguido mediante la suma o la resta de un punto en función de cada respuesta según dicta el cuestionario KIDMED. Estas tres categorías son Baja adherencia/dieta de muy baja calidad, si la puntuación es  $\leq 3$ ; Adherencia media/necesidad de mejorar el patrón alimentario, si la puntuación es de 4 a 7; o Adherencia alta/ dieta mediterránea óptima, si la puntuación es  $\geq 8$ .

Se puede observar una mayor cantidad de sujetos entre la puntuación de 4 a 7, como se puede ver en la imagen 1, en concreto un 66% de los individuos encuestados. Menor es el porcentaje de niños que presentan una dieta mediterránea de calidad baja, un 8%. Menor es también la cantidad de infantes con un patrón alimentario óptimo, en este caso se trata de un 26%. Por este motivo, se considera que la población infantil de la isla de Menorca presenta una adherencia media a la dieta mediterránea, con una puntuación de 6,32.

El 77% de población que toma una fruta o un zumo natural todos los días pero solamente un 43% del resultado anterior toma una segunda pieza de fruta. En cuanto a las verduras un 54% de la población ingiere verduras una vez al día pero únicamente un 16% repite.

Referente al desayuno, existe un 2% de la población de estudio que no desayuna. Los que lo hacen, comen en un 90% un cereal o derivado, lácteo en un 71% y un 9% bollería industrial (figura 2).

En referencia a otros alimentos, la frecuencia de consumo es de un 56%, 35%, 29% y 35% en referencia a pescado, legumbres, pasta y arroz respectivamente.

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La población infantil entre 6-12 años residente en Menorca tiene una adherencia a la dieta Mediterránea significativamente menor (hasta 1 punto) que la media Española, a pesar de la facilidad en el acceso a alimentos de gran calidad y presentes en dicha dieta. Esto plantea una nueva línea de estudio sobre qué factores intervienen en la alimentación infantil y si la accesibilidad a los alimentos de calidad es o no uno de ellos. Por otra parte, el mero hecho que menos de la mitad de los que consumen una pieza de fruta al día, consiguen ingerir una segunda pieza, o que únicamente el 8.64% del total de la población infantil tome las dos raciones de verdura diarias, replantea y cuestiona la educación por la salud que se ejerce y su efectividad en la formación de hábitos saludables en dicha población.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Franco, Manuel. Sanz Belén. Prevention of childhood obesity in Spain: a focus on policies outside the health sector. *SESPA report 2010*. *GacSanit*. 2010;24 (Suppl1):49-55
2. L. Kirsty Pourshahidi, Maeve A. Kerr, Influencing and modifying children's energy intake: the role of portion size and energy density. *Proceedings of the Nutrition Society* (2014), 73, 397-406
3. N. Martín-Calvo, Moreno-Galarraga, La importancia de la nutrición y los estilos de vida saludables en la infancia y adolescencia *An. Sist. Sanit. Navar*. 2015; 38 (3): 461-462
4. Miguel Mariscal-Arcas, Ana Rivas, Evaluation of the Mediterranean Diet Quality Index (KIDMED) in children and adolescents in Southern Spain. *Public Health Nutrition*: 12(9), 1408-1412
5. Rodríguez Palmero, María. Efectos Beneficiosos de la dieta mediterránea.
6. Varela G. La alimentación de los españoles. En: *Nutrición y dietética*. La Bisbal (Girona): Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, 1993; 876-900.
7. Trichopoulou A, Pagona P. Healthy traditional mediterranean diet: an expression of culture, history and lifestyle. *Nutr Rev* 1997; 55 (11): 383-389.
8. Rosario Oliva Rodríguez, María Tous Romero. Impacto de una intervención educativa breve a escolares sobre nutrición y hábitos saludables impartida por un profesional sanitario. *Nutr Hosp*. 2013;28(5):1567-1573

9. Serra-Majem L, Ribas L, Ngo J, Ortega RM, García A, Pérez-Rodrigo C & Aranceta J (2004) Food, youth and the Mediterranean diet in Spain. Development of KIDMED, Mediterranean Diet Quality Index in children and adolescents. *Public Health Nutr* 7, 931–935.

10. Serra Majem L, Ribas Barba L, Aranceta Bartrina J, Pérez-Rodrigo C, Saavedra Santana P. Epidemiología de la obesidad infantil en España. Resultados del estudio enKid (1998-2000).

**GRÁFICOS Y/O TABLAS**

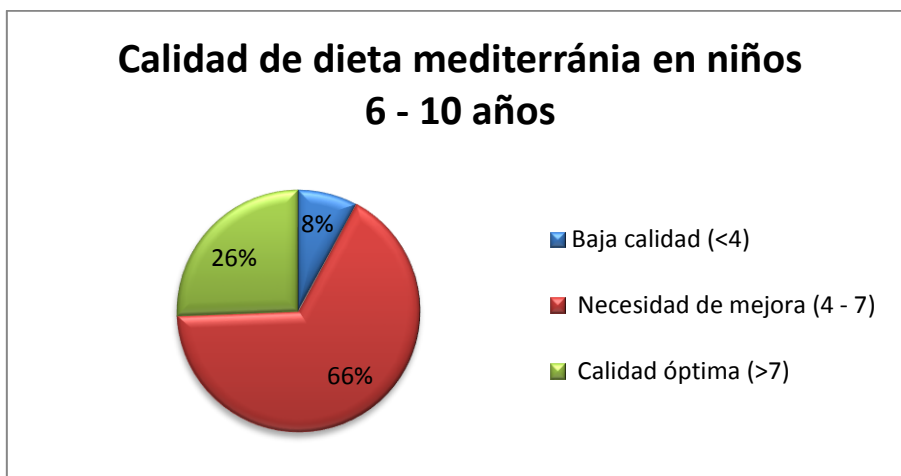


Imagen 1. Elaboración propia.

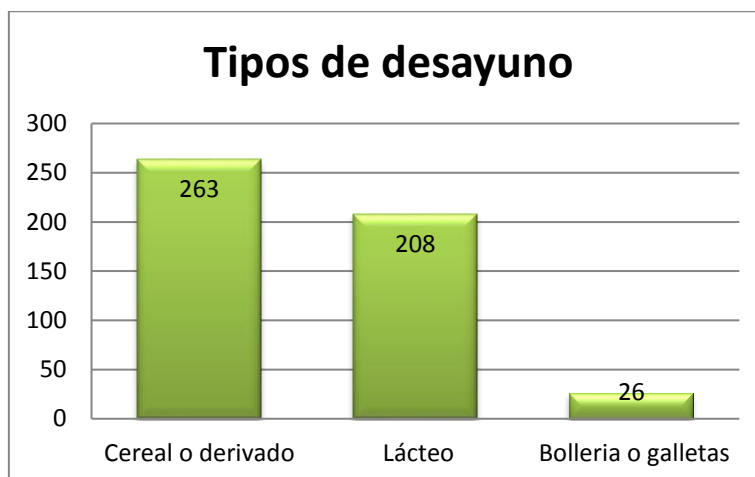


Imagen 2. Elaboración propia.

**ID159:**

## **USO DE LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN EN EL MANEJO DE ENFERMEDADES CRÓNICAS. NECESIDADES Y UTILIDADES ATRIBUIDAS POR LA POBLACIÓN Y PROFESIONALES**

María del Mar García García<sup>1</sup>, Ana Palmar Santos<sup>2</sup>, Azucena Pedraz Marcos<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Campus FP, <sup>2</sup>Universidad Autónoma de Madrid, <sup>3</sup>Universidad Autónoma de Madrid  
[mar76gg@gmail.com](mailto:mar76gg@gmail.com)

### **RESUMEN**

El uso de las tecnologías de la información y comunicación (TICs) en materia de salud se está incrementando. El conocer el manejo de estas tecnologías se hace indispensable para una mejor implementación y uso de las mismas.

Se llevará a cabo una investigación cualitativa con el objetivo general de explorar beneficios, dificultades, necesidades y utilidades que atribuyen a las TICs la población adulta con el manejo de problemas crónicos de salud y los profesionales de atención primaria que les atienden. La población de estudio serán los usuarios y profesionales de Atención Primaria y para la recogida de datos se utilizará la técnica del grupo de discusión, planteando la realización de 6 grupos con diferentes perfiles.

La captación de los participantes se realizará a través de los responsables de los centros de salud y utilizando la estrategia de “bola de nieve”.

### **PALABRAS CLAVE**

Autocuidado, Aplicaciones móviles, Telemedicina, Atención Primaria de Salud, Investigación Cualitativa  
Self-care, Mobile Applications, Telemedicine, Primary Health Care, Qualitative Research

### **INTRODUCCIÓN**

El objeto de este estudio se centra en el conocimiento del uso y aplicación de las diferentes Tecnologías de la Comunicación en materia de Salud por parte de los pacientes y profesionales para el manejo de las enfermedades crónicas.

Por lo tanto la población a la que se dirige está centrada en el ámbito de Atención Primaria de Madrid y la cronicidad, de manera que la información recogida ayude a la implementación de un mejor uso de las nuevas tecnologías que poco a poco están incluyéndose en el ámbito sanitario.

Las enfermedades no transmisibles (ENT) son responsables del 63% de las muertes que se producen en el mundo (36 millones de 57 millones de muertes globales), siendo en gran medida prevenibles mediante intervenciones eficaces que aborden los factores de riesgo. Estos factores están directamente relacionados con los determinantes sociales de la salud, es decir, con las circunstancias en las que las personas viven, trabajan y envejecen, resultado de la desigual distribución de poder y recursos en una sociedad, estando estrechamente vinculados a los estilos de vida entre ellos, el tabaquismo, el uso nocivo del alcohol, la mala alimentación o la falta de actividad física. (OMS, 2015)

El incremento en la esperanza de vida, donde Madrid tiene una esperanza de vida de 83,7 años, la más alta de toda España. Directamente proporcional a este incremento se ha dado un aumento sustancial en el número de enfermedades crónicas, conllevando una limitación en la calidad de vida de las personas afectadas y de las personas cuidadoras. Estas enfermedades son causa de mortalidad prematura y ocasionan efectos económicos importantes en las familias, las comunidades y la sociedad. (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012). Además, tienen un importante impacto sobre el uso de los servicios sanitarios (Consejería de Sanidad, 2013). Por ello, cada vez más se procura que los pacientes y sus familiares sean competentes en el automanejo de la enfermedad en el entorno domiciliario.

La estrategia de la cronicidad que actualmente se está desarrollando en nuestro país plantea como indispensable facilitar mecanismos para el ejercicio del derecho de los pacientes a recibir información

comprensible, adaptada y de acuerdo a modelos y principios de alfabetización sanitaria, imprescindibles para promocionar pacientes activos y capacitados para la toma de decisiones en cualquier acto relativo a su salud. Numerosos estudios de investigación que evalúan el efecto de intervenciones a largo plazo en la atención de los pacientes complejos, priorizadas en función de la calidad de la evidencia científica, destacan que el seguimiento telefónico por enfermería, las visitas domiciliarias proactivas, y el soporte para el autocuidado son elementos con un impacto positivo y con mayor nivel de evidencia. (Consejería de Sanidad, 2013; Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012).

La alfabetización en salud hace referencia a la capacidad de los individuos para satisfacer las complejas demandas de la salud en la sociedad moderna. Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), “la alfabetización en salud hace referencia a las habilidades sociales y cognitivas que determinan el nivel de motivación y la capacidad de una persona para acceder, entender y utilizar la información de forma que le permita promover y mantener una buena salud” (WHO, 2009).

La alfabetización sanitaria, implica saber interpretar el significado de la información proporcionada por los profesionales sanitarios, los prospectos, los materiales informativos; tener habilidades de búsqueda de información sanitaria fiable y de calidad a través incluso de las nuevas tecnologías; buscar ayuda sanitaria; usar adecuadamente los servicios y recursos existentes, etc. El concepto supone aplicar todo este conocimiento y estas habilidades para tomar las decisiones más adecuadas para nuestra salud y la de la comunidad. (HLS-EE Consortium, 2012).

Debe entenderse, además, que la alfabetización en salud. Requiere de un abordaje interdisciplinar y multisectorial, con intervenciones sobre pacientes y población general para aumentar sus competencias en salud, simplificando la accesibilidad al sistema sanitario de modo adecuado a contextos culturales y sociales, mejorando la calidad de la información transmitida y superando los esquemas tradicionales de educación para la salud. (Costa-Requena, 2016).

El significativo avance de las TICs en los últimos tiempos permite su aplicación al sector salud de numerosas maneras, aportando beneficios de calidad y seguridad, así como un significativo ahorro económico. Por ello, en los últimos años está desarrollándose un debate internacional sobre sus beneficios en el ámbito sanitario. (OECD, 2010)

Los últimos datos sobre el uso que hace la ciudadanía de las TICs en salud en España, muestran que más del 60% de la población española utiliza internet para consultar información sobre salud y un 20% lo hace a través de las redes sociales. La OMS insta a los organismos e instituciones sanitarias a elaborar planes estratégicos y a establecer redes y centros nacionales de excelencia que trabajen sobre la denominada «eSalud» (Fernández, 2016)

## **OBJETIVOS**

Explorar los beneficios, dificultades, necesidades y utilidades que atribuyen a las TICs la población adulta en diferentes grados de riesgo en relación con el manejo de problemas crónicos y los profesionales que les atienden.

Objetivos específicos:

- ✓ Identificar las barreras y facilitadores en el acceso y/o el uso de TICs percibidos por pacientes y profesionales.
- ✓ Identificar áreas de interés relevantes y emergentes en el uso de TICs.
- ✓ Analizar cómo condicionan el acceso y uso de la TICs, el nivel socioeconómico y cultural, la pertenencia generacional, el género, la competencia tecnológica o el lugar en el que residen los usuarios.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Dada la naturaleza de los objetivos que se plantean en esta investigación, la metodología de investigación cualitativa resulta el enfoque más pertinente para acercarse a ellos. El uso de la metodología cualitativa, en efecto, “cuenta con una cada vez más arraigada tradición en el campo de la salud pública, al permitir acercarse a las experiencias de los sujetos dentro de su contexto social y desde sus propios marcos de referencia”. (Conde, 2010) Desde la metodología cualitativa se ponen además en relación las estructuras sociales –el género, la clase, la etnia, etc. – con la experiencia y la práctica de los sujetos. La comparación entre posiciones y discursos desvela la estructura social, que a su vez explica los comportamientos de los actores sociales, sus percepciones y sus decisiones, tan ligados a los estilos de vida que forman parte fundamental de la mayoría de los problemas crónicos de salud.

La población de estudio serán los usuarios y profesionales de la Gerencia de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid, en concreto aquellos usuarios, y los profesionales de la salud que les atienden, que, según el nivel de riesgo estratificado en el sistema de información sanitaria de la Consejería de Sanidad, se encuentran en un riesgo bajo o medio, que son aquellos que incorporan la dimensión de automanejo por el paciente. Los modelos de estratificación, que utilizan diferentes tipos de variables como las demográficas, estado de salud (variables clínicas) o consumo previo de recursos, pretenden identificar a los grupos de población con mayor comorbilidad y especial fragilidad y por lo tanto susceptibles de beneficiarse de intervenciones más específicas. (Croni.net, 2015)

Las variables, por tanto, que se explorarán en este estudio, están estructuradas en variables sociodemográficas y específicas del estudio, tanto para usuarios como para profesionales:

1. **Usuarios** (pacientes y cuidadores): tener diagnosticado un problema de salud crónico en seguimiento en su centro de salud de Atención Primaria

a. Variables sociodemográficas:

- i. Edad: mayores de 40 años (inmigrantes digitales), con dos franjas, de 40 a 65 años y mayores de 65 años.
- ii. Sexo: Hombre/mujer
- iii. Nivel educativo: sin estudios, estudios primarios, secundarios, o universitarios.
- iv. Nivel socioeconómico: bajo, medio-bajo, medio-alto, alto.
- v. Población extranjera residente: con menos de 5 años en España y con más de 5 años en España.
- vi. Lugar de residencia: rural/urbano

b. Variables de estudio

- i. Nivel de riesgo (Sistema de Información Sanitaria de la Comunidad de Madrid): riesgo bajo y medio.
- ii. Uso de TICs: Sí/No

2. **Profesionales** (profesional en activo de Medicina o Enfermería de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid)

a. Variables sociodemográficas

- i. Edad: menos de 40 años, más de 40 años.
- ii. Sexo: Hombre/mujer
- iii. Categoría profesional: profesionales médicos, profesionales de enfermería, otros profesionales (fisioterapeutas, nutricionistas, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales)
- iv. Uso de TICs: Sí/No

En el caso de profesionales incluirán unos variables de heterogeneidad intragrupo basada en: sexo, años de experiencia (más de 20 menos de 20 años) y diferentes direcciones asistenciales.

Para la recogida de datos se utilizará la técnica del grupo de discusión. El grupo de discusión es una técnica cualitativa con la que se pretende reproducir una determinada situación micro-social a imagen de lo que sería la situación macro-social, a través de la interacción de sus participantes con el fin de posibilitar la

generación de un discurso-texto, que analizado, fija y ordena el sentido social correspondiente a un campo o temática concreta. (Pedraz et al, 2014).

Se plantea la realización de 6 grupos de discusión con los siguientes perfiles:

- GD1: Usuarios con nivel de riesgo bajo, usuarios de TICs, menores de 65 años, residentes en un área urbana de la región de Madrid.
- GD2: Usuarios con nivel de riesgo medio, usuarios y no usuarios de TICs, residentes en área rural y/o urbana. Todas las edades.
- GD3: Población extranjera residente, usuarios y no usuarios de TICs, residentes en área rural y/o urbana. Menores de 65 años.
- GD4: Profesionales de enfermería, usuarios de TICs. Todas las edades
- GD5: Profesionales médicos, usuarios y no usuarios de TICs, mayores y menores de 50 años.
- GD6: Otros profesionales socio sanitarios (fisioterapeutas, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, nutricionistas), usuarios de TICs, mayores y menores de 50 años.

La captación de los participantes se hará a través de los responsables de los centros de salud y utilizando la estrategia de “bola de nieve”, para acceder a perfiles más específicos y difíciles de alcanzar, como son miembros de grupos étnicos minoritarios.

El diseño del guion para grupos de discusión se realizará acorde a los objetivos por campos temáticos incluyendo preguntas para cada área.

Todos los participantes serán informados de los objetivos del estudio y firmarán un documento de consentimiento informado, en el que se garantizará el anonimato y se solicitará permiso para la grabación de los discursos. Los discursos serán grabados y transcritos en su literalidad.

Etapas del plan de trabajo:

El proceso de análisis contempla las fases señaladas por Taylor y Bogdan (Bogdan y Taylor, 1987), complementándolo con las propuestas por Conde, (Conde, 2010) siguiendo las siguientes etapas:

- Lecturas panorámicas de los textos de las entrevistas y notas de campo derivadas de las observaciones que permitirá una aproximación inicial al discurso de las y los entrevistados; temas y cuestiones abordadas, orden en el que aparecen, perfil de los sujetos que las enuncian.
- Identificación de unidades de análisis significativas; códigos y categorías, en base a los objetivos de la investigación, que permitan organizar el material de acuerdo a ciertas características de los sujetos entrevistados (edad, sexo, tipo de tratamiento, estrato de pertenencia, etapa vital) con el fin de captar las perspectivas discursivas y conferir sentido a la totalidad del texto del discurso.
- Seguirán otras lecturas intencionadas, para analizar las posiciones discursivas de los sujetos (quién es quién habla, desde qué posición lo hace), las configuraciones simbólicas (qué era lo que se habla, cómo, qué es lo que está en juego), y las configuraciones semánticas (cómo los sujetos de la investigación establecen campos, categorías y unidades de significación asociadas entre sí), y organizar las diferentes tipologías del proceso de padecimiento en las que se visualice el lazo de unión entre el contexto histórico-social de los entrevistados, las características particulares de los perfiles señaladas en el diseño de la muestra estructural y los textos producidos.
- Por último, se vertebrará el discurso, a partir de la organización de los diferentes niveles de análisis señalados, relacionando y vinculando las posiciones discursivas, las configuraciones simbólicas y los espacios semánticos a fin de obtener el informe final.

El estudio presenta una serie de limitaciones. La dificultad para captar determinados perfiles y el tamaño limitado de la muestra son quizá las más visibles, pero hay que tener también en cuenta que las opciones de diseño que resultaba necesario tomar para acomodar la amplia diversidad de posiciones en una muestra forzosamente limitada, así como la propia estrategia de muestreo puede conducir a una menor presencia en la investigación de ciertos sectores sociales: particularmente de los ámbitos de la exclusión social o de difícil acceso al sistema de salud.

Se van a obtener resultados confidenciales por parte de los informantes en los grupos de discusión que se tratarán con el proceso de anonimización correspondiente codificando tanto los grupos como a cada

uno de los informantes. Del mismo modo se garantizará el uso confidencial del material grabado y que será destruido al finalizar la investigación.

### RELEVANCIA

Las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TICs) se han ido incorporando progresivamente a los sistemas de salud, facilitando las intervenciones realizadas a distancia como la telemonitorización, los sistemas de ayuda a la prescripción, los recursos web, la historia clínica informatizada y la receta electrónica, como herramientas de ayuda al seguimiento de pacientes crónicos. (Consejería de Sanidad, 2013)

Este contexto supone un nuevo reto para el conjunto de profesionales sanitarios, particularmente para las enfermeras y los enfermeros. Implica la adquisición de competencias digitales en el campo de la salud, tanto para los profesionales sanitarios como para la propia ciudadanía. Desde el punto de vista de los profesionales sería deseable la incorporación progresiva de las competencias digitales en la práctica clínica enfermera, bien desde el convencimiento de lo positivo que puede aportarnos en nuestro día a día, bien por la presión ejercida por una ciudadanía cada vez más demandante del uso de las TICs en sus procesos de salud (facilitarles información fiable, resolución de dudas, interacción con los profesionales, etc.) (Fernández, 2016).

Entre diferentes estudios encontrados se encuentran resultados que apuestan por esta implementación que permitiría el uso de plataformas de seguimiento a pacientes y familiares (Tieu, 2015), o la mejora de comunicación entre pacientes y profesionales. Entre los aspectos negativos aparecen resultados en torno a la falta de seguridad en los usuarios por no ser suficientemente competentes en el uso de las TICs. (Kruse, Argueta, López y Nair, 2015).

Estudios enfocados en la efectividad del uso de estas herramientas muestra reducción de la mortalidad en pacientes con insuficiencia cardiaca, disminución del número de visitas a urgencias y mejora en la calidad de vida en pacientes con EPOC, así como reducción de la hospitalización en todas las patologías crónicas estudiadas (Asma, EPOC e IC), excepto en diabetes. Se encuentra también ventajas en relación al uso de la teleasistencia y la telemonitorización domiciliaria en pacientes mayores de 60 años con patología cardiovascular, diabetes, enfermedades pulmonares crónicas o enfermedad renal crónica, la cual vendría a disminuir la mortalidad, los índices de hospitalización, de re-ingreso y mejoras en la calidad de vida. (Consejería de Sanidad, 2013)

Hay mucho trabajo realizado sobre implantación de TICs en los entornos de salud pero es poca la evidencia que se genera en torno a cómo la población está integrando estas herramientas. Parece relevante por tanto, incidir sobre la construcción que hace la población sobre el uso de TICs puede favorecer sustancialmente las posibilidades de autocuidado, seguimiento de sus problemas de salud, la posibilidad de los profesionales de encontrar las vías adecuadas para gestionar desde estos entornos emergentes los problemas de salud, así como satisfacción con sus profesionales de referencia.

Este planteamiento de trabajo además, viene a reforzar la línea de coherencia que plantean los nuevos modelos de gestión de la cronicidad, donde el automanejo y el empoderamiento de los pacientes se convierten en estrategias clave para la mejora del abordaje y permiten garantizar la sostenibilidad del sistema. Las TICs se convierten en un aliado imprescindible para hacer real este proceso.

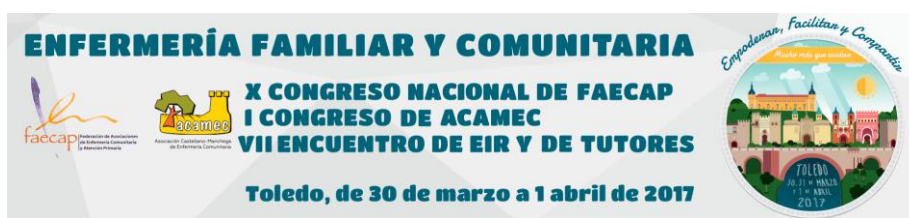
### BIBLIOGRAFÍA

Consejería de Sanidad (2013). Estrategia de atención a pacientes con enfermedades crónicas en la Comunidad de Madrid. Recuperado de: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017570.pdf>

Conde, F. (2010). Análisis sociológico del sistema de discursos. Madrid: CIS

Croni.net. (2015) num 6 – Enero- Febrero Recuperado de: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-Disposition&blobheadervalue1=filename%3DCroniNET+num+6+>





[+Enero+Febrero+2015.pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352873950864&ssbinary=true](#)

Costa-Requena G, et al. (2016) Alfabetización en salud y enfermedad renal crónica. Nefrología. <http://dx.doi.org/10.1016/j.nefro.2016.10.001>

Fernández, S., Lafuente, N. (2016) Integración de internet y las redes sociales en las estrategias de salud. Enfermería Clínica 26(5), 265-267

Kruse, C.S., Argueta, D.A., Lopez, L., Nair, A. (2015). Patient and Provider Attitudes Toward the Use of Patient Portals for the Management of Chronic Disease: A Systematic Review. J Med Internet Res.17(2):e40. doi: 10.2196/jmir.3703

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2012) Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Recuperado de: [http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA\\_ABORDAJE\\_CRONICIDAD.pdf](http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf)

OECD (2010) Improving Health Sector Efficiency. HealthPolicyStudies. [acceso 26 de Abril de 2016]. Recuperado de: [http://ec.europa.eu/health/eu\\_world/docs/oecd\\_ict\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/eu_world/docs/oecd_ict_en.pdf).

Organización Mundial de la Salud (2015). Enfermedades no transmisibles. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/>

Pedraz et al. (2014) Investigación Cualitativa. Barcelona:Elsevier.

Taylor SJ, Bogdan R. (1987). Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Barcelona: Paidós Básica.

Tieu, L. et al. (2015). Barriers and facilitators to online portal use among patients and caregivers in a safety net health care system: a qualitative study. J Med Internet Res.17(12), e275. doi: 10.2196/jmir.4847

World Health Organization (2009). Health literacy and health behaviour. [7th Global Conference on Health Promotion. The Nairobi Global Conference on Health Promotion, Kenya, October] Recuperado de: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/track2/en/>

**ID174:****¿ESTÁ EL PERSONAL DE ENFERMERÍA PREPARADO PARA IDENTIFICAR LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN ATENCIÓN PRIMARIA?**Tamara Miravalls Perez<sup>1</sup>, Celia de las Nieves Poveda Rocamora<sup>2</sup>.Centro de Salud Barrio de la Luz<sup>1</sup>[tamara\\_1489@hotmail.es](mailto:tamara_1489@hotmail.es)**RESUMEN****Introducción/Justificación/Objetivo**

La Violencia de Género (VG) es todo acto de violencia que resulte en daño físico, sexual o psicológico para la mujer. Los centros de AP son claves para su detección, atención y seguimiento, pero rara vez los profesionales sospechan de su existencia. Nuestro objetivo es identificar el conocimiento y las actitudes de los Enfermeros en la detección de la VG en AP.

**Desarrollo**

Revisión bibliográfica de artículos de las bases de datos Lilacs, Pubmed, Scielo, Cuiden, Cochrane plus y Google Académico. Palabras clave: Violencia de Género, Atención Primaria, detección, Enfermería.

**Discusión**

Hay un gran desconocimiento del tema por parte de los enfermeros. Sería deseable sensibilizarlos y formarlos en la detección y prevención del maltrato a la mujer.

**Conclusiones**

El conocimiento de las enfermeras de AP sobre la detección y la actuación frente a la VG es deficiente y estos son reticentes a actuar por temor a las consecuencias.

**ABSTRACT****Introduction / Justification / Objective**

Gender Violence (GV) is any act of violence that results in physical, sexual or psychological harm to women. Primary Care Centers are essential for the detection, care and follow-up of GV, but professionals rarely suspect this situation. Our aim is to identify the knowledge and the attitudes of Nurses in the detection of GV in Primary Care Centers.

**Development**

Scoping review of scientific papers at the Lilacs, Pubmed, Scielo, Cuiden, Cochrane plus and Google academic databases. Key words: Gender Violence, Primary Care, detection, nursing.

**Discussion**

Nurses have a great ignorance in GV. It would be desirable to sensitize and train Nurses in the detection and prevention of mistreatment of women.

**Conclusions**

The knowledge of Primary Care Nurses about the detection and application of the protocol of action against GV is deficient and these are unwilling to act because they are scared of the consequences.

**PALABRAS CLAVE**

Violencia de Género, Atención Primaria, detección, Enfermeras, conocimiento.  
ViolenceAgainstWomen, PrimaryHealthCare, determination, nurses, Knowledge.

**INTRODUCCIÓN/JUSTIFICACIÓN/OBJETIVO**

Las Naciones Unidas definen la Violencia de Género como todo acto de violencia que resulte con un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas, coacción o privación de libertad, en la vida pública o privada. La OMS la considera un grave problema de salud pública que se relaciona con una peor salud física y mental en la mujer, así como con complicaciones obstétricas y ginecológicas, y que se caracteriza por su invisibilidad. Según la encuesta de Violencia de Género realizada en 2015 en España,

un 24,2% de las mujeres la han sufrido alguna vez en su vida. A pesar de los intentos por conseguir que estas cifras disminuyan y que el problema mejore considerablemente, lo cierto es que muchas mujeres siguen sufriendo esta situación y el problema va en aumento.

El maltrato se presenta de diversas formas en la consulta, ya sea de manera no explícita (mal-estar físico, hiperfrecuentación, somatización); en forma aguda (lesiones físicas, abuso sexual), con alteraciones conductuales, o bien a través de malestar en la salud sexual y reproductiva. Las mujeres maltratadas valoran la escucha atenta, la confidencialidad, el cuidado y el no ser juzgadas por los profesionales de salud. La institución más valorada y que más confianza genera en la mujer es la sanitaria. Para muchas, el sistema sanitario es el único lugar donde pueden buscar ayuda, por lo que los centros de AP son claves para la detección, atención y seguimiento de la violencia de género; su accesibilidad, el contacto directo y continuado con las pacientes y contar con equipos interdisciplinarios, facilitan la confianza necesaria para verbalizar el problema. Sin embargo, aún existen barreras de tipo organizacional, social e individual que dificultan la atención adecuada a la mujer, ya que rara vez los profesionales sospechan la existencia de esta situación y sólo se identifica un 1% del total estimado de casos.

Algunos trabajos indican que entre un 29% y un 40% de las enfermeras de AP se sienten incómodas preguntando a las pacientes sobre este tema. Por tanto, es necesaria la sensibilización de los profesionales sanitarios para reconocer la Violencia de Género como problema de salud y así asumir el papel que les corresponde en su abordaje integral.

El objetivo de nuestro estudio es identificar el nivel de conocimientos y las actitudes de los profesionales sanitarios en la detección de la Violencia de Género en AP.

## DESARROLLO

Estudio descriptivo basado en la revisión bibliográfica de artículos de los últimos 10 años en inglés y español de las bases de datos Lilacs, Pubmed, Scielo, Cuiden, Cochrane plus y Google académico utilizando los operadores booleanos AND, OR y NOT.

En la búsqueda inicial obtuvimos 53 documentos, de los cuales seleccionamos 16 por ser los más relevantes y pertinentes para nuestro estudio.

Palabras clave: Violencia de Género, Atención Primaria, detección, enfermería.

## DISCUSIÓN

Los resultados muestran que los profesionales sanitarios de Atención Primaria no detectan suficientes casos de Violencia de Género ya que la proporción de casos detectados en relación a la cantidad de mujeres maltratadas que visitan las consultas de los servicios sanitarios es bastante inferior. Se ha detectado un gran desconocimiento del tema por parte de los profesionales de la salud. La detección de la situación parece basarse más en las propias percepciones que en el uso de protocolos. Los profesionales no preguntan por miedo a ofender, a las consecuencias legales o a poner en peligro su seguridad o la de la víctima.

Estudios señalan tasas de detección más bajas asociadas al sexo masculino y a estar soltero, aunque existe controversia.

Como limitaciones, la investigación se centra en AP, por lo que los datos pueden no ser generalizados a otros servicios.

Sería deseable sensibilizar y formar a las enfermeras en la detección y prevención del maltrato a la mujer. Es esperanzador que los profesionales consideren éste un problema mayor y en el que el sector sanitario debe intervenir.

## CONCLUSIONES

El nivel de conocimientos de las enfermeras de AP sobre la detección y la aplicación del protocolo de actuación frente a la violencia de género es deficiente y estos profesionales son reticentes a actuar por temor a las consecuencias.

Es necesario fomentar en los profesionales la interacción con otras organizaciones de apoyo al ámbito sanitario y una formación actualizada y sensibilizadora hacia el problema, que se apoye en una visión biopsicosocial de la salud a fin de incrementar una actitud favorable para el abordaje de la VG en APS.

Es responsabilidad de todos mejorar la salud de quien está padeciendo malos tratos, actuando tanto desde el punto de vista preventivo como curativo.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Rodríguez-Borrego MA, et al. Violencia del compañero íntimo: estudio con profesionales de Enfermería. Aten Primaria [Internet]. 2011. [Consultado el 3 de Diciembre de 2016]; 43(8):417-425. Disponible en: <http://apps.wiley.com/publicaciones/item/pdf/watermark?idApp=UINPBA00004N&piItem=S0212656710004464&origen=zonadelectura&web=zonadelectura&urlApp=http://www.elsevier.es&estadoltem=S300&idiomaltem=es>
2. Rojas Loría K, Gutiérrez Rosado T, Alvarado R, Fernández Sánchez A. Actitud hacia la violencia de género de los profesionales de Atención Primaria: estudio comparativo entre Cataluña y Costa Rica. Aten Primaria [Internet]. 2015. [Consultado el 19 de Noviembre de 2016]; 47(8):490-497. Disponible en: <http://apps.wiley.com/publicaciones/item/pdf/watermark?idApp=UINPBA00004N&piItem=S0212656714003953&origen=zonadelectura&web=zonadelectura&urlApp=http://www.elsevier.es&estadoltem=S300&idiomaltem=es>
3. Valdés Sánchez CA, García Fernández C, Sierra Díaz Á. Violencia de género: conocimientos y actitudes de las Enfermeras en atención primaria. Aten Primaria [Internet]. 2016. [Consultado el 30 de Noviembre de 2016]; 48(10):623-631. Disponible en: <http://apps.wiley.com/publicaciones/item/pdf/watermark?idApp=UINPBA00004N&piItem=S0212656716300385&origen=zonadelectura&web=zonadelectura&urlApp=http://www.elsevier.es&estadoltem=S300&idiomaltem=es>
4. Ruiz-Pérez I, et al. La violencia contra la mujer en pareja. Un estudio en el ámbito de la atención primaria. Gacsanit [Internet]. 2006. [Consultado el 19 de Noviembre de 2016]; 20(3): 202-8. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/gsv20n3/original6.pdf>
5. Larizgoitia I. La violencia también es un problema de salud pública. Gacsanit [Internet]. 2006. [Consultado 3 de Diciembre de 2016]; 20(Supl 1):63-70. Disponible en: <http://salud.edomexico.gob.mx/html/Medica/SALUD%20PUBLICA%20Y%20VIOLENCIA.PDF>
6. Coll-Vinent B, et al. El personal sanitario no percibe la violencia doméstica como un problema de salud. Gacsanit [Internet]. 2008. [Consultado el 19 de Noviembre de 2016]; 22(1):7-10. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/gsv22n1/original1.pdf>
7. Vive-Cases C, et al. Perfil sociodemográfico de las mujeres afectadas por violencia del compañero íntimo en España. Gacsanit [Internet]. 2009. [Consultado el 19 de Noviembre de 2016]; 23(5):410-414. Disponible en: [https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/11470/1/Perfil\\_sociodemografico.pdf](https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/11470/1/Perfil_sociodemografico.pdf)
8. Ruiz-Pérez I, et al. Variabilidad geográfica de la violencia contra las mujeres en España. Gacsanit [Internet]. 2010. [Consultado el 16 de Noviembre de 2016]; 24(2):128-135. Disponible en: [http://carvedaphne.eu/wp-content/resources/variabilidad\\_geografica\\_violencia.pdf](http://carvedaphne.eu/wp-content/resources/variabilidad_geografica_violencia.pdf)
9. Robledo Martín J, de la Fuente Aparicio D, Salamanca Castro AB, Sánchez Castro S. Percepción de las mujeres maltratadas sobre la atención sanitaria recibida. Nure Investigación [Internet]. 2006. [Consultado el 9 de Diciembre de 2016]; 20:1-9. Disponible en: <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/viewFile/271/252>
10. Arredondo-Provecho AB, del Pliego-Pilo G, Nadal-Rubio M, Roy-Rodríguez R. Conocimientos y opiniones de los profesionales de la salud de atención especializada acerca de la violencia de género. EnfermClín [Internet]. 2008. [Consultado 9 de Diciembre de 2016]; 18: 175-82. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-pdf-S1130862108721922-S300>
11. Sans M, Sellarés J. Detección de la violencia de género en atención primaria. RevEspMed Legal [Internet]. 2010. [Consultado el 19 de Noviembre de 2016]; 36(3):104-109. Disponible en: <http://apps.wiley.com/publicaciones/item/pdf/watermark?idApp=UINPBA00004N&piItem=S0377473210700389&origen=zonadelectura&web=zonadelectura&urlApp=http://www.elsevier.es&estadoltem=S300&idiomaltem=en>



12. González Arroyo AA, Macías García J. Maltrato doméstico: plan de cuidados de Enfermería. Nure Investigación [Internet]. 2006. [Consultado el 3 de Diciembre de 2016]; 23:1-8. Disponible en: <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/download/301/283>
13. Mendoza-Flores ME, et al. Conocimientos y actitudes del personal de Enfermería sobre la violencia de género. PerinatolReprodHum [Internet]. 2006. [Consultado el 3 de Diciembre de 2016]; 20: 69-79. Disponible en: <http://www.inper.mx/descargas/pdf/Crecimientoyactitudesdelpersonaldeenfermeriasobrelaviolenciadegenero.pdf>

**ID223:**

## **ESTUDIO DEL DOLOR Y LA ANSIEDAD EN MUJERES CON ARTROSIS MAYORES DE 50 AÑOS**

Cristina Méndez-Trelles Fernández<sup>1</sup>, María de las Mercedes Ruiz Leal<sup>2</sup>, Noura Bouhou Slimani<sup>3</sup>, M<sup>a</sup> Carmen Herranz Rodríguez<sup>4</sup>, Belchin Kostov<sup>5</sup>

CAPSBE<sup>1</sup>, CAPSBE<sup>2</sup>, CAPSBE<sup>3</sup>, CAPSBE<sup>4</sup>, IDIBAPS<sup>5</sup>

[cmendtre@clinic.cat](mailto:cmendtre@clinic.cat)

### **RESUMEN**

**Introducción:** Las enfermedades reumáticas afectan al 25-30% de la población española. La artrosis es la enfermedad articular más frecuente. La ansiedad es la patología de salud mental más presente en pacientes con artrosis.

**Objetivos:** General: Conocer la prevalencia de mujeres mayores de 50 años con artrosis dolorosa y con problemas de ansiedad en Atención Primaria. Específico: Conocer cómo es el dolor de artrosis en mujeres mayores de 50 años con ansiedad desde la consulta de Atención Primaria mediante la variable grado de dolor.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo transversal. Población: mujeres mayores de 50 años con artrosis dolorosa de un centro de salud. N:128 pacientes. Se realizará mediante muestreo no probabilístico consecutivo. Las variables estudiadas serán: ansiedad, dolor, rigidez, capacidad funcional y variables sociodemográficas. Se utilizará la escala de ansiedad de Hamilton y la de WOMAC.

**Relevancia:** La artrosis es una patología muy presente en España, afectando 3:1 mujeres-hombres.

### **ABSTRACT**

**Introduction:** Rheumatic diseases affect 25-30% of the Spanish population. Osteoarthritis is the most common joint disease. Anxiety is the most present mental health pathology in patients with osteoarthritis. **Objectives:** General: To know the prevalence of women over 50 years of age with painful arthritis and with anxiety problems in Primary Care. Specific: To know how is the pain of osteoarthritis in women older than 50 years with anxiety from the primary care consultation through the variable degree of pain.

**Material and methods:** Cross-sectional descriptive study. Population: women older than 50 years with painful arthritis of a health center. N: 128 patients. It will be done by consecutive non-probabilistic sampling. The studied variables will be: anxiety, pain, rigidity, functional capacity and sociodemographic variables. The Hamilton anxiety scale and the WOMAC scale will be used.

**Relevance:** Osteoarthritis is a very present disease in Spain, affecting 3: 1 women-men.

### **PALABRAS CLAVE**

Artrosis, ansiedad, calidad de vida, atención primaria, dolor musculoesquelético  
Osteoarthritis, anxiety quality of life, Primary Care, musculoskeletal pain

### **INTRODUCCIÓN**

Las enfermedades reumáticas son las dolencias crónicas más comunes en Europa. Afectan al 25-30% de la población española repercutiendo en su calidad de vida. Un 10%-40% de la población general padece algún trastorno osteoarticular, siendo éste la principal causa del dolor.

Concretamente, según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), la artrosis es padecida por un 16,4% de la población, indicado en la Encuesta Europea de Salud en España del año 2014. (Imagen 1)

El dolor es una sensación desagradable y subjetiva que experimenta el paciente la cual afecta a su esfera emocional, física y psicológica alterando la calidad de vida de éste. Al progresar la enfermedad, el dolor aparece más precozmente y puede no cesar con el descanso.

Suponen un gran impacto, causando el 10% de las consultas de Atención Primaria (AP) y siendo la principal causa de incapacidad laboral permanente en nuestro país.

Dicha situación supone una disminución de la calidad de vida del paciente, así como el aumento del riesgo de padecer otras enfermedades, consecuencia de la falta de ejercicio físico que tienen estos pacientes, que en numerosos casos va de la mano de un sobrepeso u obesidad.

Realizar un mínimo de ejercicio físico es necesario, pero se debe individualizar siempre. El objetivo persigue mejorar la autoestima, entrenar el cuerpo para el desarrollo de actividades, frenar la evolución e impedir la aparición de complicaciones, deformidades e incapacidades.

La artrosis es una enfermedad crónica degenerativa en la que se deteriora el cartílago articular, se produce una proliferación del hueso subcondral y una sinovitis secundaria. Se trata de la enfermedad articular más frecuente, siendo el dolor de tipo mecánico el principal síntoma, el cual suele desaparecer en reposo. Las zonas afectadas más frecuentes son la columna cervical y lumbar y las articulaciones interfalángicas, aunque las más incapacitantes son la artrosis de cadera y rodilla. Su prevalencia oscila entre el 6 y el 20% en los mayores de 20 años. Suele aparecer a partir de los 50 años, aumenta con la edad y es más frecuente en mujeres.

Los factores de riesgo para padecer artrosis son principalmente la edad, la historia familiar de artrosis y la obesidad. Por otra parte, también hay que destacar el ejercicio físico excesivo, el cual desgasta las articulaciones de manera precoz, la menopausia y los estados de déficit nutricional, así como padecer enfermedades sistémicas.

Sobre los factores de riesgo modificables se puede actuar y debemos enseñar al paciente cómo hacerlo para de esta manera prevenir en la medida de lo posible la aparición de esta enfermedad crónica.

La ansiedad es una combinación de manifestaciones físicas y mentales que se manifiestan en forma de crisis o como un estado persistente. Es la patología de salud mental más presente en pacientes con artrosis. 1 de cada 4 pacientes con artrosis sufre algún trastorno ansioso-depresivo. Por tanto, tan importante es calmar los síntomas físicos como tratar los posibles síntomas mentales consecuencia de la enfermedad.

Hay que tener en cuenta que este impacto emocional es más importante en las mujeres, las cuales verbalizan más angustia, dolor más severo y más limitaciones que los hombres. Además, están en aumento los casos relacionados con alteraciones de la salud mental.

Esta ansiedad es secundaria al propio proceso de artrosis y no es percibida de igual modo por todas las personas, sino que ésta se ve influida por factores como la personalidad y el grado de patología o gravedad de cada paciente.

El individuo ansioso anticipa una desgracia, dando como resultado ciertas manifestaciones clínicas como sudoración, tensión muscular, taquicardia, respiración entrecortada, diarrea, entre otras.

En general, la enfermedad evoluciona lentamente de modo no lineal, y parte del deterioro funcional o de los síntomas pueden deberse al envejecimiento de la persona. También hay mejorías sintomáticas que pueden depender, en parte, de la adaptación a la artrosis y de cambios en las demandas del enfermo. Posibles factores de mal pronóstico son la obesidad y la inestabilidad articular.

## **OBJETIVOS**

Objetivo general:

- Conocer la prevalencia de mujeres mayores de 50 años con artrosis dolorosa y con problemas de ansiedad en Atención Primaria.

Objetivo específico:

- Conocer cómo es el dolor de artrosis en mujeres mayores de 50 años con ansiedad desde la consulta de Atención Primaria mediante la variable grado de dolor.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

Se trata de un estudio cuantitativo descriptivo transversal. La población que se quiere estudiar será mujeres mayores de 50 años con artrosis dolorosa que pertenezcan al área urbana de un centro de salud en la zona de l'Eixample de Barcelona.

Las variables estudiadas serán: ansiedad, dolor, rigidez, capacidad funcional y variables sociodemográficas. Los criterios de inclusión serán: mujer mayor de 50 años, con diagnóstico de artrosis, que se pueda desplazar hasta el centro de salud, que sepa leer y escribir. Los criterios de exclusión serán: deterioro cognitivo moderado-grave y trastorno mental grave con mal control.

Para valorar dichos criterios, acudiremos al programa informático del centro de salud, en este caso el ECAP, donde podremos visualizar si los pacientes cumplen o no los criterios de inclusión. Para saber si cumplen estos criterios, deberemos buscar los diagnósticos activos de éstos en su historia clínica virtual basados en el CIE 10.

Para conocer si los pacientes no pueden participar en el estudio ya que cumplen algún criterio de exclusión, se deberá visualizar además de los diagnósticos activos, la evolución de la patología que padezcan.

La población escogida será de N: 128 pacientes y se realizará mediante un muestreo no probabilístico consecutivo o accidental.

Dicho tamaño muestral corresponde a una prevalencia esperada de mujeres con ansiedad mayores de 50 años con artrosis dolorosa del 24,7% ( $p=0,5$ ), un nivel de confianza del 95% y una precisión de  $\pm 7\%$ .

Se ofrecerá a las mujeres con artrosis desde la consulta de Atención Primaria que respondan a dos cuestionarios. Estas mujeres serán captadas a medida que vayan acudiendo al centro de salud y cumplan los criterios de inclusión.

Además, de explicarles y ofrecerles a dichas mujeres la posibilidad de participar en el estudio se debe garantizar la firma del consentimiento informado si deciden participar, el cual asegura la confidencialidad de los datos y la participación libre de la persona tras haber sido informada.

La duración de cumplimentación de los cuestionarios no será superior a 10 minutos y se rellenarán en la propia consulta o fuera de ésta, pero en el centro de salud. Si la persona tuviese alguna duda con respecto a las preguntas, no debe dudar en pedir que se la resuelvan.

Se utilizará la escala heteroadministrada de ansiedad de Hamilton que consta de 14 preguntas puntuadas de 0 a 4. Se pueden obtener puntuaciones referidas a la ansiedad psíquica y a la ansiedad somática. No existen puntos de corte. Una mayor puntuación indica una mayor intensidad de la ansiedad.

También se utilizará la escala autoadministrada WOMAC para artrosis. Ésta se divide en 3 apartados que valoran el dolor, la rigidez y la capacidad funcional en los últimos 2 días respectivamente. Con respecto a los resultados, se deben evaluar los apartados por separado para valorar de manera más precisa la opinión del paciente ante diferentes síntomas.

La prueba de contraste de hipótesis utilizada para valorar las variables del estudio es la prueba de Chi cuadrado. Ésta mide dos variables cualitativas, en este caso, el grado de dolor y el grado de ansiedad, principalmente, en mujeres mayores de 50 años con artrosis. Se trata de una prueba no paramétrica.

En cuanto a las consideraciones éticas, se basarán en la Guía de Normas de Buena Práctica Clínica (CPMP/ICH/135/95) la cual es una norma internacional de calidad ética y científica aplicable al diseño, realización, registro y comunicación de los estudios en los que participen seres humanos. El cumplimiento de esta norma proporciona una garantía pública de la protección de los derechos, la seguridad y el bienestar de los sujetos de un estudio de acuerdo con los principios de la Declaración de Helsinki, así como también garantiza la credibilidad de los datos del ensayo clínico.

Al tratarse de un estudio descriptivo presenta una serie de limitaciones: no informan sobre la asociación real entre las variables y no permiten asociar el riesgo de un determinado factor; lo máximo que permiten es informar sobre la relación o posible asociación entre ambas variables.

## RELEVANCIA

La artrosis es una patología que está muy presente en la población española, afectando 3:1 mujeres-hombres. Constituye una de las causas más frecuentes de incapacidad en las personas de edad avanzada. Diversos estudios señalan que el paciente con artrosis suele ser mujer (70,3 %) y sufre ansiedad (24,7%); por tanto, la evidencia científica afirma que el grupo escogido para realizar el proyecto posee artrosis dolorosa y con frecuencia ansiedad a consecuencia de dicho dolor y de su necesidad de continuar con una vida activa en la mayoría de los casos.

Pertinente porque debemos conocer qué relación existe entre ambas patologías en este grupo de edad y hasta qué punto podemos actuar desde enfermería para ayudar a estas personas a que su calidad de vida aumente. Como enfermeras de atención primaria tenemos un lugar privilegiado para realizar prevención secundaria, en este contexto de pacientes con artrosis, facilitando en la medida de lo posible la progresión de esta enfermedad crónica.

Relevante porque el dolor que ocasiona la artrosis en la mayoría de la población afectada es un motivo cada vez mayor de consulta y porque actualmente no existe suficiente evidencia científica que nos



permita conocer cómo es este dolor y hasta qué punto se puede ver comprometida la salud mental a causa de éste.

Existen un gran número de estudios acerca de las articulaciones más afectadas habitualmente por artrosis según sexo, de la prevalencia por edad, del consumo de recursos que provoca; pero no, de la afectación a nivel emocional de estos pacientes, de la gran posibilidad de alteración de su salud mental y de cómo abordar dicha situación de manera integral.

Debemos otorgar el protagonismo que se merecen estas enfermedades para de esta manera facilitar el impulso de planes para mejorar la atención y la investigación de las mismas.

Este proyecto supone pocos recursos, únicamente captar a las mujeres de estudio y que éstas rellenen dos formularios validados y actualiza e incrementa la información sobre una patología en auge debido al envejecimiento de la población y al enorme impacto que ocasiona en la vida cotidiana de los afectados.

## BIBLIOGRAFÍA

M.Herrero Barbero, S.Giménez Basallote, E.Vilés Lladó, H.Martínez Serrano, G.C. Rodríguez Roca, J.Vergés Milano et al. Ansiedad y depresión en pacientes afectados de artrosis de rodilla: resultados del estudio EMARTRO. *Semergen* [revista en Internet]. 2015 [acceso el 8 de diciembre de 2016]; 41 (Espec Congr): 22. Disponible en: <http://www.elsevier.es/controladores/congresos-herramientas.php?idCongreso=22&idSesion=1840&idComunicacion=20594&r=40>

M.Herrero Barbero, S.Giménez Basallote, E.Vilés Lladó, H.Martínez Serrano, G.C. Rodríguez Roca, J.Vergés Milano et al. EMARTRO. Estudio para evaluar la comorbilidad en pacientes afectados de artrosis sintomática de rodilla. 2014. [acceso el 8 de diciembre de 2016]. Disponible en: <http://www.semergen.es/resources/files/investigacionEMARTRO/Resumen%20EMARTRO.PDF>  
[http://semergen.es/resources/files/investigacionEMARTRO/pages\\_from\\_20140702-protocolo\\_emartro\\_version\\_003\\_con\\_firmasparte1.pdf](http://semergen.es/resources/files/investigacionEMARTRO/pages_from_20140702-protocolo_emartro_version_003_con_firmasparte1.pdf)

Encuesta Europea de Salud en España. Año 2014. Notas de Prensa. Instituto Nacional de Estadística [monografía en Internet] 21 de octubre de 2015. [acceso el 11 de febrero de 2017]. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np937.pdf>

Ana Castaño Carou, Salvador Pita Fernández, Sonia Pérttega Díaz, Francisco Javier de Toro Santos, Grupo de Estudio EVALUA. Perfil clínico, grado de afectación y manejo terapéutico de pacientes con artrosis en atención primaria: estudio multicéntrico nacional EVALUA. *Reumatología clínica* [revista en Internet] 2015 [acceso 8 de diciembre de 2016]; 11(6): 353-360. Disponible en: <http://www.reumatologiaclinica.org/es/perfil-clinico-grado-afectacion-manejo/articulo/S1699258X14002599/>

F. Gamero Ruiz, R.Gabriel Sánchez, J.Carbonell Abello, J.Tornero Molina, I.Sánchez-Magro. El dolor en las consultas de Reumatología españolas: estudio epidemiológico EPIDOR. *Revista clínica española* [revista en Internet] 2005 [acceso 6 de diciembre de 2016]; 205(4): 157-63. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-reumatologia-29-articulo-calidad-vida-depresion-el-estudio-13072369>

M.Bernard - Pineda, J.de las Heras- Sotos, M.V Garcés Puentes. Calidad de vida en pacientes con artrosis de rodilla y/o cadera. *Revista Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología* [revista en Internet]. 2014 [acceso 8 de diciembre de 2016]; 58(5): 283-289. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-cirugia-ortopedica-traumatologia-129-articulo-calidad-vida-pacientes-con-artrosis-S1888441514000824>

Carmen Llanos Val Jiménez, Jesús López- Torres Hidalgo, Eva María García Atienza, María Soledad Navarro Ruiz, Inmaculada Hernández Cerón, Lorena Moreno de la Rosa. Situación funcional, autopercepción de salud y nivel de actividad física en pacientes con artrosis. *Atención Primaria* [revista en Internet]. 2016 [acceso 6 de diciembre de 2016]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-129-articulo-situacion-funcional-autopercepcion-de-salud-y-nivel-de-actividad-fisica-en-pacientes-con-artrosis-S1871403X16500000>

[primaria-27-avance-resumen-situacion-funcional-autopercepcion-salud-nivel-S0212656716302098](#)

E. Batlle Guarda. Estudio ArtRoCad: evaluación de la utilización de los recursos sanitarios y la repercusión socioeconómica de la artrosis de rodilla y cadera. Presentación de resultados preliminares. Revista Española de Reumatología [revista en Internet]. 2005 [acceso el 6 de diciembre de 2016]; 32(1): 22-7. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-reumatologia-29-articulo-estudio-artrocad-evaluacion-utilizacion-los-13071160>

J.Cordero-Ampuero, A.Darder, J.Santillana, M.T. Caloto, G.Nocea. Vinculación de la afectación artrósica, la discapacidad funcional, y la calidad de vida mediante un modelo de ecuación estructural. Revista Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología [revista en Internet] 2012[ acceso 8 de diciembre de 2016] 2012; 56(3): 197-204. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-cirurgia-ortopedica-traumatologia-129-articulo-vinculacion-afectacion-artrosica-discapacidad-funcional-S1888441512000033>

E. Martín Mola, A.D.Wolf, H.Zeidler, U.Haglund, A.J Carr. Evaluación del dolor musculoesquelético crónico en la población adulta española y su manejo en Atención Primaria: actitudes, percepción del estado de salud y uso de recursos sanitarios. SEMERGEN [ revista en Internet] 2005 [acceso 6 de diciembre de 2016]; 31(11): 508-15. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-semergen-medicina-familia-40-articulo-evaluacion-del-dolor-musculoesqueletico-cronico-13081972>

María Jesús Pueyo, Xavier Surís, Marta Larrosa, Jaume Auleda, Anna Mompert, Pilar Brugulat, Ricard Tresserras, María Luisa de la Puente. Importancia de los problemas reumáticos en la población de Cataluña: prevalencia y repercusión de la salud percibida, restricción de actividades y utilización de recursos sanitarios [revista en Internet]<http://www.gacetasanitaria.org/es/importancia-los-problemas-reumaticos-poblacion/articulo/S0213911111001026/>

## GRÁFICOS Y/O TABLAS

### Enfermedades crónicas más frecuentes

Porcentaje de personas de 15 y más años

	Hipertensión	Dolores lumbares	Colesterol	Artrosis	Dolores cervicales	Alergia
<b>Total</b>	18,4	17,3	16,5	16,4	14,7	13,4
Hombres	18,0	13,8	15,7	10,4	9,3	11,3
Mujeres	18,8	20,8	17,2	22,1	19,9	15,4

Imagen 1: Prevalencia de artrosis en España. Instituto Nacional de Estadística, 2014

**ID225:****ABORDAJE PALIATIVO DE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA: A PROPÓSITO DE UN CASO**

Aitana Sáez Cubero<sup>1</sup>, Azahara Rubio Herrero<sup>2</sup>, Cristina Díaz Pérez<sup>3</sup>, Itziar Llarena Camacho<sup>4</sup>, María Begoña Rodríguez Rodríguez<sup>5</sup>, June Ortiz De Zarate Echebarrena<sup>6</sup>.

<sup>1, 2, 3, 4</sup> Unidad Docente Atención Familiar y Comunitaria de Bizkaia.

<sup>5, 6</sup> Osakidetza- Servicio vasco de salud.

[asaeczubero@gmail.com](mailto:asaeczubero@gmail.com)

**RESUMEN**

**INTRODUCCIÓN** La insuficiencia cardíaca (IC) es una patología crónica que empeora con el tiempo, presentando cuidados paliativos poco desarrollados.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Varón de 68 años, diagnosticado de IC crónica avanzada.

**VALORACIÓN:** Se realiza una valoración por dominios de enfermería en la visita domiciliaria.

**PLAN DE CUIDADOS Y RESULTADOS** Se planificaron los cuidados a través de los Diagnósticos Enfermeros: Disminución del Gasto Cardíaco y Duelo. Se determinaron los Resultados esperados sobre esos diagnósticos y se planificaron las intervenciones y las actividades para resolverlos. Durante el seguimiento, se objetivó un progresivo empeoramiento de la sintomatología cardíaca en domicilio, precisando ingreso hospitalario en cardiología e inicio de medidas paliativas.

**DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.** Los cuidados paliativos en patologías crónicas avanzadas requieren un abordaje multidisciplinar de profesionales de la salud, una comunicación efectiva y una toma de decisiones conjunta entre los profesionales, la familia y el paciente, atendiendo las necesidades físicas, espirituales y emocionales.

**ABSTRACT**

**INTRODUCTION:** Heart Failure (HF) is a chronic condition which gets worse over time, presenting underdeveloped palliative care.

**CASE PRESENTATION:** Male patient, aged 68, suffering from advanced chronic HF.

**ASSESSMENT:** Evaluation based on nursing domains and carried out during the home visit.

**CARE PLAN AND RESULTS:** Care was planned through nursing diagnoses: low cardiac output and mourning. The expected results of those diagnoses were defined and the procedures and actions for solving them were planned. During the monitoring, a progressive worsening of the cardiac symptomatology at home was observed, requiring the admission to cardiology service and the start of palliative measures.

**DISCUSSION AND CONCLUSIONS:** Palliative care in advanced chronic conditions requires a multidisciplinary approach from healthcare professionals, as well as effective communication and shared decision-making between the professionals, the family, and the patient; paying special attention to physical, spiritual and emotional needs.

**PALABRAS CLAVE**

Insuficiencia cardíaca, cuidados paliativos, equipo multidisciplinar, Comunicación, toma de decisiones. Heart Failure, Palliative Care, multidisciplinary team, Communication, Decision Making.

**INTRODUCCIÓN**

A pesar de los avances en la terapia cardíaca, la insuficiencia cardíaca (IC) sigue siendo una de las enfermedades progresivas invalidantes, más prevalente en los países desarrollados afectando en España al 16.1% de la población mayor de 75 años.(1) Es una patología altamente sintomática y mortal que impone grandes demandas a los pacientes, los cuidadores y los sistemas sanitarios. La atención paliativa es un enfoque multidisciplinario de la atención que se centra en la comunicación, el respeto a la autonomía, la toma de decisiones compartida y la planificación de atención avanzada. (2) (3) Dicha atención se centra en el alivio del dolor y otros síntomas angustiosos; integra los aspectos psicológicos y

espirituales del cuidado y ofrece un sistema de apoyo a los enfermos y a las familias para sobrellevar la enfermedad y el duelo.

Estos pacientes constituyen un grupo heterogéneo y es necesaria una valoración exhaustiva, especialmente de los factores que condicionan el pronóstico (cardiopatía, comorbilidad, situación funcional y datos de fragilidad) antes de tomar decisiones. La mayor parte de estos pacientes tienen una edad avanzada y por tanto, no son susceptibles de trasplante cardíaco. El cuidado de los pacientes con insuficiencia cardíaca debe incluir información sobre su enfermedad y la posibilidad de que los pacientes tomen decisiones con respecto a las posibles intervenciones. (4)

La incorporación de los cuidados paliativos en el manejo de la insuficiencia cardíaca está poco desarrollada. Algunos de los motivos son: incertidumbre sobre el pronóstico, las reagudizaciones y mejoría de la sintomatología; escasa comunicación entre profesionales de la salud y pacientes, falta de concienciación de padecer una enfermedad terminal por parte de los pacientes, la familia y los profesionales sanitarios. Todo ello dificulta el manejo y toma de decisiones con estos pacientes y frecuentemente no se les identifica en fase terminal, con lo que acaban falleciendo con un tratamiento activo que en ocasiones puede resultar fútil. (4)(5)

La enfermería es un pilar básico en la detección de carencias en cuidados de soporte y tratamiento no enfocado a la curación, debido a la atención continua que prestan a estos pacientes y los problemas de intercolaboración que pueden detectar y abordar en conjunción con otros profesionales de la salud, abordando las dimensiones física, emocional, social y espiritual. (1)

La presentación de este caso permitirá acercarnos al abordaje de los cuidados paliativos en la insuficiencia cardíaca, plantearnos dilemas éticos que aparecen en la transición de los cuidados y aclarar las áreas de mejora de cara a futuras intervenciones.

Para la elaboración de este caso clínico, se realizó una búsqueda bibliográfica en bases de datos como Joanna Briggs, PubMed y Uptodate. Por otra parte, se revisaron artículos y Guías de Práctica Clínica avaladas por Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, el Instituto Catalán de Oncología, la Sociedad Española de Cardiología o la Sociedad de Enfermería en Cardiología.

Se realizaron sucesivas valoraciones en el domicilio del paciente recogiendo información. Además de ello, se revisaron evolutivos de su historia clínica realizados por los distintos profesionales que seguían el caso. Con toda la información obtenida se realizó un plan de cuidados individualizado atendiendo a las necesidades que presentaba y que iban surgiendo durante todo el seguimiento. Reevaluándose las intervenciones y los objetivos en cada visita.

### **PRESENTACIÓN DEL CASO**

Varón de 68 años, diagnosticado de IC grado IV. Algunos de los antecedentes cardiológicos de más relevancia son: Endocarditis infecciosa a los 29 años, fibrilación auricular, portador de prótesis aórtica y mitral por disfunción valvular, leak paraprotésico mitral moderado-severo y miocardiopatía dilatada no isquémica con disfunción severa.

Presenta patología concomitante de insuficiencia renal crónica reagudizada y anemia multifactorial.

En seguimiento en consultas de cardiología. Insuficiencia cardíaca no candidato a trasplante por edad, y antecedentes de cuatro toracotomías. En programa de tele monitorización de insuficiencia cardíaca y seguimiento por la enfermera gestora de casos (EGCA) en domicilio.

### Tratamiento habitual

- Cloruro potásico 600mg 1-1-1. Vía Oral (VO)
- Hidroclortiacida 25 mg 0-1-0 VO
- Eplerenona 50 mg 0-1-0 VO
- Carvedilol 6,25 mg 0.5-0-0.5 VO
- Zyloric 100mg 2-0-0 VO
- Lormetacepam 1mg 0-0-2 VO
- Sintrom según pauta VO
- Seguril 140 mg con infusor subcutáneo, sujeto a modificaciones.

En el domicilio vive con su mujer, identificándose como la cuidadora principal; recibe a apoyo de su hija en los cuidados. La hija vive en un piso contiguo al de sus padres con su hijode 12 años que presenta autismo.

El 27 de Julio de 2016 se inicia el seguimiento domiciliario del paciente por la enfermera gestora de casos (EGCA), para control de sintomatología con un abordaje multidisciplinar de profesionales de la salud.

El 17 de agosto de 2016 ingresa en el servicio de cardiología del Hospital Universitario Basurto por descompensación desu insuficiencia cardíaca. Se trata la sintomatología del paciente y se habla con la familia a la cual se le expone la situación, gravedad y mal pronóstico a corto plazo y se acuerda que en el caso de empeoramiento sería candidato a medidas de confort.

22 de agosto de 2016 Alta del servicio de cardiología y seguimiento domicilio por EGCA. Al alta se programó ingreso en el hospital para tratamiento con Levosimendán a principios de septiembre.

En visitas sucesivas, empeoramiento del estado del paciente. Se le informa a la familia de la gravedad y de la conveniencia de hablar con el paciente para tomar la decisión del ingreso. La hija y la mujer comentan que el paciente no quiere ir al hospital, es consciente de su estado de gravedad, pero quiere permanecer en casa. Sin embargo, ellas prefieren el traslado al hospital ya que no quieren que su nieto con autismo presencie la situación de terminalidad del paciente.

29 de agosto de 2016: la cardióloga informa de empeoramiento clínico el fin de semana. Presenta incremento de su disnea basal, aumento de edemas en EEII y de peso asociado a episodios de hipotensión. Se le oferta ingreso programado para diurético intravenoso, que el paciente rechaza.

El paciente se reafirma en su decisión de permanecer en el domicilio. Se respeta su voluntad y se le informa de su estado de gravedad.

30 de agosto de 2016 se realiza visita de seguimiento. Empeoramiento del estado general. Se habla con su cardióloga y se decide ingreso programado ese día en Hospital Universitario Basurto. El paciente lo acepta.

31 de Agosto de 2016. Pasa un día en la unidad de corta estancia.

1 de septiembre de 2016 ingreso en cardiología de HUB. Seguimiento a través de contacto con servicio de cardiología y la familia.

Durante la estancia en el hospital se habla con la familia y el paciente de la gravedad de la situación y se inician medidas de confort.

9 de septiembre de 2016 fallece.

### **VALORACIÓN**

Se realiza una valoración por dominios de enfermería en la visita domiciliaria mostrándose alterados los siguientes:

Nutrición: aumento de peso y edemas bilaterales en las extremidades inferiores con gran fóvea en empeines.

Eliminación e intercambio: diuresis disminuida, aumento de la disnea en reposo y crepitantes en todos los campos pulmonares.

Autopercepción: paciente apático, callado y pensativo.

Rol-relaciones: la mujer y la hija se muestran preocupadas con sentimientos de tristeza y llanto.

Afrontamiento-tolerancia al estrés: el paciente se encuentra preocupado por su estado de salud, sin embargo, se muestra muy reticente a verbalizar sus sentimientos.

## PLAN DE CUIDADOS y RESULTADOS

### “INSERTAR CUADRO 1. PLAN DE CUIDADOS”

Durante las sucesivas visitas domiciliarias y el tiempo de seguimiento del paciente, se reevaluaron las intervenciones y los objetivos marcados, así como los siguientes indicadores:

Respecto al diagnóstico Gasto Cardíaco, con resultado Control de síntomas, siempre se demuestra (5 en escala Likert 1-5):

- Obtiene asistencia sanitaria cuando lo precisa.
- Reconoce el comienzo, la frecuencia, la intensidad, la persistencia, la variación, el control del síntoma.
- Utiliza los recursos disponibles.
- Utiliza medidas de alivio del síntoma.
- Utilizar medidas preventivas.
- Utilizar un diario de síntomas.

Con respecto al diagnóstico Duelo, resultado Muerte Digna:

- Participa en las decisiones sobre la hospitalización se percibe como a veces de mostrado (3, en escala Likert)
- Expresa preparación para la pérdida, raramente demostrado (2, en escala Likert)
- Comenta preocupaciones sobre su estado, raramente demostrado (2, en escala Likert).

Con respecto a Duelo, resultado Resolución de la aflicción:

- Progresa a lo largo de las fases de aflicción, raramente demostrado (2, en escala Likert).

Con respecto a Gestión ineficaz de la propia salud, resultado Estado de salud personal

- Adaptación a condiciones de cronicidad, sustancialmente comprometido (3, en escala Likert)
- Ejecución de actividades de la vida diaria, gravemente comprometido (2, en escala Likert)
- Función cardíaca, sustancialmente comprometido (3, en escala Likert)
- Función pulmonar, sustancialmente comprometido (3, en escala Likert)
- Perfusión tisular periférica, sustancialmente comprometido (3, en escala Likert)

Con respecto a Gestión ineficaz de la propia salud, resultado Participación de las decisiones sobre asistencia sanitaria:

- Utiliza técnicas de resolución de problemas (4, en escala Likert)
- Identifica el nivel de asistencia sanitaria dispuesto a conseguir (4, en escala Likert)
- Identificar apoyo disponible para conseguir los resultados deseados (4, en escala Likert)

El control de síntomas lo hacía correctamente apoyado por la familia. Sabía como y cuándo tomar la medicación y qué efectos adversos y complicaciones podía tener.

La mujer y su cuidadora consultaban a los distintos profesionales de la salud que abordaban el caso cuando tenía algún problema: consejo telefónico, servicio de urgencias, EGCA, equipo de atención primaria y atención especializada.

Durante las visitas, se hablaba con la mujer y con la hija sobre el estado de salud del paciente y como se encontraban ellas. Eran conscientes de la existencia de los recursos comunitarios y manifestaban su uso cuando el paciente no se encontraba bien. Conocían el estado de gravedad del paciente y su mal pronóstico y expresaban sus sentimientos y sus voluntades de actuación. Como hemos expuesto con anterioridad los deseos del paciente y la familia eran opuestos.

Se trató la toma de decisiones conjunta durante todo el proceso y finalmente se optó por la decisión de traslado al hospital. En repetidas ocasiones Tomás manifestó negativa ante la oferta de ingreso. Toda la familia tenía presente que tenía que decidir él.

Se habló con todo el equipo multidisciplinar que llevaba el caso, y en una de las visitas debido al empeoramiento del estado general Tomás optó por acudir al hospital. A pesar de encontrarse todos los

días acompañado, se mostraba pensativo y callado salvo unos días antes de su muerte que explotó enllanto, clamando que no lo dejaran solo y con la demanda de marcharse a casa.

El plan de cuidados se ha ido adecuando a las variaciones del estado de salud del paciente en las sucesivas visitas domiciliarias. Ha sido una herramienta de elaboración conjunta por los distintos profesionales de la salud que colaboraron en el caso. Muchos de las necesidades se objetivaron como no cubiertas a través de la valoración del peso, constantes y entrevista con el paciente; y otras intervinieron la observación de la mujer y de la hija las cuales informaban de todo lo que le acontecía.

### DISCUSIÓN / CONCLUSIONES

Los cuidados paliativos en patologías crónicas avanzadas requieren un abordaje multidisciplinar de profesionales de la salud y de una comunicación efectiva entre los profesionales, la familia y el paciente, atendiendo las necesidades físicas, espirituales y emocionales. (6)

Es importante que el paciente conozca su situación, si la desea saber, y que respetemos en todo momento sus decisiones. En todo el seguimiento del caso tanto el paciente como sus cuidadoras verbalizaron que Tomás no quería pasar sus últimos días en el hospital y quería seguir en casa. Se habló mucho de este tema con la familia por lo expuesto anteriormente.

Otros de los problemas que se pueden plantear es la difícil decisión de optar por medidas de confort en los cuidados debido a la incertidumbre del pronóstico y el cumplimiento del tratamiento activo. En el ingreso del 17 de agosto se podría hablar de un encarnizamiento terapéutico debido a la insistencia del control de los edemas y la persistencia del tratamiento activo. (6) (7)

Para abordar a lo pacientes con insuficiencia cardíaca de una forma paliativa y facilitar la decisión de la transición de cuidados se podría haber aplicado la herramienta NECPAL, que se define como un instrumento para la identificación de personas en situación de enfermedad avanzada –terminal y con necesidad de atención paliativa en servicios de salud y sociales. (8)

El manejo de las necesidades emocionales y espirituales también están muy presentes en este caso. Tanto el paciente como la familia presentan un duelo ante el pronóstico terminal y la situación por lo que se requiere una comunicación eficiente y una escucha activa y favorecer la expresión de las emociones. En el domicilio el paciente se muestra callado y pensativo. Su familia comenta que siempre ha sido así, que le costaba expresar las emociones. Una vez en el hospital queda registrado en el evolutivo que unos días previos a su muerte, el paciente no deja de llorar, de pedir que no le dejen solo, de querer irse a casa.

Es necesario extender los cuidados paliativos dentro de las unidades de hospitalización e integrándolos en los programas de atención en la IC, con una dinámica de trabajo más orientada a conseguir dar respuesta a las necesidades de estos pacientes, cuidando tanto las físicas como las psicosociales y espirituales. (1)(9)(10)

Tenemos que conseguir para estos pacientes una atención integral y continuada, con una adecuada coordinación interprofesional y multidisciplinar, donde profesionales de diferentes especialidades (cardiología, atención primaria y paliativos), disciplinas (medicina, enfermería, trabajadoras sociales, voluntariado y asociaciones) y niveles de atención (primaria y especializada) interactúen para optimizar la accesibilidad y la calidad de los cuidados. (1) (6)

### BIBLIOGRAFÍA

1. Aguayo B.E, Beistegui I, Echavarri M, Jiménez de Aberásturi A. Fernández P. Ibarra L.C. Cuidados paliativos en insuficiencia cardiaca (ic)¿Podemos hacer más?Enfermería en Cardiología. 2011; Año XVIII(53):58-65.
2. Rexach L. Cuidados paliativos en insuficiencia cardiaca. Medicina paliativa, ISSN 1134-248X, Vol. 17, Nº. 5, 2010, págs. 286-300.
3. [Ponikowski P](#), [Voors A](#), [Anker SD](#), [Bueno H](#), [Cleland JG](#), [Coats AJ](#). And [Colls](#). 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC)Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC.e. Eur Heart J. 2016 Jul 14;37(27):2129-200.



4. Limon E, Meléndez A, Identificación de los pacientes que tienen necesidades paliativas. ¿Están todos los que son? AMF 2014;10(5):261-266
5. Ziehm J, Farin E, Seibel K, Becker G, Köberich S. Health care professionals' attitudes regarding palliative care for patients with chronic heart failure: an interview study. BMC Palliat Care. 2016; 15: 76.
6. Azulay Tapiero, A. Los principios bioéticos: ¿se aplican en la situación de enfermedad terminal? Anales de Medicina Interna. 2001; 18(12).
7. Karver, S. and Berger, J. La importancia del testamento vital en pacientes con insuficiencia cardiaca. Revista Española de Cardiología.2010; 63(12), 1396-1398.
8. Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, Blay C, Amblàs J, Vila L, Costa X, Espauella J, Espinosa J, Figuerola M. Proyecto NECPAL CCOMS-ICO©: Instrumento para la identificación de personas en situación de enfermedad crónica avanzada y necesidades de atención paliativa en servicios de salud y social. Centro Colaborador de la OMS para Programas Públicos de Cuidados Paliativos. Institut Català d'Oncologia. Accesible en: <http://www.iconcologia.net>.
9. Hopp, F., Zalenski, R., Waselewsky, D., Burn, J., Camp, J., Welch, R. and Levy, P. Results of a Hospital-Based Palliative Care Intervention for Patients With an Acute Exacerbation of Chronic Heart Failure. Journal of Cardiac Failure, 2016;22(12).1033-1036.
10. Varillas P, Blanquer JJ, Hernansanz S, Roselló C, Paliando lo paliable. Abordaje de síntomas. AMF 2014;10(5):248-260.



**GRÁFICOS Y/O TABLAS**

**Cuadro 1. Plan de Cuidados**

Diagnóstico		
00029 Disminución del gasto cardíaco		
Resultados NOC	Intervenciones NIC	Actividades
1608 Control de síntomas	2304 Administración de medicación oral	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informar al paciente de las acciones y posibles efectos adversos esperados de los medicamentos.</li> <li>• Observar los efectos terapéuticos, efectos adversos, toxicidad del fármaco e interacciones de los medicamentos en el paciente.</li> </ul>
	2317 Administración de medicación subcutánea	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cambiar catéter subcutáneo.</li> <li>• Determinar el conocimiento de la medicación y la comprensión del método de administración por parte del paciente.</li> <li>• Documentar la administración de la medicación y la respuesta del paciente, de acuerdo con el protocolo de la institución.</li> <li>• Educar al paciente/familia en el cuidado del catéter y en la administración de medicación.</li> <li>• Elegir el lugar de inyección adecuado.</li> <li>• Palpar el lugar de inyección para valorar si hay edemas o masas o si está blando; evitar zonas con cicatrices, contusiones, abrasiones o infecciones.</li> <li>• Preparar correctamente la dosis a partir de una ampolla o vial.</li> <li>• Valorar el punto de inserción del catéter sbc.</li> </ul>
	7040 Apoyo al cuidador principal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Controlar los problemas de interacción de la familia.</li> <li>• Dejar en el domicilio del paciente un informe del plan de cuidados que incluya valoración sociofamiliar y teléfono de contacto 24 horas.</li> <li>• Determinar el nivel de conocimiento de la cuidadora.</li> <li>• Determinar la aceptación de la cuidadora de su papel.</li> <li>• Enseñar a la cuidadora estrategias para acceder y sacar el máximo provecho de los recursos de cuidados sanitarios y comunitarios.</li> <li>• Realizar afirmaciones positivas sobre los esfuerzo de la cuidadora.</li> </ul>
	2080 Manejo de líquidos/ electrolitos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observar si hay manifestaciones de desequilibrio de líquidos.</li> <li>• Medir perímetro abdominal.</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pesar y valorar la evolución.</li> <li>• Restricción de líquidos.</li> <li>• Valorar signos y síntomas de retención de líquidos.</li> <li>• Vigilar los signos vitales.</li> <li>• Vigilar y medir diuresis.</li> </ul>
	1400 Manejo del dolor	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Integrar a la familiar en la modalidad de alivio del dolor, si fuera posible.</li> <li>• Poner en práctica el uso de la analgesia controlada por el paciente, si se considera oportuno.</li> <li>• Proporcionar a la persona un alivio del dolor óptimo mediante analgésicos prescritos.</li> <li>• Utilizar medidas de control del dolor antes de que el dolor sea severo.</li> </ul>
<b>Diagnóstico</b>		
00136 Duelo		
<b>Resultado /NOC</b>	<b>Intervenciones NIC</b>	<b>Actividades</b>
1307 Muerte digna	7140 Apoyo a la familia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aceptar los valores familiares sin emitir juicios.</li> <li>• Animar la toma de decisiones familiares en la planificación de los cuidados del paciente a largo plazo que afecten a la estructura y a la economía familiar.</li> <li>• Ayudar a la familia a adquirir el conocimiento, técnica y equipo necesarios para apoyar su decisión acerca de los cuidados del paciente.</li> <li>• Ayudar a los miembros de la familia a identificar y resolver conflictos de valores.</li> <li>• Ayudar a los miembros de la familia durante los procesos de muerte y pena, si procede. Si Precisa Favorecer una relación de confianza con la familia.</li> </ul>
	7040 Apoyo al cuidador principal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Animar al cuidador durante los momentos difíciles del paciente.</li> <li>• Apoyar al cuidador a establecer límites y a cuidar de sí mismo.</li> </ul>
	5250 Apoyo en la toma de decisiones	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Abordar las últimas voluntades del paciente y proporcionar información sobre el documento de voluntades anticipadas.</li> <li>• Ayudar a aclarar los valores y expectativas que pueden ayudar a tomar decisiones vitales.</li> <li>• Determinar si hay diferencias entre el punto de vista del paciente y el punto de vista de los cuidadores sanitarios sobre la condición del paciente.</li> <li>• Facilitar la toma de decisiones en colaboración.</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informar al paciente sobre la existencia de puntos de vista alternativos y las soluciones de forma clara y con todo el apoyo.</li> <li>• Proporcionar la información solicitada.</li> <li>• Servir de enlace entre el paciente y la familia.</li> <li>• Servir de enlace entre el paciente y otros profesionales sanitarios.</li> </ul>
	5420 Apoyo espiritual	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Animar a participar en interacciones con miembros de la familia, amigos y demás.</li> </ul>
	5440 Aumentar los sistemas de apoyo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implicar a la familia/cuidador en los cuidados y la planificación.</li> </ul>
	5820 Disminución de la ansiedad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aclarar dudas respecto a su proceso.</li> </ul>
	4920 Escucha activa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mostrar conciencia y sensibilidad a las emociones.</li> <li>• Recurrir a una serie de interacciones para descubrir el significado del comportamiento.</li> <li>• Utilizar la comunicación no verbal para facilitar la comunicación (p. ej., saber que la posición física expresa mensajes no verbales).</li> <li>• Verificar la comprensión del mensaje mediante el uso de preguntas y retroalimentación.</li> </ul>
	5290 Facilitar el duelo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apoyar la progresión a través de los estadios de aflicción personal.</li> </ul>
<b>Diagnostico</b>		
00078 Gestión ineficaz de la propia salud		
<b>Resultado /NOC</b>	<b>Intervenciones NIC</b>	<b>Actividades</b>
1803 Conocimiento de la enfermedad	7320 Gestión de casos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enseñar al paciente y /o a la familia la importancia del autocuidado y evaluar dicha capacidad.</li> <li>• Facilitar el acceso de servicios sanitarios y sociales necesarios.</li> <li>• Proporcionar asistencia directa según necesidades.</li> </ul>
2006 Estado de salud personal	6650 Vigilancia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comprobar la perfusión tisular.</li> <li>• Facilitar la reunión de pruebas de diagnóstico y evitar su duplicidad.</li> <li>• Observar si hay signos y síntomas de desequilibrios de líquidos y electrolitos.</li> <li>• Preguntar al paciente por sus signos, síntomas o problemas recientes.</li> <li>• Valorar periódicamente el estado de la piel.</li> <li>• Valorar signos vitales.</li> <li>• Vigilar oxigenación.</li> </ul>

<p>1606 Participación en las decisiones sobre asistencia sanitaria</p>	<p>7370 Planificación del alta</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordinar los esfuerzos de distintos profesionales sanitarios para asegurar un alta oportuna.</li> <li>• Determinar las capacidades del paciente para el alta.</li> <li>• Identificar lo que debe aprender el paciente para los cuidados posteriores al alta.</li> </ul>
<p>3014 Satisfacción del paciente/usuario: acceso a los recursos asistenciales.</p>	<p>7320 Gestión de casos</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordinar la disposición de los recursos y de los servicios precisos.</li> <li>• Determinar el plan del tratamiento con los recursos del paciente y/o de la familia.</li> <li>• Explorar las expectativas de salud del paciente para el planteamiento de los objetivos en el plan de cuidados.</li> <li>• Obtener el permiso del paciente o de la familia para incluirle en un programa de control del caso, según corresponda.</li> <li>• Valorar su estado físico y mental, la capacidad funcional, psicoafectiva y sociofamiliar del paciente, así como sistemas formales e informales de apoyo.</li> </ul>

**ID230:****MANEJO DE LAS EPISTAXIS Y TAPONAMIENTO NASAL EN ATENCIÓN PRIMARIA**Elena Criado Domínguez <sup>1</sup>, Raquel Simón Macho <sup>2</sup>, María de la Encarnación Galván Sánchez <sup>3</sup>.

1- Centro de salud de Canterac

2- Centro de salud de Rondilla II

3- Centro de salud de Circunvalación

1,2,3- Residentes de Enfermería Familiar y Comunitaria. Gerencia de atención Primaria. Valladolid Este. SACYL

[ecriadod@gmail.com](mailto:ecriadod@gmail.com)**RESUMEN**

Se define epistaxis como la salida de sangre al exterior causada por la ruptura de estructuras vasculares. Es objeto de temor y ansiedad y la enfermera debe saber manejarlo de manera rápida y eficaz. Se ha realizado una revisión bibliográfica en diferentes bases de datos con el objetivo de identificar las intervenciones más eficaces. Las epistaxis en general son un proceso que puede ser tratado desde atención primaria, pero en ocasiones requiere atención especializada. Es importante tranquilizar al paciente, colocar la cabeza inclinada hacia delante y abajo y controlar signos vitales. La elección de la técnica será vital para su resolución, empezando por procedimientos simples (la presión digital, cauterización y el taponamiento anterior o posterior) hasta procedimientos intervencionistas. El profesional de enfermería debe de ser capaz de proporcionar adecuadas instrucciones sobre los cuidados posteriores al taponamiento.

**ABSTRACT**

Epistaxis is defined as the outflow of blood to the exterior caused by the rupture of vascular structures. It is the object of fear and anxiety and the nurse must know how to handle it quickly and effectively. A bibliographic review has been carried out in different databases in order to identify the most effective interventions. Epistaxis in general is a process that can be treated from primary care, but sometimes requires specialized care. It is important to reassure the patient, position the head tilted forward and down and control vital signs. The choice of technique will be vital for its resolution, starting with simple procedures (digital pressure, cauterization and anterior or posterior tamponade) to interventional procedures. The nursing professional should be able to provide appropriate instructions on care after tamponade.

**PALABRAS CLAVE**

EPISTAXIS, TAPONAMIENTO NASAL, ENFERMERÍA, ATENCIÓN PRIMARIA, MANEJO

EPISTAXIS, NASAL TAMPONADE, NURSING, PRIMARY HEALTH CARE, MANAGEMENT

**INTRODUCCIÓN/JUSTIFICACIÓN/OBJETIVO**

Se define epistaxis como la salida de sangre al exterior por vía anterior o posterior, de origen endonasal, retronasal y extranasal, causada generalmente por la ruptura de las estructuras vasculares responsables de la irrigación de las fosas nasales.<sup>1</sup> Se estima que el 60% de la población sufre algún grado de epistaxis a lo largo de su vida. Su incidencia varía con la edad, presentando una distribución bimodal con un pico en niños y jóvenes y otro en adultos (45-65 años).<sup>2</sup> Para el paciente y familia es objeto de una importante alarma y ansiedad. Para el profesional de enfermería es un signo clínico que comporta un manejo rápido, eficaz y de fundamental destreza.<sup>3</sup>

El objetivo de esta revisión es identificar la evidencia disponible sobre las intervenciones de enfermería más eficaces para el manejo de las epistaxis y la realización de un adecuado taponamiento nasal.

Por todo ello, este artículo tiene como misión proporcionar los conocimientos necesarios para mejorar la atención de enfermería basándose en el adecuado manejo de los síntomas y su tratamiento.

## DESARROLLO

Se ha realizado una revisión bibliográfica utilizando Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) y Medical Subject Headings (MeSH) con las palabras clave: EPISTAXIS, TAPONAMIENTO NASAL, ENFERMERÍA, ATENCIÓN PRIMARIA y MANEJO en las siguientes bases de datos: CLINIKAL KEY, CUIDEN, SCIELO, FISTERRA y el buscador Google Académico.

Se han revisado además libros y guías de especial relevancia en el tema que nos ocupa.

Se encontraron 53 estudios utilizando diferentes combinaciones de los descriptores. Tras una primera selección de lectura del título y resumen, se seleccionaron 9 artículos. Tras la lectura del artículo completo nos quedamos con 5 artículos que son motivo de nuestra revisión.

Criterios inclusión y exclusión: No se hizo restricción alguna en razón del idioma. En referencia a los años de búsqueda, se han utilizado artículos publicados desde el año 2006 hasta la actualidad.

### 1. Definición

En general se trata de un proceso banal y autolimitado por lo que puede ser tratado desde la atención primaria, pero en ocasiones puede ser un signo de un proceso grave llegando a comprometer el estado general del paciente.<sup>4</sup>

El sangrado puede exteriorizarse a través de los orificios nasales, rinofaringe y boca, o por ambas zonas si es muy abundante.<sup>3</sup>

La persona con epistaxis puede experimentar temor, ansiedad e incapacidad para la deglución, así como conocimientos deficientes sobre cómo controlarla.<sup>3</sup>

### 2. Clasificación

Según la ubicación anatómica del sangrado:

- Anteriores: es el sitio más común de sangrado, su plexo vascular, conocido como plexo de Kisselbach (área de Little).<sup>2</sup> Se localizan el 90% de todos los sangrados nasales, son las más frecuentes y benignas.<sup>1</sup>
- Posteriores: generalmente el punto de sangrado es la arteria esfenopalatina o algunas de sus ramas, por lo que es difícil visualizar el punto sangrante.<sup>1</sup>
- Superiores: el origen del sangrado se sitúa en las arterias etmoidales. El volumen de sangrado es elevado y su resolución dificultosa.<sup>1</sup>

Según las causas que las produzcan:

- Locales: Idiopáticas (Alrededor del 90% de las epistaxis atendidas en atención primaria son de origen idiopático.<sup>3</sup>), microtraumatismo, resfriado común, rinitis, factores ambientales, traumatismos, cuerpo extraños, entre otras.<sup>1</sup>
- Generales: fármacos, enfermedades infecciosas, enfermedades cardiovasculares, enfermedades hematológicas, enfermedades endocrinas, entre otras.<sup>1</sup>

### 3. Manejo

En un manejo inicial es importante tranquilizar al paciente, colocar al paciente con la cabeza inclinada hacia delante y abajo, evitando así la deglución de restos hemáticos.<sup>4</sup> Controlar la TA, FC y signos de hipoperfusión periférica.<sup>3</sup> Averiguaremos las circunstancias de la aparición, duración, volumen de la hemorragia y su frecuencia, además de los antecedentes personales.<sup>4</sup> Aplicar frío mediante compresas con hielo o geles previamente congelados en el cuello, nuca y dorso nasal.<sup>1</sup>

Se comenzara con la limpieza y sonado de las fosas nasales, si se dispone de aspirador, recoger el contenido nasal de delante hacia atrás para conseguir la localización del punto sangrante.<sup>4</sup> El uso de una torunda con anestésico local, asociado a un vasoconstrictor, permite una buena visualización del punto sangrante y disminuir el sangrado.<sup>2</sup>

Efectuamos una compresión digital externa sobre las alas nasales durante 5 a 10 minutos.<sup>4</sup> Si no cede colocaremos un algodón empapado en agua oxigenada y/o lidocaína con epinefrina al 2% o adrenalina al 1:1000 y compresión durante 10 minutos.<sup>3</sup>

La cauterización del punto sangrante se realizara con nitrato de plata y solo se aplicara a un lado del tabique nasal, comenzando con los tejidos circundantes y luego sobre el punto sangrante. Existen otras

alternativas a base de geles de glicina y calcio, o de polímeros y potasio.<sup>4</sup> Posteriormente se realizara un taponamiento suave con duración de 12 a 24 horas.<sup>3</sup>

Si con las medidas anteriores no logramos controlar, debemos colocar un taponamiento nasal anterior.<sup>2</sup> Para ello utilizaremos una tira de gasa de borde impregnada en pomada antibiótica o vaselina, colocándolas horizontalmente haciendo capas, marcando mayor presión en las áreas donde se encuentra el punto sangrante.<sup>1</sup> Rellenaremos con algodón el vestíbulo nasal y por el exterior se colocara un esparadrapo para evitar la expulsión del tapón.<sup>3</sup> El taponamiento se retira a las 48-72 horas.<sup>1</sup> En paciente anticoagulados se deja de 4 a 7 días.<sup>4</sup> Otra opción es la utilización de esponjas quirúrgicas tipo Merocel®, que posteriormente se humedece con suero salino isotónico, para conseguir su expansión<sup>1</sup> o un tapón de carboximetilcelulosa (Rapid Rhino®) el cual actúa como agregante plaquetario.<sup>2</sup> Posteriormente valoraremos la orofaringe asegurándonos de la ausencia de sangrado posterior.<sup>4</sup>

Si este no logra parar el sangrado, agregar un taponamiento posterior.<sup>2</sup> Este procedimiento resultado doloroso y molesto para el paciente, por lo que previamente se debe aplicar analgesia e incluso sedación ligera.<sup>1</sup> Este puede realizarse con una sonda Foley (nº 10 a 14) por la narina y dejándola colocada en la epifaringe. Posteriormente inflamamos el globo y tiramos suavemente hasta encontrar resistencia. Ayudamos con un tapón nasal anterior (cuidado con una excesiva presión sobre las estructuras nasales dado el riesgo de necrosis) y finalmente fijamos la sonda al vestíbulo nasal y el acabo proximal a la mejilla del paciente con esparadrapo.<sup>5</sup> Si aún se objetiva hemorragia, se coloca otra sonda Foley contralateral.<sup>4</sup> El tapón se deja por 5 a 7 días, durante el cual el paciente está hospitalizado.<sup>2</sup> Otra opción sería realizarlo con una sonda de neumotaponamiento (Epistat®).<sup>2-4</sup>

Si aún así se mantiene el sangrado debemos realizar un manejo invasivo, quirúrgico, endoscópico o intervencional.<sup>2</sup>

Se debe informar al paciente sobre posibles molestias como cefalea, sequedad bucal y epifora.<sup>3</sup> El paciente recibirá antibioterapia profiláctica para evitar sobreinfecciones.<sup>1</sup> Evitar ejercicio intenso o levantamiento de peso, bebidas alcohólicas, bebidas calientes, toser, sonarse la nariz y abrir la boca para disminuir la presión.<sup>3</sup> Intentar estar sentado o en la cama semi-incorporado.<sup>4</sup> Recurrir a urgencias en caso de hemorragia recurrente, dificultad respiratoria, deslizamiento de sangre por la garganta, fiebre o exantema.<sup>3</sup>

## DISCUSIÓN

Existen también sangrados de localización extranasal que se pueden presentar con epistaxis como la hemoptisis pulmonar, varices esofágicas hemorrágicas o tumores que debemos saber diferenciar.<sup>1</sup>

El profesional de enfermería debe de ser capaz de proporcionar adecuadas instrucciones sobre los cuidados posteriores al taponamiento ya que muchas de las recurrencias al servicio de urgencias se producen por falta de estas.<sup>3</sup>

## CONCLUSIONES

Epistaxis es todo proceso hemorrágico proveniente de los vasos que poseen las fosas nasales, siendo ésta un signo clínico, y no diagnóstico, que obliga a investigar su etiología.<sup>1</sup>

La mayoría de los pacientes deben de resolver su sangrado en el nivel primario de atención<sup>2</sup> con los métodos referenciados anteriormente, y aquellos que no lo logran requieren ser derivados a niveles especializados.<sup>1</sup> Aunque actualmente se siguen utilizando tradicionales técnicas de taponamiento con éxito, también se están aplicando nuevas alternativas (materiales coloides, endoscopio, fibra óptica...). Se debe seguir un protocolo establecido comenzando con procedimiento simples, hasta procedimientos más complejos, los quirúrgicos.<sup>2</sup>



### BIBLIOGRAFÍA

1. Martínez Riera JR, del Pino Casado R. Manual Práctico de enfermería comunitaria. Barcelona: Elsevier;2014
2. Alfredo Naser G., Cristián Aedo B. Epistaxis: diagnóstico y alternativas terapéuticas actuales. Rev. Hosp. Clin. Univ. Chile. 2007;18; 227 – 38
3. Morales Gómez-Cambronero, Isabel María. EPISTAXIS: ATENCIÓN DE ENFERMERÍA. Ciber revista [revista en Internet] 2011 [acceso 26 de enero de 2017], 20: 7. Disponible en: <http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/julio2011/pagina7.html>
4. Medicina Interna de Galicia [sede Web]. Lugo: Sociedad Gallega de Medicina Interna; 2016 [acceso 26 de enero de 2017]. García Vicente S, Millán Soria J. Epistaxis. Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias-clinicas/epistaxis/>
5. Rodríguez Sánchez MJ. Taponamiento nasal posterior. Rev ROL Enf 2008;31[6]:415-416



**ID232:****TÉCNICAS EN LA INYECCIÓN PARENTERAL PARA DISMINUIR EL DOLOR EN LA VACUNACIÓN**Eduardo Gil González<sup>1</sup>, Yolanda Vicente Prior<sup>2</sup>, Carolina Guerrero Mártir<sup>3</sup> y Sara Arraez Santana<sup>4</sup>.

- 1: Centro de salud Villanueva de la Cañada.
- 2: Centro de salud Villanueva de la Cañada.
- 3: Centro de salud Lavapiés
- 4: Centro de salud Valdezarza Sur

[edugil93@gmail.com](mailto:edugil93@gmail.com)**RESUMEN****Objetivo:** administrar vacunas con técnicas menos dolorosas.**Desarrollo:** realizamos una búsqueda bibliográfica centrándonos en artículos que contengan información relacionada con las vacunas y el dolor.**Discusión:** el miedo a recibir una inyección influye en la percepción negativa del niño a acudir a la consulta de enfermería, por ello la aguja se ha convertido en un símbolo negativo para muchos de ellos. Entre los diversos estudios, no hay unanimidad en la angulación, lugar, longitud y calibre de las agujas utilizadas con las vacunas; pero tampoco demuestran que ser una enfermera experimentada garantice un menor dolor.**Conclusiones:** el amamantamiento en lactantes o sacarosa, evitar la posición supina en menores de tres años, inyectar sin aspirar, técnicas de distracción y presión en el lugar de la inyección fueron unas intervenciones efectivas para disminuir la intensidad del dolor durante la administración de las vacunas.**ABSTRACT****Objective:** to administer vaccines with less painful techniques.**Development:** a bibliographical research has been carried out focusing on the articles having information related to vaccines and pain.**Discussion:** the fear of receiving an injection influences the child's negative perception towards going to the nursery consultations; thus, the needle has become a negative symbol for many of them. Among the various studies, there is no unanimity in the angulation, location, length and caliber of the needle used with vaccines but neither do they demonstrate that being an experimented nurse guarantees less pain.**Conclusions:** breastfeeding in babies or sucrose, avoiding supine position in children under three years old, non-aspirating injections, distraction techniques and pressuring on the injection place were effective interventions to decrease the intensity of pain during the administration of the vaccines.**PALABRAS CLAVE:**

Vacuna, amamantamiento, presión, inyectar sin aspirar, sacarosa.

Vaccine, breast feeding, pressure, non-aspirating injections, sucrose.

**INTRODUCCIÓN/JUSTIFICACIÓN/OBJETIVO**

A lo largo de la historia, la vacunación ha sido una de las actividades de prevención primaria más desarrolladas para la protección de la salud; pero también una de las más temidas y dolorosas entre la población. En la actualidad, el dolor y el temor a las inyecciones puede verse mitigado por la aplicación de alguna técnica sencilla que no se había dado a conocer hasta la fecha. Para mejorar la calidad de la asistencia sanitaria, deberíamos plantearnos las siguientes preguntas: ¿cabe la posibilidad de una mejora en el ámbito de la administración de las vacunas? ¿Es posible una metodología de administración por la cual se disminuya el dolor, síntoma más prevalente hoy en día? La siguiente revisión bibliográfica intentará dar respuesta a una de las actividades más rutinaria y automáticas que llevamos a cabo en las consultas de atención primaria: la vacunación.

## DESARROLLO

Para llevar a cabo la localización de los documentos bibliográficos se utilizaron varias fuentes documentales. Se realizó una búsqueda bibliográfica en noviembre de 2016 en *ClinicalKey* utilizando los descriptores: “dolor vacunas”. Tras la combinación de los siguientes filtros: “inglés”, “artículos a texto completo”, “artículos de revisión”, “medicina interna”, “pediatría” y “alergología e inmunología”. Contamos con 412 registros. Para seleccionar los artículos hemos incluido aquellos que presentaban las palabras: “reducción del dolor”, “dolor y ansiedad”, “analgesia” y “técnica de inyección”. Encontrando finalmente 5 registros que cumplían las características.

En el buscador *Fisterra* utilizamos las siguientes palabras clave: “dolor vacunas”, “guías clínicas”, “vacunas” y “técnica de administración”. Todo ello dio lugar a 1 único documento que reuniera todas las características.

En el buscador *Cochrane Plus* hemos obtenido 5 documentos utilizando como palabra clave: “dolor vacunas”. Pero hemos seleccionado únicamente aquellos que incluían palabras como: “tamaño de la aguja” y “orden de las vacunas”, quedándose reducida la búsqueda a 2 artículos.

En el buscador *CUIDEN* utilizando las palabras clave: “dolor vacunas”; hemos obtenido 42 artículos. Hemos incorporado 10 documentos que incluían palabras como: “tetanalgesia”, “aspirar en vacunas”, “manejo del dolor en vacunas”, “orden de administración de vacunas”, “paracetamol antes de la vacunación”, “velocidad de administración”, “EMLA”, “sacarosa” y “presión manual”.

En la base de datos *LILACS* hemos encontrado 30 artículos empleando la siguiente palabra clave: “vaccinationpain”. Seleccionando aquellos que contienen las siguientes palabras: “distracción audiovisual en la vacunación”. De los cuales solo 1 podemos emplearlo en la siguiente revisión bibliográfica.

En el buscador *TRIP DATA BASE* aplicando como palabra clave: “vaccinationpain” y como filtros: “sinopsis basada en la evidencia”; hemos encontrado 69 resultados. Utilizando las siguientes palabras clave: “disminución del dolor”, “estrategia de manejo del dolor”, “soluciones dulces” y “reducción del dolor en la inmunización” nos quedaremos con 4 artículos.

En el buscador *PubMedCentral* aplicando como términos MESH: “Vaccination” AND “Nursing” AND “Pain” hemos encontrado 5 resultados que servirán en esta revisión, excluyendo aquellos en los que aparecían las palabras: “herpes” y “postoperatorio infantil”.

En el buscador *SciELO* usando las palabras clave: “preparingchildvaccine” llegamos a encontrar un solo artículo.

En el portal de vacunas de la *Asociación Española de Pediatría*, hemos encontrado 2 documentos.

Todos estos documentos versan sobre nuestro principal objetivo: disminución del dolor.

## DISCUSIÓN

Por un lado, como aspectos coincidentes presentamos:

- Una técnica de inyección y retirada rápida y sin aspirar produce menos dolor.
- La lactancia materna debe iniciarse antes y continuar durante y después de las inyecciones de la vacuna, hasta varios minutos después de la última inyección.
- Administración de sacarosa en lactantes de hasta 12 meses que no pueden ser amamantados durante la vacunación.
- La marca comercial de la vacuna influye en el nivel de dolor debido a las variaciones de pH, adyuvantes, etc.
- El decúbito supino produce más dolor en la administración de vacunas.
- El frotamiento de la piel cerca del lugar de la inyección antes y durante la vacunación disminuye la sensación de dolor.
- Los anestésicos tópicos en forma de crema reducen el dolor asociado a la vacuna.
- Se ha demostrado que la distracción reduce el dolor y la angustia de los niños.
- La presión con el pulgar durante 10 segundos en el sitio de la inyección antes de la misma, reduce el dolor.

Por otro lado, como aspectos controvertidos tenemos:

- No hay unanimidad mundial en la angulación, lugar, longitud y calibre de las vacunas.
- Parece probable que una aguja más corta con el calibre más fino produciría menos dolor, sin embargo, esto no se confirma en los estudios que han investigado esta variable.

- Ser una enfermera experimentada no influye en el dolor de la vacunación en comparación con cualquier otra enfermera sin experiencia.
- La administración de paracetamol, acetaminofén o ibuprofeno previa a la vacunación no reduce el dolor.
- Las agujas congeladas utilizadas en la vacunación, no disminuyen el dolor.

Los apartados poco explorados son:

- El ámbito psicológico para disminuir el dolor en las vacunas.
- El por qué del aumento del dolor en decúbito supino.
- La posición óptima durante la vacunación es desconocida.
- Se recomiendan estudios adicionales para descartar una interacción entre los anestésicos tópicos y todas las vacunas infantiles comunes.
- No hay pruebas suficientes a favor o en contra de inyecciones simultáneas o secuenciales.
- Los estudios sobre el calentamiento de las vacunas previas a su administración no generan un resultado concluyente.
- No se encuentran conclusiones definitivas comparando los inyectores a chorro sin aguja de las vacunas tradicionales en referencia al dolor causado.
- No hay pruebas suficientes a favor o en contra del uso de técnicas de enfriamiento de la piel.

Las fortalezas de los artículos encontrados son:

- Las técnicas físicas para disminuir la sensación dolorosa han sido bastante investigadas y con un nivel de evidencia y grado de recomendación muy alto.

Entre las limitaciones que encontramos en la bibliografía señalamos:

- Las dosis óptimas de sacarosa se desconocen.
- Se requieren estudios adicionales para niños de más de 12 meses de edad para determinar el límite de edad superior para una analgesia confiable con sacarosa.
- Los métodos de distracción no reducen el dolor asociado con las inyecciones de vacunas pero reduce el malestar.
- Aún no se sabe con exactitud la eficacia de las vacunas intranasales.

Por lo tanto, las recomendaciones para la práctica enfermera son:

- Amamantamiento en lactantes o sacarosa en aquellos que no puedan lactar.
- Utilizar marcas de vacunas menos dolorosas.
- Evitar la posición supina en menores de 3 años.
- Inyectar sin aspirar.
- Técnicas de distracción.

## CONCLUSIONES

Según la revisión bibliográfica llevada a cabo, uno de los puntos más importantes, es una rápida técnica de inyección sin aspirado, la cual reduce significativamente la sensación dolorosa en la administración de las vacunas. Otros estudios abogan por la lactancia materna y/o soluciones de sacarosa y evitar la posición supina durante la vacunación a la par que aportan un grado de recomendación alto acerca de mantener durante 10 segundos la presión en el lugar de inyección y utilizar maniobras de distracción disminuyendo así el dolor.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Petousis-Harris H. Vaccine injection technique and reactogenicity—Evidence for practice. Vaccine [Internet]. 2008 [acceso 28 noviembre 2016]; 26(50): 6299-6304. Disponible en: <http://bvscsmckey.madrid.org:7778/#!/content/journal/1-s2.0-S0264410X08012012>

2. Taddio A, Appleton M, Bortolussi R, Chambers C, Dubey V, Halperin S et al. Reducing the pain of childhood vaccination: an evidence-based clinical practice guideline (summary). Canadian Medical Association Journal [Internet]. 2010 [acceso 14 noviembre 2016]; 182(18):1989-1995. Disponible en: <http://bvscsmckey.madrid.org:7778/#!/content/journal/1-s2.0-S082039461060778X>

3. Taddio A, Appleton M, Bortolussi R, Chambers C, Dubey V, Halperin S et al. Reducing the pain of childhood vaccination: an evidence-based clinical practice guideline. *Canadian Medical Association Journal* [Internet]. 2010 [acceso 6 noviembre 2016];182(18):E843-E855. Disponible en: <http://bvscsmckey.madrid.org:7778/#!/content/journal/1-s2.0-S082039461060805X>
4. Luthy K, Beckstrand R, Pulsipher A. Evaluation of Methods to Relieve Parental Perceptions of Vaccine-Associated Pain and Anxiety in Children: A Pilot Study. *Journal of Pediatric Health Care* [Internet]. 2013 [acceso 8 noviembre 2016];27(5):351-358. Disponible en: <http://bvscsmckey.madrid.org:7778/#!/content/journal/1-s2.0-S0891524512000430>
5. Hogan M, Kikuta A, Taddio A. A systematic review of measures for reducing injection pain during adult immunization. *Vaccine* [Internet]. 2010 [acceso 8 noviembre 2016];28(6):1514-1521. Disponible en: <http://bvscsmckey.madrid.org:7778/#!/content/journal/1-s2.0-S0264410X09018684>
6. Atención Primaria en la Red [sede Web]\*. Galicia: Consejería de Sanidad de la Junta de Galicia; 2015 [acceso 10 de noviembre de 2016]. Zubizarreta R, Rego E, Nartallo V. Técnicas de administración de las vacunas. Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias-clinicas/tecnicas-administracion-vacunas/>
7. Cochrane/Beirne P, Hennessy S, Cadogan S, Shiely F, Fitzgerald T, MacLeod F. Tamaño de la aguja para los procedimientos de vacunación en niños y adolescentes [base de datos en Internet]. Irlanda: Cochrane Pain, Palliative and Supportive Care Group [actualizada en noviembre 2014; acceso 15 de noviembre de 2016]. Disponible en: <http://www.biblioteca-cochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=%2011230715&DocumentID=CD010720>
8. Cochrane/Aparicio Rodrigo M, Juanes de Toledo B. ¿Influye el orden de las vacunas en el dolor del lactante? [base de datos en Internet]. Madrid: Evidencias en Pediatría [actualizada en diciembre 2009; acceso 15 de noviembre de 2016]. Disponible en: <http://www.biblioteca-cochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=%2011230715&DocumentID=ID200905077>
9. Cuiden [base de datos en Internet]. Sevilla: Fundación Index [actualizada en marzo 2014; acceso 15 de noviembre de 2016]. Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0874.pdf>
10. Luzón A, Velasco M. ¿Es correcto y necesario aspirar antes de inocular una vacuna intramuscular en niños? *Evidentia* [Internet]. 2015 [acceso 15 noviembre 2016]; 12(50). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5407069>
11. Sánchez-Molero Martín MP, del Cerro Gutiérrez AM, Galán Delgado H. Respuesta al dolor de lactantes según el orden de administración de las vacunas. *Rol de Enfermería* [Internet]. 2014 [acceso 15 noviembre 2016]; 37(6):442-449. Disponible en: <https://medes.com/publication/91706>
12. Leyva-Moral JM. Vacuna intramuscular en lactantes ¿aspirar o no aspirar? *Rol de Enfermería* [Internet]. 2012 [acceso 15 noviembre 2016]; 35(1):32-35. Disponible en: <https://medes.com/publication/71624>
13. González Torrente S, Pericàs Beltrán J. No parece aconsejable administrar por sistema antipiréticos profilácticos para prevenir la fiebre, las convulsiones febriles o las reacciones postvacunales producidas por DTT, antipolio o triple vírica. *Evidentia* [Internet]. 2008 [acceso 15 noviembre 2016]; 5(21). Disponible en: <http://www.index-f.com/ciberindex.php?l=2&url=/evidentia/n21/455articulo.php>
14. Ayudarte Larios M. Parches EMLA para reducción del dolor en vacunación durante la infancia: una alternativa efectiva. *Evidentia* [Internet]. 2006 [acceso 15 noviembre 2016]; 3(12). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n12/r270articulo.php>

15. Rodríguez Bailón M. Sacarosa, estimulación oral táctil y acurrucar al lactante, reducen el llanto tras la inyección postvacunal. Evidentia [Internet]. 2006 [acceso 15 noviembre 2016]; 3(12). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n12/r269articulo.php>
16. Márquez Crespo EM. ¿Tiene influencia la velocidad de administración de una inyección intramuscular y la percepción del dolor en un paciente adulto? Evidentia [Internet]. 2006 [acceso 15 noviembre 2016]; 3(11). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n11/r256articulo.php>
17. Bonill de las Nieves C. Utilización de la presión manual como técnica para reducir el dolor en la inyección intramuscular. Evidentia [Internet]. 2006 [acceso 15 noviembre 2016]; 3(11). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n11/r249articulo.php>
18. Navarro Bermúdez M. ¿Qué sentido tiene la administración sistemática de paracetamol en los niños vacunados? ¿Está justificada como profilaxis de reacciones postvacunales? Evidentia [Internet]. 2008 [acceso 15 noviembre 2016]; 5(21). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n21/r456articulo.php>
19. Plaza Sánchez L, Gómez Galán R. Efectividad en la aplicación de un método de distracción audiovisual en niños durante la vacunación. Revista Cubana de Enfermería [Internet]. 2015 [acceso 16 noviembre 2016]; 31(3). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192015000300002](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192015000300002)
20. Cohen L. A multifaceted distraction intervention may reduce pain and discomfort in children 4-6 years of age receiving immunisation. Evidence-Based Nursing [Internet]. 2010 [acceso 21 noviembre 2016]; 13(1):15-16. Disponible en: <http://ebn.bmj.com/content/13/1/15.extract>
21. The Royal Australian College of General Practitioners [sede Web]\*. Australia: The Royal Australian College of General Practitioners; 2015 [acceso 21 de noviembre de 2016]. Pain management strategies for childhood immunisation. Disponible en: <http://www.racgp.org.au/your-practice/guidelines/handi/interventions/children/pain-management-strategies-for-childhood-immunisation/>
22. The Royal Australian College of General Practitioners [sede Web]\*. Australia: The Royal Australian College of General Practitioners; 2013 [acceso 21 de noviembre de 2016]. Sweet solutions: procedural pain in infants (up to 12 months of age). Disponible en: <http://www.racgp.org.au/yourpractice/guidelines/handi/interventions/children/sweet-solutions-for-procedural-pain-in-infants/>
23. Harrington J. Sugar and warmth additively decrease pain in newborns getting vaccines. Evidence Based Medicine [Internet]. 2015 [acceso 21 noviembre 2016]; 20(4):125-125. Disponible en: <http://ebm.bmj.com/content/20/4/125.extract>
24. RN M, MSN R, APRN K. PARENTS' ASSISTANCE TO CHILDREN HAVING IMMUNIZATIONS. Issues in Comprehensive Pediatric Nursing. 2002;25(3):151-165. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12230828>
25. Lawton L, Rose P. Changing Practice in Invasive Procedures: the Experience of the Krishnan Chandran Children's Centre. Journal of Child Health Care [Internet]. 2003 [acceso 22 noviembre 2016]; 7(4):248-257. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14636430>
26. Hatfield L. Sucrose Decreases Infant Biobehavioral Pain Response to Immunizations: A Randomized Controlled Trial. Journal of Nursing Scholarship [Internet]. 2008 [acceso 24 noviembre 2016]; 40(3):219-225. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18840204>
27. Lacey C, Finkelstein M, Thygeson M. The Impact of Positioning on Fear During Immunizations: Supine Versus Sitting Up. Journal of Pediatric Nursing [Internet]. 2008 [acceso 24 noviembre 2016]; 23(3):195-200. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18492548>

28. Celebioglu A, Akpınar R, Tezel A. The pain response of infants in Turkey to vaccination in different injection sites. *Applied Nursing Research* [Internet]. 2010 [acceso 24 noviembre 2016];23(2):101-105. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20420997>
29. 13. Pontes J, Tabet E, Folkmann M, Cunha M, Almeida F. Therapeutic play: preparing the child for the vaccine. *Einstein (São Paulo)* [Internet]. 2015 [acceso 24 noviembre 2016];13(2):238-242. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-45082015000200012](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082015000200012)
30. Capítulo 5: Administración de vacunas [sede Web]\*. Madrid: Asociación Española de Pediatría; 2005 [acceso 25 de noviembre de 2016]. Normas generales de administración de vacunas. Disponible en: [http://vacunasaep.org/manual/Cap5\\_1\\_Normas\\_generales\\_administracion\\_vacunasaep.pdf](http://vacunasaep.org/manual/Cap5_1_Normas_generales_administracion_vacunasaep.pdf)
31. El portal de las vacunas de la Asociación Española de Pediatría [sede Web]\*. Madrid: Asociación Española de Pediatría; 2015 [acceso 25 de noviembre de 2016]. El Acto de la Vacunación: antes, durante y después. Disponible en: <http://vacunasaep.org/documentos/manual/cap-5#5>

**ID238:****INTERVENCION COMUNITARIA PARA LA PREVENCION, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA OSTEOPOROSIS EN LAS IV JORNADAS DE LA VILLA DE AGUIMES, GRAN CANARIA**

Carmelo Javier Hernández Castellano<sup>1</sup>, Natalia Mokina<sup>2</sup>, Leticia Verona Suárez<sup>3</sup>, Omayra Déniz Montesdeoca<sup>4</sup>, Najib Betancor Berrouhou<sup>5</sup>, Mónica Díaz García<sup>6</sup>.

Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria de Las Palmas Norte y Sur.  
[carmelohdez48@gmail.com](mailto:carmelohdez48@gmail.com)

**RESUMEN**

Durante la celebración de las IV Jornadas de Salud Comunitaria de la Villa de Agüimes, entre el 4 y 5 de Noviembre de 2016, los residentes de enfermería Familiar y Comunitaria de primer año fueron invitados a participar como ponentes, realizando una intervención comunitaria cuyo tema principal fue la prevención, diagnóstico y tratamiento de la osteoporosis (dieta, ejercicio, prevención de caídas, higiene postural), siendo el objetivo principal fomentar los conocimientos y habilidades sobre esta enfermedad. El resultado fue una experiencia enriquecedora por ambas partes, aumentando por un lado, el empoderamiento en salud de los participantes, y consolidando la figura de la enfermera promotora de salud en la comunidad, por otro.

**ABSTRACT**

During the 4th Community Health Day of the Village of Agüimes, that took place on November 4th and 5th of 2016, first-year residents of Family and Community Nursing were invited to participate as speakers and carry out the community intervention. The main focus of the presentation was to share knowledge and experience of preventing, diagnosing and treating the osteoporosis (diet, exercise, falls prevention, postural hygiene).

As the result of this event, both parties gained valuable knowledge, participated in advocating healthy life style and consolidated the figure of nursing as a health promoter in the community.

**PALABRAS CLAVE**

Osteoporosis, Salud Comunitaria, Prevención, Promoción de la salud, Habilidad.  
Osteoporosis, Community Health, Prevention, Health Promotion, Aptitude.

**INTRODUCCIÓN/PRESENTACIÓN**

Cada año el pueblo de Agüimes se vuelca para organizar unas jornadas comunitarias relacionadas con la promoción de la salud y prevención de enfermedades donde es necesario la participación de muchos profesionales de la salud para tal fin. A esta cita los residentes de Enfermería familiar y comunitaria de la Unidad Docente de Las Palmas han sido invitados como ponentes durante las tres últimas convocatorias. En esta última edición los residentes de primer año participamos realizando una intervención comunitaria cuya metodología se basó en una búsqueda bibliográfica principalmente del diagnóstico, prevención y tratamiento (dieta, ejercicio, prevención de caídas, higiene postural) de la osteoporosis.

Esta enfermedad afecta a dos millones de mujeres en España, encontrándose el 70% de ellas durante el periodo menopáusico. La osteoporosis causa unas 25000 fracturas cada año, las cuales conllevan a un incremento de la morbimortalidad de esta población.

La prevención juega un papel fundamental, siendo la herramienta más utilizada y la que mayor beneficio y menor coste presenta.

**OBJETIVOS (DE LA EXPERIENCIA)**

Objetivo general:

Adquirir conocimientos y habilidades para la prevención, el diagnóstico y tratamiento de la osteoporosis.

Objetivos específicos:

- Identificar los alimentos que componen una dieta adecuada.
- Aprender a realizar una rutina diaria de ejercicios.
- Reconocer las medidas posturales más adecuadas e inadecuadas.
- Identificar las barreras arquitectónicas y medidas para prevenir caídas.

**DESARROLLO**

Se realizó una intervención comunitaria en la cual los asistentes fueron principalmente mujeres de 50-60 años. La sesión se desarrolló presentando los temas principales (dieta, ejercicio, prevención de caídas, higiene postural) simultáneamente encargándose cada ponente de la exposición de cada tema, el espacio consistió en una sala acondicionada en el Auditorio de la Villa de Agüimes que contaba con proyector y pc para la sesión tipo Power Point. Posteriormente se realizó un taller con los asistentes para practicar hábitos posturales y ejercicio, terminando con un debate sobre el tema. La duración de la sesión fue de una hora y media aproximadamente, con tiempo final para preguntas y respuestas.

## RESULTADOS

La evaluación cualitativa de la sesión por parte de los participantes fue mayormente positiva, con una participación del total de los asistentes en los talleres propuestos y en el debate final. La entidad organizadora se encargó de repartir encuestas evaluativas a los participantes.

## CONCLUSIONES

1. Con la realización de esta sesión hemos conseguido un aumento del empoderamiento en salud en los participantes, además de los beneficios que pueden reportar los nuevos conocimientos y habilidades adquiridos.
2. Los nuevos conocimientos y habilidades adquiridos formaran parte de la práctica diaria de los asistentes, cuyo fin es la prevención de la osteoporosis, siendo esta la medida que se ha demostrado más efectiva.
3. El hecho de que los residentes de enfermería sean invitados a estas jornadas como ponentes es algo novedoso que solo se lleva realizando en las tres últimas ediciones.
4. La intervención comunitaria es pieza clave en la formación del residente y una dimensión básica en la labor de la enfermera comunitaria, además el contexto de unas jornadas comunitarias se ha presentado como el escenario ideal para el desarrollo de esta acción.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Guía de buena práctica clínica en osteoporosis postmenopáusica. Prevención de fracturas por fragilidad. OMC de España; Madrid, 2011.
2. Asociación Española contra la Osteoporosis (AECO) [Internet]. Madrid; 2016 [Consultado 26 de Sept 2016]. Disponible en: <http://www.aecos.es>
3. Alonso López RN. Tratamiento no farmacológico de la osteoporosis. Metas de Enfermería, 2010; 13(4): 22-25.
4. De la Torre Aboki J, Vela Casasempere P. La osteoporosis. Metas de Enfermería noviembre 2008; 11(9): 50-56.
5. Martín Salinas C, Díaz Gómez J. Alimentación y salud: salud ósea y alimentación. Metas de Enfermería, 2015; 20.
6. Asociación española con la osteoporosis y la artrosis (AECOSA) [Internet]. Madrid; 2016 [Consultado 29 de Sept 2016]. Disponible en: <http://www.aecos.es/ejercicios/>.
7. Sánchez Millán P. Ejercicio físico y prevención de osteoporosis, caídas y fracturas. SEGG [Internet]. 2013 [Consultado 1 de Oct 2016]. Disponible en: <https://www.segg.es/>.
8. European Network for Safety Among Elderly: Boletín informativo: prevención de las caídas en las personas de edad avanzada [Internet]. [Consultado 24 de Sept 2016]. Disponible en: [http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/1187f576-c67d-11e1-adc8-491cdb90fd3e/Publicaciones\\_BOLCAN\\_OSTEOPOROSIS.pdf](http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/1187f576-c67d-11e1-adc8-491cdb90fd3e/Publicaciones_BOLCAN_OSTEOPOROSIS.pdf)
9. Montes Gómez E, Ojeda Bruno S. Osteoporosis en la menopausia. Boletín Canario del uso racional del medicamento del SCS (BOLCAN) [Internet]. 2012 [Consultado 24 de Sept 2016]; 4(2). Disponible en: [http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/1187f576-c67d-11e1-adc8-491cdb90fd3e/Publicaciones\\_BOLCAN\\_OSTEOPOROSIS.pdf](http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/1187f576-c67d-11e1-adc8-491cdb90fd3e/Publicaciones_BOLCAN_OSTEOPOROSIS.pdf)
10. Fernández Roseñada A. Terapias de reeducación física y postural. Dilema; 2008.



**ID262:****SITUACIÓN ACTUAL DE LA LACTANCIA MATERNA EN UNA ZONA DE SALUD URBANA. FACTORES SOCIOECONÓMICOS Y SANITARIOS QUE LA CONDICIONAN**

Almudena González Huéscar<sup>1</sup>, Isabel Lorido Cano<sup>1</sup>, Ana Cubero Santos<sup>1</sup>, Rosa Gemma Menaya Macías<sup>1</sup>, Esther Cordero Sánchez<sup>1</sup>, Maria Macías Espinosa<sup>1</sup>.

Equipo de Atención Primaria del Centro de Salud El Progreso, Badajoz.

[almu.agh@gmail.com](mailto:almu.agh@gmail.com)

**RESUMEN****INTRODUCCIÓN**

Observamos en consulta del niño sano bajas tasas de lactancia materna (LM).

**OBJETIVOS**

Describir la situación de la LM desde el nacimiento a los 12 meses de edad en nuestra Zona Básica de Salud, y los factores sociosanitarios que pueden condicionarla.

**MATERIAL Y MÉTODOS**

Estudio descriptivo transversal al total de mujeres que fueron madres durante 2014 y 2015 (n=135).

**RESULTADOS**

Se recogieron datos de 137 madres. Al alta tras el nacimiento, el 43,8% recibía lactancia materna exclusiva (LMEx). La duración media de LMEx fue 1,7 meses. Solamente el 11,7% alcanzó los 6 meses.

**CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN**

El tiempo de LMEx y LM total está por debajo de lo recomendado. Debemos llevar a cabo intervenciones para promoverla.

**ABSTRACT**

**CURRENT SITUATION OF BREASTFEEDING IN AN URBAN PRIMARY CARE HEALTH CENTER. SOCIOECONOMIC AND SANITARY FACTORS THAT DETERMINE IT.**

**Introduction**

One of the problems observed in our Pediatric Clinic is that many of them do not initiate or do not maintain breastfeeding during the recommended time.

**Objective**

To describe the situation of LM from birth to 12 months of age in our primary care health center, and socio-health factors that could affect it.

**Material and Methods**

Descriptive retrospective study about the total of women who had a child during 2014 and 2015 (n = 135)..

**Results**

Data were collected from 137 mothers. At discharge after birth, 43.8% of infants received fullbreastfeeding. The average length of full breastfeeding was 1.7 months. Only 11.7% of the women reached 6 months of full breastfeeding.

**Conclusions**

The full breastfeeding and total breastfeeding duration were shorter than international recommendations. Activities supporting breastfeeding should be intensified

**PALABRAS CLAVE**

Lactancia materna. Prevalencia. Nivel socioeconómico. Atención primaria. Lactante.

Breastfeeding, Prevalence Feeding, Socioeconomic level. Primary care. Infant.

**INTRODUCCIÓN**

La lactancia materna (LM) es el mejor alimento que la madre puede ofrecer al recién nacido. Cubre las necesidades nutricionales para su adecuado crecimiento y desarrollo físico y desde el punto de vista emocional le asegura el establecimiento de un buen vínculo madre-hijo <sup>(1)</sup>.

Las instituciones científico-sanitarias nacionales e internacionales recomiendan mantener la LM durante los primeros 6 meses de vida de forma exclusiva y con una adecuada alimentación complementaria hasta los 2 años o más <sup>(1) (2) (3)</sup>.

Está bien demostrado que el lactante no necesita nada más que leche materna hasta los seis meses de edad ya que ésta le aporta todos los nutrientes necesarios y por otro lado, la introducción más temprana de otros alimentos puede causarle problemas <sup>(1)</sup>.

A pesar de los numerosos beneficios conocidos de la lactancia materna, el inicio y mantenimiento de la misma en las últimas décadas se sitúan muy por debajo de lo recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) <sup>(4)</sup>. Diferentes estudios han tratado de investigar los factores que pueden influir en ello y se concluye que influyen factores de diversa índole, tales como falta de información prenatal a la madre, o la falta de información de los profesionales tanto a nivel hospitalario como en Atención Primaria. Esto conlleva a una falta de apoyo a las madres en el postparto, pérdida de la cultura de la lactancia materna, las actuales abuelas no pueden apoyar a sus hijas como se hacía antaño, publicidad sobre leches artificiales, donativos de leches artificiales gratuitas <sup>(1) (4)</sup>.

En las consultas de pediatría y enfermería pediátrica de nuestro Centro de Salud, se tiene la impresión subjetiva de que son pocas las madres que optan por la lactancia materna exclusiva (LMEx) como forma de alimentación de su bebé, así como que hay una tendencia a la introducción precoz de la alimentación complementaria.

### **OBJETIVOS**

Conocer la situación de la LM desde el nacimiento a los 12 meses de edad en nuestra Zona Básica de Salud (ZBS).

Describir los factores sociosanitarios que pueden condicionar el inicio y mantenimiento de la LM en la ZBS.

### **MATERIAL Y MÉTODOS**

Estudio transversal descriptivo retrospectivo al total de mujeres, madres de niños/as nacidos durante un periodo de dos años (desde enero de 2014 a diciembre de 2015) en la Zona Básica de Salud El Progreso.

La recogida de datos se realizó mediante hojas de registro y entrevista estructurada (Anexo 1) a las madres de niños nacidos en el periodo señalado cuando acudían a la consulta del niño sano. Se intentó contactar telefónicamente con las madres de los niños que no acudieron a dicha revisión.

Las variables estudiadas tanto en las madres como en los niños aparecen reflejadas en la Tabla 1.

Los criterios de exclusión fueron cualquier factor tanto de la madre como del niño que contraindique de forma absoluta la LM: VIH, galactosemia, fármacos y drogas que contraindiquen la LM, tuberculosis activa, miastenia gravis, cáncer de mama, hipopituitarismo (síndrome de Sheehan), neoplasias.

Siguiendo las recomendaciones nacionales e internacionales <sup>(4)</sup>, se consideró alimentación con lactancia materna exclusiva (LMEx) cuando se recibía solo leche materna, lactancia mixta (LMix) cuando además de la leche materna se ingería también leche de fórmula, y lactancia artificial (LA) cuando únicamente se tomaba leche de fórmula. La lactancia materna total sería la suma de los alimentados con LMEx y LMix <sup>(4)</sup>. Los datos fueron registrados en el programa SPSS Statistics 22, en el que se ha realizado el estudio descriptivo.

### **RESULTADOS**

Durante el periodo de tiempo estudiado hubo un total de 170 nacimientos (90 en 2014 y 80 en 2015) en la Zona Básica de Salud El Progreso. De ellos se recogieron datos de un total de 137 madres y 139 niños (el 81,5% del total de mujeres de la zona que fueron madres en el periodo de estudio). Los datos del resto de los casos no fueron recogidos por varios motivos: cambios de zona de salud, no acuden a la consulta del niño sano, o no se pudo contactar telefónicamente con ellos. Fueron excluidos 2 casos por uso de medicación que contraindica la LM por parte de la madre.

La edad media de las mujeres estudiadas fue de 26,8 años (Desviación Estándar [DE]: 5,88; rango: 16-42 años). El 10,2% eran menores de 20 años y el 13% tenían una edad igual o superior a 35 años.

En cuanto a su nivel educativo el 47,4% solo cursó estudios primarios, un 31,1% no tenían estudios, un 19,3% concluyeron formación profesional o bachillerato y únicamente un 2,2% realizaron estudios universitarios. Figura 1.

En más de la mitad de los casos (66,7%) la situación laboral era de desempleo. Un 31,1% se encontraban activas y el 2,2% todavía cursaban estudios.

Respecto a la estructura familiar, el 77% viven en familia nuclear, 18,5% en nuclear extensa, y el 3% y 1,5% en familia monoparental y monoparental extensa respectivamente. El 70,1% de las madres estudiadas eran fumadoras.

El 67,2% de las mujeres habían tenido al menos un embarazo previo, siendo el número máximo de embarazos anteriores de seis (1,5% de los casos). En el 97,8% de los casos el embarazo de los recién nacidos estudiados se produjo de forma natural, y el 71,9% fue deseado. La proporción de asistencia al grupo de preparación al parto fue de un 36,3% de las participantes.

Respecto al tipo de parto el 78,5% fue vaginal y el 21,5% cesárea. La media de edad gestacional fue de 40 semanas aproximadamente, siendo prematuros el 5,1% de los casos.

Al alta tras el nacimiento, el 43,8% de los bebés recibían LMEx, el 36,5% LMix y el 19,7% LA.

La duración media de LMEx fue aproximadamente de 1,7 meses (DE: 2,17; rango: 0-7 meses). Las tasas de LMEx fueron disminuyendo a lo largo del tiempo, siendo de 43,8% al alta, 37,2% a los dos meses y 24,8% a los cuatro meses. Solamente el 10,9% de los casos estudiados superaron los seis meses de LMEx. Figura 2.

La duración media de LM total fue de 4 meses (Desviación estándar [DE]: 4,50; rango: 0-12 meses). En cuanto a la prevalencia de la LM total durante los primeros 12 meses de vida, también se observa descenso de la misma a lo largo del tiempo. En el momento del alta un 80,3% de las madres salieron del hospital con LM en alguna de sus modalidades, siendo esta del 54,7% a los dos meses, del 38,7% a los cuatro meses, del 26,3% a los seis meses y del 22,6% a los nueve meses. Únicamente el 19% alcanzó los 12 meses. Figura 3.

El 69,6% refirió haber recibido apoyo para la LM. Al 43% de las mujeres se le recomendó LA, de las cuales el 11,1% fueron aconsejadas por sanitarios y el 31,9% por su entorno (familia y amigos).

El principal motivo que refieren las encuestadas como de abandono de LM es la insuficiente producción (38,1%). El 24,6% suspenden LM por decisión materna, enfermedad madre/niño (7,5%), trabajo materno (6%), consejo médico (5,2%) y otras causas (7,5%).

La edad a la que mayoritariamente introdujeron la alimentación complementaria los niños estudiados fue a los 4 meses (49,2%), siendo el 12,1% los que la introducen antes de esta edad y el 20,2% los que lo hacen a una edad igual o superior a los 6 meses.

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Según datos del Instituto Nacional de Estadística <sup>(6)</sup> la edad media a la que se tiene el primer hijo en España es de 31,9 años. Esto quiere decir que las mujeres estudiadas tienen su primer hijo a una edad más temprana que la media española, sobre todo teniendo en cuenta que en más de la mitad de ellas no se trata de su primer hijo.

En cuanto a las características socioeconómicas, podemos decir que las madres estudiadas pertenecen a una clase social media-baja, en la que la mayoría de ellas ha terminado únicamente estudios primarios y se encuentra en el desempleo. De aquellas que si están trabajando, la mayoría desempeña trabajos "precarios", con jornadas prolongadas, sin posibilidad de disfrutar en muchos casos de un permiso de maternidad, lo que influye negativamente en el mantenimiento de la lactancia en algunas de nuestras madres.

Las tasas de LMEx en nuestra cohorte fueron de 43,8% al alta, 37,2% a los dos meses y 24,8% a los cuatro meses. Solamente el 10,9% de los casos estudiados superaron los seis meses de LMEx. Teniendo en cuenta que las recomendaciones internacionales de LMEx hasta los 6 meses y complementada con otros alimentos hasta los dos años <sup>(2)</sup>, el tiempo de LMEx y LM total en nuestra zona está muy por debajo de los niveles deseables.

Estudios revisados coinciden en establecer el nivel sociocultural bajo como un factor de riesgo para el inicio y mantenimiento de la lactancia materna, como ocurre en nuestra población. La influencia positiva de un mayor nivel de estudios de la madre en la duración de la LM ha sido probada <sup>(2,4)</sup>. De nuestra población, el 47,4% solo cursó estudios primarios, un 31,1% no tenían estudios, un y sólo el 2,2% estudios universitarios.

A nivel nacional no existe actualmente un sistema oficial de seguimiento y monitorización de LM y los datos de los que disponemos se basan en estudios realizados a nivel local <sup>(4,8)</sup>. El primer estudio que se

realizó en España con una amplia fuente de datos fue impulsado por el Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría (AEP) en 1997<sup>(9)</sup>. Recogía los datos de 12156 encuestas repartidas en 18 provincias. Según los resultados publicados, la prevalencia de LM era del 84,2% al nacimiento, del 65,8% a los dos meses, del 42,1% a los cuatro meses y descendía a un 24,8% a los 6 meses, siendo la duración total de la LM entre los encuestados de 3,2 meses.

Los datos más actuales publicados sobre LM en España son los de la Encuesta Nacional de Salud de 2006 del Instituto Nacional de Estadística<sup>(6)</sup>. Las tasas de LM serían: 70,4% a las 6 semanas, el 63,3% a los tres meses y el 38,7% a los seis meses, encontrándose estas cifras por encima de las del trabajo anterior, y siendo también superiores a los datos de nuestra zona.

El primer motivo que refieren las encuestadas de abandono de la lactancia materna es la insuficiente producción. Esto coincide con datos referidos en otros estudios revisados. Es conocido que en muchos casos no se trata de una hipogalactia real, sino una percepción subjetiva de insuficiente producción por diferentes motivos: llanto exagerado, ganancia ponderal inferior a la esperada, miedo, desconocimiento, falta de apoyo, etc<sup>(5)</sup>.

Otro de los motivos que pueden influir para el inicio y mantenimiento de la LM en nuestra población, es que existen ayudas sociales para obtener de forma gratuita la leche artificial, algunas veces concedidas antes del parto para el primer año de vida del RN. Esto nos hace pensar que muchas de ellas opten por este tipo de alimentación a priori más cómoda y ante cualquier pequeña adversidad, abandonen la LM. Para solucionar este problema creemos debemos centrar nuestros esfuerzos en informar sobre los beneficios de la lactancia materna para que sean las madres debidamente informadas, las que tomen la decisión.

Estudios revisados reflejan que muchas mujeres dejan de lactar al surgir dificultades, por parte de la madre o el niño que no son capaces de solucionar. Esto ocurre generalmente en el primer mes de vida y al no ser capaces de afrontarlos optan por la lactancia artificial<sup>(10)</sup>. En nuestra población hemos detectado este problema; muchas de las encuestadas reconocen que los profesionales sanitarios no supieron solucionar sus dudas o les recomendaron lactancia artificial. Esto pone de manifiesto la necesidad de formación e implicación del personal sanitario en este tema. En España en los últimos años se está haciendo un esfuerzo para promocionar la lactancia materna y se están obteniendo mejoras en las tasas de lactancia<sup>(2)</sup>; aun así estamos muy lejos de alcanzar los objetivos de la Organización Mundial de la Salud<sup>(10)</sup>. Como educadores sanitarios, los enfermeros, junto con otros profesionales, somos responsables de la promoción de la lactancia materna y para ello es necesaria una adecuada formación en técnica de amamantamiento y las verdaderas contraindicaciones de la LM.

La mayoría de los fármacos de uso habitual son compatibles con la lactancia materna y en pocas ocasiones es necesario suspenderla. La información al respecto está disponible en diversos manuales y en internet y debería ser conocida por todos los profesionales de la salud. Se puede consultar en la dirección [www.e-lactancia.org](http://www.e-lactancia.org)<sup>11</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA

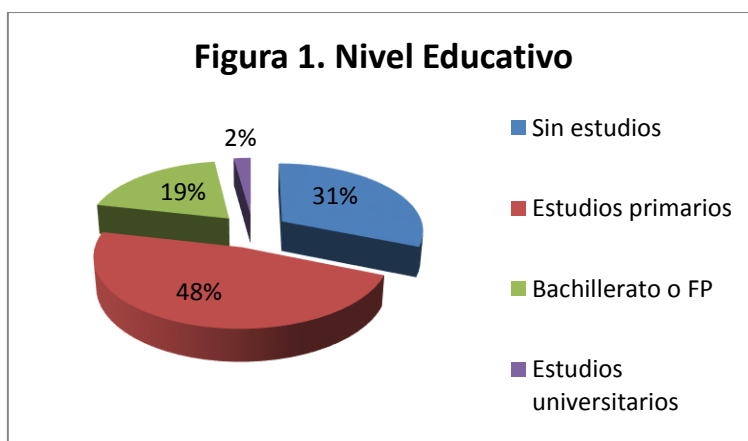
1. Manual de Lactancia Materna. De la teoría a la práctica. Editorial Médica Panamericana. 2008.
2. Cuadrón Andrés L, Samper Villagrasa MP, Álvarez Sauras ML, J.J. Lasarte Velillas JJ, Rodríguez Martínez G, Grupo Colaborativo CALINA. Prevalencia de la lactancia materna durante el primer año de vida en Aragón. Estudio CALINA. An Pediatr 2013;79:312-8
3. Oves Suárez B, Escartín Madurga L, Samper Villagrasa MP, Cuadrón Andrés L, Álvarez Sauras ML, Lasarte Velillas JJ, Moreno Aznar JA, Rodríguez Martínez G. Inmigración y factores asociados a lactancia materna. Estudio Calina. An Pediatr (Barc). 2014;81(1):32-38
4. Giménez López V, Jimeno Sierra B, Valles Pinto MD, Sanz de Miguel E. Prevalencia de la lactancia materna en un centro de salud de Zaragoza (España). Factores sociosanitarios que la condicionan. Rev Pediatr Aten Primaria. 2015;17:17-26
5. Hernández MT, Aguayo J. La lactancia materna: cómo promover y apoyar la lactancia materna en la práctica pediátrica. Recomendaciones del Comité de Lactancia de la AEP. An Pediatr (Barc). 2005; 63: 340-56.
6. Instituto Nacional de Estadística, Ministerio de Sanidad y Consumo. Disponible en: [www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2012/EstilosVidaPorcentaje.pdf](http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2012/EstilosVidaPorcentaje.pdf)

7. Gartner LM, Morton J, Laurence RA, Nylor AJ, O'Hare D, Schanler RJ, et al. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*. 2005; 115:496-506
8. Hernández Aguilar MT, Muñoz Guillén A, Lasarte Velillas JJ, García Vera C, Díaz Marijuan C, Martín Calama J. La lactancia materna en la Comunidad Valenciana. Análisis multivariante de una encuesta a 6.400 lactantes. *Rev Pediatr Atención Primaria* 2004; 6(21):19-37.
9. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Informe técnico sobre la lactancia materna en España. *An Esp Pediatr*. 1999;50:333-40.
10. Jimenez Sesma ML, Pardo Vicastillo V, Ibañez Fleta E. La influencia del profesional sanitario en la lactancia materna. *Medicina Naturista* 2009 ; 3 (2): 77-85.
11. Asociación para la promoción e investigación científica y cultural de la lactancia materna. Proyecto e-lactancia. Disponible en: [www.elactancia.org](http://www.elactancia.org).

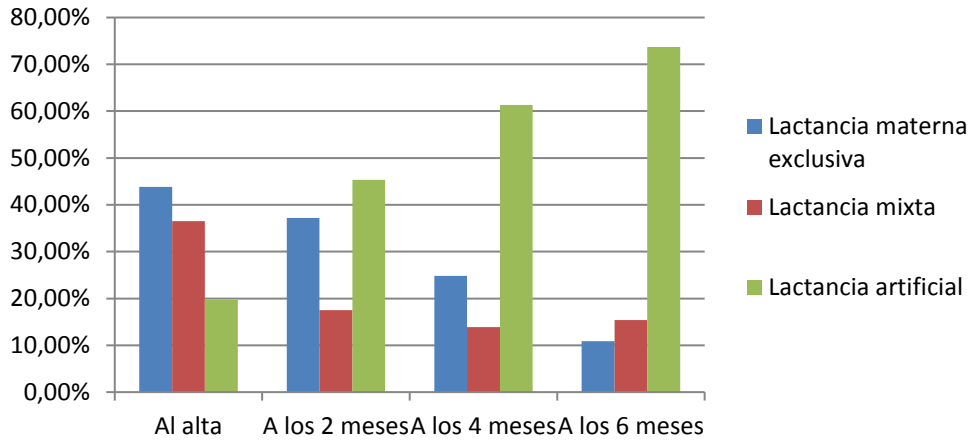
**GRÁFICOS Y/O TABLAS**

**Tabla 1. Variables estudiadas.**

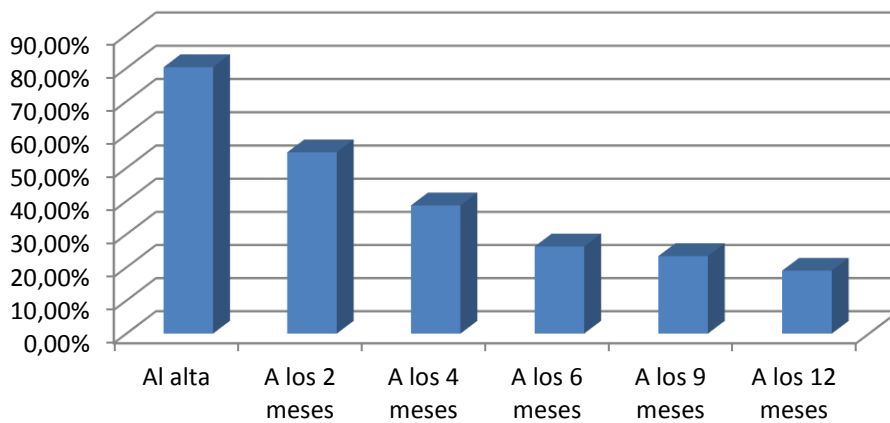
MADRES	NIÑOS
Edad	Sexo
Gestaciones previas	Peso
Deseo de embarazo	Edad gestacional
Embarazo espontaneo o artificial	Gemelaridad
Tipo parto	Tipo de lactancia al salir del hospital
Asistencia a preparación al parto	Tiempo de LME
Apoyo lactancia postparto	Tiempo de LM total
Recomendación LA	Motivo de abandono de LM
Hábito tabáquico	Edad a la que introducen otros alimentos
Estudios, profesión y situación laboral	Edad a la que empieza guardería



**Figura 2. Tipo de alimentación desde el nacimiento hasta los 6 meses**



**Figura 3. Prevalencia de la LM total durante los primeros 12 meses de vida**



(Anexo 1)

HOJA DE RECOGIDA DE DATOS PARA ENTREVISTA A LAS MADRES QUE HAN TENIDO LM

1. ¿A qué edad tuvo el niñ@?
2. ¿Qué sexo tiene el niñ@?
3. ¿Cuántos embarazos ha tenido antes de este hij@?
4. ¿Fue el embarazo deseado o no?
5. ¿Embarazo espontáneo o artificial?
6. ¿Qué tipo de parto tuvo: cesárea, eutócico ( normal), distócico ( ventosa, fórceps,..)
7. ¿Parto único o múltiple?
8. ¿Cuánto pesó al nacer?
9. ¿ con cuántas semanas de gestación tuvo a su hij@?
10. ¿Fue a algún tipo de preparación al parto?
11. ¿Tuvo apoyo en la lactancia después del parto: hospital, consejo de su pediatra, enfermera, matrona, ...?
12. ¿Alguien le recomendó biberón? ¿Quién?
13. ¿A qué edad le introdujo alimentación complementaria: fruta, purés,...?
14. ¿Por qué abandonó la LM?:
  - Enfermedad madre / niño
  - Consejo médico
  - Decisión materna
  - Trabajo materno
  - Insuficiente producción
  - Otros.
15. ¿Qué tipo de lactancia tiene al salir del hospital: LM exclusiva, L mixta o artificial?
16. ¿Hasta cuándo le dio sólo pecho?
17. ¿Hasta cuándo le dio mixta?
18. ¿Fumó durante el primer año de vida de su hijo?
19. ¿Qué estudios tiene?
20. ¿Qué profesión tiene?
21. ¿Qué situación laboral tuvo en el año en el primer año de vida de su hij@?
22. ¿Llevó a su hijo a la guardería antes de los 12 meses?

**ID279:****CRIBADO DE FRAGILIDAD A PERSONAS MAYORES DE 70 AÑOS EN UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA**Irene Pazos Domínguez<sup>1</sup>, María del Carmen Arcay Veira<sup>1</sup>

1. Centro de Salud Os Mallos (A Coruña).

[irene.pazos.92@gmail.com](mailto:irene.pazos.92@gmail.com)**RESUMEN**

Introducción: La fragilidad es el estado fisiopatológico que predispone al anciano a una mayor vulnerabilidad a padecer eventos adversos. El Sistema Nacional de Salud (SNS) propone desarrollar el cribado de fragilidad a toda la población mayor de 70 años. Objetivo: Determinar la prevalencia de fragilidad a través del método de cribado propuesto por el SNS. Material y Métodos: Estudio descriptivo y transversal dirigido a usuarios mayores de 70 años del Centro de Salud de Os Mallos que acudan a consulta de enfermería y firmen el consentimiento informado. La muestra será de 111 usuarios para estimar una prevalencia de fragilidad del 10% (seguridad 95%, precisión 6%, pérdidas 15%). Se realizará un análisis estadístico descriptivo. Relevancia: El aumento en la producción científica sobre la fragilidad y la falta de evidencia sobre la aplicación del cribado justifica la realización de este proyecto.

**ABSTRACT**

Introduction: Fragility is the pathophysiological state that predisposes the elderly to greater vulnerability to adverse events. The National Health System (NHS) proposes to develop the screening of fragility to all the population over 70 years. Objective: To determine the prevalence of fragility through the screening method proposed by the NHS. Material and Methods: A descriptive and cross-sectional study aimed at users older than 70 years of the Os Mallos Health Center who attend a nursing consultation and sign informed consent. The sample will be 111 users to estimate a prevalence of fragility of 10% (safety 95%, accuracy 6%, losses 15%). A descriptive statistical analysis will be performed. Relevance: The increase in scientific production on the fragility and lack of evidence on the application of screening justifies the realization of this project.

**PALABRAS CLAVE**

Anciano frágil, cribado, prevalencia, ejercicio, atención primaria de salud.

Frail elderly, screening, prevalence, exercise, primary healthcare.

**INTRODUCCIÓN**

Los cambios sociodemográficos de las últimas décadas reflejan el envejecimiento progresivo de la población a nivel mundial<sup>1</sup>. Éste es heterogéneo, la población no envejece de igual forma<sup>2,3</sup>. En muchas ocasiones el aumento de la esperanza de vida origina un incremento de las tasas de enfermedad, discapacidad y dependencia<sup>1</sup>. Esto supone un desafío para la planificación de los recursos sociales y sanitarios<sup>4</sup>. Como consecuencia de esta situación, surge el concepto de envejecimiento activo, definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como “el proceso de optimización de oportunidades de salud, participación y seguridad con el objetivo de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen”. Comprende por tanto el mantenimiento de la capacidad funcional, tanto física como cognitiva<sup>5</sup>.

En este contexto surge el concepto de fragilidad, que se define por consenso como un estado fisiopatológico que predispone al anciano que la tiene a una mayor vulnerabilidad a tener eventos adversos (caídas, hospitalización, delirio, muerte) derivada de una disminución de la reserva homeostática y de la respuesta a estresores<sup>6,7</sup>. También se describe como un estado de “prediscapacidad”, por lo que en su definición e instrumentos de medida no deben aparecer determinantes de discapacidad<sup>8,9</sup>.

Se trata de un concepto dinámico, no estático, puede mejorar o empeorar<sup>10, 11, 12</sup>. Constituye un continuum desde lo fisiológico a la fragilidad y posteriormente a la discapacidad y dependencia<sup>8,9</sup>. No es una consecuencia inevitable del envejecimiento<sup>10, 12</sup>.



La patogenia de la fragilidad se considera multifactorial, intervienen en su etiología factores genéticos, inflamatorios, moleculares, hormonales, estrés oxidativo, etc<sup>9</sup>. El desencadenante principal de la fragilidad es la pérdida de masa muscular o sarcopenia, que conlleva una alteración estructural y metabólica<sup>1, 8, 13</sup>. Otras alteraciones implicadas en la patogenia de la fragilidad son la anorexia, malnutrición, depresión, polifarmacia, entre otras<sup>8,13</sup>.

La fragilidad es potencialmente reversible llevando a cabo medidas de prevención primaria y secundaria sobre los factores causales<sup>9, 7, 14</sup>. Las intervenciones que demuestran eficacia en el tratamiento de la fragilidad son especialmente cuatro: ejercicio físico (de resistencia y aeróbico), soporte nutricional proteico y calórico, vitamina D y reducción de la polifarmacia<sup>7</sup>. Por tanto, una intervención temprana en personas frágiles mejoraría la calidad de vida, ya que se reduciría potencialmente la progresión hacia la discapacidad y otros resultados adversos<sup>7,13</sup>.

A pesar de los avances en el concepto de fragilidad, la estimación de su prevalencia es metodológicamente limitada, ya que la definición operacional de fragilidad, las características de las cohortes seleccionadas y las herramientas de detección empleadas varían según los estudios<sup>1, 8, 11, 15,16</sup>. En España, existen varios estudios de cohortes longitudinales con metodología similar y aunque los resultados son variables, establecen la prevalencia de fragilidad en mayores de 65 años entre un 8, 4% y un 15, 2%<sup>17,18,19,20,21,22</sup>.

La relevancia clínica, asistencial y epidemiológica de la fragilidad ponen de manifiesto la necesidad de instaurar métodos de detección precoz que permitan identificar al grupo de mayores frágiles, que son los que más se pueden beneficiar de intervenciones de prevención que ayuden a retrasar o revertir la discapacidad y dependencia<sup>1, 3, 4, 8</sup>.

La detección precoz de la fragilidad es un tema prioritario, reflejado de forma emergente en investigación<sup>9,23</sup>. Los estudios coinciden en la importancia de detectar la fragilidad y en que el nivel más adecuado es Atención Primaria (AP)<sup>23,24</sup>. Los modelos y herramientas de detección de fragilidad deben ser eficaces, sencillos, rápidos y validados para que se puedan aplicar a nivel comunitario<sup>3, 11, 16</sup>.

Los modelos desarrollados y validados en investigación son: el modelo fenotípico de Fried y el modelo de acumulación de déficits<sup>8, 12, 23</sup>. El fenotipo de Fried desarrolla cinco criterios clínicos: pérdida de peso, debilidad muscular, agotamiento, lentitud en la marcha y grado de actividad física bajo<sup>12</sup>. Considera al sujeto frágil si aparecen tres o más criterios, prefrágil si aparecen dos o uno, y no frágil si no cumple ningún criterio<sup>8, 12, 16</sup>. El modelo de acumulación de déficits se basa en índices multidimensionales que valora ítems de morbilidad, discapacidad, factores mentales y sociales<sup>8, 12, 23</sup>. Ambos modelos son ampliamente utilizados en estudios epidemiológicos, pero no han sido desarrollados en la práctica clínica, son poco viables en Atención Primaria, debido a su complejidad y necesidad de equipamiento específico<sup>8, 3, 16, 23</sup>.

También existen distintas herramientas y escalas para detectar la fragilidad: escalas de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD), escala FRAIL, test de ejecución, entre otros<sup>8,23</sup>.

Los test de ejecución son pruebas sencillas que valoran la marcha, el equilibrio y la movilidad, destinados a cuantificar la limitación funcional<sup>8</sup>. Se consideran poderosos predictores de eventos adversos de salud en ancianos<sup>16, 23</sup>. Entre ellos se encuentran el "Levántate y anda", "velocidad de la marcha" y "Short Physical Performance Battery (SPPB)"<sup>8</sup>. Estas pruebas tienen alta sensibilidad y moderada especificidad para el cribado<sup>3,12</sup>. Son sencillas para desarrollar en la práctica asistencial<sup>8</sup>.

Dentro de las pruebas de ejecución, cabe destacar el SPPB, que ha sido validada y normalizada en nuestro medio<sup>23</sup>. Es un test muy completo, ya que aporta datos sobre movilidad, equilibrio y flexibilidad<sup>25</sup>. Consta de tres apartados: la velocidad de la marcha en cuatro metros, el equilibrio en bipedestación, tándem y semitándem; y tiempo en levantarse de una silla cinco veces<sup>8</sup>. El SPPB tiene grandes ventajas: se completa en pocos minutos, requiere poco entrenamiento, el equipamiento es sencillo, proporciona información objetiva sobre la función física de la persona y además se puede cuantificar de forma numérica<sup>26</sup>. La puntuación total del SPPB resulta de la suma de los tres sub-tests, y varía desde 0 (peor) hasta 12, una puntuación por debajo de 10 indicaría fragilidad<sup>4</sup>. El SPPB puede usarse de forma efectiva para identificar la fragilidad a la gente mayor en la comunidad<sup>25</sup>.

Una vez que la fragilidad ha sido identificada debe realizarse la Valoración Geriátrica Integral (VGI), ya que parece mostrar una mayor efectividad cuando se selecciona previamente a ancianos frágiles o de riesgo<sup>24, 27</sup>. Completa la información sobre el paciente frágil, al valorar de forma multidimensional el aspecto físico, cognitivo, afectivo y social de la persona<sup>9,27</sup>. Permite identificar las condiciones tratables y orientar las intervenciones<sup>13</sup>. La VGI, por tanto no puede considerarse como instrumento de cribado de fragilidad en Atención Primaria<sup>23</sup>.

Existe consenso en la necesidad de detectar la fragilidad, las diferencias surgen en la instauración o no de un cribado o “screening” poblacional de fragilidad.

La Sociedad Británica de Geriátría (BGS) no recomienda el cribado sistemático debido al coste que supondría completar las valoraciones para su confirmación y la baja especificidad de las herramientas disponibles. La BGS aboga por una breve valoración clínica o “case finding”<sup>10</sup>.

En contraposición, el documento de consenso “FrailtyConsensus: a call of action”<sup>7</sup>, (conferencia de Orlando en la que se reunieron seis sociedades relacionadas con la Geriátría y Gerontología) defiende el cribado poblacional de fragilidad a todas las personas de 70 años y más, así como cualquier persona con pérdida de peso significativa ( $\geq 5\%$  en el último año) debido a enfermedades crónicas. La detección de casos debe hacerse en pacientes no dependientes, grupo donde se pueden llevar a cabo intervenciones para prevenir la aparición de la dependencia.

En un estudio realizado en Toulouse por la GeriatricFrailtyClinic (asociación francesa creada para el abordaje de la fragilidad y dependencia), se llevó a cabo el cribado de fragilidad a 1108 personas mayores de 65 años a través de una escala de fragilidad sencilla o “Gerontopolefrailtyscreeningtool”. Ésta consta de 5 preguntas y el test de velocidad de la marcha, la respuesta afirmativa a una de las preguntas, cataloga a la persona como frágil, teniendo cuenta el criterio del profesional. Se trata de una herramienta sencilla que se puede emplear en una sola consulta de Atención Primaria. Esta escala se ha comparado con el fenotipo de Fried, y el 93,6% de los pacientes clasificados como frágiles por la escala de Gerontopole, eran clasificados dentro del grupo frágiles y prefrágiles por el fenotipo de Fried. Este estudio refleja que el cribado poblacional es factible y efectivo<sup>13, 28</sup>.

En nuestro país, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (SNS) aprueba el once de junio de 2014 el “Documento de Consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor” que propone desarrollar un protocolo común básico para el SNS que abarque el cribado de fragilidad, asociado a la intervención preventiva correspondiente en mayores en el ámbito de la AP<sup>4</sup>. El cribado se realizaría a toda la población mayor de 70 años, a través de una herramienta que permita detectar la limitación funcional incipiente<sup>4</sup>.

Primeramente, para detectar la inclusión en el programa se realizará una valoración de las Actividades Básicas de la Vida Daria (ABVD) a través de la escala Barthel, si la puntuación es mayor a 90 (persona independiente) se procederá a realizar el cribado<sup>4</sup>.

Teniendo en cuenta que no se ha determinado un método definitivo para realizar el cribado de fragilidad, el instrumento elegido como primera opción por el SNS es el SPPB, porque está validado en nuestro medio y tiene una elevada fiabilidad y factibilidad en Atención Primaria. Las personas serán clasificadas en dos grupos: persona autónoma no frágil (SPPB  $\geq 10$  puntos) y persona frágil (SPPB  $< 10$  puntos). Los planes de intervención serán diferentes dependiendo del grupo al que pertenece la persona<sup>4</sup>.

Una vez realizado el cribado, la población detectada como frágil será subsidiaria de una valoración multidimensional (clínica-funcional-mental-social), asociada a la resolución de problemas detectados<sup>4</sup>.

El SNS propone que la prueba de cribado sea realizada en Atención Primaria por enfermería, lo que supone una importante responsabilidad<sup>1</sup>. La relevancia clínica de la fragilidad también se ha visto reflejada por parte de la enfermería en la nueva edición de la taxonomía NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) 2015-2017 que incluye dos nuevos diagnósticos de enfermería “Síndrome del anciano frágil” y “riesgo de síndrome del anciano frágil”<sup>29</sup>.

## OBJETIVOS

- Objetivo principal: Determinar la prevalencia de fragilidad a través del método de cribado propuesto por el SNS.
- Objetivos secundarios:
  - Comparar la prueba de cribado del SNS (Short Physical Performance Battery (SPPB), (Anexo 1)) con la “Gerontopolefrailtyscreeningtool” propuesta por GeriatricFrailtyClinic (asociación francesa creada para el abordaje de la fragilidad y dependencia) (Anexo 2).
  - Conocer el nivel de actividad física de los usuarios a los que se realiza el cribado a través del cuestionario IPAQ (Questionario Internacional de Actividad Física).

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio descriptivo, no experimental, transversal o de prevalencia cuya población a estudio son usuarios mayores de 70 años del centro de salud de Os Mallos, que acudan al centro para

consulta de enfermería. Se propondrá participar también a los usuarios que acudan a realizarse extracciones sanguíneas y controles analíticos de toma de anticoagulantes orales. Los criterios de selección son:

Criterios de inclusión:

- Usuarios del Centro de Salud de Os Mallos.
- Sujetos mayores de 70 años.
- Firma del consentimiento informado del paciente para la realización del estudio.

Criterios de exclusión:

- Personas con deterioro cognitivo.
- Pacientes usuarios de atención domiciliaria, que no pueden acudir al centro de salud.
- Pacientes que acuden a consulta por un proceso agudo (fiebre, cólicos, situaciones de urgencia).

Criterios de retirada:

- El paciente revoca el consentimiento informado una vez firmado.

Se considera necesario un tamaño muestral de 111 pacientes para estimar una prevalencia de fragilidad a través del método de cribado propuesto por el Sistema Nacional de Salud del 10%, con una seguridad del 95% y una precisión de 6%, asumiendo un 15% de posibles pérdidas.

La variable principal a estudio es la fragilidad (resultado del SPPB < 10 puntos) en personas mayores de 70 años. Se recogen, además las siguientes variables secundarias:

- Variables sociodemográficas: Edad y sexo.
- Variables en relación a la intervención para alcanzar el objetivo principal:
  - Dependencia o no para las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) según la puntuación en la escala Barthel.
  - Resultado en la prueba de ejecución SPPB (anexo 1).
- Variables para alcanzar los objetivos secundarios:

Se aplicará en los pacientes clasificados como no dependientes por la escala Barthel (puntuación  $\geq$  90).

- Se compararán las prevalencias de fragilidad aportadas por dos formas diferentes de cribado:
  - Resultado en la prueba de ejecución SPPB en el que el paciente frágil tiene una puntuación < 10.
  - Resultado de la GerontopoleFrailtyscreeningtool (anexo 2): cuestionario de 5 preguntas y el test de velocidad de la marcha, la respuesta afirmativa a una de las preguntas, cataloga a la persona como frágil.
- Se realizará el cuestionario internacional de actividad física (IPAQ, versión corta). Valora el tipo de actividad física en los últimos siete días. Clasifica el nivel de actividad física en: nivel alto, moderado y bajo o inactivo. (Anexo 3).

Tras comprobar que los sujetos cumplen los criterios de inclusión y que no presentan criterios de exclusión, se les ofrece participar en el estudio y se les explica la intervención, entregándoles el consentimiento informado. La intervención se desarrollará en una única visita, en una consulta de enfermería de Atención Primaria.

Las intervenciones son las siguientes:

O Recoger las variables sociodemográficas: edad y sexo

O Se realizará la escala Barthel, de valoración de actividades básicas de la vida diaria, validada.

A los pacientes con una puntuación  $\geq$  90 en la escala Barthel, se les realizará:

O La prueba de ejecución Short Physical Performance Battery (SPPB), indicada por el SNS para el cribado de fragilidad, validada en nuestro medio.

O Realización del cuestionario de GerontopoleFrailtyscreeningtool, desarrollado por GeriatricFrailtyClinic (asociación francesa creada para el abordaje de la fragilidad y dependencia), con el que se llevó a cabo el cribado de fragilidad a 1108 personas mayores de 65 años en Toulouse.

Realización del cuestionario internacional de actividad física (IPAQ versión corta), validado en España. En personas mayores no se recomienda realizar de forma autoadministrada, por lo que en este estudio el cuestionario es realizado en presencia del investigador, que explica las preguntas para su correcta respuesta.

El desarrollo del proyecto se realizará respetando la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial 1964 y sucesivas ratificaciones sobre principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos; y el Convenio de Oviedo para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina, hecho el 4 de abril de 1997, ratificado por España el 23 de julio de 1999 (Boletín Oficial del Estado de 2000) y sucesivas actualizaciones.

Este estudio ha obtenido la autorización del Comité de Ética de la Investigación de A Coruña-Ferrol para su realización en el centro de salud de Os Mallos.

Los investigadores participantes en este estudio se comprometen a que todo dato clínico recogido de los sujetos a estudio sea separado de los datos de identificación personal garantizando la confidencialidad de los participantes en la investigación y respetando la Ley de Protección de Datos de Carácter Personal (Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre) y el Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de Desarrollo de esta ley, la Ley 41/2002, de 14 de noviembre (básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica), así como la Ley 3/2001, de 28 de mayo (reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes), la Ley 3/2005, de 7 de marzo, de modificación de la Ley 3/2001 y el Decreto 29/2009 de 5 de febrero, por el que se regula el acceso a la historia clínica electrónica. Los datos clínicos de los pacientes serán recogidos por el investigador en el Cuaderno de Recogida de Datos (CRD) específico del estudio. Cada CRD estará codificado, protegiendo la identidad del paciente. Sólo el equipo investigador y las autoridades sanitarias, que tienen deber de guardar la confidencialidad, tendrán acceso a todos los datos recogidos para el estudio y guardarán el fichero que relaciona códigos con datos de identificación.

El análisis estadístico se realizará a través de un estudio descriptivo de las variables recogidas. Para las variables cualitativas, se obtendrá su distribución de frecuencias, con cálculo de porcentajes y sus correspondientes intervalos de confianza al 95%. Para las variables cuantitativas se presentarán tanto medidas de tendencia central (media, mediana) como medidas de dispersión (desviación típica y rango). Se realizará un análisis de normalidad de las variables cuantitativas mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Para la comparación de medias entre dos grupos se utilizará el test t de Student o la prueba de Mann-Whitney según proceda. Para la comparación entre más de dos grupos se utilizará un análisis de la varianza (test ANOVA) o el test de Kruskal-Wallis. La asociación entre variables cualitativas se contrastará mediante el estadístico Chi-cuadrado o test de Fisher, según proceda. La asociación entre variables cuantitativas se estudiará con el coeficiente de correlación de Pearson y la rho de Spearman.

Finalmente se estudiarán los posibles factores de impacto en la variable respuesta (presentar fragilidad) mediante regresión logística univariante y multivariante.

## RELEVANCIA

El notable aumento en la producción científica sobre la fragilidad, la falta de evidencia científica concluyente sobre qué herramienta es más útil para la detección de la fragilidad, el escaso manejo de la fragilidad en la práctica clínica en el ámbito de Atención Primaria justifica la realización de este estudio, que tiene como objetivo determinar la prevalencia de fragilidad en un centro de salud de Atención Primaria de A Coruña, a través de la aplicación del cribado poblacional propuesto por el Sistema Nacional de Salud (SNS). El proyecto se llevará a cabo entre enero y mayo del 2017.

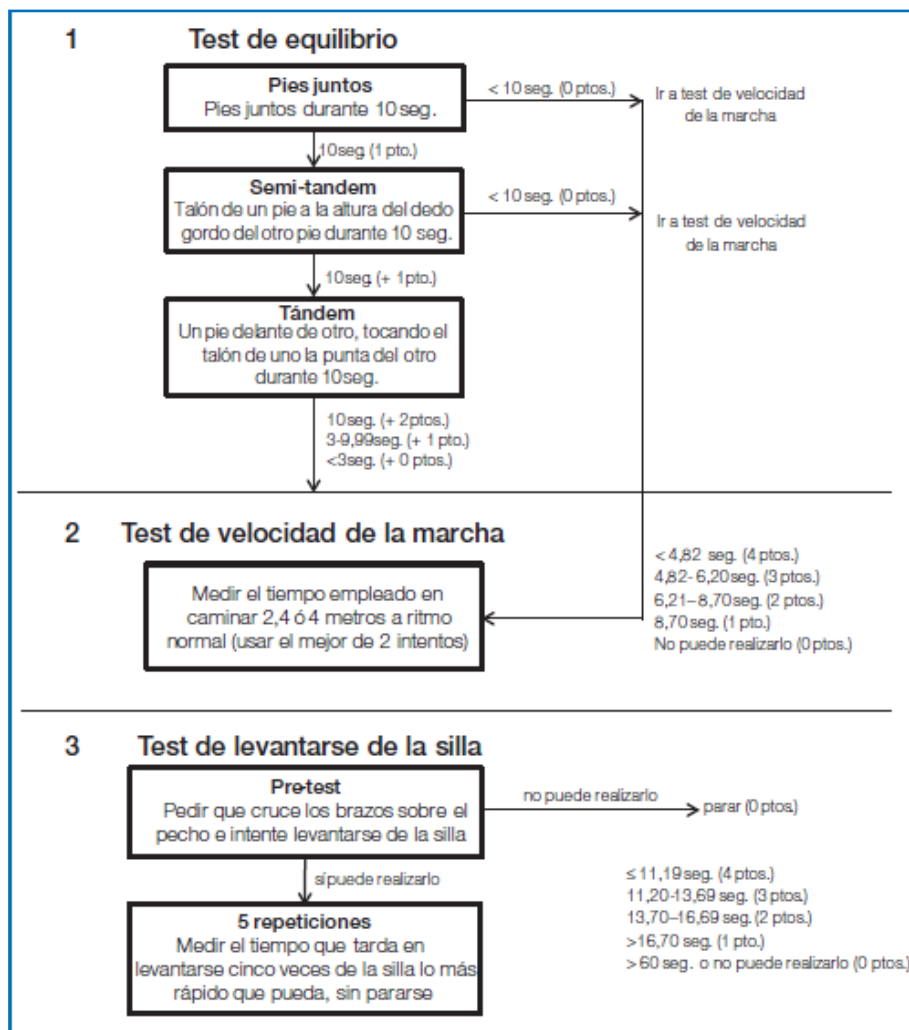
**BIBLIOGRAFÍA**

1. Acosta Benito MA. Fragilidad en el anciano: del síndrome a la planificación sociosanitaria y legal. *RevEspMed Legal*. 2015; 41(2):58-64.
2. Abizanda Soler P. Fragilidad, el nuevo paradigma de atención sanitaria a los mayores. *MedClin (Bar)*. 2014; 143(5):205-206.
3. Tello-Rodríguez T, Varela-Pinedo L. Fragilidad en el adulto mayor: detección, intervención en la comunidad y toma de decisiones en el manejo de enfermedades crónicas. *RevPeruMedExp Salud Pública*. 2016;33(2)328-34.doi:10.17843/rpmesp.2016.3322207
4. Abizanda Soler P, Espinosa Almendro JM, Juárez Vela R, López Rocha R, Martín Lesende I, MegidoBadía MJ, et al. Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 11 junio de 2014. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Secretaria general de Sanidad y Consumo [publicación electrónica] 2014.
5. Envejecimiento activo: un marco político. Contribución de la Organización Mundial de la Salud a la Segunda Asamblea de las Naciones Unidas sobre el Envejecimiento, Madrid, España. Abril de 2002. (Traducción en: *RevEspGeriatrGerontol* 2002;37(S2):74-105).
6. Romero Rizos L, Abianza Soler P. Fragilidad como predictor de episodios adversos en estudios epidemiológicos: revisión de la literatura. *RevEspGeriatrGerontol*. 2013;48(6):285-269.
7. Morley JE, Vellas B, Van Kan GA, Anker SD, Bauer JM, Bernabei R, et al. Frailtyconsensus: a call to action. *J Am MedDirAssoc*. 2013 June ; 14(6): 392–397. doi:10.1016/j.jamda.2013.03.022.
8. Abizanda Soler P, Gómez-Pavón J, Martín Lesende I, Baztán Cortés JJ. Detección y prevención de la fragilidad: una nueva perspectiva de prevención de la dependencia en las personas mayores. *MedClin(Bar)*. 2010;135(15):713-719.
9. Martín Lesende I, Gorroñoigoitia Iturbe A, Gómez-Pavón J, Baztán Cortés JJ, Abizanda Soler P. El anciano frágil: detección y tratamiento en AP. *Aten Primaria*.2010;42(7):388–393.
10. FytforfrailtyBGS
11. Clegg A, Young J, Iliffe S, Rikkert MO, Rockwood K. Frailty in elderlypeople. *Lancet*. 2013 March 2; 381(9868): 752–762. doi:10.1016/S0140-6736(12)62167-9.
12. Wyrko Z. Frailty at thefrontdoor. *Clinical Medicine* 2015 Vol 15, No 4: 377–81.
13. Morley JE. Frailtyscreening comes of age. *J NutrHealthAging*. 2014;18(5)453-454.
14. Otero A, Victoria Castell M, Canto de Hoyos M. Cribado de fragilidad en Atención Primaria. *RevEspGeriatrGerontol*. 2011;46(5):239-240.
15. Abizanda Soler P. Actualización en fragilidad.*RevEspGeriatrGerontol*. 2010;45(2):106–110.
16. Sternberg A, Wershof Schwartz A, Karunanathan S, Bergman H, Clarfield M. Theidentification of Frailty: A sistematicliteraturereview. *JAGS*. 2011;59:2129-2138. Doi: 10.1111/j.1532-5415.2011.03597.x
17. García FJ, Gutiérrez G, Alfaro A, Amor MS, de los Ángeles M, Escribano MV. Theprevalence of frailtysyndrome in anolderpopulationfromSpain. The Toledo studyforhealthyaging. *J NutrHealthAging*. 2011; 15 (10): 852-6.
18. Abizanda P, Romero L, Sánchez PM, Martínez M, Gomez LI, Alfonso S. Frailty and mortality, disability and mobilityloss in a Spanishcohort of olderadults: The FRADEA Study. *Maturitas*. 2013;74:54–60.
19. Abizanda P, Sánchez Jurado PM, Romero L, Paterna G,Martínez-Sánchez E, AtienzarNúñez P. Prevalence of frailty in a Spanishelderlypopulation: TheFrailty and Dependence in Albacete Study. *Am Geriatr Soc*. 2011; 59:1356–1359.
20. Castell et al. Frailtyprevalence and slowwalkingspeed in personsage 65 and older: implicationsforprimarycare *BMC FamilyPractice* 2013, 14:86.
21. Jürschik P, Nuin C, Botigué T, Escobar MA, et al. Prevalence of frailty and factorsassociatedwithfrailty in theelderlypopulation of Lleida, Spain: The FRELLE survey. *ArchGerontGeriat* 2012; 55 (3): 625-31.
22. Fernandez-Bolaños M, Otero A, Zunzunegui MV, Beland F, Alarcón T, De Hoyos C, etal. Sex differences in theprevalence of frailty in a populationaged 75 and older in Spain. *J Am Geriatr Soc*. 2008;56:2370-1.

23. Martín-Lesende I, López-Torres JD, de-Hoyos MC, Baena JM, Gorroñoigoitia A, Herreros Y. Detección e intervenciones en la persona mayor frágil en Atención Primaria. En: recomendaciones PAPPS ( de la semFYC) 2014. Disponible en: <http://www.papps.org/>
24. Jürschik Giménez P, Escobar Bravo MA, NuinOrrio C, BotiguéSatorra T. Criterios de fragilidad del adulto mayor. Estudio Piloto. Aten Primaria. 2011;43(4):190-196. doi:10.1016/j.aprim.2010.03.020.
25. Shu-Fang C, Rong-Sen Y, Tsung-Ching L, Shu-Ching C, Mei-Li C, Hui-Chen L. The Discrimination of Using the Short Physical Performance Battery to Screen Frailty for Community-Dwelling Elderly People. Journal of Nursing Scholarship. 2014;46:3,207–215. doi:10.1111/jnu.12068.
26. Aires da Camara SM, Alvarado BE, Guralnick JM, Oliveira Guerra R, Campos Calvacanti A. Using the Short Physical Performance Battery to screen for frailty in Young-old adults with distinct socioeconomic conditions. Geriatr Gerontol Int 2013; 13: 421-428.
27. Lee L, Heckman G, Molnar FJ. Frailty, identifying elderly patients at high risk of poor outcomes. Can Fam Physician 2015;61:227-31.
28. Tavassoli N, Guyonnet S, Abellan van Kan G, et al. Description of 1,108 older patients referred by their physician to the “Geriatric Frailty Clinic (GFC) for Assessment of Frailty and Prevention of Disability” at the Gerontopole. J Nutr Health Aging. 2014;18(4):457-464.
29. Herdman HT. NANDA International. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2015-2017. 9ª ed. Barcelona. Elsevier; 2015.

**GRÁFICOS Y/O TABLAS**

**Anexo 1: Short Physical Performance Battery (SPPB)**



**Anexo 2: GerontopoleFrailtyScreeningTool**

**Gérontopôle Frailty Screening Tool (GFST)**

Paciente de 65 y más años, autónomo (AVD  $\geq 5/6$ ), actualmente sin ninguna enfermedad aguda.

	<i>SI</i>	<i>NO</i>	<i>No lo sé</i>
Su paciente vive solo ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Su paciente ha perdido peso de manera involuntaria en los últimos 3 meses ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Su paciente se encuentra más cansado en estos 3 últimos meses ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Su paciente tiene más dificultades de movilidad en estos 3 últimos meses ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Su paciente se queja de problemas de memoria ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Su paciente tienen una velocidad de marcha lenta (más de 4 segundos para recorrer 4 metros) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Si ha respondido SI a una o más de estas preguntas:*

A usted le parece que su paciente es frágil ?	<i>SI</i> <input type="checkbox"/>	<i>NO</i> <input type="checkbox"/>
Si <b>SI</b> , su paciente acepta la propuesta de hacerle una evaluación de la fragilidad en una consulta externa u hospital de día ?	<i>SI</i> <input type="checkbox"/>	<i>NO</i> <input type="checkbox"/>

**ID304:****¡MUÉVETE POR SALUD!: ACTITUD SOBRE ACTIVIDAD FÍSICA EN PERSONAS HIPERTENSAS ASISTIDAS EN UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA**Leticia Alonso Nieto<sup>1</sup>, Gloria Santos González<sup>1</sup><sup>1</sup>Centro de Salud Trapagaran – OSAKIDETZA, Bizkaia[leticia\\_an@hotmail.es](mailto:leticia_an@hotmail.es)**RESUMEN**

**Introducción:** El ejercicio físico es beneficioso pero encontramos sedentarismo.

**Objetivos:** Determinar grado actividad física en hipertensos y datos sociodemográficos, actitudes-prácticas hacia ejercicio.

**Material-métodos:** Estudio transversal: 91 hipertensos. Se escogió pacientes con hipertensión arterial, edad 55-70. Variables estudiadas: nivel actividad física medida con cuestionario RAPA (Rapid Assessment of Physical Activity), considera sedentario:1-3, moderadamente activo:4-5 y activo:6-7; características sociodemográficas (sexo, edad, situación laboral); afectación otras patologías y actitudes-prácticas respecto a actividad física (modelo Prochaska y aumento/o no de actividad física tras diagnóstico). Realizado en Junio-Diciembre 2016.

**Resultados:** Participaron 91 hipertensos, 64,5±4,4 años, 54,9% mujeres, 52,7% jubilados. Media IMC: 30,2 ±4,79. Observado en RAPA1-2-3 media IMC: 31,8%; RAPA 4-5: 27,9% y RAPA 6-7: 25,8%. 63,7% presentaba RAPA 1-3. 44% en estadio precontemplación. 89% no cambió su actitud tras diagnóstico.

**Discusión-Conclusiones:** Mayoría de participantes es sedentario con baja motivación para cambiar de actitud y con escaso impacto para modificar estilo de vida.

**ABSTRACT**

**Introduction:** Physical exercise is beneficial but we have a sedentary lifestyle.

**Objectives:** To determine physical activity degree in hypertensive subjects and socio-demographic data, attitudes-practices towards exercise.

**Material-methods:** Cross-sectional descriptive study: 91 hypertensive patients. Patients with high blood pressure, age 55-70 were chosen. Variables studied: physical activity level measured with RAPA (Rapid Assessment of Physical Activity), considered sedentary:1-3, moderately active:4-5 and active:6-7; Sociodemographic characteristics (gender, age, employment status); Affectation other pathologies and attitudes-practices regarding physical activity (Prochaska model and increase or not of physical activity after diagnosis). Made in June-December 2016.

**Results:** 91 hypertensive participants, 64.5 ± 4.4 years old, 54.9% female, 52.7% retired. Average BMI: 30.2 ± 4.79. Observed at RAPA1-2-3 average BMI: 31.8%; RAPA 4-5: 27.9% and RAPA 6-7: 25.8%. 63.7% had RAPA 1-3. 44% in precontemplation stage. 89% did not change their attitude after diagnosis.

**Discussion-Conclusions:** Most participants are sedentary with low motivation to change their attitude and with little impact to modify lifestyle.

**PALABRAS CLAVE**

Hipertensión, ejercicio, actitud, estilo de vida, atención primaria de salud

Hypertension, exercise, attitude, lifestyle, primary health care

**INTRODUCCIÓN**

La prevalencia de hipertensión arterial (HTA) en España es aproximadamente del 35% de la población, porcentaje que supone una cifra de más de 10 millones de hipertensos. La proporción de hipertensos aumenta con la edad y supone un factor de riesgo cardiovascular muy relevante en la población española.<sup>1</sup> La práctica de ejercicio físico regular previene o retrasa el desarrollo de HTA y disminuye los valores en individuos que ya la padecen.<sup>1-3</sup>



A pesar de todos estos beneficios, según la Encuesta Nacional de Salud de 2012, el 41,3% de la población se declara sedentaria, algo menos de la mitad de las mujeres (46,6%) y más de un tercio de los varones (35,9%), con un aumento de la prevalencia de las patologías crónicas que siguen su tendencia ascendente.<sup>2</sup>

En Euskadi, según los datos recogidos en la última Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma Vasca (ESCAV), el 31% de la población no cumple con los mínimos en la práctica de actividad física establecidos por la Organización Mundial de la Salud. Este grupo de población se considera inactiva y el porcentaje es mayor en las mujeres (34%) que en los hombres (27%).<sup>4</sup>

Múltiples estudios demuestran que determinados cambios en el estilo de vida son eficaces para mejorar la salud de las personas y disminuir la carga de enfermedad.<sup>2,3,5,6</sup>

En este sentido, tanto las líneas estratégicas de OSAKIDETZA 2013-2016 como el Plan de Salud 2013-2020, persiguen la consecución de entornos y conductas saludables mediante el impulso de la promoción de la salud y estilos de vida saludables por medio de la colaboración intersectorial en los ámbitos local y comunitario. Entre las acciones propuestas, se incluyen medidas de promoción de la actividad física y prevención del sedentarismo<sup>7,8</sup>.

En nuestro centro de salud contamos con nuestro propio proyecto para abordar esta situación. Sin embargo, son escasos los registros que existen sobre nivel de actividad física relacionado con la HTA. De ahí, surgió la necesidad de conocer las características de los pacientes hipertensos que atendemos al respecto del ejercicio, así como, sus actitudes y estilos de vida.

## OBJETIVOS

Determinar el grado de actividad física en personas hipertensas de un centro de atención primaria. Y secundariamente, describir los datos sociodemográficos, clínicos, así como, las actitudes y prácticas hacia el ejercicio.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo transversal a 91 personas hipertensas adultas atendidas en una consulta de enfermería de un centro de atención primaria de una población rural. Se escogió por conveniencia los pacientes del cupo con criterios de selección: hipertensión arterial (HTA), edad 55-70. Se hizo durante el periodo Junio-Diciembre 2016.

Las variables estudiadas fueron la evaluación del nivel de actividad física medida con el cuestionario RAPA (Rapid Assessment of Physical Activity).<sup>9,10</sup> Además, las características sociodemográficas (sexo, edad, situación laboral), Índice de Masa Corporal (IMC), afectación de otras patologías crónicas y las actitudes y prácticas respecto a la actividad física (medidas con el modelo de estadios de cambio de Prochaska y con aumento/o no de la actividad física tras diagnóstico de hipertensión).

La información se obtuvo mediante entrevista personal por un equipo de enfermería entrenado, en la que se preguntó por cada una de las variables señaladas, registrando después esta información recogida en una base de datos Excel. Respecto al cuestionario RAPA utilizado, está validado por un panel de expertos, resultando una herramienta rápida y fácil de usar en la práctica clínica para medir los niveles de actividad física de adultos mayores (mayores de 50 años). Las instrucciones para completar el cuestionario disponen de una breve descripción de los tres niveles de actividad física (ligera, moderada y activa) con representaciones gráficas y un texto que describe los tipos de actividades que comprenden cada categoría. Cada ítem tiene asignado un valor entre 1 y 7 puntos. Para obtener la calificación y obtener el nivel de actividad física se elige la puntuación mayor del ítem al que el encuestado responde afirmativamente. Con esta puntuación, los encuestados se clasifican en uno de los niveles de actividad física, considerándose sedentario los niveles de actividad física 1-3, moderadamente activo los RAPA 4-5 y activo los niveles 6-7.<sup>9,10</sup> La imagen 1 muestra el cuestionario RAPA que se ofrece a los participantes en la valoración del nivel de actividad física y la imagen 2 señala ejemplos de los diferentes niveles de intensidad de las actividades que realizan habitualmente

**¿Cuál es su nivel de actividad física? (Marque una respuesta en cada línea)**

		¿Le describe de manera adecuada?	
		Sí	No
1	Casi nunca hago actividades físicas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Hago alguna actividad física <b>ligera</b> o <b>moderada</b> , pero no todas las semanas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Todas las semanas hago alguna actividad física <b>ligera</b> .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Hago hasta 30 minutos de actividades físicas <b>moderadas</b> al menos 5 días a la semana.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Hago 30 minutos o más al día de actividades físicas <b>moderadas</b> , 5 ó más días a la semana.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Hago hasta 20 minutos de actividades físicas <b>intensas</b> al menos 3 días a la semana.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Hago 20 minutos o más al día de actividades físicas <b>intensas</b> , 3 ó más días a la semana.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Imagen 1.- Cuestionario del nivel de actividad física (RAPA)**

<p><b>Actividades ligeras</b></p> <p>Su corazón late un poco más rápido de lo normal.</p> <p>Se puede hablar y cantar.</p>	<p>Pasear lentamente      Cuidar o jugar con niños      Barrer o trabajo suave en el jardín</p>
<p><b>Actividades moderadas</b></p> <p>Su corazón late bastante más rápido de lo normal.</p> <p>Se puede hablar, pero no cantar.</p>	<p>Caminar a paso rápido      Pasear en bici      Subir y bajar escaleras      Aerobic ó Gimnasia de mantenimiento      Bailar      Nadar pausadamente</p>
<p><b>Actividades intensas</b></p> <p>El ritmo de su corazón aumenta muchísimo.</p> <p>Se puede hablar o el habla es interrumpida por respiraciones profundas</p>	<p>Escaladora      Tenis, Frontenis, Padel      Correr o footing      Ciclismo en cuestras</p>

**Imagen 2.- Ejemplos de los diferentes niveles de intensidad de la actividad física**

La recogida de datos fue codificada, asegurando la confidencialidad y el anonimato.

Las variables categóricas se han medido en porcentajes con su intervalo de confianza del 95% (IC95%) y las cuantitativas utilizando la media y la desviación estándar. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS v21.

## RESULTADOS

Se incluyeron en el estudio 91 personas hipertensas con una edad media de  $64,5 \pm 4,4$  años. De ellas, el 54,9% eran mujeres y un 52,7% eran jubilados.

Se observó que el 49,5% (IC 95%: 38,8-59) padecía otra patología crónica y la media del IMC fue de  $30,2 \pm 4,7$ .

La media del nivel de actividad física (RAPA) en la muestra fue de  $3 \pm 1,5$ . El 63,7% se encontraba en el RAPA 1-2-3, el 24,1% en RAPA 4-5 y un 12% en el RAPA 6-7.

Se vio que quienes referían un nivel de actividad en el RAPA 1-2-3 presentaban una media de IMC de 31,8%; con un RAPA 4-5 un 27,9% y RAPA 6-7 un 25,8%.

Respecto a la actitud hacia la actividad física, el 43,95% refería encontrarse en un estadio de precontemplación (Prochaska). El 89% (IC 95%: 81,7-96,3) manifestó no haber cambiado de actitud sobre el ejercicio tras ser diagnosticado de HTA.

En la tabla 1 se detallan los datos sociodemográficos, los clínicos (IMC y afectación de otras enfermedades crónicas), el nivel actividad física (RAPA), así como, las actitudes y prácticas respecto al ejercicio de los participantes en el estudio.

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La HTA es un factor de riesgo cardiovascular con tendencia ascendente en nuestro medio. Si a ello le añadimos el hecho de contar con una población sedentaria, el problema puede implicar comorbilidades en la HTA, deterioro en la calidad de vida, así como aumento del riesgo de mortalidad.<sup>1-3</sup>

Hay un consenso en la literatura acerca de los beneficios de las intervenciones con actividad física en adultos con HTA que permiten recomendar prescripción de las mismas, que incluyan la práctica de ejercicio de al menos 150 minutos por semana de actividades de intensidad moderada.<sup>1-3,11</sup> En nuestro estudio, cumplen con estas recomendaciones un 36,1% de los participantes, encontrándose el 24,1% con un RAPA 4-5 (nivel moderadamente activo) y un 12% en el RAPA 6-7 (activo).

La comparabilidad de los resultados de estudios sobre actividad física es compleja por la gran variedad de cuestionarios y criterios. Los resultados obtenidos en nuestro estudio son similares a los obtenidos en el estudio español PRESCAP 2010<sup>12</sup>, que considera a un 44,5% como personas no sedentarias. Encontrando otros estudios, como el publicado por Romero Blanco et al.<sup>13</sup> que cifra en un 59,6% las personas hipertensas que cumplen con las recomendaciones y el de Guitard Sein-Echaluce et al.<sup>14</sup> que señala un 64,3%.

Nos llama la atención en nuestro estudio comprobar que el 89% de los pacientes no ha cambiado sus hábitos de vida tras ser diagnosticados de una patología crónica y que el 43,95% manifiesta no tener intención de modificar su actitud respecto a la actividad física en los próximos 6 meses. Si bien es cierto que los estilos de vida son hábitos adquiridos a lo largo de toda la vida, se han realizado varios ensayos clínicos, con intervenciones encaminadas a aumentar el ejercicio físico, en los que se ha llegado a conclusiones diferentes. Una revisión de las intervenciones diseñadas para aumentar la actividad física concluye que pueden ser moderadamente efectivas al incentivar a las personas a ser físicamente activas y a tener un mejor estado físico. El asesoramiento profesional y la orientación, junto con el apoyo constante, pueden favorecer el incremento de la actividad física.<sup>15,16</sup>

Estas evidencias deben ser incorporadas en los planes nacionales y locales de salud, cuyo fin último es el acercar estos resultados a la población en general. Por ello, el Departamento de Salud del Gobierno Vasco contempla diversas líneas estratégicas para impulsar la actividad física en Euskadi con la intención de conseguir una sociedad más activa, tal y como se recoge en el Plan de Salud 2013-2020.<sup>8</sup>

Desde Atención Primaria nos toca el papel de llevar a la práctica el contacto con la población para cuidar de su salud. Así, en la Comunidad Autónoma del País Vasco todos estos factores se encuentran recogidos en la iniciativa Aktibili22, en la que se contempla la figura de Agente local Aktibili. También se insiste en que la efectividad del consejo es mayor si se apoya con medios interactivos de comunicación: prescripciones escritas (folletos, páginas web, etc.) y seguimiento a largo plazo del paciente mediante llamadas o mensajes telefónicos.<sup>17</sup>

Este estudio tiene varias limitaciones. Al tratarse de un estudio realizado en un solo centro, los resultados podrían no ser totalmente aplicables a otros ámbitos. Además, el número de pacientes reclutados no fue grande ya que se ha aplicado a un cupo de los nueve existentes en el centro de salud, si bien se tiene previsto ampliar el estudio a todos ellos en un futuro.

En conclusión, los resultados obtenidos nos muestran que la mayoría de los participantes en el estudio es sedentaria, presentando un RAPA 1-3. Manifestando baja motivación para cambiar de actitud en los próximos 6 meses y con escaso impacto para modificar su estilo de vida a pesar del diagnóstico de HTA. Como líneas de acción, señalar que tras conocer la situación actual en nuestro cupo, estamos en un punto de partida para impulsar intervenciones que promuevan y/o refuercen la actividad física. Esperamos que éstas contribuyan al mejor control de la HTA.

	Mujeres n (%)	Hombres n (%)
<b>Edad</b>		
55-60 años	11 (12,1%)	7 (7,7%)
61-65 años	17 (18,7%)	15 (16,5%)
66-70 años	22 (24,2%)	19 (20,9%)
<b>Ocupación</b>		
Jubilado	18 (19,8%)	30 (33%)
Trabajador	10 (11%)	9 (9,9%)
Labores domésticas	22 (24,2%)	0
Desocupado	0	2 (2,2%)
<b>IMC</b>		
<20-24,9%	7 (7,69%)	4 (4,39%)
25-29,9%	17 (18,68%)	15 (16,48%)
30-34,5%	15 (16,48%)	17 (18,68%)
35->40%	11 (12,08%)	5 (5,49%)
<b>Otras enfermedades</b>		
SI	29 (31,9%)	16 (17,6%)
NO	21 (23,1%)	25 (27,5%)
<b>RAPA</b>		
1	11 (12,09%)	8 (8,79%)
2	5 (5,49%)	6 (6,59%)
3	15 (16,48%)	13 (14,29%)
4	9 (9,89%)	10 (10,99%)
5	0	3 (3,3%)
6	10 (10,99%)	1 (1,1%)
<b>Actitud hacia la actividad física</b>		
Precontemplación	17 (18,67%)	23 (24,27%)
Contemplación	4 (4,39%)	3 (3,29%)
Acción	1 (1,09%)	1 (1,09%)
Preparación	4 (4,39%)	3 (3,29%)
Mantenimiento	24 (26,36%)	13 (13,16%)
<b>Cambio de actitud tras diagnóstico HTA (Aumento)</b>		
Si	7 (7,69%)	3 (3,29%)
No	43 (47,25%)	38 (41,75%)

**Tabla 1.- Datos sociodemográficos, nivel actividad física, actitudes y prácticas respecto al ejercicio**

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Abellán Alemán J, Sainz de Baranda Andújar P, Ortín Ortín EJ. Guía para la prescripción de ejercicio físico en pacientes con riesgo cardiovascular. SEH-LELHA, 2ª Ed., 2014: 169-177.
2. Grupo de expertos del PAPPS. Recomendaciones sobre Estilo de Vida. Atención Primaria. 2014; 46 (Supl 4): 16-23.
3. Cobo-Mejía, E A, Prieto-Peralta, M, & Sandoval-Cuellar, C. Efectos de la actividad física en la calidad de vida relacionada con la salud en adultos con hipertensión arterial sistémica: revisión sistemática y metaanálisis. Rehabilitación. 2016; 50(3): 139-149.
4. Esnaola S, de Diego M, Elorriaga E, Martín U, Bacigalupe A, Calvo M, Aldasoro E, Pardillo B. Datos relevantes de la Encuesta de Salud del País Vasco 2013. Vitoria-Gasteiz: Departamento de Salud, Servicio de Estudios e Investigación Sanitaria 2013.
5. American Academy of Family Physicians. Summary of Recommendations for Clinical Preventive Services. 2014 [consultado 15/05/16]. Disponible en: [http://www.aafp.org/content/dam/AAFP/documents/patient\\_care/clinical\\_recommendations/cps-recommendations.pdf](http://www.aafp.org/content/dam/AAFP/documents/patient_care/clinical_recommendations/cps-recommendations.pdf)
6. Guide to Clinical Preventive Services, 2012: Recommendations of the U.S. Preventive Services Task Force. October 2011. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. [Consultado 15/05/16]. Disponible en: <http://www.ahrq.gov/professionals/clinicians-providers/guidelines-recommendations/guide/index.html>
7. Líneas estratégicas de OSAKIDETZA 2013-2016. Disponible en: [http://www.ogasun.ejgv.euskadi.eus/r51-catpub/es/k75aWebPublicacionesWar/k75aObtenerPublicacionDigitalServlet?R01HNoPortal=true&N\\_LI BR=051417&N\\_EDIC=0001&C\\_IDIOM=es&FORMATO=.pdf](http://www.ogasun.ejgv.euskadi.eus/r51-catpub/es/k75aWebPublicacionesWar/k75aObtenerPublicacionDigitalServlet?R01HNoPortal=true&N_LI BR=051417&N_EDIC=0001&C_IDIOM=es&FORMATO=.pdf)
8. Plan de Salud 2013-2020 del Gobierno Vasco. Disponible en: [http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones\\_informes\\_estudio/es\\_pub/a djuntos/plan\\_salud\\_2013\\_2020.pdf](http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_informes_estudio/es_pub/a djuntos/plan_salud_2013_2020.pdf)
9. Topolski TD, LoGerfo J, Patrick DL, Williams B, Walwick J, Patrick MB. The Rapid Assessment of Physical Activity (RAPA) among older adults. Prev Chronic Dis [serial online]. 2006 Oct [consultado el 15/05/16]. Available from: [http://www.cdc.gov/pcd/issues/2006/oct/06\\_0001.htm](http://www.cdc.gov/pcd/issues/2006/oct/06_0001.htm).
10. Guirao Goris JA. La valoración de la actividad física en la práctica clínica. Métodos e instrumentos. Rev. Educare21 [En línea]. 2012; 10(9). [Consultado el 15/05/16]. Disponible en: <http://www.enfermeria21.com/publicaciones/educare/>
11. WHO/OMS. Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud. Clasificación NLM: QT 255. Ginebra: WHO/OMS; 2010. Disponible en: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/9789241599979/es/>
12. Llisterri Caro JL, Rodríguez Roca GC, Alonso Moreno FJ, et al. Control de la presión arterial en la población hipertensa española asistida en atención primaria. Estudio PRESCAP 2010. Med Clin (Barc). 2012 [consultado el 15/05/16]; 139(15): 653-661. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2011.10.023>.
13. Romero Blanco C, Villalvilla Soria DJ, Cabanillas Cruz E, Laguna Nieto M y Aznar Laín S. Cumplimiento de las recomendaciones de actividad física para la salud en adultos hipertensos. Nutrición Hospitalaria. 2015; 31(1):415-420.
14. Guitard Sein-Echaluze ML, Torres Puig-gros J, Justribó, Farreny Justribó D, Gutiérrez Vilaplana J M, Martínez Orduna M y Artigues Barberá EM. Cumplimiento de las recomendaciones sobre actividad física en personas hipertensas asistidas en atención primaria. Gaceta Sanitaria. 2013; 27(4): 365-368.

15. Rodríguez Martín C, Castaño Sánchez C, García Ortiz L, Recio Rodríguez JI, Castaño Sánchez Y, Gómez Marcos MA. Eficacia de una intervención educativa grupal sobre cambios en los estilos de vida en hipertensos en atención primaria: un ensayo clínico aleatorio. Rev. Esp. Salud Pública [Internet]. 2009 Jun [consultado el 15/05/16]; 83 (3): 441-452. Disponible en: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272009000300009&lng=es](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272009000300009&lng=es). <http://dx.doi.org/10.1590/S1135-57272009000300009>.
16. Hillsdon M, Foster C, Thorogood M. Interventions for Promoting Physical Activity. Cochrane Database Syst Rev. 2005 (1): CD003180.
17. Aktibili. Una iniciativa de toda la sociedad vasca para que seamos personas más activas. Dirección de Salud Pública y Dirección de Deportes del Gobierno Vasco. 2011. Disponible en: [http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-cksalu02/es/contenidos/informacion/actividad\\_fisica/es\\_pvaf/adjuntos/marco\\_accion\\_1\\_0.pdf](http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-cksalu02/es/contenidos/informacion/actividad_fisica/es_pvaf/adjuntos/marco_accion_1_0.pdf)

**ID307:**
**LA HIPERGRANULACIÓN: ¿QUÉ LA PROVOCA Y CÓMO ABORDARLA?**

Vilela Pájaro, Álvaro<sup>1</sup>; Amat Camats, Gemma<sup>2</sup>; Serra Peruchet, Anna<sup>2</sup>; Tarragona Tàssies, Eva<sup>2</sup>; Solé Boldú, Montse<sup>2</sup>; Giralt Peiró, Montserrat<sup>2</sup>.

1- Enfermero Interno Residente R1. ABS Balaguer.  
2- Enfermeras ABS Balaguer. InstitutCatalà de la Salut.

[alvaro.vilela.pajaro@gmail.com](mailto:alvaro.vilela.pajaro@gmail.com)

**RESUMEN**

**INTRODUCCIÓN/JUSTIFICACIÓN/OBJETIVO:** La hipergranulación es el crecimiento desmesurado del tejido de granulación durante la fase proliferativa, impidiendo la epitelización y posterior maduración. El objetivo de esta revisión es conocer cuáles son las causas que provocan la hipergranulación y las opciones de tratamiento actuales.

**DESARROLLO:** Búsqueda MEDLINE/PUBMED, CUIDEN y Google académico.

**DISCUSIÓN:** Hay consenso en las causas de hipergranulación: presencia de cuerpos extraños (suturas, fibras, uñas enclavadas); fricción (catéteres, sondas); exceso de humedad; oclusión de algunos apósitos (hidrocoloides); infección o elevada carga bacteriana.

Hay más bibliografía de terapias de más de 12 años de uso: escisión quirúrgica (sólo granulomas pedunculados, extensos); nitrato de plata: el más estudiado aunque destacan sus inconvenientes (regreso a fase inflamatoria, más traumático, doloroso). Se proponen alternativas: corticoides, antimicrobianos y la presión con espumas.

**CONCLUSIONES:** El tratamiento debe eliminar la causa y apostar por terapias como corticoides, espumas a presión, nitrato de plata, escisión quirúrgica o antimicrobianos.

**ABSTRACT**

**INTRODUCTION/JUSTIFICATION/OBJECTIVE:** Hypergranulation is the excessive growth of granulation tissue during the proliferative phase, preventing epithelization and subsequent maturation. The objective of this review is to know the causes of hypergranulation and the current treatment options.

**DEVELOPMENT:** Search MEDLINE/PUBMED, CUIDEN and Google academic.

**DISCUSSION:** There is consensus in the causes of hypergranulation: presence of foreign body irritant (sutures, thread, ingrown toenails); friction (catheters); excess moisture; some occlusive dressings (hydrocolloids); infection.

There is more bibliography of more than 12 years old therapies: surgical excision (only big or pedunculated granulomas); silver nitrate: the most studied although they emphasize its disadvantages (return to inflammatory phase, more traumatic, painful). Alternatives are proposed: corticoids, antimicrobials and pressure with foams.

**CONCLUSIONS:** Treatment should eliminate the cause and propose therapies such as corticosteroids, pressure foams, silver nitrate, surgical excision or antimicrobials.

**PALABRAS CLAVE**

Hipergranulación, Atención Primaria, Heridas, Curación, Revisión.  
Overgranulation, Primary Care Health, Wounds, Healing, Review.

**INTRODUCCIÓN/JUSTIFICACIÓN/OBJETIVO**
**INTRODUCCION:**

El proceso de cicatrización que se pone en marcha en el organismo tras sufrir una herida, con el fin de reparar los tejidos lesionados, consta de tres fases: inflamación, proliferación y maduración<sup>1, 2</sup>. Si bien ocurren con cierto solapamiento temporal, para su mejor comprensión, se detallarán por separado:

- Fase inflamatoria: en resumen, hemostasis, inflamación y limpieza. La primera reacción es la hemostasia (liberación de plaquetas que se adhieren a una red formada por fibrina y fibronectina, formando así el principal soporte estructural de la herida hasta que se deposite el colágeno). Se liberan

agentes vasodilatadores que facilitan la migración de células inflamatorias, como los leucocitos. Transcurridas unas horas, llegan a la zona los neutrófilos y monocitos, ejerciendo su acción bactericida mediante la liberación de radicales libres y la fagocitosis de residuos, bacterias y tejido desvitalizado. Con la secreción de proteasas contribuyen a la limpieza de la herida. Los monocitos (macrófagos), estimulados por el bajo contenido en oxígeno de la zona, secretan ciertos factores que aumentan la velocidad de angiogénesis y estimulan a las células a crear tejido granular y una nueva matriz extracelular. Esta capacidad los convierte en elementos fundamentales para promover el proceso de cicatrización hacia la fase siguiente.

- Fase proliferativa: reconstrucción del tejido granular a partir de la afluencia de fibroblastos. Se desarrolla la angiogénesis a partir de células endoteliales provenientes de los vasos sanguíneos no dañados, que se desplazan a través de la matriz extracelular provisional (ECM), generando de esta forma nuevos vasos. El tejido en el que se desarrolla la angiogénesis posee un aspecto eritematoso. Simultáneamente, los fibroblastos del tejido sano de los márgenes, proliferan y migran y generan la matriz de colágeno. Los fibroblastos son muy sensibles a los cambios de temperatura y a la acción de los antisépticos. Este tejido granular se compone de vasos sanguíneos, células inflamatorias, endoteliales y componentes de la nueva ECM. Esta última es rica en fibrina y hialurónico que crean una matriz altamente hidratada que facilita la migración de las células. Durante la epitelización las células epiteliales migran a través del nuevo tejido para cubrir la herida (desde los márgenes de la herida y apéndices dérmicos). Se necesita tejido viable para migrar, por lo que si la herida es profunda primero debe ser rellenada con tejido granular. Esta migración se ve favorecida por el medio húmedo. La inhibición por contacto hace que cese la migración y se secreten proteínas que forman la nueva membrana basal. Cuando los fibroblastos se diferencian en miofibroblastos la herida comienza a contraerse y disminuye su tamaño.

- Fase de maduración y remodelación: la herida ya está epitelizada pero continua la cicatrización. Se igualan la producción y degradación de colágeno. Se produce la configuración total de los tejidos. Las fibras de colágeno que se encuentran inicialmente desorganizadas son interconectadas, ordenadas y alineadas a lo largo de líneas de tensión. Puede durar, según las características del paciente y de la lesión, hasta un año.

La hipergranulación se describe como el crecimiento exuberante y desmesurado del tejido de granulación durante esta fase proliferativa. Este crecimiento anómalo rebasa los bordes de la herida e impide la correcta epitelización y entrada de la lesión en la fase de maduración.

La hipergranulación no es un problema común pero tampoco infrecuente (el 9'1% de las heridas crónicas de miembros inferiores<sup>3</sup>. Afecta a heridas postquirúrgicas, estomas de todo tipo (gastrostomías, traqueotomías, etc.) y, por supuesto, heridas crónicas.

En el caso de heridas crónicas, debemos hacer diagnóstico diferencial entre la hipergranulación y un proceso denominado "úlcer de Marjolin" (se trata de la malignización de una úlcera). Por lo tanto, cuando nos encontremos una herida de larga evolución en la que aparecen signos de hipergranulación, sangrado, o escasa o nula tendencia a la cicatrización, sería necesaria una biopsia para descartar este proceso que, en muchos casos, es debido a un carcinoma celular escamoso<sup>1, 4, 5</sup>.

El hecho de tener una herida crónica comporta una serie de cuidados generales<sup>2</sup>: cuidados locales de la herida, cuidado de la piel y prevención de nuevas lesiones, soporte nutricional, tratamiento del dolor y, sin no menos importancia, soporte emocional (puesto que el hecho de padecer una herida crónica puede influir en las actividades básicas de la vida diaria debido a los problemas físicos, emocionales y/o socio-económicos derivados).

La hipergranulación representa un retraso en la cicatrización y puede contribuir a la aparición de retracciones en heridas<sup>6</sup>, alargando con ello el sufrimiento de la persona afectada y el gasto sanitario, tanto en tiempo como en recursos.

#### JUSTIFICACION:

El abordaje de la hipergranulación es variable según profesionales, centros y tipo de herida. A esta falta de acuerdo a nivel sanitario se le añade que, en los últimos años, los protocolos y guías sobre heridas crónicas de nuestro entorno no han incorporado novedades terapéuticas como alternativas a las utilizadas previamente.



Es por ello que surge este artículo, con el fin de reconocer las causas de la hipergranulación para poder corregir ese agente causal, y así mismo, revisar la evidencia en torno a las opciones terapéuticas disponibles para optar por la adecuada.

#### OBJETIVOS:

Con este trabajo nos planteamos cuantificar y analizar la evidencia generada en torno al tema de la hipergranulación en las heridas crónicas con los siguientes objetivos:

- a) Conocer las causas que provocan hipergranulación en las heridas crónicas.
- b) Conocer las diferentes opciones terapéuticas frente a la hipergranulación.
- c) Describir las ventajas e inconvenientes de cada tratamiento.

#### DESARROLLO

Se realizó búsqueda bibliográfica durante los meses de diciembre de 2016 en las siguientes bases de datos: MEDLINE/PUBMED, CUIDEN y Google académico. Se limitó la búsqueda a estudios en humanos. Hay variabilidad del lenguaje científico en cuanto a los términos clave, es por ello que usamos diferentes sinónimos para la búsqueda: hypergranulation, overgranulation, exuberant granulation; en castellano: hipergranulación, sobregranulación, hiperplasia del tejido de granulación, herida crónica, segunda intención.

Los criterios de inclusión a nuestra revisión fueron:

- Estudios: revisiones sistemáticas, casos clínicos, experimentales.
- Participantes: cualquier edad, cualquier tipo de herida.
- Idioma: todos.
- Rango temporal: se limitó a los estudios de los últimos 12 años (publicados a partir de enero de 2005 hasta noviembre de 2016).

Los criterios de exclusión en la búsqueda fueron: artículos comerciales.

Una vez obtenidos los resultados en base a los citados criterios, se seleccionaron los artículos que trataban específicamente sobre hipergranulación:

- I. Metaanálisis y/o revisiones sistemáticas: 2 referencias.
- II. Ensayos clínicos: 1 referencia.
- III. Cohortes, casos controles, serie de casos clínicos: 10 referencias.
- IV. Consenso de profesionales: 3 referencias.
- V. Guías de práctica clínica: 1 referencias.
- VI. Sumario de evidencia: 0 referencia.
- VII. Revisión narrativa: 2 referencias.
- VIII. Información para pacientes: 0 referencias.

De la lectura crítica de todos los estudios y artículos se obtiene la siguiente información.

El mecanismo etiopatológico de la hipergranulación apunta a una excesiva y prolongada respuesta inflamatoria. Las siguientes causas tienen en común esta respuesta inflamatoria<sup>1,7</sup>:

-Presencia de cuerpos extraños: suturas, fibras de tejidos (gasas quirúrgicas), uñas enclavadas (uñas encarnadas)<sup>8</sup>. El desarrollo de granulomas es un problema común en la zona de fricción de las sondas de gastrostomía<sup>9,10</sup> y otras ostomías (traqueostomías, etc.).

-Fricción: el caso de incisiones de sondas, catéteres o tubos de ostomías o su incorrecta fijación puede provocar fricción y, por consiguiente, un estrés mecánico que provoca la aparición de granulomas<sup>7,10</sup>.

-Exceso de humedad en el lecho de la herida por una deficiente gestión del exudado de ésta<sup>11</sup>. El exudado proporciona nutrientes a las células implicadas en el proceso de cicatrización, controla la infección y mantiene un ambiente húmedo que favorece la regeneración de los tejidos. Tanto un exceso como un defecto de exudado pueden influir negativamente en el proceso de cicatrización. El acúmulo de humedad en el lecho de la herida en las últimas fases de cicatrización puede producir una hipergranulación del lecho.

-Oclusión de algunos apósitos. Los hidrocoloides son compuestos de carboximetilcelulosa sódica. Pueden asociarse otros hidrocoloides como pectina, gelatina. La presentación en placa está cubierta por una capa de poliuretano que le da la oclusividad u semioclusividad. Aportan un medio húmedo a la lesión. Esta oclusividad impide la evaporación del exceso de humedad, que puede favorecer el exceso de granulación<sup>10, 11, 12</sup>.

-Infección o elevada carga bacteriana. El diagnóstico de infección debe ser fundamentalmente clínico, con los tradicionales signos de infección –inflamación, dolor, olor y exudado purulento-, pero existen signos adicionales como es la aparición de hipergranulación y/o biopelículas entre otros (enlentecimiento en la cicatrización, aumento del exudado i del dolor, decoloración y fragilidad del tejido de granulación, sangrado fácil, cavitaciones y fistulizaciones, erosiones y heridas en tejido neoformado)<sup>1</sup>.

-Pseudohipergranulación. Conviene recordar que el tejido de hipergranulación presenta una apariencia similar a la malignización del tejido de una herida crónica<sup>1, 4, 5</sup>.

En el manejo de la hipergranulación hay dos pilares básicos a tratar<sup>1, 7</sup>:

a) La eliminación de la posible etiología que causa hipergranulación (sea la infección o elevada carga bacteriana, el exceso de humedad, la búsqueda de un posible cuerpo extraño, evitar las fricciones o irritaciones en la herida, evitar algunos apósitos oclusivos...).

b) Opciones de tratamiento que disminuyan la respuesta inflamatoria para conseguir una reducción del granuloma.

Se revisan las terapias disponibles con sus ventajas e inconvenientes y se presentan cronológicamente entre terapias más o menos recientes de publicación:

Terapias de más de 12 años de publicación (Tabla 1<sup>5</sup>):

- Evitar el exceso de exudado aplicando el apósito adecuado en cada fase de curación de la herida, como son apósitos con poder absorbente (alginatos, hidrofibras, espumas)<sup>12</sup>. La valoración del exudado forma parte de la estrategia terapéutica TIME, directriz común de actuación en todos los tipos de heridas: T (tipo de Tejido -Tissue-); I (Infección -Infection-); M (Exudado -Moisture-); E (Bordes -Edge-).

-Nitrato de plata<sup>1, 5, 7</sup>: actúa de sustancia cáustica y elimina el exceso de granulación destruyendo el exceso de fibroblastos y matriz extracelular, eliminando, por tanto, el hipergranuloma de una forma traumática. Su uso está muy extendido. Se trata de una terapia rápida y accesible, con un efecto inmediato. Pero se apuntan como inconvenientes que el trauma en el lecho de la herida la lleva de nuevo a su fase inflamatoria, iniciándose de nuevo el proceso de cicatrización y retrasando la curación. El hecho de ser una opción traumática y que causa dolor son argumentos de peso en su contra. Puede provocar quemaduras alrededor de la herida. Un artículo resaltó como inconveniente curioso el hecho de que el nitrato de plata es un elemento radio opaco que puede dar lugar a imágenes confusas en la determinación de RX<sup>13</sup>.

-Escisión quirúrgica: justificado en granulomas pedunculados, extensos<sup>7</sup>. Esta opción tiene como inconveniente que es traumática, además se recomienda anestesia y pericia en su realización. Cuando fracasan las terapias no invasivas ni traumáticas, la escisión se plantea como una solución con pocas complicaciones<sup>14</sup>. También es un abordaje electivo en el caso de uñas encarnada<sup>8</sup>.

-Antimicrobianos: muchos autores apuestan por un control etiológico de los elementos que causan hipergranulación, entre ellos la infección. Es por ello que algunas apuestas terapéuticas incorporan antimicrobianos para reducir la carga bacteriana: antibióticos tópicos (mupirocina, aureomicina), plata, cadexomero yodado o productos de miel<sup>5, 7</sup>. Aunque estos tratamientos pueden dar hipersensibilidad en algunas personas.

-Corticoides<sup>2</sup>: reducen la división celular y el proceso inflamatorio, por lo que se detiene la producción de hipergranulación. Es una terapia accesible, no traumática, barata, su uso será de corta duración. Los estudios de casos tratados con hidrocortisona acetato de 0,25% destacan la regresión del tejido hipergranuloso sin efectos locales ni sistémicos clínicamente aparentes del tratamiento. La hidrocortisona tópica puede ser utilizada como una opción práctica, eficaz, de bajo coste y no invasiva en el tratamiento del tejido de hipergranulación<sup>6</sup>.

En su contra, no hay licencia de uso en heridas abiertas<sup>5</sup>. Y otro inconveniente es la reticencia por parte de algunos sanitarios en el uso de corticoides tópicos relacionada con el deterioro de la cicatrización tisular y la infección<sup>6</sup>.

- Eliminar la fricción, irritación secundaria a cuerpo extraño: asegurar que no haya ningún cuerpo extraño en el interior de la herida y retirarlo<sup>1</sup>. En el caso de ser provocada por la fricción de un tubo de gastrostomía, la correcta fijación del mismo reducirá la frecuente aparición de exceso de granulación<sup>5, 7,9, 10</sup>. Esto ocurre también con la extirpación de las uñas encarnadas, evitando la reaparición de granulomas<sup>5,8</sup>.

-Espumas: la aplicación de presión extra en los tejidos hipergranulados reduce el exceso de exudado y el sobrecrecimiento tisular. Esta terapia debe ser monitorizada periódicamente y debe notarse su mejoría después de una semana de tratamiento. Una ventaja de estos apósitos es la posibilidad de recortarlo para ser adaptado a sondas, tubos, ostomías...<sup>5, 9, 10</sup>.

Hay literatura reciente (de menos de 12 años de uso) con variantes de la terapia de espumas:

-Espumas con corticoides: esta opción suma los efectos anti-inflamatorios, anti-mitótico celular de los corticoides con las ventajas de la presión con espumas. Estos apósitos son espumas impregnadas de corticoides de baja-moderada potencia (como la fludroxycorticoide, el único producto con licencia en hipergranulación)<sup>5</sup>.

-Espumas con plata: con esta espuma se le añade el efecto antimicrobiano de la plata a los efectos beneficiosos de la espuma (buena absorción del exudado y provisión de compresión al tejido)<sup>15</sup>.

- Doble espuma. Un estudio apoyó el uso de apósitos de doble espuma impregnada de polihexametileno biguanida para controlar el problema de la hipergranulación alrededor de los dispositivos de gastrostomía, además de su efecto antimicrobiano (enfrente bacterias y hongos, y que no se desactivaba en presencia de sustancias orgánicas como sangre o pus<sup>9, 10</sup>.

En la Tabla 2 se enumeran las principales opciones terapéuticas más estudiadas y el objetivo que se pretende para conseguir su curación.

Otras terapias recientes (de menos de 12 años de publicación):

- Imiquimod<sup>7</sup>: tiene propiedades angiogénicas, reducen la proliferación de los fibroblastos (esta sustancia es usada por dermatólogos en el tratamiento de neoplasias ricas en vasos sanguíneos como los hemangiomas). En el estudio de un caso se asoció un antibiótico tópico (mupirocina) al tratamiento con Imiquimod<sup>16</sup>.

- Solución hipertónica NaCl 20%: un artículo a propósito de un caso expuso la terapia para mejorar la asepsia de una herida hipergranulada que consistía en aplicar una gasa impregnada en solución hipertónica (NaCl 20%) antes de ocluir la herida con un apósito seco<sup>17</sup>.

- Lactosa y dibasiccalcium fosfato: un estudio de laboratorio muestra una acción de rotura de los gránulos que han sobrecrecido con la aplicación de una mezcla que contiene lactosa y dibasiccalcium fosfato en una terapia en formato polvo<sup>18</sup>.

- Papasa: un artículo sobre el estudio de un caso donde fracasaba la terapia de corticoide como tratamiento enfrente la hipergranulación, se demostró una mejoría con la aplicación de pastillas

trituras de papasa (fármaco para tratamientos en alteraciones digestivas) sobre la herida después de solución salina y con un apósito secundario<sup>19</sup>.

No se han encontrado otros estudios que añadan evidencia a estos últimos estudios.

## DISCUSIÓN

Hay consenso en las causas de hipergranulación.

Del abordaje terapéutico también hay consenso en los pilares básicos de tratamiento (eliminar etiología y disminuir la respuesta inflamatoria). No hay discusión en la necesidad de retirar el posible cuerpo extraño o el exceso de humedad.

Pero el acuerdo es relativo en la mayoría de terapias recomendadas, con matices. El uso del nitrato de plata es el más estudiado, de ahí que su uso se comente en la mayoría de las guías. Pero en todas se resaltan sus inconvenientes (traumático, doloroso, regreso a la fase inflamatoria). Este uso de relegaría a una última opción, cuando los tratamientos no invasivos ni dolorosos hayan fracasado.

Es por ello que los estudios más recientes apuestan por alternativas como es la presión con espumas (y sus variantes: espumas con corticoides o con antimicrobianos). Una gran ventaja de la opción de espuma con corticoide (una presentación con fludroxycorticoide) es que es el único preparado con corticoide aprobado en heridas, puesto que no hay licencia para el uso de corticoides en general en heridas abiertas. Esto choca con el uso generalizado de la terapia con corticoides frente los casos de hipergranulación (aunque algunos autores describen la reticencia de profesionales a su uso por este motivo).

No encontramos evidencia para: imiquimod, solución hipertónica, lactosa o dibasiccalcium fosfato, papasa, que descartamos como terapias a recomendar hasta que se publique más al respecto.

## LIMITACIONES:

Se encontraron artículos de revisión con exposiciones magistrales del tema de la hipergranulación, opiniones de expertos, estudios de casos, revisiones sistemáticas sobre terapias usadas hasta el momento pero pocos estudios experimentales, y los experimentales encontrados fueron de baja potencia muestral o *in vitro*. En general, hay poca literatura publicada, esto conlleva a que para resolver el problema que tratamos, no exista suficiente evidencia que proponga un tratamiento como el elegido por encima de otro.

## CONCLUSIONES

Todos los estudios coinciden en la mayoría de causas de la hipergranulación. Su etiología tiene en común la excesiva y prolongada respuesta inflamatoria del lecho de la herida perpetuando la granulación y creando el hipergranuloma. Puede ser causada por: la presencia de un cuerpo extraño (suturas, gasas), dispositivos que causen fricción o irritación (sondas, catéteres, ostomías), oclusión excesiva de una herida secundaria a algunos apósitos (hidrocoloides), exceso de exudado, infección o elevada carga bacteriana. La escasez de estudios experimentales en torno al tratamiento de la hipergranulación limita el escoger una opción terapéutica como la de mayor evidencia. Pero todas las revisiones concuerdan en que el tratamiento tiene dos pilares básicos: se debe eliminar la posible etiología y apostar por terapias que disminuyan la inflamación tisular.

Los tratamientos de elección apuntarían a los menos traumáticos, como son la aplicación de corticoides, espumas a presión (y sus variantes: espumas con corticoide, nitrato de plata) el uso de antimicrobianos, reservando las opciones más traumáticas para los casos de mayor gravedad (escisión quirúrgica) o cronicidad (nitrato de plata).

No existe suficiente evidencia que dictamine que un tratamiento es mejor que otro. Sólo recomendaciones puntuales (como la escisión en casos de gran tamaño o pedunculados; antimicrobianos en casos de infección evidente; retirada del cuerpo extraño o elemento irritante, en caso de evidenciarse). Se debería ampliar la investigación sobre los diferentes tratamientos ante la hipergranulación para tener unos datos más concretos y exactos.

Es importante que los profesionales sanitarios estén al día en cuanto a tecnologías y procedimientos actuales para que sus pacientes tengan garantizados los mejores cuidados y las propuestas terapéuticas de mayor evidencia.

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Allué MA, Ballabriga MS, Clerencia M, Gállego L, García A, Moya MT. Heridas crónicas: un abordaje integral. Colegio Oficial de Enfermería de Huesca 2012.
2. Guía para la Prevención y Manejo de las UPP y Heridas Crónicas. Sanidad 2015. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
3. Otero G, Agorio C, Martínez M. Úlceras de miembros inferiores. Características clínico-epidemiológicas de los pacientes asistidos en la unidad de heridas crónicas del Hospital de Clínicas. RevMédUrug 2012; 28(3): 182-189.
4. Martínez D, Villalba V, Molina J, Salvador JL. Úlcera de Marjolin sobre una úlcera venosa crónica: revisión de la bibliografía y comunicación de un caso. Angiología 2006; 58 (1): 63-66.
5. Stephen-Haynes J. Managing overgranulation. [www.woundcare-today.com](http://www.woundcare-today.com)
6. Jaeger M, Harats M, Kornhaber R, Aviv U, Zerach A, Haik J. Treatment of hypergranulation tissue in burn wounds with topical steroid dressings: a case series. IntMed Case Rep J 2016; 9:241-5.
7. Chaverri Fierro, D. (2007). Hipergranulación en heridas crónicas: un problema ocasional pero no infrecuente. Gerokomos, 18(3).
8. Haneke E. Controversies in the treatment of ingrown nails. Dermatology Research and Practice 2012; article ID 783925.
9. Warriner L, Spruce P. Managing overgranulation tissue around gastrostomy sites. Br J Nurse 2012. 21(5):20-25.
10. Spruce P, Warriner L, Keast D, Kennedy A. Heridas en el punto de inserción. Madeeasy 2012; 3(2) [www.woundsinternational.com](http://www.woundsinternational.com)
11. Cacicedo R et al. Manual de prevención y cuidados locales de heridas crónicas. Reconocido de interés profesional por el GNEAUPP. Servicio Cántabro de Salud 2011. DL SA-54-2011.
12. Uso racional del material de curas en la práctica clínica (III). Bolcan. Servicio Canario de Salud 2015 marzo. Núm 4.
13. Narayan N, Nogaro M, Littlewood A, Latimer M. Themisleadingappearance of silvernitrateonplainradiography. Ann R CollSurgEngl 2014; 96(3):3-4.
14. López J, Sachithanandan A, Leow M. Allergic reaction to stainless steel sternotomy wires requiring removal: a case report and literature review. Med J Malaysia 2016; 71(3):142-3.
15. Lloyd-Jones M. Treatment overgranulation with a silver hydrofibre dressing. Wound Essentials 2006; 1:116-18.
16. Lain EL, Carrington PR. Imiquimod treatment of exuberant granulation tissue in a nonhealing diabetic ulcer. ArchDermatol 2005; 141(11):1368-70.
17. Assis B, Pinto da Silva AB, Teixeira A. Utilizaçao da soluçao hipertónica de cloreto de sodio emferidahipergranulada. Journal of Nursing UFPE on line 2009; 3(2).
18. Osei-Yeboah F, Zhang M, Feng Y, Sun C. A formulation strategy for solving the overgranulation problem in high shear wet granulation. J Pharm Sci 2014. 103(8):2434-2440.
19. Mustafah NM, Chung T. Papase as a treatment option for the overgranulating wound. J Wound Care 2014;23(2 Suppl):10-12.

**GRÁFICOS Y/O TABLAS**

<b>Posibles causas según Stephen Haynes:</b>	<b>Autores:</b>	<b>Fecha:</b>
<b>Inflamación prolongada</b> causada por infección o cuerpo extraño	Wood	1976
	Zitelli	1984
	Stone	1986
	Harris y Rolstad	1994
	Nelsen	1999
<b>Factores de crecimiento tisular por los apósitos oclusivos</b>	Bolton et al	1991
	Harris y Rolstad	2002
La <b>oclusión</b> induce a efectos citotóxicos	Van Luyn et al	1992
<b>Fricción externa</b> en gastrostomías y catéteres suprapúbicos	Hanlon y Heximer	1994
Uso de hidrocoloides	Falanga	1998
<b>Prolongada inflamación</b> puede estimular el crecimiento de tejido	Dunford	1999
<b>Infección</b> para el proceso de curación, aumenta los fluidos y la hipergranulación	Bannerjee	1999
Relación entre la <b>matriz de metaloproteinasas</b> y la hipergranulación	Stephens y Thomas	2002
<b>Tabla 1.</b> Causas potenciales según la bibliografía previa al 2005 (Stephen-Haynes) <sup>5</sup> .		

<b>Opciones terapéuticas:</b>	<b>Objetivo del tratamiento:</b>
Retirar agentes irritantes (cuerpos extraños)	Para eliminar la etiología inflamatoria
Aplicación de nitrato de plata	Para frenar la hipergranulación mediante sustancia cáustica. Sólo cuando las demás terapias han fallado
Corticoides tópicos	Reducen la división celular y la producción de tejido hipergranuloso
Cambiar de un apósito oclusivo a uno no-oclusivo	Para reducir el exceso de exudado
Uso de antimicrobianos	Para reducir las bacterias
Aplicación de apósitos de espuma (foam)	Para aplanar el tejido y absorber el exudado. Puede ser con doble espuma
Apósito de espuma con esteroides	Para reducir la producción de células de granulación
Apósito de espuma con plata	Para aplanar el tejido con compresión y con el efecto antimicrobiano de la plata
Escisión quirúrgica	Lesiones grandes o pedunculadas.
Uso de fijaciones en los dispositivos	Para reducir movimientos y evitar la estimulación de granulomas

**Tabla 2.** Posibilidades de tratamiento ante la hipergranulación.

**ID330:****PREVENCIÓN Y ATENCIÓN AL ALZHEIMER: REVISIÓN DE LA LITERATURA**

María Lucena Cerezo

Unidad Docente Multidisciplinar de Medicina Familiar y Comunitaria de Toledo.

[marialucena@ono.com](mailto:marialucena@ono.com)**RESUMEN**

Introducción: El Alzheimer es una enfermedad neurodegenerativa que afecta a millones de personas. Interesa conocer los factores de riesgo para poder implementar estrategias de prevención primaria adecuadas.

Objetivos: Profundizar en el conocimiento de factores que predisponen o previenen la enfermedad de Alzheimer.

Metodología: Búsqueda en CUIDEN PLUS, CINHALL, MEDLINE, COCHRANE, Scopus y PROQUEST entre 2000 y 2014.

Resultados: En relación a los objetivos planteados, se exponen los factores analizados y su influencia en la enfermedad de Alzheimer, así como los cuidados de enfermería en la atención a cuidadores y pacientes con Alzheimer.

Discusión: Dificultad de encontrar artículos en los que se demuestre evidencia en factores de riesgo o prevención.

Conclusiones: Dieta, hipertensión, ejercicio físico, ejercicio mental y alcohol, son estilos de vida potencialmente modificables para la enfermedad de Alzheimer. Los principales diagnósticos de cuidadores: déficit de conocimientos, aislamiento social, depresión y déficit de actividades recreativas.

**ABSTRACT**

Introduction: Alzheimer is a neurodegenerative disease that affects millions of people. It is interesting to know the risk factors to implement adequate primary prevention strategies.

Objectives: To go deeply into the knowledge of factors that predispose or prevent Alzheimer disease.

Methodology: Search in CUIDEN PLUS, CINHALL, MEDLINE, COCHRANE, Scopus and PROQUEST between 2000 and 2014.

Results: In relation to the raised aimed, the factors analyzed and its influence on the suffering of Alzheimer disease, as well as the main nursing cares in the attention to caregivers and patients with Alzheimer disease are presented.

Discussion: Difficulty in finding articles that show evidence of risk or prevention factors.

Conclusions: Diet, hypertension, physical exercise, mental exercise and alcohol are potentially modifiable lifestyles for Alzheimer disease. The main diagnoses of caregivers: lack of knowledge, social isolation, depression and shortage of recreational activities.

**PALABRAS CLAVE**

Enfermedad de Alzheimer, factores de riesgo, prevención primaria, diagnóstico de enfermería, atención de enfermería.

Alzheimer disease, risk factors, primary prevention, nursing diagnosis, nursing care.

**INTRODUCCIÓN/JUSTIFICACIÓN/OBJETIVO**

La enfermedad de Alzheimer (EA) es una enfermedad neurodegenerativa que afecta a millones de personas <sup>(1)</sup>. La incidencia de la enfermedad de Alzheimer aumenta exponencialmente a partir de los 65 años, siendo mayor en mujeres. La prevalencia actual se cuadruplicará para el año 2050. Es importante conocer los factores de riesgo para implementar estrategias de prevención primaria adecuadas, que logren revertir esta tendencia <sup>(2)</sup>.



La EA es definida por la OMS, en la Clasificación Internacional de las enfermedades - Décima Edición (CIE-10, 1992), "como un síndrome debido a una enfermedad del cerebro, generalmente de naturaleza crónica o progresiva, en la que hay déficits de múltiples funciones corticales superiores que repercuten en la actividad cotidiana del enfermo".

La EA se produce en dos formas: aparición temprana que se determina genéticamente, e inicio tardío mucho más común que no es determinada de esta forma. Más del 90% de los casos son esporádicos, por lo que la genética juega un papel menor en la etiología de la EA <sup>(3)</sup>. Aunque existen tratamientos con licencia que pueden aliviar los síntomas de la enfermedad de Alzheimer, existe una necesidad apremiante de mejorar nuestra comprensión de la patogénesis, al permitir el desarrollo de tratamientos modificadores de la enfermedad <sup>(4)</sup>. Sí se conocen formas de la enfermedad que tienen un origen genético bien probado: son las formas "familiares". Son muy raras y aparecen siempre en menores de 65 años, pudiendo darse incluso en 25-30 años.

En el 99 % de los casos, son formas "esporádicas", aparecen sin que haya una relación directa con las anomalías genéticas. En estos casos, que son la inmensa mayoría, desconocemos las causas de la enfermedad. Hay estudios que analizan como las variables ambientales también pueden tener algún papel en la expresión de la enfermedad <sup>(3,5)</sup>.

Prevenir o retrasar la EA, y retrasar o ralentizar su progresión daría lugar a la mejora del estado de salud y calidad de vida en la vejez <sup>(6)</sup>. En la actualidad existe una fuerte evidencia de posibles riesgos y factores protectores para la EA, la demencia y el deterioro cognitivo, pero es necesario seguir trabajando para comprender mejor estos, y establecer si las intervenciones pueden reducir sustancialmente estos riesgos <sup>(3)</sup>.

La epidemiología apoya la hipótesis de que los factores de riesgo que se asociaron con el desarrollo de esta enfermedad son: hipertensión, colesterol total, diabetes mellitus, índice de masa corporal, síndrome metabólico, e inactividad física. Por el contrario, el ejercicio físico, la educación en sí o en relación con la ocupación de por vida y/o nivel de ejercicio cognitivo es discutible, y la dieta tendrían efectos protectores sobre el funcionamiento cognitivo y una posible reducción en la incidencia de demencia <sup>(7,8,9,10,11)</sup>.

La enfermería tiene un papel muy importante en los cuidados de los pacientes con Alzheimer y sus cuidadores. La mayoría de los enfermos de Alzheimer son asistidos por cuidadores familiares <sup>(12,13)</sup>. Estos están expuestos a situaciones de estrés que incrementan el riesgo de padecer problemas físicos y emocionales, especialmente ansiedad y depresión. En la mayoría de las familias el cuidado es instintivo, cultural y natural. El desgaste y sufrimiento causados por la inseguridad y la falta de preparación podrían ser minimizados potencialmente a través de la orientación, y educación de los profesionales de la salud. El trabajo de enfermería está orientado a facilitar las actividades de la vida diaria, mediante la adaptación al entorno o formación del cuidador principal, fomentando la autonomía del paciente y su participación activa en las actividades de la vida diaria. Otra función muy importante de la enfermera con respecto al cuidador es la atención y formación, y apoyo en los cuidados <sup>(12)</sup>.

Por tanto, los objetivos de esta revisión es profundizar en el conocimiento de algunos de los factores que predisponen o previenen la enfermedad de Alzheimer: alimentación, hipertensión, ejercicio físico, ejercicio mental o las actividades cognitivas activas, alcohol, y describir las principales intervenciones enfermeras a pacientes con Alzheimer y sus cuidadores.

## DESARROLLO

Revisión bibliográfica y análisis de la información publicada desde el año 2000 hasta 2014, relacionada con factores protectores o predisponentes de la enfermedad de Alzheimer, centrada en: dieta, hipertensión, ejercicio físico, ejercicio mental o actividades cognitivas, y alcohol, además de los cuidados de enfermería a cuidadores y pacientes con Alzheimer.

Palabras clave: Enfermedad de Alzheimer, factores de riesgo, prevención primaria, diagnóstico de enfermería, atención de enfermería, alzheimerdisease, riskfactors, primaryprevention, nursing diagnosis, nursingcare.

Criterios de inclusión:

- Años de publicación: 2000-2014.
- Acceso a texto completo.
- Encontrarse entre las 10 primeras páginas de visualización de artículos, ordenadas por fecha más reciente de publicación.

- Relación con objetivos de estudio.

Bases de datos consultadas: CUIDEN PLUS, MEDLINE, SCOPUS, CINAHL, PROQUEST, COCHRANE.

- Alzheimer and enfermería: 145 artículos. Se acota búsqueda añadiendo “and atención de enfermería”, encontrando 4, se selecciona 1 (Nº ref. 12)
- Alzheimer and educación para la salud: 18 artículos, se selecciona 1 (Nº ref. 13).
- Alzheimer and hipertensión (6), and alcohol (1), and factores predisponentes (2), and estilos de vida and factores protectores (0), and diagnósticos enfermeros (3), and ejercicio físico (1), and prevención primaria (1), and alimentación (11). Se encuentran un total de 25 artículos, no seleccionando ninguno.
- Alzheimer and atención de enfermería: se encuentran 177: se seleccionan 2 y se utiliza una guía de práctica clínica (Nº ref 23,25,29).
- Alzheimerdisease and hypertension and risk factor: 59, se seleccionan 2 (Nº ref. 6,15).
- Alzheimerdiseaseand (riskfactorsorprotectivefactors): 92584. Se acota fecha de búsqueda desde 2005. Aparecen 1344, se selecciona 1 (Nº ref.19).
- Alzheimerdisease and nursingcare andnursing diagnosis: 7, sin ser seleccionados.
- Alzheimer disease and nursing diagnosis and nursingintervention: 202. Se seleccionan 2 (Nº ref. 18,26).
- Alzheimerdisease and carenursingplans: 0.
- Alzheimerdisease and mental activity and prevention: 0.
- Alzheimerdisease and hypertension and riskfactors: 1, no seleccionado.
- Alzheimerdisease and (risk factor sor protective factor): 26851. Se añade and prevention: 8204, no seleccionados.
- Alzheimerdisease and alcohol and prevention: 66990. Se elimina and prevention: 110, se selecciona 1 (Nº ref. 22).
- Alzheimerdiseaseand exercise and prevention: 13, no seleccionados.
- Alzheimerdisease and protective factor and riskfactors: 1058. Se reduce años de búsqueda desde 2005: 46, no seleccionados.
- Alzheimerdisease and diet: 1632. Se reducen años de búsqueda desde 2005, se añade and protective factor: 3, no seleccionados
- Alzheimerdisease and lifestyle: 584. Se acota año de búsqueda desde 2005:7, no seleccionados.
- Alzheimerdisease and nursingcare: 335. Se acota el año de búsqueda desde 2005: 7, no seleccionados.
- Alzheimerdisease and nursingcare and familycaregivers: 106. Se reduce año de búsqueda desde 2005: 11, no seleccionados.
- Alzheimerdisease and nursing diagnosis: 32. Se acota año de búsqueda desde 2005: 9, no seleccionados.
- Alzheimerdisease and diet: 17019. Se acota el año de búsqueda desde 2005: 438, se seleccionan 6 (Nº ref. 1,3,4,5,7,17).
- Alzheimerdisease and physicalexercise: 11089. Se añade and prevention: 1989, seleccionados 5 (Nº ref. 8,9,10,14,20).
- Alzheimerdisease and alcohol and (riskorprevention): 1614363. Se elimina (riskorprevention): 17064, seleccionado 1 (Nº ref. 11).
- Alzheimer disease and nursing diagnosis: 10985. Se añade and prevention: 634,seleccionados 2 (Nº ref. 28,30).
- Alzheimer disease and prevention and control: 60, no seleccionados.
- Alzheimerdisease and prevention and diet: 33, seleccionados 2 (Nº ref. 16, 24).
- Alzheimerdisease and prevention and riskfactors: 11, seleccionados 2 (Nº ref. 2, 21).
- Alzheimerdisease and studieslevel and prevention: 60, no seleccionados.
- Alzheimerdisease and riskfactors: 83, seleccionados 3 (Nº ref. 27,31,32).

Se han empleado 31 artículos y una guía de práctica clínica.

**RESULTADOS:**

Dieta y Alzheimer: En la mayoría de los estudios y revisiones encontradas, hemos visto que la dieta mediterránea tiene un papel muy importante en la prevención de la enfermedad de Alzheimer, ya que esta combina varios alimentos con micro y macro nutrientes que son considerados posibles factores de protección contra la demencia. La dieta mediterránea caracterizada por un alto consumo de alimentos de origen vegetal, y de pescado, con aceite de oliva como principal fuente de grasa monoinsaturada, un bajo consumo de carne roja y aves de corral, menos de 4 huevos por semana, productos lácteos, y un consumo moderado de vino, normalmente durante las comidas, reduce el riesgo de EA<sup>(5,6,14,15)</sup>.

Las deficiencias de algunos micronutrientes, sobre todo vitaminas B1, B2, B6, B12, C y ácido fólico, se asociaron significativamente con el deterioro cognitivo<sup>(5)</sup>. Se habla de que un consumo elevado de ácidos grasos saturados y colesterol, podría tener un efecto negativo<sup>(5,6,14,15,16)</sup>.

Hipertensión y enfermedad de Alzheimer. La hipertensión se considera factor de riesgo modificable para la EA. En varias revisiones sistemáticas se ha evidenciado que la hipertensión no tratada en la mediana edad, aumenta el riesgo de padecer EA<sup>(7,17,18)</sup>. Varios estudios longitudinales han demostrado un efecto protector del uso de antihipertensivos<sup>(15)</sup>. Otros no coinciden con el efecto protector de dichos fármacos<sup>(2,6)</sup>.

Ejercicio físico y Alzheimer. Según varios estudios, el ejercicio físico actúa como factor protector en su asociación con la EA y el deterioro cognitivo<sup>(2,6,19)</sup>. Hay estudios longitudinales a más corto plazo que establecen una relación de protección entre la actividad física regular y de alta intensidad, y de ocio, y el riesgo de EA. Sin embargo en otros estudios no encontraron asociación<sup>(7)</sup>. Además, mantenerse mentalmente y físicamente activo en la juventud y edad mediana puede ayudar a evitar la degeneración del cerebro<sup>(15,20)</sup>. Analizando varios estudios se encontró que cualquier frecuencia de ejercicio moderado frente a ninguno, era protector<sup>(9)</sup>.

Ejercicio mental o actividades cognitivas activas, y Alzheimer. Son factores protectores los niveles de estudios superiores ya que la estimulación cognitiva es mayor, y los altos coeficientes de inteligencia en adolescentes. Esto puede estar relacionado con la reserva cognitiva, y ser la participación en actividades de estimulación cognitiva un factor contribuyente<sup>(6,9,16)</sup>. Por otra parte, la evidencia de estudios observacionales longitudinales sugieren que una red social pobre o desvinculación social se asocia con deterioro cognitivo<sup>(15)</sup>.

En esta revisión, también se expone que nuevos datos epidemiológicos han confirmado el papel protector de la educación, así como de determinados aspectos recreativos y ocupacionales, tales como las demandas mentales y cognitivas del trabajo habitual<sup>(21)</sup>. Varios estudios transversales y longitudinales han encontrado asociación entre la baja educación y un mayor riesgo de demencia<sup>(15)</sup>.

Enfermedad de Alzheimer y alcohol. Hay heterogeneidad en las definiciones de consumo de alcohol entre los diferentes autores. Si relacionamos el consumo de alcohol, con dieta mediterránea y su efecto protector contra la EA, se asocia un consumo durante las comidas de bajo a moderado de vino con este mismo efecto. Aun así, las pruebas apuntan a que un consumo bajo-moderado de vino tinto tiene un efecto protector, asociado con un 38% menos de riesgo<sup>(2,10,16,22)</sup>.

Sin embargo, se encontraron referencias en los que esta relación era incierta<sup>(5,7,11)</sup>.

Intervenciones enfermeras a pacientes con Alzheimer y sus cuidadores.

Las intervenciones enfermeras son un recurso fundamental en los tratamientos de los enfermos de Alzheimer, así como para familiares y cuidadores. La familia es un recurso de apoyo informal para el cuidado de las personas mayores. Este apoyo, se caracteriza por su capacidad de adaptación a los diferentes niveles y necesidades del cuidado. Las cuidadoras presentan en la mayoría de los casos perturbaciones que afectan diferentes ámbitos de su vida, como interferencias en su actividad laboral, falta de redes sociales y ocio, de manera que favorece el aislamiento social<sup>(12)</sup>.

La enfermera de atención primaria puede detectar precozmente el inicio de esta enfermedad, participar en el seguimiento y continuidad asistencial de estos pacientes, adecuando los recursos y asegurando la gestión del caso. Deben realizarse acciones dirigidas a la persona afectada y a su familia cuidadora; mediante una aproximación global, soporte psicológico y social, detectando cambios, signos de alarma, complicaciones, enfermedades concomitantes, análisis de la sospecha de maltrato, valoración de la carga del cuidador, de sus necesidades, y estado de salud física, psicológica y mental<sup>(23)</sup>.

En una revisión sobre guías de práctica clínica de cuidados a personas con Alzheimer y otras demencias, se exponen los puntos clave de los cuidados al cuidador: necesidad de información y formación, como de los recursos de apoyo tanto formales como informales, y el apoyo emocional, con Grupos de Ayuda Mutua y actividades de organización del cuidado<sup>(24)</sup>. Pero, a pesar del creciente interés en la literatura de la salud que aborda la situación de los cuidadores familiares de pacientes con Alzheimer, es importante que la enfermería reflexione en torno a la forma en la que debe de dirigir el cuidado<sup>(13)</sup>.

Al mismo tiempo que se inicia el proceso demencial, se instaura el proceso cuidador, que pasa por diferentes fases: una inicial caracterizada por el desconocimiento; fase intermedia caracterizada por cansancio; y fase severa, caracterizada por desbordamiento o por acostumbramiento. Desde el momento en que la enfermedad de Alzheimer hace su incursión en el seno de una familia, está se convierte en el pilar básico del cuidado. Las cuidadoras se perciben a sí mismas como "encerradas", a la vez manifiestan inseguridad debido al déficit de conocimientos<sup>(25)</sup>.

La enfermera debe de personalizar los cuidados teniendo en cuenta la etapa de la enfermedad y el nivel de cuidados que debe de procurar el cuidador<sup>(26)</sup>. Como tratamiento no farmacológico al paciente con Alzheimer, se recomiendan: terapia ocupacional como entrenamiento básico de las actividades de la vida diaria básicas e instrumentales; fisioterapia para mantener la actividad física y la psicomotricidad; programas de estimulación cognitiva, rehabilitación neuropsicológica, modificación de conducta, higiene programada y micción inducida<sup>(24)</sup>. Otras intervenciones eficaces de enfermería son: implementar o supervisar y ayudar a la familia o cuidadores, a establecer rutinas de simplificación de cuidados, identificar áreas en las cuales pueda mantenerse un control, y crear un entorno seguro para ambos.

Muchos cuidadores sufren de fatiga crónica, ira, depresión y problemas de salud asociados, por lo que se deben establecer estrategias para proporcionar descansos y apoyo en las tareas del hogar. En la última etapa, además de atender a enfermos terminales, la familia también tiene que lidiar, a menudo, con un sentimiento de culpa y duelo, y cuestiones éticas<sup>(26)</sup>.

En un estudio se analizaban los beneficios de un programa de formación del cuidador, midiendo su efecto sobre diversas áreas relacionadas con la carga del cuidador. Se observó que el beneficio en la afectividad de los cuidadores es sorprendente, dado que acudían solos a las sesiones, sin que se realizara ningún tipo de intervención directa sobre el paciente con EA, hecho ya constatado por otros estudios. Además, muestra la estrecha interdependencia que existe entre ellos. Quizás porque el cuidador, a través de un manejo conductual más racional, del apoyo socio sanitario, del cuidado de sí mismo y del desahogo que proporciona la mera comunicación, obtuvo una ganancia afectiva que transmitió al paciente, o que la mejoría de la afectividad del paciente se debiera a un manejo general de la enfermedad más adecuado por parte del cuidador<sup>(27,28)</sup>.

El cuidado de una persona con EA requiere de habilidad y conocimiento. Es en este contexto, en el que la enfermería debe participar de forma activa, ya que forma parte de la red de apoyo de los cuidadores<sup>(29)</sup>, evaluando previamente las necesidades del cuidador que irán cambiando según la evolución del enfermo<sup>(30)</sup>.

## DISCUSIÓN

Recalcar la dificultad de encontrar estudios que demuestren asociaciones claras entre los factores ambientales y la EA, ya que la mayoría se centran en estudiar los factores genéticos. La mayoría no se podían utilizar para estudio.

En la mayoría de los estudios se plantea que la investigación en la enfermedad de Alzheimer y los factores ambientales que intervienen, es crucial para reducir la incidencia de esta enfermedad. Los factores ambientales potencialmente modificables son la dieta, la hipertensión, la diabetes mellitus, la hipercolestirolema, la actividad física, la actividad mental o realización de actividades cognitivamente activas, el consumo de alcohol y la exposición ambiental a ciertos productos químicos<sup>(1, 2, 3, 4, 6, 7, 9, 14, 15, 16, 17, 18)</sup>.

Todos ellos coinciden en que la dieta mediterránea contiene propiedades que reducen el riesgo de padecer EA<sup>(5,6,9,14,15,16)</sup>.

Respecto a la Hipertensión, se encontró asociación entre la hipertensión tratada en la mediana edad y la reducción del riesgo de padecer la AE<sup>(7,17,18)</sup>, no así en otras revisiones<sup>(2,6)</sup>.

El ejercicio físico como factor de protección o de riesgo, es un aspecto en el que difieren la mayoría de los autores consultados. Algunos estudios coinciden en que la actividad física podría afectar a la cognición siendo protector<sup>(2,16,15,19,20)</sup>.

Partiendo de la idea de que la actividad mental o actividades con estimulación cognitiva, activan y mejoran ciertas funciones cerebrales, son varios los estudios que discrepan en sí realmente ejercen un efecto protector frente a la EA<sup>(2,6,7,9,15,19,20,21)</sup>.

Son varias las hipótesis encontradas acerca del consumo de alcohol y su efecto en la EA. En general, los autores no coinciden en la definición de un consumo leve, moderado o elevado de alcohol, pero sí exponen que el consumo moderado de alcohol ejerce un efecto protector<sup>(2,5,16,22)</sup>. Se encontraron otros en los que esta relación era incierta<sup>(5,7,11)</sup>.

Respecto al papel de la enfermería en la atención al paciente con Alzheimer y cuidadoras, se ha encontrado que los estudios y revisiones señalan a la enfermera como principal fuente de información y ayuda en el cuidado, siendo un recurso fundamental en el cuidado de los enfermos de Alzheimer, así como de familiares y cuidadores<sup>(12,13,23,25,26,29,30)</sup>.

La enfermera de atención primaria puede detectar precozmente el inicio de esta enfermedad, participar en el seguimiento y continuidad asistencial, adecuando los recursos y asegurando la gestión del caso<sup>(12,13,23,24,26,29)</sup>. Además se observó una ganancia afectiva del cuidador y de la persona cuidada a través de un manejo conductual más racional, del apoyo socio sanitario, del cuidado de sí mismo y del desahogo que proporciona la mera comunicación<sup>(27,29,30)</sup>.

## CONCLUSIONES

El papel de los factores ambientales y su participación en la EA, es difícil de determinar. Existen discrepancias entre diversos autores y poca documentación relacionada con su prevención.

- La dieta mediterránea es el principal factor de protección frente a EA.
- El padecer hipertensión en la mediana edad sin ser tratada se asocia con un mayor riesgo de EA en la vejez.
- El ejercicio regular moderado, y otras actividades físicas recreativas ejercen un efecto protector frente a EA.
- La actividad mental como efecto protector, aumenta la reserva cerebral y estimula la producción neuronal, aunque si este efecto no queda demostrado claramente.
- El alcohol a dosis moderadas parece ejercer un efecto de protección, aunque los autores varían en la definición del consumo moderado. Otros autores establecen que el consumo elevado de alcohol se asocia con un mayor riesgo de padecer EA.
- Los diagnósticos enfermeros más frecuentes son déficit de conocimientos y de actividades recreativas, aislamiento social y depresión. Es en estos aspectos donde la enfermera debe realizar las actividades de apoyo al cuidador.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Dosunmu, R., Wu, J., Basha, M. R., &Zawia, N. H. (2007). Environmental and dietary risk factors in Alzheimer's disease. Disponible en: <http://ojs.proquest.com/avalos.ujen.es/docview/901342232/3327D82C24AE4078PQ/8?accountid=14555>
2. Makizoko H., Shimada H., Exercise and brain health in older adults with mild cognitive impairment. Elsevier Inc. 2014.94 (2): 135- 136. Disponible en: <http://www.biblioteca.cochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=CN-01087365>
3. Ballard, Clive; Gauthier, Serge; Corbett, Anne; Brayne, Carol; Aarsland, Dag; et al. Alzheimer's disease. Lancet. 2011 Mar 19;377(9770):1019-31. Disponible en: <http://ojs.proquest.com/avalos.ujen.es/docview/857846242/E70E21955D7F414BPQ/1?accountid=14555>
4. Munoz, D. G., &Feldman, H. (2000). Causes of Alzheimer's disease. Canadian Medical Association Journal, 162(1), 65-72. Disponible en:

<http://0search.proquest.com.avalos.ujaen.es/docview/204798022/7E1850570C2A4413PQ/1?accountid=14555>

5. Solfrizzi, V., Panza, F., Frisardi, V., Seripa, D., Logroscino, G., Imbimbo, B. P., & Pilotto, A. (2011). Diet and Alzheimer's disease risk factors or prevention: the current evidence. Disponible en: <http://0search.proquest.com.avalos.ujaen.es/docview/873534531/8363AFF025B476PQ/1?accountid=14555>

6. Reitz, C., Brayne, C., & Mayeux, R. (2011). Epidemiology of Alzheimer disease. *Nature Reviews Neurology*, 7(3), 137-152. Disponible en: <http://0search.proquest.com.avalos.ujaen.es/medline/docview/856408414/ECEB4FD2219D4E04PQ/9?aaccountid=14555>

7. Kivipelto, M., & Solomon, A. (2008). Alzheimer's disease—the ways of prevention. *The Journal of Nutrition Health and Aging*, 12(1), S89-S94. Disponible en: <http://0search.proquest.com.avalos.ujaen.es/docview/222316186/3327D82C24AE4078PQ/25?accountid=14555>

8. Larson, E. B., Wang, L., Bowen, J. D., McCormick, W. C., Teri, L., Crane, P., & Kukull, W. (2006). Exercise is associated with reduced risk for incident dementia among persons 65 years of age and older. *Annals of internal medicine*, 144(2), 73-81. Disponible en: <http://0search.proquest.com.avalos.ujaen.es/docview/222201093/FE4990D31B654882PQ/29?accountid=14555>

9. Barak, Y., & Aizenberg, D. (2010). Is dementia preventable? Focus on Alzheimer's disease. *Expert review of neurotherapeutics*, 10(11), 1689-1698. Disponible en: <http://0search.proquest.com.avalos.ujaen.es/docview/760983737/F2082C0F7CA441E0PQ/66?accountid=14555#center>

10. Orgogozo, J. M. (2002). Consumo de alcohol y enfermedad de Alzheimer. *Medwave*, 2(05). Disponible en: <http://www.mednet.cl/link.cgi/Medwave/Cursos/dieta2/3612>

11. Tyas, S. L. (2001). Alcohol use and the risk of developing Alzheimer's disease. *Alcohol Research and Health*, 25(4), 299-307. Disponible en: <http://0search.proquest.com.avalos.ujaen.es/docview/222468896/4C97A595F2DE461DPQ/5?accountid=14555>

12. García Díaz, S., García Díaz, M.J., Illán Noguera, C.R., Álvarez Martínez, M.C., Martínez Rabadán, M., Pina Díaz, L.M., Guillén Pérez, F. & Bernal Barquero, M.. (2013). Intervenciones enfermeras dirigidas a los pacientes de alzheimer y sus cuidadores: una revisión bibliográfica. *Enfermería Docente*, 101: 36-40. Disponible en: [http://0www.indexf.com.avalos.ujaen.es/new/cuiden/extendida.php?cid=685874\\_1](http://0www.indexf.com.avalos.ujaen.es/new/cuiden/extendida.php?cid=685874_1)

13. Vargas-Escobar, L. M. (2012). Nursing's Contribution to the Quality of Life of Family Caregivers of Alzheimer Patients. *Aquichán*, 12(1), 62-76. Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/62-76/html>

14. Patterson, C., Feightner, J. W., Garcia, A., Hsiung, G. Y. R., MacKnight, C., & Sadovnick, A. D. (2008). Diagnosis and treatment of dementia: 1. Risk assessment and primary prevention of Alzheimer disease. *Canadian Medical Association Journal*, 178(5), 548-556. Disponible en: <http://0search.proquest.com.avalos.ujaen.es/docview/204889254/F799EEBFF7DC4B22PQ/1?accountid=14555#center>

15. Middleton, L. E., & Yaffe, K. (2009). Promising strategies for the prevention of dementia. *Archives of Neurology*, 66(10), 1210-1215. Disponible en: <http://0search.proquest.com.avalos.ujaen.es/medline/docview/67685768/6CC6731574CE4526PQ/61?aaccountid=14555>

16. Barbera M, Ngandu T, Mangialasche F, Richard T., Beishuizen C., Andrieu S., Meiller Y., Van de Groep A., Brayne C., Van Gool W.A., Soininm H., Kivipelto M. Management of vascular and lifestyle- related risk factor for Alzheimer´s disease and dementia in older adults. A european perspective. Elsevier Inc. 2014. 10: 754-755. Disponible en:

<http://www.biblioteca.cochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=11482721&DocumentID=CN-01008860>

17. Barnes, D. E., & Yaffe, K. (2011). The projected effect of risk factor reduction on Alzheimer's disease prevalence. *The Lancet Neurology*, 10(9), 819-828. Disponible en: <http://osearch.proquest.com.avalos.ujaen.es/docview/884365404/F2082C0F7CA441E0PQ/85?accountid=14555#center>

18. Kivipelto, M., Helkala, E. L., Laakso, M. P., Hänninen, T., Hallikainen, M., Alhainen, K., ... & Nissinen, A. (2001). Midlife vascular risk factors and Alzheimer's disease in later life: longitudinal, population based study. *Bmj*, 322(7300), 1447-1451. Disponible en: <http://osearch.proquest.com.avalos.ujaen.es/medline/docview/204030561/fulltext/20F5B56E9DDD46CEPQ/66?accountid=14555>

19. Kirk-Sanchez, N. J., & McGough, E. L. (2014). Physical exercise and cognitive performance in the elderly: current perspectives. *Clinical interventions in aging*, 9, 51. Disponible en: <http://osearch.proquest.com.avalos.ujaen.es/medline/docview/1499124004/3DF6A5C18F9B492APQ/9?accountid=14555>

20. Marx, J. (2005). Preventing Alzheimer's: A lifelong commitment?. *Science*, 309(5736), 864-866.

Disponible en: <http://osearch.proquest.com.avalos.ujaen.es/docview/213614898/E0EBDAD87D6747F7PQ/35?accountid=14555>

21. Almeida O.P., Hulse GK., Lawrence D., Flicker L. Smoking as a risk factor for Alzheimer´s disease: contrasting evidence from a systematic review of case-control and cohort studies. Elsevier Inc. 2002. 97 (1):15-28. Disponible en: <http://www.biblioteca.cochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=CMR-6405>

22. Norton, M. C., Dew, J., Smith, H., Fauth, E., Piercy, K. W., Breitner, J., ... & Welsh-Bohmer, K. (2012). Lifestyle behavior patterns associated with different levels of risk for incident dementia and Alzheimer's disease: the Cache County study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 60(3), 405-412. Disponible en: <http://oweb.a.ebscohost.com.avalos.ujaen.es/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=20&sid=d5495d7d-4593-40a7-984f-ce02f261f387%40sessionmgr4001&hid=4212>

23. Bach Pujols, N., Costa Robira, A., Ortega Solsona, O., Prats Roselló, L., Rodés Gabardós, R. & Suriñach Pérez, M. (2005). Plan de cuidados para las personas con Alzheimer y otras demencias, sus cuidadores y su familia. Barcelona: Obra Social Fundación "La Caixa". Disponible en: [http://www.indexf.com.avalos.ujaen.es/new/cuiden/extendida.php?cdid=641832\\_6](http://www.indexf.com.avalos.ujaen.es/new/cuiden/extendida.php?cdid=641832_6)

24. Farrow M., O'Connor E., Matherly C. A randomised controlled trial of E. health interventions for dementia risk reduction. Elsevier Inc. 2014. 10: 210.

Disponible en: <http://www.biblioteca.cochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=cCN-01008873>

25. Ferrer Hernández, M. E., & Cibanal Juan, L. (2008). El aprendizaje de cuidados familiares a pacientes con Alzheimer: revisión bibliográfica. *Cultura de los cuidados*, Año XII, n. 23 (1. semestre 2008); pp. 57-69. Disponible en: [http://www.indexf.com.avalos.ujaen.es/new/cuiden/extendida.php?cdid=656224\\_1](http://www.indexf.com.avalos.ujaen.es/new/cuiden/extendida.php?cdid=656224_1)

26. Ugarriza, D. N., & Gray, T. (1993). Alzheimer's disease: nursing interventions for clients and caretakers. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, 31(10), 7-10. Disponible en: <http://osearch.proquest.com.avalos.ujaen.es/medline/docview/1026708882/fulltext/CDE7584F0C094F41PQ/1?accountid=14555>

27. Bahor-Fuchs A., Cherbuin N., Rebek G., Herath P., Antey k..Thebody, brain, lifeprogram: baselinecharacteristics of an online multidomainintervention to reduce therisk of Alzheimer´sdisease. Elsevier Inc. 2013. 9 (4): 651-652. Disponible en:  
<http://www.biblioteca-cochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=CN-01010878>
28. Mahoney, D. F. (2003). Vigilance. Evolution and definitionfor caregivers of family members with Alzheimer's disease. Journal of Gerontological Nursing, 29(8), 24-30. Disponible en:  
<http://0search.proquest.com.avalos.ujaen.es/docview/204146642/E97BC7E1E90D4AE7PQ/15?accountid=14555>
29. Almeida, K. D. S., Leite, M. T., &Hildebrandt, L. M. (2009). Cuidadores familiares de pessoas portadoras de Doença de Alzheimer: revisão da literatura; Alzheimer'sfamily caregivers: literaturereview; Cuidadores familiares de personas portadoras de la Enfermedad de Alzheimer: revisión de la literatura. Rev. eletrônicaenferm, 11(2). Disponible en:  
[http://0www.indexf.com.avalos.ujaen.es/new/cuiden/extendida.php?cdid=659817\\_1](http://0www.indexf.com.avalos.ujaen.es/new/cuiden/extendida.php?cdid=659817_1)
30. Skinner, K. (2009). Nursing interventions to assist in decreasing stress in caregivers of Alzheimer's patients. ABNF Journal, 20(1). Disponible en:  
<http://0search.proquest.com.avalos.ujaen.es/docview/218860922/E97BC7E1E90D4AE7PQ/2?accountid=14555>
31. Mutchinik M. El tabaquismo se asocia a mayor riesgo de desarrollar demencia vascular y enfermedad de Alzheimer. Evid. Act. Pract. Ambul. 2011. 14(2):96. Disponible en:  
<http://www.biblioteca-cochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=EVIARG2980>
32. Jedrziwski MK., Ewbank DC., Wang H., Trojanowski JQ. The impact of exercise, cognitive activities and socialization on cognitive function: results from the national long-term care survey. SAGE Publications Inc. 2014. 29 (4): 372-378. Disponible en:  
<http://www.biblioteca-cochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=CN-01002210>



**ID362:****ÚLCERAS DE MARTORELL, MANEJO EN ATENCIÓN PRIMARIA**Raquel Simón Macho<sup>1</sup>, María de la Encarnación Galván Sanchez<sup>2</sup>ElenaCriado Dominguez<sup>3</sup>

1- C.S RONDILLA II; 2-C.S CIRCUNVALACIÓN; 3- C.S CANTERAC

1,2,3- Residentes de Enfermería Familiar y Comunitaria . Gerencia de Atención Primaria. Valladolid Este. SACYL

[Raquelsm\\_92@hotmail.com](mailto:Raquelsm_92@hotmail.com)**RESUMEN**

Las úlceras de Martorell fueron descubiertas en el año 1945 por Fernando Martorell<sup>1</sup>, su aparición es una complicación infrecuente de la hipertensión arterial de larga evolución<sup>2</sup>

El objetivo de esta revisión es detectar la evidencia científica existente sobre las úlceras de Martorell.

**DESARROLLO**

Tras una búsqueda bibliográfica se encontraron 63 artículos seleccionándose 10 artículos y tras una lectura crítica se seleccionaron 4 artículos.

El tratamiento de las úlceras de Martorell tiene diferentes abordajes, basandose principalmente en una prevención primaria con un control exhaustivo de la salud del paciente. La prevención secundaria en la toma de analgésicos y una cura adecuada.<sup>3</sup>

**DISCUSIÓN**

Destacar que la enfermería de atención primaria es el principal responsable tanto de la prevención como de la óptima curación de este tipo de úlceras.

**CONCLUSIONES**

La poca bibliografía existente hace complicada la formación correcta de enfermería por siendo necesario un aumento en la investigación.

**ABSTRACT**

Martorell's ulcers were discovered in 1945 by Fernando Martorell<sup>1</sup>, the ironset is an uncommon complication of long-standing hypertension<sup>2</sup>

The objective of this review is to detect the existing scientific evidence on Martorell ulcers.

**DEVELOPMENT**

After a bibliographic search, 63 articles were selected, selecting 10 articles and, after a critical evaluation, 4 articleswereselected.

The treatment of Martorell ulcers has different approaches, based mainly on a primary prevention with an exhaustive control of the patient'shealth. Secondary prevention in the taking of analgesics and an adequate cure.<sup>3</sup>

**DISCUSSION**

To emphasize that primary care nursing is the main responsible for both prevention and optimal cure of this type of ulcers.

**CONCLUSIONS**

The little existing bibliography has complicated the correct formation of the nursing by the necessary an increase in the investigation

**PALABRAS CLAVE**

Úlcera de Martorell, Úlcera hipertensiva, Martorell.

Martorell´sulcer, hypertensiveulcer, Martorell.

## INTRODUCCIÓN/JUSTIFICACIÓN/OBJETIVO

Las úlceras de Martorell o también llamadas úlceras hipertensivas, fueron descubiertas en el año 1945 por Fernando Martorell que denominó “Úlcera supramaleolar por arteriolitis de las grandes hipertensas” y posteriormente ratificadas por otros investigadores<sup>1</sup>, su aparición es una complicación infrecuente de la hipertensión arterial de larga evolución<sup>2</sup>, y su diagnóstico se basa principalmente en descartar otras causas como insuficiencia arterial, venosa y enfermedades Sistémicas, lo que lleva a un infra diagnóstico muy acusado<sup>3</sup>

El objetivo de esta revisión es detectar la evidencia científica existente en la actualidad sobre las úlceras de Martorell, en cuanto a su manejo por parte de enfermería de atención primaria principalmente.

## DESARROLLO

Se ha realizado una revisión bibliográfica utilizando Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) y Medical Subject Headings (MeSH) con las palabras clave: Úlcera de Martorell, Úlcera hipertensiva y Martorell en las siguientes bases de datos: Fistera, Pubmed, Cochrane, Cuiden y en el buscador de Google académico. No se han hecho restricciones de idioma.

Se encontraron 63 artículos y tras una primera selección de lectura del título y resumen, se seleccionaron 10 artículos de los cuales, tras una lectura crítica del texto completo fueron finalmente seleccionados 4 artículos, por considerarse los de mayor evidencia científica y más representativos.

Es frecuente la localización de estas úlceras en la cara lateral - dorsal de las extremidades inferiores y en la zona del tendón de Aquiles y se caracterizan por un dolor excesivo frente al reducido tamaño de las lesiones.<sup>4</sup> Estas lesiones están acompañadas de hipertensión diastólica de larga duración y pobremente controlada, con una simetría bilateral característica, que se manifiesta con una lesión pigmentada en la pierna contralateral.<sup>1</sup> La anatomía patológica es diagnóstica y muestra una isquemia originada por la obliteración de las arteriolas, lesión similar a las halladas en otras estructuras del paciente hipertenso como la retina, el riñón o el cerebro<sup>2</sup>. El factor desencadenante suele ser un mínimo trauma inadvertido (55,6%) por el paciente que generalmente no recuerda o la aparición espontánea (44,4%), el rango de edad en la aparición de la úlcera de Martorell es entre 41 años y 86 años, siendo más frecuente en mujeres que en hombres<sup>3</sup>.

Es muy importante diferenciar la úlcera de Martorell del piodermagangrenoso, ya que el tratamiento inmunosupresor que a menudo precisa este último, podría exponer a un aumento del riesgo de septicemia en pacientes con úlcera de Martorell. El diagnóstico diferencial a menudo es complejo, dado que ambos pueden presentar bordes sobreelevados y fondo fibrino-necrótico, por lo que siempre es necesaria realizar una biopsia<sup>2</sup>, esta última debe realizarse profundamente ya que a menudo se realizan biopsias muy superficiales en las que no es posible diagnosticar úlcera de Martorell; En una serie de úlceras de Martorell el 50% se diagnosticaron erróneamente como piodermagangrenoso y un 20% como vasculitis necrotizadas<sup>4</sup>, mostrando así la importancia de una biopsia que evidencie la isquemia originada por la obliteración de las arteriolas propia de las úlceras de Martorell<sup>2</sup>.

El tratamiento de las úlceras de Martorell tiene diferentes abordajes, basándose principalmente en una prevención primaria por parte del personal de enfermería de atención primaria, con un control exhaustivo de la tensión arterial, de la diabetes, consejos antitabaquicos y recomendaciones de ejercicio físico.

Los antihipertensivos de elección son los calcioantagonistas dihidropiridínicos, siendo el nifedipino el de mayor eficacia demostrada, dado que controla la presión arterial y evita la aparición de recurrencias gracias a su efecto vasodilatador periférico; Más controvertido es el uso de anticoagulantes como parte del tratamiento, no existiendo en el momento actual ninguna actitud de consenso para iniciar tratamiento anticoagulante o antiagregante en estos pacientes<sup>2</sup>.

La prevención secundaria se basa en la toma de analgésicos para reducir el excesivo dolor siguiendo la escala de dolor de la Organización Mundial de la Salud, también se recomienda vigilar la aparición de infecciones mediante cultivos y posteriormente atajarla con una antibioterapia adecuada<sup>4</sup>. Principalmente la pauta óptima de cura es realizar un desbridamiento quirúrgico del tejido necrótico además de utilizar apósitos de plata junto a un vendaje compresivo y cuando el lecho de la herida tiene

un buen tejido de granulación, es común la realización de injertos<sup>2</sup>; La terapia que más éxito ha tenido es la simpatetomía lumbar pero debido a sus complicaciones y lo invasiva que es, está en desuso en la actualidad<sup>3</sup>

### DISCUSIÓN

La incidencia de úlcera de Martorell es probable que vaya en aumento por el infradiagnóstico de la actualidad, ya que en pacientes con síndromes metabólicos, con hipertensión de larga evolución o diabetes, en los que aparece una úlcera con necrosis se debe sospechar el diagnóstico de úlcera de Martorell<sup>3</sup>

En definitiva el personal de enfermería de atención primaria es el principal responsable tanto de la prevención mediante un control exhaustivo de la tensión arterial, diabetes y consejos antitabáquicos, cómo, de la óptima curación de este tipo de úlceras, mediante un desbridamiento del tejido necrótico y apósitos de plata para mantener el lecho de la herida correcto y además un vendaje compresivo siendo este último una de las terapias más influyentes en la curación de estas úlceras.

### CONCLUSIONES

Las úlceras de Martorell es una enfermedad única y muy poco reconocida que aparece más frecuentemente en mujeres que en hombres, desde 1945 a 1971 se hace referencia a este tipo de úlceras en la bibliografía inglesa, a partir de esos años fueron cada vez menos nombradas, mientras que en los años 80 sólo se hizo referencia a las úlceras de Martorell en tres estudios al igual que en la década de los 90, actualmente en los libros de hipertensión no se nombran como una complicación infrecuente de la tensión arterial, por lo que hace que aún sea más complicado por lo que hace que aún sea más complicado que los profesionales conozcan las úlceras de Martorell, dificultando así su diagnóstico y por consiguiente la realización de un tratamiento oportuno<sup>4</sup>.

La poca bibliografía existente hace complicada la formación correcta del personal de enfermería en el abordaje de este tipo de úlceras por lo que veo muy necesario un aumento en la investigación, ya que hay numerosos casos en las consultas de atención primaria que pasan desapercibidos y que se convierten en úlceras más que crónicas con mucho dolor y con peor pronóstico debido a la falta de un correcto abordaje.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Garelli G, D'angelo J, Morales M. Úlcera de Martorell. Flebología y linfología, Lecturas vasculares. 2009;12: 737-742
2. Blanco Gonzalez E, Gago Vidal B, Murillo Solis D, Domingo del Valle J. Úlcera de Martorell: complicación infrecuente de la hipertensión de larga evolución. Hipertens riesgo vasc. 2011;28(5-6):211-213
3. Graves JW, Morris JC, Sheps SG. Martorell's hypertensive leg ulcer: case report and concise review of the literature. Journal of Human Hypertension (2001) 15, 279-283
4. Alavi A, Mayer D, Sibbald RG. Martorell hypertensive ischemic leg ulcer: an underdiagnosed entity. Advances in skin & wound care. 2012; 25[12]: 563-572

**ID364:****USO DEL MÉTODO DE MONITORIZACIÓN AMBULATORIA DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA**

María de las Mercedes Ruiz Leal<sup>1</sup>, Cristina Mendez-Trelles Fernández<sup>2</sup>, NouraBouhou Slimani<sup>3</sup>, M<sup>a</sup> Carmen Alvira Balada<sup>4</sup>, Belchin Kostov<sup>5</sup>, Cristina Colungo Francia<sup>6</sup>.

<sup>1</sup>CAPSBE, <sup>2</sup>CAPSBE, <sup>3</sup>CAPSBE, <sup>4</sup>CAPSBE, <sup>5</sup>IDIBAPS, <sup>6</sup>CAPSBE.

[mercedesruizleal@hotmail.com](mailto:mercedesruizleal@hotmail.com)

**RESUMEN**

**Introducción:** La Hipertensión Arterial es considerada por la Organización Mundial de la Salud como la primera causa de muerte a nivel mundial. Actualmente existen tres métodos para el diagnóstico de la HTA, centrándonos en el presente estudio en la monitorización ambulatoria de la presión arterial. **Objetivos:** Conocer la utilización de la MAPA en un Centro de Atención Primaria. **Material y métodos:** Estudio descriptivo con una muestra de 135 pacientes a los cuales se le ha realizado la prueba durante los últimos dos años. **Resultados:** Destacan en su mayoría un patrón DIPPER, seguido de un patrón NO DIPPER. Se observan los cambios en el tratamiento según resultados de la MAPA. **Conclusiones:** El método MAPA resulta útil para el diagnóstico de la HTA. Es importante apostar por métodos fiables en el diagnóstico y seguimiento de la HTA, siempre y cuando se lleve a cabo una valoración posterior y una actuación consecuente.

**ABSTRACT**

**Introduction:** Hypertension is considered by the World Health Organization to be the leading cause of death worldwide. Currently there are three methods for the diagnosis of hypertension, focusing on the present study in ambulatory blood pressure monitoring. **Objectives:** To know the use of ABPM in a Primary Care Centre. **Material and methods:** Descriptive study with a sample of 135 patients who had been tested during the last two years. **Results:** A DIPPER pattern is predominantly highlighted, followed by a NO DIPPER pattern. Changes in treatment are observed according to ABPM results. **Conclusions:** The ABPM method is useful for the diagnosis of hypertension. It is important to rely on reliable methods in the diagnosis and follow-up of hypertension, provided that a subsequent evaluation and a consequent performance are carried out.

**PALABRAS CLAVE**

Hipertensión, Presión Arterial, Utilización, Monitoreo Ambulatorio, Atención Primaria de Salud.  
Hypertension, Arterial Pressure, Utilization, Monitoring, Ambulatory, Primary Health Care

**INTRODUCCIÓN**

La Presión Arterial (PA) está regulada por numerosos factores neuro-hormonales de acción sistémica y local, que funcionan en circuitos de autorregulación, manteniéndola dentro de límites estrechos. Diversos factores como herencia y estilo de vida, sistema nervioso simpático hiperactivado, ingesta excesiva de sal, hormonas o sustancias liberadas por el endotelio enfermo, pueden modificar el gasto cardiaco o la resistencia vascular periférica, lo que da inicio a la enfermedad. La angiotensina II, potente vasoconstrictora y facilitadora del crecimiento celular, es el principal determinante de la persistencia de la enfermedad hipertensiva.

La Hipertensión Arterial (HTA) es considerada por la Organización Mundial de la Salud como la primera causa de muerte a nivel mundial. Es una enfermedad crónica que representa un factor de riesgo importante para el sistema cardiovascular. La HTA constituye un problema de Salud Pública importante, ya que es una enfermedad crónica que no da síntomas, lo que dificulta su diagnóstico. Se calcula que alrededor de un 40% a 50% de los hipertensos desconocen que la padecen, lo que imposibilita su tratamiento precoz. Un control inadecuado de la PA se asocia con daño de órganos diana y un aumento de la morbilidad y mortalidad.

La HTA es esencialmente asintomática. Es más común identificar a un paciente con HTA cuando ya presenta complicaciones crónicas como la insuficiencia cardiaca congestiva, hipertrofia de ventrículo izquierdo, nefropatía, trastornos visuales por retinopatía o problemas neurológicos por enfermedad cerebrovascular o disfunción eréctil. Pueden existir síntomas en casos de crisis hipertensiva como cefalea, mareos, visión borrosa o náuseas.

Se recomienda realizar un control de PA en toda la población mayor o igual a 18 años. Esta se deberá repetir cada 5 años si la medición de la presión arterial está en rangos normales (Presión Arterial Sistólica (PAS)<120mmHg y Presión Arterial Diastólica (PAD)<80mmHg) (tabla 1) y no exista evidencia de algún factor de riesgo. Si se encontrase al menos un factor de riesgo cardiovascular o si los valores de PAS son de 120-139mmHg o PAD 80-89mmHg, deberá repetirse los controles anualmente.

CATEGORÍA	Presión Arterial Sistólica	Presión Arterial Diastólica
Normal	<120 mmHg	<80 mmHg
Prehipertensión	120-139 mmHg	80-89 mmHg
HTA grado 1	140-159 mmHg	90-99 mmHg
HTA grado 2	≥ 160 mmHg	≥ 120 mmHg

Tabla 1. Clasificación de la HTA. VII Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure.

Actualmente existen tres métodos para el diagnóstico de la HTA:

1. El método clásico de la toma de PA en consulta: Consiste en la toma de tres medidas de PA, separándolas entre 1-2 minutos. Se deberían realizar tomas en 3 días diferentes y a ser posible en horarios distintos.
2. Automedición de la Presión Arterial (AMPA): La PA debe medirse diariamente durante al menos 3-4 días, preferiblemente 7 días consecutivos, por la mañana y por la noche. Se realizan dos mediciones con 1-2 minutos entre ellas. Los resultados deben anotarse en un diario estandarizado después de cada medición, indicando fecha y hora.
3. Monitorización Ambulatoria de la Presión Arterial (MAPA): Consiste en la realización de múltiples medidas de la PA, fuera de la consulta, durante un periodo de 24 horas, en las que el individuo realiza, en su entorno, la actividad física y laboral habitual. Se trata de un método preciso, no invasivo por el que se pueden obtener múltiples mediciones de la PA de un sujeto en un período de tiempo y con un mínimo de intervención en las actividades diarias del paciente. Permite conocer los valores de la presión sanguínea, permite evaluar los perfiles circadianos de PA, especialmente el descenso de PA inducido por el descanso nocturno, sus cambios diurnos, la localización de períodos de aparición más frecuente de valores altos de la presión arterial y contribuye al diagnóstico del “fenómeno de la bata blanca”.

Entre los diferentes métodos, nos centraremos en la MAPA. Con esta herramienta se pretende conocer la utilidad para la confirmación del diagnóstico, así como adecuar un tratamiento personalizado en la población de un Centro de Atención Primaria (CAP).

**OBJETIVOS**

General: Conocer la utilización del método MAPA en un Centro de Atención Primaria.

Específicos:

- Conocer las indicaciones por las que se prescribe dicha prueba.
- Descubrir la utilidad del método según la valoración posterior del médico de familia (MF).

**MATERIAL Y MÉTODOS**

Se trata de un estudio descriptivo que pretende conocer la situación de un grupo de pacientes en un CAP. Se estudia una muestra de 135 pacientes entre 32 y 92 años, derivadas por el MF para la realización de la MAPA.

Los pacientes incluidos son aquellos a los que se ha realizado la prueba durante los dos últimos años (enero de 2015 a diciembre de 2016). Se admiten en el estudio aquellos con un resultado de lecturas satisfactorias  $\geq 80\%$ . Independientemente de edad, sexo y factores de riesgo.

La recogida de datos se obtiene de la anamnesis al paciente, historia clínica y cumplimentación de una ficha según los resultados de la monitorización.

Para la MAPA, el paciente lleva un tensiómetro portátil, normalmente en el brazo no dominante. El paciente recibe instrucciones para que realice sus actividades diarias normales y se abstenga de realizar ejercicio intenso. En el momento en que se infla el manguito, debe dejar de moverse, parar de hablar y mantener el brazo inmóvil. El paciente debe recoger en un diario los signos y síntomas, así como los eventos que pudieran influir en la PA, además de las horas a las que toma la medicación (en caso de haber iniciado tratamiento), las horas de las comidas, de acostarse y levantarse de la cama. El monitor se programa para que las mediciones se realicen con un intervalo de 20 minutos durante el periodo de actividad, y cada 30 minutos durante el de descanso. Las mediciones se descargan a través del dispositivo al ordenador para interpretar los resultados.

**RESULTADOS**

Para la interpretación de los resultados de la MAPA, se acepta como criterio de inclusión un nivel de lecturas satisfactorias  $\geq 80\%$ .

Para interpretar los resultados se utiliza la fórmula:

$$\text{PAS diurna} - \text{PAS nocturna} / \text{PAD diurna} \times 100$$

Los valores de normalidad de la PA media de 24 horas se recogen en la tabla 2.

	Presión Arterial Sistólica	Presión Arterial Diastólica
Período de 24 horas	130 mmHg	80 mmHg
Período de actividad	135 mmHg	85 mmHg
Período de descanso	120 mmHg	75 mmHg

Tabla 2. Valores normales de referencia de la Presión Arterial en la MAPA.

Se obtuvieron datos de 180 pacientes, de los cuales fueron excluidos un total de 45 por no presentar un nivel de lecturas satisfactorias  $\geq 80\%$ . De los pacientes seleccionados, 52 varones y 83 mujeres, se obtuvieron los siguientes resultados:

- Entre los criterios de indicación de la prueba diagnóstica destaca como principal motivo una evaluación de la respuesta al tratamiento farmacológico y en segundo lugar un estudio inicial para confirmar HTA.
- De los resultados de la MAPA, destacan en su mayoría un patrón DIPPET, mayor en varones con un 65,4%, seguido de un patrón NO DIPPET, mayor en mujeres con un 36,1%. (Tabla 3). El patrón NO DIPPET y el RISER están más asociados a afectación de órganos diana y a una mayor morbilidad.
- De los pacientes que no tomaban medicación antihipertensiva, un 78,7% iniciaron tratamiento tras la valoración del resultado de la prueba por su MF. En el caso de los pacientes con tratamiento previo, se realizaron modificaciones en un 60% de los casos.

PA durante el sueño disminuye de 10 % a 20% en relación con la diurna.	Descenso >10%	DIPPET
	Descenso >20%	DIPPET EXTREMO
PA durante el sueño disminuye menos del 10% en relación con la diurna.	Descenso <10%	NO DIPPET
	Descenso $\leq 0\%$	RISER (Valores superiores al período de actividad)

Tabla 3. Valoración de los patrones.

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El método MAPA resulta útil para el diagnóstico de la HTA. Es importante apostar por métodos fiables en el diagnóstico y seguimiento de la HTA, siempre y cuando se lleve a cabo una valoración posterior y una actuación consecuente.

Entre las ventajas de utilización de dicha herramienta, destaca la importancia de la posibilidad de una valoración posterior por el MF, para poder ajustar la medicación en cada caso particular según los resultados obtenidos, indicando así el tratamiento de forma mucho más precisa.

Una vez que conocemos la realidad de nuestro CAP, se podrían abrir otras líneas de investigación, como conocer la adherencia terapéutica, la cumplimentación de una dieta hiposódica, y la práctica de ejercicio físico regular. Así mismo, realizar actividades preventivas y de educación en el Centro, para reforzar hábitos o modificar conductas inadecuadas.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Lira MT. Impacto de la hipertensión arterial como factor de riesgo cardiovascular. *MedClin*. 2015; 26 (2): 156-163.
2. Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y control de la enfermedad hipertensiva. Ministerio de Salud. Perú. 2015.
3. Mancia G; Fagard R; Narkiewicz K; Redon J; Zanchetti A; Böhm M; et al. Hipertensión y riesgo vascular. *ESH/ESC*. 2013; 30 (3):4-91.
4. Sierra C; Sierra A; Sobrino J; Segura J; Benegas JR; Gorostidi M; et al. Monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA): características clínicas de 31.530 pacientes. *MedClin*. 2007; 129 (1):1-5.
5. Pose A; Calvo C; Hermida R; Pena M; Rodríguez M; Díaz JL. Indicaciones y valoración de la MAPA. *Guías clínicas de la Sociedad Gallega de Medicina Interna*.
6. Prat H; Valdes G; Román O; Hernán L; Jalil J. Recomendaciones sobre el uso del monitoreo ambulatorio de presión arterial (MAPA). *Med Chile*. 1999; 127:1269-1273.
7. García P; Urrego JC; D'Achiardi r; Delgado V. Hipertensión arterial: diagnóstico y manejo. *Universitas Médica*. 2004; 45 (2): 77-84.



# COMUNICACIONES ORALES

## RESÚMENES



## Empoderando a la persona y a la familia

**ID22**

### **EMPODERAR AL PACIENTE CON VULVODINIA EN LA CONSULTA DE ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA**

Alicia Álvarez Mota, Esther Luna Espejo, Javier Martín del Olmo

Centro de Salud Orcasitas (Madrid) [aliciaalmo@hotmail.com](mailto:aliciaalmo@hotmail.com)

**55Introducción:** Dolor o molestia crónica de la vulva durante más de 3 meses (prevalencia 22% de las mujeres). Infradiagnosticada. Tiene una gran relevancia como la persona reacciona ante la enfermedad. El papel del profesional de enfermería es fundamental al empoderar a la mujer para afrontarlo y mejorar su calidad de vida

**Presentación del caso:** Mujer de 40 años que acude a la consulta de enfermería para realizarse un combur. Tras la anamnesis hacemos una valoración de enfermería según Gordon, identificamos que padece vulvodinia. Afecta a varios patrones

**Valoración:** PERCEPCIÓN DE LA SALUD Percibe su salud como muy mala. NUTRICIONAL – METABÓLICO Baja ingesta alimentaria. Alteración de mucosas en zona vulvar. ELIMINACIÓN Dolor en zona vulvar al orinar ACTIVIDAD – EJERCICIO Montaba en bici y ha tenido que dejarlo SUEÑO – DESCANSO Deterioro por ansiedad. COGNITIVO - PERCEPTUAL Percibe la situación como un suceso negativo AUTOPERCEPCION - AUTOCONCEPTO Malestar consigo misma. ROL – RELACIONES Aislamiento social. SEXUALIDAD - REPRODUCCIÓN Dispareuria. TOLERANCIA AL ESTRÉS Adaptación inadecuada. VALORES – CREENCIAS Sentimiento de inutilidad

**Plan de cuidados y resultados:** DIAGNÓSTICOS 00059 Disfunción sexual 00078 Gestión ineficaz de la propia salud 00198 Trastorno del patrón de sueño 00065 Patrón sexual ineficaz 00124 Desesperanza 00146 Ansiedad 00120 Baja autoestima situacional 00133 Dolor crónico 00002 Desequilibrio nutricional por defecto 00016 Deterioro de la eliminación urinaria NOCs 0119 Funcionamiento sexual. 2505 Recuperación de las relaciones sexuales desagradables. 1201 Esperanza. 1204 Equilibrio emocional. 1402 Autocontrol de la ansiedad. 1205 Autoestima. 1605 Control del dolor. 0303 Autocuidados: comer 1609 Conducta terapéutica: eliminación adecuada. NICs: En 2 años y medio acudió a 23 consultas con enfermería, varios seguimientos telefónicos y otras consultas con matrona y médico: Asesoramiento sexual (alternativas, miedo ETS) Apoyo emocional. Grupo Mindfulness Enseñamos técnicas de relajación. Informamos sobre criterios diagnósticos de Nantes sobre dolor crónico, técnicas fisioterapéuticas. Capacitamos para manejo del dolor y explicamos tratamientos (farmacológicos, cirugía.) Practicamos autopsicoanálisis. Adaptamos actividad física. Adecuamos dieta baja en oxalatos RESULTADOS Disminución de ansiedad, mejorando apetito y normopeso. Utiliza sillín adaptado para ciclismo. Sexualidad sin dolor. Afronta dificultades que van surgiendo sin sufrir. Mejora del dolor de 7/10 a 1/10.. Orina sin miedo. Sueño reparador. Ve salida al problema. Manifiesta una importante mejora de calidad de vida.

**Discusión/conclusiones:** Patología infradiagnosticada. Gran sufrimiento que puede alargarse años. Pobre abordaje de sexualidad en consulta. Podemos acompañar a las pacientes en la resolución de su dolor acabando con su círculo de retroalimentación. Análisis del dolor de forma holística. Aumentar los recursos de la persona disminuye su sufrimiento. Desde la consulta de enfermería podemos ayudar a la persona a afrontar su enfermedad mejorando su calidad de vida.

## ID101

### DISCURSOS DE LAS MUJERES JÓVENES ACERCA DE LA CONTRACEPCIÓN DE EMERGENCIA

María de Lluç Bauzà Amengual, Magdalena Esteva Cantó, María Inglà Pol, Sebastià March Lull  
Universitat Illes Balears. Facultat Infermeria I Fisioteràpia [mlluc.bauza@uib.cat](mailto:mlluc.bauza@uib.cat)

**Introducción:** La contracepción de emergencia (CE) es un método anticonceptivo postcoital efectivo para reducir el riesgo de embarazo no deseado después de una relación sexual coital sin protección. Se estima que su efectividad está entre el 70-89% si se toma 72 horas después del coito<sup>1</sup> y luego ésta, disminuye. En España, la libre dispensación en las farmacias llegó en el 2009. La mayoría de los estudios realizados en España, son de enfoque cuantitativo y desde la perspectiva de los profesionales de la salud. Por ello se hace necesario explorar la concepción hacia el uso de la CE desde el discurso de la propia mujer. Incorporar la perspectiva de las mujeres jóvenes pretende mejorar las posibilidades de éxito de las políticas públicas dirigidas a promocionar la salud afectiva-sexual.

**Objetivos:** Con este estudio pretendemos explorar los conocimientos, las actitudes y los discursos hacia el uso de la CE, en mujeres de 15 a 25 años.

**Material y métodos:** Estudio cualitativo con entrevistas en profundidad, 19 mujeres, de entre 15 y 25 años. Criterios de inclusión: ser originaria del Estado Español o de algún país de Latinoamérica. Criterio de segmentación: experiencia en el uso de la CE. Selección de las participantes mediante la técnica de bola de nieve. Se realizó un análisis de contenido del discurso. Se realizaron análisis previos durante el transcurso del trabajo de campo, para adaptar el guión e identificar la saturación de la información. Se elaboró un árbol de códigos previo consensuado entre dos investigadores y la codificación del texto se realizó con el software Atlas ti 5.0. Se tuvieron en cuenta la Ley Orgánica 15/1999 y la Declaración de Helsinki.

**Resultados:** 19 mujeres de entre 15 y 25 años. La CE es percibida por las mujeres como algo positivo, declaran no tener problemas para tomarla, aunque algunas aluden cierta culpabilidad. La razón más mencionada es el embarazo no deseado y como remedio para evitar un aborto. También consideran que se debe usar con moderación. Existen falsas creencias y conocimientos erróneos tales como: exceso de hormonas, es abortiva y magnifican los efectos secundarios. También mencionan prácticas moralistas por parte de los profesionales sanitarios que la dispensan. El motivo por el cual usan o han usado es debido a accidentes relacionados con el preservativo, lo cual se asocia con sus primeras experiencias sexuales. (En la comunicación se presentarán los verbatines de cada resultado).

**Discusión y conclusiones:** La mayoría de las mujeres entrevistadas mantienen un discurso que relaciona el sexo con el amor, y éste con las parejas estables. En nuestro estudio, las mujeres vinculan la CE con el aborto. El grupo de mujeres entrevistadas parten de una falta de educación afectiva sexual en el seno de la familia y en menor grado, en los colegios. Sigue siendo el grupo de iguales, quien realiza la función de socialización sobre sexualidad. Destaca el papel de las madres como transmisoras de conocimientos y actitudes en torno a la educación afectivo-sexual, aunque esta sigue siendo la asignatura pendiente en nuestra sociedad.

**ID180****UN PASO MÁS HACIA LA MOTIVACIÓN DEL PACIENTE EN SU CUIDADO, DE ENFERMERA COMO EXPERTA A COACH EN SALUD, NUESTRA EXPERIENCIA FORMATIVA**

Cristina Gómez Menor, María Nieves Martín Pascual, Leonor Molina Alameda, Cristina Carpizo González, Eva Molina Alen, Isidora Pérez Cano

Centro de Salud Ramón y Cajal (Alcorcón Madrid)

[cgomez@cgmenor.com](mailto:cgomez@cgmenor.com)

**Introducción/presentación:** La evolución en los últimos años en relación con el abordaje y el autocuidado de los pacientes con patologías crónicas, se centra en lograr la autonomía de los mismos. Siendo necesario un cambio de roles, el profesional pasa a ser un colaborador, guía o entrenador y el paciente a protagonista principal. Este cambio de rol no es fácil ni para los profesionales ni para los pacientes, siendo preciso una actualización de conocimientos de los Enfermeros para poder llevarlo a cabo. Creemos necesario que los profesionales de enfermería revisen sus valores y creencias personales y de grupo, y mejoren en aspectos como la motivación, autoestima y autoeficacia para poder fomentar los procesos de cambio de comportamiento y hábitos saludables.

**Objetivos (de la experiencia):** Proporcionar a los profesionales de enfermería recursos, habilidades y herramientas que ayuden a mejorar el manejo de la persona con patologías crónicas desde otro punto de vista, el coaching en salud. Que los profesionales de enfermería conozcan y utilicen en la práctica diaria la metodología del coaching para ayudar a los pacientes a mejorar conocimientos, habilidades, herramientas y motivación para volverse participantes activos en su cuidado.

**Desarrollo:** Población diana: 11 Enfermeras y 3 Enfermeras residentes. De los que el 100% son mujeres de edades comprendidas entre los 24 y 60 años. Tres enfermeros realizan formación sobre Coaching en salud, se hace una sesión de reversión al resto de los compañeros: utilizando técnica de investigación en aula y Expositiva con lección participada y video discusión, de 60 minutos de duración. Se decide hacer siete sesiones con periodicidad semanal, de 60 minutos cada una, con casos prácticos, para desarrollo de habilidades, trabajando en grupo pequeño con simulación operativa (rolle-playing), donde dos enfermeras lo exponen, dando lugar a continuación a la discusión en grupo grande. Se utiliza el modelo GROW para el desarrollo de los casos. Se realizan en la sala de sesiones. Materiales: proyector, ordenador, presentaciones, vídeos, sillas y mesas. La asistencia fue mayoritaria, salvo por causas imprevisibles. Clima participativo, los participantes se sintieron motivados e implicados en la realización de los ejercicios.

**Resultados:** Utilizamos el guion del observador, con él valoramos actitud positiva y participativa. La evaluación es continua a lo largo de cada una de las sesiones y las distintas actividades realizadas en cada sesión, demuestran que los participantes van adquiriendo conocimientos a medida que avanza el curso. En la entrevista grupal realizada al final del taller, se observa que las participantes se sienten satisfechas con estas experiencias formativas y motivadas para el abordaje de los pacientes. Lo que parece demostrar que los objetivos se han cumplido en las áreas: cognitiva, emocional y de habilidades.

**Conclusiones:** El coaching no es una alternativa a los tratamientos habituales, sino una metodología complementaria para promover cambios y mejorar el control de las patologías crónicas. Tanto los profesionales de enfermería como los pacientes se sentirán más satisfechos con los resultados al incorporar este nuevo enfoque el coaching en su entorno asistencial. Ayudando a conseguir la relación adecuada enfermera, paciente, familia y compañeros.

**ID312**

## **LA ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA CUIDANDO EL CORAZÓN: PRESENTES EN LA PREVENCIÓN Y LA REHABILITACIÓN CARDIACA**

Ángeles Palacios Pérez, Tania Casasola Gutiérrez, María Gemma Martínez Palacios, Leonor Molina Alameda, María Teresa Sanz Bayona

Centro De Salud La Rivota (Alcorcón, Madrid). Gerencia Atención Primaria Comunidad De Madrid [apalaciosp@salud.madrid.org](mailto:apalaciosp@salud.madrid.org)

**Introducción/presentación:** Las Enfermedades cardiovasculares (ECV) son la principal causa de muerte a nivel mundial. La Cardiopatía Isquémica (CI), es la quinta patología crónica en la Comunidad de Madrid. Numerosos estudios demuestran que tras un periodo de tiempo un elevado porcentaje de Pacientes Crónicos con CI (PCCI) relajan sus autocuidados, abandonando aspectos fundamentales de su tratamiento. Atención Primaria (AP) llevamos años interviniendo en la prevención, el seguimiento de los cuidados y la adherencia al tratamiento de estos pacientes. En el 2016 desde AP Dirección Asistencial Oeste, en el municipio de Alcorcón (Madrid), hemos realizado diferentes experiencias orientadas al control de las ECV y de la CI.

**Objetivos (de la experiencia):** General: • Mejorar la calidad de vida de los PCCI Específicos: • Garantizar la continuidad asistencial precoz de los PCCI, tras sufrir un evento cardiaco. • Prevenir la aparición de nuevos episodios cardiovasculares. • Reforzar la formación y el autocuidado de los PCCI estable, en fase 3 de Rehabilitación Cardiaca (RhC)

**Desarrollo:** Actividades de coordinación entre niveles AP y Atención Especializada (AE) y Actividades de coordinación entre los diferentes Centros de Salud de un mismo distrito Mediante un grupo de trabajo en coordinación entre AP Dirección Asistencial Oeste y el Hospital Universitario Fundación Alcorcón (HUFA), se desarrolla y establece un procedimiento que incluye la comunicación de altas hospitalarias por ingreso y por RhC Fase 3. La enfermera AP al alta, realiza la captación precoz (24-48 h) y el seguimiento individual de los PCCI, tras un evento cardiaco. El seguimiento pretende que los pacientes: • Adapten sus hábitos de vida a sus nuevas necesidades de salud. • Prevengan la aparición de complicaciones y mantengan el máximo nivel de autocuidado. En esta línea la enfermera de AP también realiza grupos de EPS para la prevención cardiovascular y para los pacientes que han realizado RhC HUFA se les oferta una EPS grupal específica.

**Resultados:** 1. Hemos elaborado un Procedimiento de Atención continuada en PCCI que garantiza la comunicación ágil y eficaz entre AP y AE (Unidad de RhC HUFA). 2. Hemos realizado: • Una Jornada formativa multiprofesional, en la Unidad de RhC HUFA. • Implementación de plan de cuidados estándar en Historia clínica informática AP-Madrid para PCCI. • Dos talleres de prevención de los factores de Riesgo Cardio Vascular (PRCV), en 2 Centros de Salud • Una Intervención Comunitaria Interinstitucional (Alcorcon): "Programa Sociedad con Salud" que desarrolla charlas activo participativas, 2 sobre temas cardiacos: PRCV y Cuidados tras un Infarto. 3. Estamos desarrollado un proyecto de EPS grupal multicéntrico específico para PCCI tras RhC, Fase 3: "LATIENDO SANO: CUIDÁNDONOS EL CORAZÓN", fecha de inicio de la actividad febrero 2017.

**Conclusiones:** La enfermería de AP tiene un papel relevante, mejorando la calidad de vida de los PCCI, es facilitadora del cambio de hábitos para la prevención cardiovascular, el seguimiento del cumplimiento terapéutico y de los cuidados. Contribuyendo a disminuir el número de reingresos hospitalarios por complicaciones. El trabajo conjunto entre profesionales inter-niveles garantiza la continuidad asistencial eficaz y facilita la participación activa de los pacientes con CI en el control de su enfermedad.

**ID176**

**AULA JOVEN. SENSIBILIZACION Y PREVENCION DEL CONSUMO DE TABACO. YO DECIDO: YO NO FUMO**

Itxaso Arévalo Martínez

Centro de Salud Atención Primaria Zalla (Zalla, Vizcaya)

[itxasoare@yahoo.es](mailto:itxasoare@yahoo.es)

**Introducción/presentación:** Según los datos del informe “Euskadi y Drogas 2010”, un 16,6% de los adolescentes de entre 15 y 19 años se declara fumador habitual. Los resultados de la “Encuesta Euskadi y Drogas realizada en 2012 indican que se mantiene la edad media de inicio en el consumo de tabaco entorno a los 16 años. De ahí la importancia de la intervención comunitaria en adolescentes menores de esa franja de edad, cuando según los estudios, es más probable que no hayan empezado a fumar.

**Objetivos (de la experiencia):** Facilitar que los/las adolescentes desarrollen capacidades para tomar decisiones autónomas y responsables sobre su salud, así como llegar al adolescente realizando promoción de actitudes de vida saludable en esta franja de edad para mantener abstinencia de tabaco o retrasar inicio de consumo.

**Desarrollo:** Se programan actividades grupales para no más de 6 adolescentes por sesión se organizan en 3 sesiones de 30 minutos de duración, durante tres semanas. La metodología empleada es la dinámica de grupo, bien después de ver los videos o bien después de comentar las láminas y los juegos de rol para trabajar la presión de grupo. De esta forma se trata de enseñarles a ser asertivos y a aprender a decir “no” al tabaco, sabiendo el porqué. Al final de cada sesión se comprueban los conocimientos adquiridos. La actividad grupal se programa de la siguiente forma 1er DÍA: Evaluación de los hábitos de los adolescentes y del entorno más cercano. Se trabaja las sustancias del tabaco, la nicotina, el porqué de la adicción, mitos y los efectos a corto y largo plazo del tabaco. Se entrega información escrita sobre el tema. 2ºDÍA: Se proyecta el video del huevo fumador. Se trabajan los efectos del tabaco a corto y largo plazo. Juego de rol, para afianzar la asertividad y aprender a decir NO. 3ºDÍA: Se proyecta el video de la botella fumadora o se realizar el experimento, se abre el debate y se repasa entre todos la información de los tres días. El video de la luna es otro recurso que se puede utilizar en cualquier sesión como ayuda en la toma de decisiones.

**Resultados:** La intervención comunitaria comenzó en 2012 con adolescentes de 6º de primaria (11-12 años). Hasta el día de hoy, han participado un total de 261 alumnos de dos colegios diferentes, de los cuales inicialmente ninguno fumaba. Los grupos de intervención fueron formados por no más de 6 personas. Trascurrido el curso escolar se preguntó a los adolescentes y ninguno había comenzado a fumar. Queda pendiente pasar una encuesta preguntando si fuman a los que ahora están en 4º de la ESO (15-16 años) para comparar con la media de la CAV.

**Conclusiones:** Tras los tres días de intervención, los adolescentes han aprendido qué es una adicción y sus consecuencias, siendo la nicotina la sustancia que la crea. Sus conocimientos sobre los efectos del tabaco a corto y largo plazo han aumentado. Son conscientes de la importancia de no empezar a fumar.

**ID183****INTERVENCIÓN EDUCATIVA GRUPAL PARA FOMENTAR LAS RECOMENDACIONES DE ACTIVIDAD FÍSICA Y REDUCCIÓN DEL SEDENTARISMO EN POBLACIÓN ADULTA EN COORDINACIÓN CON CENTROS DEPORTIVOS MUNICIPALES**

Herminia Ramil Pernas<sup>1</sup>, Marcilla Pedrayes Natalia<sup>2</sup>, Rodríguez Longueira Silvia<sup>2</sup>

1: Centro de Salud de Elviña (Elviña-Mesoiro, A Coruña). 2: EOXI A Coruña  
[herminia.ramil.pernas@sergas.es](mailto:herminia.ramil.pernas@sergas.es)

**Introducción/presentación:** La inactividad física es actualmente el cuarto factor de riesgo de mortalidad más importante en todo el mundo, sólo por detrás de la hipertensión, el consumo de tabaco y la hiperglucemia. Las recomendaciones de Actividad Física proponen el mínimo necesario para obtener beneficios para la salud, no obstante, un nivel mayor de actividad física puede producir beneficios adicionales. La estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Servicio Nacional de Salud en el ámbito local marca entre otras el Empoderamiento en Salud y entre los factores priorizados: la actividad física. El consejo breve de actividad física se realiza en la consulta del profesional de Enfermería y los pasos a seguir serían: aconsejar, entregar materiales y dar apoyo al paciente de forma individual y/o posterior derivación a la educación grupal. La educación grupal favorece el intercambio de experiencias, ayuda a sentirse parte del grupo compartiendo conocimientos y optimiza la utilización de recursos sanitarios.

**Objetivos (de la experiencia):** Objetivo general: -Fomentar la actividad física en población adulta que acude a la consulta de enfermería. Objetivos específicos: -Cuantificar el nivel de actividad física, cuestionario IPAQ. -Conocer la implicación de los monitores de los centros deportivos municipales tanto en la educación grupal como en el desarrollo de la misma.

**Desarrollo:** -Intervención educativa grupal: en el mes de noviembre se iniciaron sesiones semanales de 2 horas de duración dirigidas a pacientes, usuarios o colectivos, con la finalidad de mejorar sus capacidades. El contenido de las sesiones abarca las recomendaciones de actividad física para población adulta: tipos de ejercicios (actividad aeróbica, fortalecimiento muscular, flexibilidad y equilibrio) e intensidad, frecuencia y duración. Se desarrollaron también las diferentes actividades relacionadas con cada tipo de ejercicio, así como las posibilidades para su desarrollo en la comunidad: zonas verdes, centro cívico y polideportivo municipal y apoyo sobre ejercicios para realizar individualmente, implicando a los monitores municipales en el mantenimiento de la realización de dicha actividad física a largo plazo. -Características de los participantes: personas adultas que estén concienciadas en iniciar, mantener/aumentar su nivel de actividad física y que ya recibieron el consejo breve individual. -Ambito: población adscrita al centro de salud. -Recursos humanos: enfermera, EIR de EFyC y monitores municipales. -Recursos materiales a utilizar: sala educación grupal y recursos comunitarios, polideportivo municipal. Material escrito y audiovisual.

**Resultados:** Se evaluarán los logros, dificultades y oportunidades para la práctica de la actividad física. Se evaluará la efectividad de la intervención a través del cuestionario IPAQ pre y post. Se cuantificará la adherencia de la población a los recursos comunitarios municipales.

**Conclusiones:** La práctica de la actividad física se asocia a múltiples beneficios para la salud en todas las personas y a cualquier edad.

## ID184

### LA IMPLICACIÓN POLÍTICA DE LOS AYUNTAMIENTOS: CLAVE PARA AVANZAR EN LA INTERVENCIÓN COMUNITARIA

Idoia Larrañaga Cortabarría, Resurrección Pérez de Arenaza-Ruiz de Munain, Salomé Aramburu-Garate, María Blanco-Egaña, Idoia Narbaiza-Iriondo, Elena Calvillo-Arteaga  
Centro de Salud de Zumárraga (Zumárraga, Guipúzcoa) [idoia.larranagakortabarría@osakidetza.eus](mailto:idoia.larranagakortabarría@osakidetza.eus)

**Introducción/presentación:** Desde el curso 2011-12 en nuestro Centro de Salud desarrollamos un Programa de Intervención Comunitaria dirigido a adolescentes. Tras ponernos en contacto con diferentes agentes comunitarios, creamos un Grupo de Trabajo, establecimos objetivos, dinámica de trabajo, etc. sin seguir una metodología concreta. Según la literatura, la acción comunitaria precisa de tres protagonistas cada uno de ellos con su propio papel y funciones. Uno es la Administración (local u otras administraciones públicas): se ocupa de la legislación, planificación, recursos y financiación a nivel local. Otro son los recursos profesionales y técnicos: personas relacionadas directa y diariamente con la población y gestionan servicios, programas y prestaciones (educativas, sociales, sanitarias, económicas...). Y finalmente los verdaderos protagonistas del proceso con su participación activa en la vida pública: la Ciudadanía, tanto organizaciones sociales como otras personas. A lo largo de estos años, hemos querido abordar de una manera global y más efectiva el tema de los “consumos” en nuestros municipios y nos encontramos con ciertas dificultades (estas dificultades se pueden trasladar a otras actividades...) ya que, aunque contamos con representantes del ámbito municipal, éstos no son representativos de los órganos decisores y políticos, sino recursos profesionales y técnicos. Ante ello, iniciamos un proceso reflexivo interno para el que también contamos en su momento con colaboración externa.

**Objetivos (de la experiencia):** Conseguir la implicación de los Ayuntamientos como uno de los tres protagonistas de la intervención comunitaria.

**Desarrollo:** Ante la necesidad de un abordaje comunitario de “los consumos” y las limitaciones con que nos encontramos, tratamos de conocer otras experiencias que nos pudieran servir de ejemplo. Con el Grupo de Acción Local sobre Drogas y Menores del Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz, organizamos la “Sesión de trabajo relacionado con ALCOHOL, Tabaco, Cannabis” al que asistimos agentes de los diferentes ámbitos (escolar, social, policial y sanitario). Tras un trabajo multidisciplinar por grupos, CONCLUIMOS que habría que lograr la implicación de los organismos políticos, incluir a los decisores políticos en el Grupo, y crear una Junta Local de Acción Normativa, para que existan posibilidades de Acción Normativa con jóvenes. De los tres protagonistas necesarios para la acción comunitaria, contamos con los Recursos profesionales y técnicos, y con la Ciudadanía, pero nos falta la Administración. Decidimos convocar directamente a los alcaldes.

**Resultados:** El Grupo reflexionó para valorar el modo de continuar: estamos dispuestos a trabajar en un Plan Local de Consumos, mientras tanto haremos acciones puntuales en relación a los consumos; es necesario presentar el programa y conseguir la implicación política de los Ayuntamientos; nos mantendremos expectantes ante publicación de programas y leyes en elaboración. Para conseguir la implicación de los Ayuntamientos convocamos a los dos alcaldes y quienes ellos considerasen oportuno. Acudió sólo uno, demostró interés en el Programa y se comprometió a participar en él.

**Conclusiones:** Para trabajar en la comunidad, necesitamos un Plan Local de Consumos que vincule a los diferentes agentes implicados. Sin la implicación política del Ayuntamiento es más difícil realizar una Intervención Comunitaria. Trabajar con dos municipios (físicamente unidos) añade dificultades pues precisa la coordinación de ambos.

**ID187**

## **MAYORES ACTIVOS: UN ABORDAJE COMUNITARIO DE LA FRAGILIDAD Y PREVENCIÓN DE CAÍDAS**

Diego José Villalvilla Soria, Silvia Domínguez Fernández, Raúl Martín Álvarez, Manuela Jiménez Fernández, Eva Lafuente Álvarez, Carmen Rodríguez Pasamontes

Centro de Salud Alcalá de Guadaíra (Madrid)

[sacyed@hotmail.com](mailto:sacyed@hotmail.com)

**Introducción/presentación:** Prevenir la discapacidad actuando sobre la fragilidad es posible, dado que esta última se puede detectar y es susceptible de intervención siguiendo las recomendaciones de la Estrategia de Crónicos de la Estrategia de Prevención y Promoción del Ministerio.

**Objetivos (de la experiencia):** Implementación y evaluación de un programa comunitario para mantener un nivel de función que permita el mayor autonomía posible detectando específicamente la fragilidad con el objetivo de revertirla y prevenir y retrasar la dependencia.

**Desarrollo:** Se crea un grupo de trabajo multidisciplinar con profesionales de ciencias de la salud y ciencias del deporte integrando los programas del centro deportivo municipal y de centros de atención primaria. La evaluación se realiza con un estudio observacional longitudinal. Se establece como cribado de la fragilidad el test SPPB y la puntuación SPPB como variable principal y como variables secundarias pruebas funcionales de fuerza muscular, velocidad de la marcha y equilibrio. Los pacientes frágiles se incorporan a un programa multicomponente de ejercicio específico para el abordaje de la fragilidad (criterios de inclusión: mayores de 70 años con Barthel  $\geq$  90 y SPPB < 10). Participan en dos sesiones semanales de actividad física durante un año, siendo esta la intervención más destacada. A las personas mayores autónomas (SPPB>10) la los programas de actividad física para mayores comunitarios. Ambos grupos se benefician además de la prescripción social de los activos en salud orientados a fomentar la autonomía en mayores y a programas de educación para la salud grupal, Igualmente a los dependientes y en atención domiciliaria se ofertan programas de actividad física.

**Resultados:** El análisis principal se centró en la evolución de mayores frágiles que realizaban dos sesiones semanales de actividad física. Se analizó la evolución de "Short Physical Performance Battery" (SPPB), una herramienta que permite monitorizar la fragilidad y riesgo de caídas (cambios de 1 punto son clínicamente significativos (1). De 20 personas frágiles que se captaron, 6 pasaron a un programa normalizado por mejoría y 2 pasaron a ser dependientes. De las 18 personas evaluadas con el programa se ha producido una mejora en el SPPB pasando de 6.52 a 9.05 de media. Se ha producido una mejora en el equilibrio (de 1.64 a 2.35 puntos), fuerza de miembros inferiores (de 2.29 a 3.05 puntos) y en la velocidad de la marcha (2.58 a 3.64 puntos). Ha disminuido el riesgo de caídas, se ha revertido la fragilidad y prevenido la dependencia. Análisis programa SPSS 20 (Chicago, EEUU). Comparación de medias pre-post.

**Conclusiones:** El abordaje de la fragilidad y la prevención de caídas" impulsado dentro del marco de la Estrategia de Crónicos del Sistema Nacional de Salud por un equipo multidisciplinar de centros deportivos públicos y centros de atención primaria contribuye a disminuir la fragilidad y a la prevención de caídas. La combinación de programas de actividad física, educación grupal y prescripción social de activos en salud deben ser claves para el abordaje de la fragilidad y la dependencia y el fomento de la autonomía de los/as mayores.



## ID212

### LOS PLANES DE CUIDADOS ESTANDARIZADOS COMO HERRAMIENTA ÚTIL QUE PERMITE MEJORAR LOS INDICADORES DE PLANES DE CUIDADOS DE UN CENTRO DE SALUD

Natalie Harris de la Vega, Carmen Castilla Álvarez, Victoria Medina Dieguez

C.S LAS FRONTERAS (Torrejón de Ardoz, Madrid) [natalia\\_alcala@hotmail.com](mailto:natalia_alcala@hotmail.com)

**Introducción:** La utilización de los Planes de Cuidados (PC), por parte de las enfermeras, y la estandarización de los cuidados basados en la evidencia científica actualizada son garantes de calidad. Por su importancia, la Gerencia de Atención Primaria de nuestra Comunidad prioriza en los Contratos Programas de los Centros (CPC), indicadores de PC que son evaluados anualmente y con monitorización especial mediante informes trimestrales. Detectamos en 2014 indicadores de PC bajos en nuestro C.S, por ello, se decide iniciar una estrategia de mejora mediante la implantación de planes de cuidados estandarizados (PCE)

**Objetivos:** - Evaluar los efectos de una estrategia de mejora sobre los indicadores de PC de nuestro C.S. o Detectar posibles áreas de mejora en relación a los PC tras la aplicación de la estrategia. o Analizar las percepciones y actitudes de los enfermeros ante los PCE.

**Material y métodos:** Realizamos un estudio antes-después para evaluar los efectos de la estrategia de mejora en los indicadores de PC, iniciada en junio de 2014 y evaluada en octubre de 2016. La estrategia dirigida a los 21 enfermeros del C.S se basa en: - La constitución de una comisión de PC en 2014 con la tarea de elaborar PCE para el centro, liderada por la enfermera referente de PC encargada de impulsar el método enfermero en el equipo. - La impartición de sesiones formativas para presentar los PCE elaborados y su correcto registro. - La selección de indicadores de PC del C.S que deben mejorarse y por los cuales se evaluará la estrategia: o Indicadores de PC en población de 0-14 años y mayores de 65 años o Indicadores de PC en inmovilizados. Se añaden en 2016 los indicadores de PC en mayores frágiles y en población general atendida en consulta. - Un estudio descriptivo sobre las percepciones y actitudes de los enfermeros ante los PCE mediante un cuestionario no validado entregado en octubre de 2016.

**Resultados:** Actualmente contamos con 15 PCE. Recogimos 17 cuestionarios y reflejaron que el 88,2% de los enfermeros utilizan los PCE y el 76,47% consideran que es una herramienta útil. Evaluando la media aritmética anual de los indicadores de PC escogidos observamos que: - Indicador medio en pacientes de 0-14 años en 2014 fue de 6,26 y en 2016 de 9,65. - Indicador medio en > 65 años en 2014 fue de 29,22 y en 2016 de 36,81. - Indicador medio en pacientes inmovilizados fue de 73,85 en 2014 y en 2016 fue de 73,6. - Indicador medio en población atendida fue 17,62 en marzo 2016 y en septiembre 2016 fue de 22,04. - Indicador medio en ancianos frágiles fue de 55,29 en marzo de 2016 y en septiembre 2016 fue de 68,84

**Discusión y conclusiones:** ∅ La estrategia ha permitido mejorar la mayoría de los indicadores de PC del C.S ∅ Los PCE son utilizados y considerados de utilidad por la mayoría de enfermeros del C.S. ∅ Detectamos la necesidad de acciones de mejora en PC en población de 0-14 años y en inmovilizados.

**ID226****LOS MAPAS DE CONVERSACIÓN, HERRAMIENTA PARA LA EDUCACIÓN DE PACIENTES DIABÉTICOS**

Victoria Carlota Losada Riesgo<sup>1</sup>, Ángel Trespalacios Guerra<sup>2</sup>

1: Centro de Salud de Sabugo (Sabugo, Asturias). 2: Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria del Principado de Asturias

[carlota\\_losada@hotmail.com](mailto:carlota_losada@hotmail.com)

**Introducción/justificación/objetivo:** En el mundo más de 422 millones de personas padecen diabetes y su prevalencia se ha duplicado desde 1980, superando el 8'5%. Estas cifras y la naturaleza crónica de la enfermedad consumen buena parte del tiempo de las consultas de enfermería. El fomento de la autonomía y el autocontrol de los enfermos supondría una mejora de su calidad de vida, reduciendo las complicaciones y la carga de trabajo de los profesionales. La Estrategia en Diabetes del Sistema Nacional de Salud señala la educación como prioridad en el tratamiento, mejorando su impacto si se realiza de forma grupal. El objetivo de esta revisión es plantear los Mapas de Conversación como estrategia efectiva para desarrollar un programa educativo grupal con pacientes diabéticos en Atención Primaria.

**Desarrollo:** Se visitaron el sitio web de la Organización Mundial de la Salud y los recursos interactivos de Lilly Pro. Se consultaron la Estrategia en Diabetes del S.N.S. y el Programa Clave de Atención Interdisciplinar de Diabetes elaborado por el Gobierno del Principado de Asturias. También las revistas Diabetes Spectrum (American Diabetes Association) y RqR (Sociedad Asturiana de Enfermería Familiar y Comunitaria). Las bases de datos empleadas fueron Pubmed, Lilacs y Cinhal, obteniendo 7, 8 y 7 documentos respectivamente. Para ello se combinaron MeSH y términos libres "Diabetes AND ConversationMaps", restringiendo la búsqueda a artículos con antigüedad menor de 5 años y texto completo libre. Se revisaron la totalidad de resultados para finalmente utilizar 7. A partir de estos artículos y publicaciones oficiales se recopiló la información relativa a la estructura y el contenido de los Mapas de Conversación. Además se valoró la indicación del programa para la educación grupal en diabéticos.

**Discusión:** Se trata de una iniciativa introducida por primera vez en Canadá en 2005 y testada en más de 40 países, incluida España. Presenta una base teórica fundada y los estudios revisados prueban su potencial para lograr los objetivos de autocontrol y la satisfacción de los participantes. Sin embargo, son necesarios estudios de mayor relevancia para reforzar los resultados obtenidos. Es un método centrado en el paciente, en el que la enfermera sólo dirige la conversación para asegurarse de que los aspectos claves son tratados con veracidad. Consta de 4 sesiones que giran en torno a conductas de salud, utilizando datos e imágenes que incitan a los pacientes a reflexionar sobre sus conocimientos y a adquirir la capacidad de resolver problemas relacionados con su enfermedad. Les ofrece la posibilidad de intercambiar experiencias y expresar sus sentimientos.

**Conclusiones:** Siendo el paciente el principal responsable del control de la diabetes, su formación es clave. Ésta será especialmente eficaz si se realiza en forma de programa educativo estructurado y continuado, con sesiones grupales. No existe en España ningún proyecto de ámbito nacional de tales características. Teniendo en cuenta los estudios revisados y los buenos resultados obtenidos de autocontrol, implicación y satisfacción de los pacientes, los Mapas de Conversación son una herramienta a considerar en personas que precisen una educación diabetológica.

**ID233****VACUNACIÓN EN PERSONAS SUSCEPTIBLES DE ENFERMEDAD NEUMOCÓCICA INVASIVA (ENI) CON VACUNA CONJUGADA DEL NEUMOCOCO. (ANÁLISIS DE SITUACIÓN)**

Nicolasa Jiménez López, Óscar Aguado Arroyo, Higinio Pensado Freire, Sonsoles Fernández Herranz, Manuela Fernández Bravo, Juan José Jurado Balbuena  
CS FRANCIA (Fuenlabrada, Madrid)  
[nicolasa.jimenez@salud.madrid.org](mailto:nicolasa.jimenez@salud.madrid.org)

**Introducción:** Los pacientes con enfermedades respiratorias crónicas tienen mayor riesgo de infecciones del tracto respiratorio con peor evolución y mayor número de complicaciones. Tiene especial importancia la utilización de vacunas capaces de prevenir este tipo de complicaciones. Debido a ello cobra gran relevancia la utilización de vacuna conjugada de neumococo en población susceptible.

**Objetivos:** Estimar la proporción de personas vacunadas con VCN13 incluidos en los grupos de riesgo determinados por el Servicio Sanitario y diagnosticados de EPOC, en dos Centros de Salud (CS). Estimar proporción de pacientes EPOC que han experimentado exacerbación o reagudización acudiendo al hospital de referencia en el último año y su vacunación frente VCN13.

**Material y métodos:** Estudio observacional descriptivo transversal. Población: mayores de 18 años en riesgo de ENI de dos CS del mismo municipio. Se estudian las personas incluidas en los grupos de riesgo: pacientes oncológicos, artritis reumatoide, cirrosis/hepatopatía crónica, enfermedad renal crónica, asplenia, enfermedad inflamatoria intestinal y pacientes VIH y personas con diagnóstico de EPOC en el periodo desde 01/01/2013 al 03/02/2016 y su cobertura vacunal VCN13. Además se analizan las personas diagnosticadas con EPOC y que han acudido en el último año por exacerbación o reagudización al Hospital de referencia de dichos CS y su cobertura vacunal VCN13. Datos obtenidos tras registro en historia informatizada y posterior análisis estadístico. Consulta realizada cruzando código NEC-11 (código registro VCN13) y código Ciap grupos de riesgo, previamente seleccionados. Se presentan datos en números absolutos y porcentaje de cada código.

**Resultados:** 4509 personas incluidas en grupos de riesgo: 2166 en CS 1 y 2343 en CS 2. Personas EPOC: 572 en CS 1 y 386 en CS 2. Se han vacunado 254 pacientes (9.27% de la población susceptible) en CS 1 y 57 (2.08%) en el CS 2. Cobertura vacunal en EPOC: 10.83% CS 1 y 0% CS 2. 176 personas han experimentado exacerbación o reagudización en el último año acudiendo al Hospital. 5 personas de 101 con EPOC y exacerbación último año estaban vacunados VCN 13 en CS 2 (4.95%). 19 de 75 (25.3%) en CS1.

**Discusión y conclusiones:** Baja proporción de personas vacunadas con VCN13, siendo la enfermedad neumocócica la patología prevenible que mayor mortalidad causa en el mundo, y VCN13 la que genera una respuesta inmune más potente y memoria inmunológica. Los datos extraídos en 2 CS de población similar hacen suponer variabilidad de vacunación también en otras poblaciones. Difícil análisis de causalidad entre personas con EPOC, VCN13 y en exacerbación de la misma, a tenor de los resultados. Posible sesgo de registro, al registrar VCN 13 con diferente código en historia clínica electrónica. La cobertura vacunal financiada por el Servicio Sanitario es manifiestamente mejorable. Conocer estos datos puede generar repercusión en la práctica clínica de las enfermeras de Atención Primaria, teniendo más presente la oferta de la vacunación a dicha población, y de fácil puesta en marcha. Oportunidad de mejorar prevención y promoción de salud a nuestra población susceptible.

**ID286**

## **EVALUACIÓN DE UN TALLER DE EDUCACIÓN AFECTIVO-SEXUAL Y BUEN TRATO PARA ALUMNOS DE SEXTO DE PRIMARIA, CONSTRUYENDO SEXUALIDADES**

Araceli Rivera Álvarez, José Dionisio Benito Lobato, Elena María González García, Carmen López

Provencio

Centro de Salud Abrantes. Dirección Asistencial Centro. Atención Primaria Madrid.

[araceli.rivera@salud.madrid.org](mailto:araceli.rivera@salud.madrid.org)

**Introducción/presentación:** La educación afectivo-sexual y la promoción de las relaciones interpersonales saludables e igualitarias, deben ser una prioridad en el proceso educativo de la población. Como enfermeras tenemos la oportunidad y la responsabilidad de trabajar tanto en el ámbito familiar como en el escolar desarrollando proyectos educativos con estos fines. La intervención responde a la demanda de las tutoras de un colegio de la zona y se plantea dentro de los objetivos del centro en educación para la salud con una metodología participativa que favorezca la reflexión y desarrollo de habilidades

**Objetivos (de la experiencia):** Adquirir las habilidades necesarias que les permitan vivir su propia vida sexual de forma sana y responsable, entendiendo ésta como forma de comunicación humana; adoptando actitudes de igualdad, respeto y responsabilidad en sus relaciones interpersonales.

**Desarrollo:** Taller educación para la salud a los 50 alumnos de 6º de primaria de 3 sesiones semanales en horario escolar de 60 minutos durante el año 2016. Previamente realizamos 3 reuniones de coordinación analizando el itinerario formativo y los intereses de los alumnos recogidos en preguntas anónimas que definieron tanto los contenidos como las actividades a desarrollar, con una metodología participativa: investigación en el aula, análisis y discusión de casos. Participan 2 enfermeras discentes, 2 enfermeras observadoras y 2 tutoras. Materiales: folios, lápices, tarjetas de emociones y ordenador.

**Resultados:** Evaluación cualitativa del trabajo desarrollado por los alumnos: mapa corporal, emociones y roles de género así como la resolución del caso planteado sobre acoso y las observaciones mediante el diario del profesor. Evaluación cuantitativa de la opinión de los alumnos mediante cuestionario escala liker midiendo eficacia e interés del taller. Participan 45 alumnos, el 55% lo considera muy eficaz y 46% interesante. Todos expresan haber resuelto las dudas planteadas y sugieren más tiempo, más dinámicas de grupo y abordar otros temas sobre enfermedades en futuras ediciones. La evaluación del profesor destaca la participación de los alumnos en las dinámicas, su capacidad de análisis y la aplicación de los contenidos impartidos en clase. La exposición de los trabajos sobre el mapa corporal de la sexualidad muestra una imagen idealizada del cuerpo humano, más destacada en el caso de la figura masculina de los caracteres secundarios y más rica en detalles anatómicos internos en la figura femenina. Manifiestan dificultades en definir las emociones propuestas, sobretodo en uno de los grupos que descarta 20 posibles emociones expresadas por la mujer de las 40 propuesta y asignan roles de género rígidos que se matizan y flexibilizan en la exposición grupal.

**Conclusiones:** Durante la pubertad los niños y niñas interiorizan, adquieren y se creen la forma de ver la sexualidad y la moral sexual de su entorno. Por ello es importante que reciban en la familia y la escuela una visión positiva de la sexualidad y adquieran valores éticos fundamentales como la igualdad entre los sexos, el respeto a los demás. Durante el taller se ha puesto de manifiesto su percepción, capacidad de discusión y afrontamiento y el interés que tienen en seguir trabajando en este sentido. La valoración positiva de los profesores ha propiciado la demanda de más talleres en el colegio para los alumnos de primaria y la ESO considerando que las enfermeras de nuestro centro son los profesionales idóneos para impartirlos por su conocimiento y relación de cercanía con los alumnos.

**ID298****SITUACIÓN ACTUAL ACERCA DEL USO DE LECHE MATERNA EN ESCUELAS INFANTILES DE CASTILLA-LA MANCHA**

Rebeca López Herrero, Rosario Sánchez-Escalonilla González, Vanesa Losa Frías, Carmen Molina Medrano, Nelly Gallegos Bayas

Centro de Salud de Fuensalida (Fuensalida, Toledo)

[rebecalopezh@hotmail.com](mailto:rebecalopezh@hotmail.com)

**Introducción:** La leche materna (LM) es el alimento óptimo de manera exclusiva durante los primeros seis meses y complementada con alimentos hasta los dos años o más. En nuestro Centro de Salud hay madres que, al reincorporarse al trabajo, nos muestran su inquietud para mantener la lactancia materna durante la estancia de su hijo/a en la escuela infantil. Con el presente estudio pretendemos conocer la realidad sobre el uso de LM en las escuelas infantiles de nuestra región

**Objetivos:** General: Conocer el manejo de la LM extraída en las escuelas infantiles de Castilla-La Mancha (CLM). Específicos: - Describir el grado de conocimiento subjetivo sobre el manejo de LM extraída. - Describir las dificultades en el manejo de LM extraída. - Conocer las opciones que presentan las madres que quieren dar el pecho a sus hijos/as durante su estancia en la escuela infantil.

**Material y métodos:** Estudio observacional, transversal y descriptivo. Se realizó un cuestionario dirigido a las escuelas infantiles de CLM, cuyo listado se obtuvo del Portal de Educación de la Junta de Comunidades de CLM. El muestreo fue no aleatorio consecutivo. La recogida de datos fue on-line tras envío de cuestionarios mediante correo electrónico y a través de encuestas telefónicas. Se valoraron los siguientes aspectos: tipo de leche utilizada en menores de un año, uso de LM extraída, razones para no utilizarla, conocimiento subjetivo de las recomendaciones del manejo de LM extraída, disponibilidad para recibir información, asistencia de madres a las escuelas para amamantar y datos socio-demográficos. El análisis de datos se realizó con SPSS 17.0.

**Resultados:** Se rellenaron 101 cuestionarios (33% Toledo, 29% Ciudad Real, 17% Albacete, 13%, Cuenca y 9% Guadalajara) de un total de 513 centros de CLM. El 84% de los centros encuestados atendía a niños/as menores de un año, en los cuales la alimentación era con leche artificial (34,5%) y leche artificial y/o LM extraída (65,5%). La LM extraída es aceptada como práctica habitual independientemente de la edad (63%), solo para los más pequeños (14%), no se acepta LM extraída (3%) y no se lo han planteado (18%). Entre las razones para no aceptar LM extraída encontramos: desconocimiento de las recomendaciones de manejo y conservación (50%), interferencia con el trabajo (13%) y carencia de medios (13%). Las recomendaciones de manejo de LM extraída son conocidas (65%), conocidas pero con dudas (24%) y no conocidas (11%). El 98% de los/as encuestados/as quieren recibir información sobre el manejo de la LM extraída. La asistencia de madres para amamantar es una práctica habitual independientemente de la edad (52%), solo para los/as más pequeños (11%), no está permitido (3%) y no es una opción planteada (34%). El 50% de centros tienen un lugar destinado para amamantar.

**Discusión y conclusiones:** La LM extraída es aceptada en la mayoría de las escuelas infantiles, así como el amamantamiento en el propio centro. Sin embargo, una quinta parte de los centros no se lo plantean o no lo permiten. Sería deseable colaborar con las escuelas para facilitar y promocionar la lactancia materna.

**ID335**

## **ACTIVIDAD COMUNITARIA PARA PREVENIR OBESIDAD EN ESCOLARES CON SOBREPESO**

Patricia de las Heras Bueno, María Rosa Valiente Ródenas, Irene Ortega García, Andrea Pineda Miralles, Beatriz Cervera Monteagudo, Gustavo Parrilla Aparicio

Gerencia Atención Integrada De Cuenca - Centro De Salud Cuenca IV [pdelas@sescam.iccm.es](mailto:pdelas@sescam.iccm.es)

**Introducción/presentación:** La prevalencia de sobrepeso y obesidad infantil y juvenil en España es muy alta. La obesidad provoca en los niños tanto problemas físicos como psicosociales. Por otra parte, el sobrepeso se asocia a largo plazo con un mayor riesgo de obesidad en la edad adulta, aumentando la mortalidad y la morbilidad. La edad escolar y la adolescencia son unas etapas cruciales para la configuración de los hábitos alimentarios y otros estilos de vida, que persistirán en la edad adulta.

**Objetivos (de la experiencia):** Aumentar los conocimientos de escolares con sobrepeso y sus padres sobre hábitos saludables de alimentación y ejercicio físico. Crear hábitos de vida saludables en niños en edad escolar. Disminuir el percentil del peso corporal. Implicar a los padres en una adecuada alimentación y promoción del ejercicio físico en sus hijos.

**Desarrollo:** Captación: en la consulta programada y a demanda de enfermería pediátrica se ofrece a todos los niños con sobrepeso entre 8 y 12 años la actividad grupal de educación sanitaria y actividad física durante un mes. Estructura de la actividad: dos sesiones al mes durante el año escolar, de una hora de duración, inicio a las 16:00 horas. Actividades físicas basadas en juegos y en capacitación individual para el desarrollo de actividad física. A la hora de llevar a cabo la actividad se tuvo en cuenta el horario de los escolares para poder obtener una mayor participación. En la primera sesión se cita a padres e hijos. Estos realizan un cuestionario de conocimientos previos sobre estilos de vida saludables y se firma el consentimiento informado. Además, los niños rellenan un cuestionario que permite conocer sus hábitos. Se realiza valoración de medidas antropométricas. Esta valoración control se repite, a los 6 meses y a los 12 meses. Los padres son citados cada 3 meses para reforzar conocimientos y valorar su implicación en la adquisición de hábitos saludables. En las sucesivas sesiones, se trata diferentes temas en cada una de ellas como son: una compra saludable, la pirámide alimentaria, alimentos y nutrientes, juegos saludables, entre otras. Al final de la actividad se realizará un cuestionario de conocimientos y de satisfacción.

**Resultados:** Preliminares (intervención en curso). De un total de 12 niños con sobrepeso, entre 8 y 12 años, aceptan participar 8 niños. El test inicial refleja conocimientos aceptables en padres (80%) e hijos (74%) sobre hábitos de vida saludables. El cuestionario de estilos de vida en niños refleja un porcentaje elevado de escolares con buenos hábitos (75%). Más del 90% de los niños que acudieron a la primera sesión también participaron en el resto de las sesiones de la actividad mostrando satisfacción con la actividad.

**Conclusiones:** La actividad que se realiza es sencilla y fácil de llevar a cabo en el centro de salud. Tanto niños como padres se muestran satisfechos. Existe gran discrepancia entre lo que indican los test iniciales de conocimientos y hábitos y el sobrepeso observado en los niños lo que podría indicar que tanto padres como escolares no ponen en práctica adecuadamente lo que conocen.

**ID344**

## **SALIENDO DE LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA Y LLEGANDO A LA COMUNIDAD CON LA AYUDA DE UN CONVENIO**

María Luisa Fraga Sampedro, Remedios Hernández Adeba, Dorinda Feal Fonte, Soledad M MartínezVarela, Esther Vidal Maroño, Carmen Fernández Loureiro

Xerencia de Xestión Integrada de Ferrol  
[Maria.Luisa.Fraga.Sampedro@sergas.es](mailto:Maria.Luisa.Fraga.Sampedro@sergas.es)

**Introducción/presentación:** Las intervenciones comunitarias son actividades fundamentales en el trabajo diario del Especialista de Atención Familiar y Comunitaria, por ello, a lo largo de su periodo formativo, el Enfermero Residente (EIR) debe tener la oportunidad de llevarlas a la práctica. LA UDM de Atención Familiar y Comunitaria de Ferrol, en el 2012, decidió potenciar la búsqueda de la salud comunitaria, e incluyó en el itinerario formativo una rotación en los servicios sociales municipales, para dotar al EIR de mayor conocimiento comunitario, frente a una visión restringida al ámbito sanitario. En el 2013 logramos firmar un convenio entre el SERGAS y el Ayuntamiento de Ferrol cuyo objetivo es que el EIR adquiera competencias en el ámbito de la promoción y prevención de la salud y, especialmente, ante situaciones de fragilidad o riesgo socio-sanitario. Este convenio les abre la puerta de acceso para poder llegar a la comunidad y salir de la consulta de Atención Primaria.

**Objetivos (de la experiencia):** El EIR sea capaz de: Potenciar y facilitar medidas de prevención y promoción de la salud desde el ámbito socio-sanitario. Llevar a la práctica intervenciones comunitarias efectivas en el Ayuntamiento de Ferrol. Dar a conocer una experiencia de formación pionera en nuestra Comunidad Autónoma y difundir sus resultados.

**Desarrollo:** Análisis descriptivo transversal del desarrollo de este convenio desde mayo del 2013 hasta la actualidad; rotaron durante 1 mes 4 EIR que centraron su participación en: **ÁMBITO DE LAS PERSONAS MAYORES.** Participaron en programas con actividades sanitarias básicas e impartieron charlas sobre nutrición, autocuidado, higiene y educación sanitaria. **ÁMBITO DE LOS MENORES.** Sesiones en Institutos de Educación Secundaria, centradas en educación sexual y prevención de enfermedades de transmisión sexual. Se organizaron sesiones de formación en primeros auxilios para profesores. **ÁREA DE EXCLUSION SOCIAL.** Sesiones de educación sanitaria dirigidas a grupos de mujeres de etnia gitana consensuando con las participantes horarios y temas, priorizando sus intereses y preocupaciones sanitarias.

**Resultados:** Los EIR realizaron 24 intervenciones comunitarias en colaboración con el servicio de Bienestar Social, que han ofrecido beneficios a usuarias de este departamento en cuanto a la mejora de su salud y calidad de vida, con una acogida valorada como “muy positiva” en el 100% de las ocasiones. El 100% de los EIR puntuó en las encuestas como “muy bien” las intervenciones realizadas

**Conclusiones:** La rotación en este dispositivo es novedosa en nuestra Comunidad, ninguna UDM cuenta con ella, permite que el EIR adquiera competencias comunitarias que de otro modo no alcanzaría; ayuda a conocer los recursos de los que dispone la población y establece una comunicación efectiva con estos servicios comunitarios. En ocasiones queremos llegar a determinados colectivos (escolares, grupos de población...) pero no sabemos cómo; este convenio de colaboración abre la puerta para salir de la consulta y presentarse a la comunidad, fomenta la participación comunitaria, acerca el ámbito social y el sanitario.

## *La enfermería comunitaria ante la vulnerabilidad*

**ID237**

### **EL INDICE DE CALIDAD DE LA DIETA EVIDENT ES VÁLIDO PARA PREDECIR EL RIESGO CARDIOVASCULAR Y LA RIGIDEZ ARTERIAL EN ADULTOS**

Cristina Lugones Sánchez<sup>1</sup>, Jesús González Sánchez<sup>2</sup>, José A. Maderuelo Fernández<sup>2</sup>, María C. Patino Alonso<sup>2</sup>, Carmela Rodríguez Martín<sup>2</sup>, Luz M<sup>a</sup> Martínez Martínez<sup>2</sup>

1: C.S Garrido Sur (Salamanca). 2: C.S Alamedilla

[crislugsa@gmail.com](mailto:crislugsa@gmail.com)

**Introducción:** El FFQ es un cuestionario utilizado en múltiples estudios epidemiológicos para la valoración de la calidad de la dieta y validado para la población española. Sin embargo, su uso en la práctica diaria no es frecuente debido a su complejidad, limitándose al campo de la investigación.

**Objetivos:** - Simplificar la información obtenida del FFQ, obteniendo un índice útil para la práctica diaria. - Comprobar la validez del índice EVIDENT como predictor de la adherencia a la dieta Mediterránea. - Analizar su relación con variables relacionadas con la rigidez arterial.

**Material y métodos:** - Tipo de estudio. Descriptivo observacional transversal. Estudio multicéntrico, con 6 centros de salud de diferentes provincias. - Población. Selección por muestreo aleatorio simple de 1553 pacientes entre 20 y 80 años de las consultas de Medicina de Familia. Criterios de exclusión: Pacientes enfermedad coronaria o cerebrovascular, infarto previo, EPOC moderado o severo, enfermedad muscular que impida caminar, Enfermedad hepática, renal o pulmonar, enfermedad mental, pacientes oncológicos con diagnóstico < 5 años, enfermedad terminal y embarazo. - Tamaño de la muestra. Aceptando un riesgo alfa de 0.05 y un riesgo beta de 0.2, se precisaría 1263 sujetos para detectar una diferencia de 4 mmHg en la PAS entre tertiles del EVIDENT, asumiendo una desviación estándar de 17 mmHg y una tasa de abandono del 10%. - Variables o Índice EVIDENT. Proviene del FFQ, compuesto por 137 ítems de alimentos. Cada ítem es clasificado en: Positivo, de 0 a 8 puntos (mayor frecuencia, mayor puntuación), Negativo de 8 a 0 puntos (mayor frecuencia, menor puntuación) o neutro, sin puntuación. La puntuación total varía entre 0 y 100 puntos, donde un valor alto indica una mayor adherencia dietética. o Datos antropométricos: Edad, sexo y Perímetro de la cintura (PC). o CVR (Riesgo Cardiovascular) estimado según ecuación Framingham. o PA (Presión arterial) medida con dispositivo OMRON modelo M10. o VOP (Velocidad de la onda del pulso). Medido con el Sistema Sphygmocor. - Consideraciones éticas. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de Salamanca. Se obtuvo el consentimiento informado por escrito de todos los participantes.

**Resultados:** La edad media de los participantes fue de 54.9±13.8 años, siendo el 60.3% mujeres. El valor medio del índice EVIDENT fue de 52.1±3.2 puntos. Después del ajuste de resultados por variables de confusión, se estima que por cada punto de incremento del índice EVIDENT el CVR, PA, PC y VOP descienden 0.14, 0.43, 0.24 y 0.09 respectivamente ( $p < 0.05$  para todos). En una curva ROC (área debajo de la curva 0.72, 95% CI, 0.69-0.75,  $p < 0.001$ ), el mejor punto de corte para la predicción de una buena adherencia a la dieta Mediterránea es 52.3 (0.71 sensibilidad y 0.61 especificidad).

**Discusión y conclusiones:** El índice dietético EVIDENT muestra una relación con el riesgo cardiovascular y sus componentes, además de con la VOP. También podría ser una herramienta útil para predecir la adherencia a la dieta Mediterránea.



**ID370****DEFINICIONES E IMPLICACIONES DEL CONCEPTO DE EMPODERAMIENTO EN DIFERENTES CONTEXTOS**

Andrea Rodríguez Alonso<sup>1</sup>, Edurne Mezquita Yarza<sup>2</sup>, Iván Marcos Gonzalez<sup>2</sup>, Francisco Javier Vivancos Tomas<sup>2</sup>

1:Centro de Salud de Santa Eulalia de Morcín (Santa Eulalia, Asturias). 2: SESPA [andrearodrigueزالonso@gmail.com](mailto:andrearodrigueزالonso@gmail.com)

**Introducción/justificación/objetivo:** Hace ya tiempo que el modelo democrático ha ido dejando atrás el paternalismo clásico, hegemónico en el ámbito de las ciencias de la salud. Conforme ha ido evolucionando el binomio ciencia-sociedad, ha surgido un nuevo escenario en el que la ciudadanía adquiere un mayor protagonismo en materia de participación, tanto en la planificación como en la implementación de programas y proyectos del área de la salud. Este nuevo modelo, con la persona como eje central y un rol más activo del paciente, implica cambios organizativos en los sistemas sanitarios. Surgen nuevas iniciativas como la “Escuela de Pacientes” o los programas de “Paciente Activo” o “Paciente Experto”. La palabra empoderamiento surge de este cambio estructural e ideológico, un nuevo planteamiento que hace aflorar cuestiones como la nueva identidad social del paciente o el nuevo rol de la enfermería comunitaria. El objetivo del presente trabajo es describir las definiciones e implicaciones del concepto de empoderamiento en diferentes contextos. • Analizar la etimología del término “empoderamiento” • Explicar la evolución del empoderamiento en el medio sanitario • Estudiar las intervenciones encaminadas al empoderamiento en la actualidad

**Desarrollo:** Se trata de un estudio descriptivo basado en una revisión bibliográfica. Se realizó una búsqueda en las bases de datos PubMed, Web of Science y Dialnet con los términos “autoeficacia”, “manejo de la enfermedad”, “autocuidado”, “participación del paciente” y “empoderamiento”. En total, fueron elegidos 35 artículos.

**Discusión:** El análisis etimológico del término “Empoderamiento” tiene sus raíces en la palabra inglesa “Empowerment”. El término tiene significados diversos según el contexto sociocultural y político. Se puede entender como un proceso, como un producto, como un enfoque o como un fin. Tiene un carácter multidimensional al tener implicaciones a nivel individual, organizacional, político, psicológico, económico y espiritual. Tiene valor por sí mismo aunque también puede ser utilizado como un instrumento. Se puede entender como un proceso personal a través del cual el individuo toma el control sobre su vida o bien como un proceso político en el que se garantizan los derechos humanos y la justicia social a un grupo marginado de la sociedad.

**Conclusiones:** El concepto de empoderamiento se utiliza en una amplia gama de contextos. Este concepto es ampliamente utilizado en las ciencias de la salud, adquiriendo un mayor protagonismo en los últimos 10 años. El empoderamiento supone un cambio de paradigma, un nuevo reto para las organizaciones sanitarias, precisando cambios a nivel formativo, organizativo y metodológico. Es un elemento clave para aumentar la salud de la población, mejorar su satisfacción con los servicios sanitarios y mejorar la eficiencia del sistema.

**ID378**

## CONSEJO DE BIENESTAR MUNICIPAL

Jerónima Miralles Xamena<sup>1</sup>, Catalina Salas Salas<sup>2</sup>, Teresa Oliver Valls<sup>2</sup>, María Antonia Mulet Vich<sup>2</sup>, Catalina Fullana Abrines<sup>2</sup>, María Rafael<sup>2</sup>

1: Atención Primaria de Mallorca. 2: Atención Primaria y Ayuntamiento de Algaida  
[jmiralles@ibsalut.caib.es](mailto:jmiralles@ibsalut.caib.es)

**Introducción/presentación:** La participación ciudadana es uno de los elementos clave de las políticas actuales que quieren fomentar la participación comunitaria en las decisiones y acciones municipales. Desde hace años en el municipio de Algaida se está trabajando para favorecer esta participación, ya en el año 2012 con la estrategia Algaida 2020 y actualmente con los presupuestos participativos y la creación del Consejo de Bienestar Municipal (CBM). Este consejo es el canal perfecto para agilizar y estimular la participación ciudadana y se podría extender su uso como cuerpo consejero para el resto de actuaciones puntuales previstas en el municipio.

**Objetivos (de la experiencia):** Su objetivo principal es mejorar la calidad de vida de la población del municipio. Y como específicos: I. Conocer la situación de salud y bienestar social de la comunidad. II. Actuar sobre las prioridades en salud y bienestar social detectadas. III. Facilitar y mejorar la coordinación entre los diferentes servicios, asociaciones y colectivos del municipio.

**Desarrollo:** El Consejo de Bienestar Municipal (CBM) es un órgano de carácter consultivo y participativo, y está formado por un número de representantes del mundo político, asociativo, institucional y civil. La participación comunitaria es la clave para el CBM, ya que es la ciudadanía junto con el Consejo la que se encarga de identificar las necesidades del municipio, diseñar y ejecutar los proyectos y estrategias para abordar las diferentes situaciones. Sus acciones van dirigidas a la población en general, en especial atención a los sectores con más problemática. Para conocer la situación de partida se han realizado un total de 10 entrevistas: centro de salud, escuela, trabajador social, asociación personas mayores, club de fútbol, dos gimnasios, asociación Algaida Solidaria. A posteriori se ha contactado con personas clave conectoras del municipio para formar un grupo de trabajo y priorizar las acciones.

**Resultados:** El mes de octubre se constituye el Consejo de Bienestar Municipal, del que forman parte dos enfermeras del centro de salud, un profesor de la escuela de primaria, representantes de una asociación, la parroquia, dos políticos, y tres ciudadanos. En base a las necesidades detectadas en las entrevistas y por consenso del grupo se establece priorizar dos intervenciones: diseñar una ruta saludable y realizar un taller de cocina inclusiva.

**Conclusiones:** Con el base CBM, se da un paso más en la participación ciudadana empoderando a los ciudadanos para ser actores activos de su propia transformación social.

## Compartiendo experiencias

### ID12

## RELACIÓN DE LA ACTIVIDAD FÍSICA Y LA DIETA CON LA CALIDAD DE VIDA EN SUJETOS CON RIESGO CARDIOVASCULAR INTERMEDIO

José Ignacio Recio Rodríguez, Natalia Sánchez Aguadero, Rosario Alonso Domínguez, Cristina Agudo Conde, Benigna Sánchez Salgado, Carmen Castaño Sánchez

Unidad de Investigación del CS La Alamedilla (Salamanca) [donrecio@gmail.com](mailto:donrecio@gmail.com)

**Introducción:** Los eventos cardiovasculares, que en su mayoría ocurren en sujetos con riesgo cardiovascular intermedio, se han asociado con peor calidad de vida. Aunque algunos estudios han analizado la asociación entre la calidad de vida, el ejercicio y la dieta en participantes sanos y enfermos, pocos han centrado su atención en individuos con riesgo cardiovascular intermedio.

**Objetivos:** Analizar la relación entre la actividad física, la dieta y la calidad de vida relacionada con la salud en sujetos con riesgo cardiovascular intermedio.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo transversal aprobado por el CEIC del área de salud de Salamanca. Muestra aleatoria de 314 sujetos, de 35-74 años (50.6% mujeres), con riesgo cardiovascular intermedio, reclutados en las consultas de Atención Primaria para el proyecto MARK, dirigido a analizar la asociación entre la incidencia de eventos vasculares y parámetros de función vascular y control metabólico, entre otros. Calidad de vida relacionada con la salud evaluada a través del cuestionario SF-12 (variable dependiente). Índice de calidad de la dieta (DQI), cuestionario de adherencia a la dieta mediterránea (MEDAS) y versión corta del cuestionario de actividad física durante el tiempo libre de Minnesota para la evaluación de estilos de vida (variables independientes). Análisis de regresión múltiple tipo GLM en dos modelos de ajuste.

**Resultados:** Los valores más altos de calidad de vida relacionada con la salud se obtuvieron en el área de vitalidad ( $51.05 \pm 11.13$ ), mientras que los más bajos se encontraron en el de salud general ( $39.89 \pm 8.85$ ). En el análisis de regresión lineal múltiple, después de ajustar por edad, sexo, hipertensión arterial, dislipemia e índice de comorbilidad de Charlson, se observó una asociación directa tanto de la adherencia a la dieta mediterránea como del índice de calidad de la dieta con el componente mental del cuestionario SF-12 ( $\beta = 1.177$  y  $0.553$ , ( $p < 0.01$  y  $p < 0.05$ ), respectivamente). A su vez, la actividad física se asoció positivamente con los sub-componentes del SF-12 función física y vitalidad ( $\beta = 0.090$  y  $0.087$ , ( $p < 0.01$  y  $p < 0.05$ ), respectivamente).

**Discusión y conclusiones:** En sujetos con riesgo cardiovascular intermedio, mejores hábitos dietéticos se asociaron con puntuaciones más elevadas en la dimensión mental de la calidad de vida, mientras que una mayor actividad física se relacionó con mejores puntuaciones en la dimensión física. Estos resultados apoyan los hallazgos de otros estudios sugestivos de una influencia positiva del ejercicio y la dieta sobre la calidad de vida percibida. Sin embargo, hasta donde sabemos, nuestro trabajo es el primero en informar de dicha asociación en sujetos con riesgo cardiovascular intermedio, de modo que podría tener importantes aplicaciones de cara al diseño de intervenciones para disminuir el riesgo cardiovascular basadas en la modificación de estilos de vida. Ahora bien, su diseño transversal impide establecer relaciones causales, por lo que se necesitarían estudios longitudinales para confirmar la relación observada.

**ID31****EVALUACIÓN CUALITATIVA DE LA EXPERIENCIA DE APRENDIZAJE DE UN GRUPO DE MUJERES CON FIBROMIALGIA TRAS UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN EN NEUROFISIOLOGÍA DEL DOLOR EN ATENCIÓN PRIMARIA**

Sheila Sánchez Gómez, Itsaso Martínez Aramberri, Rafael Martínez de la Eranueva, M<sup>a</sup> Jesús Barrenengoa Cuadra, Rafael Gracia Ballarín, Luis Ángel Angón Puras.

Unidad Docente Multidisciplinar De Atención Fyc De Álava

[SEILA.SANCHEZGOMEZ@OSAKIDETZA.EUS](mailto:SEILA.SANCHEZGOMEZ@OSAKIDETZA.EUS)

**Introducción:** La fibromialgia es un síndrome caracterizado por dolor generalizado, cansancio, alteraciones del sueño y disturbios cognitivos a los que se suma un cortejo de síntomas que acaban por alterar gravemente las diferentes esferas de la vida de las personas afectadas. Los avances en neurobiología del dolor abren puertas para entender de otra manera este síndrome de forma que la información sobre los mecanismos neurológicos que están detrás de la percepción del dolor y demás síntomas podría producir efectos muy beneficiosos. Por ello, pasado un año de una intervención pedagógica grupal de 14 horas en mujeres diagnosticadas de fibromialgia planteamos desarrollar un estudio cualitativo para comprender y evaluar en qué medida el proceso educativo facilita la adquisición de recursos, la reducción de los síntomas y la mejora de la calidad de vida.

**Objetivos:** Evaluar desde la voz de las mujeres la experiencia de aprendizaje vivida a través del grupo de educación y su repercusión en su vida cotidiana.

**Material y métodos:** Al año de finalizar el programa educativo se realiza un grupo focal donde a través de un guion semiestructurado las mujeres relatan los cambios experimentados en sus vidas. Participaron 9 de las 10 mujeres que asistieron al curso quienes firmaron consentimiento para la audiograbación. Se hizo un análisis del contenido con el programa Atlas-ti.

**Resultados:** Del análisis emergen 3 metacategorías y 17 categorías. La primera metacategoría recoge todas las que describen los cambios derivados de la experiencia de aprendizaje vivida. Estos hacen alusión a las tres esferas del aprendizaje tanto a nivel de conocimientos como de modificación de actitudes y creencias (sobre el dolor, aumento del locus control interno, cambios de pensamientos) y el desarrollo e integración en la vida de habilidades y nuevas conductas (aumento del ejercicio, habilidades sociales como asertividad, autocontrol). En la segunda se incluyen los códigos que describen los relatos de las mujeres donde se visualizan aquellos elementos que influyen en su vivencia de la fibromialgia tanto de forma positiva (el programa educativo, la relación con los profesionales desde una perspectiva dialógica, la metodología del programa, el grupo,...) como negativa (desconocimiento de los profesionales de la fibromialgia, desvalorización, creencias limitadoras que persisten,...). La tercera, hace alusión a las categorías que incluyen el impacto que ha supuesto la experiencia vivida en el curso en su vida abarcando las esferas bio (mejoría de síntomas, duración de los episodios, movilidad, sueño y reducción del consumo de fármacos), psicoemocional (vivir el presente, expectativas positivas, sensación de autocontrol, "ser más feliz"... ) y social (relaciones con la familia, sexuales, en el tiempo de ocio y a nivel profesional).

**Discusión y conclusiones:** La experiencia vivida aporta aprendizajes significativos que se traducen en impactos positivos en la esfera biopsicosocial de las mujeres. Especialmente la metodología del programa, el abordaje grupal y el rol docente como facilitador y no estigmatizador representan elementos facilitadores que han vehiculizado el éxito de la intervención educativa. Como líneas de investigación futuras nos planteamos realizar nuevos grupos focales realizando un análisis de género y evaluar el impacto a más largo plazo.

**ID69****DEFINICIÓN DEL ROL DE LA ENFERMERA EDUCADORA, ENTRENADORA EN AUTOCUIDADOS: UN ELEMENTO CLAVE PARA EMPODERAR A LAS PERSONAS**

Asunción Cañada Dorado<sup>1</sup>, Lara Edurne González Castellanos<sup>2</sup>, Susana Cerrato Rodríguez<sup>2</sup>, Mónica Igea Moreno<sup>2</sup>, Sergio de Casas Albendea<sup>2</sup>, Carmen Fernández Díaz<sup>2</sup>

1: Dirección Técnica de Procesos y Calidad. Salud Madrid 2: Gerencia Asistencial de Atención Primaria (Madrid)

[asuncion.canada@salud.madrid.org](mailto:asuncion.canada@salud.madrid.org)

**Introducción/presentación:** Potenciar la capacidad de autocuidado ha demostrado ser, según la evidencia una intervención altamente costo-efectiva: las personas enferman menos, se recuperan antes y precisan menos asistencia sanitaria, siendo un elemento clave para conseguir pacientes activos. En 2014 el Servicio de Salud presentó la Estrategia de atención a pacientes crónicos y entre los roles a desarrollar se encuentra el de la enfermera educadora/entrenadora en autocuidados (EEA). De igual forma, en la Estrategia de calidad de los cuidados de Atención Primaria (AP) de la Comunidad, se hace referencia a la necesidad de “diseñar un documento de apoyo para ejercer el rol de la enfermera educadora de pacientes activos”.

**Objetivos (de la experiencia):** Objetivo del documento: Definir el marco conceptual, rol, funciones y competencias de la EEA. Objetivo del rol a desarrollar: Promover personas activas y responsables de su autocuidado, favoreciendo el proceso de aprendizaje en salud.

**Desarrollo:** Se creó un grupo multidisciplinar, con profesionales de diferentes perfiles y a través de una metodología participativa se definió el ámbito de aplicación y alcance del rol de la EEA. Se señalaron los recursos, se exploraron las necesidades y expectativas de pacientes, cuidadores y usuarios en general, así como de enfermeras de Atención Primaria. Se definieron las funciones, misión, visión y valores, así como el perfil competencial de la EEA. Se especificó la población diana a la que el rol va dirigido y el marco referencial: modelo de autocuidados de Dorotea Orem, promoción de la salud, pedagogía activa centrada en el aprendizaje significativo, modelos de comportamiento y la importancia de los entornos; como método de trabajo se hizo hincapié en el Proceso de Atención de Enfermería. Se definieron planes de difusión, implantación y formación, para que las enfermeras puedan desarrollar las competencias necesarias. Por último, se definieron indicadores para monitorizar la difusión e implantación del rol.

**Resultados:** Se ha creado una comisión de seguimiento para coordinar las acciones de difusión, formación y monitorización de los indicadores del proyecto. Se ha difundido el documento presentándolo a los equipos directivos de AP, directores de continuidad asistencial, enfermeras de enlace y directores de enfermería de los hospitales; igualmente se ha presentado a los responsables de enfermería y de educación para la salud para su reversión a todos los profesionales de los centros de AP- en total 8 sesiones y 236 profesionales asistentes-.Se han impartido tres talleres formativos con 90 enfermeras participantes, para mejorar su capacitación en empoderar a los pacientes y se han desarrollado cursos específicos sobre coaching y motivación. Se ha planificado la formación de 2017 con cursos específicos que puedan dar respuesta a las competencias de la EEA: entrevista motivacional, herramientas para activar y empoderar a los pacientes...

**Conclusiones:** Éste documento es novedoso y supone un cambio cultural importante en el trabajo de las enfermeras: empoderar a los pacientes y conseguir activarlos, para lograr que se impliquen en la toma de decisiones sobre su salud. La motivación para el cambio y la formación de las enfermeras van a ser claves para lograr una adecuada implantación del rol.

**ID149**

## **EMPODERAMIENTO DE LA SALUD DE ESCOLARES Y ADOLESCENTES A TRAVÉS DE CAMPAMENTOS DE VERANO**

Javier García Fernández

Casa de Salud Valdecilla. Universidad de Cantabria [gf.javier@icloud.com](mailto:gf.javier@icloud.com)

**Introducción:** Este proyecto de investigación propone determinar si es posible empoderar a escolares y adolescentes a través de un ambiente lúdico creado para ellos, en el que se relacionen de igual a igual, superando los contextos tradicionales al desarrollar la labor educativa en un ambiente en el que ellos sean protagonistas y no simples actores. Se propone explorar si los campamentos de verano son ese ambiente abierto hacia el escolar y adolescente en el que se pueda empoderar su salud, facilitando su normal desarrollo hacia la vida adulta.

**Objetivos:** General: - Determinar si, desde el ámbito de la Enfermería, es posible favorecer el empoderamiento de la salud en la infancia y la adolescencia en contextos lúdicos, como son los campamentos de verano. Específicos: - Describir la cotidianidad de los niños y adolescentes durante los campamentos de verano. - Describir las acciones de salud que los acampados realizan espontáneamente. - Explorar las indicaciones en materia de salud que realizan los monitores del campamento. - Identificar las creencias, conocimientos y hábitos de salud que los niños, niñas y adolescentes poseen.

**Material y métodos:** El proyecto de investigación, se encuadra dentro del paradigma crítico-social, de metodología cualitativa, mediante el constructivismo estructuralista de Pierre Bordieu. La recogida de datos será la etnografía en campamentos de verano, con cuaderno de campo y observación participante; entrevistas y técnicas documentales. Los participantes de la etnografía serán asistentes a campamento tipo scout: escolares y adolescentes (6-8, 9-11, 12-15 y 16-19 años, en función de género, familia y clase social) y sus monitores. El muestreo será intencional, buscando la variabilidad y representatividad en la muestra, estando condicionada y pudiendo ser modificada por su saturación teórica y las categorías obtenidas. Se entrevistarán escolares, adolescentes y a padres y enfermeras que trabajen en campamentos de verano de niños con enfermedades crónicas descubriendo la percepción y las vivencias de salud y empoderamiento que tengan lugar durante el campamento. Para el análisis de datos, una vez transcritas las grabaciones y las observaciones ubicadas en el texto, se utilizará como herramienta informática el programa ATLAS.ti. La investigación no entraña peligro adicional, pero seguirá las condiciones éticas exigibles. Los datos se tratarán conforme a la legislación vigente.

**Relevancia:** No existen trabajos publicados al respecto. Los más asemejados parten de la pedagogía, pero no se relaciona en ningún caso campamentos de verano y salud. La repercusión práctica, además de la incorporación como contexto de trabajo del empoderamiento, sería la correcta legislación de la realidad de los campamentos de verano, pues actualmente es muy incompleta, abarcando solamente conceptos de salud pública. La realización del proyecto no es complicada, y las oportunidades para efectuarlo son muchas, debido al número de campamentos de verano que se desarrollan anualmente.

**ID186****EFFECTO DE UN CUADERNO DE AUTOCUIDADOS EN LA ADHERENCIA AL PLAN TERAPÉUTICO DE PACIENTES EN PREVENCIÓN SECUNDARIA CARDIOVASCULAR**

Ángel Lizcano Álvarez<sup>1</sup>, Juana M<sup>a</sup> Gómez Puente<sup>2</sup>, Cristina Gómez Menor<sup>2</sup>, José Dionisio Benito Lobato<sup>2</sup>, M<sup>a</sup> Laura Carretero Julián<sup>2</sup>, Teresa Villar Espejo<sup>2</sup>

1: Universidad Rey Juan Carlos. 2: Sociedad Madrileña de Enfermería Familiar y Comunitaria (SEMAP) [angel.lizcano@urjc.es](mailto:angel.lizcano@urjc.es)

**Introducción:** En la enfermedad cardiovascular (ECV) el paciente debe adoptar un rol activo con un buen nivel de autocuidado y autogestión. Además el paciente debe tener una buena adherencia al plan terapéutico, principalmente en el paciente postinfartado (prevención secundaria), pues la adherencia disminuye a los 6-12 meses tras alta hospitalaria.(1,2,3,4). . La EpS es muy útil para capacitar en los autocuidados, con el fin de mejorar la calidad de vida percibida por el paciente y su familia (8,9,10,11). Numerosas guías, programas de salud cardiovascular (5,6,7); ensayos y guías clínicas(12,13,14,15); hacen hincapié en potenciar la atención primaria, la EFyC como promotora de los autocuidados (16,17) en la prevención secundaria cardiovascular. Se debería seguir un fundamento científico y basarse en la metodología enfermera, para facilitar la comunicación enfermera. Sin embargo, la falta de evidencia científica de los que unifique los criterios de evaluación de los resultados NOC en la práctica diaria, dificulta la evaluación del autocuidado alcanzado por nuestros pacientes. Para fomentar los autocuidados cardiovasculares se diseñó el Cuaderno del Paciente en Autocuidados Cardiovasculares<sup>18</sup>. Sería justificable conocer su efectividad en pacientes postinfartados, así como utilidad en enfermeras y pacientes.

**Objetivos:** General: Evaluar el efecto del Cuaderno de Autocuidado en el autocontrol de la enfermedad tras un evento cardiovascular medido mediante el NOC: Autocontrol de la enfermedad cardíaca (1617). Específicos: Describir impacto del cuaderno en: adherencia de una dieta (NOC1622) y en actividad física cardiosaludable (NOC1632) y del plan terapéutico farmacológico (NOC1623). Conocer el grado de satisfacción de enfermera y paciente.

**Material y métodos:** DISEÑO: Estudio cuasiexperimental antes-después sin grupo control. PERIODO: 1 año. ÁMBITO: estudio multicéntrico consultas de enfermería (A. Primaria, Madrid). POBLACIÓN: personas postinfartados, entre 40-70 años; con CIAP K74, 75 o 76. MUESTREO: Muestreo no probabilístico intencional o conveniencia. Tamaño: 341 pacientes (prevalencia desconocida de tamaño finito, varianza 50%, nivel confianza 95%, precisión 5%). VARIABLES Dependientes: NOCs Autocontrol: enfermedad cardíaca; Conducta de cumplimiento: dieta prescrita; Conducta de cumplimiento: actividad prescrita. Conducta de cumplimiento: medicación prescrita. Independientes: sociodemográficas. RECOGIDA DATOS: 56 enfermeras voluntarias de 43 C. Salud realizarán un seguimiento de 5-10 pacientes durante 12 meses. Partiendo de la adaptación de la Guía de Cuidados Cardiovasculares Integrales en Atención Primaria REccAP 19 y del Cuaderno de Autocuidados Cardiovasculares, se ha protocolizado 11 consultas en un Manual del Investigador. Noviembre 2016 se realizó un taller formativo para los investigadores. La captación será entre 1/1/17 al 1/3/17. Los datos se recogerán en una web diseñada para el estudio. El estudio tiene Certificado Idoneidad de CCI Gerencia AP (Madrid ) y CEIC H. Ramón y Cajal. ANÁLISIS: análisis bivariados, con Ji Cuadrado en comparación proporciones y t Student en comparación de medias. Asimismo análisis multivariantes.

**Relevancia:** La pertinencia y repercusión en la práctica, se centra en empoderar al paciente crónico postinfartado y su familia utilizando, una herramienta de EpS, como el cuaderno de autocuidados CV; una protocolización de consultas y los NOCs, en una misma actuación enfermera. Varios estudios (14,20) y guías clínicas aseguran que este tipo de intervención mejora la morbilidad del paciente postinfartado.

**ID329****RESULTADOS DE LA CONSULTA JOVEN TRAS DOCE AÑOS DE SU IMPLANTACIÓN EN LOS CENTROS EDUCATIVOS**

Katya Molinas Mut, Margarita Blanch Sanchís, Yolanda Cáceres Teijeiro, José Gutiérrez Barrera, Silvia Vallcaneras Diéguez, Clara Vidal Thomàs

Gerencia de Atención Primaria de Mallorca [kmolinas@ibsalut.caib.es](mailto:kmolinas@ibsalut.caib.es)

**Introducción/presentación:** La Consulta Joven (CJ) es un espacio que ofrece el profesional del centro de salud (CS) a los adolescentes de los centros educativos (CE) para asesorarles en las dudas, problemas, sugerencias, que puedan tener relacionadas con la salud. Al mismo tiempo facilita la relación entre el equipo de salud y la comunidad educativa. Así como la planificación de las intervenciones conjuntas que puedan llevarse a cabo en el centro (talleres, sesiones, cursos, etc.). En nuestra comunidad se inició la Consulta Joven hace ya 12 años

**Objetivos (de la experiencia):** Describir los resultados de la CJ a los 12 años de su implementación, en términos de características de los jóvenes que consultan, motivos más frecuentes de consulta, problemas detectados y derivaciones realizadas.

**Desarrollo:** La intervención es la Consulta Joven, cuyo objetivo es resolver las dudas que tienen en relación a su salud. Se firma un acuerdo de colaboración, se recomienda la constitución de la comisión de salud con representantes de la comunidad educativa y otros agentes de la comunidad. La CJ es un espacio en los CE conducido por un profesional sanitario, casi siempre una enfermera. Va dirigido a los adolescentes de 12 a 18 años, se realiza en el propio instituto, tanto puede ser individual como en pequeños grupos. Es confidencial. Los recursos necesarios son un espacio con mesa y sillas, ordenador, material divulgativo tanto escrito como audiovisual. La metodología es la entrevista, y el profesional debe tener habilidades comunicativas y conocer las técnicas educativas más efectivas en educación para la salud. Al finalizar la consulta recoge los datos: edad, sexo, tema, material, resolución, para poder realizar una posterior evaluación y seguimiento.

**Resultados:** La CJ empezó hace 12 años con 3 CE y 3 CS, y el curso 2015-16 la realizaban 37 CS en 47 CE. En 12 años se han realizado 8.339 consultas, 68,2% en grupo y 31,8% individuales. Han consultado 20.236 jóvenes. Individualmente 956 jóvenes, media de edad de 14,5 años, 62,5% chicas. En grupo 17.592 jóvenes, media de edad de 13,6 años, 57,5% chicas. Los motivos de consulta más frecuentes son: los relacionados con la salud afectivo sexual y sexualidad, afectividad, drogas, alimentación y actividad física, entre otros motivos. Se han detectado 2.120 problemas y se han realizado 1.819 derivaciones.

**Conclusiones:** Las dudas que más consultan los jóvenes están relacionadas con la salud afectivo-sexual seguida de los temas relacionados con la afectividad. La CJ es bien acogida en los CE, tanto por adolescentes como por profesorado, y se va consolidando. Es una manera de aproximar el CS al CE, facilitar el acceso a los servicios sanitarios, resolver dudas e indirectamente aproximar el profesional de la salud a la comunidad educativa, conociendo más de cerca la problemática existente y pudiendo actuar en prevención y educación para la salud. Además se detectan problemas de salud, muchas veces antes que lleguen al sistema sanitario.



**ID334****PROPUESTA DE EVALUACIÓN CLÍNICA OBJETIVA ESTRUCTURADA DEL RESIDENTE DE ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA DE LA UNIDAD DOCENTE MULTIPROFESIONAL DE ATENCIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA DE NUESTRA COMUNIDAD**

Jerónima Miralles Xamena<sup>1</sup>, José Luis Ferrer Perelló<sup>2</sup>, Susana González Torrente<sup>2</sup>, Eugenia Martínez Bellaubí<sup>2</sup>, Alicia Esther Tur Salom, Manuel Sarmiento Cruz<sup>2</sup>

1: Unidad Docente Multiprofesional Atención Primaria de Mallorca. 2: Atención Primaria Mallorca  
[jmiralles@ibsalut.caib.es](mailto:jmiralles@ibsalut.caib.es)

**Introducción/presentación:** La evaluación del residente comprende varias áreas que incluyen distintas competencias en su actuación: la técnica (habilidades clínicas), la intelectual (conocimiento básico), la emocional (actitudes), la creativa y analítica (razonamiento), la personal (valores, profesionalidad). Las áreas competenciales potencialmente evaluables muchas veces con los instrumentos con los que contamos son difícilmente evaluables. Existen numerosos instrumentos y métodos validados para evaluar cada una de dichas áreas, y que combinados nos permiten emitir un juicio sobre la competencia de un profesional. Uno de ellos, situado en el tercer nivel de la pirámide de Miller, es la Evaluación Clínica Objetiva Estructurada (ECO). La potencia la ECO radica en la mezcla de métodos de evaluación, de manera que es capaz de explorar suficientemente tres de los cuatro niveles de la pirámide de Miller: saber, saber cómo y demostrar cómo, y evaluar distintas competencias. Desde la unidad docente multiprofesional de atención familiar y comunitaria de nuestra área se integrará la ECO en la evaluación formativa de los residentes.

**Objetivos (de la experiencia):** Introducir la herramienta ECO en la evaluación del residente de nuestra área de salud para mejorar la evaluación formativa y de adquisición de competencias.

**Desarrollo:** Se ha reunido un grupo de trabajo integrado por tutores médicos, tutores enfermeros, tutores de hospital, presidenta subcomisión enfermería y jefe de estudios para elaborar la prueba a realizar, y teniendo en cuenta las siguientes premisas: • La prueba ECO trata de un circuito de estaciones por las que los evaluados van rotando. En estas estaciones pueden encontrar distintas situaciones clínicas simuladas, con pacientes reales o maniqués, en las que su actuación será valorada, realizando en cada una de ellas distintas actividades, planificadas previamente, en un periodo de tiempo especificado. • Se caracteriza por su alto nivel de planificación y estructuración de los escenarios planteados de manera estandarizada (definición caso, instrumento evaluativo, lugar, ítems a observar). Es conducido por tutores y colaboradores docentes. • Los recursos necesarios dependen de las pruebas a realizar, pero en general: sala, tiempo, tutores, colaboradores, muñecos, cámara para grabar, etc. • Es importante que finalizada la prueba haya un feed-back con el residente, y revisar la evaluación de la prueba hecha.

**Resultados:** El grupo ha propuesto una ECO formada por las siguientes 8 estaciones: Búsqueda bibliográfica (30min), Comunicación (15min), Soporte Vital (15min), Conocimientos (test 15 preguntas 20min), Procedimientos (15min), Pruebas complementarias (15min), Comunitaria (deshabitación tabáquica, prevención caídas, atención domiciliaria) (20min). Actualmente se está trabajando en grupos pequeños la concreción de cada una de las estaciones. Se iniciará el mes de marzo para los MIR y EIR de primer año. No tendrá valor en la evaluación final, será solo considerada a nivel formativo.

**Conclusiones:** El uso del examen ECO para la evaluación formativa tiene un gran valor debido a que los evaluados pueden aprender los elementos que constituyen la competencia clínica y pueden conocer sus puntos fuertes y débiles. Sin embargo, en la prueba ECO los conocimientos y habilidades del evaluado se comprueban de manera compartimental, de forma que no se determina la capacidad de éste para



atender al paciente en su conjunto. Por lo tanto, el examen ECOE ha de ser combinado con otras formas de valoración, como la asistencia de casos en un contexto clínico real.

**ID348**

## **SENTANDO LAS BASES PARA EL DESARROLLO DE UN ABORDAJE DE LA SALUD DESDE UNA PERSPECTIVA COMUNITARIA EN EL PAIS VASCO**

Agurtzane Paskual Uribe<sup>1</sup>, S Sánchez Gómez<sup>2</sup>, A Porta Fernández<sup>2</sup>, B Nuin González<sup>2</sup>, M Astillero Pinilla<sup>2</sup>, M Blanco Egaña<sup>2</sup>

1: OSI Barrualde Galdakao (Galdakao, Vizcaya). 2: OSAKIDETZA [agurtzane.paskualuribe@osakidetza.eus](mailto:agurtzane.paskualuribe@osakidetza.eus)

**Introducción/presentación:** En 1974 Marc Lalonde publicó un documento con un modelo de salud basado en los determinantes sociales y su importancia en la salud, Los gobiernos se hacen cada vez más conscientes de que para satisfacer las necesidades de salud se ha de conseguir la inclusión de la perspectiva comunitaria en las organizaciones sanitarias, En este contexto que ,desde la Dirección de Osakidetza en colaboración con la Dirección de Salud Pública (SP) impulsan una iniciativa para avanzar hacia una oferta de intervenciones comunitarias que deriven de las necesidades poblacionales, que estarán en el ámbito de los determinantes de salud de la población y que impactarán en la disminución de las desigualdades en salud.

**Objetivos (de la experiencia):** ● Proponer un marco metodológico para la introducción de la perspectiva comunitaria en las organizaciones sanitarias de la CAPV. ● Fortalecer la acción comunitaria como forma de abordar las desigualdades sociales en salud y los determinantes de la salud .

**Desarrollo:** 25 de septiembre de 2014 la Dirección Salud Pública y Adicciones y la Subdirección de Asistencia Sanitaria, convocaron un grupo de trabajo, grupo impulsor, constituido por personal de ambos ámbitos con el objetivo de fortalecer la acción comunitaria, Durante el 2015 una parte del grupo centro sus tareas en desarrollar la guía metodológica que facilite la puesta en marcha de las intervenciones comunitarias y la otra centro sus labores en el desarrollo de acciones de sensibilización y un plan de formación en acción Se llevó a cabo una recopilación de las diferentes experiencias identificadas, una revisión de publicaciones científicas previas, informes y otro tipo de documentos divulgativos sobre la salud comunitaria y su abordaje y toda la información recopilada se adaptó a la realidad de nuestro entorno

**Resultados:** Sensibilización: se han celebrado dos acciones de sensibilización participativas en las que los profesionales que podrían verse involucrados así como los equipos directivos (gerentes y jefes de unidad) reflexionaron sobre este tema y aportaron su visión sobre el mismo. Elaboración de Guía Metodológica: se ha elaborado una propuesta metodológica para la incorporación de la perspectiva comunitaria en las organizaciones de servicios. Documento publicado en la web. Formación: se ha desarrollado un Curso avanzado de formación-acción para profesionales tanto de Osakidetza como de Salud Pública SP basado en la metodología propuesta. 54 profesionales han tomado parte en el mismo y como resultado, se han reforzado o iniciado 38 procesos de trabajo comunitario distribuidos en todas las Organizaciones Sanitarias Integradas y Comarcas de Salud Pública.

**Conclusiones:** Se han sentado las bases para el abordaje de la salud desde la perspectiva comunitaria. El grupo impulsor prosigue su marcha, elaborando un plan estratégico y planificando nuevas iniciativas de sensibilización y formación, creando además un espacio web compartido entre ambas instituciones y avanzando en la implementación del abordaje comunitario de la salud en las organizaciones.

**ID36**

**EVALUACIÓN DESDE LA VOZ DE LAS RESIDENTES DE EFYC DE LA METODOLOGÍA DE TRABAJO CON CASOS CLÍNICOS**

Sheila Sánchez Gómez, Salome Basurto Hoyuelos; Rafael Gracia Ballarin  
Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria de Álava  
[SHEILA.SANCHEZGOMEZ@OSAKIDETZA.EUS](mailto:SHEILA.SANCHEZGOMEZ@OSAKIDETZA.EUS)

**Introducción:** A lo largo de la residencia desarrollan el seguimiento de forma autónoma de 4 casos clínicos reales (niño sano, adulto-mayor, crónico complejo, crónico avanzado/paliativo en domicilio). Tienen lugar encuentros donde las residentes realizan un ejercicio de reflexión cooperativa y análisis de la acción desarrollada y los puntos de complejidad encontrados durante el proceso. Además reflexionan sobre los aspectos éticos y exponen las evidencias encontradas sobre los cuidados a desarrollar para cada situación. Autores como Schön, Freire o Mezirow argumentan que en el ejercicio de reflexión sobre la acción práctica el profesional aprende sobre la acción misma y reconstruye sus esquemas de pensamiento y comprensión, avanzando así en su autoaprendizaje.

**Objetivos:** Evaluar desde la voz de las residentes la experiencia de aprendizaje vivida a través del estudio de casos clínicos y los encuentros de reflexión cooperativa.

**Material y métodos:** Al finalizar la residencia se llevó a cabo un grupo focal donde a través de un guion semiestructurado, las residentes profundizaron en la experiencia de aprendizaje vivida. Se realizó un muestreo intencional de participantes (las 9 residentes de segundo año) y se les aseguró el manejo confidencial de los datos de la grabación, aceptando participar. Se desarrolló un análisis del contenido con el apoyo del programa Atlas-ti.

**Resultados:** Del análisis comprensivo emergen 3 metacategorías y 12 categorías. Una de las metacategorías engloba la evaluación de la metodología de caso utilizado donde analizan el método de caso, el encuentro reflexivo y el rol docente. Identifican a la enfermera conductora de los grupos como facilitadora de la reflexión y al feedback realizado como meticuloso, útil y significativo. Señalan como a través del encuentro reflexivo amplían las perspectivas de cuidado visualizando diferentes formas de abordar los casos y la importancia del cuestionamiento, incorporando además nuevas evidencias en cuidados. La segunda hace alusión a los aprendizajes experimentados en relación con diferentes áreas competenciales; Profesionalismo, Clínicas (valoración integral y juicio profesional individualizado y factible), Práctica Basada en la Evidencia y conocimientos clínicos, Autoaprendizaje reflexivo, Comunicativas, Práctica Basada en contexto del sistema sanitario. En la tercera, se recogen los relatos donde valoran la factibilidad del abordaje holístico-humanista e individualizado del cuidado.

**Discusión y conclusiones:** El proceso de análisis cooperativo y articulación con la teoría y la evidencia realizado a través del desarrollo de los casos y los encuentros posteriores, facilitan el avance en aprendizaje y la integración de conocimientos de las residentes. Resulta especialmente útil para el desarrollo de competencias relacionadas con el profesionalismo (valores y actitudes), competencias clínicas para el abordaje holista e individualizado de los casos, integración de la evidencia en los cuidados y el desarrollo de una actitud crítica y autoaprendizaje reflexivo. Las propias residentes concluyen como el desarrollo de una práctica del cuidado holístico humanista y reflexiva es a la que deberíamos de tender especialmente con aquellos casos de mayor complejidad/fragilidad y como este trabajo reflexivo con casos clínicos facilita el encaminarse hacia ello. Se pretende realizar un nuevo grupo de discusión con las residentes que finalicen este año para enriquecer y profundizar en los relatos.

**ID123**

## **NUTRICION ENTERAL DOMICILIARIA EN EL AREA DE SALUD DE TOLEDO**

Esther Aguirre de la Peña, Olga Fernández Rodríguez, Sagrario Celada Pérez, Amparo Sánchez Ramiro, Rosa Rojo Cañibano, Javier Carmona de la Morena Gerencia de Atención Primaria de Toledo  
[eaguirre@sescam.iccm.es](mailto:eaguirre@sescam.iccm.es)

**Introducción:** La nutrición es una de las funciones esenciales del ser humano pero existen circunstancias en las que la alimentación de forma natural y autónoma es imposible. En estos casos se debe recurrir a la nutrición artificial en cualquiera de sus modalidades, enteral o parenteral. La nutrición enteral domiciliaria permite al paciente permanecer en su entorno sociofamiliar.

**Objetivos:** Valorar las necesidades de cuidados de los pacientes con nutrición enteral/parenteral domiciliaria del Área de salud de Toledo. Conocer los motivos de la indicación de dicha alimentación. Determinar las posibles complicaciones del paciente derivadas de la administración de la nutrición y del mantenimiento del sistema.

**Material y métodos:** Se realizará un estudio observacional entre enero y diciembre de 2017, tomando como población de estudio a todos los pacientes que requieran nutrición enteral o parenteral en el Área de Salud de Toledo. La captación se realizará a través de la enfermera de Atención Primaria del paciente. Las variables a recoger son: 1. En la primera visita: diagnóstico que justifica la indicación conforme a la Guía de nutrición enteral domiciliaria en el Sistema nacional de Salud, edad, datos antropométricos del paciente (peso, talla, IMC y circunferencia del brazo), estado nutricional, función gastrointestinal y analítica básica (hemograma, bioquímica básica y albúmina) al inicio del tratamiento. Fecha de colocación del catéter/sonda, tipo de catéter, vía de acceso, sistema de infusión, método y pauta de administración. Entrenamiento del paciente/cuidador y periodicidad prevista para las revisiones 2. En las visitas de seguimiento se recogerá la existencia de modificaciones relevantes del tratamiento, complicaciones surgidas, evaluación ponderal, datos analíticos si proceden, función gastrointestinal y aspectos educativos que requieran una especial atención en el entrenamiento del paciente/cuidador. Estas variables serán recogidas en un cuestionario elaborado a tal fin. Los datos correspondientes se registrarán en una base de datos y serán analizados con el programa SPSS para Windows, utilizando los test paramétricos o no paramétricos adecuados en cada caso.

**Relevancia:** La nutrición enteral está indicada en pacientes que son incapaces de ingerir cantidades adecuadas de nutrientes y tienen un tracto gastrointestinal con suficiente capacidad funcional. Se ha convertido en un procedimiento útil para el tratamiento de muchos pacientes, reduciendo su morbilidad y mortalidad. A esto ha contribuido el mayor conocimiento de la nutrición y el avance tecnológico que permite, en su caso, una administración efectiva y segura de las fórmulas diseñadas para tal fin. La nutrición enteral domiciliaria (NED) permite al paciente permanecer en su entorno sociofamiliar, con similares garantías de seguridad y eficacia, siempre que se programe adecuadamente el tratamiento y seguimiento del paciente.

**ID218****IDENTIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES ENFERMERAS MÁS FRECUENTES EN EL CUIDADO DE LA PERSONA CON DOLOR CRÓNICO EN ATENCIÓN PRIMARIA, EN LA COMUNIDAD DE MADRID**

Manuela Monleón Just<sup>1</sup>, Jorge Diz Gómez<sup>2</sup>, Pedro Cuesta Álvaro<sup>2</sup>, José Luis Aréjula Torres<sup>2</sup>

1: CS Legazpi. Dirección Asistencial Noroeste. SERMAS. 2: Atención Primaria. Servicio Madrileño de Salud [manuela.monleon@salud.madrid.org](mailto:manuela.monleon@salud.madrid.org)

**Introducción:** El dolor crónico significa uno de los problemas transversales más prevalentes en las consultas de Atención Primaria (AP). Según la Encuesta Europea de Salud en España 2014, el 44% de la población  $\geq 15$  años dice haber padecido algún dolor en las últimas 4 semanas, estando el dolor lumbar, el cervical y la cefalea, entre los diez problemas de salud más prevalentes en la población adulta. Los datos hablan de un retraso de dos años en recibir un tratamiento satisfactorio para el dolor y que el 40% de estos pacientes están insatisfechos con su abordaje; consecuentemente el 19% de los pacientes con dolor crónico pierden su trabajo y el 13% cambian de trabajo a causa del mismo. Entre las personas con dolor crónico, el 47% padece un cuadro depresivo asociado y el 50 % trastornos del sueño. Por lo que podemos decir que el dolor repercute con fuerza en el día a día de las personas y es importante tratarlo adecuadamente.

**Objetivos:** Conocer qué intervenciones enfermeras son utilizadas en el cuidado de la persona con dolor crónico.

**Material y métodos:** Estudio observacional transversal descriptivo. Periodo de estudio: Abril y Mayo 2016. Recogida de datos a través de cuestionario, realizado para este estudio, en forma de respuesta on-line, auto-administrado, en la plataforma Typeforms. Tamaño de la muestra: Universo de las enfermeras de AP (2972 enfermeras) Población: Enfermeras asistenciales de AP del SERMAS Criterios de Inclusión: Enfermeras asistenciales de AP del SERMAS, que atienden a personas  $\geq 18$  años. Participación voluntaria, desinteresada y anónima. Criterios exclusión: No cumplir Criterios Inclusión. Variables independientes: De la enfermera: edad, sexo, años trabajados, grado, especialidad -Del cuestionario: 91 intervenciones enfermeras (NIC) relacionadas con 00133.Dolor Crónico (Johnson y cols, 2012) en personas  $>18$  años, con una opción de respuesta sobre escala tipo Likert (5 posibles respuestas). Variables dependientes: -Nivel de utilización de la NIC: 0(nunca la utilizo) a 4 (la utilizo siempre). El análisis descriptivo e inferencial con programa IBM SPSS versión 22. Proyecto aceptado por la Comisión Central de Investigación de AP de la Comunidad de Madrid. Este estudio no ha tenido financiación, ni está sujeto a conflicto de intereses por parte de los autores.

**Resultados:** Respondieron 435 cuestionarios (14,6%). El 84% mujeres con edad entre 45-54 años, no especialistas en familia, con 21-30 años trabajados. Las NIC que más utilizan las enfermeras son: la Escucha activa y la Documentación. Seguidas del Apoyo emocional, la Educación para la salud, la Enseñanza: medicamentos prescritos, el Fomento del ejercicio, el Control de la medicación, la Enseñanza: proceso de enfermedad, la Colaboración con el médico, el Manejo de la medicación, la Enseñanza: individual, la Monitorización de los signos vitales y el Manejo del peso.

**Discusión y conclusiones:** La atención al dolor crónico se centra en las NIC que componen el Campo Conductual así como el Fisiológico Complejo seguido del Básico. Donde conocer el manejo de la medicación es considerado tan importante para el autocuidado analgésico, como la esfera emocional del enfermo. De la misma forma se concibe la atención al dolor como un trabajo colaborativo y en equipo.

**ID221****VALIDACIÓN DE CONSTRUCTO DE UN CUESTIONARIO DE MEDIDA DE ADHERENCIA (CAT) A LOS TRATAMIENTOS EN PERSONAS CON ENFERMEDAD CRÓNICA EN ATENCIÓN PRIMARIA**

Ana Covadonga González Pisano<sup>1</sup>, Marta María Pisano González<sup>2</sup>, Juan Carlos Núñez Pérez<sup>2</sup>

1: Centro de Salud de Salas. Consultorio La Espina (La Espina. Salas, Asturias). 2: Universidad de Oviedo  
[anapisano@gmail.com](mailto:anapisano@gmail.com)

**Introducción:** La falta de adherencia a los tratamientos, tanto farmacológico como a seguir una dieta saludable y hacer ejercicio físico regular, es un problema de salud mundial que ocasiona gran morbilidad (18.400 muertes prematuras al año) y costes económicos 11.250 millones euros/año. Estos datos justifican la necesidad de validar un instrumento, que no sólo mida adherencia a tratamiento farmacológico, y que sea fácil de cumplimentar y rápido para su uso en la práctica clínica. En una fase inicial se construyó el cuestionario, se pilotó y se hizo un análisis de validez y fiabilidad. El cuestionario inicial tenía 22 ítems y 4 factores, el final tenía 12 ítems y 3 factores.

**Objetivos:** Confirmar la validez factorial del CAT de 12 ítems y 3 factores mediante un estudio de la validez de constructo.

**Material y métodos:** Diseño: estudio de validez de constructo Muestra: selección de 247 (más de 5 por ítem) personas usuarias de dos centros de salud, mayores de 14 años, que tuvieran al menos una enfermedad crónica, excluyendo enfermos de cáncer y/o con patología mental. Variables: adherencia a fármacos, a dieta y a ejercicio físico. Instrumento de recogida de datos: CAT de 22 ítems. Estrategia de análisis: Para la evaluación de los modelos y la validez estructural se utilizan los estadísticos de bondad o de falta de ajuste: Ji-Cuadrado  $\chi^2$ , con su probabilidad asociada ( $p <$ ), los índices de ajuste GFI, AGFI, TLI y CFI, así como el RMSEA.

**Resultados:** El Modelo I constaba de 22 ítems explicados por cuatro factores (adherencia al tratamiento farmacológico, adherencia a seguir una dieta saludable, adherencia a hacer ejercicio físico regular, adherencia a seguir las recomendaciones sanitarias), y el Modelo II tenía 12 ítems explicados por tres factores (adherencia al tratamiento farmacológico, adherencia a seguir una dieta saludable, adherencia a hacer ejercicio físico regular). Atendiendo a los criterios de evaluación ya señalados, se puede afirmar que el Modelo II (CAT-12 de tres factores de primer orden) ajusta bien, y mucho mejor que el modelo de cuatro factores. Los datos obtenidos sugieren que la estructura factorial de tres factores, se confirma como la que mejor representa los datos empíricos obtenidos en base a la muestra descrita. Se comprobó si el CAT12 queda mejor representada por una estructura simple o por una estructura jerárquica. Los datos obtenidos mostraron que el ajuste de ambos modelos era aceptable, aunque el del modelo jerárquico es peor que el del modelo simple. Se opta por el modelo CAT-12 de tres factores de primer nivel.

**Discusión y conclusiones:** Se ha construido un instrumento breve, fiable, estable y válido para medir adherencia a los tratamientos farmacológico, dietéticos y de ejercicio físico en personas con enfermedades crónicas en el ámbito de la Atención Primaria. La aportación del CAT a la práctica clínica es muy importante por ser novedoso, fácil de administrar y por su importancia en la medida de la adherencia.

**ID259**

## **IMPACTO DE LA CARGA DE TRABAJO EN LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA**

Ione López Sosa<sup>1</sup>, Ylenia Martín Santana<sup>2</sup>, Paula González Hernández<sup>2</sup>

1: Centro de Salud El Doctoral (Santa Lucía de Tirajana, Las Palmas). 2: Gerencia Atención Primaria. Servicio Canario de Salud. [asoszeapol@hotmail.com](mailto:asoszeapol@hotmail.com)

**Introducción:** Numerosos estudios de investigación abordan el problema de la adherencia terapéutica como un fenómeno centrado en las medidas farmacológicas del paciente. Sin embargo, no sucede así con los aspectos que influyen en el propio manejo terapéutico del paciente, la carga de trabajo. Se considera carga de trabajo todo aquello que tiene que hacer el paciente relacionado con su salud, incluyéndose tanto el tratamiento farmacológico como los aspectos sociales y psicológicos que supone el manejo de su enfermedad. Objetivo principal: es relacionar la carga de trabajo del paciente con la adherencia al tratamiento. Población de estudio: pacientes crónicos mayores de 50 años con enfermedad cardiovascular Establecida, enfermedad respiratoria crónica o enfermedad neurológica crónica.

**Objetivos:** General: Relacionar la carga de trabajo del paciente con la adherencia al tratamiento farmacológico y de estilo de vida. Específicos: Estimar la carga de trabajo según la patología crónica. Comparar los instrumentos para medir la carga de trabajo. Establecer el perfil de la carga de trabajo de los pacientes crónicos. Estimar los tiempos medios para las actividades relacionadas con el control de la enfermedad y compararlo con los tiempos preestablecidos en otras poblaciones. Identificar las áreas de mejora para poder incidir sobre ellas y mejorar la adherencia terapéutica.

**Material y métodos:** Diseño: Consiste en un estudio observacional analítico de tipo transversal. Población de estudio Criterios de inclusión: Pacientes mayores de 50 años. Pertenecer a las Zonas Básicas de Salud de Arucas o Vecindario. Enfermedad Cardiovascular Establecida (Infarto Agudo de Miocardio, Fibrilación Auricular e Insuficiencia Cardíaca). Patología respiratoria crónica (EPOC). Patología neurológica crónica (Ictus y Parkinson) La muestra será seleccionada mediante un muestreo sistemático estratificado por grupo de enfermedades crónicas estudiadas hasta alcanzar la muestra de 150 pacientes. Variables Principales Factor de estudio: es la carga de trabajo medida mediante la realización del TBQ (Treatment Burden Questionnaire) validado en inglés y traducido al español y una Entrevista Estructurada realizada por el equipo de investigación para valorar tiempos invertidos. Variable dependiente: para medir la adherencia terapéutica utilizaremos el cuestionario MMAS-8 (Escala de adherencia a la medicación Morisky) y el test de Adherencia Terapéutica elaborado por los investigadores. ASPECTOS ÉTICOS El estudio respeta los principios bioéticos. El fin del estudio es analizar los factores asociados con la carga de trabajo y su relación con la adherencia terapéutica, para contribuir al avance en este tema, con el objetivo de beneficiar al paciente. El diseño y contenido del estudio no compromete salud o confidencialidad de los participantes. A través del consentimiento informado se asegura la libre elección de participar en el mismo. Análisis Estadístico. El análisis de los datos obtenidos del estudio se realizará mediante el programa informático SPSS.18.

**Relevancia:** Consiste en la existencia de una escasa evidencia científica nacional e internacional sobre la carga de trabajo del paciente, obviando pues su influencia en el cumplimiento terapéutico y la implementación de medidas facilitadoras por parte del sistema sanitario que la reduzcan.



**ID263****ANÁLISIS DE LA CUMPLIMENTACIÓN DEL DOCUMENTO ÚNICO DE DERIVACIÓN ENVIADO A LOS EQUIPOS DE SOPORTE DE ATENCIÓN PALIATIVA DOMICILIARIA DE LEGAZPI Y VILLALBA**

Ángel Palacios Álvarez<sup>1</sup>, Manuela Monleón Just<sup>2</sup>, Diego Ruiz López<sup>2</sup>, Nieves Cano Linares<sup>2</sup>, Carmen Molina Cara<sup>2</sup>

1: ESAPD Legazpi (Madrid). 2: Dirección Asistencial Noroeste. Atención Primaria. Servicio Madrileño de Salud.

[palacios\\_angel@yahoo.com](mailto:palacios_angel@yahoo.com)

**Introducción:** El Documento Único de Derivación (DUD) es un documento fundamental para poder atender de manera correcta al paciente que es derivado desde el Equipo de Atención Primaria (EAP) al Equipo de Soporte de Atención Paliativa Domiciliaria (ESAPD). Según el Plan Estratégico de Cuidados Paliativos de la Comunidad de Madrid, el DUD permite la adecuada continuidad de cuidados, evitando el vacío asistencial y mejorando la comunicación entre los profesionales de los diferentes equipos sanitarios. Con frecuencia estos informes llegan a los ESAPD incompletos en muchos de sus apartados, no cumpliéndose así correctamente la función del documento. Esta situación ha llevado a la realización de un estudio que valora en qué medida el DUD no aporta la información necesaria sobre el paciente y familia.

**Objetivos:** Determinar el nivel de cumplimentación de los DUD en las derivaciones de pacientes con necesidades paliativas desde los EAP a los ESAPD de la Dirección Asistencial Noroeste de Atención Primaria del Servicio Madrileño de Salud.

**Material y métodos:** Este estudio es de tipo observacional, descriptivo y transversal. Analiza los datos de los DUD de 176 pacientes derivados desde los EAP a los ESAPD de Legazpi y Villalba entre el 1 de julio al 31 de octubre de 2016. La muestra se compone del total de pacientes derivados en dicho periodo. Para su realización se ha utilizado un formulario cuantitativo creado ad hoc con el que los profesionales de los ESAPD evalúan cada informe en el momento de la derivación del paciente. Este formulario cuantifica de manera booleana si cada uno de los datos del DUD está cumplimentado adecuadamente, así como quien es el responsable de su cumplimentación.

**Resultados:** Los resultados del análisis de los datos obtenidos muestran que el 88,9% de las enfermeras y el 24,4% de los médicos del EAP no cumplimentaron los datos correspondientes a la valoración enfermera y la valoración médica del paciente, respectivamente. Además, el 72,9% de las enfermeras y el 56,5% de los médicos del EAP no visitaron al paciente durante la última semana antes de la derivación al ESAPD. Otro dato significativo es que solo en el 38,5% de los DUD se indicaba el pronóstico vital esperado del paciente.

**Discusión y conclusiones:** Los resultados del estudio indican que la cumplimentación de los DUD es mala, llamando la atención el bajo registro de valoraciones enfermeras en la mayoría de las derivaciones, lo que lleva a una deficiente información integral sobre el paciente y su familia que dificulta la atención inicial tras la derivación. En conclusión, el DUD es un documento fundamental en la continuidad asistencial del paciente con necesidades paliativas que no se cumplimenta adecuadamente en un gran porcentaje de los casos, posiblemente por desconocimiento de la situación real del paciente debido a que no se realizan visitas de valoración antes de derivar al paciente. A partir de este punto, es preciso descubrir los motivos de la poca valoración domiciliaria y deficiente cumplimentación de DUD y buscar mecanismos para solventar dicho problema, mejorando así la comunicación entre los equipos sanitarios en beneficio del paciente y su familia.

**ID339**

## **IDENTIFICACION Y CAPTACION DE PERSONAS CON INDICADORES DE VULNERABILIDAD SOCIAL Y ENFERMEDAD CRONICA PREVIO A UNA INTERVENCIÓN DE AUTOCUIDADO**

Marta Pisano González, Sara Diez González, Ana Sofía Liaño Martín, José Ramón Hevia Fernández,  
Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad Asturias [martam.pisanogonzalez@asturias.org](mailto:martam.pisanogonzalez@asturias.org)

**Introducción:** Sigue siendo prioritario actuar en personas con enfermedades crónicas, consideradas una pandemia según la OMS, y que suponen la principal causa de muerte en todo el planeta, 38 millones (el 68%) en 2012. Esta pandemia aumenta por factores que afectan a todas las regiones mundiales: envejecimiento demográfico y universalización de los modos de vida malsanos. Es por ello necesario incidir e innovar en programas dirigidos a aumentar el autocuidado y promocionar hábitos saludables de vida específicos para aquellos que padecen enfermedades de larga duración. Por otro lado, cobran relevancia las evidencias en programas de intervención educativa que cumplen la Ley de Cuidados Inversos de Tudor Hart: las personas que acuden voluntariamente a los programas, son a menudo las que menos lo necesitan. Es necesario priorizar la intervención en aquellas poblaciones con mayor vulnerabilidad, no sólo clínica sino también socioeconómica y cultural. Estudios de Marmot y Wilkinson, demuestran que las personas vulnerables y en riesgo de exclusión, van a desarrollar mayor morbilidad. En éste proyecto, se captarán personas con mayor grado de vulnerabilidad social para realizar una intervención educativa en empoderamiento, con el programa Tomando control de su salud, que ha demostrado ser eficaz en diferentes países para aumentar la responsabilidad sobre la enfermedad a largo plazo, modificar hábitos de vida y aumentar el autocuidado.

**Objetivos:** Identificar y reclutar a enfermos crónicos con indicadores de vulnerabilidad social elevada, para realizar una intervención en promoción de autocuidados y hábitos saludables.

**Material y métodos:** Estudio cuasiexperimental Fases: 1. Identificación de áreas geográficas (sección censal) vulnerables. 2. Reclutamiento de pacientes por captación activa en colaboración con centros de salud, servicios sociales, asociaciones y ayuntamientos, en las áreas geográficas vulnerables. 3. Estratificación de vulnerabilidad individual. Tamaño de la muestra: 500 personas (cálculo poblaciones finitas). Variables de estudio: Nivel socioeconómico, nivel de estudios y estado laboral para el Índice MEDEAS. Para el IMP 63 variables clínicas, cognitivas, funcionales y sociales. Instrumentos de medida: Índice de Privación Social del estudio MEDEAS, para la Fase I, IMP (Índice Pronóstico Multidimensional) con adhesión de las principales variables individuales de exclusión social, para la Fase III. Estrategia de análisis: Construcción del Índice MEDEA: Análisis de Componentes Principales, utilizando cargas factoriales del primer eje para ponderar cada uno de los indicadores. Análisis del IMP: para variables continuas: como media  $\pm$  desviación estándar y las comparaciones entre hombres y mujeres prueba U de Mann-Whitney. Análisis de varianza de Kruskal-Wallis para comparar la edad, el género, el nivel educativo y la mortalidad. Software SPSS v20. Se contemplarán los aspectos de protección de datos y consideraciones éticas de investigación.

**Relevancia:** Hasta el momento las acciones educativas en personas con enfermedad crónica se han realizado en base a criterios exclusivamente clínicos, y la mayoría de las veces con personas que acudían voluntariamente a la misma. Introducir elementos socioeconómico-culturales ya enunciados desde Lalonde, sigue siendo una laguna en nuestro país. Este estudio forma parte del proyecto financiado por el programa del Tercer Sector de Salud de la Unión Europea.



# COMUNICACIONES PÓSTER RESÚMENES

**ID48**

## **CAPACITACION DE CUIDADORES DE PACIENTES ANCIANOS CON INSUFICIENCIA CARDIACA**

María García Ríos<sup>1</sup>, Alejandra García Bango<sup>2</sup>, Andrea Martínez Espinosa<sup>2</sup>, Olaya Rodríguez Cosío<sup>2</sup>

1: Centro de Salud de Sama (Langreo, Asturias). 2: Hospital Valle del Nalon (Langreo, Asturias).  
[kiragrios@gmail.com](mailto:kiragrios@gmail.com)

**Introducción:** La insuficiencia cardiaca (IC) es un síndrome clínico que se conoce desde tiempos remotos –hace más de 2000 años – en civilizaciones precristianas como Egipto, Grecia y Roma. Como síndrome comprende una constelación de síntomas y signos que originan un cuadro clínico característico cuyo elemento esencial es la disnea además de otros síntomas de congestión visceral. Presenta una elevada incidencia y prevalencia, sobre todo en edades avanzadas –el 80% de pacientes son mayores de 65 años – y se prevé un incremento de la misma con el envejecimiento progresivo de la población y aumento de la expectativa de vida; por esa misma razón es importante establecer estrategias de afrontamiento y sesiones educativas para fomentar el autocuidado y el control domiciliario de la IC por parte de los enfermos y sus familias

**Presentación del caso:** Paciente de 84 años con IC que requiere múltiples ingresos por descompensación y mal control ambulatorio con empeoramiento progresivo de su situación basal. Dependiente para actividades básicas de la vida diaria (ABVD), con hija como cuidadora informal. Se incluye en Unidad de Insuficiencia Cardiaca Ambulatoria (UICA) para control ambulatorio de la enfermedad y se inician sesiones de educación para la salud y empoderamiento de la hija que incluyen: control de TA y frecuencia, peso, diuresis, dieta, signos y síntomas de alarma y manejo y ajuste de la medicación. La enfermera realizará un mínimo de 4 y un máximo de 6 sesiones de educación para la salud de la cuidadora. Al finalizar las sesiones la hija dispondrá de los conocimientos y habilidades necesarias para el manejo y control domiciliario de la IC

**Valoración:** Realizamos una valoración del paciente y establecemos un plan de cuidados individualizado atendiendo a las características y circunstancias del paciente y su familia. Durante la planificación se elaboran unos objetivos y unas intervenciones de enfermería realistas y mensurables. Los objetivos indicarían lo que será capaz de hacer, al finalizar las sesiones, la cuidadora. Las intervenciones describirían la forma en la que la enfermera puede ayudar al cumplimiento de los objetivos y resultados esperados

**Plan de cuidados y resultados:** 1.PERCEPCION DE SALUD: Conducta generadora de salud Intervenciones: asesoramiento educación sanitaria manejo de la nutrición ,medicación y peso Criterios de resultado: conducta de fomento de salud conocimiento: dieta ,medicación ,proceso enfermedad participación de la familia en la asistencia 2.NUTRICIONAL-METABOLICO: Exceso de volumen de líquidos Factores relacionados :exceso de aporte de líquidos disminución de la diéresis Intervenciones: manejo de líquidos, peso control de diéresis Criterios de resultado: equilibrio hídrico. 4.ACTIVIDAD-EJERCICIO Déficit de autocuidado: alimentación Factores relacionados: debilidad o cansancio Intervenciones: ayuda con el autocuidado: alimentación monitorización nutricional Criterios de resultado: estado nutricional adecuado -Intolerancia a la actividad Factores relacionados: desequilibrio entre aporte y demanda de oxígeno Intervenciones: enseñanza :actividad /ejercicio prescrito/ manejo de energía Criterios de resultado: estado nutricional adecuado 6.COGNITIVO-PERCEPTUAL Conocimientos deficientes Factores relacionados: mala interpretación de la información Intervenciones: educación sanitaria enseñanza:

proceso de la enfermedad, medicación Criterios de resultado: conocimiento dieta, régimen terapéutico, proceso

**Discusión/conclusiones:** El asesoramiento y el aprendizaje de los pacientes y sus familias es una pieza clave en la labor de una enfermera especialista. Debido al envejecimiento progresivo de la población y al aumento exponencial de las enfermedades crónicas es fundamental desarrollar programas de formación y empoderamiento de los familiares de nuestros pacientes para evitar múltiples ingresos y empeoramiento progresivo de la situación basal de los pacientes.

**ID58**

## **ABORDAJE DEL DUELO EN FAMILIARES DEL PACIENTE SUICIDA**

Olaya Rodríguez Cosío, Andrea Martínez Espinosa, Alejandra García Bango, María García Ríos

Centro de Salud de Sotrondio (Sotrondio, Asturias)

[olaya.cosio@gmail.com](mailto:olaya.cosio@gmail.com)

**Introducción/justificación/objetivo:** El suicidio es el acto de quitarse deliberadamente la propia vida. En nuestro país es la primera causa de muerte violenta. Pero a diferencia de lo que ocurre con los accidentes, no se percibe una reacción por parte de la sociedad siguiendo vigentes muchos mitos, creencias erróneas o argumentos morales que poco ayudan a la persona o familiares. Cuando es un familiar el que decide hacerlo, supone una gran conmoción para sus allegados, corriendo riesgo de desorganización del núcleo familiar; es entonces cuando desde enfermería nos planteamos una pregunta: ¿Qué hacer para ayudar a un familiar o amigo a enfrentarse a esta situación? **OBJETIVOS** • Describir cuáles son las reacciones y emociones más frecuentes cuando alguien pierde a un ser querido o alguien cercano a causa de un suicidio. • Dar a conocer qué hacer y cómo enfrentarse al duelo tras un suicidio. • Promover la búsqueda de ayuda e información por parte de enfermería.

**Desarrollo:** Se ha realizado una revisión bibliográfica de artículos y guías de práctica clínica sobre “Manejo y expresión del duelo en familiares de personas suicidas”. Las bases de datos consultadas fueron: Medline, Cochrane, Pubmed, Guíasalud y Embase. Para la búsqueda se ha utilizado el operador booleano AND, los descriptores en Ciencias de la Salud (DeCs) familia, duelo y suicidio, y los términos MeSH: family y suicide. Como criterios de inclusión hemos aplicado el idioma español y la fecha de publicación, seleccionando los artículos que no tuvieran más de seis años.

**Discusión:** Tratar el tema del suicidio no es fácil, pero no debemos quedarnos indiferentes ante la magnitud de este problema. El personal enfermero es responsable de identificar las fases del duelo por las que pasa un familiar de una persona suicida, facilitar que nos hagan preguntas y expresen sus preocupaciones. Enfermería debe aprender a enfrentarse a este tipo de pacientes, intentando no juzgar, dar opiniones o buscar explicación al suicidio.

**Conclusiones:** El duelo tras un suicidio tiende a ser más prolongado, así como el shock, aislamiento y la sensación de culpa. Con tendencia a buscar una explicación del suceso y a cuestionar aspectos del suicida. Las familias están expuestas a una mayor probabilidad de desestructuración, y expresiones patológicas entre sus miembros. También es frecuente que perciban el estigma de la sociedad hacia la conducta suicida. A la hora de afrontar el duelo, es importante que el familiar no tome decisiones cruciales inmediatamente después de la pérdida del ser querido. Tiene que darse un tiempo para recuperarse y evitar conductas como tratar de entender qué condujo al suicidio; la elección del fallecido se debe respetar aunque no la compartan. Como enfermeras debemos acompañar al familiar durante todo el proceso y hacerle saber que puede acudir a la consulta siempre que desee, además de valorar durante éstas visitas si el duelo es normal o patológico. Durante la consulta debemos evitar dar falsas esperanzas, es positivo hablar sobre el fallecido si el paciente lo desea pero no preguntar detalles sobre la muerte.

**ID70**

## **ADHERENCIA DE ENFERMERIA A LAS PRÁCTICAS RECOMENDADAS DE INSUFICIENCIA CARDÍACA EN LOS CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA**

Cristina Pérez García, Mireia López Poyato, Marta Suárez Tarragüel, Rocío Rodríguez Romero, Raquel Bru Ciges.

CAP Les Corts (Barcelona), CAPSBE  
[pgv2306@gmail.cat](mailto:pgv2306@gmail.cat)

**Introducción:** La Insuficiencia Cardíaca es una enfermedad que se puede clasificar como crónica, dicha denominación trae implícito la posibilidad de tener unas repercusiones en la vida diaria de nuestros pacientes y por ello deberán adquirir unas habilidades, actitudes y conocimientos para abordar su enfermedad crónica. Dichas adquisiciones serán ofrecidas por el personal de enfermería de los centros de atención primaria mediante la implementación de medidas no farmacológicas y una educación sanitaria basada en la prevención terciaria de descompensaciones para dotar a los enfermos afectados de un buen manejo de su enfermedad crónica.

**Objetivos:** Objetivo principal Conocer las prácticas habituales de las enfermeras en Atención Primaria en pacientes con Insuficiencia Cardíaca crónica. Objetivos específicos Describir las limitaciones que tienen las enfermeras en el cuidado de los pacientes con Insuficiencia Cardíaca crónica.

**Material y métodos:** Diseño seleccionado: Estudio de corte transversal Población de estudio: Enfermeras de atención primaria de salud que cumplimenten el cuestionario, de la zona de Barcelona ciudad y Hospitalet de Llobregat. Tamaño de la muestra: 150 enfermeras. Variables de estudio: · Adherencia de la enfermera en el abordaje de la Insuficiencia cardíaca crónica en las diferentes practicas recomendadas: a. Proporcionar información b. Explicar la importancia de la monitorización del peso. c. Dotar de habilidades para detección precoz de signos y síntomas de descompensación. d. Fomentar la adherencia terapéutica. e. Establecimiento de medidas no farmacológicas. f. Elaboración de planes de cuidado g. Asesorar ante dudas a paciente y entorno. h. Realizar apoyo emocional i. Garantizar continuidad asistencial · Sexo · Fecha de nacimiento · Centro de Atención Primaria en el que trabaja. · Formación posgrado. · Años trabajados en Atención Primaria. · Limitaciones que encuentran para emplear una educación sanitaria continua y coordinada con los pacientes con IC crónica Recogida de datos: Para la recogida de datos se dispone de un cuestionario autoadministrado online donde las variables serán recogidas en una tabla excell. Estrategia de análisis prevista: SPSS Statistics

**Relevancia:** Dado que pocos estudios analizan la adherencia que presentan los proveedores de salud de esta forma quería profundizar más allá de cómo está la población con Insuficiencia cardíaca crónica en Barcelona y quería conocer la adherencia de las enfermeras en dicha enfermedad en los Centros de Atención Primaria de Barcelona ciudad y Hospitalet de Llobregat y que limitaciones presentan con el fin de poder realizar futuras intervenciones como por ejemplo la realización de protocolos estandarizados, sesiones formativas, grupales, paciente experto, etc. De esta forma tendremos datos objetivos de la adherencia y si es necesario la implementación de intervenciones para mejorarla.

**ID87****CASO CLÍNICO: PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A UN PACIENTE CON EL SÍNDROME GERIÁTRICO DE DESNUTRICIÓN**

Anna Ignatieva, María José Valverde Soto , María del Mar Ruiz García , Juana Manuela López Navarro , Juan Antonio López García , Pedro Luis Rubio Martínez

Centro de Salud de Calasparra (Calasparra, Murcia)

[zurva@mail.ru](mailto:zurva@mail.ru)

**Introducción:** La población mayor de 65 años se caracteriza por la presencia de múltiples síndromes geriátricos uno de los cuales es la desnutrición. Es un problema muy prevalente y complejo que debe prevenirse y tratarse debido a las consecuencias que provoca. En el presente caso se pone de manifiesto la importancia de desarrollar un plan de cuidados individualizado para poder intervenir sobre el problema de la persona desde un punto de vista holístico. La actuación de Enfermería a nivel bio-psico-social resulta fundamental para actuar sobre la multicausalidad característica de esta patología.

**Presentación del caso:** Varón de 77 años de edad, casado y jubilado. Se encuentra encamado en su domicilio cuidado por su mujer. Incluido en el Programa de Inmovilizados por varios criterios. El paciente presenta múltiples antecedentes personales de variable gravedad. La alteración principal es la desnutrición severa acompañada de varios problemas como pluripatología, polifarmacia, aislamiento social , problemas económicos e incapacidad física .

**Valoración:** En este caso clínico aplicamos la metodología del Proceso de Enfermería (PE) utilizando los 11 Patrones Funcionales de Salud de Gordon como marco de valoración. 1. Percepción - Manejo de la Salud: Pluripatología; Actitud indiferente ante problemas de salud. 2. Nutricional-Metabólico: Índice de Masa Corporal = 15,7 - Desnutrición grado 3 (Peso = 44 kilos ; Talla 162 centímetros) ; Ingesta 500 calorías por día. 3. Eliminación: Incontinencia fecal. 4 .Actividad-Ejercicio: Inmovilizado. 5. Sueño-Descanso: Medicación para dormir. 6. Cognitivo-Perceptual: Prótesis dental; Dolor crónico. 7. Autopercepción-Autoconcepto: Depresión. 8. Rol-Relaciones: Ausencia de relaciones sociales. 9. Sexualidad-Reproducción: Alterado. 10. Adaptación-Tolerancia al estrés: Rechazo a la atención sanitaria. 11. Valores-Creencia: Desapego a la vida.

**Plan de cuidados y resultados:** Elaboración de un plan de cuidados de enfermería individualizado según la taxonomía II de NANDA -NIC – NOC, distinguiendo entre Complicaciones Potenciales y Diagnósticos Enfermeros. Diagnóstico Enfermero: Desequilibrio nutricional: Inferior a las necesidades corporales (00002). Características Definitivas: Peso corporal inferior en un 20% o más respecto al rango de peso ideal. Factores relacionados: Ingesta diaria insuficiente, factores biológicos, trastorno psicológico. Resultados (NOC): Estado Nutricional (1004). Indicador: Ingestión de nutrientes (100401). Situación actual - 1. Situación Diana - 2. Situación alcanzada - 1. Tiempo 24 días. Intervenciones (NIC): Manejo de la nutrición (1100). Actividades: Proporcionar al paciente alimentos nutritivos, ricos en calorías y proteínas (110012). En este caso clínico aplicamos la metodología del PE para llevar a cabo plan de cuidados individualizado. Tras 24 días de intervención nuestro objetivo no se consiguió en absoluto.

**Discusión/conclusiones:** Discusión/Conclusiones: Al llevar a cabo las intervenciones de Enfermería en un paciente geriátrico desnutrido se hizo evidente que es una patología muy compleja y multicausal. En nuestro caso en la etiología de malnutrición confluyeron varios factores como: bio-orgánicos, fármaco-dietéticos, psicosociales y económicos. Asimismo, el plazo de 24 días previsto para conseguir los resultados no fue suficiente teniendo en cuenta la complejidad de la patología. Finalmente, se hizo evidente que para la resolución de este fenómeno se precisa la intervención interdisciplinaria debido a la necesidad de abarcar diferentes aspectos de la salud y tener unos conocimientos que no suelen estar al alcance de una única persona.

**ID98**



## **USO DEL PLAN DE CUIDADOS ENFERMERO INDIVIDUALIZADO EN PERSONAS DIAGNOSTICADAS DE DIABETES MELLITUS TIPO 2**

Nerea Córdoba González<sup>1</sup>, Carolina Guerrero Martín<sup>2</sup>, Eduardo Gil González<sup>2</sup>, Sara Arráez Santana<sup>2</sup>

1: Centro de Salud Segovia (Segovia). 2: Unidad de Endocrinología. Hospital de Segovia.

[nereacordobaglez@hotmail.com](mailto:nereacordobaglez@hotmail.com)

**Introducción:** La prevalencia de diabetes mellitus tipo 2 (DM2) en España es del 13,8% de la población de los cuales 7,8% conocen su enfermedad mientras que el resto (6%) lo desconoce. Los principales factores de riesgo son la obesidad y el sedentarismo junto a un aumento del perímetro abdominal. El problema principal de estos pacientes es la falta de adherencia al tratamiento, ya que el primer escalón de tratamiento es dieta y ejercicio junto a pérdida de peso.

**Presentación del caso:** Paciente varón de 64 años de edad, que ingresa en hospital por descompensación hiperglucémica asociada a infección urinaria. Tras resolución del cuadro infeccioso y mejoría de cifras glucémicas, es dado de alta y derivado a su centro de salud para seguimiento de la diabetes mellitus tipo 2 (DM2). Los antecedentes personales son DM2 desde hace 4 años, obesidad tipo I, exfumador, angina de esfuerzo en estudio y cardiopatía isquémica. Como antecedentes familiares, la madre padece DM2.

**Valoración:** Al mes del alta, en su centro de salud se decide insulinar al paciente y se le deriva a enfermería para educación diabetológica, donde se realiza plan de cuidados de enfermería individualizado según la taxonomía NANDA-NIC-NOC. Se realiza valoración mediante los patrones funcionales de Marjory Gordon, observando alteración en Patrón 1 (Promoción de la salud), Patrón 2 (Nutrición) y Patrón 5 (Percepción/cognición), sin alteración en el resto de patrones.

**Plan de cuidados y resultados:** Los diagnósticos seleccionados en el plan según los patrones alterados son: Incumplimiento, relacionado con motivación insuficiente, manifestado por desarrollo de complicaciones relacionadas. Los objetivos elegidos para este diagnóstico son “conducta de cumplimiento: medicación prescrita” y “autocontrol: diabetes” con los resultados correspondientes, valorados en escala Likert. Las intervenciones seleccionadas para conseguir estos objetivos son “acuerdo con el paciente” y “establecimiento de objetivos comunes” con sus correspondientes actividades. Conocimientos deficientes, relacionado con insuficiente interés en el aprendizaje, manifestado por no sigue completamente las instrucciones. Los objetivos elegidos para este diagnóstico son “conocimientos: control de la diabetes” y “conocimientos: dieta saludable” con los resultados correspondientes, valorados en escala Likert. Las intervenciones seleccionadas para conseguir estos objetivos son “enseñanza: habilidad psicomotora” y “enseñanza: procedimiento/tratamiento” con sus correspondientes actividades. Obesidad, relacionado con comer alimentos fritos habitualmente, manifestado por índice de masa corporal (IMC) > 30kg/m<sup>2</sup>. Los objetivos elegidos para este diagnóstico son “conducta de pérdida de peso” y “participación en el ejercicio” con los resultados correspondientes, valorados en escala Likert. Las intervenciones seleccionadas para conseguir estos objetivos son “asesoramiento nutricional” y “monitorización nutricional” con sus correspondientes actividades. Tras nueve meses de seguimiento del plan de cuidados, acudiendo el paciente a la consulta una vez al mes, este presenta sobrepeso y buen control de las cifras de glucemia capilar.

**Discusión/conclusiones:** Como conclusión, el plan de cuidados de enfermería individualizado, y su seguimiento, es una herramienta fundamental para la resolución de los problemas de salud, empoderando al paciente de sus cuidados y actuando nosotros como sistema de apoyo.

**ID103**

## ENFERMERIA COMUNITARIA: DEL CUIDADO AL EMPODERAMIENTO

Pedro Cuadrado Ruíz<sup>1</sup>, Mireya Hernández Carpes<sup>2</sup>

1: Consultorio Torrealta (Molina de Segura, Murcia). 2: Servicio Murciano De Salud  
[pedraizher@hotmail.com](mailto:pedraizher@hotmail.com)

**Introducción/presentación:** La OMS define la educación para la salud como una actividad diseñada para ampliar el conocimiento de la población /individuo en relación a la salud y desarrollar con ello valores y habilidades personales que la promuevan. El termino empoderamiento va mas allá, refiriéndose en su sentido más general, a la habilidad del individuo para comprender y controlar las fuerzas personales, políticas, sociales y económicas para tomar decisiones que mejoren sus vidas. Se centra por tanto en el paciente, en su camino hacia la autogestión.

**Objetivos (de la experiencia):** Que el entrevistado nos dé información: Identificar aspectos relevantes en la adquisición de habilidades, capacidades, conocimientos, que ayuden al individuo a facultarse en busca del cambio. Comprender la visión subjetiva del usuario con diabetes con respecto al empoderamiento a través de la educación terapéutica grupal.

**Desarrollo:** MATERIAL Y METODO Entrevista no estructurada con gran margen de libertad para formular las preguntas y las respuestas, creando en todo momento un clima de confianza que facilite la comunicación. El material de la entrevista es tratado según temas que surgen del propio contenido obtenido de la entrevista, no existiendo ítems o categorías predeterminadas. Entrevistadores: enfermero de EAP. Consultorio y estudiante de enfermería 4º año. Entrevistado: varón de 63 años con diabetes tipo 2, que ha participado en tres cursos de educación terapéutica en diabetes y se postula como “paciente experto” en próximos eventos educativos. La entrevista se realiza dentro del propio Consultorio en sala anexa a la consulta.

**Resultados:** El usuario refiere que solo tras adquirir habilidades, capacidades y conocimientos se siente capaz de asumir el control de su patología. Conocer la opinión del usuario referente a la educación terapéutica grupal en diabetes ayuda de forma significativa a planificar la misma.

**Conclusiones:** Es sin duda la Atención Primaria el escenario en el que se experimenta un mayor cambio hacia el empoderamiento y por tanto es éste, en el que deben desarrollarse las estrategias capaces de facultar al individuo en busca del cambio. Conocer las distintas situaciones sociales, económicas, culturales y de alfabetización, posibilita que las estrategias a desarrollar den respuesta a las verdaderas necesidades del usuario. El nivel de empoderamiento en cada caso será diferente según los conocimientos adquiridos, que ayuden a tomar decisiones racionales, asumir el control, gestionar sus recursos y capacitar para evaluar la eficacia de sus acciones.

**ID170**

## **MINDFULNESS. NUEVA PERSPECTIVA EN EL ABORDAJE PSICOLÓGICO Y EMPODERAMIENTO DE ENFERMERÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA**

Ángel Trespalacios Guerra<sup>1</sup>, Victoria Carlota Losada Riesgo<sup>2</sup>

1: Centro de Salud de Pravia (Pravia, Asturias). 2: Centro de Salud de Sabugo (Avilés, Asturias)

[angeltg47@gmail.com](mailto:angeltg47@gmail.com)

**Introducción/justificación/objetivo:** -Justificación: Debido a la creciente demanda de atención psicológica a la que tiene que hacer frente la enfermería en atención primaria, es considerable el conocimiento e introducción de técnicas que permitan un abordaje multidimensional e interdisciplinar no invasivo y que contribuyan al empoderamiento de los pacientes con beneficios demostrados en múltiples patologías. -Objetivo general. • Revisar y analizar información acerca de la técnica mindfulness -Objetivos específicos. • Conocer el papel de la técnica mindfulness como intervención comunitaria en el abordaje psicológico de los pacientes. • Conocer el grado de vinculación entre la técnica mindfulness y la consulta de enfermería en atención primaria, así como valorar las diversas estrategias y prácticas basadas en la evidencia científica que podrían llevarse a cabo. -Introducción: La práctica de técnicas relacionadas con la meditación y la conciencia plena tienen su origen en la religión budista. El mindfulness (Simón, 2007) es la capacidad universal y básica que nos permite ser conscientes de los procesos mentales en cada momento. Fue a principios de los años 80 cuando Kabat-Zinn descubrió sus utilidades clínicas en el tratamiento del dolor crónico. Desde ese momento la terapia ha reportado múltiples beneficios y ha sido introducida en el abordaje del estrés, trastornos adictivos y del estado de ánimo, cáncer, trastornos de la conducta alimentaria y dolor, entre otras. El programa original consiste en seguir un protocolo a lo largo de ocho semanas, seis días a la semana durante 45-60 min para lograr el empoderamiento psicológico y el autocontrol.

**Desarrollo:** Metodología: Palabras clave: mindfulness based cognitive therapy, cognitive training, primary care, mental health, mood disorders. La búsqueda bibliográfica se realizó en un primer lugar utilizando bases de datos como: Medline (PubMed, PubMed Health) en la que se encontraron 356 artículos, Cochrane 2 artículos, JAMA 6473 artículos, IME 2 artículos, IBECs 80 artículos, LILACS 24 artículos. Mediante el uso de tesauros, MeSH, DeCS se determinaron los términos de búsqueda. Se han establecido filtros como por ejemplo, año de publicación (inferior a cinco años), idioma (inglés, español) y tipo de artículo (revisión sistemática, bibliográfica, ensayo clínico y meta-análisis). Se han revisado un total de 31 artículos que cumplían con los criterios de búsqueda.

**Discusión:** Diversos estudios demuestran que la terapia mindfulness reduce la depresión, ansiedad y la evaluación negativa del dolor, así como un aumento de la puntuación en la escala MAAS (Mindful Attention Awareness Scale). Se trata de uno de los factores relacionados con la efectividad terapéutica ya que potencia aspectos como la empatía, presencia y compasión, básicos para una escucha activa y cumplimiento interpersonal.

**Conclusiones:** A pesar de la variabilidad de definiciones que existen, se podría concluir que el mindfulness es la atención y aceptación plena de la realidad. La evidencia experimental demuestra su versatilidad en el tratamiento, ya no sólo de disfunciones mentales, sino también de alteraciones físicas, además de suponer un salto cualitativo en el afianzamiento y compromiso de la relación interpersonal sanitario-paciente, y el empoderamiento psicológico aplicado a la vida cotidiana de la población en general.

**ID194**

## **LA IMPORTANCIA DE CONCIENCIAR AL PACIENTE DIABÉTICO EN EL AUTOCUIDADO DE SUS PIES**

Isabel María Gordo Cerezo<sup>1</sup>, Inés Gutiérrez Corroto<sup>2</sup>, Raquel Martínez López<sup>2</sup>, María Sánchez Ándujar<sup>2</sup>

1: CS José María Llanos (Madrid). 2: UD AFYC Sureste Madrid

[isabel.gordo@salud.madrid.org](mailto:isabel.gordo@salud.madrid.org)

**Introducción/justificación/objetivo:** La Diabetes Mellitus es una de las enfermedades crónicas más prevalentes en la actualidad, siendo el pie diabético una de las principales causas de incapacidad y morbilidad en estos pacientes. La educación para el cuidado del pie diabético desde las consultas de enfermería de Atención Primaria supone una herramienta clave para una correcta autogestión del proceso crónico. Por ello, como objetivo general se propone identificar los beneficios del autocuidado de los miembros inferiores en los pacientes diabéticos.

**Desarrollo:** Se realizó una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos biosanitarias nacionales e internacionales (Cuiden, Pubmed, Cochrane, LILACS, entre otras). Los tesauros utilizados en la búsqueda fueron: autocuidado, pie diabético, atención primaria, enfermería y neuropatía. Además, se emplearon diversos filtros para acotar la búsqueda, como acceso libre al texto completo, antigüedad de cinco a diez años y artículos originales. Se obtuvieron un total de 107 resultados de los cuales fueron seleccionados 8 artículos. La mayoría de los artículos revisados concluyen que los autocuidados de los pacientes diabéticos no son adecuados. Respecto a los diseños de los artículos científicos localizados hubo 2 estudios de casos y controles, 1 descriptivo transversal, 1 estudio cualitativo, 1 ensayo clínico aleatorio, 1 estudio analítico y 1 estudio experimental.

**Discusión:** Los artículos revisados coinciden en que la educación al paciente por parte del personal de enfermería es fundamental en la mejora de los autocuidados del pie diabético. En contraposición, distintos artículos señalan que pese al adecuado nivel de conocimientos de los pacientes respecto al autocuidado de sus pies, en la práctica este autocuidado no se lleva a cabo de manera correcta en todos los casos.

**Conclusiones:** Podemos determinar por tanto que la educación sanitaria es fundamental para la mejora de los autocuidados y, por tanto, para la prevención del pie diabético; disminuyendo así la morbilidad y aumentando la calidad de vida de estos pacientes.

**ID205**

## **EMPODERAMIENTO DEL CUIDADOR INFORMAL EN LA CURA Y PREVENCIÓN DE LESIONES RELACIONADAS CON LA DEPENDENCIA: A PROPÓSITO DE UN CASO**

Clara Fullana Coll, Alicia Martínez Lopez, Lorena Amigo Gómez, Dolors Juvanteny Ginebra

EAP Manlleu (Manlleu, Barcelona)  
[clarafullanacoll@gmail.com](mailto:clarafullanacoll@gmail.com)

**Introducción:** El concepto de empoderar se define como capacitar, dar poder a alguien; y constituye una herramienta analítica para medir y promover la libertad de opción y de acción. El empoderamiento de los cuidadores informales consiste en implicarles en el cuidado directo de la persona y capacitarles para la toma de decisiones con el fin de evitar descompensaciones potencialmente evitables. En este sentido, la enfermería de atención primaria tiene un papel importante.

**Presentación del caso:** Mujer de 88 años que padece las siguientes enfermedades crónicas en estado avanzado: hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo II e insuficiencia renal crónica. Presenta además incontinencia urinaria y fecal, inmovilidad total y lesiones tisulares en zona glútea y sacra. Desde un punto de vista cognitivo, tiene oscilaciones del estado mental, estando la mayor parte del día estupefactiva. Vive a cargo de un cuidador las veinticuatro horas del día por una dependencia total para las actividades básicas de la vida diaria (índice de Barthel 0/100).

**Valoración:** La persona presentaba una lesión combinada (por humedad y presión) en las zonas glútea y sacra. Se trataba de una lesión eritematosa “por espejo” en ambos lados de la zona perianal (dermatitis asociada a la incontinencia - categoría 1A) con una úlcera por presión de segundo grado superficial en la zona sacra inferior.

**Plan de cuidados y resultados:** Los principales diagnósticos, según taxonomía NANDA, que se extraen y tienen como resultado común mantener la piel indemne son: deterioro de la eliminación urinaria relacionado con deterioro sensitivo-motor, manifestado por incontinencia urinaria; incontinencia fecal relacionada con deterioro de la función cognitiva e inmovilidad, manifestado por eliminación constante de heces blandas; deterioro de la movilidad en la cama relacionado con alteración de la función cognitiva, manifestado por deterioro de la habilidad para cambiar de posición por sí mismo en la cama; y deterioro de la integridad tisular relacionado con deterioro de la movilidad y humedad, manifestado por lesión tisular. En este caso, las intervenciones que se hicieron desde atención primaria para empoderar al cuidador en la cura y prevención de nuevas lesiones tuvieron como base la formación en la etiología de la lesión y su prevención mediante el control estricto de la higiene e incontinencias, cambios posturales y puntos de apoyo, y de la alimentación. También se le enseñó el uso de material de curas y la realización de cambios de apósito. Finalmente, se le indicaron los signos de alarma ante los que consultar (mala olor, aumento del tamaño de la lesión o del tejido desvitalizado) y se hizo un seguimiento de las lesiones semanalmente hasta su curación.

**Discusión/conclusiones:** El empoderamiento del cuidador informal en la prevención y manejo de lesiones relacionadas con la dependencia es fundamental en la atención integral de personas dependientes. En este sentido, las enfermeras de atención primaria juegan un papel esencial en su formación y capacitación.

**ID220**

## ÚLCERA VASCULAR EN ATENCIÓN PRIMARIA: ETIOLOGÍA Y TRATAMIENTO

María Álvarez Fernández, Alba Martínez Rozada  
Centro de salud de Contrueces (Gijón, Asturias)  
[marialvafer@live.com](mailto:marialvafer@live.com)

**Introducción:** A las consultas de atención primaria acuden pacientes con úlceras en MMII, sin diagnosticar etiología circulatoria que padece o mal diagnosticados, sin hacer una prueba objetiva como el Índice tobillo-brazo. Destacar la importancia de conocer la etiología del paciente para así practicarle un correcto tratamiento, ya que depende de más factores y no sólo de la cura y productos que se empleen. No nos podemos centrar sólo en la cura de la úlcera, debemos ver al paciente de una forma integral, y valorar más cosas. La enfermera familiar y comunitaria (FyC) juega un papel destacado en la atención a este tipo de pacientes, tanto diagnosticando la etiología y gestionando las curas y cuidados necesarios, como derivando a otros servicios.

**Presentación del caso:** Se describe el caso de un paciente con úlcera por isquemia arterial, las pruebas y curas realizadas en su tratamiento, acompañado de una revisión bibliográfica sobre el tema.

**Valoración:** Paciente de 77 años con úlcera en MI que acude a la consulta a curarse. Tras realizar la prueba del índice tobillo-brazo vemos que se trata de una úlcera arterial, con lo cual se descarta el uso de compresión. Se emplea cura húmeda, pero evoluciona desfavorablemente, por lo que decidimos derivar al hospital, donde se comprueba obstrucción arterial, y se pone en lista de espera para intervención. Tras ser intervenida para la revascularización arterial, continuamos con las curas y la paciente comienza a evolucionar favorablemente.

**Plan de cuidados y resultados:** Nos encontramos con una úlcera vascular que avanza negativamente tras curas pautadas y realizadas correctamente. Tras resolución problema isquemia arterial en MI y realización de las curas correspondientes, comienza una mejoría que desemboca en la curación.

**Discusión/conclusiones:** La enfermera FyC, como figura líder en la administración de cuidados, tiene un papel fundamental en el cuidado y seguimiento de los pacientes con estas características, tanto realizando pruebas objetivas para diagnosticar etiología del problema circulatorio, como para derivar a otros profesionales, ya que hay causas que si no se modifican, por bien que hagamos nuestro trabajo no podrán evolucionar favorablemente. Es esencial para abordar integralmente la problemática del paciente, contribuyendo a mejorar y estabilizar sus problemas de salud y aumentar su calidad de vida.

**ID258**

## **EFFECTIVIDAD DE LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL EN EL TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD EN ADULTOS**

Rebeca Cano Fernández, Elena Cañedo Fernández, Ronda Delgado Cantero, Cristina Muñoz Santos  
Centro de Salud Galdakao (Galdakao, Bizkaia)  
[rcanofdez@gmail.com](mailto:rcanofdez@gmail.com)

**Introducción/justificación/objetivo:** La obesidad en la edad adulta es un problema de salud pública que está en aumento. La prevalencia en la población española mayor de 18 años en 2014 fue del 16.9 %, siendo similar en ambos sexos. No solo supone un problema de salud para quien lo padece sino que también tiene repercusión económica para la sociedad. La entrevista motivacional es una estrategia de cambio de conducta utilizada en el tratamiento de la obesidad. A diferencia de la entrevista tradicional donde el sanitario hace una serie de recomendaciones esperando una modificación de los hábitos en el usuario, ésta se centra en el paciente y le hace responsable de su cuidado. El objetivo de esta revisión bibliográfica es conocer la efectividad de la entrevista motivacional para conseguir la modificación de la conducta y la reducción de peso en pacientes adultos con obesidad.

**Desarrollo:** Se realizó una búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos: Dynamed, Uptodate, Joanna Briggs Institute, Cochrane, CINAHL, Cuiden, Medline, ScienceDirect, Dialnet y Guías de Práctica Clínica de RNAO y NICE. En el metabuscador TRIPDATABASE y en el portal Fisterra. El periodo de estudio fue de 2011 a 2016. Las palabras clave utilizadas fueron “obesity”, “motivational interviewing” y “adults”. Como operador booleano se utilizó “AND”. Se excluyeron los documentos sobre entrevista motivacional no enfocados al tratamiento de la obesidad. Finalmente se incluyeron 14 documentos que comprenden 3 revisiones sistemáticas (RS), 4 Guías de Práctica Clínica (GPC), 6 ensayos clínicos aleatorizados (ECA) y 1 sumario de evidencia, en inglés y castellano. La búsqueda se realizó desde septiembre a noviembre de 2016. Los resultados de la búsqueda reflejan que la entrevista motivacional es efectiva en cuanto al aumento de la autoeficacia de los usuarios y la pérdida de peso corporal, contribuyendo a la disminución de los factores de riesgo cardiovascular. Es una herramienta que cuenta con la aceptación de los pacientes y profesionales. Además mejora las habilidades de comunicación del terapeuta.

**Discusión:** Los resultados de esta revisión bibliográfica coinciden en la efectividad de esta herramienta para la modificación de la conducta y la reducción de peso en pacientes con obesidad. No obstante, se precisan más estudios que evalúen el impacto de la EM en la población adulta, sobre todo a largo plazo. Las limitaciones de esta revisión fueron la dificultad de acceso a documentos de pago, así como la predominancia de bibliografía que estudia la EM solamente en población infantil.

**Conclusiones:** La entrevista motivacional es efectiva para conseguir la modificación de los hábitos de vida y reducción de peso en adultos con obesidad. Su aplicación en Atención Primaria resulta útil como estrategia de motivación al cambio de conducta en estos pacientes.

**ID283**

## **PAPEL DE LA ENFERMERA EN EL EMPODERAMIENTO DEL PACIENTE A PROPÓSITO DE UN CASO**

Patricia Martín González, Cristina Lugones Sánchez, Sofía Pascual Sánchez, M<sup>a</sup> Dolores Muñoz Jiménez

Centro de Salud Garrido Sur (Salamanca)

[patriciamartin1993@yahoo.es](mailto:patriciamartin1993@yahoo.es)

**Introducción:** Desde la definición de la promoción de la salud que aparece en la carta de Ottawa en 1986 hasta hoy, se han modificado muchas ideas al respecto. Actualmente, se utilizan conceptos como el empoderamiento de la salud, donde la Enfermera FYC tiene un papel cada vez más relevante como facilitadora y motivadora del autocuidado. En este caso, el paciente participó activamente en todo el proceso, motivándolo y consiguiendo, finalmente, una autogestión plena de su salud.

**Presentación del caso:** Paciente de 65 años, con AP de HTA y episodio previo de glucemia basal alterada, donde por negativa del paciente no se realiza seguimiento desde AP. Acude a consulta de Enfermería por una infección en 2º dedo de la mano izquierda, tras haberlo manipulado en casa para retirar cuerpo extraño. Tras varias curas sin mejora se obtiene GB= 307 mg/dl y se deriva a MAP y Cirugía Plástica, donde drenan el contenido y le recomiendan la amputación. Mientras espera la cita quirúrgica, aprende a realizarse la cura, participando activamente y motivándose al observar mejoras en el aspecto del dedo, incluso negándose a la amputación del mismo.

**Valoración:** La valoración se ha realizado de acuerdo con los patrones funcionales de Marjory Gordon. Los patrones que hemos encontrado alterados han sido: 1. Patrón 1 (PERCEPCIÓN-MANEJO DE LA SALUD): El paciente presenta déficit de conocimientos sobre autocuidados y controles por parte de enfermería. 2. Patrón 2 (NUTRICIONAL METABÓLICO): falta de integridad cutánea.

**Plan de cuidados y resultados:** Se identificaron los siguientes diagnósticos atendiendo a taxonomía NANDA: -Disposición para mejorar la gestión de la salud r/c déficit de conocimientos m/p deseo de mejorar el tratamiento de la enfermedad, pactamos como objetivos (NOC): el autocontrol: diabetes, conocimiento: control de diabetes y creencias sobre salud: capacidad percibida para actuar. Intervenciones (NIC) realizadas: Ayuda en la modificación de si mismo, EPS y facilitar la autorresponsabilidad. - Deterioro de la integridad cutánea r/c alteración de la circulación m/p destrucción de las capas de la piel, se proponen como objetivos (NOC) curación de la herida por segunda intención y como indicador formación de la cicatriz. Intervenciones (NIC) llevadas a cabo: cuidados de la herida, administración de medicación tópica e identificación de riesgos. Tras 4 meses de seguimiento se lograron los objetivos consiguiendo un cierre total de la herida y una mejora en el control de la glucemia.

**Discusión/conclusiones:** Como enfermeras familiares y comunitarias creemos que es importante empoderar al paciente para que participe activamente en sus cuidados, ya que esto ayudará a obtener mejores resultados clínicos y le hará al paciente sentirse partícipe de su salud. En este caso, gracias al empoderamiento, se consigue evitar la amputación del dedo y el buen control metabólico.



ID309

## TERAPIAS DE TERCERA GENERACIÓN: TÉCNICAS DE ATENCIÓN O CONCIENCIA PLENA COMO FORMA DE REDUCCIÓN DEL ESTRÉS

Cristina Diaz Vico, Afra Niño Mera, Paloma Prieto Bravo

C.S. San Fernando 1 (San Fernando de Henares, Madrid)

[cdiazv@salud.madrid.org](mailto:cdiazv@salud.madrid.org)

**Introducción/justificación/objetivo:** El Mindfulness o técnica de conciencia plena tiene su origen en la cultura oriental pero llega a occidente de la mano de Jon Kabat Zinn quien en 1979 comienza a trabajar esta técnica como terapia alternativa para disminuir el dolor crónico y que muchos autores han apoyado haciéndose cada vez es más extenso el campo de actuación, sobre todos para el tratamiento de múltiples dificultades anímicas. La herramienta principal de trabajo es la atención plena, es decir, prestar atención de una manera concreta: deliberadamente, en el momento presente y sin prejuicios, lo que permite tomar conciencia de nuestras respuestas automáticas. Actuar de forma consciente permite elegir otras alternativas más acertadas, realizar cambios en el enfoque o en la actitud con que nos enfrentamos a una situación y así encontrar el equilibrio entre los hechos estresantes y nuestras emociones. Será imprescindible dominar una correcta técnica de respiración y relajación.

**Desarrollo:** Para realizar esta revisión bibliográfica se ha realizado una búsqueda basada en la evidencia desde bases de datos tales como: Pubmed Central, Chochranne plus, Pubmed, Etheria, Uptodate, Fisterra y Medline plus. Se han revisado un total de 15 publicaciones sobre el tema, realizando la búsqueda mediante los términos: Mindfulness, Conciencia plena, Atención plena, Alteración emocional, Atención primaria, Burnout, Depresión, Ansiedad, Eficacia, Revisión. Se han seleccionado para revisión aquellas publicaciones desarrolladas en el ámbito de Atención primaria o para profesionales del mismo.

**Discusión:** En la revisión realizada se pone de manifiesto que para que sean efectivas las sesiones de terapia de Mindfulness es necesario que se realicen una primera fase intensiva (con un determinado número de sesiones) y otra segunda fase de mantenimiento, además es de vital importancia una continuidad en el seguimiento de los pacientes, de tal forma que para que los logros alcanzados tras la realización de las sesiones convenientes se mantengan en el tiempo, debería de haber un seguimiento o reciclaje de la técnica por parte del instructor ya que es muy difícil conseguir una técnica tan depurada que el paciente pueda llevarlo a cabo durante toda su vida de manera individual. En la mayoría de estudios, la recogida de información se hace mediante cuestionarios, escalas, inventarios, etc, hecho que consideramos totalmente válido pero no totalmente fiable por lo que echamos de menos la entrevista personal como método de recogida de información personal.

**Conclusiones:** Las investigaciones demuestran que se produce una reducción significativa de los niveles de estrés, ansiedad y depresión aumentando el control de sus emociones y disfrutando de una mayor estabilidad emocional, empatía y mejora de las relaciones sociales. Un equilibrio emocional y conductual permite dar una respuesta más eficaz a los problemas y dificultades de la vida, llegando incluso a alcanzar mejoras en su salud física. Lo cierto es que sigue resultando sorprendente que unos ejercicios tan aparentemente sencillos a priori, ya que ponerlos en práctica no lo es tanto, puedan dinamizar aspectos tan variados del funcionamiento psicológico.

**ID319**

## **EFFECTOS DE UN PROGRAMA DE EJERCICIOS DE RELAJACIÓN EN PACIENTES CON ANSIEDAD E HIPERTENSIÓN ARTERIAL**

Ana Frutos Martín, Mireia Gallés Muntada, Jordi Casanovas Font, Lorena Cabricano Canga, Judit Canudas Canadell

Centro de atención primaria El Remei (Vic, Barcelona)  
[anaaa1611@gmail.com](mailto:anaaa1611@gmail.com)

**Introducción:** La hipertensión arterial (HTA) es una de las patologías más importantes tratadas en atención primaria a través de estilos de vida saludables y tratamiento farmacológico. Su multifactorialidad conlleva la necesidad de abordarla con nuevas estrategias. El estrés y la ansiedad, como moduladores psicosociales, desempeñan un papel trascendente en la regulación de la tensión arterial (TA); por ello en este proyecto se pretende evaluar la eficacia de un programa de ejercicios de relajación progresiva de Jacobson.

**Objetivos:** PRINCIPAL - Analizar el efecto inmediato y a los cinco meses de ejercicios de relajación de Jacobson en la disminución de los niveles de TA en pacientes con HTA estadio 1. SECUNDARIOS - Analizar el efecto inmediato y a los cinco meses de ejercicios de relajación de Jacobson en la disminución de los niveles de ansiedad en pacientes con HTA estadio 1. - Dotar de herramientas para el control del estrés a los pacientes ansiosos con TA elevada.

**Material y métodos:** Ensayo clínico aleatorizado con ciego simple en pacientes hipertensos atendidos en el centro de Atención Primaria ABS Vic Sud (Barcelona) Criterios de inclusión: pacientes entre 40 y 70 años con HTA estadio 1 según JNC8 (140-159/90-99), varones con una puntuación  $\geq 28$  o mujeres con  $\geq 31$  en el cuestionario validado de ansiedad estado-rasgo (STAI E-R). Se selecciona una muestra de 67 pacientes hipertensos con niveles moderados de ansiedad que se asignan aleatoriamente en un grupo intervención (GI) y en un grupo control (GC), comprobando su homogeneidad en cuanto a variables clínico-epidemiológicas. En ambos se programan tres visitas consecutivas para mediciones de TA. La intervención consiste en una sesión semanal de 60 minutos durante diez semanas, donde se practican ejercicios de relajación progresiva de Jacobson. En cada sesión se registran los niveles de TA al inicio y al final. En la última sesión se invita a las personas a practicar los ejercicios en su domicilio al menos una vez por semana. A los cinco meses de finalización de las sesiones, se citará a los pacientes de los dos grupos para recoger información sobre valores de TA y de ansiedad mediante el cuestionario STAI E-R, número de consultas médicas por episodio ansioso en el periodo, y ejercicios a domicilio en el grupo intervención.

**Relevancia:** En una sociedad en la que el estrés laboral y cotidiano está en continuo aumento, este proyecto pretende analizar la eficacia de terapias cognitivo-conductuales desde centros de atención primaria para el control de problemas de salud crónicos, empoderando al paciente con herramientas útiles para su salud.

**ID361**

## ¿PACIENTE EPOC EXPERTO? ENTRENAMIENTO CONJUNTO EN AUTOCUIDADOS

Isabel Aduenza Agara<sup>1</sup>, Teresa de la Huerga Fernández-Bofill<sup>2</sup>, Carmen Trillo Civantos<sup>2</sup>, Rebeca Armenta Fernández<sup>2</sup>, María Teresa Sánchez del Pulgar<sup>2</sup>, María José Checa Venegas<sup>2</sup>

1: CS Linneo (Madrid). 2: CS Linneo (Madrid) y Hospital Universitario Fundación Jimenez Díaz (Madrid)  
[isabel.andueza@salud.madrid.org](mailto:isabel.andueza@salud.madrid.org)

**Introducción:** Los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) grave y muy grave sufren una media de 1,5 a 2 agudizaciones al año, hasta un 10% de ellos requieren hospitalización. Un paciente activo, formado, comprometido e involucrado en la toma de decisiones trasciende directamente en su salud. La educación estructurada, el seguimiento telefónico y la visita domiciliaria son las intervenciones que han demostrado mayor nivel de evidencia en los pacientes crónicos. La unidad de cuidados crónicos respiratorios ambulatorios (UCCRA) se inicia como proyecto de soporte en autocuidados al paciente EPOC. Los pacientes son seleccionados al alta hospitalaria por medio de una escala validada. Una enfermera de UCCRA desde el hospital realiza llamadas telefónicas y visitas en domicilio durante 30 días. Los casos son comunicados al alta por la enfermera de Enlace Hospitalaria (EEH) a la Enfermera de Atención Familiar y Comunitaria (EFYC), programándose una visita conjunta en el domicilio con el paciente, UCCRA y EFYC. En la visita se ponen de manifiesto la información clínica relevante del paciente, se revisa la adherencia al tratamiento, manejo de inhaladores, manejo EPOC y prevención de la reagudización.

**Presentación del caso:** Paciente de 78 años Situación Basal: IABVD. Vive con su mujer. EPOC moderado-severo tipo Bronquitis Crónica, presentando más de 3 reagudizaciones al año con multitud de ciclos antibióticos. Disnea de pequeños-moderados esfuerzos. OCD a 1.5-2L. Duerme con 2 almohadas. Vacunación anual contra la gripe. Reingreso por exacerbación infecciosa de EPOC con obstrucción moderada-severa en paciente tipo bronquítico crónico, Disfagia orofaríngea. RGE. Incluido en programa UCCRA para seguimiento en domicilio un mes y programación de visita conjunta con EAP.

**Valoración:** Escala validada para el seguimiento de paciente EPOC Variables Edad Exacerbaciones no hospitalarias últimos 12 meses Hospitalizaciones últimos 12 meses FEV1 Perfil de bronquitis crónica Colonización bacteriana índice de Karnofsky Comorbilidad cardiovascular Más tos Aumento de la cantidad de expectoración La expectoración es más oscura (marrón, verde, amarillo, rojo) Tiene fiebre o sensación de fiebre Más silbidos en el pecho Tiene menos energía hoy Ha utilizado más veces el inhalador de rescate Ha orinado menos de lo habitual Se le han hinchado las piernas Ha necesitado levantar el cabecero para respirar mejor Ha tomado correctamente su medicación

**Plan de cuidados y resultados:** Diagnósticos de Enfermería: Deterioro del intercambio gaseoso. Deterioro de la deglución. Riesgo de Aspiración. Manejo inefectivo del régimen terapéutico. Con el objetivo de favorecer los autocuidados, evitar reingresos y reagudizaciones se programan intervenciones de seguimiento. DIETA DE DISFAGIA MEDIDAS ANTIREFLUJO MANEJO EPOC

**Discusión/conclusiones:** La Atención integral de los pacientes EPOC que han recibido educación sanitaria estructurada ha demostrado evitar exacerbaciones y utilizar los recursos sanitarios eficientemente. Fomentar la participación de todos los profesionales es clave para la continuidad de cuidados. Involucrar al paciente en la gestión de su salud fomentando los autocuidados. Dentro del marco de la estrategia de crónicos son imprescindibles intervenciones conjuntas específicas enfocadas en las patologías más prevalentes y que más repercutan en la calidad de vida de los pacientes.

**ID8****CONOCE EL CENTRO DE SALUD Y A SUS PROFESIONALES**

Rhut Cristóbal Saenz de Manjarrés<sup>1</sup>, Delia Vindel Arguisuelas<sup>2</sup>, María Nuria Fernández Gutiérrez<sup>2</sup>, María Jesús López Higuera<sup>2</sup>, Milagros Caballero Jáuregui<sup>2</sup>

1: Centro De Salud Paseo Imperial (Madrid). 2: Centro De Salud Delicias (Madrid)

[krpdie6@hotmail.com](mailto:krpdie6@hotmail.com)

**Introducción/presentación:** En nuestra zona básica de salud hay adscrito un centro educativo, pero por motivos de estructura la población pediátrica es atendida en otro CS. El director del centro se puso en contacto con el CS para proponer una actividad conjunta entre ambos. Tras una reunión se acordó realizar una intervención comunitaria con los alumnos de 1º de primaria en la que acudirían al centro para conocer a los profesionales y reforzar los hábitos saludables. Para el equipo de atención primaria era una intervención que salía de la actividad diaria, siendo salir de la zona de confort el mayor reto.

**Objetivos (de la experiencia):** Principal: dar a conocer la labor que desempeñan los profesionales del equipo de atención primaria. Específicos: prevención y promoción: hábitos de vida saludables en la infancia

**Desarrollo:** Sesión de 60 minutos de duración con grupo de niños de 1º de primaria. Cada día con una de las clases A, B y C Se dividió a la clase en tres grupos que iban rotando: Biblioteca: charla coloquio hábitos saludables: alimentación e hidratación, ejercicio, higiene, sueño, ocio y tiempo libre. Consulta médica: material médico, exploración física, optotipos Consulta de enfermería: exploración física, curas, vendajes.

**Resultados:** Los diferentes grupos participaron de una manera activa. La división en subgrupos hizo más factible el desarrollo de la actividad Mostraron interés por los hábitos saludables y por los talleres de curas y vendajes. Se entregó un diploma de participación y dípticos y fichas de hábitos alimenticios e higiénicos para realizar en casa en familia.

**Conclusiones:** Trabajar coordinadamente con los centros educativos ayuda a reforzar algunos de los contenidos que ellos imparten y a detectar problemas y buscar soluciones. Los niños pierden el miedo a la bata blanca y no ven el CS como algo hostil. Salir de la rutina asistencial diaria y realizar intervenciones comunitarias de prevención y promoción de la salud es motivador y satisfactorio para los profesionales. En este caso con el aliciente de ser población infantil ya que en el CS sólo se atiende a población adulta.

**ID51**

## **“YO GENERO SALUD”, 28 DE MAYO. DIA INTERNACIONAL DE ACCIÓN PARA LA SALUD DE LAS MUJERES**

Alba Fernández Pita<sup>1</sup>, Carolina Tessainer Cabellos-Noc<sup>2</sup>, Francisco Javier García Oliva<sup>2</sup>, Carolina Muñoz Mel<sup>2</sup>

1: Hospital Universitario de La Princesa (Madrid). 2. Centro de Salud de Lavapiés (Madrid)  
[alba.fpita@gmail.com](mailto:alba.fpita@gmail.com)

**Introducción/presentación:** El derecho de las mujeres a gozar de una salud integral a lo largo de su vida se recoge en el Sistema Internacional de Derechos Humanos. El 28 de mayo se celebra el Día Internacional de Acción para la Salud de las Mujeres. La decisión de celebrar este día nace en Costa Rica en 1987 a través de las integrantes de la Red Mundial de Mujeres por los Derechos Sexuales Reproductivos. Desde la Mesa de Salud del Distrito Centro de Madrid, y dentro de la Comisión de Género, se decide realizar la acción a pie de calle, con el objetivo de conmemorar este día y desarrollar actividades de promoción y prevención de la salud para las mujeres del barrio de Lavapiés.

**Objetivos (de la experiencia):** Generales 1. Celebrar el DÍA INTERNACIONAL DE ACCIÓN PARA LA SALUD DE LAS MUJERES. Específicos 1. Transmitir a las mujeres la importancia de los cuidados en materia de salud. 2. Conocer los recursos existentes en el Distrito Centro de Madrid.

**Desarrollo:** El día 27 de Mayo, en la plaza de Agustín Lara en el barrio de Lavapiés de Madrid, y en horario de 17-20 horas se desarrollaron: 1. Talleres infantiles con diferentes actividades manuales, como pintura. 2. Actividades de promoción y prevención de la salud, mediante mesas informativas de todas las entidades que conforman la Mesa de Género, integrante de la Mesa de Salud del Distrito Centro de Madrid. 3. Actividades lúdicas y de visibilización en redes sociales: muro de expresión escrita y photocall, con la posterior subida de fotografías en redes sociales. 4. Talleres de bienestar de la mujer: se desarrollaron simultáneamente a la acción en calle, en la biblioteca del Centro de Salud de Lavapiés: -Autoestima (de 17.30 a 17.50 horas) -Estrés (de 18 a 18.20 horas) -Control de la Ansiedad (de 18.30 a 18.50 horas) -Risoterapia (de 19 a 19.20 horas) La mayoría de los participantes fueron mujeres adultas que acudieron con sus hijos; debido a las características del barrio, además de mujeres de origen español, también participaron mujeres marroquíes, latinoamericanas, bangladesíes... que comprendían bien el idioma y las actividades que se ofertaban.

**Resultados:** No fueron medidos de forma objetiva mediante encuesta, pero valorando la activa participación en todas las actividades y lo manifestado por las mujeres, podemos concluir que fue una actividad bien aceptada y productiva.

**Conclusiones:** Con la actividad “Yo genero salud” lo que se pretende es dar a conocer a las mujeres los recursos, tanto sanitarios como sociales, de los que dispone el barrio de Lavapiés. Centrándonos en el aspecto sanitario, el Centro de Salud de Lavapiés desarrolla una importante labor de promoción de la salud en esta población. Como enfermeros comunitarios debemos llevar la acción a pie de calle y no centrar nuestra labor sólo en nuestras consultas, participando con otros organismos en el cuidado de la salud de las mujeres.

**ID55**

## **PROYECTO DE EDUCACIÓN COMUNITARIA "YO TAMBIEN QUIERO SER INDEPENDIENTE" EN LA ASOCIACIÓN SÍNDROME DE DOWN BADAJOZ**

M Mercedes Alonso Murciano, Óscar Martín Lopez, Elvira González Barroso, Mercedes Villaverde Rodríguez, Guadalupe Torres Hidalgo

C.S. Valdepasillas (Badajoz)  
[elcorreodemariadelao@gmail.com](mailto:elcorreodemariadelao@gmail.com)

**Introducción/presentación:** Con el inicio del curso 2016/17, la asociación Síndrome de Down Badajoz solicita nuestra colaboración para trabajar hábitos de vida saludable y reforzar la autonomía de los participantes, por lo que decidimos crear el proyecto comunitario de salud "Yo También Quiero Ser Independiente".

**Objetivos (de la experiencia):** OBJETIVO GENERAL Promover la autonomía personal y toma de decisiones para el libre desarrollo de su personalidad. OBJETIVOS ESPECÍFICOS 1. Promover hábitos y habilidades para el desarrollo de una vida saludable y activa. 2. Acercar la atención sanitaria a los participantes para que se familiaricen con en C.S. Y nos identifiquen como un recurso de salud a su servicio.

**Desarrollo:** Nuestra intervención comunitaria va destinada a 22 adultos con Síndrome de Down, de edades comprendidas entre los 18- 46 años, que pertenecen a la asociación Down de Badajoz y previa autorización de familia/tutor. Junto con los monitores de la asociación se priorizaron 6 temas relacionados con la salud: 1. Conoce el Botiquín 2. Primeros Auxilios y llamada al 112 3. Higiene de manos 4. Alimentación 5. Higiene Bucal 6. Ejercicio Físico De forma previa a las sesiones se elaboraron las fichas pedagógicas a utilizar en cada una de ellas, quedando explícito objetivos operativos, dinámica de grupo, recursos necesarios, tiempos empleados, contenidos a tratar y evaluación de la sesión. Los participantes fueron divididos en 2 grupos, atendiendo a su nivel cognitivo y grado de autonomía. Las sesiones comienzan con una exposición teórica, seguida de actividades de dinámica de grupo y demostración de conocimientos trabajados. Se realiza en un aula del centro ocupacional y participamos en él 3 residentes de Enfermería Comunitaria y Familiar, 1 tutora de enfermería FyC y 4 monitores de la propia asociación. Está organizado a lo largo de 5 meses de sesiones más 1 mes para la evaluación del proyecto. Los recursos materiales utilizados fueron portátil y proyector, diferentes materiales del botiquín necesarios en curas, diferentes materiales para caracterización del role- playing y material escolar. Las familias/tutores fueron informadas de la puesta en marcha del proyecto y de cada uno de los temas a trabajar.

**Resultados:** Para valorar esta intervención comunitaria, se elaboraron 2 hojas de evaluación por cada tema, una para cada grupo. En ellas se evalúa la adquisición de conocimientos en cada uno de los temas. A la hora de presentar este resumen, se llevan realizadas 2 sesiones, Botiquín y Primeros Auxilios, ambas con resultados muy favorables, ya que gran parte de los participantes responden correctamente a las preguntas realizadas. Aunque no tenemos resultados concluyentes el proyecto goza de una buena aceptación por parte de los monitores y participantes. Las sesiones son participativas y dinámicas. Ellos, de forma general, verbalizan la identificación de nosotras (enfermeras) como un recurso de salud a su servicio, que se correspondería con nuestro segundo objetivo específico.

**Conclusiones:** Esperamos a tener todas las sesiones impartidas para poder sacar conclusiones, pero es un proyecto que de momento ha sido factible su puesta en marcha.

**ID63**

## **CAMPAÑA DE VACUNACIÓN CONJUNTA GRIPE/NEUMOCOCO**

Gemma Alcalde Urdangarín, María Gloria Andrés Moreno, Eva María Moreno Torrecilla, Nuria Portugués Porrás, Carmen Carmona Cantero, Margarita Cifuentes García.

C.S. Cerro del Aire (Majadahonda, Madrid)

[gemmaalur@yahoo.es](mailto:gemmaalur@yahoo.es)

**Introducción/presentación:** La enfermedad neumocócica invasiva supone grave riesgo para la salud de adultos y niños inmunodeprimidos. Algunos inmunocompetentes son más susceptibles de contraer esta enfermedad y tener mayor gravedad. La vacuna conjugada (VNC 13) puede administrarse desde lactantes hasta adultos, y genera respuesta inmunitaria más potente que la VNP 23. Planteamos una intervención comunitaria para posteriormente realizar una campaña conjunta gripe /neumococo y aumentar nuestras coberturas de vacunación y prevenir esta enfermedad en nuestros pacientes.

**Objetivos (de la experiencia):** GENERAL: - Prevenir la enfermedad neumocócica en la edad adulta y en los grupos de riesgo. - ESPECÍFICOS: - Mejorar las coberturas de vacunación a nuestros pacientes. - Proteger a nuestros pacientes de esta enfermedad. - Sensibilizar a nuestra población de riesgo de la importancia de estar protegido frente a esta enfermedad.

**Desarrollo:** Realizamos una intervención comunitaria una semana antes de comenzar la campaña de vacunación. Se puso mesa informativa a la entrada del centro durante 3 días para informar a los pacientes del comienzo de la campaña de vacunación antigripal y de la necesidad de que los grupos de riesgo y mayores se vacunasen también de la vacuna conjugada VNC 13. Población diana: pacientes que acuden al centro de salud mayores de 14 años. Material utilizado: folletos informativos. De octubre a Diciembre se realiza recordatorio diario a los profesionales a través de correo, de la importancia de vacunar conjuntamente a los usuarios de riesgo. Ofertamos también vacuna a centro de residentes de síndrome down asignado a nuestro centro de salud. Cuando el paciente acude a vacunarse de gripe, se revisa historia y si es grupo de riesgo se le oferta vacuna antineumocócica, se le explica beneficios y efectos secundarios y se realizan las dos vacunaciones en el mismo acto.

**Resultados:** Vacunamos a 894 pacientes, de los cuales 490 eran hombres y 404 mujeres. Aumentamos un 79% las coberturas de vacunación neumocócica 13-valente en grupos de riesgo y pacientes inmunodeprimidos con respecto al año 2014. Asmáticos, EPOC y síndrome down, son los grupos que mayores coberturas consiguen. Síndrome Down 98% de incremento de cobertura y asmáticos 87%. Edad media de los pacientes 70 años.

**Conclusiones:** - A través de las intervenciones comunitarias reforzadas en consulta de enfermería, se consigue captar mayor número de pacientes y sensibilizar a la población. - Con este sistema mayor hay mayor implicación de todos los profesionales, menor coste, mayor eficacia y mayor cobertura.

ID67

## REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA: SISTEMAS DE APOYO AL AUTOCUIDADO PARA PACIENTES Y CUIDADORES EN ESPAÑA Y SUS BENEFICIOS

Ainhoa Pedregosa Munuera<sup>1</sup>, Paula María Aguilar Morales<sup>2</sup>, Cristina García Abenza<sup>2</sup>, Raquel Muñoz Villaverde<sup>2</sup>

1: Centro de Salud Santa Pola (Santa Pola, Alicante). 2: Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria de Alicante

[ainhoapm@hotmail.es](mailto:ainhoapm@hotmail.es)

**Introducción/justificación/objetivo:** Las patologías crónicas ocupan un 70% del gasto sanitario. En España hay 19 millones de personas con alguna patología crónica. Las Escuelas de Pacientes surgen a raíz de la necesidad de promocionar al paciente respuestas y medios para gestionar su propia salud. Se trata de afrontar la cronicidad empoderando a la comunidad. La importancia que tienen estos programas en la salud comunitaria es lo que nos hace tener interés por este tema. El objetivo principal es conocer los sistemas de apoyo al autocuidado para pacientes y cuidadores en España y describir los beneficios que aportan dichos recursos.

**Desarrollo:** Esta revisión bibliográfica ha consistido en la búsqueda de diversas fuentes en las bases de datos: Cuiden, Dialnet, Medline, Scielo. Empleando las palabras clave educación en salud, empoderamiento, paciente activo, paciente experto y los operadores AND y OR. Se revisaron las páginas webs de las escuelas de pacientes activos de España y como motor de búsqueda se usó google académico. Se obtuvieron 150 artículos y se seleccionaron 18. Usamos como límites: años de publicación 2010 – 2016, a texto completo e idiomas inglés o español. Se identificaron 15 iniciativas de educación para el autocuidado, divididas en programa de paciente experto y escuela de pacientes. Dos han sido desarrolladas por el Ministerio de Sanidad, y el resto por distintas comunidades autónomas: Andalucía, País Vasco y Cataluña, entre otras. La finalidad de estos programas es aumentar el número de conocimientos de los pacientes y los familiares sobre sus enfermedades concretas, fomentando la autonomía y mejorando así el control de la enfermedad, la calidad de vida y reduciendo costes sanitarios

**Discusión:** Los pacientes están asumiendo cada vez más un rol activo en sus cuidados dejando atrás el modelo paternalista de salud. Hace tres décadas en la universidad de Stanford se creó un conjunto de programas de formación para personas con enfermedades crónicas, en la actualidad más de 30 países desarrollan iniciativas similares. Entre ellos España, donde a partir de 2006 han ido surgiendo una serie de escuelas y programas para promover el autocuidado. Aunque este nuevo modelo de atención sanitaria está en aumento, es reciente y sólo está implantado en algunas comunidades autónomas de manera heterogénea. Se comparten los objetivos comunes de la educación para la salud y el empoderamiento del paciente en las patologías crónicas, pero hay variabilidad en su programación. Hay estudios que avalan los buenos resultados de este sistema educativo a nivel internacional, pero en nuestro contexto el conocimiento de la efectividad de estas experiencias es muy limitado.

**Conclusiones:** Desde sus inicios se han ido incrementando las iniciativas de autocuidado en España, a pesar de que existen muy pocos estudios que evalúen la efectividad de estas, y los existentes describen con carácter general los beneficios que aportan. Es necesario continuar realizando estudios para medir su efectividad y poder así mejorarlas; facilitando además, la creación de nuevas escuelas o iniciativas de autocuidado basadas en aquellas metodologías que mejores resultados estén obteniendo.



ID75

## EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN ATENCIÓN AL ANCIANO FRÁGIL PARA AUXILIARES DE UNA RESIDENCIA DE ANCIANOS

Carmen Gómez Pesquera, Raquel Cervero Pascual

Centro de Salud Las Fronteras (Torrejón de Ardoz, Madrid)  
[mgomezp@salud.madrid.org](mailto:mgomezp@salud.madrid.org)

**Introducción/presentación:** Debido al aumento de la edad media en la población española el cuidado a los mayores y la calidad de estos cuidados debe ser un objetivo fundamental de la asistencia sanitaria. Esta atención, en el caso de los ancianos institucionalizados, recae directamente en el personal de dichos centros, pero las enfermeras del centro de salud deben garantizar que la atención prestada sea de la mayor calidad posible. Los profesionales del centro de salud han de establecer alianzas con las residencias de ancianos de su zona básica para ofrecer los mejores servicios y garantizar la calidad de la atención. En el año 2015, tras una experiencia puntual sobre formación en higiene de manos en la residencia de ancianos de nuestra zona básica de salud, se demandó la posibilidad de actualizar los conocimientos sobre la atención a los ancianos frágiles en aspectos sobre cuidados básicos al paciente mayor, además de posibilitar un foro para compartir experiencias y resolver dudas.

**Objetivos (de la experiencia):** Principal: Actualizar los conocimientos sobre cuidados básicos a las auxiliares de la residencia de ancianos Secundarios: - Forjar alianzas con los centros sanitarios de la zona básica de salud - Aumentar la calidad de los cuidados prestados dentro de la zona básica de salud

**Desarrollo:** De forma conjunta con la dirección de la residencia, se establecieron 5 sesiones sobre distintos temas relacionados con los cuidados básicos: Higiene del paciente, prevención de úlceras por presión, alimentación en ancianos frágiles, aislamiento de contacto, movilidad e higiene postural. Cada sesión tuvo una duración de una hora repartida en: 15 minutos de parrilla sobre la práctica a tratar, 20 minutos de exposición teórica con evidencia apoya por presentación, 25 minutos para resolver dudas y resaltar los aspectos relevantes así como realizar role playing sobre el tema expuesto. Los docentes fueron dos enfermeras a excepción de la sesión de higiene postural que participa una enfermera y una fisioterapeuta. Se entregó material formativo y se realizó registro de asistencia así como una encuesta de satisfacción

**Resultados:** Se realizaron 5 sesiones con un asistencia media de 10 asistentes por sesión (33% de la plantilla de auxiliares) en horario de 14h a 15h. La participación fue alta y el grado de satisfacción por parte de las auxiliares también. En las encuestas de satisfacción resaltaron la importancia de esta colaboración así como del refuerzo de conocimientos para la práctica asistencial

**Conclusiones:** La realización de esta experiencia ha sido muy satisfactoria, pues ha permitido mejorar modos de trabajar, ha establecido un conocimiento entre los profesionales del centro de salud y las auxiliares de la residencia. Se ha demandado por parte de la residencia seguir trabajando de forma periódica, ampliando a otros temas como el manejo de la incontinencia urinaria. Permitir una mayor asistencia mejorando el horario o la convocatoria es un punto a mejorar. Mantener esta alianza permitirá ir desarrollando nuevos proyectos en esta línea e ir mejorando la calidad de la asistencia prestada.

ID77

## EVOLUCIÓN “PROYECTO ARGOS” EN EL MUNICIPIO DE CIEZA

Antonio López Sánchez<sup>1</sup>, Antonio López Ollero<sup>2</sup>, Miriam Marín Morcillo<sup>2</sup>, María Jiménez Murcia<sup>2</sup>, Manuel García Méndez<sup>2</sup>, José Gines Martínez Jodar<sup>2</sup>

1: Centro de Salud Cieza Este (Cieza, Murcia). 2: Facultad de Enfermería de Murcia  
[antonio.lopez22@carm.es](mailto:antonio.lopez22@carm.es)

**Introducción/presentación:** Los estudios sobre consumo de drogas muestran, sin lugar a dudas, que el alcohol es la droga más consumida por los españoles y en la Región de Murcia. El consumo de alcohol en población adolescente, justifican sobradamente la necesidad de intervención desde todos los recursos disponibles y, la práctica basada en la evidencia científica. La metodología de la actividad consistía en unas charlas y paneles informativos donde participaron los profesores, médicos y enfermeros, formados previamente en el programa. Los alumnos de 1 y 2 de la ESO se desplazaron al Centro de Salud donde se les explicó sobre el contenido de los carteles allí expuestos. Esta actividad se ha desarrollado a lo largo de los cursos 2014-15 y 2015-16.

**Objetivos (de la experiencia):** Disminuir el consumo de alcohol entre los adolescentes. Reflexionen sobre los diferentes puntos de vista establecidos socialmente en torno al consumo de bebidas con alcohol. Aportar información suficiente, veraz, no alarmista y adaptada a su edad sobre los efectos del consumo de bebidas alcohólicas. Confrontar las expectativas que los adolescentes tienen cuando se decide consumir alcohol, con las consecuencias objetivas del consumo de alcohol.

**Desarrollo:** Tres Unidades Didácticas en formato papel, DVD interactivo. Cuestionario sobre los riesgos del consumo de alcohol en población adolescente. Exposición itinerante en Centros de Salud de carteles.

**Resultados:** Antes de la realización del curso se les pasó un cuestionario; repitiéndose al finalizar, así a lo largo de los dos cursos, donde se valoraba las respuestas correctas e incorrectas. Alcohol es una droga. V / F Sólo se convierten en alcohólicas las personas débiles de carácter. V / F Beber en soledad es malo, si bebes en grupo no pasa nada. V / F La persona que más aguanta es la que más controla. V / F Beber alcohol sólo los fines de semana también produce daños en el organismo. V / F Después de beber alcohol es necesario esperar al menos una hora para conducir. V / F El consumo de alcohol está íntimamente vinculado con problemas en los estudios. V / F Beber alcohol mientras el organismo todavía no ha terminado con el desarrollo (adolescencia) es especialmente nocivo. V / F Ante la borrachera de un amigo, me marchó. V / F.

**Conclusiones:** Notable mejoría entre la primera encuesta año 2014 y la cuarta 2016. Aumento de relación entre las distintas instituciones. La metodología empleada produjo un acercamiento entre los adolescentes y el CS.

**ID83**

## **EFFECTIVIDAD DE LOS GRUPOS PSICOEDUCATIVOS EN PACIENTES CON ANSIEDAD Y DEPRESIÓN LEVE / MODERADA EN ATENCIÓN PRIMARIA**

Mercedes Peiró Soler, Esther Argente Sanchís, Najat El Annasi, Jacobo Mendioroz Peña

Centro de Salud Igualada Urbana (Igualada, Barcelona)

[merche\\_residente@hotmail.com](mailto:merche_residente@hotmail.com)

**Introducción:** Según La OMS, los trastornos mentales más prevalentes en nuestro medio son la depresión y la ansiedad. Para combatir estos trastornos, se está potenciando en la atención primaria la creación de grupos psicoeducativos donde se enseña a los pacientes que tienen estas patologías a afrontar las dificultades de adaptación social que les suponen estas patologías. Estas intervenciones suelen tener un elevado grado de aceptación y satisfacción de los asistentes pero raramente se evalúa el impacto final que tienen en su salud

**Objetivos:** El objeto de estudio de este proyecto es evaluar la efectividad de una intervención psicoeducativa de enfermería en pacientes con ansiedad y depresión leve en relación a su sintomatología, calidad de vida y frecuentación

**Material y métodos:** Estudio piloto cuasi-experimental, pre-post intervención, con selección mediante muestreo no probabilístico de pacientes de entre 18 y 80 años de la población de Igualada, diagnosticados de depresión o ansiedad leve/moderada. En un primer paso se describirán las características socio demográficas de estos pacientes (edad, sexo, nivel de estudios, situación laboral y estado civil). Por otro lado, antes del inicio de la intervención se estimará la gravedad de los síntomas relacionados con la depresión y ansiedad mediante la escala Golberg, y la calidad de vida mediante el cuestionario SF-36 versión 2. Se repetirán ambas evaluaciones a los tres y a los seis meses post-intervención para valorar su evolución como medida de impacto de la intervención. Además se estudiará la frecuentación de estos pacientes en los 6 meses anteriores y posteriores a la intervención, mediante la revisión de las visitas al Centro de Atención Primaria relacionadas con trastornos de ansiedad y depresión. Para la recogida y análisis de los datos se utilizará el programa EpiInfo v7.

**Relevancia:** El presente estudio pretende aportar evidencia sobre el impacto en salud de la psicoeducación en pacientes de un área semiurbana como Igualada. Esta tarea está enmarcada dentro de las nuevas competencias que adquiridas por enfermería, y que parecen esenciales para la práctica diaria y el cuidado del paciente desde una perspectiva biopsicosocial. Dependiendo de sus resultados, podría ampliarse su uso a toda la comarca del Anoia y a otras zonas de Cataluña.

**ID95**

## **INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS Y SEXUALIDAD SALUDABLE EN ALUMNOS DE 2º Y 3º DE ESO**

Esther Aguirre de la Peña, Sagrario Celada Pérez, María Rosa Rojo Cañibano, Amparo Sánchez Ramiro, Javier Rodríguez Alcalá, Javier Carmona De La Morena

Gerencia De Atención Primaria De Toledo

[eaguirre@sescam.jccm.es](mailto:eaguirre@sescam.jccm.es)

**Introducción/presentación:** El uso del alcohol, tabaco y otras drogas ha experimentado cambios en cuanto a formas de uso Y perfil de los consumidores. La educación sobre drogas es una necesidad intrínsecamente unida a la educación, por cuanto el consumo entre los jóvenes de las denominadas "drogas recreativas" lleva a situaciones de riesgo. En nuestro País, el número de casos de embarazos en menores de 20 años se han duplicado en la última década y según los últimos informes elaborados por UNICEF, estos embarazos frecuentemente son interrumpidos por medio de abortos no seguros. En el año 2004 se inicio una intervención educativa en diferentes institutos de la provincia de Toledo dirigido a alumnos de 2º y 3º de ESO, en materia de Alcohol, tabaco y otras drogas y sexualidad saludable.

**Objetivos (de la experiencia):** Colaborar en la prevención en el consumo de drogas de abuso (incluyendo tabaco y alcohol), embarazos no planificados e infecciones de transmisión sexual en adolescentes. Convertir en agentes de salud a los adolescentes que formen parte de los grupos de trabajo.

**Desarrollo:** La intervención se basa en la organización de un concurso de mensajes sanitarios elaborados por los propios adolescentes, agrupados en "talleres de salud". De esta forma los participantes se convierten en educadores sanitarios, a la vez que reciben información sobre el/los tema/s elegido/s de los profesionales sanitarios y profesores que prestarán apoyo a los distintos "talleres" formados en los Centros de Enseñanza Secundaria que se unan al proyecto. Los sanitarios encargados del proyecto en cada Centro Educativo realizarán una labor de tutorización, con encuentros periódicos con los grupos, en los cuales se dedicarán a la educación sanitaria, mediante la resolución de dudas y problemas planteados y la entrega de documentación educativa

**Resultados:** El proyecto se ha realizado durante 13 años, encontrándonos en estos momentos en la décimo cuarta edición. Los resultados de participación hasta el momento: Numero de centros: 24 IES . Alumnos implicados: 43320. Profesionales sanitarios: 600 Número de sesiones impartidas: 2326. Número de trabajos presentados: 1236

**Conclusiones:** La aceptación por los centros educativos ha sido buena, suscitando por parte de los responsables de los institutos y asociaciones de padres, nuevas propuestas de colaboración en educación para la salud.

**ID111****SI LAS MANOS NO LAVAMOS, LOS VIRUS A OTROS PASAMOS**

Óscar Martín López, Teresa Nieto Hernández, Gloria Jiménez Mendoza.

Centro de Salud "La Paz" (Badajoz)

[oscarmartinlopez7@hotmail.com](mailto:oscarmartinlopez7@hotmail.com)

**Introducción/presentación:** Los cambios del sistema inmune en los ancianos, les hace más vulnerables a las infecciones. En el caso de las residencias de ancianos, la transmisión de enfermedades entre sus residentes es un problema muy común. Ante ello, diversas residencias de ancianos de la ciudad de Badajoz, solicitaron al centro de salud "La Paz" su intervención para prevenir la transmisión de enfermedades entre sus residentes, para lo cual se realizó la siguiente intervención.

**Objetivos (de la experiencia):** -Fomentar el lavado de manos entre residentes y cuidadores. -Fomentar la correcta vacunación de residentes y cuidadores. -Concienciar de la utilización de la parte interna del codo al toser y estornudar. -Fomentar que el personal de la residencia utilice guantes limpios para cada residente.

**Desarrollo:** a)Tipo de intervención: educación para la salud grupal. b)Población participante: residentes y personal laboral de las residencias "Puente Real" de la ciudad de Badajoz. c)Metodología utilizada: -Exposición de las recomendaciones para la prevención de la transmisión de enfermedades. -Demostración de la forma de transmisión de gérmenes al tocar objetos impregnados en purpurina. -Simulación de las técnicas enseñadas (estornudar/tosar en el codo y lavado de manos). -Visualización del vídeo "El Rap de la Tos" realizado por el C.S. "La Paz" dentro de la campaña de fomento del lavado de manos en centros escolares de la Junta de Extremadura. -Grabación del nuevo vídeo para la prevención de la transmisión de enfermedades entre la población anciana. d)Recursos utilizados: a.Recursos Humanos: personal de enfermería y trabajadora social del C.S. "La Paz". b.Recursos Materiales: -Ordenador. -Proyector. -Cámara de vídeo. -Peluche. -Bufanda. -Cartones de bingo. -Vasos. -Purpurina.

**Resultados:** a.Métodos de evaluación: -Preguntas directas. -Simulación de las técnicas explicadas. b.Resultados obtenidos: -Todos los residentes verbalizaron cuáles son las medidas de prevención de la transmisión de enfermedades que deben realizar. -Todas las personas mayores simularon de forma correcta las técnicas enseñadas. -Todos los cuidadores de la residencia verbalizaron qué medidas deben llevar a cabo para evitar la propagación de enfermedades. Próximamente se realizará la grabación del vídeo para la nueva campaña de prevención de enfermedades en ancianos.

**Conclusiones:** La prevención de enfermedades en residencias de mayores, es una tarea compartida. Es responsabilidad de los profesionales de atención primaria fomentar la salud de la comunidad. Por ello, aunque las residencias de ancianos cuenten con personal sanitario propio, no dejan de formar parte de la comunidad. Debemos trabajar de forma conjunta para mejorar la salud de las personas mayores. Por otro lado, todos los profesionales debemos conocer que podemos ser fuente de transmisión de enfermedades a quienes cuidamos, y por lo tanto debemos poner en marcha todas las medidas posibles para evitarlo. Por último, los propios residentes también tienen un papel activo en la prevención de la transmisión de enfermedades. Por ello debemos implicar a cada persona en el cuidado de su salud a través de acciones como el lavado de manos para evitar enfermarse.

**ID112**

## **TALLER SOBRE INSUFICIENCIA VENOSA CRÓNICA EN MUJERES DE 40-65 AÑOS EN EL CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA SANT LLÀTZER DE TERRASSA (BARCELONA)**

Sonia Bayón Flecha, Antonio Marruecos Mansilla, Miriam del Carmen García Gómez, Izarbe Molina Domec

Centro de Atención Primaria Sant Llàtzer (Terrassa, Barcelona)  
[soniabayonf@hotmail.com](mailto:soniabayonf@hotmail.com)

**Introducción/presentación:** La insuficiencia venosa crónica (IVC) se define como cualquier anomalía morfológica y/o funcional del sistema venoso de larga evolución manifestada mediante signos y/o síntomas. Se trata de la patología vascular más frecuente. Afecta a ocho de cada diez personas en el mundo, y al 25-30% de la población española, siendo su incidencia mayor en las mujeres. Por este motivo, resulta importante el abordaje de esta enfermedad por parte de enfermería a través de actividades comunitarias.

**Objetivos (de la experiencia):** Generales: -Proporcionar información sobre la IVC. -Aportar herramientas para mejorar la calidad de vida de las personas que padecen dicha enfermedad. Específicos: -Promocionar hábitos de vida saludables. -Fomentar el uso de la terapia compresiva. -Dar visibilidad a la enfermería como profesional de ayuda y asesoramiento ante esta patología.

**Desarrollo:** Se contactó telefónicamente con 64 mujeres de entre 40-65 años diagnosticadas de IVC y pertenecientes a una Unidad Básica de Atención del Centro de Atención Primaria (CAP) Sant Llàtzer de Terrassa. Veintitrés mujeres confirmaron su asistencia a alguno de los dos talleres de una hora de duración, que se realizaron durante el mes de noviembre de 2016 en un aula equipada con mobiliario, proyector, pantalla y ordenador de dicho CAP. Finalmente, asistieron 9 mujeres. Los talleres fueron estructurados en: Primera parte, presentación y cumplimentación de una encuesta anónima previa al taller. Se explicó la patología con sus signos, síntomas y factores de riesgo asociados. Segunda parte, se abordó el tratamiento de la IVC, centrándonos en el seguimiento de hábitos de vida saludables y la terapia compresiva. Tercera parte, se reprodujeron vídeos para reforzar esta información, se mostró material tipo medias y calcetines de compresión así como diferentes geles de aplicación y se repartieron documentos informativos en formato papel. Por último, se cumplimentó otra encuesta anónima tras el taller.

**Resultados:** Basándonos en las encuestas cumplimentadas por las participantes, se explotaron los datos con el programa informático Excel y se obtuvieron los siguientes resultados: En la encuesta previa al taller se recogió que 7 de las 9 mujeres conocían o tenían una ligera idea de qué era la IVC y sus factores de riesgo. Sin embargo, nadie les había explicado nada al respecto, excepto 2 mujeres que recibieron información por parte del médico de familia o el cirujano vascular. En caso de dudas, consultaron al médico de familia, al cirujano vascular, a la enfermera o en internet. Previamente, ninguna de las asistentes había acudido a un taller de IVC. Finalmente, en las encuestas tras el taller, todas afirmaron haber incrementado sus conocimientos y gracias a ellos consideran que su calidad de vida puede mejorar, además, creen que este tipo de talleres son necesarios y los recomendarían. Como evaluación del taller se obtiene una nota media de 9.6 sobre 10.

**Conclusiones:** Dada la elevada incidencia de esta patología y la necesidad de realizar este tipo de talleres como manifiestan en las encuestas, se considera importante el desarrollo de actividades similares para proporcionar información y mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes con IVC.

**ID114**

## **ABORDAJE DE PREVENCIÓN DE CONSUMO DE TABACO EN LOS ADOLESCENTES EN LOS INSTITUTOS POR ENFERMERAS DE ATENCIÓN PRIMARIA (AP)**

Carmen González Carreño<sup>1</sup>, Ana Isabel Vigil Sánchez<sup>2</sup>, Irene Sánchez Méndez<sup>2</sup>, Laura Midón Martínez<sup>2</sup>

1: C.S del Quirinal (Avilés, Asturias). 2: C.S de las Vegas (Avilés, Asturias)

[anavelmar@yahoo.es](mailto:anavelmar@yahoo.es)

**Introducción/presentación:** La adolescencia es una etapa marcada por profundos cambios, en donde se desarrollan patrones de comportamiento diferentes a los de la infancia. Algunos de ellos pueden considerarse de riesgo porque pueden tener repercusiones negativas tanto en su bienestar como en su salud futura. Dicha etapa es un período clave para la adopción de las pautas de uso de sustancias adictivas. Se trata del período en el que tiene lugar la experimentación con el tabaco y el alcohol, y durante su curso se perfilan las actitudes ante las drogas de uso no institucionalizado. En 2008, el 14,8% de los adolescentes españoles se consideraba fumador habitual. Debemos hacer hincapié en el hecho de que el inicio del consumo de tabaco se relaciona, en buena parte, con su presencia en el entorno social y con presiones externas a su consumo. El consumo de tabaco continúa siendo la principal causa aislada de muerte evitable en nuestro país, Evitar el inicio del tabaquismo en adolescentes debería ser un objetivo prioritario

**Objetivos (de la experiencia):** El objetivo principal de la intervención: Es la prevención de uso de tabaco en los adolescentes Especifico: valorar la información que tienen sobre el tabaco antes y después de la intervención

**Desarrollo:** Se realizaron talleres de 55 minutos en tres institutos del Área III de Asturias. Se cogieron 111 alumnos de 1º y 2º de la ESO, divididos en 5 grupos .Se les pasó una encuesta unos días antes de realizar el taller, en el cual se abordaron temas de composición del tabaco, efectos para la salud , falsos mitos, publicidad, música y drogas ... Al terminar este ,se les pasa la misma encuesta que unos días antes.

**Resultados:** Respuestas, de forma general, a las preguntas por los grupos antes y después: -¿Cuáles son las razones por las que crees que los jóvenes empiezan a consumir tabaco? Unos pocos no contestan y la mayoría lo asocia con la conducta de imitación de los adultos. Después del taller reconocen la presión del grupo y darse mayor importancia” hacerse los ways”. -¿Cuáles son los componentes del tabaco? La mayoría no contesta. Solo unos pocos son capaces de reconocer la nicotina como parte de los componentes. Después del taller reconocen todos, más de tres o cuatro componentes, principalmente: alquitrán, nicotina, raticida, amoniaco, pintura, monóxido de carbono.... -¿Que efectos tiene el tabaco sobre el organismo? Solo unos pocos no contestan y el resto sólo lo asocia al cáncer. Alguno añade dientes amarillos. Después del taller siguen contestando cáncer como respuesta principal y además, daños en los dientes, en la piel y el corazón. A las alternativas al tabaco, contestan: pastillas, caramelos, chicles... Después del taller su respuesta cambia totalmente: la mejor alternativa es el deporte y actividades de ocio.

**Conclusiones:** Este trabajo no se puede realizar de forma aislada, hay que incorporar educación para la salud en colegios e institutos de forma reglada para poder inducir a cambios de estilos de vida.

**ID120**

## **CALIDAD DE VIDA Y CONTROL METABÓLICO EN DIABETES MELLITUS TIPO DOS**

Natalia Marcilla Pedrayes

Centro Salud Elviña (Elviña-Mesoiro, A Coruña)/Sergas

[nmarcilla85@gmail.com](mailto:nmarcilla85@gmail.com)

**Introducción:** La Diabetes Mellitus es un problema de primer orden debido a su prevalencia en aumento, su elevada morbimortalidad, los costes asociados y la disminución de calidad de vida. La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) nos permite conocer la percepción que tiene el paciente sobre su estado de salud y bienestar emocional. Además de proporcionar una valoración más precisa de la asistencia sanitaria. Se pretende valorar la CVRS de los pacientes con DM tipo 2 para conocer aspectos psicosociales que influyen en la enfermedad. Y aportar datos del control metabólico para valorar la asistencia sanitaria y su influencia sobre la CVRS.

**Objetivos:** Analizar la posible relación entre la CVRS y el grado de cumplimiento de los objetivos de control metabólico. Investigar la relación entre las complicaciones micro y macrovasculares y los factores de riesgo cardiovascular con la CVRS. Determinar la influencia de los distintos tratamientos y los años de evolución sobre el grado de cumplimiento de los objetivos de control metabólico.

**Material y métodos:** Estudio observacional de prevalencia. Población a estudio: diabéticos de la zona básica de salud del CS Elviña-Mesoiro. Criterios de inclusión: diagnóstico de DM tipo 2 con más de 5 años de evolución y mayores de 40 años. Criterios de exclusión: presencia de algún déficit cognitivo o incapacitación legal. Tamaño muestral: 113 pacientes asumiendo un 15 % de pérdidas. Para una precisión de  $\pm 0.6$ , poder estadístico del 80% y seguridad del 95%. Variable independiente: calidad de vida medida con el cuestionario validado ADDQoL (Audit of Diabetes Dependent Quality of Life). Variable dependiente: grado de control metabólico evaluado con el cumplimiento de los criterios control acorde al Proceso Asistencial Integrado para DM tipo 2 del año 2015 desarrollado por la Consellería de Sanidad del Servicio Gallego de Salud. Covariables: sociodemográficas, factores de riesgo cardiovascular, clínicos y biológicos (analítica). Captación de los pacientes: ofertar la participación en consulta programada según criterios de inclusión/exclusión. Previa firma del consentimiento informado, se les facilitará el cuestionario ADDQoL. Revisión de la historia clínica informatizada en el programa IANUS. Proyecto aprobado por el Comité Autonómico de Ética de Investigación de Galicia. Se realizará un análisis descriptivo de todas las variables con intervalo de confianza del 95%. Y análisis estadístico bivariante según distribución y de regresión logística.

**Relevancia:** La mejora asistencial no puede limitarse sólo al cumplimiento de los objetivos de control metabólico y variables de morbimortalidad. Según la bibliografía para los pacientes es más relevante la carga de autocuidado, la capacidad funcional y la salud emocional y social. Pueden resultar mejores predictores de resultados que los biomédicos al uso. La CVRS nos permite acceder a las percepciones subjetivas de los pacientes y realizar una valoración integral de los mismos. La mayoría de estudios disponibles sobre CVRS han utilizado cuestionarios genéricos para comparar con población sana. Este estudio pretende evaluar la CVRS con cuestionario específico que podría mostrar asociaciones más específicas con variables clínicas. Plantearnos si existe relación entre la CVRS y el control metabólico de la enfermedad.



**ID142**

## **PRESCRIPCIÓN TERAPÉUTICA: “TIENE QUE APRENDER A RELAJARSE”**

Ángeles Palacios Pérez<sup>1</sup>, Purificación Jiménez García<sup>2</sup>, Lucía Morán Pastor<sup>2</sup>

1: Centro De Salud La Rivota (Alcorcón, Madrid). 2: Gerencia Asistencial Atención Primaria Madrid.

Dirección Asistencial Oeste

[apalaciosp@salud.madrid.org](mailto:apalaciosp@salud.madrid.org)

**Introducción/presentación:** La prescripción terapéutica “aprenda a relajarse” está indicada para numerosos procesos: Ansiedad, Insomnio, Duelo, Depresión, Disfunciones emocionales, Patologías Cardiovasculares, Cáncer, Apoyo al cuidador, Deshabitación tabáquica, etc. En Atención Primaria (AP) disponemos de consejos escritos sobre Técnicas de Relajación (TR), el aprendizaje autónomo es dificultoso, para la práctica habitualmente se deriva a servicios municipales, asociaciones, área privada que realicen actividades con relajación asociada: yoga, pensamiento positivo. .... Algunos Centros de Salud (CS) activan Intervenciones Comunitarias (IC) y/o Educación para la Salud grupal (EPSG) para enseñar relajación. C.S. La Rivota (CSLR) desde 2010 participa y desarrolla diferentes intervenciones que integran formación específica en TR

**Objetivos (de la experiencia):** Promocionar la AP como espacio educativo en relajación Capacitar el autocuidado en relajación

**Desarrollo:** Las intervenciones desarrolladas desde CSLR son: 1. 2 IC interinstitucionales, Alcorcón (Madrid), 1 enfermera miembro integrante del grupo coordinador: • Programa Mayores Salud (PMS), para mayores de 60 años • Programa Sociedad con Salud (PScS), para población adulta. Ambas IC incluyen la actividad Aula de Salud: charlas de 1 ½ h, activo participativas, abiertas. Enfermería CSLR participa también como ponente en estas charlas. 2. IC con Asociación de Diabéticos de Alcorcón (ADA) 1 enfermera educadora, charla de 1 h. 3. EPSG desde 2010 hasta la actualidad: • Taller de “Relajación y Digitopuntura”. Talleres impartidos por enfermería y Trabajadora Social en 8 sesiones de 1 ½ h. • Taller de “Higiene del Sueño: consejos para dormir mejor” , Talleres impartidos por enfermería en 4 sesiones de 1 ½ h. 4. Tecnologías de Información y Comunicación (TIC). Diseñado por enfermera CSLR, acceso fácilmente reproducible sobre las 4 TR integrando en un solo link. Todas las actividades incluyen alguna práctica formativa y guiada en TR: Jacobson, Schultz, Respiración abdominal, Inducción al sueño.

**Resultados:** Actividad desarrollada en el periodo 2010-2016: • 17 charlas en IC, llegando a 413 personas • 8 Talleres de EPSG, llegando a 156 personas • Profesionales implicados: 2 enfermeras, 1 Trabajadora Social. Colaboración de alumnos de Grado Enfermería CHARLAS EN IC: 1. IC Interinstitucionales, Ø PMS (2010- 2014) 4 Charlas con 84 Asistentes (A): 3 de Sueño (49A) y 1 de Yoga y Relajación (35A). Ø PScS (2015-2016) 12 Charlas con 299 A: 5 de Sueño (91A), 1 de Técnicas para estar mejor (40A), 1 Relajación y digitopuntura (8A), 1 de Respiración e introducción a la meditación (40A) , 3 Yoga y Relajación (100A), 1 de Taichi (20A) 2. IC en ADA (2015): 1 Charla Sueño (30A) TALLERES DE EPS GRUPAL EN CS LA RIVOTA: 1 “Higiene del Sueño: consejos para dormir mejor” Periodo 2015-2016: 3 TALLERES, 50 A 2 “Relajación y digitopuntura” Periodo 2012-2016: 5 TALLERES, 76 A TIC BLOG: Incluida siempre como documentación de apoyo EVALUACIONES para las IC y EPSG. Encuesta de Valoración (Escala Lickert 1-5) sobre 4 Items : profesionales, contenidos, duración > 4,10, Satisfacción general > 4,25

**Conclusiones:** Saber relajarse es un tratamiento accesible y básico para la salud integral. Hemos facilitado la formación en TR dentro de nuestro entorno AP La elevada asistencia y aceptación refuerza la necesidad de educar en TR.

**ID143**

## **HÁBITOS DE HIGIENE PERSONAL EN CENTROS EDUCATIVOS DESDE LA ATENCIÓN PRIMARIA. EXPERIENCIA COMUNITARIA**

Miriam del Carmen García Gómez<sup>1</sup>, Marta Rodríguez Limia<sup>2</sup>, Sonia Bayón Flecha<sup>2</sup>, Juan Antonio Sabio Aguilar<sup>2</sup>, María del Carmen Segura Caballero<sup>2</sup>, María Rodríguez Pedrayes<sup>2</sup>

1: Centro de Atención Primaria Terrassa Sud (Terrassa, Barcelona). 2: Centro Atención Primaria Terrassa Sud. Hospital Universitario Mutua De Terrassa

[miriam.gg686@hotmail.com](mailto:miriam.gg686@hotmail.com)

**Introducción/presentación:** Las actividades preventivas son una pieza clave en salud pública internacional y Atención Primaria. Adquirir unos hábitos de higiene personal adecuados es fundamental para gozar de buena salud. Se considera que, infancia y adolescencia, son momentos óptimos para promocionar conductas higiénicas correctas. En Cataluña, a partir del año 2008 quedó implantado el programa "Salut i Escola". Las actividades relacionadas con el programa se llevan a cabo en el centro educativo por profesionales de enfermería en coordinación con los profesionales del centro educativo.

**Objetivos (de la experiencia):** Objetivo general: - Conocer los hábitos de higiene personal en centros educativos. Objetivos específicos: - Conocer los hábitos de higiene personal por grupos de edad, sexo y frecuencia. - Promover la participación escolar en la obtención de habilidades y hábitos saludables para el cuidado de su higiene personal.

**Desarrollo:** En 2015, desde el CAP Terrassa Sud, se lideró una intervención educativa en dos fases, sobre hábitos higiénicos en alumnos de primero y segundo de ESO (12 a 15 años) de los tres institutos del área de influencia del centro de salud. La primera fase consistió en analizar la percepción de los adolescentes sobre sus hábitos higiénicos. En la segunda fase se les ofreció información sobre hábitos higiénicos adecuados. Se estableció con los alumnos un debate y una reflexión guiada sobre los hábitos higiénicos y se animó a los alumnos a mejorarlos. Se trata de un estudio descriptivo observacional de corte transversal mediante encuesta autoadministrada y anónima.

**Resultados:** Se presentan los resultados de la primera fase. Los estudiantes encuestados fueron 609, 316 (51,9%) chicos y 294 (48,1%) chicas. Según la edad el 39,9% tenía 12 años, el 48,7% 13 años, el 10% 14 años y el 1,3% 15 años. Se duchan diariamente el 61,7%, de ellos, el 64,2% son chicas y el 59,4% chicos, el 58% tiene 12 años, el 62,2% 13 años, el 70,5% 14 años y el 87,5% 15 años. El 93,1% se cambia de ropa cada día y el 93,5% se cambia de ropa interior diariamente. En cuanto a la utilización del desodorante, el 58,1% lo utiliza a diario, el 70,6% chicas y el 46,5% chicos, por edades la utilización diaria es del 49,3% de 12 años, 62,6% de 13 años, 67,2% de 14 años y 87,5% de 15 años. Se lavan los dientes una vez al día el 30,2% y dos veces al día el 55,5%, de ellos el 65,1% son chicas y el 46,5% chicos. Se lava las manos antes de cada comida el 75%, de ellos el 49,8% son chicas y el 50,1% chicos. Después de ir al cuarto de baño se lavan las manos el 51,8%, el 52,5% chicas y el 47,8% chicos.

**Conclusiones:** Consideramos valiosa la colaboración multidisciplinar (profesores y sanitarios). Los adolescentes manifestaron unos hábitos higiénicos con margen sustancial de mejora. Prácticamente en todas las respuestas las chicas presentan mejora de resultados sobre los chicos, destacan la utilización de desodorante y la higiene bucal. La edad también es un factor determinante de mejora, a mayor edad, mejor es la higiene personal.

**ID144**

## EDUCACIÓN PARA LA SALUD PARA PREDIABÉTICOS

Carmen Sáenz Rodríguez, Agustina Ciudad Jimenez, Miguel Borrajo Peñalva, Aurora García Roset

Centro de Salud Paseo Imperial (Madrid)

[csaenz@salud.madrid.org](mailto:csaenz@salud.madrid.org)

**Introducción/presentación:** La prevalencia global de diabetes mellitus (DM), en población adulta es de 8,1%, siendo superior en hombres que en mujeres, 10,2% y 6% respectivamente ;aumenta progresivamente con la edad hasta alcanzar el 23,1% en el grupo de edad de 70 a 74 años. La DM es una importante causa de ceguera, insuficiencia renal, infarto de miocardio, accidente cerebrovascular y amputación de los miembros inferiores. En 2012 fue la causa directa de 1,5 millones de muertes, y otros 2,2 millones de muertes eran atribuibles a la hiperglucemia. La dieta saludable, la actividad física regular, el mantenimiento de un peso corporal normal y la evitación del consumo de tabaco previenen la diabetes de tipo 2 o retrasando su aparición. Realizamos una Intervención grupal en el centro de Salud Paseo Imperial (Madrid) de prevención secundaria incidiendo en: alimentación y ejercicio físico.

**Objetivos (de la experiencia):** GENERAL: Contribuir a mejorar la calidad de vida a través de la adquisición de hábitos saludables y de la modificación de conductas. ESPECIFICOS: Área de conocimientos: Conocer y aumentar los conocimientos de la pirámide de alimentación. Comprender la importancia de la dieta mediterránea Aprender a leer el etiquetado de productos alimentarios Área de actitudes: Aplicar de forma individualizada la dieta por intercambios Incorporar el ejercicio físico al menos 30 minutos diarios 5 veces por semana Área de habilidades: Aprender a cocinar los alimentos de forma saludable Identificar y controlar los pensamientos y emociones en relación a la ingesta alimentaria Aprender a medir la frecuencia cardiaca cuando realizan ejercicio físico y a realizar estiramientos musculares

**Desarrollo:** La población diana: Personas en edad adulta  $\leq 75$  años con IMC superior a 27, Test de Findric  $\geq 14$  puntos. Perímetro abdominal  $\geq 90$  cm. Intervención Grupal: 1.-Intervención en el patrón Nutricional /Metabólico 2.- Intervención en el Patrón Actividad/ Ejercicio Actividades y Técnicas: • Expositiva: sesión formativa a todos los participantes. Realizamos 10 sesiones los miércoles de 2h de duración: 6 primeras sesiones semanales, 2 quincenales, 1 mensual y 1 de seguimiento. • Temas tratados: alimentación, nutrición y actividad física. • Duración total del taller 6 meses. Seguimiento 1 vez al mes en Consulta abierta en el C.M.S Arganzuela. • De análisis: clase participada, revisión de compromisos establecidos en cada sesión • Recogida y análisis de encuestas individuales de alimentación • Desarrollo de habilidades: demostración, entrenamiento • Tareas para casa • Reuniones de coordinación con los compañeros del C.M.S Arganzuela

**Resultados:** Comenzaron el taller 13 personas y lo terminaron 9. (Hombres: 1 mujeres: 8) La disminución ponderal mayor de los pacientes fue de 11,4 kg, y la menor de 3 kg, obteniéndose una media de 5,6 kg de descenso. Observamos gran adherencia al grupo, aumento de la autoestima y mayor sensación de control corporal.

**Conclusiones:** Dada la tendencia al aumento de la prevalencia de diabetes, el papel de la Enfermera es fundamental en la prevención de DM. El hecho de realizar una actividad grupal aumenta y refuerza el compromiso de los participantes. Esta actividad fue muy satisfactoria tanto para los participantes, como para los profesionales sanitarios y optimizó recursos de diferentes ámbitos sanitarios.

**ID145**

## **INTERVENCIÓN COMUNITARIA EN PACIENTES CON GONARTROSIS Y SOBREPESO: LA IMPORTANCIA DE LA ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y LA ACTIVIDAD FÍSICA**

María Ester Martín Pastor, Isabel Alba Llacer, Alicia Hurtado Lambas, M<sup>a</sup> Ángeles Aragoneses Cañas, Sara T Fernández Redondo, Raquel Mateo Fernández

Centro de Salud General Ricardos (Madrid)  
[ester.martin.enf@gmail.com](mailto:ester.martin.enf@gmail.com)

**Introducción/presentación:** La artrosis es una patología crónica degenerativa que constituye una de las primeras causas de discapacidad en adultos en nuestro entorno. Se prevé que para el año 2020 sea la cuarta causa de discapacidad. En nuestro centro se estima una prevalencia de gonartrosis del 16.4%, con una población de 1997 pacientes, en su mayoría mujeres. En nuestra práctica supone uno de los principales motivos de consulta, así como de derivaciones al servicio de fisioterapia. Existen estudios sobre la efectividad del ejercicio sistemático (recomendación grado A), así como la efectividad de la pérdida de peso (grado B), incluso como alternativa a la cirugía.

**Objetivos (de la experiencia):** Promover una mejor calidad de vida de los pacientes con artrosis mediante el manejo y/o disminución del dolor y la mejora de su capacidad funcional. Empoderar a nuestros pacientes sobre las bases de una dieta saludable y a su vez que aumente la comprensión de la importancia del autocuidado, detecten las dificultades para ello en el ámbito personal, familiar y social y consigan la motivación para el cambio.

**Desarrollo:** En el Centro de Salud General Ricardos ya se han realizado tres ediciones del Taller de Artrosis. Cada edición consta de 6 sesiones de hora y media cada una. Está dirigida a una población mayor de 65 años con IMC >26. Es un taller multidisciplinar en el que participan enfermeras, médicos de familia y fisioterapeutas. Todas las sesiones se dividen en cuatro partes: - Información, lección participada por parte de enfermería y medicina mediante presentaciones de power point y coloquios grupales. Abordando conceptos como qué es la artrosis, conceptos generales, utilización adecuada de fármacos, de nutrientes, pirámide de alimentación, cálculo de porciones, compra saludable, etiquetado de alimentos, falsos mitos... - Aprendizaje/entrenamiento de ejercicios de rodilla por parte de fisioterapia con ayuda de colchonetas y sillas. Y presentaciones de P. Point sobre higiene postural, calzado adecuado y manejo del dolor. - Práctica grupal de relajación. - Merienda saludable como ejemplo para seguir una dieta equilibrada.

**Resultados:** Los participantes muestran mucho interés y disposición. Evaluamos resultados por medio de un test de conocimientos al inicio y al final del taller y a través de una encuesta de alimentación que entregamos en la 1<sup>a</sup> y 5<sup>a</sup> sesión y que analizamos y comparamos posteriormente. A largo plazo se ha observado una disminución del IMC y un menor número de derivaciones a fisioterapia.

**Conclusiones:** El Equipo de Atención Primaria permite realizar intervenciones multidisciplinarias fáciles de reproducir y poner en marcha. El Taller ha sido incluido en la Biblioteca de Proyectos de Educación para la Salud de la Comunidad de Madrid como proyecto de interés específico. En todas las ediciones se ha percibido buena aceptación por la población de referencia.

**ID151**

## **OBJETIVO: TABACO CERO DESDE EL COLEGIO ACTIVIDAD GRUPAL EN DOS CENTROS**

María Delfina Riveira Fernández, Irene Sainz de Rozas Aparicio, Itziar Ruiz de Arcaute Saez de Adana, José Luis López Rivas, Irati Garaizar Bilbao, Anne Sophie Denise Otter  
Centro de Salud de Deusto (Bilbao, Vizcaya). OSI Bilbao-Basurto. OSAKIDETZA  
[delfir@gmail.com](mailto:delfir@gmail.com)

**Introducción/presentación:** Los datos indican que, poco a poco, se observa un ligero descenso en el porcentaje de personas fumadoras. A pesar de ello, un 16,6% de los jóvenes entre 15 y 19 años se declara fumador habitual (Euskadi y drogas 2010). Es por ello que informar a los jóvenes de qué es el tabaco, cuales son las consecuencias de fumar y ayudar a vencer la presión de grupo para no iniciarse en el tabaco es de suma importancia en la prevención de todas las patologías relacionadas con el mismo.

**Objetivos (de la experiencia):** Mejorar los conocimientos de los alumnos de 1º y 2º de la ESO en relación al tabaco, los diferentes aparatos en los que causa enfermedades, sus componentes y su capacidad adictiva para con ello aumentar su responsabilidad y capacidad de decisión y evitar su inicio en el hábito de fumar o fomentar su abandono en el caso de haberse iniciado.

**Desarrollo:** Realizamos una actividad grupal en dos centros educativos adscritos a nuestra área de salud dirigida a los alumnos de 1º y 2º de la ESO que incluyó una sesión de 1 hora de duración consistente en una charla, apoyada con una presentación en power-point y varios videos. Al inició repartimos a cada participante una tarjeta roja y otra verde para responder las cuestiones que formulamos de cara a clarificar falsos mitos con respecto al tabaquismo. Al finalizar se abrió un turno participativo con dudas y preguntas. Los estudiantes rellenaron un mismo cuestionario dos veces: antes de la charla y después pasados varios días para, así, valorar la comprensión y el grado de conocimientos adquiridos.

**Resultados:** Participaron un total de 289 estudiantes con una edad media de 13 años. De ellos, el 52% eran chicos. De todos ellos dijeron ser fumadores un 2,4%. Un 4,3 % dijo no haber recibido nunca información sobre el tabaco y sus perjuicios ni en casa, ni en clase, ni con sus amigos ni en la tele o Internet. Respecto a las preguntas relacionadas con las charlas, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el antes y el después en el conocimiento de que el tabaco es perjudicial para la salud y que causa daños a nivel pulmonar. En cambio, sí se encontraron diferencias estadísticamente significativas en relación al conocimiento de la influencia del tabaco en las enfermedades relacionadas con la vejiga, el corazón, la piel y el estómago así como en la impotencia y problemas de fertilidad. También en la identificación de la nicotina como la sustancia conocida más adictiva que existe y en reconocer que los beneficios de dejar de fumar comienzan a los 20 minutos del último cigarrillo.

**Conclusiones:** Esta actividad grupal se ha demostrado eficaz, han mejorado los conocimientos con respecto al tabaco y sus perjuicios en la salud así como en la valoración de la capacidad adictiva de la nicotina y de los beneficios de dejar de fumar.

**ID154**

## USO DE LA MÚSICA PARA REDUCIR LOS NIVELES DE ANSIEDAD EN PERSONAS CON CÁNCER

Estibaliz Mitxelena Mujika<sup>1</sup>, José Manuel Molinero Moreno<sup>2</sup>, Lorena Castro Trabanco<sup>2</sup>, Ángel María Gómez Santamaría<sup>2</sup>, Maialen Koro Berridi Aguirre<sup>2</sup>

1: Centro de salud Lasarte (Lasarte-Oria, Guipúzcoa). 2: Osi Donostialdea/Debabarrena  
[esti\\_mitxelena@hotmail.es](mailto:esti_mitxelena@hotmail.es)

**Introducción/justificación/objetivo:** Recibir el diagnóstico de cáncer supone un impacto importante en la esfera biopsicosocial de la persona, existe un riesgo de desarrollar una patología neoplásica de un 44% en hombres y un 38% en mujeres. La enfermedad en sí, junto a los tratamientos utilizados, reduce el bienestar y calidad de vida de las personas puesto que produce sintomatología física como náuseas/vómitos, disnea, dolor, insomnio y astenia. Otros psíquicos como depresión, inquietud y ansiedad, siendo ésta última el síntoma más prevalente. La ansiedad, en muchos casos, difícil de tratar con fármacos, puede ser objeto de terapias alternativas con mejor coste-eficacia y menos efectos secundarios. La música ha sido utilizada desde la antigüedad como recurso terapéutico. En 1978 se establece el primer registro de musicoterapia en oncología. El objeto de este trabajo es valorar los beneficios de la música para reducir la ansiedad en estas personas y poder proporcionarles desde atención primaria una herramienta útil y fácil de manejar para el control de todos estos síntomas. Objetivo: Estudiar los beneficios de la música para reducir los niveles de ansiedad en personas con cáncer.

**Desarrollo:** Metodología: Se realizaron búsquedas en las bases de datos de Pubmed, Science Direct, Tripdatabase, Cochane Library, Epistemonikos, CSIC y EBSCO host en los meses de octubre y noviembre de 2016. Se utilizó el filtro de los últimos cinco años, no se realizó restricción por idioma y se revisó la bibliografía de los estudios encontrados. Las palabras clave utilizadas en formato DeCS/MeSH fueron: musicoterapia/music therapy, ansiedad/anxiety, oncología/oncology/cáncer/neoplasm/tumour/carcinoma y community intervention. Se usó el booleano "and". Se incluyeron los estudios en cuya muestra se encontraban las personas desde el momento de diagnóstico, excluyendo pacientes en tratamiento paliativo, fase terminal y pacientes pediátricos. El proceso de selección de los estudios ha consistido en el análisis de título y abstract para hacer la primera selección. Posteriormente, se han leído los estudios seleccionados detalladamente y de entre aquellos que respondían a la pregunta se han escogido ensayos clínicos aleatorizados, revisiones sistemáticas y metaanálisis, obteniendo una colección final de 15 referencias bibliográficas. Resultados: Los estudios analizados muestran una eficacia significativa de la musicoterapia en el descenso de la ansiedad en pacientes oncológicos.

**Discusión:** Hemos objetivado que puede haber diferencias en cuanto al nivel de ansiedad según el tipo de cáncer, fase de la enfermedad, pronóstico, lugar, duración y número de sesiones, tipo de música y la formación de los terapeutas. No hemos encontrado bibliografía a nivel de Atención Primaria, pero dados los buenos resultados en otros ámbitos creemos que es posible utilizar la música en intervenciones comunitarias obteniendo buenos efectos.

**Conclusiones:** La musicoterapia parece tener un efecto positivo para reducir los niveles de ansiedad en personas con cáncer además de ser una herramienta de fácil uso, económica y con poco riesgo de efectos adversos, que se puede usar sola o junto a otras terapias.

**ID156**

## ¿HAN MEJORADO LOS CONOCIMIENTOS SOBRE LA INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA EN LOS ADOLESCENTES? EXPERIENCIA COMUNITARIA EN 4º DE LA ESO

Marta Rodríguez Limia, Miriam del Carmen García Gómez, Juan Antonio Sabio Aguilar

CAP Valdoreix (Sant Cugat del Vallès, Barcelona). Hospital Universitario Mutua de Terrassa  
[martalimia@gmail.com](mailto:martalimia@gmail.com)

**Introducción/presentación:** La OMS considera la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) como uno de los principales problemas de salud pública mundial. La adolescencia, una etapa de cambios en la que se inicia la actividad sexual, está influenciada por factores externos que incrementan la vulnerabilidad de contraer la infección por el VIH u otras infecciones de transmisión sexual (ITS). Una de las principales estrategias de prevención de que disponemos para evitar la infección es la educación para la salud.

**Objetivos (de la experiencia):** General: Conocer los conocimientos de los alumnos/as de 4º de la ESO de un instituto público de Terrassa sobre el VIH/SIDA. Específico: Comparar los conocimientos de los alumnos/as sobre el VIH/SIDA en los últimos 4 años.

**Desarrollo:** Desde hace 22 años está en marcha el “Programa SIDA” en Terrassa (Cataluña), un programa de educación sanitaria y prevención de la infección por el VIH y otras ITS dirigido a los jóvenes escolarizados del municipio. El programa consta de dos fases. En la primera se evalúan los conocimientos previos sobre el VIH/SIDA del alumnado a partir de un cuestionario, siempre el mismo en estos 22 años que consta de 30 preguntas, de las cuales 4 son sobre conocimientos generales, 17 sobre las vías de transmisión y 9 sobre las medidas preventivas. El nivel de las respuestas es de verdadero, no lo sé y/o falso. En la segunda fase del programa, se realiza la intervención educativa de una hora y media de duración, orientada según las respuestas obtenidas del cuestionario previo y una actividad teórico-práctica para enseñar el uso correcto del preservativo. Se diseña un estudio descriptivo observacional transversal, la muestra del cual son los alumnos/as de 4º de la ESO de un instituto público de Terrassa de los cursos escolares 2013 2014, 2015 y 2016.

**Resultados:** El total de alumnos evaluados fue de 453, media de 113,25 (DE 8,5) repartidos en 4 años. El promedio de aciertos sobre conocimientos generales fue de 70,6 en 2013, 60,9 en 2014, 64,6 en 2015 y de 62,3 en 2016. En las vías de transmisión fue de 69,8 en 2013, 59,5 en 2014, 60,2 en 2015 y 54,1 en 2016. Sobre las medidas preventivas fue de 57,5 en 2013, 42,3 en 2014, 60,2 en 2015 y 54,1 en 2016.

**Conclusiones:** Comparando los resultados de 2013 respecto a los de 2016 se observa una disminución de aciertos. Los alumnos tienen peores conocimientos sobre la infección del VIH, sobre todo en lo que respecta a las vías de transmisión (diferencia de 11.2 puntos) y los conocimientos generales (diferencia de 8.3 puntos). Concluimos que las intervenciones educativas son herramientas útiles para corregir estos conocimientos. Así mismo, consideramos necesario averiguar los aspectos que influyen en la información que están recibiendo los adolescentes (familiar, escolar, social, cómo y dónde la buscan) para garantizar que ésta sea correcta y veraz y que ello contribuya en la prevención de la enfermedad.

**ID157**

## **EFICACIA DE UN PROGRAMA INTERDISCIPLINAR PARA ADULTOS OBESOS LIDERADO POR ENFERMERÍA**

David Armero Barranco<sup>1</sup>, Virginia E. Fernández Ruiz<sup>2</sup>, María Solé Agustí<sup>2</sup>, José Antonio Paniagua Urbano<sup>2</sup>, Alfonso Ruiz Sánchez<sup>2</sup>, José Gómez Marin<sup>2</sup>

1: Universidad de Murcia. 2: Consultorio el Esparragal (El Esparragal, Murcia)(Atención Primaria Area VII) [darmero@um.es](mailto:darmero@um.es)

**Introducción:** La obesidad es considerada epidemia del siglo XXI. Esta afirmación basa su justificación en las dimensiones epidemiológicas alcanzadas y su impacto sobre la morbimortalidad, la calidad de vida y el gasto sanitario. Su estrecha relación con alteraciones metabólicas y su aparición en edades cada vez más tempranas, le ha convertido en predictor de enfermedad cardiovascular y muerte prematura.

**Objetivos:** Evaluar la eficacia de un programa interdisciplinar dirigido por enfermeras sobre la obesidad.

**Material y métodos:** Ensayo clínico aleatorio. Investigación aprobada por el Comité del centro pertinente. Muestra aleatoria de 74 sujetos (grupo experimental n = 37 y grupo control n = 37). La obesidad, es analizada de forma global (índice de masa corporal (IMC)) y localizada (índice cintura-cadera (ICC)). La intervención incluyó ejercicio físico, dieta saludable, terapia cognitivo-conductual y educación para la salud durante 12 meses. La eficacia de la intervención se ha analizado mediante la aplicación de un Análisis de Varianza de Medidas Parcialmente Repetidas, con una significación establecida en  $p < 0.05$

**Resultados:** La intervención ha producido un efecto beneficioso sobre todos los parámetros antropométricos evaluados. A los 12 meses, el grupo experimental mantuvo una reducción estadísticamente significativa de todas las variables (peso de 7.2 kg, cintura 8.2 cm y cadera 5.7 cm) repercutiendo directamente en el IMC y ICC. No ocurrió lo mismo con el grupo control el cual mantuvo o aumento las variables analizadas.

**Discusión y conclusiones:** El programa coordinado por enfermeras ha mejorado todos los parámetros antropométricos de los pacientes a corto, medio y largo plazo.



**ID166**

## **ABORDAJE DE LA DISFAGIA PARA LA PREVENCIÓN DE LA NEUMONÍA EN MAYORES DE 65 AÑOS CON ALZHEIMER EN EL ÁMBITO DOMICILIARIO**

Noura Bouhou Slimani<sup>1</sup>, Belchin Adriyanov<sup>2</sup>, Cristina Méndez-Trelles Fernández<sup>2</sup>, María de las Mercedes Ruiz Leal<sup>2</sup>, Montserrat Serrato Villa<sup>2</sup>

1: CAP Les Corts (Barcelona). 2: Consorci d'Atenció Primària Barcelona Esquerra (CAPSBE).

[nbouhou@clinic.cat](mailto:nbouhou@clinic.cat)

**Introducción:** Los últimos informes EPINE, reflejaron la relevante importancia de la neumonía adquirida en la comunidad, particularmente en la población anciana, cuya vulnerabilidad se debe a los cambios fisiológicos y patológicos del envejecimiento, provocando la neumonía por aspiración. Según la mayoría de definiciones, esta neumonía tiene como componente principal la disfagia, definida por la dificultad para mover eficazmente el bolo alimenticio desde la boca hasta el esófago. Sin embargo, no debemos obviar otras causas de la disfagia, como las neurológicas y degenerativas, el 80% de las cuales cursan con ella, además del 30-40% producido por la edad (mayores de 65 años). Existen numerosos estudios que abordan, a nivel hospitalario, la epidemiología, los métodos diagnósticos e intervenciones para detectar la disfagia y prevenir la neumonía respectivamente. Sin embargo, hay una deficiente bibliografía al respecto a nivel domiciliario, y su asociación con la demencia tipo Alzheimer. Por ello, como necesidad observada, se ha diseñado este proyecto desde el equipo de enfermería de Atención Primaria, dirigido a la prevención de la neumonía por aspiración, mediante la detección precoz de la disfagia y su abordaje, en la población mayor de 65 años con Alzheimer y atendida en el programa de Atención Domiciliaria(ATDOM).

**Objetivos:** Prevenir la neumonía por aspiración, asociada a la disfagia, en mayores de 65 años con Alzheimer, mediante medidas higiénico-dietéticas en el domicilio.

**Material y métodos:** El presente proyecto se diseñó como un estudio prospectivo de intervención. En relación a la muestra, se obtendrá aquella población atendida en el programa ATDOM que cumplan los siguientes criterios de inclusión: mayores de 65 años diagnosticados recientemente de Alzheimer; y de exclusión: presencia de otros trastornos que causen disfagia, paciente crónico complejo, diagnosticados previamente de disfagia, enfermedad de Alzheimer en fase avanzada, dificultad para responder órdenes y trastornos psiquiátricos graves. Como variables, se estudiarán las demográficas y socioeconómicas, la disponibilidad de cuidador informal y la historia previa de neumonía relacionada con la dificultad al deglutir. Para la recogida de esta información, con el objetivo de realizar un buen diagnóstico precoz de la disfagia, se aplicará la versión traducida y validada en español de la escala Eating Assessment Tool-10(EAT-10) para el despistaje de la disfagia y se realizará la Exploración Clínica Volumen-Viscosidad (MECV-V). Una vez obtenidos los resultados y aplicadas, durante un año, las medidas higiénico-dietéticas con mayor evidencia científica para la prevención de la neumonía aspirativa, se realizará un estudio descriptivo para conocer si ha disminuido la incidencia de neumonía. Todo ello, se realizará con el consentimiento del participante y cumpliendo las condiciones éticas correspondientes.

**Relevancia:** Además de la alta prevalencia del Alzheimer a nivel domiciliario, se ha detectado un infradiagnóstico de la disfagia en dicha población, pudiendo desencadenar la muerte por neumonía, hasta en un 25% de los que la padecen. Por tanto, este proyecto sería de gran utilidad, particularmente en aquellos centros de salud con un equipo exclusivo de ATDOM.

ID178

## EDUCACIÓN PARA LA SALUD DEL PACIENTE DIABÉTICO Y SU FAMILIA: ASPECTOS PRÁCTICOS

Rosario Calderón Almena, Gabino Soler Martín Macho, Sonia Martínez Muñoz

Centro de Salud de Mora (Mora, Toledo)

[rocalmena@hotmail.com](mailto:rocalmena@hotmail.com)

**Introducción/presentación:** La diabetes es un síndrome que resulta de la interacción variable entre distintos factores hereditarios y ambientales, caracterizado por una secreción anómala de la insulina, hiperglucemias y una amplia gama de complicaciones propia de cada órgano afectado. No tiene etiología ni patogenia definida; No posee manifestaciones clínicas específicas ni un tratamiento curativo y definitivo. En nuestra área de intervención, la incidencia es del 12%. Dentro de la media nacional del 13,8% Por ello nos decidimos a crear un taller de EPS sobre diabetes e investigar sobre la repercusión en las cifras de hbg., la calidad de vida, los cambios de actitudes y la adherencia a las pautas. Potenciando el autoanálisis y control glucémico. Disminuyendo las visitas a urgencias, las hospitalizaciones y la frecuentación, con repercusión directa sobre el gasto sanitario. Es un trabajo modelo conceptual, basado en la experiencia comunitaria.

**Objetivos (de la experiencia):** Optimizar la utilización de los recursos. Motivar para poner en práctica la formación recibida. Promover una actitud activa en su salud. Mostrar el carácter interdisciplinar de la enseñanza en la salud. Acercar a las familias el método sanitario. Informar sobre la importancia de la alimentación correcta. Disminuir la frecuentación del diabético. Disminuir las complicaciones secundarias.

**Desarrollo:** La comunicación con el paciente y el contacto directo facilita conocer las características del paciente. Una encuesta inicial, metódicamente elaborada, nos facilita información sobre el diagnóstico, el tiempo y conocimientos previos. La formación debe ser principalmente práctica, para lo que se realizan talleres semanales de 90 minutos con los pacientes y familiares conviventes. Se usa un lenguaje cercano y material usual del paciente (alimentos, zapatos, material de cuidado personal de los pies...). Para la formación sobre la enfermedad utilizamos videos y trípticos informativos. Para la formación sobre la dieta: báscula, platos con calorías calculadas y vaso para calcular raciones. Taller 1º: Definición sobre diabetes, hipoglucemias, hiperglucemias y síntomas de urgencia. Taller 2º: Autocontroles. Tipos de glucómetros, calibrado y memoria y grafico de posprandiales. Taller 3º: Nutrición Tipos de alimentos y su repercusión en las cifras de glucosa. Horario, dietas personalizadas, comer por raciones e intercambio de alimentos. Taller 4º: Adhesión a tratamiento. Oral e insulino dependiente, zonas de aplicación de la insulina. Viajes y tratamiento. Taller 5º: Ejercicio físico y vida activa. Repercusión sobre las cifras de glucosa. Acoplar el ejercicio a su capacidad física. Vida laboral y diabéticos. Taller 6º: Cuidado e higiene de los pies Por último se realiza una encuesta final para valorar los conocimientos y habilidades adquiridos.

**Resultados:** Se realiza una analítica de hbg a los 6 meses de la intervención, observando una disminución de los niveles hasta valores normales (media=7,5) en un 15 % de los sujetos.

**Conclusiones:** En líneas generales se observa una mejora de la calidad de vida, así como el desarrollo progresivo de la autonomía y el control metabólico de los pacientes. El impacto se traduce en un mejor conocimiento y manejo de la enfermedad y de los cuadros agudos, principalmente las hipoglucemias.

**ID192**

## **GRADO DE SATISFACCIÓN Y SEGURIDAD DEL CUIDADOR TRAS INTERVENCIÓN MULTIDISCIPLINAR EN EL CUIDADO DE PACIENTES CON DEMENCIA**

María Eulalia Lucena Porcel, María Sánchez Piñeiro  
Mutua de Terrassa (Terrassa, Barcelona)  
[mariasanchezpi@hotmail.com](mailto:mariasanchezpi@hotmail.com)

**Introducción:** Las demencias son enfermedades donde la información y formación resulta clave a los familiares para el correcto manejo de estos pacientes. El equipo multidisciplinar les facilita estas herramientas mediante la educación sanitaria (ES).

**Objetivos:** Este estudio da a conocer el grado de satisfacción y seguridad de los asistentes que reciben dicha intervención educativa.

**Material y métodos:** Estudio cuantitativo de tipo descriptivo, llevado a cabo desde Octubre de 2014 hasta Octubre de 2016 en el CAP Rambla de Terrassa, repartido en 7 talleres de 4 sesiones cada uno. Han participado 54 cuidadores principales captados por el equipo de atención primaria. El instrumento de evaluación fue una encuesta elaborada por el equipo que se llevó a cabo al finalizar el taller. El cuestionario constaba de 11 preguntas con 4 opciones de respuesta (muy bueno, bueno, regular y malo). Dicho estudio fue aprobado por el comité de ética.

**Resultados:** Los resultados de los 54 encuestados relacionados con las variables de conocimiento adquirido y satisfacción percibida son muy satisfactorios. Resaltar que el 96% valoran como bueno o muy bueno todos los items recogidos en la encuesta, destacando la organización del curso, nivel de los contenidos y aplicación para ellos en la vida diaria. Respecto a la metodología empleada en la ES, prácticamente en su totalidad, opinan que fue satisfactoria o muy satisfactoria.

**Discusión y conclusiones:** El resultado del estudio es altamente satisfactorio en todas las dimensiones que se abordan de la ES, así como el grado de satisfacción y seguridad de los asistentes.

**ID201**

## **TRABAJANDO CON LA COMUNIDAD GITANA, COMPROMISO CON LOS SECTORES SOCIALES MÁS DESFAVORECIDOS**

Irene Sánchez Méndez, Ana Isabel Vigil Sánchez

C.S de Las Vegas (Corvera de Asturias, Asturias)  
[irenesm\\_22@hotmail.com](mailto:irenesm_22@hotmail.com)

**Introducción/presentación:** Desde los Centros de Salud los profesionales sanitarios, médico y enfermera trabajamos en equipo juntos con otros profesionales con la responsabilidad de llevar a cabo colaboración intersectorial y participando en la comunidad. Dentro de las competencias en el ámbito familiar y comunitario, la enfermera debe adquirir un especial compromiso con los sectores sociales más desfavorecidos por razones de clase social, género, etnia, edad, discapacidad, enfermedad, etc. con el objetivo de mantener un principio de equidad en el acceso a sus cuidados. El pueblo romaní o gitano constituye la principal minoría étnica en España. Según diferentes informes publicados sobre sus condiciones de vida, el pueblo gitano sufre mayores niveles de exclusión social que el resto de la población. En el año 2014 se llevó a cabo una Encuesta de Salud Infantil en Comunidad Gitana Asturiana, que detectaba espacios de mejora en la salud y en los estilos de vidas de esta población. Durante la residencia, dos residentes de Enfermería Familiar y Comunitaria colaboramos con la asociación gitana UNGA para tratar de trabajar en las áreas de intervención prioritarias detectadas: exposición al humo del tabaco, desayunos pobres, exceso de consumo de bebidas carbonatadas, sedentarismo, higiene bucodental...

**Objetivos (de la experiencia):** Objetivo general: Contribuir a reducir las desigualdades en salud en la población gitana, colaborando activamente con la asociación. Objetivos específicos: Promover hábitos saludables y fomentar la salud en la población gitana. Aproximarnos a la cultura gitana, sus necesidades y su día a día.

**Desarrollo:** Durante el mes de rotación captamos un grupo de 20 mujeres, madres de familia, en el concejo de Avilés a través de líderes comunitarios de la población gitana, como son mediadores o personal de la asociación, con el propósito de que tres veces a la semana realizaran ejercicio físico practicando zumba. Aprovechando esos encuentros, impartimos talleres de alimentación y hábitos saludables una vez a la semana con duración de una hora durante el mes de Septiembre de 2106, haciendo hincapié en los aspectos que salieron más deficitarios en la encuesta de salud infantil que se había realizado previamente.

**Resultados:** Casi todos los talleres contaron con la asistencia de la mitad de las mujeres previstas. La valoración de los talleres fue de ocho puntos sobre diez. En las preguntas abiertas la mayor parte de las mujeres indican que la mayoría de los temas tratados los conocen pero que les cuesta aplicarlos y demandan talleres continuados en el tiempo y de mayor contenido práctico.

**Conclusiones:** La reducción de las desigualdades de salud es un tema prioritario y las/los profesionales de enfermería pueden tener un claro protagonismo en esta tarea. La enfermera Familiar y Comunitaria debe cooperar y participar activamente con los agentes de salud de la comunidad. La población gitana tiene deficiencias en la salud con efectos sobre su bienestar y su futura salud. El resultado de la experiencia abre el camino a seguir un programa de trabajo continuado en el tiempo, empoderando a la población, con talleres más prácticos y utilizando las redes sociales para lograr un efecto multiplicador.

**ID206****“DIA MUNDIAL DEL VIH-SIDA “UNA INTERVENCIÓN COMUNITARIA**

Elena Isabel Villarreal Bocanegra, Carmen Martínez Cano, Ángeles Beatriz Álvarez Hermida, Patricia Fernández del Álamo, Ainhoa Fernández-Gaytán Martos, María Sánchez Cristóbal.

C.S Goya (Madrid)

[elenaisabel.villarreal@salud.madrid.org](mailto:elenaisabel.villarreal@salud.madrid.org)

**Introducción/presentación:** El VIH-SIDA se ha convertido, en nuestro medio, en una enfermedad crónica, que puede ser prevenible si se toman las medidas oportunas. Las enfermeras de enfermería familiar y comunitaria juegan un papel fundamental en su prevención y tratamiento. Es por ello que resultan imprescindibles intervenciones comunitarias para capacitar a la población en la adopción de medidas que eviten nuevos contagios.

**Objetivos (de la experiencia):** Indagar sobre los conocimientos y creencias que tiene la población adherida a nuestro centro de salud. Sensibilizar e informar sobre esta enfermedad.

**Desarrollo:** Se confeccionó un cuestionario voluntario y anónimo sobre conocimientos y creencias con respecto al VIH-SIDA. Se realizaron test rápidos de VIH, a las personas que lo solicitaran, en una mesa informativa que se colocó en la calle donde se encuentra ubicado nuestro centro de salud. Se utilizó material de oficina, folletos informativos, test rápidos de VIH, cuestionarios y un buzón para garantizar el anonimato de las respuestas al cuestionario, así mismo los participantes que lo desearon nos dejaron dibujado el perfil de su mano con un mensaje para parar el SIDA/VIH, lema utilizado este año por la OMS.

**Resultados:** Se analizaron los datos mediante el programa spss20. Recibieron información sobre el VIH-SIDA 200 personas, a 12 de ellas se le realizó el test rápido de VIH, siendo todos ellos negativos. 68 personas cumplimentaron el cuestionario acerca del VIH, de las cuales un 67,6% eran mujeres, la media de edad fue 40,78 años (DE- 15,2). Un 55,9 % era soltero/a y un 86,8% tenía nacionalidad española. Casi un 40% desconocía que el preservativo es el único medio de protección para evitar el contagio del VIH por vía sexual. Más de un 20% de los encuestados no sabían que el sexo oral puede ser una vía de transmisión de VIH. Un 33,4% desconocía si los mosquitos pueden contagiar el virus y un 40,3% no sabía que no es posible saber con seguridad si hay infección por VIH al día siguiente de una práctica de riesgo. También se pidió a los encuestados que señalaran palabras que relacionaran con el VIH-SIDA, las palabras con más número de votos fueron: Drogas (14%), promiscuidad (12,4%) y homosexualidad (11,6%). Las palabras menos votadas fueron castigo y embarazo con un 0,7% de los votos.

**Conclusiones:** Aún existe desconocimiento sobre algunos aspectos relacionados con la transmisión y prevención del VIH. Sería interesante realizar más intervenciones como ésta, para que la población general expresase sus dudas y conociera de manera veraz dichos aspectos, y así poder llegar a una prevención eficaz. Por otro lado, el VIH se sigue asociado a personas consumidoras de drogas y a homosexuales, resulta importante que creamos conciencia de que es una enfermedad que puede contraer cualquier persona que no tome las medidas preventivas adecuadas.

**ID213**

## ¿CONOCEMOS EL RIESGO DE PADECER DIABETES? COMENCEMOS A DESCUBRIRLO

Lucía Medina Rodríguez, Tamara Rodríguez Peral, Cipriana Viñuela Salguero  
Centro de salud Las Fronteras (Torrejón de Ardoz, Madrid)  
[lucichu8@gmail.com](mailto:lucichu8@gmail.com)

**Introducción/presentación:** La Diabetes Mellitus tipo dos es una enfermedad con alta prevalencia. Se relaciona con unos factores de riesgo como son la alimentación, sedentarismo y sobrepeso; éstos son modificables y la enfermera familiar y comunitaria puede llevar a cabo estrategias de cuidados que ayuden a reducirlos y mejorar la calidad de vida de la población. Con motivo del Día Mundial de la diabetes se decide llevar a cabo una intervención comunitaria.

**Objetivos (de la experiencia):** Principal: Detectar el riesgo de padecer diabetes mellitus tipo dos en nuestra zona básica de salud. Secundario: Realizar consejo saludable para la prevención primaria y secundaria de la diabetes.

**Desarrollo:** La intervención comunitaria se realizó en nuestra zona básica de salud, donde la población adscrita es de 33.315 personas. Durante la mañana la mesa informativa tuvo lugar en la plaza del Ayuntamiento y contó con la colaboración de la asociación de diabéticos del municipio, por la tarde se realizó en el hall del Centro de Salud. Desde el Centro se aportó material educativo sobre factores de riesgo, cuestionarios Findrisk para medir el riesgo de desarrollar diabetes, cintas métricas para medir el perímetro abdominal y material para realizar determinaciones de glucemia capilar. Se llevó a cabo una captación activa de la población no diabética, a la que se realizó el test Findrisk, se aportó consejo saludable, educación sobre factores de riesgo y hábitos de vida y se derivó a consulta de enfermería cuando el riesgo de desarrollar diabetes era alto o muy alto. A la población diabética se le realizó la determinación de glucemia, consejo saludable y educación diabetológica.

**Resultados:** Se cumplimentaron 127 cuestionarios Findrisk, de los cuales el 29% presentaron un alto o muy alto nivel de desarrollar diabetes, el 20% de riesgo moderado, el 18% presentaron un riesgo bajo y el 33% riesgo ligeramente elevado de sufrir diabetes. El rango de edad mayoritario de los participantes se situó en mayores de 64 años, en cuanto a la distribución por sexo el 63% fueron mujeres y un 37% de hombres. El 66% presentó sobrepeso u obesidad.

**Conclusiones:** Las intervenciones comunitarias permiten alcanzar a un mayor número de población, así como analizar los problemas más prevalentes de salud de la población. La jornada se desarrolló con una alta participación de la población, demandando información sobre hábitos de vida saludable y mostrando interés en las enfermedades de carácter crónico, por ello sería interesante poder desarrollar de manera continua este tipo de intervención, dejando de lado el carácter puntual. El análisis de los datos muestra que nuestra zona básica de salud tiene un porcentaje importante de individuos con riesgo alto o muy alto de desarrollar diabetes, probablemente relacionado con el número de obesos, lo que justifica la intervención e indica que necesitamos mejorar la atención al paciente obeso o con sobrepeso, planteando futuras intervenciones sobre esta población. Se proporcionó consejo saludable a la población con obesidad o sobrepeso, aunque pensamos que perdimos la oportunidad de captación y seguimiento por no derivarlos a consulta de enfermería.

**ID217**

## **TATUAJES Y PIERCINGS "SALUDABLES", PROYECTO DE INTERVENCIÓN COMUNITARIA PARA LAS FAMILIAS**

Jorge Ángel Heras Huélamo<sup>1</sup>, Juan José Álvarez Ardura<sup>2</sup>, Maribel Sillero Quintana<sup>2</sup>, Laura Moratilla Monzó<sup>2</sup>, Santiago Hernández<sup>2</sup>

1: CS El Soto (Móstoles, Madrid). 2: Salud Pública Madrid, Area IX Leganés

[jorgeangel.heras@salud.madrid.org](mailto:jorgeangel.heras@salud.madrid.org)

**Introducción/presentación:** En Leganés desde 2012 se desarrolla el proyecto de intervención comunitaria intercultural (ICI) junto con la Obra Social La Caixa y el Instituto Universitario de Migraciones e Etnicidad y Desarrollo Social (IMEDES). Tras realizar un diagnóstico comunitario se han generado 4 líneas de trabajo: Paseos Saludables, Jóvenes y salud, Convivencia e Inclusión. En la programación para 2016-2018 dentro del ámbito de "Jóvenes y salud" en el que participan profesionales de Atención Primaria, Salud Pública y el Ayuntamiento de Leganés, se plantea trabajar el tema de piercing y tattoo. Hoy en día muchos adolescentes y jóvenes se sienten atraídos por la idea de tener un adorno en su piel, ya sea un tatuaje o un piercing. Esta moda puede provocar una serie de riesgos y efectos secundarios para la salud. Es importante que las familias cuenten con información acerca de los pros y los contras del adorno que quieren sus hijos e hijas, así como mejorar las habilidades de comunicación y resolución de conflictos en las familias que permitirá abordar otros temas.

**Objetivos (de la experiencia):** Objetivo general Implementar una intervención comunitaria referente a prácticas seguras sobre tatuajes y piercings, dirigido a familias del municipio de Leganés. Objetivos específicos -Coordinar y motivar a los diferentes agentes implicados, incluidos recursos en el área de salud -Elaborar el material necesario para el desarrollo de la actividad. - Ofertar a los centros educativos a través de las AMPAS y el equipo directivo el programa.

**Desarrollo:** Para desarrollar el proyecto se realizan reuniones de coordinación entre el responsable del proyecto ICI, y profesionales de la sección de promoción y prevención del área IX de salud pública de la comunidad de Madrid. Se elabora una propuesta de programa de contenidos, un guión de desarrollo del taller y una presentación de power-point dirigida a familias que será revisado y aprobado por el grupo "Jóvenes y Salud". En este proyecto participan la Consejería de Sanidad de Madrid, la asociación Save the Children, IMEDES, y el Ayuntamiento de Leganés. Metodología: El programa consta de 3 sesiones con las familias de una duración de 60 minutos cada una. Recursos: -Agentes: Ayuntamiento, Centros de Salud de la Zona, área IX de Salud Pública Leganés, centros educativos y AMPAS. -Vídeo explicativo. -Alianzas con tatuadores oficiales de la zona. -Programa de contenidos, Guión del taller, casos prácticos y presentación de power-point.

**Resultados:** Durante el año 2017 se va a implementar esta intervención ofertando los talleres primero para padres y madres, más adelante también para los adolescentes en el propio instituto. Además de adquirir conocimientos sobre esta práctica tan común hoy en día se pretende que los participantes adquieran habilidades sobre cómo abordar el tema y el posible conflicto en el seno familiar.

**Conclusiones:** Esta intervención se enmarca dentro de un proyecto de intervención comunitaria de mucho tiempo de evolución y trabajo, que ha detectado esta necesidad en la población juvenil, dado que un gran número de adolescentes llevan a cabo las prácticas del tatuaje o el piercing y en ocasiones genera un conflicto en la familia. Es un tema novedoso en comparación a los temas clásicos que se abordan en la educación para la salud en la escuela (alimentación, sexualidad, accidentes, etc.) y puede permitir trabajar temas transversales de autoestima, convivencia, resolución de conflictos e integración social.

**ID236**

## EDUCACIÓN SANITARIA FRENTE NEGATIVAS Y MITOS DE LA VACUNACIÓN DE LA GRIPE

Nuria Bertolin Domingo, Alba Aguado Jodar, Marta Paytubi Jodra, Sonia Hernando Usieto, Lidia Valls Martínez, Nuria Rivero Morcillo.

ABS Sagrada Familia (Barcelona)  
[nuria.bertolin@sanitatintegral.org](mailto:nuria.bertolin@sanitatintegral.org)

**Introducción:** La vacunación antigripal es la medida de prevención primaria fundamental para prevenir la gripe y sus complicaciones. Ningún avance de la medicina ha logrado salvar tantas vidas como las vacunas. La gripe continua siendo un problema de salud pública como consecuencia de las elevadas tasas de morbilidad en períodos epidémicos anuales y la elevada presencia de complicaciones y mortalidad. Las vacunas son los productos farmacéuticos a los que se les exige estándares de seguridad más altos: todas las vacunas que se aplican de forma sistemática han demostrado claramente su eficacia y seguridad.

**Objetivos:** -Conocer las causas y mitos de la negativa de la vacunación antigripal de nuestra población - Saber cuantas personas puedes reconducir después de la negativa al dar información y educación sanitaria adecuada

**Material y métodos:** Se realizó una encuesta durante la campaña de vacunación antigripal 2016-2017 a los pacientes que acudían a visita de enfermería por otros motivos. A todos los pacientes se les ofreció vacunarse de la gripe. Los que se negaron se les preguntó abiertamente el porqué de la negativa. Tras registrar los motivos, la enfermera intervenía resolviendo dudas y informando sobre la importancia de la vacunación antigripal. Después se registraban los pacientes que decidían vacunarse después de la intervención. La muestra fue de 215 pacientes que cumplían los criterios de inclusión que fueran mayores de 60 años o pertenecieran algún grupo de riesgo. Las causas de las negativas se reagruparon en 8 categorías: miedo, reacción previa, no lo ve necesario, nunca se ha vacunado, no cree en la eficacia, contrario a las vacunas, no responde y otras.

**Resultados:** La edad media fue de 72,45 con una desviación típica de 10,106. El porcentaje por sexos fue 53,8% mujeres y un 46,2% hombres. Del total un 64,8% decidieron vacunarse y un 35,2% se negaron. Del total de negativas se recondujeron y vacunaron un 24,3% tras la intervención de la enfermera. Entre las categorías de la negativa, destacan los que dicen que no porque no cogen la gripe 21%, los que nunca se han vacunado antes 20,3% y los que tuvieron reacción previa vacunal 16,2%. Los que se pudieron reconducir son un 40% los que nunca se habían vacunado antes y un 40% los que no creían en la eficacia. Las personas contrarias a las vacunas no se pudo reconducir ninguna.

**Discusión y conclusiones:** La mayoría de personas que acuden al ambulatorio por otras causas deciden vacunarse de la gripe de manera voluntaria. Las causas de la negativas son diversas y aun hay muchos mitos y desconocimiento de la vacuna a pesar de las actuales campañas de vacunación. Es importante conocer las causas de la negativas de nuestra población para poder aclarar falsos mitos y ofrecer una información personalizada. La sensibilización y la educación sanitaria por parte del profesional de enfermería son fundamentales para que el paciente tome decisiones inteligentes acerca de la vacunación.



**ID276**

## **PROMOCIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LOS CENTROS DE EDUCACIÓN PRIMARIA ESPAÑOLES; CARACTERÍSTICAS, EFICACIA Y PAPEL DE LA ENFERMERA**

Eloína Canal García<sup>1</sup>, Noela Gómez Facorro<sup>2</sup>, María Patricia Paz Ramil<sup>2</sup>

1: Centro de salud de Narón (Narón, A Coruña). 2: Servicio Gallego de Salud, Área de Xestión Integrada de Ferrol.

[elocgarcia05@gmail.com](mailto:elocgarcia05@gmail.com)

**Introducción/justificación/objetivo:** Las etapas tempranas de la vida son un buen momento para desenvolver la capacidad de decisión y elección de estilos de vida saludables. Los profesionales de la salud, en especial las enfermeras, han reducido su actividad como agentes de la educación para la salud en la escuela. España está adscrita a la Red Europea de Escuelas Promotoras de Salud desde 1993. La escuela tiene la responsabilidad de integrar la promoción y educación para la salud en sus proyectos. Nuestro objetivo ha sido analizar las características de las intervenciones en promoción y educación para la salud que se están llevando a cabo en los centros de educación primaria de nuestro país, así como observar la participación del personal de enfermería y la efectividad de dichas intervenciones.

**Desarrollo:** Metodología de la búsqueda bibliográfica o documental: Para cumplir con los objetivos previstos, se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos MEDLINE, LILACS, COCHRANE PLUS. Se seleccionaron los estudios que desarrollaron o analizaron la eficacia de intervenciones, actividades o programas de promoción y educación para la salud en los centros de educación primaria españoles entre 2006-2016. Se revisaron las características, el tema, la metodología y las intervenciones desarrolladas. Para la estrategia de búsqueda, se han utilizado los descriptores MeSH o DeCS, truncándolos con los operadores booleanos AND, OR; Healthpromotion (promoción de la salud) OR health education (educación en salud) AND schools (instituciones académicas) AND Spain (España). Resultados; Base de datos Búsqueda Lectura resumen Incluidos Pubmed 54 14 6 Cochrane plus 70 7 0 Lilacs 0 0 0 Resultados de la búsqueda: La universidad es el lugar principal del que proceden los estudios revisados, y prácticamente en su totalidad se desarrollan en centros públicos. La mayoría de las actividades son continuas (66%), y el tema tratado más frecuente es el de nutrición y actividad física (50%). Existe participación de la comunidad educativa (66%), aunque sólo en un 50% de los artículos está reflejado que las intervenciones tuvieran parte expositiva y participativa. Todas las intervenciones se muestran como efectivas en alguno de los ámbitos a tratar. La participación de enfermería se ve reducida a solo uno de los artículos analizados.

**Discusión:** La información recogida es posible que se vea sesgada debido a que la búsqueda solo se realizó en bases de datos médicas. Comparando nuestros resultados con una revisión anterior, parece que la participación de la comunidad educativa es mayor, aunque la metodología utilizada necesita ser más participativa.

**Conclusiones:** La investigación sobre las intervenciones y programas de promoción y educación para la salud en el ámbito escolar español, así como su difusión en bases de datos médicas es escasa. La educación para la salud en los centros escolares es indispensable y la enfermera especialista en enfermería familiar y comunitaria puede y debe dar respuesta a las necesidades de la comunidad, entre ellas, las de los centros escolares.

**ID288**

## PROMOCIÓN DE LA SALUD SEXUAL EN ADOLESCENTES

María Gómez Herranz, M<sup>a</sup> Jesús López Córdoba, Nieves Gómez Udías, Elena Higuera Echave, Ana Fernández Granados, Ana Belén Cadavieco Gutiérrez  
Servicio Cántabro Salud  
[mariagomy@hotmail.com](mailto:mariagomy@hotmail.com)

**Introducción/presentación:** Tras una percepción subjetiva por parte de los profesionales de Atención Primaria de un aumento de diagnósticos de ETS entre adolescentes de la zona de influencia surge la necesidad de comenzar un proyecto de promoción y educación en salud sexual: sexualidad, ETS y anticoncepción.

**Objetivos (de la experiencia):** Principal: Dotar de conocimientos necesarios sobre salud sexual a los adolescentes de los centros educativos pertenecientes al Área Básica de Salud en los cursos de 3<sup>o</sup> y 4<sup>o</sup> de ESO. Secundarios: Evaluar y analizar los conocimientos previos, estimar el nivel de satisfacción de la intervención, del alumnado y valorar la efectividad de la intervención.

**Desarrollo:** Se comenzó con una búsqueda bibliográfica para obtener la base teórica necesaria, la cual confirmó la percepción que se tenía de que la incidencia de ETS en adolescentes está en aumento, y se presentó el proyecto ante la unidad docente y las unidades de investigación pertinentes. Una vez aceptado el proyecto por las mismas se decidió el siguiente cronograma: -Toma de contacto con los colegios. Entrega de cartas de presentación a los centros pertenecientes al área básica. Un centro declinó la participación en el proyecto. -Se pactaron las fechas de impartición de sesiones. -Se entregaron y recogieron consentimientos informados tanto para alumnos como para padres, adjuntando una carta informativa y ofreciendo tanto un teléfono como un correo electrónico de contacto por si fuese necesario ampliar información. -Realización de sesiones, previa entrega de encuesta evaluadora de conocimientos. -Entrega de encuestas de satisfacción. -Entrega de encuestas de conocimientos un mes tras la impartición de las sesiones.

**Resultados:** Tras analizar la encuesta previa se objetivó un déficit de conocimientos y una disparidad de opiniones en relación a la sexualidad, ETS y anticoncepción. Su mayor preocupación tras la práctica de sexo desprotegido es el contagio de ETS 50,9%, el embarazo 11,8% y ambas 37,3%. En cuanto a los conocimientos adquiridos hay una mejoría estadísticamente significativa de los mismos, aunque personalmente los autores de este proyecto creemos que se podría mejorar aún más si no hubieran sido sesiones puntuales y aisladas. En relación a la satisfacción, esta intervención fue valorada de manera muy positiva.

**Conclusiones:** A la vista de los resultados obtenidos queda en evidencia la necesidad de estas intervenciones para garantizar una correcta educación en sexualidad en los adolescentes. Además entendemos que nos son suficientes acciones puntuales sobre el tema sino que debería hacerse una Educación en Salud constante y progresiva.

**ID289**

## **MARCHA SALUDABLE EL DÍA MUNDIAL DE LA DIABETES CON DIABÉTICOS TIPO 2 Y EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTOS PRE Y POST PRESENTACIÓN DE CONOCIMIENTOS BÁSICOS DE ÉSTA**

Paloma Prieto Bravo, Cristina Diaz Vico y Afra Niño Mena

Centro de Salud San Fernando II (San Fernando de Henares, Madrid)

[paloma\\_prieto1989@hotmail.com](mailto:paloma_prieto1989@hotmail.com)

**Introducción/presentación:** La Diabetes Mellitus (DM) es una enfermedad crónica compleja que requiere apoyo y seguimiento por parte de los profesionales de Atención Primaria principalmente. Cada día acuden a nuestras consultas pacientes diabéticos para control de su diabetes y en busca de apoyo y respuestas. Precisamente porque es crónica y debido a numerosas actualizaciones, hay pacientes que tienen una información ya desactualizada o no del todo acertada, porque se hayan dejado influir por fuentes no fiables. Los talleres de reciclaje pueden ser importantes, para este tipo de pacientes para corregir errores, refrescar conocimientos y resolver dudas. Además, hay pacientes que están en un rango de edad que no manejan las nuevas tecnologías y la educación cara a cara quizás sea más efectiva. Impartir talleres participativos para reforzar conocimientos y promocionar hábitos de vida saludables puede resultar muy positivo, ya que contribuiría al empoderamiento de los pacientes y en consecuencia una disminución de las visitas individuales en consulta.

**Objetivos (de la experiencia):** Valorar en términos de satisfacción y efectividad los talleres realizados.

**Desarrollo:** Objetivos de la intervención: mostrar a los diabéticos tipo 2 que el ejercicio físico reduce los niveles de glucosa en sangre y reforzar conocimientos sobre la enfermedad. Se organizó en el ámbito de AP una actividad que reunía a un grupo de 20 pacientes de entre 69 y 80 años y en la que se realizaban dos actuaciones: - Se impartió una charla sobre DM previa puesta en común de ideas sobre lo que ellos sabían de ésta. - Se realizó una prueba de glucemia capilar a cada uno. A continuación junto a varios enfermeros se hizo una marcha a pie de unos 45 minutos por los alrededores del centro con ellos, durante los cuales cada uno iba contando algunas experiencias que había tenido con esta enfermedad. Una vez llegados al centro se les repitió la prueba y se compararon los valores pre y post con ellos para que vieran lo que influye el ejercicio físico en esos valores. De nuevo se les expuso mediante presentación de powerpoint algunas recomendaciones dietéticas y hábitos de vida saludables, signos y síntomas de alarma y se hizo una puesta en común participativa de todo lo nuevo que han aprendido y se refuerzan conocimientos. Al final de la actividad se les repartió una encuesta anónima para que evaluaran la actividad realizada y se les dejó a solas para rellenarlas con total libertad.

**Resultados:** Las encuestas reflejaban que el 100% de los asistentes quedaron muy satisfechos. El 70% de ellos afirmó haber aprendido algo nuevo. El 10% confesó que su enfermera no tenía tiempo de repasar todo eso en consulta.

**Conclusiones:** Los resultados de la encuesta y los comentarios de los pacientes demostraron la efectividad de la actividad y las repercusiones que ésta tendría en ellos, siendo algo sencillo de realizar y sin coste alguno. Todos mostraron su deseo de que se hicieran más a menudo.

**ID315**

## **EXPERIENCIA COMUNITARIA SOBRE SEXUALIDAD CON LOS ALUMNOS DE UN INSTITUTO**

Lara González Torre, Javier Quijano Herrero, Paula Quijano Herrero, Pilar San Sebastián, Jéssica Capón Álvarez, Víctor Lumbreras González  
C.S. de Bembibre (Bembibre, León)  
[lara\\_torre@hotmail.com](mailto:lara_torre@hotmail.com)

**Introducción/presentación:** La sexualidad abarca multitud de conductas de la vida y cobra especial importancia durante la adolescencia, cuando se experimentan grandes cambios físicos y emocionales y se generan los hábitos sexuales. Todo ello hace que sea una edad idónea para fomentar hábitos saludables y prevenir futuras consecuencias para la salud.

**Objetivos (de la experiencia):** Fomentar hábitos y conductas sexuales saludables y promover el respeto a la pluralidad sexual.

**Desarrollo:** Se realizó una intervención comunitaria en un instituto cercano al centro de salud como respuesta a la necesidad expresada de la orientadora de dicho centro. La intervención se desarrolló en el ámbito escolar, la población diana fueron los alumnos del centro de los cuatro cursos de educación secundaria obligatoria (desde 1º a 4º de ESO) y los dos cursos de formación básica profesional (FPB). Un total de 96 adolescentes, 55 varones y 37 mujeres con edades comprendidas entre los 11 y los 19 años. Se diseñó un cuestionario con cinco apartados diferentes para evaluar el nivel de conocimientos inicial de la población diana para adaptar la intervención a sus necesidades. Tras el análisis de los cuestionarios se inició la intervención que consistió en dos sesiones práctico-teóricas impartidas en el propio centro escolar. Se desarrollaron a lo largo de varios días, dividiendo a los alumnos en cuatro grupos según curso y edad. Para la realización de estas sesiones utilizamos diferentes herramientas audiovisuales de apoyo: presentaciones en Powerpoint y videos. En una primera sesión tratamos la sexualidad: anatomía, identidad y orientación sexual, conductas sexuales, sentimientos y emociones, diferencias entre ambos géneros e igualdad y sexualidad en otras culturas. En la segunda sesión nos centramos en los métodos anticonceptivos, anticoncepción de emergencia y enfermedades de transmisión sexual. En el grupo de 1º y 2º de la ESO tratamos también en esta segunda sesión los cambios fisiológicos que se experimentan en la pubertad.

**Resultados:** Se analizaron los resultados de la encuesta pre-intervención y observamos que los alumnos de 1º y 2º de ESO no tenían claros los conceptos de homosexualidad, heterosexualidad y transexualidad. En general en todos los cursos asociaban la homosexualidad con el género masculino y mostraban bajo conocimiento de la anatomía de ambos aparatos reproductores. Además asociaban los embarazos únicamente al sexo femenino. Presentaban bajo conocimiento de las enfermedades de transmisión sexual. Respecto a las conductas sexuales sólo consideraban sexual el coito y no otras conductas como autoestimulación, besos o caricias. Se planteó una evaluación de la efectividad de la intervención al año de su finalización mediante el mismo cuestionario realizado al inicio. Debido a que aún no ha pasado un año no tenemos resultados.

**Conclusiones:** A nivel profesional fue muy gratificante, además pese a ser un tema muy recurrente los resultados de la evaluación inicial muestran que los conocimientos de los adolescentes siguen siendo escasos y en muchas ocasiones equivocados. Las intervenciones relacionadas con este tema son imprescindibles para evitar futuras consecuencias en la salud que son fácilmente prevenibles.

**ID316**

## ¿CUÁL ES EL GRADO DE PARTICIPACIÓN DE LA ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN ACTIVIDADES DIRIGIDAS A LA COMUNIDAD?

Ana Palma Sánchez<sup>1</sup>, Rosario María Lopez Sánchez<sup>2</sup>, Iván Alexandre Ángel García<sup>2</sup>, Julián Guillén López<sup>2</sup>, Juan Manuel Contreras Moreno<sup>2</sup>, Manuel Aguilar Zapata<sup>2</sup>

1: Centro de Salud Los Dolores (Cartagena, Murcia). 2: Atención Primaria Cartagena - Mar Menor  
[anapalma91@gmail.com](mailto:anapalma91@gmail.com)

**Introducción:** Entendemos Atención Comunitaria como aquella en la que el profesional sanitario, en este caso la Enfermería, realiza o participa en el entorno de la comunidad que es objeto de su atención. Comprende el conjunto de actividades a desarrollar en los diferentes ámbitos comunitarios con fines preventivos y de promoción de salud.

**Objetivos:** Describir la participación de la Enfermería de Atención Primaria en Actividades dirigidas a la Comunidad de cuatro centros de salud del Área II y dos centros de salud del Área VIII de la Región de Murcia. Comparar la importancia que le dan los Enfermeros de Atención Primaria a las Actividades Comunitarias con la realización de las mismas. Señalar la necesidad de formación sentida por parte del personal de Enfermería a la hora de realizar Actividades Comunitarias y llevarlas a cabo en su entorno.

**Material y métodos:** Tipo de diseño: Estudio descriptivo transversal multicéntrico. Población del estudio: enfermeros de los centros de salud de Cartagena Casco Antiguo, Barrio Peral, Los Dolores y Virgen de la Caridad del Área de Salud II y los centros de salud Torre Pacheco Este y Oeste del Área de Salud VIII de la Región de Murcia. Tamaño de la muestra: 58 enfermeros de los Centros de Salud que rellenaron la encuesta. El instrumento empleado para la obtención de datos es una encuesta de Participación de la Enfermería de Atención Primaria en Actividades dirigidas a la Comunidad tipo ad hoc. El análisis de los datos se realiza a través de una Hoja de Cálculo informática.

**Resultados:** En el Centro de Salud Cartagena Casco Antiguo, tenemos una participación del 69,23%, en Barrio Peral un 77,77%, Los Dolores un 53,33%, Virgen de la Caridad un 75% y en Torre Pacheco Este y Oeste tendrían una participación del 71,42% y 83,33%, respectivamente. Además se les preguntó qué importancia les daban a las Actividades Comunitarias con una escala del 1 (nada importante) al 5 (muy importante) obteniéndose en Cartagena Casco Antiguo como importante (4) o muy importante (5) un 84,61%, en Barrio Peral un 88,88%, en Los Dolores un 61,99%, Virgen de la Caridad un 87,5% y en Torre Pacheco Este y Oeste un 85,71% y 100%, respectivamente. El 100% de los encuestados siente la necesidad de formación para la realización Actividades Comunitarias.

**Discusión y conclusiones:** Considerando como base de la Enfermería Comunitaria la prevención y promoción de la salud a través de la Educación Sanitaria, podemos ver que la media de participación enfermera en Actividades Comunitarias es de un 71,68%. Sin embargo, un 84,78% de los encuestados consideran dichas actividades como importantes o muy importantes, por lo que habría que determinar qué problemas o inconvenientes llevan a los enfermeros a no realizarlas. Por otro lado, llama la atención que el 100% de los encuestados sienta la necesidad de formarse para la realizar Actividades Comunitarias, lo que hace pensar que sería necesario ofrecer más recursos con fines didácticos para los Enfermeros Comunitarios.

**ID333**

## **ACTIVIDADES DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD REALIZADAS POR LOS CENTROS DE SALUD EN LOS CENTROS EDUCATIVOS**

María Consolación Méndez Castell, Encarnación González Ramón, María Antonia Font Oliver, Margarita Frau Melià, Clara Vidal Thomàs, Bartolomé Villalonga Mut

Gerencia de Atención Primaria de Mallorca  
[mmendez@ibsalut.caib.es](mailto:mmendez@ibsalut.caib.es)

**Introducción/presentación:** La intervención comunitaria de los centros de salud (CS) de nuestra comunidad incluye la educación para la salud (EpS) con los centros educativos (CE) de la zona correspondiente. Algunos CS tienen Comisión de Salud mediante la que se coordinan todas las intervenciones de salud dirigidas a la comunidad educativa. Los centros educativos de nuestra comunidad se pueden adherir a Centros Educativos Promotores de la Salud mediante una convocatoria anual conjunta de la Consejería de Salud i de la de Educación.

**Objetivos (de la experiencia):** Describir las actividades de promoción y educación para la salud que realizan los centros de salud de nuestra comunidad en los centros educativos de su zona básica de salud.

**Desarrollo:** Las actividades de EpS realizadas en el CE van dirigidas a toda la comunidad educativa. Se realizan después de haber priorizado con los profesionales del CE los problemas sobre los que actuar. Se realiza en forma de talleres, cursos, sesiones, mesas informativas, etc. El material necesario son los profesionales de ambos centros (sanitario y educativo), aula, mesa, ordenador, material de difusión escrito y audiovisual, material fungible, etc. Las actividades que se ofrecen a los centros educativos son sesiones y talleres de diferentes temáticas: Primeros Auxilios, Diabetes infantil. Alerta Escolar. Deshabitación tabáquica y prevención consumo de drogas. Salud afectivo-sexual. Cambios en la adolescencia. Higiene y Salud bucodental. Trastornos de la conducta alimentaria. Alimentación saludable, entre otras. Al finalizar la actividad se realiza una evaluación de la misma sobre la metodología utilizada para poder mejorarla.

**Resultados:** Desde la puesta en marcha de la Consulta Joven y del pilotaje de CE promotores de la salud, las actividades han ido aumentando, pasando de 46 actividades en el año 2005 a 540 durante el 2015. Todos los CS realizan actividades en los CE de su zona, pero con gran diversidad entre centros, mientras que algunos solo realizan 3 actividades otros han realizado 243 en un solo año. Se realizan más actividades en los institutos de enseñanza secundaria que en los centros de infantil y primaria. El 77% de las actividades son realizadas por las enfermeras.

**Conclusiones:** El aumento considerable de las actividades de EpS en los centros educativos es un elemento positivo para favorecer la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud entre la población joven. Cabe resaltar que aunque no ocurre en todos los centros las políticas actuales apuestan por favorecer la salida de los profesionales sanitarios de los centros de salud hacia la comunidad, y muy especialmente hacia los centros educativos. Es importante unificar los programas de EpS que se realizan en los diferentes CE y llegar a todos los CE de nuestra comunidad.

ID337

## MI EXPERIENCIA COMO ENFERMERA EN EL ACOMPAÑAMIENTO A MUJERES EN LA RECUPERACIÓN BIOPSIICOSOCIAL TRAS DOS MESES DE HABER ALUMBRADO

Joana Abella Mañé, Yolanda Vasco Rodríguez, Dunia Strens Cots

Hospital Lleuger Dr. Gimbernat de Cambrils (Cambrils, Tarragona)

[jabella@grupsagessa.com](mailto:jabella@grupsagessa.com)

**Introducción/presentación:** Las mujeres después del puerperio nos volcamos en la crianza y dejamos a un lado nuestra recuperación física y mental, es por este motivo que formamos un grupo de apoyo siendo la enfermera su guía.

**Objetivos (de la experiencia):** 1. Recuperación del tono muscular del periné a través de ejercicios de kegel. 2. Recuperación del tono muscular del cuerpo a través gimnasia suave. 3. Evitar depresión postparto 4. Enseñar autorflexología podal como herramienta de mejora fisiológica.

**Desarrollo:** En el centro de salud de Cambrils se realiza semanalmente una intervención grupal a madres que hayan dado a luz hace más de dos meses, el grupo es abierto, pueden venir solas o con el bebé. El taller dura 1h 30min.: los 40min. primeros realizamos estiramientos y gimnasia suave después 30min de diferentes ejercicios de Kegel. Durante la intervención puede haber pausas demandadas por las usuarias para solucionar dudas o expresar angustias, etc...1 día al mes no se realizan kegels y enseñamos autoreflexología podal. El primer día que acuden al taller se les realiza una entrevista cualitativa preguntándoles cómo se sienten, si tienen apoyo familiar, cómo fue el embarazo y el parto, si tienen pérdidas de orina. Son las mujeres quien deciden dejar de acudir al taller. Para realizar el taller utilizamos balones grandes, esterillas, pelotas pequeñas, cubos de yoga y toallas.

**Resultados:** Se realiza entrevista cualitativa de forma individual el primer día del taller y el último día. El taller lleva 7 años funcionando con un promedio de asistencia de 5 mujeres cada jueves, el 95% de ellas vienen acompañadas de sus bebés. El 90% refiere que el tono muscular del periné mejora. Las mujeres que no tienen apoyo familiar lo encuentran en el resto de madres que acuden al taller. El 95% de las madres primerizas se sienten aliviadas viendo y hablando con a otras madres que pasan por la misma situación. El 95% les queda claro que los ejercicios de Kegel son necesarios para evitar la incontinencia y que deben hacerlos diariamente.

**Conclusiones:** La experiencia de estos años realizando éste grupo de apoyo nos hace creer que es indispensable que se realice en el resto de centros de salud. Creemos que estamos haciendo una gran labor a nivel de prevención de la depresión postparto, de que la mujer valore la necesidad de realizar los ejercicios de kegel para evitar la incontinencia en un futuro. Desgraciadamente hay pocos estudios al respecto que hayamos podido consultar, no hemos encontrado evidencia científica.

**ID340**

## ¿CÓMO USAN LOS ADOLESCENTES LAS TICS? INTERNET, MÓVIL Y SU DEPENDENCIA

Rosario María López Sánchez<sup>1</sup>, Ana Palma Sánchez<sup>2</sup>, Ivan Alexandre Ángel García<sup>2</sup>, Julian Guillén López<sup>2</sup>, María Isabel Cazorla Cazorla<sup>2</sup>

1: EIR Enfermería Familiar y Comunitaria UDM Cartagena-Mar Menor. 2: Centro de Salud Barrio Peral- Cartagena (Región de Murcia)  
[rosario\\_ls\\_5@hotmail.com](mailto:rosario_ls_5@hotmail.com)

**Introducción:** En los últimos años el desarrollo de las tecnologías de la información y comunicación (TICS) ha generado importantes cambios en nuestra sociedad, entre ellas el uso de Internet y Teléfono Móvil. Varios autores han considerado a los adolescentes un grupo de riesgo en cuanto a la utilización inadecuada de los mismos.

**Objetivos:** Describir el patrón de uso del teléfono Móvil e Internet entre uso no problemático, uso con problemas ocasionales y uso con problemas frecuentes en adolescentes de un Instituto de la zona básica de salud del Área 2 de la Región de Murcia y describir las preferencias de ocio y tiempo libre de los mismos.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo tipo transversal. La población de estudio son adolescentes de 1ºESO y 4ºESO del instituto Ben Arabí (Cartagena) que cumplen los criterios de inclusión y exclusión, con una muestra final de 227 adolescentes. Para la recopilación de datos sobre el uso de Internet y Móvil se han utilizado 2 cuestionarios validados por Beranuy y cols. (2009): Cuestionario de Experiencias Relacionadas con Internet (CERI) y Cuestionario de Experiencias Relacionadas con el Teléfono Móvil (CERM); constan de 10 items cada uno con cuatro alternativas de respuesta según intensidad graduadas en escala tipo Likert. Para describir las actividades de ocio y tiempo libre se realizó una encuesta ad hoc, con 5 opciones de respuesta. Además se recogieron datos sociodemográficos referidos a la edad, sexo y curso escolar. Los cuestionarios fueron administrados en el curso 2016/2017 de forma colectiva y con una duración aproximada de 20 minutos.

**Resultados:** En cuanto al patrón de uso de Internet, según el cuestionario CERI, un 51,56% de alumnos de 1ºESO y un 49,49% de 4ºESO tienen un uso no problemático; el 35,15% de 1ºESO y el 44,44% de 4ºESO tiene problemas ocasionales y un 13,28% de 1ºESO tiene problemas frecuentes frente al 6,06% de 4ºESO. En cuanto al patrón de uso del Móvil, según el cuestionario CERM, un 54,68% de alumnos de 1ºESO y un 58,58% de alumnos de 4ºESO tienen un uso no problemático; el 38,28% de 1ºESO y el 35,35% de 4ºESO tiene problemas ocasionales y un 7,03% de 1ºESO tiene problemas frecuentes frente al 6,06% de 4ºESO. En cuanto a las actividades que los adolescentes encuestados realizan a diario o casi diariamente, son escuchar música, ver televisión, y llamar o enviar mensajes con el móvil, y con una frecuencia de 3 o más veces por semana leer libros, navegar por internet (no chat), hacer deporte y salir con los amigos.

**Discusión y conclusiones:** Según CERI, un 39,2% presenta problemas ocasionales, superior al 19,9% encontrado en Carbonell et al (2012) e inferior al 44,5% de Pereira Núñez (2015). Según CERM, un 6,6% presenta problemas frecuentes, superior al 2,2% de Pereira Núñez (2015). Teniendo en cuenta los resultados obtenidos en el cuestionario los adolescentes encuestados se mueven entre un uso no problemático y con problemas ocasionales tanto de Internet como del Móvil.



**ID341**

## TALLER DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD GRUPAL PARA EL ABANDONO DEL HÁBITO TABÁQUICO EN ADULTOS DE UNA ZONA URBANA

Yasmina María Pulido García, Ángel Martín García

Centro de Salud San Blas (Parla, Madrid)

[yasminamaria.pulido@salud.madrid.org](mailto:yasminamaria.pulido@salud.madrid.org)

**Introducción/presentación:** El consumo de tabaco es el segundo factor de riesgo de mortalidad mundial y primera causa de muerte evitable en España, donde fuma a diario el 23% de la población. El 23,76% de los fumadores diarios ha hecho 1-2 intentos de abandono en los últimos 12 meses. Para dejar de fumar se necesitan habilidades y un cambio de comportamiento, considerando el entorno, pudiéndose conseguir mediante la Educación para la Salud (EPS) grupal.

**Objetivos (de la experiencia):** Objetivo general: capacitar a los fumadores para el abandono del hábito tabáquico y mantenerse en abstinencia. Objetivos específicos: que reorganicen conocimientos sobre posibilidades, riesgos/beneficios de dejar de fumar; razonen por qué fuman, profundicen en qué les impide dejar de fumar; analicen los perjuicios de seguir fumando, reconozcan el síndrome de abstinencia; desarrollen habilidades para evitar recaídas, demuestren capacidad de búsqueda de alternativas y acciones para controlar el síndrome de abstinencia.

**Desarrollo:** Población diana: fumadores mayores de 18 años, excluyendo aquellos con patología psiquiátrica o déficit sensorial severo, analfabetismo o sin conocimientos suficientes de castellano. Captación activa: profesionales sanitarios del centro de salud en consulta y mediante carteles. Recursos humanos: un enfermero y una residente de enfermería familiar y comunitaria. Recursos materiales: aula, ordenador, proyector, material de papelería, videos y diapositivas. Temporalización: 5 sesiones de 90 minutos, periodicidad semanal. Consultas telefónicas de seguimiento (asistencia de al menos 3 sesiones) al mes y 6 meses. Contenidos: conceptos tabaquismo, dependencia y adicción; componentes del tabaco; mitos/ideas irracionales; percepción del riesgo; beneficios y etapas de abandono; motivación, dificultades y aspectos facilitadores; recaídas, síndrome de abstinencia; relajación/respiración y estrategias de afrontamiento; tratamiento farmacológico; autocuidados. Técnicas educativas: de exposición, rueda, rejilla, lección participada, análisis de texto, phillips 6/6, frases incompletas, video con difusión, tormenta de ideas, caso, demostración con entrenamiento y charla-coloquio.

**Resultados:** Se evaluó estructura, proceso y resultado. Evaluación en cada sesión de materiales y registro del observador. Los participantes evaluaron cada sesión con rueda de cierre y cuestionario en la última. Asistencia irregular: 22 participantes en la 1ª sesión y en la última sesión 12. Manifestaron perder el miedo al abandono del tabaco y compartir experiencias con otros fumadores. 2 señalaron que les había ayudado poco a buscar soluciones a problemas producidos por la presión social. En la última sesión: 3 habían dejado de fumar y 1 estaba en tratamiento farmacológico. Seguimiento al mes: 5 habían dejado de fumar (el participante en tratamiento farmacológico y otro más lo consiguieron). 2 de ellos habían reducido el consumo 5-10 cigarrillos. Seguimiento a los 6 meses: 5 no fumaban, 4 seguían fumando y 2 no contestaron. 1 redujo su consumo de 40 a 3 cigarrillos. Otro había mantenido la abstinencia 2 meses pero se encontraba en una recaída.

**Conclusiones:** La EPS grupal es una actividad factible en el ámbito de la Atención Primaria, en la que se logra que los participantes adquieran los conocimientos, habilidades y actitudes necesarios para dejar de fumar.

**ID342**

## EL FOMENTO DEL AUTOCUIDADO MEDIANTE EPS GRUPAL EN JOVENES

Verónica López-Ventura Rodríguez, Cecilia López-Ventura Domínguez

Consultorio Camarma de Esteruelas (Carmarma de Esteruelas, Madrid)

[vlopez@salud.madrid.org](mailto:vlopez@salud.madrid.org)

**Introducción/presentación:** Los malos hábitos de salud como: sedentarismo, alimentación desequilibrada, tabaquismo y otros hábitos tóxicos, se están convirtiendo en la pandemia del siglo XXI. Obesidad, diabetes, hipertensión, entre otros, son los más importantes precursores de las enfermedades cardiovasculares, causa número uno de morbilidad/mortalidad en nuestro país. Nos planteamos la necesidad de concienciar desde edades tempranas sobre cómo afectan estas conductas en la salud, y valorar si la Eps grupal resulta efectiva como método.

**Objetivos (de la experiencia):** - Despertar interés por el autocuidado en jóvenes de 12 a 18 años. - Medir el impacto de EPS grupal, sobre hábitos saludables en dicha población.

**Desarrollo:** Experiencia comunitaria de EPS grupal. Llevada a cabo enmarcada dentro del plan de acción tutorial de un instituto de secundaria. Participación de 8 grupos de alumnos de entre 12 y 18 años. Un total de entre 102 y 106 alumnos. • Recursos: - humanos (2 enfermeras) - materiales: Folios, ordenador, aula, pizarra digital. Inicialmente se redactó una propuesta de EPS, para coordinar dentro del plan de acción tutorial del centro, se presentó a los tutores desde 1º a 4º de ESO. Estando todos ellos conformes con la propuesta, se realizó pre-test entre los alumnos. Se impartieron 4 charlas por curso, de 50 min de duración a lo largo del 5 meses. Finalmente se realizó post-test. Análisis de los datos obtenidos y comparativa de ambos test.

**Resultados:** Análisis de 106 pre-test y 102 pos-test Cambio positivo hacia hábitos de vida más saludables en el 32% de los alumnos que recibieron la EPS. Referido en al menos 1 de los items. ◦ Desayuno diario del 49% al 81%. Un 32% más. ◦ Incremento en la ingesta de agua en un 3% ◦ En ejercicio se mantiene la misma prevalencia de alumnos que lo practican. 68% en este caso ◦ Buena disposición para el cambio, referida en el 100% de alumnos que no tienen hábitos saludables.

**Conclusiones:** La EPS grupal resulta eficaz sobre esta población. No se trata de una intervención puntual, sino, de una labor de educación continuada. La enfermería aporta otra perspectiva dentro del aula, que complementa la labor de otros profesionales.

**ID373**

## **INTERVENCIÓN GRUPAL A PERSONAS CON RIESGO ELEVADO DE PADECER DIABETES MELLITUS EN LOS PRÓXIMOS 10 AÑOS SEGÚN LA ESCALA FINDRISK**

María del Rosario Portero Martínez, María del Carmen Segura Caballero, Encarnación Tor Figueras, María Rodríguez Pedrayes

Consorti Sanitari De Terrassa (Terrasa, Barcelona)  
[maricharo-21@hotmail.com](mailto:maricharo-21@hotmail.com)

**Introducción/presentación:** La realización de esta intervención surge a partir de un estudio que se llevó a cabo para valorar el riesgo de padecer diabetes mellitus en los próximos 10 años evaluados a través del test de FRINDISK en pacientes mayores de 24 años. Debido a que un 25% aproximadamente de la población entrevistada padecía un riesgo alto de padecer diabetes se decidió realizar este tipo de intervención para concienciar a la población de la importancia que tiene la adquisición de unos buenos hábitos alimentarios y la práctica de ejercicio físico para prevenir o retrasar la aparición de diabetes mellitus.

**Objetivos (de la experiencia):** General: Disminuir el riesgo de padecer diabetes mellitus tipo 2 en los próximos 10 años en personas con un riesgo elevado. Específico: - adquirir buenos hábitos de vida saludables - concienciar a la población de la enfermedad y de las complicaciones.

**Desarrollo:** Método de trabajo: se realizaron dos sesiones de 1 hora y media de duración aproximadamente en las que se explicaron hábitos alimentarios y ejercicio físico. Población: personas entre 45-60 años, hombres como mujeres, que obtuvieron en el test de FRINDISK una puntuación superior a 15. La intervención se llevó a cabo en la aula de formación del CAP Terrassa Nord. Tipo de intervención: estilos de vida modificables. La captación de los pacientes se hizo previo contacto telefónico o aprovechando las visitas a la consulta de atención primaria para explicarles la intervención y si estaban interesados en participar. Recursos físicos: aula del CAP y un proyector para poder exponer el power point que se elaboró para las sesiones. Alimentos de plástico para elaborar un menú y la pirámide alimentaria así como un podómetro para el día de la caminata. Recursos humanos: llevada a cabo por el equipo de enfermería. Cronograma: se hicieron dos sesiones clínicas de una duración de una hora y media, una vez a la semana. Análisis de las intervenciones: 1º sesión: evaluación de conocimientos y hábitos saludables. Primera parte: definición de diabetes, factores de riesgo modificables/ no modificables y complicaciones. Segunda parte: distribución del número de comidas y nutrientes. Proyección de anuncios de alimentos sobre publicidad engañosa. Se trabajó en grupos de 2-3 personas para elaborar un menú diario. Se les pidió que realizaran un diario dietético semanal. 2º sesión: beneficios y tipo de ejercicio físico que podían realizar. Comentamos el menú semanal y la hoja de conocimientos. Se realizó una caminata de 30 minutos con un podómetro.

**Resultados:** El 72,3% de las participantes presentaban una puntuación baja en el test de conocimientos

**Conclusiones:** Debido a la baja puntuación que presentaron en el test de conocimientos es importante realizar esta intervención en población de medio-alto riesgo para que adquieran los conocimientos necesarios para que tengan unos buenos hábitos de vida saludables.

**ID377**

## TALLER DE EJERCICIOS Y CONSEJOS PARA PREVENIR CAÍDAS EN PERSONAS CON RIESGO

Carolina Guerrero Mártir<sup>1</sup>, Itziar Barandarián Fernández de Vega<sup>2</sup>, Daniel Arias Ramírez<sup>2</sup>

1: C.S.Lavapiés (Madrid). 2: Atención Primaria Comunidad de Madrid

[cgm.eir@gmail.com](mailto:cgm.eir@gmail.com)

**Introducción/presentación:** Mundialmente las caídas son la segunda causa mortal accidental, según datos de Organización Mundial de la Salud, siendo frecuentes en mayores de 65 años. Cambios inherentes al proceso de envejecimiento y otras patologías pueden aumentar la incidencia de caídas, provocando deterioro funcional y dependencia. Desde la Consulta de Enfermería de Atención Primaria (AP) podemos valorar el riesgo y elaborar un plan de cuidados individualizado. Realizar talleres grupales puede ser beneficioso para enseñar habilidades y compartir experiencias, disminuyendo la incidencia de caídas y fomentando la independencia y autocuidados. Desde el Centro de Salud (CS) se desarrolló un taller para identificar los factores que influyen en su producción, herramientas para prevenirlas y signos de alarma tras esta, y se realizaron ejercicios.

**Objetivos (de la experiencia):** -Prevenir caídas en personas con riesgo. -Específicos o Informar sobre factores riesgo la seguridad y conductas de protección. o Fomentar ejercicios para mejorar equilibrio y fuerza. o Mantener autonomía personal. o Instruir a cuidadores para evitar accidentes

**Desarrollo:** Elaboramos un taller de 90 minutos dirigido a personas en riesgo y cuidadores, con captación activa en las consultas y carteles. El material necesario fue un ordenador, proyector y panel, sillas, vendas elásticas y un cuadernillo de ejercicios por participante. El taller fue realizado en una sala polivalente e impartido por residentes de Atención Familiar y Comunitaria: una Enfermera Interna Residente (EIR) y dos Médicos Internos Residentes (MIR). Los 14 participantes tenían entre 54 y 86 años, independientes para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD). Cuatro utilizaban dispositivo de apoyo para desplazarse. Doce de ellos estaban polimedicados. En los mayores de 65 se evaluó previamente el riesgo según la escala de riesgo de caídas de J.H.Downton. En la realización del taller se utilizó como técnica de investigación en el aula la "tormenta de ideas" para expresar, reflexionar, organizar y compartir conocimientos, experiencias y sentimientos sobre el tema, abordando con ello los factores físicos, comportamentales, ambientales y socioeconómicos influyentes en las caídas. Tras esto se explicaron medidas de protección (control ambiental, uso racional de fármacos, alimentación, cuidados personales, ejercicio físico) y signos de alarma tras una caída. Utilizando como técnica la demostración en entrenamiento, se realizaron ejercicios recomendados para trabajar fuerza, flexibilidad y equilibrio, insistiendo siempre en la realización de los mismos en condiciones seguras y reforzando la importancia de continuar realizándolos en casa.

**Resultados:** El grado de satisfacción de los usuarios tras la actividad fue alto, así como de los profesionales. La participación fue activa. Transcurrido un mes se realizó llamada telefónica a los participantes para breve entrevista. Los resultados fueron variados, siendo bajo el seguimiento de los ejercicios a diario, la mayoría realizó pequeños cambios en su domicilio y calzado, tres volvieron a sufrir una caída sin repercusiones graves.

**Conclusiones:** La actividad demostró ser útil en el abordaje de factores de riesgo y de fácil realización y aplicación. Algunos participantes querían realizar los ejercicios de forma grupal.

## *La enfermería comunitaria ante la vulnerabilidad*

**ID5**

### **EMPODERAMIENTO EN LA TERCERA EDAD: TALLER DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO**

Rhut Cristóbal Saenz de Manjarrés<sup>1</sup>, Cecilia Díaz López<sup>2</sup>

1: Centro De Salud Paseo Imperial (Madrid). 2: Centro De Salud Delicias (Madrid)

[krpdie6@hotmail.com](mailto:krpdie6@hotmail.com)

**Introducción/presentación:** España es un país muy envejecido (8.000.000 de personas son mayores de 65 años, un 17,2% de la población). La población mayor de 65 años en el CS Delicias es de 9902 (23% de la población). Siendo este grupo de población el que precisa y demanda una mayor asistencia por parte de la enfermera comunitaria. Por ello nos planteamos realizar un taller de educación para la salud basado en el envejecimiento activo que trabajara varios de los patrones funcionales principales: percepción y mantenimiento de la salud, nutricional metabólico, actividad ejercicio y cognitivo perceptivo.

**Objetivos (de la experiencia):** Principal: promocionar la salud y el bienestar de las personas mayores. Específicos: conocimiento de hábitos de vida saludables y promover la salud y bienestar, prevenir el deterioro funcional, fomentar la autonomía y los autocuidados, mejorar la psicomotricidad fina, entrenamiento de la memoria.

**Desarrollo:** Se realizó un taller de tres sesiones de sesenta minutos cada una. Con 11 asistentes todas ellas mayores de 75 años. 1ª sesión: percepción y mantenimiento de la salud nutricional metabólico. Hábitos saludables: higiene, preparación de medicación, ocio y tiempo libre. Alimentación e hidratación recomendada en esta etapa de la vida, elaboración de menú diario. 2ª sesión: actividad ejercicio. Importancia del movimiento y evitar el sedentarismo. Beneficios del ejercicio. Calentamiento básico y ejercicios de equilibrio y fortalecimiento muscular. Psicomotricidad fina ejercicios. 3ª sesión: cognitivo perceptivo. Tipos de memoria. Ejercicios de memoria: sensorial, entrenamiento de la atención, cálculo y praxias.

**Resultados:** Satisfacción tanto para las docentes como para las discentes, en este caso evaluado con un cuestionario tipo Likert. Se realizaron varios test de valoración en cada una de las sesiones: reloj, Isaacs, Lawton y Brody. Lo que más gustó fue la memoria seguido por el ejercicio y por último los hábitos saludables. Según sus comentarios porque normalmente son cosas menos trabajadas por ellas. Agradecen las pautas dadas para seguir realizando actividades en domicilio y por mostrarles servicios donde poder seguir trabajando en grupo. Llama la atención que todas las participantes en el taller fueran mujeres.

**Conclusiones:** Teniendo en cuenta nuestra zona básica de salud la pertinencia de realizar taller de educación para la salud en mayores es evidente. La acogida fue muy buena y fueron numerosas las personas que mostraron su interés. Sería conveniente instaurarlo dentro de la actividad del centro desarrollándolo varias veces al año para que un mayor grupo de población se pudiera beneficiar y así mejorar su autocuidado.

**ID10**

## **SENSIBILIDAD, CONOCIMIENTOS Y ACTUACIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE URGENCIAS ANTE LAS SITUACIONES DE VIOLENCIA DE GÉNERO**

Ana Fátima Navarro Oliver, María Ángeles Martínez Navarro, Ana Martínez Navarro, Gracia Adanez Martínez, Antonio Martínez Pastor, Mariano Leal Hernández

Centro de Salud de San Andrés (Murcia)  
[anaf.navarro@gmail.com](mailto:anaf.navarro@gmail.com)

**Introducción:** El colectivo de profesionales de enfermería se enfrenta frecuentemente en los servicios de urgencias hospitalarios a situaciones de atención a víctimas de violencia de género, ante los cuales debe tener una actuación correcta.

**Objetivos:** Conocer la sensibilidad y conocimientos de las/os Enfermeras/os, que trabajan en un servicio de urgencias, ante el problema de Violencia de Género (VG).

**Material y métodos:** Estudio descriptivo observacional y transversal mediante cuestionario autocumplimentado de 20 preguntas, validado (Larrauri MA et al), que permite detectar entre los profesionales de enfermería que trabajan en la puerta de urgencias los objetivos planteados en el estudio y proponer áreas de mejora. Se incluyen profesionales de enfermería que trabajan en la puerta de urgencias general, vinculados laboralmente como fijos, interinos o sustitutos. Los dominios o áreas que explora el cuestionario son tres: 1)El grado de conocimientos que el personal de enfermería que trabaja en urgencias tiene sobre la violencia de género. 2)La información y actitud que tienen sobre el tema. 3)La opinión que este tema les merece y de cómo esta tratado por el servicio en el que trabajan.

**Resultados:** El cuestionario se cumplimentó por 42 enfermeras/os. Dado que la población total de enfermeras/os que trabajaban en la puerta de urgencias era de 62, y se recogen 42 cuestionarios, se obtiene una tasa de respuesta del cuestionario del 70%. Se obtiene que hasta un 40% de profesionales no tienen los conocimientos adecuados sobre VG. Un 43% de los profesionales no han atendido o no reconocen ningún caso en los últimos 6 meses. Un 66.7% no conoce las repercusiones legales de la “no declaración” de un caso de VG. Más de la mitad de los encuestados reconoce “no mantener”, de forma habitual, una actitud expectante ante la detección de casos de VG. Más de un tercio considera que la atención en urgencias a las víctimas es inadecuada, pese a no reconocer en su mayoría impedimentos organizativos o estructurales.

**Discusión y conclusiones:** Los profesionales de enfermería están sensibilizados ante el problema de VG, pero su nivel de conocimientos es mejorable y desconocen los protocolos existentes. En las áreas de mejora proponen la formación de los profesionales como la mejor herramienta de cambio en la atención a estos casos.

**ID54**

## ESTUDIO DE LA PERCEPCIÓN DE SOLEDAD VIVIDA EN LAS MUJERES MAYORES

Rocío Rodríguez Romero, Carmen Herranz Rodríguez, Luis González de Paz, Belchin Adryanov Kostov, Alejandro Pastor Campo.

Centro Atención Primaria Casanova (Barcelona) (CAPSBE)

[rocio.roro11@gmail.com](mailto:rocio.roro11@gmail.com)

**Introducción:** En los últimos años en Europa se ha producido un aumento de personas mayores que sufren soledad. Este sentimiento aumenta con la edad, en el sexo femenino y entre las personas que viven solas. La soledad tiene repercusión sobre la salud a nivel físico, psicológico y social. Este estudio tiene como objetivo conocer la percepción de soledad en mujeres >75 años atendidas en un Centro de Atención Primaria que atiende a 34.497 habitantes.

**Objetivos:** Objetivo general: Explorar la percepción de soledad vivida en las mujeres >75 años que se visitan en el Centro de Atención Primaria Casanova (Barcelona). Objetivos específicos: - Estudiar el grado de soledad según las características sociodemográficas (edad, estado civil, estructura del hogar, tiempo que pasan solas, etc). - Estudiar las asociaciones entre la soledad y las comorbilidades.

**Material y métodos:** Estudio de diseño transversal analítico en mujeres >75 años. Criterios de selección: voluntariedad, autónomas (Índice de Barthel > 60), saber leer y escribir y poder desplazarse hasta el centro. Población total: 100. En un estudio reciente [Validación de la escala de soledad UCLA y perfil social en la población anciana que vive sola] la media de soledad en el cuestionario UCLA en las personas mayores que no vivían solas fue de 30,70 y las que vivían solas 27 (DE=7,96). Teniendo en cuenta estos valores, para conseguir una potencia del 90% y una confianza del 95% se calculó una muestra mínima de 60 participantes. Considerando que el 15% de las posibles participantes se negarían a participar. Se estudiará el grado de soledad, sus comorbilidades y características sociodemográficas mediante Escala UCLA, Índice Barthel, Test Pfeiffer, Test Yesavage, Cuestionario Apoyo Social Funcional Duke-Unc-11, Cuestionario Apgar Familiar, Cuestionario calidad de vida SF-12, Factores Riesgo Cardiovascular, Cuestionario Internacional Actividad Física y prescripción de antidepresivos y/o hipnóticos. Muestreo por conveniencia. Protocolo autorizado por el Comité de Ética e Investigación de referencia. Se utilizarán las pruebas ANOVA o Chi-Cuadrado según las variables, y se planteará un análisis de mediación para conocer las características sociales en la soledad.

**Relevancia:** Puede suponer una ayuda para detectar las personas con riesgo de soledad y cómo valorar la percepción de soledad en las mujeres mayores. Utilidad para conocer las características sociodemográficas y las posibles asociaciones entre la soledad y las comorbilidades. Puede aumentar la sensibilización y concienciación respecto esta problemática. Y por último, puede dar lugar a una nueva línea de investigación de metodología analítica de tipo ensayo clínico aleatorizado.

**ID71**

## **EXPLORANDO LA CONVERGENCIA DE LOS NUEVOS MODELOS EN SALUD POSITIVA COMO MARCOS DE INTERVENCIÓN EN EL DESARROLLO HUMANO: UNA REVISIÓN DE LA LITERATURA**

Ester Sánchez Marimon<sup>1</sup>, Mateu Nadal Servera<sup>2</sup>

1: Colaboradora Oficina de Cooperación y Desarrollo Sostenible de la Universidad de las Islas Baleares.

2: Oficina de Cooperación y Desarrollo Sostenible de la Universidad de las Islas Baleares

[ester\\_sm1@hotmail.com](mailto:ester_sm1@hotmail.com)

**Introducción/justificación/objetivo:** Los Objetivos de Desarrollo del Milenio para el 2030 pretenden la reducción de desigualdades en salud (ONU, 2015) ofreciendo un entorno de intervención de activos en salud. El modelo salutogénico se centra en la salud como un continuum de bienestar-dolencia utilizando activos en salud (AS) para la generación de capacidades, mientras que el enfoque de capacidades (EC) se centra en las capacidades humanas como funcionamientos orientados al desarrollo humano (Gough, 2012; Lindstrom & Eriksson, 2012). El EC podría explorarse como marco teórico de intervenciones en desarrollo humano realizadas mediante metodología de mapeo de AS. El objetivo general es explorar las confluencias entre modelo salutogénico y enfoque de capacidades en desarrollo humano, mediante dos objetivos específicos: (1) explorar los conceptos nucleares del enfoque de capacidades y (2) explorar los conceptos y marco de intervención del modelo salutogénico.

**Desarrollo:** Se identifican los descriptores en el tesoro DeCS –Calidad de Vida/Salud Pública/Promoción de la Salud- y se incluyen las palabras clave aún no indexadas –Enfoque de Capacidades/Activo en Salud-, ejecutándose la búsqueda bibliográfica mediante la operación booleana “(“Capability Approach” OR “Health asset”) AND (“Public Health” OR “Quality of Life”) AND “Health Promotion”” en el metabuscador EBSCOhost (Academic Search Premier/CINAHL) y las bases de datos PubMed/IME, Ibecs, LILACS, CUIDEN, Scopus y Cochrane Library. Se establecen los límites de años de publicación 2006-2016 e idiomas Castellano/Inglés y los criterios de inclusión/exclusión al estudio, con la obtención de 45 resultados. Los resultados incluidos mediante lectura crítica son 12 artículos científicos, principalmente estudios primarios cualitativos y secundarios de revisión de producción nacional e internacional. Estos resultados indican una gran confluencia entre las teorías salutogénica y de capacidades, con posibilidades de implementación para el desarrollo humano. Por una parte, en el EC identifica los conceptos libertad, agencia y funcionamiento (Sen, 1998; Nussbaum, 2009), mientras que en el modelo salutogénico los conceptos sentido de coherencia y recursos generales de resistencia (Antonovsky, 1996; Lindstrom & Eriksson, 2012). La promoción de la salud en los AS supone el empoderamiento individual a través de la capacitación personal e integración en la política, siendo éste objetivo principal del EC.

**Discusión:** Por una parte, el EC establece la capacitación humana y oportunidades como elementos determinantes para la justicia social, de modo que el desarrollo humano y el bienestar pueden ser alcanzados mediante el enfoque positivo de la Salud Pública (Cejudo, 2007; Restrepo-Ochoa, 2013; Del Río, 2014). Por otra parte, desde el modelo salutogénico, el mapeo de activos permite conocer los AS en una comunidad, ayudando a mantener y/o mejorar la salud de la población mediante la generación de capacidades (Kretzmann & McNight, 2005; Botello et al., 2013). Es necesario investigar desde el EC estrategias de empoderamiento individual a través del mapeo de AS.

**Conclusiones:** El EC ofrece un marco teórico de ámbito político como fundamento para las intervenciones en salud, en confluencia con la metodología del mapeo de AS. Dentro de la perspectiva del EC, el mapeo de activos permite conocer los AS presentes en la población, involucrando la política y facilitando el cambio desde el empoderamiento.



ID89

## CHEMSEX: DROGAS, SEXO Y SALUD PÚBLICA. UNA NUEVA REALIDAD

Juan Riesgo Martín, Ana Belén Fernández Ramírez

C.S Segovia I (Segovia)

[juan.riesmar@gmail.com](mailto:juan.riesmar@gmail.com)

**Introducción/justificación/objetivo:** El término ChemSex alude al consumo intencional de drogas para mantener relaciones sexuales. El principal objetivo es entender la emergencia de este fenómeno desde una visión integral y holística, centrado en la reducción de riesgos para la prevención del VIH y de otras enfermedades de transmisión sexual (ETS), cuidando de la salud sexual y de la salud en general de la población. El binomio uso de drogas y salud sexual suponen un reto para la elaboración de nuevas políticas de Salud Pública. En España, ya en 2014, en el último informe de vigilancia epidemiológica de VIH se cifran en 3366 los nuevos casos de VIH, no homogéneamente distribuidos, habiendo distinción entre ciertos grupos. Toda la información epidemiológica disponible en los últimos años subraya la enorme vulnerabilidad del colectivo de Hombres que tienen Sexo con Hombres (HSH) en nuestro país. En 2014, los HSH representaron el 53.9% del total de nuevos diagnósticos del VIH notificados.

**Desarrollo:** DeCS: Conducta Sexual , Consumidores de Drogas , Homosexualidad, Infecciones por VIH , Enfermedades de Transmisión Sexual Para la elaboración de éste trabajo se realizó una búsqueda bibliográfica utilizando la base de datos PubMed, los criterios de inclusión fueron que la publicación de los mismos fueran de 2010 o posteriores, siendo inglés, francés y español los idiomas elegidos. La bibliografía al respecto, dado el carácter novedoso del tema, es escasa.

**Discusión:** Los datos con respecto al consumo de drogas y hábitos sexuales en HSH en España siguen la tendencia europea. Éste aumento de la incidencia de VIH y otras enfermedades asociadas al uso de drogas durante las relaciones sexuales, hacen evidente la necesidad de creación de políticas sanitarias y educativas multidisciplinares. Dada la trascendencia de éste fenómeno en el contexto comunitario, un abordaje holístico de la situación podría implicar una mejora tanto a nivel de la salud individual como de Salud Pública. Existe una falta de información rigurosa sobre el ChemSex en España, que permita entender cómo ha emergido este fenómeno entre los HSH españoles. El conocimiento por parte de los profesionales de éste nuevo fenómeno permite un abordaje del mismo con intervenciones de prevención, diagnóstico, tratamiento y atención a personas y colectivos, siendo uno de los grandes retos en la práctica asistencial de Enfermería familiar y comunitaria (EFyC).

**Conclusiones:** Identificados los colectivos y personas susceptibles de estar implicados dentro del fenómeno ChemSex, la elaboración de intervenciones dirigidas a la prevención de ETS y promoción de la salud sexual y de hábitos tóxicos, se muestran como el primer paso para el abordaje del mismo. La trascendencia a nivel de Salud Pública es un aliciente para los profesionales de cara a la creación de políticas e intervenciones.

**ID105****EXPERIENCIA PARA INCREMENTAR LA PARTICIPACIÓN ENFERMERA Y EL CONOCIMIENTO CON EL ENTORNO SOCIAL PARA IMPULSAR LA EFC**

María Iluminada Santos Cambero<sup>1</sup>, Clara Saenz del Burgo Veja-Murguía<sup>2</sup>, Igone Hernández Cabezas<sup>2</sup>, Blanca Saitua Brasa<sup>2</sup>, M<sup>ª</sup> Milagros Alonso Vallejo<sup>2</sup>, Nerea Gutiérrez Bartolomé<sup>2</sup>

1: Centro de Salud La Merced (Bilbao, Vizcaya). 2: EFEKEZE (Sociedad Científica Enfermería Familiar y Comunitaria de Euskadi)

[iscambero@gmail.com](mailto:iscambero@gmail.com)

**Introducción/presentación:** Las sociedades científicas pequeñas se encuentran a menudo con una limitación importante a la hora de liderar y/o colaborar en grupos de trabajo que amplíen el desarrollo competencial de la Enfermería en AP. Con el fin de desarrollar este liderazgo y una mayor proactividad se propone organizar una Jornada de trabajo en la que se organizan 3 reuniones simultáneas que versan sobre 3 ámbitos que se definen como prioritarios para nuestra Sociedad Científica: Familia, Liderazgo y Especialidad. A estas reuniones se invita a participar a todas las socias de la Sociedad.

**Objetivos (de la experiencia):** Promover el desarrollo de 3 grupos de trabajo que aborden el contenido y posicionamiento sobre 3 áreas concretas, para buscar consideración y apoyos en los organismos institucionales competentes para empezar a colaborar/ trabajar conjuntamente

**Desarrollo:** Se organizan 3 Work-Cafés simultáneos liderados por una enfermera experta en cada área concreta. A éstos se invita tanto a socias como a miembros de la comunidad líderes en los mismos. Para el grupo de "Atención integral a la FAMILIA" se colabora con miembros de programas del Ayuntamiento de apoyo a las familias. El grupo de "LIDERAZGO en el cuidado familiar y comunitario" invita a líderes enfermeros de nuestra comunidad. El grupo "ESPECIALIDAD de Enfermería Familiar y Comunitaria" cuenta con los especialistas, en formación y tutores. El Work-Café tiene una duración de 2 horas y al finalizar se exponen las conclusiones a la totalidad de los asistentes, se presenta la ruta de trabajo y el cronograma a seguir.

**Resultados:** El grupo de "Atención integral a la FAMILIA" profundiza en la integración colaborativa de diferentes actores en el abordaje del adolescente y su familia como grupo prioritario. Se establecen como estrategias a desarrollar la atención integral de salud al adolescente y familia y la definición de alianzas con otras instituciones para el abordaje de las familias de riesgo. El grupo de "LIDERAZGO" aborda su transversalidad a cualquier iniciativa profesional y se centra en la figura del Responsable de Enfermería: su papel, implicación y competencias. Aborda la necesidad de su desarrollo como líder de equipo, en detrimento de su papel como mero gestor de recursos humanos. El grupo "ESPECIALIDAD" se centra en el diseño de estrategias para visibilizar a la enfermera familiar y comunitaria y su valor añadido, así como para desarrollar la práctica enfermera basada en la evidencia en los diferentes ámbitos comunitarios.

**Conclusiones:** La jornada permite inaugurar una nueva etapa en la Sociedad Científica hacia la participación enfermera y su organización, incrementando su implicación socio-político, a la vez que establece el calendario y ruta de trabajo.

**ID121**

## **EVALUACIÓN DE ERRORES EN EL CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA VACUNACIÓN EN LOS COLEGIOS DE LA REGIÓN DE MURCIA**

Emilia Salmerón Ajona, Irene Sánchez Jover, Paloma Castillo Vicente, Adolfinia Hervás Carreño, José Luís Merino Castillo, Remedios Piqueras González

C.S. El Carmen (Murcia). Servicio Murciano de Salud

[emisalm@gmail.com](mailto:emisalm@gmail.com)

**Introducción:** En 2014 cambió la estrategia de vacunación a los niños/as de 14 años en la Región de Murcia, que se realizaba en los centros escolares, acudiendo desde entonces a los centros de salud para recibir la vacuna. La cobertura aumentó del 72% al 75,5% (CARM, 2016) y las revisiones del niño sano a los 14 años aumentaron del 7,2% al 66,6% (Sánchez et al.2016). La vacunación a los 11 años se sigue realizando en los colegios, enviando previamente una hoja de consentimiento informado a los padres para que lo cumplimenten y firmen. Al ir a vacunar a los colegios hemos observado errores en la cumplimentación de dicho documento que pueden ocasionar fallos en la vacunación.

**Objetivos:** Detectar los errores más frecuentes en la cumplimentación del consentimiento informado y proponer mejoras.

**Material y métodos:** Estudio multicéntrico (5 centros de salud) retrospectivo. Mediante encuesta Delphi entre los responsables de la vacunación de cada centro participante se definen 4 variables que influyen en los errores de vacunación en la hoja de consentimiento de las niñas y 3 en la de los niños. Evaluación de 386 hojas de consentimiento informado (188 de niños y 197 de niñas)

**Resultados:** Hoja de las niñas: 114 errores (91 (80%) no indican si ha recibido o no la vacuna del Meningococo C, 12 (11%) no están firmadas, en 11 (9%) marcaron la casilla de no vacunar de Meningococo C o de VPH por error. Hoja de niños: 15 errores (8%) (6(40%) al indicar erróneamente que ya estaba vacunado del Meningococo C, 5 (33%) marcaron por error la casilla de no vacunar y 4 (27%) no firmaron el consentimiento)

**Discusión y conclusiones:** Aunque la vacunación en los colegios se justifica por cifras de cobertura superiores a las conseguidas acudiendo a los centros de salud, un cambio en 2014 en la estrategia de vacunación en la Región de Murcia que afectó a los niños/as de 14 años mostró lo contrario, unido a mejores coberturas en las revisiones del niño sano. El elevado número de errores que hemos observado en nuestro estudio es un argumento más para revisar la estrategia de vacunación a los niños/as de 11 años y realizarla en los centros de salud (donde siguen acudiendo para vacunarse de la varicela y para la revisión del niño sano de 11 años). En los centros de salud pueden corregirse los errores que hemos observado porque están presentes el padre o la madre y tenemos acceso a los datos de la historia clínica, además de ser el lugar idóneo para garantizar la seguridad tanto clínica como legal de los sujetos implicados.

**ID173**

## **MANEJO DEL CONSUMO PERJUDICIAL DE ALCOHOL EN ATENCIÓN PRIMARIA**

Andrea Martínez Espinosa, Olaya Rodríguez Cosío, Alejandra García Bango, María García Ríos, Yurema García Cortés.

CS La Felguera (Navia, Asturias)  
[andreaespi79@gmail.com](mailto:andreaespi79@gmail.com)

**Introducción/justificación/objetivo:** El consumo de alcohol está entre los más importantes factores de riesgo de muerte prematura y enfermedad. En España el consumo de riesgo y nocivo son una de las primeras causas prevenibles de mortalidad. A parte de la dependencia y la adicción, su consumo también genera grandes consecuencias físicas, psicológicas, e importantes problemas familiares, sociales y laborales. Llegados a este punto nos replanteamos cómo intervenir desde Atención Primaria para tratar este problema que genera tanta angustia en pacientes y familiares. **Objetivos:** - Aprender a identificar de manera precoz a los consumidores de riesgo. -Describir qué tipo de intervención es la adecuada en función del tipo de consumo. -Conocer los nuevos patrones de consumo de alcohol.

**Desarrollo:** Metodología: Se ha realizado una revisión bibliográfica de varios artículos y guías de práctica clínica encontrados en: Cuiden, Pubmed, Elsevier, Guia Salud y Embase. Usando en todas ellas términos DeCS (atención comunitaria, alcoholismo, consumo de bebidas alcohólicas) y MeSH (alcoholism, family, primarycare). Para facilitar la búsqueda se ha usado el operador booleano AND, y limitadores de fecha e idioma. Resultados: La identificación del tipo de consumo se debe realizar mediante un cribado sistemático, usando pruebas como el AUDIT (desarrollado por la OMS para Atención Primaria, rápido, breve y flexible). Los marcadores biológicos (GGT, VCM...) también podrían usarse pero siempre deben ir acompañados de una entrevista. Tras identificar el tipo de consumo, se clasifica en: moderado, de riesgo, perjudicial y dependencia. -Cada tipo de consumo de alcohol tiene una intervención; en el caso de un consumo de riesgo, debemos utilizar la intervención breve mediante consejo simple, dando información sobre el estado de salud y riesgos. Si el consumo es perjudicial, intervendremos mediante terapia breve (entrevista motivacional y sesiones de seguimiento) valorando en todos los casos el estadio de cambio y promoviendo la responsabilidad del paciente. En el caso de una persona dependiente, se derivaría a atención especializada pero desde AP seguiríamos todo el proceso, motivando al paciente. -El nuevo patrón de consumo de riesgo: Bingedrinking o consumo intensivo de alcohol, es el más usado entre jóvenes de 15 a 34 años con un patrón de uso ascendente. Consiste en la ingesta de grandes cantidades de alcohol durante un breve período. Al darse de este modo, consumidores y familias no lo ven como una conducta de riesgo.

**Discusión:** Comúnmente se cree que la actuación más correcta sería derivar a atención especializada a este tipo de pacientes, sin embargo desde primaria podemos abordarlos una vez que los identifiquemos, derivando a especializada sólo a las personas dependientes y no a los consumos de riesgo o perjudiciales.

**Conclusiones:** Los consumos nocivos de alcohol traen graves consecuencias al paciente, pero también a las familias (bebedores pasivos), como accidentes de tráfico, violencia, o neonatos con síndrome alcohólico. Sin olvidarnos del coste sanitario que esto supone. Pero se ha demostrado que la intervención breve desde AP es la estrategia más efectiva y eficiente para abordar el consumo de riesgo y perjudicial.

**ID181**

## **ESTIMACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR Y SU RELACIÓN CON LA PRÁCTICA DE ACTIVIDAD FÍSICA Y DIETA MEDITERRÁNEA EN LA POBLACIÓN ADULTA DE LAS ISLAS BALEARES**

Ana Requena Hernández

CS Manacor (Manacor, Baleares). Atención Primaria de Mallorca (IBSalut)

[nikrequena@hotmail.com](mailto:nikrequena@hotmail.com)

**Introducción:** Según datos de la OMS, las enfermedades cardiovasculares (ECV) son la principal causa de invalidez y de disminución en la calidad de vida, así como la principal causa de muerte en el mundo (20mill. de personas en 2015), alcanzando en Europa índices del 42% del total de las muertes y en España del 35%. Se espera que en las próximas décadas se convierta en epidemia y se estima que uno de cada 8 hombres y una de cada 17 mujeres morirán en Europa antes de los 65 años por éstas enfermedades. Estos datos nos obligan a intentar conocer más en profundidad la idiosincrasia de nuestra población con el objetivo de adaptar nuestras actuaciones para ayudar a reducir sus factores de riesgo.

**Objetivos:** Objetivo general: • Determinar el perfil cardiovascular (CV) de la población de adultos mayores de Mallorca calculando mediante las tablas SCORE su riesgo de sufrir un ECV en los próximos 10 años. Objetivos específicos: • Calcular la prevalencia de factores de RCV mediante la medición de variables como: edad, sexo, IMC, tensión arterial, colesterol Total, colesterol HDL, diabetes, y tabaquismo. • Comprobar relación entre factores de riesgo modificables, actividad física y dieta mediterránea.

**Material y métodos:** Tipo de estudio: Descriptivo transversal Población de estudio: Adultos de 35 a 65 años sin ECV previo que se hayan realizado una analítica de sangre en los meses de noviembre y diciembre de 2016 en CS Santanyí. Tamaño de la muestra: Se calcula el tamaño muestral para la variable principal, "RCV". Se ha considerado una media de riesgo de 5 puntos con una desviación estándar esperada de 2 puntos, esto supone una precisión para el 95% de confianza de 0.6. El tamaño de muestra necesario es de 50 personas. Variables del estudio: • Cuantitativas: edad, IMC, SCORE, REGICOR • Cualitativas: TA, Colesterolemia, DM, tabaquismo, nivel de actividad, adherencia dieta mediterránea Recogida de datos: Historia Clínica del paciente, previa firma del Consentimiento Informado, Encuesta validada IPAQ sobre nivel de actividad física, Cuestionario validado PREDIMED sobre adherencia a dieta mediterránea. Todos los datos serán tratados de forma confidencial y los documentos registrados serán guardados por el investigador principal que firmará un documento de Confidencialidad antes de comenzar el estudio. Estrategia de análisis prevista: realizaremos el análisis de datos mediante el programa estadístico informático SPSS

**Relevancia:** Dada la creciente incidencia de eventos cardiovasculares a edades cada vez más tempranas se nos plantea la necesidad de conocer el tipo de pacientes que componen nuestro cupo. Éste estudio pretende calcular el índice de RCV de los adultos del y determinar su relación con el tipo de hábitos y/o factores modificables más prevalentes. Los resultados obtenidos pueden ayudar al personal de enfermería a encaminar sus actividades de educación para la salud hacia los grupos de población que más se puedan beneficiar de ellas.

ID204

## FRAGILIDAD ASOCIADA AL RIESGO DE CAIDAS EN EL PACIENTE ANCIANO INSTITUCIONALIZADO

Nerea García Granja<sup>1</sup>, Ivan Martín Gil<sup>2</sup>, Daniel Peña Lorenzo<sup>2</sup>, Virtudes Niño Martín<sup>2</sup>, Sofía Pérez Niño<sup>2</sup>

1: C.S. La Victoria (Valladolid). 2: SACYL

[nerea.garcia.gr@gmail.com](mailto:nerea.garcia.gr@gmail.com)

**Introducción/presentación:** Las caídas de repetición en población anciana institucionalizada suponen uno de los síndromes geriátricos más importantes, puesto que ocurren en un sector de la población "vulnerable o frágil" con mayor riesgo de morbilidad, inmovilización permanente o deterioro funcional secundario por lo que es necesario identificarlos y tratarlos precozmente. Los mecanismos implicados en la etiología de la fragilidad son complejos, pero dos elementos son esenciales en su aparición y desarrollo, la malnutrición y la sarcopenia. Son problemas muy frecuentes y graves en el anciano, que unidos a otros factores (genéticos, sociales, hormonales, enfermedades crónicas, etc.) forman parte de lo que se llama el ciclo de fragilidad, en el cual existe una retroalimentación entre los diferentes elementos que lo forman.

**Objetivos (de la experiencia):** Identificar factores de riesgo que pueden desencadenar fragilidad en el anciano institucionalizado. Determinar la influencia de dichos factores en la génesis de caídas en el anciano institucionalizado. Determinar la importancia del papel de enfermería en la prevención de caídas en el anciano institucionalizado.

**Desarrollo:** Se realizó un estudio observacional de diseño transversal en dos centros residenciales de la provincia de Valladolid pertenecientes a la zona básica de salud de La Victoria durante los meses de Agosto y Septiembre de 2016. La población a estudio fueron mujeres mayores de 65 años institucionalizadas clasificadas como pacientes crónicos G3. Para valorar la fragilidad se estudiaron los siguientes parámetros: edad, Índice de masa corporal (IMC), deterioro cognitivo (Minimental de Folstein), grado de dependencia/independencia en las ABVD (Índice de Barthel), velocidad de la marcha (test Timed up & go), fuerza de prensión (test de handgrip) y perímetro braquial.

**Resultados:** Las puntuaciones medias obtenidas fueron las siguientes; Edad 86,57 años; IMC 25; Minimental 27,27 (dos de las 33 pacientes obtuvieron una puntuación por debajo de 24); Barthel 73,03 (11 de las pacientes obtuvieron una puntuación por debajo de 60); test Timed up and go 19,06 s. (15 tardaron más de 20 s., 17, entre 10 y 20 s. y una, menos de 10 s.); Test de Handgrip 5,39; Circunferencia braquial 28,2 cm (dos obtuvieron un resultado por debajo de 24 cm).

**Conclusiones:** La población estudiada presentó alto riesgo de caídas debido a su elevada edad que conlleva mayor deterioro físico y mental y consecuentemente, un aumento en la fragilidad. El test de Timed up & go marca claramente que la mayoría de las mujeres estudiadas presentaban una velocidad de la marcha muy enlentecida lo que supone un claro riesgo de caída. El personal de Enfermería juega un papel esencial en el manejo del anciano frágil identificando aquellos factores que participan en la génesis de caídas y aportando medidas preventivas para evitar que estas produzcan.

**ID207**

## **BULLYING EN NIÑOS Y ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS: CONOCIMIENTO E IMPORTANCIA DE LA ENFERMERA ESCOLAR**

Alicia Martínez López, Clara Fullana Coll, Lorena Amigo Gómez, José Ramón Cánovas Corbalán, Montserrat Molas Puigvila

Equipo de Atención Primaria de Santa Eugènia de Berga (EAP SEB) (Santa Eugènia de Berga, Barcelona)  
[alicia.ml1989@gmail.com](mailto:alicia.ml1989@gmail.com)

**Introducción:** El acoso escolar o 'bullying' hace referencia a cualquier forma de conducta agresiva producida entre escolares con o sin intencionalidad manifiesta realizada de forma reiterada a lo largo del tiempo. Además de suceder en el centro educativo, ocasionalmente puede continuar en forma de "ciberacoso" o "ciberbullying" con conductas acosadoras a través de medios electrónicos o de comunicación como emails, SMS, o redes sociales. Se pueden diferenciar varias formas de acoso que suelen aparecer de forma simultánea: verbal, social, psicológico y físico. Entre las consecuencias más frecuentes se encuentran el aislamiento social, el absentismo escolar, la depresión e incluso lesiones físicas. Éste fenómeno es cada vez más frecuente y representa un problema alarmante. Las enfermeras de atención primaria pueden ser una pieza importante en la prevención y detección precoz del acoso, mediante programas preventivos conjuntos de pediatría y adultos que traten y aborden el problema desde los centros de atención primaria (CAP), centros educativos y centros de salud mental, a través de la organización de intervenciones adecuadas para evitar los casos de acoso escolar.

**Objetivos:** OBJETIVO GENERAL: ● Determinar el grado de conocimiento que tienen los profesionales de AP y profesores de los institutos del área básica de salud (ABS) de Sta. Eugènia de Berga acerca de la detección precoz y tratamiento del acoso escolar. ESPECÍFICOS: ● Conocer si hay medidas específicas implementadas en los institutos y en los equipos de salud sobre prevención o detección del acoso escolar. ● Identificar los principales factores de riesgo de padecer el acoso. ● Identificar las conductas que más se relacionan y favorecen la aparición del acoso escolar. ● Proponer actuaciones preventivas a seguir por parte de la enfermera escolar y del profesorado en las situaciones de riesgo detectadas.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo mediante cuestionario de elaboración propia, online, anónimo y voluntario realizado en los profesionales implicados en Santa Eugenia de Berga (enfermeras, médicos de familia y pediatría de los 8 consultorios del ABS, y profesores desde 1º de Primaria hasta 2º de Bachiller de los 3 institutos de la zona). Posteriormente se realizarán sesiones formativas a los profesionales sobre el acoso escolar y se evaluará el efecto de la intervención mediante un nuevo pase del cuestionario.

**Relevancia:** El estudio podría permitir determinar el grado de conocimiento de este grave problema y mejorar la coordinación entre el centro de salud y los centros de educación con el fin de planificar actuaciones conjuntas e identificar la existencia de casos de acoso no detectados o no tratados. Además, podría servir para potenciar la figura de la enfermera escolar y la vinculación entre los centros de educación y los de salud.

**ID243**

## LA HIGIENE DE MANOS, UNA PRÁCTICA UNIVERSAL E INTERNACIONAL

Gloria Torrecilla Rosado, Alberto Martínez de Baños Tapia, Carmen Hidalgo-García, Joaquín Villar-Oset, Teresa Castro-Pintado, Beatriz Sanchez-Mangas

CS Campamento (Madrid)  
[gloria.torrecilla.rosado@gmail.com](mailto:gloria.torrecilla.rosado@gmail.com)

**Introducción/presentación:** La importancia de la práctica de la higiene de manos en la salud de las personas es un hecho indiscutible. Las organizaciones sanitarias utilizan una gran cantidad de recursos y esfuerzos para conseguirlo, en ocasiones olvidando que la actuación a nivel colectivo es muy efectiva. La infancia es una etapa vital en cuanto a la instauración de hábitos saludables, y por tanto es necesario que los proyectos diseñados para conseguirlo sean agradables, para favorecer su permanencia en el tiempo. El diseño de éstas acciones es laboriosa y difícil, por lo tanto el uso de proyectos ya elaborados, ajustándolos a la población y realidad donde van a ser utilizados, resulta lo más eficiente. En éste trabajo vamos a compartir la experiencia de los estudiantes EIR en su rotación en Guatemala.

**Objetivos (de la experiencia):** Nuestros objetivos fueron: Conseguir despertar en los niños la necesidad de la higiene de manos, enseñarles los pasos para realizar una higiene adecuada, adaptar un proyecto a la población real en Guatemala, hacer visible y poner en valor el resultado de la experiencia y animar a otros profesionales a apoyarse en proyectos ya creados.

**Desarrollo:** Como parte de las actividades que preparamos realizamos una intervención comunitaria sobre higiene de manos e higiene-bucodental, dirigida a niños de edades entre los 3 y los 6 años. Se llevó a cabo en la escuela. Utilizamos recursos como cartulinas, lápices de colores y témperas por ser fáciles de encontrar y con bajo coste. El proyecto incluía la explicación de la técnica de lavado de manos a través de un cuento y de los pictogramas ya utilizados en Madrid, que representaban los cinco pasos principales: Montaña, mariposa, rastrillo, moto y guitarra. Contamos con la colaboración de los cooperantes de la ONG.

**Resultados:** Nº de grupos: 4 Nº niños: 73 La medición de resultados en salud deberá realizarse a largo plazo, por lo que habría que plantearse un nuevo trabajo de investigación al respecto. Los resultados de participación y satisfacción han sido excelentes.

**Conclusiones:** Presentamos una experiencia enmarcada en el ámbito de la formación de especialistas en enfermería comunitaria y familiar. La intervención en una población desfavorecida, vulnerable y fuera del confort del mundo occidental resulta muy interesante para resaltar los propósitos de nuestra profesión. Estos proyectos llegan a un gran número de personas, por tanto más efectivos y eficientes y distintos a la atención individual clásica de la enfermería, con los que población y profesionales se sienten muy satisfechos, con un coste muy bajo y por tanto gran eficiencia. La novedad en este caso es la aplicación de un proyecto ya elaborado, lo que indica colaboración y coordinación enfermera. Desde nuestro punto de vista desarrolla una de las actividades-funciones con más futuro para la enfermería, en la que debemos profundizar.



**ID245**

## ¿CÓMO VALORAR LAS NECESIDADES ESPIRITUALES DE LOS PACIENTES EN ATENCIÓN PRIMARIA?

María R. Rodríguez Jiménez<sup>1</sup>, Alejandra Tormo Claramonte<sup>2</sup>, Isabel García García<sup>2</sup>, Aitana Pallardo Serrano<sup>2</sup>, Encarnació Tor Figueras<sup>2</sup>

1: Centro de Atención Primaria Terrasa Nord (Terrasa, Barcelona). 2: Consorcio Sanitario de Terrasa  
[maria-rodriguezgr@gmail.com](mailto:maria-rodriguezgr@gmail.com)

**Introducción/justificación/objetivo:** Desde atención primaria nos encontramos con gran diversidad de pacientes que están pasando por situaciones de sufrimiento, enfermedades terminales, situaciones de pérdida... Ante estas circunstancias, una valoración integral del paciente es importante para dar unos cuidados adaptados a todas sus necesidades. La visión integral incluye atención a la persona desde todas sus dimensiones bio-psico-social y también espiritual. Sin embargo, tal y como informa un estudio realizado por Barbero, Boyés y cols, entre los profesionales existe una tendencia a no escuchar las necesidades espirituales de la mayoría de los pacientes, debido a la dificultad en su identificación y ausencia de protocolos de evaluación. Actualmente, la atención espiritual es un tema que se está desarrollando específicamente entre los profesionales de cuidados paliativos; siendo un área poco atendida por el resto de profesionales. Bayés y Borrás, hablaron de la necesidad de disponer de instrumentos o estrategias de cribado que permitan detectar, mediante screening, a los pacientes con necesidades espirituales. **OBJETIVO** Buscar herramientas validadas para la valoración de las necesidades espirituales

**Desarrollo:** DESARROLLO El presente estudio es el resultado de una revisión bibliográfica. · Base de datos consultada: Pubmed · Términos clave: "spirituality needs and care" · Filtros: idioma inglés y español · Nº de documentos obtenidos: 340 de los cuales 80 fueron relevantes · Criterios de selección: - Estudios que ofrezcan datos de fiabilidad y validez de los instrumentos - Estudios que hayan validado los instrumentos transculturalmente y con aplicabilidad en muestra española · Nº de documentos revisados: 25 Resultados: De las escalas evaluadas en España para la valoración espiritual existen, la Palliative Outcome Scale5 y el cuestionario GES de la SECPAL6 para cuidados paliativos. Otros instrumentos encontrados, no específicos de cuidados paliativos son, el MQOL-HIV, la Beck Hopelessness Scale, o el Missoula-VITAS Quality of LifeIndex.

**Discusión:** DISCUSIÓN La valoración espiritual formal, requiere de un protocolo de atención, habilidades de escucha activa y conciencia de la relevancia del abordaje de la dimensión espiritual. Ante la búsqueda de herramientas que hayan sido validadas para la valoración espiritual por parte de los profesionales, aparecen las siguientes dificultades: ·Falta de precisión en las definiciones que sustentan los instrumentos ·Sesgos culturales ·Falta de adaptación o validación transcultural de los instrumentos Además, atendiendo a los diferentes modelos de atención, es importante un aspecto a cumplir por todos ellos, deben poder ser compartidos por las diferentes escuelas psicológicas así como por las distintas corrientes espirituales, agnósticas o ateas.

**Conclusiones:** CONCLUSIONES · La valoración integral del paciente incluye también la detección de las necesidades espirituales, para ello se deberían adoptar instrumentos estructurados de valoración. · Requisitos para estos instrumentos: - Ser sencillos, con preguntas abiertas que favorezcan la expresión. - Su administración debe tener, en lo posible, efectos terapéuticos - No debe ser traducción literal de cuestionarios diseñados en otras culturas. · La valoración espiritual formal, debería documentarse en los registros del paciente.

**ID250**

## **INFESTACIÓN POR PULGAS: ABORDAJE DE UNA SITUACIÓN DE DESPROTECCIÓN DE LA PERSONA, QUE AFECTA TAMBIÉN A LA POBLACIÓN Y A LOS PROFESIONALES**

Resurrección Pérez de Arenaza-Ruiz de Munain, Idoia Larrañaga Cortabarria, Salomé Aramburu Garate, Milagros Ballina Arratibel, Maitane Probanza Soraluze, Alaitz Mujika Altuna.

Centro de Salud Zumárraga (Zumárraga, Guipúzcoa)

[resurreccion.perezdearenaza@osakidetza.eus](mailto:resurreccion.perezdearenaza@osakidetza.eus)

**Introducción:** Varón, 81 años, acude a consulta para cura de úlceras y control de patologías, detectándose infestación por pulgas. Por su situación precisa abordaje multidisciplinar: Servicios sociales y Sanitarios; afecta también a personas de la comunidad, sanitarios que le atienden y sus familias (porque llevan pulgas a casa). Durante el abordaje quedan en evidencia: • las dificultades/déficit en la coordinación de los diferentes agentes implicados, • el debate ético sobre el respeto a las decisiones del paciente, • la protección de las personas.

**Presentación del caso:** Antecedentes médicos más relevantes: DM2, HTA, Alteración ventilatoria, SAOS con posible HTP, marcapasos, Insuficiencia venosa crónica, úlceras vasculares, gonartrosis, espondiloartrosis. No sigue pautas de medicación prescritas, tampoco utiliza adecuadamente la BIPAP. Curas de úlceras recidivantes en piernas en la Unidad de Atención Primaria desde enero-2010. Ya entonces presentaba déficit de higiene, en enero-2014 se añade infestación por pulgas (se mantiene), en 2016 también aparecen garrapatas (puntualmente). Ha vivido solo en zona rural, hasta que en abril-2015 le acogió un amigo en su caserío, viviendo los dos solos, sin cuidador ni ayuda domiciliaria. Sin familia próxima. Cuida los gatos del barrio (posible foco de infección), presenta notoria falta de higiene acentuada por movilidad limitada. Entiende la importancia del autocuidado pero no lo incorpora en sus hábitos. Acude a consulta en su propio coche, presenta disnea a pequeños esfuerzos (camina muy poco, con muleta). Necesita operarse de cataratas para renovar el permiso de conducir (y mantener la actual autonomía para desplazamientos), pero no tiene recursos que garanticen la realización adecuada del tratamiento postoperatorio. Rechaza ingreso temporal en residencia tras intervención. Se contacta con Servicios Sociales, Salud Laboral, Servicio Medicina Preventiva, Salud Pública. Sin éxito.

**Valoración:** Escalas empleadas: v ÍNDICE BARTHEL:95 dependencia leve Precisa ayuda para higiene, también de ropa/calzado/casa. v ÍNDICE LAWTON-BRODY:3 dependencia moderada Realiza manejo básico del teléfono; puede comprar pequeñas cosas en su entorno con coche; déficit visual para conducir su coche de forma segura; no gestiona adecuadamente la medicación y el dispositivo nocturno. v GIJON abreviada:10 Deterioro social severo (Alto riesgo de institucionalización). No cuenta con apoyo familiar/otros; se desplaza con su coche en un radio relativamente corto, suficiente para mantener cierta vida social; no tiene apoyo de la red social y lo necesita.

**Plan de cuidados y resultados:** \*Diagnósticos de enfermería: NOC NIC Afrontamiento inefectivo Toma de decisiones Apoyo en la toma de decisiones Déficit de autocuidado: higiene Autocuidados: Higiene Ayuda higiene Deterioro de integridad cutánea Curación 2º intención Cuidados Úlceras vasculares Régimen terapéutico: Manejo inefectivo Conducta de cumplimiento Modificación de la conducta \*Medidas de protección profesionales y población: Cita a última hora, buzo de protección. Ningún otro paciente refiere picaduras, sí familiares de enfermeras. La dilatación del proceso requiere implicación de la Gerencia de Organización Sanitaria, y del Alcalde. Finalmente ingreso voluntario en Residencia.



**Discusión/conclusiones:** • Ante problemas socio-sanitarios: Evidente dificultad para gestionar situaciones difíciles que requieren abordaje multidisciplinar (políticos municipales, servicios sociales, sanitarios, limpieza). • Paciente rechaza: limpieza hogar-gatos, asistencia domiciliaria, ingreso en residencia. • “Conflicto ético”: respeto decisiones del paciente /protección población y profesionales. •

Conclusión: es necesaria mayor coordinación entre las diferentes organizaciones para mejorar la seguridad de las personas.

**ID256**

## **NUEVAS ADICIONES Y SUS REPERCUSIONES EN LA SALUD MENTAL**

Manuela Salas Lario<sup>1</sup>, María Dolores Jódar Salas<sup>2</sup>, José Carlos Espín Navarro<sup>2</sup>, José Jesús Fernández-Rufete Muñoz<sup>2</sup>, María Isabel Carrión Miñarro<sup>2</sup>, M. Ángeles López Espejo<sup>2</sup>

1: EAP San Diego (Lorca, Murcia). 2: Hospital Rafael Méndez de Lorca  
[salas.lario@gmail.com](mailto:salas.lario@gmail.com)

**Introducción/justificación/objetivo:** Las tecnologías de la información han revolucionado el estilo de vida y de comunicación en menores de edad. El número de horas que los adolescentes dedican a las tecnologías ha aumentado considerablemente en los últimos años, afectando ampliamente a la calidad de vida, así como a su relación con el entorno. Estas conductas han comenzado a etiquetarse como adictivas causando daño a la salud mental de los adolescentes, lo cual justifica la presente revisión. **OBJETIVO:** Conocer los principales factores de riesgo relacionados con la dependencia a las nuevas tecnologías así como sus repercusiones en la salud mental en población adolescente.

**Desarrollo:** Revisión bibliográfica descriptiva. bases de datos: Medline, Cuiden, Lilacs, y Google académico  
Periodo: Febrero y Junio de 2016. Decs : salud mental, impactos en la salud ,factores de riesgo, adolescente, dependencia y adelantos tecnológicos Mesh: Mental Health, Impacts on Health , Risk Factors, Adolescent Dependency y Technological Development . Boleaos : AND, NOT, OR Criterios de inclusión: Artículos en inglés y castellano Últimos 10 años Criterios exclusión: mayores de 18 años. Límites: texto completo, español e inglés Total de artículos encontrados fueron 1345 de los cuales se seleccionaron 14. Resultados: 1. FACTORES DE RIESGO: Impulsividad, disforia ,intolerancia a estímulos displacenteros, tanto físicos (dolores, insomnio o fatiga) como psíquicos (disgustos, preocupaciones o responsabilidades); búsqueda exagerada de emociones fuertes. Problema de personalidad (timidez excesiva, baja autoestima o rechazo de la imagen corporal) , estilo de afrontamiento inadecuado ante las dificultades . Problemas psiquiátricos previos aumentan el riesgo . Personas que muestran una insatisfacción personal , cohesión familiar débil y unas relaciones sociales pobres. 2. REPERCUSIONES EN LA SALUD MENTAL: Puede aparecer privación de sueño lo cual podría dar lugar a fatiga y debilitación del sistema inmunitario. Los efectos psicológicos negativos, consisten en alteraciones del humor, ansiedad, depresión o impaciencia , estado de conciencia alterado , irritabilidad y agresividad . Desde un punto de vista sistémico, afecta a los ámbitos familiar(disminución en la comunicación con los miembros de la familia), académico, social(aislamiento) y profesional así como resta libertad al individuo con su soledad.

**Discusión:** La inexistencia de un consenso en la conceptualización de la adicción a estas tecnologías dificulta la delimitación del problema y su estudio. Su uso abusivo presenta algunas similitudes con la adicción a sustancias. **IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA ENFERMERA:** Hay que educar y concienciar al joven, la familia y sus profesores de sus graves consecuencias psicológicas realizando una guía de intervención de enfermería y educación .

**Conclusiones:** 1. El uso de las nuevas tecnologías puede llegar a convertirse en un comportamiento disfuncional con respuestas desadaptativas. 2. Los factores de riesgo son tanto sociales (aislamiento) como psicológicos( impulsividad, disforia, timidez y baja autoestima) entre otros. 3. Las principales repercusiones son agresividad, aislamiento, ansiedad, depresión , así como alteraciones a nivel social, familiar y académico.

**ID257**

## **DISEÑO DE UNA INTERVENCIÓN ENFERMERA EXPERIMENTAL DENTRO DE UN ENSAYO CLÍNICO POR CONGLOMERADOS PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE CUIDADORES MAYORES DE 65 AÑOS**

Petra García Sanz, Natalie Harris de la Vega, María Martín Martín, M<sup>a</sup> Soledad Frías Redondo, Milagros Rico Blázquez

C.S Juncal (Torrejón de Ardoz, Madrid)

[pgarciasanz@salud.madrid.org](mailto:pgarciasanz@salud.madrid.org)

**Introducción/presentación:** El cuidado informal se conceptualiza como un evento vital estresante<sup>1</sup> e infradiagnosticado<sup>2-5</sup>. En la práctica clínica, las enfermeras tienden a centrar la atención en la persona enferma, sin tener en cuenta el entorno familiar. Desde la perspectiva psicológica se han propuesto modelos para explicar la carga del cuidador y estrategias de mejora del afrontamiento y apoyo social para reducirla<sup>6</sup>. La revisión sistemática de Parker D. et al<sup>7</sup>, recomienda programas individualizados en lugar de sesiones grupales, participativas, con información específica y permanente. El apoyo mutuo, trabajo en grupo y materiales de autoayuda no parecen tener efectos significativos en la sobrecarga. Es necesario realizar estudios para analizar la efectividad de estos programas<sup>7,8</sup>. Nuestro grupo de investigación diseña un ensayo clínico por conglomerados cuyo objetivo es evaluar el efecto de una intervención de cuidados frente a la intervención habitual para mejorar la calidad de vida de las personas mayores de 65 años que desempeñan el rol de cuidador. En este contexto, se desarrolla esta experiencia.

**Objetivos (de la experiencia):** Diseñar una intervención enfermera para la rama experimental del ensayo clínico. Objetivos específicos: - Formar un grupo de trabajo para diseñar la intervención. - Utilizar metodología enfermera como marco de referencia. - Garantizar la viabilidad de la intervención en términos de aplicabilidad, efectividad, generabilidad y no interferencia con la práctica clínica.

**Desarrollo:** Para el diseño de la intervención experimental se plantea un trabajo de dinámica grupal, liderado por una enfermera licenciada en psicología. Se formó un grupo de 7 enfermeras, expertas en metodología, con experiencia en atención familiar y comunitaria. Durante 18 meses se mantienen reuniones presenciales mensuales en el Centro de salud y trabajo continuo online. Se llevó a cabo búsqueda bibliográfica, tormenta de ideas, priorización, desarrollo de contenidos por pares, revisión grupal y de externos. La impresión del documento final fue financiada con los fondos del proyecto.

**Resultados:** La intervención se enmarca en el modelo de Orem y se articula utilizando criterios NOC e intervenciones NIC como base para las actividades propuestas. Se diseña una intervención individual, de 7 sesiones, 30 minutos/sesión y 15-30 días entre cada una. Aplicable en consulta o domicilio. Enfocada al desarrollo de estrategias de afrontamiento para que el cuidador cuide con éxito y sea capaz de gestionar su propio autocuidado. Se elabora un cuadernillo en soporte papel, agrupado en sesiones, con información guía para la enfermera, ejercicios para trabajar con el cuidador e información de refuerzo. Las 48 enfermeras de la rama experimental se forman en una sesión de entrenamiento (4horas).

**Conclusiones:** Se ha estandarizado una intervención enfermera. Las enfermeras investigadoras creen que es una herramienta útil en la práctica clínica y los resultados preliminares del estudio muestran efectos moderados y estadísticamente significativos. La traslación de la investigación a la consulta es sencilla; es factible su implementación en atención primaria.

**ID280**

## **AFRONTAMIENTO DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD A TRAVES DEL “MINDFULNESS” EN UN GRUPO DE MUJERES EN EL AREA BASICA DE SALUD DE MANLLEU**

Lorena Amigo Gómez, Laura Almendros Plana, Silvia Altimiras Rovira, Clara Fullana Coll  
CAP Manlleu (Manlleu, Barcelona)  
[l.amigo.gomez@gmail.com](mailto:l.amigo.gomez@gmail.com)

**Introducción/presentación:** Los trastornos de ansiedad constituyen un importante problema de salud debido a su alta prevalencia y a las repercusiones sobre la calidad de vida de las personas que los padecen y sus familias. La mayoría de estas personas son atendidas en Atención Primaria. Enfermería puede abordarlos mediante grupos de educación a través de los Planes de Cuidados Enfermeros.

**Objetivos (de la experiencia):** General: Dotar de las competencias y recursos internos necesarios que permitan identificar las reacciones habituales a los agentes estresantes y su adecuado afrontamiento. Específicos: Reconocer el estrés y los estresantes causantes de reacciones. Mejorar la forma como gestionan las emociones en lo cotidiano y ante situaciones complejas. Incrementar la capacidad de concentración y atención y el estado de relajación ante situaciones estresantes. Disminuir el consumo de medicación como afrontamiento ante situaciones estresantes.

**Desarrollo:** Intervención psicoeducativa, dirigida a mujeres menores de 50 años que presentan trastornos de ansiedad, estrés y desánimo, quedando excluidas aquellas con trastornos psiquiátricos de larga evolución. Las enfermeras de cada Unidad Básica Asistencial proponen a mujeres la participación a esta intervención; quienes realizan, con las dos docentes, una entrevista personal en la que cumplimentan el test de Goldberg y exponen su situación; y las docentes seleccionan a las integrantes del grupo. La intervención tiene lugar en el aula de educación del Centro de Atención Primaria de Manlleu. Consta de 9 sesiones de dos horas, donde tratan temas como la atención y consciencia plena, respiración atenta, relajación muscular y meditación. Cada sesión está estructurada en contextualización, desbloqueo, técnicas de expresión no verbal y relajación. Se emplean medios audiovisuales para facilitar el aprendizaje y comprensión de los temas impartidos. En la última sesión realizan una encuesta de satisfacción. A los tres meses de la finalización se realiza una entrevista telefónica para valorar el estado actual.

**Resultados:** La media de edad es de 45 años. El 55% son cuidadoras informales, mientras que el resto de perfiles han sido diversos. En cuanto a la evaluación de la satisfacción, la gran mayoría están muy satisfechas en relación a utilidad, metodología, organización y equipo docente y lo recomendarían a otras personas. Cabe destacar que un gran número de participantes percibe que la duración de la intervención ha sido corta, y les hubiese gustado hacer algunas sesiones más. A los tres meses de la finalización, más de la mitad de las participantes informaron haber disminuido la toma de medicación como afrontamiento ante situaciones estresantes, y algunas comenzaron a practicar yoga, meditación y relajación autodirigida.

**Conclusiones:** La intervención ha resultado eficaz. Se ha reducido los síntomas de ansiedad y la disfunción social, aumentado la atención y concentración en la experiencia vital del presente y disminuido la toma de medicación. Ha sido bien aceptada por las participantes como demuestra la alta valoración recibida. Potenciar las terapias cognitivo-conductuales como primera opción para el abordaje de este tipo de trastornos en el ámbito de la Atención Primaria.

**ID294**

## **CAÍDAS EN PERSONAS MAYORES. CONOCER PARA PLANIFICAR Y FACILITAR**

Fátima Corroto Rioja, Encarnación Ortega Vázquez, Fructoso Rodríguez Muñoz, Purificación Sánchez-Girón Gutierrez, Mara Turel Calamardo, Alejandro Villarín Castro

C.S Villaluenga (Villaluenga de la Sagra, Toledo)  
[faty\\_605@hotmail.com](mailto:faty_605@hotmail.com)

**Introducción:** Existen diversos estudios sobre caídas con una amplia variabilidad de resultados en cuanto a su frecuencia, causas y consecuencias, pero es evidente que supone un problema de salud pública y se debe intervenir, a nivel individual y comunitario, en su prevención.

**Objetivos:** Conocer la prevalencia de caídas accidentales y factores asociados en personas con una edad  $\geq 65$  años, residentes en un entorno semirural para, posteriormente, establecer un Programa Preventivo.

**Material y métodos:** Estudio Descriptivo Transversal, mediante un cuestionario basado en el validado por la OMS para el estudio de caídas en el anciano, recogiendo variables demográficas y sociales, índices de Barthel y Pfeiffer, dispositivos de ayuda física, patologías principales, ejercicio, fármacos, caídas en los últimos doce meses del estudio y consecuencias y características de las mismas. Población a estudio: 1305 personas con edades  $\geq 65$  años de cuatro Equipos de Atención Primaria de diferentes Zonas Básicas de Salud. Se ha extraído una muestra para un nivel de confianza del 95% , resultando  $n=298$ , elegidos posteriormente por muestreo aleatorio simple. Los datos se obtuvieron mediante entrevista directa o con la colaboración del cuidador en el caso de deterioro cognitivo. Se calcularon porcentajes y se realizó un análisis bivariante mediante la variable de caída en el último año.

**Resultados:** El 28,5% de los participantes tenían edades comprendidas entre 65-70 años, frente al 21,9% con edad  $>85$  años, siendo el 54,75 mujeres. El 51,01% resultó dependiente según el test de Barthel ( $<100$ ) y el 82,6% presentaba un funcionamiento intelectual normal. Los mayores porcentajes por patología principal fueron la cardiovascular y ósea, con un 66,8% y un 11,4% respectivamente. El 12,1% tenía implantado un dispositivo articular (cadera/rodilla) y el 25,2% utilizaba algún dispositivo de soporte. El 4,3% audífono y el 58,4% lentes oculares. El 55,7% afirmaron realizar ejercicio diario. El 16,8% tomaba hipnóticos, el 68,8% antihipertensivos, el 19,1% diuréticos, el 15,4% hipoglucemiantes, el 13,8% analgésicos, el 10,7% antidepresivos y el 26,5% AINEs. Afirmaron haberse caído en total de 67 personas (44,8%) de las que 10,1% del total de la muestra precisó atención sanitaria por lesión. De éstas, 5 sufrieron fractura y 1 presentó traumatismo craneoencefálico. En el análisis bivariante encontramos asociación con el sexo: se caen el 16,4% de los hombres frente al 28% de las mujeres ( $p=0,025$ ). Se caen el 27,7% de los que usan lentes frente al 15,4% de los que no las usan ( $p=0,016$ ). Por la toma de hipnóticos se caen el 34% de los que los toman frente al 20,3% que no los toman ( $p=0,042$ ). Se caen el 46,1% de los que toman antidepresivos frente al 19,7% de los que no los toman ( $p=0,001$ ).

**Discusión y conclusiones:** Las caídas pueden tener graves consecuencias para las personas. Este estudio demuestra que la utilización de lentes por deficiencia visual y la toma de hipnóticos y/o antidepresivos son factores asociados a tener en cuenta para establecer medidas dirigidas a la información y enseñanza individual y comunitaria, con el fin de facilitar la adecuación y optimización de su uso.

**ID346**

## ¿CUÁL ES EL GRADO DE CONTROL METABÓLICO DE LOS DIABÉTICOS TIPO 2 EN UNA POBLACIÓN?

Silvia Gamarra Maza, Maria Izarbe Molina Domec, Antonio Marruecos Mansilla

Cap Sant Llàtzer (Terrassa, Barcelona). Consorci Sanitari Terrassa

[silvia.gmaza@gmail.com](mailto:silvia.gmaza@gmail.com)

**Introducción:** En España aproximadamente el 12% de la población adulta española tiene diabetes mellitus 2 (DM2), y el 4% de estas personas lo desconoce. Es una enfermedad con gran impacto económico, supone un gasto de 758-4348€/persona/año. Por tanto, hemos de tomar medidas de prevención para frenar el aumento y las complicaciones. Cada vez más son los pacientes que atendemos en consulta de Atención Primaria para reeducarlos y así hacer que ganen en calidad de vida. Partiendo del desconocimiento del grado de control metabólico de los diabéticos tipo II de nuestro ámbito de trabajo y por consecuencia, su grado de cumplimiento terapéutico; nos planteamos una reeducación, seguimiento continuo y nuevas estrategias para la salud. Para esto debemos saber si es efectiva la intervención protocolizada que llevamos a cabo hasta ahora.

**Objetivos:** Nos hemos planteado en nuestro trabajo como objetivos principal conocer el grado de control metabólico de los diabéticos tipo 2 diagnosticados del CAP Sant Llàtzer de Terrassa de los que hacemos seguimiento continuo en consulta. Y como objetivos secundarios; analizar datos sociodemográficos de los diabéticos asignados a nuestra Unidad básica Asistencial (UBA) y saber qué tipo de tratamiento farmacológico.

**Material y métodos:** El diseño de estudio es un observacional transversal retrospectivo. Los sujetos de estudio son Diabéticos tipo 2, ya diagnosticados, asignados a tres Unidades Básicas Asistenciales (UBA) del CAP Sant Llàtzer de Terrassa que han seguido controles en la consulta de enfermería del 1 de enero del 2016 a 31 de diciembre del 2016. Como criterio de inclusión que tengan dos determinaciones de hemoglobina glicosilada (HbA1) siguiendo las recomendaciones de las guías clínicas.

**Resultados:** Hemos escogido una población de diabéticos de tres UBAs de N=264, de los cuales 168 se han realizado algún control analítico en 2016 y de estos cumplen criterios de inclusión 117. Como datos sociodemográficos 58 (49,5%) son hombres y 59 (50,5%)son mujeres. Hemos revisado el grado de control metabólico resultando que 69 ( 59%) tienen un buen control (HbA1 <7) y 48 (41%) mal control HbA1 >7. Sólo 8 (6,8%) no han hecho ningún control de enfermería y el resto sí. En cuanto a tratamiento un 18% sólo está con modificación de hábitos higiénico-dietéticos. Hemos comparado las dos determinaciones de HbA1 y 74 un 63% han mejorado o/y mantienen el nivel de control metabólico, de los cuales 40 se han visitado en la consulta de enfermería en tres o más ocasiones.

**Discusión y conclusiones:** Hemos podido observar que los que tienen mejor control han realizado un mínimo de 3 visitas anuales. El hecho de responsabilizar a la persona de su enfermedad hace que obtengamos mejores resultados en el manejo de su diabetes.



**ID371**

## **LA ENFERMERA COMUNITARIA COMO GESTORA Y COORDINADORA DE LOS CUIDADOS DE LA PERSONA CON HERIDAS EN LA COMUNIDAD**

Alicia Negrón Fraga<sup>1</sup>, Rosa Arnal Selfa<sup>2</sup>, Cristina Cedrún Lastra<sup>2</sup>, Azucena Santillán García<sup>2</sup>, Francisca Martín Llorente<sup>2</sup>, M<sup>a</sup> José Ávila Sánchez<sup>2</sup>

1: Centro de Salud Arroyo de la Vega (Alcobendas, Madrid). 2: Servicio Madrileño de Salud  
[alicia82mad@gmail.com](mailto:alicia82mad@gmail.com)

**Introducción:** La Enfermera Comunitaria EC trata un porcentaje cercano al 100% de las personas con heridas que acuden al centro de salud. Los usuarios que acaban de someterse a una intervención quirúrgica o que padecen patologías crónicas con heridas o úlceras de larga evolución se encuentran en una etapa de vulnerabilidad. A menudo, las decisiones en relación al tratamiento o diagnóstico se retrasan debido a los múltiples profesionales sanitarios hospitalarios y de Atención Primaria que intervienen en el proceso.

**Objetivos:** - Estimar el porcentaje de peticiones de cultivo de heridas emitidas por la EC respecto del total de órdenes diagnósticas emitidas a los usuarios de un centro de salud durante el año 2016. - Objetivo secundario: analizar las variables ente las posibles diferencias entre profesionales.

**Material y métodos:** - Estudio descriptivo longitudinal retrospectivo sobre los usuarios atendidos en un centro de salud durante el año 2016. - Se analizará el total de las peticiones de cultivo de heridas emitidas por los profesionales del centro de salud. - Variable principal: profesional que emite la orden de microbiología: EC, médico de familia, pediatra, otros. Variables sociodemográficas de los distintos profesionales: edad, sexo, formación académica, años de experiencia. - Recogida de datos anonimizada mediante sistemas de la información y análisis mediante programa SPSS. - Análisis mediante media, moda, tantos por cien y dispersión.

**Relevancia:** Enfermería trata casi la totalidad de las heridas en un centro de salud. Consideramos pertinente analizar cómo se desarrolla esta parte del proceso como parte de un análisis mayor de la autonomía de la enfermera y una enfermería visible.

**ID375**

## **DESAFÍOS DE LA ENFERMERA COMUNITARIA ANTE EL FENÓMENO DE LA INMIGRACIÓN**

Lidia Fernández Villa

Cs Contrueces (Gijón, Asturias)

[lidiafevi@gmail.com](mailto:lidiafevi@gmail.com)

**Introducción/justificación/objetivo:** La migración es un fenómeno social creciente, en España durante 2015 se registraron 343.614 inmigraciones procedentes del extranjero. Esto ha implicado un reto para la Enfermería Comunitaria, ya que requiere la adquisición de habilidades que faciliten las relaciones terapéuticas a través del entendimiento de su cultura. Se determinó como objetivo principal comprender la importancia de los cuidados de enfermería y la transculturalidad así como proponer pautas que brinden una atención de calidad a este colectivo.

**Desarrollo:** Se realizó una revisión bibliográfica consultando en diversas bases de datos especializadas: Cuiden, Enfispo y Lilacs, así como documentos no indexados. Para ello se introdujeron los descriptores: Emigración e Inmigración (Emigration and Immigration); Enfermería Transcultural (Transcultural Nursing); Servicios de Salud Comunitaria (Community Health Services); Atención Primaria (Primary HealthCare) y se seleccionaron como criterios de inclusión aquellos artículos escritos en lengua española con disponibilidad de texto completo cuyo título y resumen fuese pertinente con la temática tratada y publicados entre 2005-2016. Se revisaron un total de 47 artículos de los que fueron seleccionados 23. La competencia cultural son los conocimientos, actitudes que capacitan al profesional para trabajar en diferentes contextos interculturales. Esta formación aunque es escasa en España, forma parte de los estudios de grado y postgrado de Enfermería en países como Estados Unidos, Canadá o Reino Unido • Los principales roles de enfermería en la atención del paciente migrante son: proveedora de cuidados, consejera, defensora de derechos y educadora entre otros. Estudios cualitativos muestran que algunas de las barreras más importantes del personal sanitario son la falta de formación en competencia cultural, la barrera idiomática. Para afrontarlo podemos basar nuestros cuidados la teoría de la diversidad y universalidad de los cuidados culturales propuesta por Leininger, basada en la convicción de que las personas de culturas diferentes pueden ofrecer información y orientar a los profesionales para recibir la clase de cuidados desean de modo que les puedan favorecer a esas personas y sus familias su adaptación al medio.

**Discusión:** En la atención al inmigrante, factores como las diferencias culturales y la barrera idiomática pueden suponer disruptores en la calidad de nuestros cuidados. Por otra parte, además de su patología basal también puede adquirir enfermedades de adaptación y de base social, lo que visibiliza la necesidad de brindarles una atención específica. La formación de competencia cultural puede ser la piedra angular para fortalecer la práctica de enfermería en el ámbito de la Atención Primaria y facilitar así el desarrollo de actividades comunitarias centradas en el inmigrante, extendiendo las medidas preventivas, de promoción y educación para la salud pertinentes.

**Conclusiones:** - Es necesario potenciar formación adecuada en la transculturalidad en España para dar respuesta a las nuevas realidades - Entender la cultura del paciente inmigrante libre de prejuicios y estereotipos es indispensable para poder ofrecer un cuidado holístico de calidad, -Son necesarios más esfuerzos por parte de la Administración Pública para formar a los profesionales y a su vez ofrecer recursos que faciliten la adaptación del colectivo inmigrante

**ID20**

## **ABORDAJE INTEGRAL DE UN HOMBRO DOLOROSO EN ATENCIÓN PRIMARIA**

Miguel Aladro Castañeda, Rosa Díaz Ruiz

C.S. El Empalme (Carreño, Asturias)

[aladro.mike@gmail.com](mailto:aladro.mike@gmail.com)

**Introducción:** El hombro doloroso es una patología habitual en atención primaria. Factores posturales, biomecánicos y otros como la edad influyen en el desgaste de la articulación, produciendo un acortamiento en las estructuras tendinosas y con ello, la aparición del dolor. Si nos centramos solamente en la desaparición del dolor, el paciente mejorará pero la articulación seguirá estando débil y correrá el peligro de una agudización o agravamiento de la lesión. Desde la consulta de enfermería podemos aliviar al paciente mediante la colocación de vendajes funcionales y también podemos educarlo para que trabaje la movilidad y el fortalecimiento de la articulación en su domicilio.

**Presentación del caso:** Varón de mediana edad que acude a la Consulta de Atención Primaria por dolor en hombro derecho. Tras la exploración por su MAP es diagnosticado de una tendinitis en el supraespinoso. Se le recomienda reposo relativo, se prescriben antiinflamatorios y frío local y se deriva a la consulta de enfermería para colocar un vendaje funcional. Tras realizar la valoración de enfermería, se coloca un vendaje funcional para descargar el hombro y se cita para seguimiento del problema. No acude a la siguiente cita por mejoría con el vendaje y recae de la lesión. Se vuelve a colocar vendaje y se programa una cita semanal para cambiar vendaje, evaluar la lesión y educar al paciente.

**Valoración:** Se realiza una valoración de enfermería por patrones funcionales de M. Gordon, estando alterado el patrón Cognitivo-Perceptivo. Diagnósticos/problemas: Se identifica como problema principal el dolor que percibe en su hombro y que le dificulta desempeñar con normalidad su actividad diaria. El diagnóstico utilizado atendiendo a la taxonomía NANDA fue: • Dolor relacionado con agentes lesivos físicos. Resultados esperados Mejorar la percepción del dolor y recuperación de la lesión en 4-6 semanas. Los resultados NOC utilizados fueron: • Control del dolor. • Satisfacción del paciente / usuario: manejo del dolor

**Plan de cuidados y resultados:** • Dolor relacionado con agentes lesivos físicos. Los objetivos propuestos fueron mejorar la percepción del dolor y la recuperación de la lesión en 4-6 semanas. Los resultados NOC utilizados fueron: • Control del dolor. • Satisfacción del paciente / usuario: manejo del dolor Como intervención principal se coloca un vendaje funcional en hombro derecho y se lleva a cabo la educación del paciente. Las intervenciones NIC utilizadas fueron: • Inmovilización. • Manejo del dolor. • Educación sanitaria. En las citas programadas en consulta se evalúa la percepción del dolor mediante escala EVA, se educa al paciente en técnicas de calentamiento, evitación de actividades que provoquen exacerbación de síntomas, y en la etapa final se enseñan ejercicios de fortalecimiento.

**Discusión/conclusiones:** El paciente refiere alivio del dolor con el vendaje y le facilita poder desempeñar el reposo relativo, por lo que favorece la curación de la lesión. Es una técnica sencilla, de bajo coste, sin apenas efectos secundarios ni riesgos para el paciente. La educación del paciente intenta evitar futuras recaídas y favorece el fortalecimiento y recuperación del paciente. La elaboración de un plan de cuidados facilita el abordaje integral del problema, en este caso una tendinitis del supraespinoso.

**ID29****OBJETIVO "CERO"**

Pilar de Arriba de la Torre, Luisa Santos López, Olga Tejedor Romo, Iñigo Arandia Zigorraga, Leire Antxia Larrucea

Centro de Salud de Sondika (Sondika, Vizcaya)

[mariapilar.dearribadelatorre@osakidetza.eus](mailto:mariapilar.dearribadelatorre@osakidetza.eus)

**Introducción:** Con motivo del cribado cáncer colorrectal (CCR) en nuestra comunidad autónoma, los profesionales de enfermería del Centro de Salud Sondika-Loiu nos propusimos unificar consejos sanitarios y de preparación intestinal para evitar la repetición de colonoscopias por mala preparación. Dirigida a los pacientes que precisan colonoscopia diagnóstica tras test de sangre oculta en heces positivo (TSOH+).

**Objetivos:** OBJETIVO GENERAL: Ninguna repetición de colonoscopia por MALA PREPARACION. OBJETIVOS ESPECIFICOS: Unificar criterios entre los profesionales de enfermería de nuestro centro de salud.

**Material y métodos:** -TIPO DE ESTUDIO: ANALITICO y de SEGUIMIENTO. -POBLACION DE ESTUDIO: personas que participan en el programa de CCR y Test de sangre oculta en heces positivo (TSOH+) del CS Sondika-Loiu. -TAMAÑO DE LA MUESTRA: Pacientes de nuestro Centro de Salud a los que se realiza Colonoscopia tras TSOH+. -ESTRATEGIA Y TIPO DE MUESTREO REALIZADO: Charla individual y personalizada en consulta de enfermería para conseguir una correcta preparación de colonoscopia en programa del CCR: Se ha incluido en el estudio a TODA LA POBLACION de C.S. Sondika-Loiu con TSOH+.

**Resultados:** Disminuye la repetición de Colonoscopias por mala preparación acercándonos al OBJETIVO "CERO"

**Discusión y conclusiones:** Unificando consejos sanitarios y de preparación intestinal, se evita la repetición de colonoscopias por mala preparación.

ID64

## DETECCIÓN PRECOZ DE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC) EN ATENCIÓN PRIMARIA

Laura Reyes Valdivieso, Daniel López Fresno, Lucía Villasenín Pérez, Dorinda Feal Fonte  
Centro De Salud De Narón (A Coruña). Eoxi Ferrol  
[laura\\_reyes13@hotmail.com](mailto:laura_reyes13@hotmail.com)

**Introducción/justificación/objetivo:** La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) es una patología con una gran prevalencia en las consultas de Atención Primaria. Su elevada morbimortalidad y alto índice de infradiagnóstico obliga a desarrollar nuevas estrategias de prevención secundaria que ayuden a identificar aquellas personas que la padecen. Para hacer frente a esta situación, se quiere comprobar si la utilización de un cuestionario simple, autoadministrado y de corrección inmediata, como es el Chronic Obstructive Pulmonary Disease - Population Screener (COPD-PS), ayuda a realizar un diagnóstico precoz de la EPOC al convertirse en una herramienta que permita seleccionar a aquellas personas que tienen un mayor riesgo de padecer esta patología y descartar a quien no necesita realizar una espirometría por su escaso riesgo de padecerla. Este cuestionario puede conducir a un aumento de la conciencia de la enfermedad, y su diseminación en la población general alentar a aquellas personas con síntomas respiratorios a consultar a su equipo de Atención Primaria. El objetivo principal de la revisión consistió en buscar qué tipo de intervenciones de prevención secundaria se están realizando actualmente para diagnosticar la EPOC, y si éstas se están mostrando suficientes o qué se podría hacer para incrementar su diagnóstico precoz.

**Desarrollo:** La base de datos elegida para realizar esta revisión bibliográfica ha sido Pubmed, en la que hemos seleccionado como términos clave "COPD", "screening" y "spirometry". Hemos filtrado la búsqueda para obtener los resultados en inglés y castellano de los últimos 5 años. Las búsquedas han sido las siguientes: 1. Spirometry AND Screening AND COPD [ti] --> Búsqueda con 361 resultados. 2. COPD-PS [abs] --> Búsqueda con 7 resultados. Finalmente, del total de 368 artículos revisados, hemos seleccionado los 65 artículos cuyo resumen nos pareció más adecuado a nuestro objetivo.

**Discusión:** Para revisiones posteriores, sería interesante investigar cuánto se incrementaría en nuestro medio el diagnóstico de EPOC con este cuestionario, y en qué grado mejoraría la calidad de vida del paciente. Algunos autores discrepan a la hora de establecer el punto de corte para un resultado positivo en el cuestionario, aunque parece demostrado que el punto de corte 4 presenta un mejor balance sensibilidad/especificidad con respecto a 5.

**Conclusiones:** Las enfermedades que cursan con una obstrucción del flujo aéreo, especialmente la EPOC, son en este momento un problema de salud de gran relevancia en Atención Primaria, lo que obliga a una alerta continua para un diagnóstico precoz. La espirometría es la prueba imprescindible para su diagnóstico. No obstante, queda ampliamente demostrado que la aplicación del cuestionario COPD-PS a los pacientes en riesgo de padecer EPOC conseguiría la detección precoz de ésta patología, permitiendo realizar además las espirometrías de un modo muy eficiente. El cuestionario COPD-PS posee una alta sensibilidad y su tiempo medio de cumplimentación inferior a un minuto lo hace compatible con la dinámica de la práctica clínica habitual de nuestras consultas de Atención Primaria. Por ello, proponemos la incorporación de este cuestionario en un algoritmo que nos refleja la pauta a seguir para alcanzar un diagnóstico precoz en estos pacientes.

**ID65**

## **ABORDAJE DE LA ADOPCIÓN INTERNACIONAL PARA LA PREVENCIÓN DE LOS PROBLEMAS PSICOPATOLÓGICOS**

Daniel López Fresno, Laura Reyes Valdivieso, Patricia Bestilleiro Fernández,  
Centro De Salud Fontenla Maristany (Ferrol). Eoxi Ferrol.  
[danyel109@hotmail.com](mailto:danyel109@hotmail.com)

**Introducción/justificación/objetivo:** España es uno de los países con más baja natalidad del planeta, sin embargo, paradójicamente, es el primer país en número de adopciones por millón de habitantes, habiendo superado recientemente a USA. Debido a esa baja natalidad y a que España es un país desarrollado existen pocos niños para ser adoptados, por lo que la gente que no puede o no quiere tener hijos opta generalmente por la adopción internacional. Ante este hecho, los profesionales que podemos estar implicados en la atención de estos niños, debemos de estar preparados para esperar, detectar precozmente, y atender de forma intensiva la patología que pueden presentar, ya que éstos son un grupo de alto riesgo en salud mental, lo que exige protocolizar su asistencia y realizar una valoración sistematizada. El objetivo principal consistió en conocer los problemas psicopatológicos que podemos encontrar en niños adoptados, tratando de relacionar dichos problemas con sus nacionalidades de procedencia.

**Desarrollo:** La base de datos elegida para realizar esta revisión bibliográfica ha sido Pubmed. Hemos seleccionado como términos clave "International adoption", "Attachment" e "Institutionalization". Hemos filtrado la búsqueda para obtener los resultados en inglés y castellano de los últimos 10 años. Las búsquedas han sido las siguientes: 1. "International adoption" [abs] --> 141 resultados. 2. Attachment AND institutionalization --> 32 resultados. Finalmente, del total de 173 artículos revisados, hemos seleccionado los 46 artículos que se adaptaban a nuestro objetivo.

**Discusión:** Muchos autores no se ponen de acuerdo en cuanto al TDAH, y creen que puede estar sobrediagnosticado en estos niños a su llegada. Para revisiones posteriores, sería interesante investigar las diferencias por edades y la relación entre más países. La fortaleza principal de la búsqueda es que finalmente hemos conseguido responder a la pregunta de investigación y hemos cumplido nuestros objetivos, destacando en la práctica enfermera la importancia del conocimiento de estos problemas para su abordaje lo más tempranamente posible.

**Conclusiones:** Los problemas que comúnmente vamos a encontrarnos en estos niños son: retrasos en el desarrollo en general, problemas de aprendizaje, retraso en el lenguaje, trastornos de la conducta y TDAH, autismo y problemas psicológicos o neurosensoriales. Hasta un 75% de los niños presentará retraso en una o más áreas. Para la aparición de la patología esperada influyen diversos factores, entre los que cabe destacar: la edad en el momento de adopción, estancia en instituciones, patología previa, etc. Pero seguramente el factor más determinante es el país de procedencia. Así, podemos concluir que los niños procedentes de China tienen más riesgo de padecer un retraso global en el desarrollo, alteraciones del lenguaje, o síntomas de intoxicación por plomo. Los niños adoptados en los países del este de Europa tienen más riesgo de presentar problemas de relación psicosocial, comportamiento autista, problemas conductuales o hiperactividad. Los niños adoptados en Sudamérica poseen un riesgo elevado de presentar impulsividad, mayor tendencia a las depresiones y un CI bajo. Por su parte, los niños procedentes de África tienen una elevada prevalencia de problemas de motricidad y un bajo dominio ortográfico.

**ID66**

## **ABORDAJE NO FARMACOLÓGICO DEL PACIENTE CON FIBROMIALGIA EN ATENCIÓN PRIMARIA**

Laura Reyes Valdivieso, Daniel López Fresno, Patricia Bestilleiro Fernández

Centro De Salud De Narón (A Coruña). Eoxi Ferrol

[laura\\_reyes13@hotmail.com](mailto:laura_reyes13@hotmail.com)

**Introducción/justificación/objetivo:** La Fibromialgia (FM) es una enfermedad que se caracteriza por dolor generalizado a nivel muscular, tendinoso, articular y visceral y que ocasiona gran sufrimiento por todos los síntomas asociados. Es reconocida en 1992 por la Organización Mundial de la Salud como enfermedad reumatológica. Se trata de un problema de salud pública de primer orden debido a su alta prevalencia (según el estudio EPISER 2000, es del 2,4 % de la población española, con predominio sobre el sexo femenino), al desconocimiento de su causa y a que existe una gran insatisfacción en el abordaje, tanto por parte de los pacientes como de los profesionales sanitarios. En la actualidad no hay una cura definitiva. Los tratamientos se dirigen al manejo de los síntomas y requieren un abordaje multidisciplinar, en el que los cuidados de enfermería se proporcionan principalmente en los Centros de Atención Primaria. Conocer las medidas no farmacológicas y la importancia de la educación para la salud en el abordaje de los pacientes que padecen esta patología es esencial para mejorar su calidad de vida.

**Desarrollo:** Se realiza una revisión bibliográfica de los artículos publicados en la base de datos Pubmed, en la que hemos utilizado como términos clave “fibromyalgia”, “treatment”, “alternativetherapy” y “primarycare”. Hemos filtrado la búsqueda para obtener los artículos de los últimos 6 años en inglés y castellano. Se han realizado las siguientes búsquedas: - fibromyalgia [abs] AND treatment [abs] AND primarycare: con 129 resultados. - fibromyalgia [ti] AND alternativetherapy [abs]: con 126 resultados. Finalmente del total de 255 artículos revisados, hemos seleccionado los 53 que más se adaptaban a nuestro objetivo.

**Discusión:** Según lo revisado, parece pertinente la necesidad de seguir investigando sobre aquellos métodos de tratamiento con evidencia científica y grado de recomendación fuerte, así como mejorar el conocimiento de la FM por parte del profesional sanitario que puede verse implicado en el abordaje de la misma. Un aspecto fundamental en el manejo de la FM es el tipo de relación existente entre el personal sanitario y el paciente para conseguir el cambio conductual y la adhesión terapéutica, sin embargo, la bibliografía encontrada al respecto es escasa, por lo que sería necesario investigar sobre los procesos de interacción que se producen entre ambos. La fortaleza principal de la búsqueda es que hay muchos artículos científicos que respaldan la efectividad del tratamiento no farmacológico, considerándolo un elemento esencial en este abordaje.

**Conclusiones:** Los pacientes con FM sufren una gran repercusión en sus vidas en lo que se refiere a capacidad física, estado emocional, actividad intelectual, relaciones personales, carrera profesional y salud mental. Los escasos resultados obtenidos con los tratamientos farmacológicos y la alta demanda asistencial, obliga a asociar otras medidas terapéuticas con el fin de responder a las demandas del paciente y su familia, de manera que el tratamiento óptimo debe ser integral y multidisciplinario, debiendo de tomar fuerza las medidas no farmacológicas, como por ejemplo, la educación para la salud, los cuidados físico-rehabilitadores y la terapia cognitivo-conductual en nuestras consultas de atención primaria.

**ID80**

## ÚLCERAS VASCULARES EN PACIENTE CON SÍNDROME MIELODISPLÁSICO. APLICACIÓN DEL ESQUEMA TIME

Almudena González Huéscar, Pilar Montero de Espinosa Pérez, Carmen María Gil Martínez, María Macías Espinosa, Esther Cordero Sánchez, Rosa Menaya Macías.

Centro de Salud El Progreso (Badajoz)  
[almu.agh@gmail.com](mailto:almu.agh@gmail.com)

**Introducción:** La herida de etiología venosa es la más frecuente de las úlceras de la extremidad inferior (75-80% del total), teniendo una prevalencia del 0,5 al 0,8% y una incidencia de entre 2 y 5 nuevos casos por mil personas y año. Constituye un grave problema de salud con importantes repercusiones socioeconómicas, sanitarias y en la calidad de vida del paciente.

**Presentación del caso:** Varón, 83 años. Antecedentes personales de hipertensión arterial, dislipemia, isquemia cardíaca con angina (portador de dos stent), insuficiencia cardíaca, síndrome mielodisplásico y dermatitis/eccema atópico. En enero de 2016 acude a consulta de enfermería presentando úlcera en miembro inferior izquierdo (MII), de 2x1cm aproximadamente.

**Valoración:** Se observan ambos miembros inferiores muy edematizados, con presencia de alteraciones tróficas de la piel y petequias. Úlcera en tercio medio externo de MII con 2x1cm en su inicio. Características de origen venoso, con exudado abundante seroso. Presencia de puntos indeterminados de drenaje de exudado en el resto de la pierna, sin presencia de ulceración al inicio del proceso. Gran dificultad para controlar la humedad, apareciendo nuevas úlceras y aumentando progresivamente el tamaño de las mismas, llegando a confluir rodeando la pierna completa. Realizamos índice tobillo-brazo (ITB) (febrero 2016), obteniendo resultados patológicos. Es derivado por su médico de familia a cirugía cardiovascular, que diagnostica insuficiencia venosa crónica y celulitis. La pierna derecha sigue la misma evolución, comenzando el proceso en junio de 2016.

**Plan de cuidados y resultados:** Aplicación del esquema TIME: (T)Control del tejido no viable: lavado con esponjilla de clorhexidina. Aclarado con suero fisiológico. Aplicación de productos para desbridamiento (hidrogel o colagenasa). (I)Control de la inflamación/infección: se realizan cultivos de exudado de la herida cuando ésta muestra signos de infección. Aplicación de apósitos con plata para disminuir la carga bacteriana. (M)Control del exudado: combinación de apósitos de alginato e hidropoliméricos en función de las necesidades. (E)Estimulación de los bordes epiteliales: productos con base de parafina u óxido de zinc a modo de barrera. Aplicación de ácidos grasos hiperoxigenados en el resto del miembro. La aplicación de terapia compresiva (TC) está contraindicado en este caso. Después de 11 meses, se observa sustancial disminución del tamaño de la úlcera de MII, quedando reducida a 3x5cm aproximadamente. Tejido epitelizado en el resto de la lesión, y reducción significativa de la cantidad de exudado, aunque aún precisa de medidas para el control del mismo. En MID existe disminución del tamaño de la úlcera, con tejido de granulación en la mayoría de la superficie, pero ausencia de epitelización. Presencia de zonas de mayor profundidad que precisan aún desbridamiento. Necesidad de medidas de control del exudado en toda la lesión.

**Discusión/conclusiones:** El esquema TIME es una buena herramienta de trabajo que permite el abordaje integral y dinámico de la lesión. Favorece la unificación de criterios basados en fundamentos científicos y la adecuación de los recursos utilizados, mejorando la práctica enfermera. La TC multicapa agilizaría el proceso. El proceso de cicatrización se ve entorpecido por la patología de base del paciente.



**ID109**

## **UTILIDAD DE LAS APLICACIONES MÓVILES EN EL SEGUIMIENTO DE LA DIABETES TIPO 2, EN PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD LES FOIETES(BENIDORM), UN ENSAYO CLÍNICO**

Jesús Martínez Ruíz<sup>1</sup>, Esther Liria García<sup>2</sup>, Judit Aldeguer Corbí<sup>2</sup>

1: CS Les Foietes (Benidorm, Alicante). 2: Unidad Docente Multidisciplinar de Alicante.

[jesusmartinezuiz191@gmail.com](mailto:jesusmartinezuiz191@gmail.com)

**Introducción:** La diabetes mellitus tipo II es una enfermedad crónica que tiene un desarrollo gradual y para su control son esenciales el apoyo y la guía del personal de salud. Las aplicaciones móviles se están convirtiendo en un elemento a tener muy en cuenta. Tal como se ha descrito en el informe de comunicación realizado por la fundación Telefónica en el año 2015, hoy día Internet es una herramienta de uso cotidiano en cualquier actividad, y su acceso se realiza a través de diferentes dispositivos, cada vez más variados. El seguimiento que se realiza a los pacientes relativamente estables hace que una herramienta de apoyo y de seguimiento, como lo es una aplicación móvil basada en la mHealth sea altamente interesante en nuestro ámbito.

**Objetivos:** General: Evaluar el cambio en los niveles de hemoglobina glicosilada producido por el uso de una aplicación móvil, como complemento del seguimiento normal de un paciente diabético tipo II, orientada a promover el autocontrol y seguimiento de los pacientes con diabetes mellitus tipo II, en el Centro de Salud de Les Foietes. Específicos: Analizar el aumento de los niveles de satisfacción del paciente diabético, derivados del uso de la aplicación móvil como herramienta de complemento a su autocuidado

**Material y métodos:** Proyecto de ensayo clínico aleatorizado controlado en el ámbito del centro de salud de Les Foietes en Benidorm. El estudio estará formado por dos grupos, un grupo control y otro de intervención, con una muestra total de 54 personas. Serán incluidos los pacientes desde los 30 a los 64 años, que posean smartphone con internet y facultades para usarlo, con diagnóstico previo de diabetes tipo II, con una prueba de hemoglobina glicosilada realizada en los últimos dos meses superior a un 7%. Las variables se dividirán en demográficas, de resultado y del test ESQ. El análisis estadístico de los datos se realizará mediante la chi cuadrado y ANOVA. En caso de no tener distribución normal se utilizará el test de Wilcoxon y para contraste de hipótesis la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Para ello se utilizará el programa SPSS v20 19.

**Relevancia:** Es un estudio en un pequeño ámbito impidiéndose una extrapolación a gran escala, por lo que el aporte de resultados no resultaría del todo concluyente. Aunque una mejora de los pacientes con un complemento de seguimiento relativamente y externo a la consulta, sería un paso enorme para el mantenimiento de los pacientes crónicos y una herramienta, en la cual, no acomodarnos dejándolo todo en manos del paciente, pero sí como instructores y educadores en salud, tanto en hábitos como en el uso de tecnologías. Por lo que si este estudio tuviese puntos favorables, animaría a dar más pasos en la búsqueda de la implementación real de las tecnologías eHealth en el ámbito de la atención primaria.

**ID115**

## **PARTICIPACIÓN Y SATISFACCIÓN CON LA FORMACIÓN CONTINUADA DE LOS TUTORES DE UNA UNIDAD DOCENTE MULTIPROFESIONAL DE ATENCIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA**

Maravillas Torrecilla Abril, Ana Patricia Crespo Mateos, Milagros Oyarzabal Arocena, Esther Cartagena Martínez, Clara Isabel Perez Ortíz

Unidad Docente multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria de Alicante. Conselleria de sanitat universal i Salut Pública. Generalitat Valenciana  
[mavi\\_ta@hotmail.com](mailto:mavi_ta@hotmail.com)

**Introducción:** El objeto del estudio es conocer la participación de los Tutores y el grado de satisfacción en la formación en las diferentes áreas de interés para su desarrollo como Tutores/as de Enfermería Familiar y Comunitaria (EFyC) en una Unidad Docente (UD). Tras llevar a cabo un periodo de formación y actualización, es importante conocer el grado de interés y participación en dicha formación así como la satisfacción con los diferentes cursos y talleres programados a tal efecto.

**Objetivos:** Conocer el grado de participación de los Tutores de EFyC en el Mes de formación específica para Tutores de una UD, en los últimos tres años. Analizar el nivel de satisfacción de los Tutores con la formación recibida.

**Material y métodos:** provincial. Variables: cursos realizados, grado de satisfacción, grado de participación, estancia realizada. Recogida de datos se realizará con el análisis del plan de la calidad docente y la memoria docente anual de la UD. Estrategia de análisis: Se realizó un análisis descriptivo, utilizando medidas de tendencia central y dispersión para las variables cuantitativas y la frecuencia absoluta (n) y relativa (%) para las variables cualitativas. Consideraciones éticas: Dado que el estudio se considera una actividad de gestión y de evaluación del funcionamiento de un programa docente, no requiere la valoración de un comité de investigación.

**Resultados:** Se programaron un total de 26 cursos y talleres diferentes en los últimos tres años en relación a competencias como comunicación e investigación, competencias clínicas, atención a la familia y salud pública y comunitaria, así como las relacionadas con las tareas de tutorización. La participación de los tutores de enfermería durante estos últimos tres años ha sido 52,17% en 2014, 84,2% en 2015 y 63,6% en 2016. Los Tutores que eligieron formarse realizando una estancia formativa fueron el 14,06% del total de tutores siendo la estancia más solicitada la Unidad de Educación Diabetológica, seguida de Salud pública. El grado de satisfacción con los cursos fue del (4,4/5), destacando la formación en competencias de atención a la familia.

**Discusión y conclusiones:** Se observa que la oferta de formación a los Tutores mediante cursos durante el periodo específico de formación tiene un nivel de participación medio alto, mientras que la participación en estancias formativas es mas bajo. Esto podría corresponderse al desconocimiento de la posibilidad y recursos disponibles para la formación de campo, o al elevado interés de los cursos y la baja experiencia en tutorización, que hagan preferir su formación en áreas específicas del Programa de la especialidad. La satisfacción con los cursos programados fue muy alta, destacando la formación atención a la familia. Las áreas de formación más solicitadas coinciden con las necesidades manifestadas en los diferentes estudios y encuestas realizadas. La elección de estos cursos deja una línea de investigación abierta a la realización de otros estudios, que ayuden en la planificación de cursos y talleres dirigidos a adquirir y actualizar conocimientos y habilidades en estas competencias. Así como revisar los canales de información para la solicitud y realización de estancias en centros formadores.

**ID126**

## INTERÉS FORMATIVO DE LOS TUTORES DE ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA DE UNA COMUNIDAD AUTÓNOMA

Maravillas Torrecilla Abril, Ana Patricia Crespo Mateos, Daniel Sánchez Fenollar, Esther Cartagena Martínez, Milagros Oyarzabal Arocena, Clara Isabel Pérez Ortiz

Unidad Docente multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria de Alicante. Conselleria de sanitat universal i Salut Pública. Generalitat Valenciana  
[mavi ta@hotmail.com](mailto:mavi_ta@hotmail.com)

**Introducción:** El objeto del estudio es conocer las áreas competenciales con interés formativo para su desarrollo como Tutores/as de Enfermería Familiar y Comunitaria (EFyC) en la Comunidad Valenciana. Se realizó una encuesta online a todos los tutores de EFyC de la Comunidad autónoma en diciembre de 2015. Desde las Unidades Docentes debemos de conocer cuales son las necesidades formativas de los tutores para poder llevar a cabo la adecuada formación continuada sobre metodologías docentes y otros aspectos relacionados con los programas formativos de EFyC para una correcta tutorización en adquisición de conocimientos.

**Objetivos:** 1. Conocer las áreas competenciales con interés formativo para su desarrollo como Tutor/a de EFyC en una Comunidad autónoma. 2. Analizar la relación entre las necesidades formativas y la experiencia en Atención Primaria (AP) y años de Tutorización.

**Material y métodos:** Estudio observacional descriptivo transversal en Tutores de EFyC de las tres unidades docentes. La muestra fue de 26 Tutores de un total de 48. Variables: UD provincial, años de tutorización en formación de EFyC, años de experiencia en Atención Primaria. Competencia docente del POE. Recogida de datos: mediante cuestionario de respuestas cerradas online. Estrategia de análisis: Se creó una base de datos en Excel. Se realizó un análisis descriptivo, utilizando medidas de tendencia central y dispersión para las variables cuantitativas, y la frecuencia absoluta (n) y relativa (%) para las variables cualitativas. Se realizará un análisis vibariante, utilizando los test estadísticos correspondientes. Consideraciones éticas: dado que el estudio se considera una actividad de gestión de la calidad docente y de planificación de un programa formativo para Tutores, no requiere valoración del comité de investigación.

**Resultados:** Las áreas competenciales con especial interés formativo para el desarrollo como Tutor/a de Enfermería Familiar y Comunitaria con más del 85% de respuesta: muy de acuerdo o de acuerdo, fueron las competencias relacionadas con atención al adulto, atención al anciano, atención a la familia, salud pública y comunitaria, competencias docentes e investigación. La media de años de experiencia en AP es de  $16,65 \pm 8,69$  La media de años de Tutorización es de  $2,15 \pm 1,31$  La distribución de las respuestas por provincia fue la siguiente: Alicante 12 (46,2%), Castellón 9 (34,6%), Valencia 5 (19,2%). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el interés formativo y la experiencia en AP y los años de Tutorización.

**Discusión y conclusiones:** Las áreas competenciales con especial interés formativo para el desarrollo como Tutor/a de Enfermería Familiar y Comunitaria coinciden con áreas relacionadas específicamente con la Tutorización, como son metodología docente y evaluativo, formación especializada e investigación, y otras específicas de la especialidad. Estos resultados conciben con foros de carácter científico y otros estudios previos. La encuesta la contestaron más de la mitad de los Tutores (54,1%), pudiendo existir una limitación de estudio al no obtener respuesta del total de Tutores. Conocer estas necesidades formativas de los Tutores, deja una línea de acción investigación abierta que ayude en la planificación de cursos dirigidos a adquirir y actualizar conocimientos y habilidades en estas competencias.

**ID133**

## **PROGRAMA ÚLCERAS FÓRA: COLECCIÓN DE GUÍAS PRÁCTICAS DE HERIDAS DEL SERVICIO GALEGO DE SAÚDE**

Ana Isabel Calvo Pérez<sup>1</sup>, J Fernández Segade<sup>2</sup>, FJ Rodríguez Iglesias<sup>2</sup>, Cimadevila Álvarez<sup>2</sup>, A García Quintáns<sup>2</sup>, J Aboal Viñas<sup>2</sup>

1: Servicio Gallego de saúde. 2: Servicio Integración Asistencial. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Servicio Gallego de Salud. EOXI Santiago

[ana.calvo.perez@sergas.es](mailto:ana.calvo.perez@sergas.es)

**Introducción/justificación/objetivo:** Introducción Por todos es conocido que las úlceras y heridas suponen un gran problema de salud, disminuyendo la calidad de vida de los pacientes, repercutiendo en las familias y profesionales a lo que hay que añadir el sobre coste económico que suponen para la sostenibilidad del sistema sanitario. El Servicio Gallego de Salud (Sergas) puso en marcha el Programa Úlceras Fóra (Úlceras Fuera), como marco de referencia para las actuaciones a seguir ante el deterioro de la integridad cutánea y tisular. Una de las fases de implementación del programa es la publicación de la Colección de guías prácticas de heridas del Servicio Gallego de Salud, como base teórica fundamental para prevención, cuidados, asistencia, formación y gestión en materia de heridas. Justificación La Colección se publica para mejorar la calidad de vida de los pacientes, reducir la variabilidad asistencial e incertidumbre profesional, disminuir la prevalencia e incidencia de este problema del sistema sanitario y sociosanitario de Galicia y conseguir unos indicadores de calidad de cuidados y seguridad de los pacientes que permitan una mayor eficiencia del proceso entre los distintos niveles asistenciales. Objetivos Constituir un marco de referencia para desarrollar y establecer las líneas estratégicas en el abordaje de todo lo relacionado con las úlceras y las heridas. Establecer criterios asistenciales comunes (sobre identificación del riesgo, valoración de lesiones, de medidas preventivas, diagnósticas, terapias, uso de productos, seguimiento, registro, educación etc.) para la unificación de criterios y la reducción de la variabilidad clínica ante este tipo de lesiones.

**Desarrollo:** La redacción de las guías se realizó por el método de lectura crítica y consenso por grupo nominal entre autores y panel de expertos. Fases: - Grupo de 16 autores - Consenso temas a tratar. - 2 coordinadores expertos en metodología científica y valoración de evidencia. - Revisión bibliográfica y de la evidencia científica en guías de práctica clínica, guías y documentos basados en evidencia, revisiones sistemáticas y artículos originales. -Redacción - Revisión del contenido elaborado: Interna: referentes en heridas. Externa: grupos de expertos, Sociedades Científicas y Colegios Profesionales. - Idiomas: castellano, gallego e inglés - Diseño y maquetación. -Publicación: Servicio de publicaciones Xunta de Galicia, <http://ulcerasfora.sergas.gal/>, <https://www.sergas.es/>. - Plan de difusión en proceso de ejecución. Resultados La Colección la integran las guías prácticas de : úlceras por presión, úlceras de la extremidad inferior, úlceras de pie diabético, lesiones cutáneas neoplásicas, lesiones por quemadura, herida quirúrgica aguda, lesiones cutáneas asociadas a la humedad, heridas traumáticas (proceso de elaboración).

**Conclusiones:** CONCLUSIONES La elaboración de esta colección refleja la firme apuesta por parte del SERGAS por poner a disposición de todos los profesionales unas guías actualizadas y con las mejores evidencias científicas ante el riesgo o existencia de un deterioro de la integridad cutánea y/o tisular.

**ID141**

## FRAGILIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA

Ivan Martín Gil, Daniel Peña Lorenzo, María del Pilar Quesada Diego, María San Millán González, Sofía Pérez Niño

Centro de Salud Medina del Campo Urbano (Medina del Campo, Valladolid). Gerencia de Atención Primaria Valladolid Este  
[ibolaguna@hotmail.com](mailto:ibolaguna@hotmail.com)

**Introducción:** España se ha situado entre las esperanzas de vida más alta del mundo. Pero no siempre esta esperanza de vida se traduce en una buena calidad de vida y salud. Hay un elevado porcentaje de ancianos en la población actual, que se encuentran al borde del deterioro de su estado de salud. A este grupo de personas se les conoce desde los años 70 como ancianos frágiles. Podemos definir la fragilidad como un síndrome biológico de pérdida de la reserva funcional y resistencia a los estresores, debido al declive acumulado de múltiples sistemas fisiológicos que originan la pérdida de la homeostasis del medio y una mayor vulnerabilidad a los eventos adversos.

**Objetivos:** -Detectar la fragilidad en personas mayores de 65 años en un Centro de Salud de AP. -Analizar el estado nutricional en personas mayores de 65 años en Centro de Salud de AP. -Detectar cuales son las principales características que determinan fragilidad en la muestra analizada. -Observar la relación existente entre la fragilidad y la edad y detectar como afecta la fragilidad según el sexo.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio observacional descriptivo transversal en la población mayor de 65 años pertenecientes al Área de Atención Primaria Tórtola, en el año 2015. § Muestra: a. Se realiza un listado al azar con todos los hombres y mujeres mayores o iguales de 65 años (N=3.560) y obtenemos el número de pacientes a encuestar con un nivel de confianza del 95%, una precisión del 5% y una proporción del 5%. Con estos datos la muestra obtenida es de 72 pacientes. b. Añadimos un 15% pacientes más, ante la posibilidad de que haya pacientes excluidos, quedando una muestra final n=84. c. Para escoger a los pacientes, dividimos la muestra total entre el número de pacientes a encuestar ( $3560/84=42,3$ ), dándonos un valor de 42. Empezaremos eligiendo para la muestra, el primer paciente del listado, siendo los siguientes cada 42 pacientes. d. Si el número de pacientes excluidos es mayor de 12, la muestra sería inferior a 72, por lo que sustituiremos a esos pacientes por el siguiente del mismo sexo que se encuentre en el listado. e. Más de 12 pacientes fueron excluidos, por lo que hubo que ponerse en contacto con sustitutos de estos (de la manera que se cita en el apartado d.) quedando una muestra total de 75 personas. El estudio se realizó en estas 75 personas basándose en el cuestionario "los criterios de ordenación de servicios para la atención sanitaria a las personas mayores" editado por el INSALUD, al que se añadió otra variable de riesgo nutricional (Escala MNA).

**Resultados:** El 58,7% de las personas encuestadas fue considerada como frágil. Los criterios más repetidos que determinaron fragilidad fueron, el consumo de más de 3 medicamentos al día y tener algún tipo de afección crónica que condicione incapacidad.

**Discusión y conclusiones:** La fragilidad tiene una alta prevalencia en personas mayores de 65 años, la cual se incrementa a medida que aumenta la edad de estas.

**ID169**

## ÚLCERAS POR PRESIÓN EN UN ENTORNO RURAL

Raquel Jiménez Gómez<sup>1</sup>, Ana Martín Gallego<sup>2</sup>, Jacobo Mendioroz Peña<sup>2</sup>, Mercedes Rosario de la Cruz Herrera<sup>2</sup>

1: CAP Goretta Badia (Súria, Barcelona). 2: Institu Catalá de la Salut.

[raqueljg92@hotmail.com](mailto:raqueljg92@hotmail.com)

**Introducción:** Las úlceras por presión (UPP) son un problema de salud importante por su prevalencia, incidencia y repercusiones. El estudio Nacional de Prevalencia de UPP del 2005 realizado por el Grupo Nacional para el Estudio y el Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP) muestra una prevalencia media de UPP en la Atención Primaria (AP) de 9,11%. Las UPP ocasionan dolor al paciente, ansiedad y limitaciones para las actividades diarias y sociales, y una repercusión importante a nivel familiar. Asimismo tienen el riesgo de infectarse y producir sepsis. Por otro lado, las UPP se utilizan como indicadores de calidad asistencial, para valorar los cuidados de enfermería.

**Presentación del caso:** Paciente de 93 años, pluripatológica y dependiente para las actividades básicas de la vida diaria. Cognitivamente conservada. En abril de 2016 presenta lesión única a nivel distal de extremidad inferior derecha, de progresión tórpida evolucionando cinco meses más tarde a varias lesiones en la misma extremidad: - Dos lesiones a nivel de tercio distal anterior con bordes bien definidos, supuración escasa y presencia de tejido esfacelado. - Dos lesiones de tercio distal lateral externo, de las mismas características que las anteriores y muy dolorosas a la manipulación. - Una lesión a nivel de tercio distal posterior, de bordes irregulares, supuración abundante verdosa, presencia de tejido esfacelado, fétida y de gran profundidad.

**Valoración:** Para la valoración de esta patología se dispone del apoyo de cirugía vascular a través de interconsultas realizadas por el sistema de Tele-úlceras. Este sistema permite consultas virtuales para valorar telemáticamente heridas crónicas y complejas que presentan dificultades para su cura o complicaciones en su proceso evolutivo, permitiendo que los pacientes puedan ser atendidos desde su centro de AP o incluso desde su propio domicilio. Además, se dispone también del apoyo de otros recursos asistenciales como el médico de AP, los Programas de atención domiciliaria y equipos de soporte (PADES) o el servicio de Tele-dermatología que permite también consultas virtuales.

**Plan de cuidados y resultados:** Se realiza interconsulta a través del sistema de Tele-úlceras. Se propone el uso de soluciones bactericidas y descontaminantes (tipo Prontosan), plata de alta concentración (Atrauman Ag o Calgitrol Askina Ag o Acticoat Flex 3), aplicación de pomada perilesional y colocación de apósito secundario de espuma o alginato. Además, se realiza cultivo de herida, con resultado positivo para E. coli y S. aureus, pautándose tratamiento antibiótico durante 10 días con Amoxicilina/Ac.Clavulánico 500/125mg cada 8 horas y trimetoprim/sulfametoxazol 800/160 mg cada 12 horas. Se inicia el tratamiento realizando tres curas a la semana. Actualmente con evolución favorable de las úlceras sin resolución completa de las mismas.

**Discusión/conclusiones:** En un paciente con cuidados paliativos con UPP se ha de priorizar el confort, teniendo presente los principios de la bioética y las decisiones tomadas por la paciente y/o familia. La utilización de recursos asistenciales telemáticos es de gran utilidad para llevar a cabo esta tarea.

**ID171**

## **EL HIPOTIROIDISMO EN EL EMBARAZO, ¿POR QUÉ DEBERÍA IMPORTARNOS?**

María Patricia Paz Ramil, Lucía Manuela Collazo Babío

Centro de Salud Caranza (Ferrol, A Coruña)

[patricia.paz@gmail.com](mailto:patricia.paz@gmail.com)

**Introducción/justificación/objetivo:** La disfunción tiroidea es una de las complicaciones más frecuentes durante la gestación en países desarrollados (en torno al 10%) y, se asocia con importantes complicaciones tanto para la embarazada como para el desarrollo fetal y del recién nacido. Además de ser frecuente, el hipotiroidismo durante el embarazo, clínico o subclínico, puede ocasionar complicaciones como aborto, anemia, hipertensión, diabetes o abruptio, y alteraciones en el desarrollo fetal que favorecen la prematuridad, bajo peso, muerte fetal, dificultad respiratoria, daño neurológico, convulsiones, retraso madurativo y disminución del cociente intelectual (CI). Debido a la prevalencia de este problema y la relación entre el estado de salud pregestacional y la evolución del embarazo, se plantea la búsqueda de información para dar luz en aspectos como educación sanitaria, estado de yodosuficiencia en nuestra región, así como, conocer las novedades en cuanto a la prevención del hipotiroidismo, desde una perspectiva de colaboración entre los profesionales especialistas en enfermería obstétrico-ginecológica y en enfermería familiar y comunitaria.

**Desarrollo:** Revisión bibliográfica descriptiva en: Pubmed, Dialnet, Medline, UptoDate. Búsqueda: ("hypothyroidism"[MeSHTerms] OR "hypothyroidism"[AllFields]) AND ("pregnancy"[MeSHTerms] OR "pregnancy"[AllFields]), utilizando los filtros: últimos 10 años, texto completo en inglés o español. Se revisan 65 artículos, se descartan 22 por no adaptarse a la temática y perfil que buscábamos, quedando como campo de trabajo un total de 43 artículos.

**Discusión:** Los estudios coinciden en que se deben promover valores de referencia propios para evitar el infradiagnóstico y sobrediagnóstico, sobre todo en el hipotiroidismo subclínico. En cuanto a la suplementación con yodo, distintos estudios corroboran que en nuestro país entre un 30-50% de las embarazadas toman menos yodo del recomendado, en Galicia aumenta esta cifra hasta el 87%. Por el contrario estudios realizados en el Principado de Asturias, región con yodosuficiencia, concluyen que no sería necesario este suplemento si se cumple con las ingesta de lácteos recomendada. Las últimas guías europeas recomiendan hacer un cribado universal en las primeras semanas de la gestación, para detección y tratamiento precoz con levotiroxina del hipotiroidismo clínico o subclínico, hacer un seguimiento cuidadoso de la disfunción tiroidea y dar suplementos de yodo en la gestación, recomendaciones que comparten distintas asociaciones de ámbito estatal o comunitario como la Sociedad Andaluza de Endocrinología y Nutrición (SAEN), aunque como refleja Lluís Vila et. al. en las conclusiones de su revisión, hay poca evidencia sobre el coste-efectividad de dicho cribado.

**Conclusiones:** El déficit de yodo es un problema frecuente en nuestro país y persiste a pesar de las campañas de Salud Pública realizadas hasta el momento. En la gestación debemos garantizar un aporte adecuado de yodo. El especialista en enfermería comunitaria debería favorecer hábitos alimentarios adecuados en mujeres de edad fértil para mantener una adecuada reserva de yodo, así como permanecer alerta para detectar a mujeres en riesgo.

**ID246**

## **LOS ADOLESCENTES Y EL PROGRAMA “SALUT I ESCOLA”**

Alejandra Tormo Claramonte, María Remedios Rodríguez Jiménez, Lucía Pérez Blasco, Marina Cairó Batlle, Pedro José Segura Paredes  
ConsorciSanitari de Terrassa (Terrassa, Barcelona)  
[alejandra\\_tc1@hotmail.com](mailto:alejandra_tc1@hotmail.com)

**Introducción:** El centro educativo es el lugar dónde se manifiestan más precozmente los signos de alerta sobre problemas de salud en adolescentes. Una detección precoz puede ser la primera acción para iniciar un proceso de ayuda. El Departamento de Educación y Salud de Cataluña, puso en marcha en Octubre del 2004, el programa “Salut i Escola” (PSiE), con el propósito de potenciar la coordinación de los servicios educativos y los servicios sanitarios en acciones de promoción de la salud y de atención al alumnado; con ejes fundamentales en: salud mental, salud sexual y afectiva, consumo de sustancias y trastornos alimentarios. Se implanta una consulta abierta de enfermería dónde se ofrece orientación y asesoramiento en aspectos sanitarios, garantizando la confidencialidad de la información y aportando el soporte necesario para facilitar a los jóvenes el acceso a los servicios de salud.

**Objetivos:** \*Objetivo general: - Evaluar el grado de utilización de la “Consulta Oberta” por alumnos entre 1º de ESO y 2º de Bachillerato, incluyendo Ciclos Formativos, de los colegios que formen parte del PSiE del CAP SantLlàtzer de Terrassa en el curso 2015-2016 \*Objetivos específicos: - Conocer el número de visitas realizadas. - Identificar los motivos de visita más demandados. - Analizar las derivaciones realizadas. - Cuantificar los cursos que más han utilizado el servicio.

**Material y métodos:** -Tipo de estudio: estudio descriptivo longitudinal retrospectivo -Población de estudio: alumnos que cursen entre 1º de ESO ,2º de Bachillerato y PFI de los colegios “Escola Vedruna”, “Cultura pràctica”, “IES Montserrat Roig” de la ciudad de Terrassa -Muestra: Se obtiene por sumatorio total de los 3 colegios una muestra total de 481 alumnos -Recogida de datos: registros en la memoria del PSiE de cada colegio por cada enfermera referente -Consideraciones éticas: Se cumplen los requisitos de preservar la intimidad y el anonimato de las personas que participan en este estudio.

**Resultados:** En el curso 2015-2016 de un total de 481 alumnos, se han realizado 71 consultas, de las cuales el 58% eran chicas y el 42% chicos. Los temas más solicitados han sido salud mental con un 30% de visitas seguido de salud sexual con un 19%, quedando el 51% restante repartido entre consumo de sustancias, trastornos alimentarios, salud social y entorno y otros. A consecuencia, las derivaciones han sido a servicios cómo el CSMIJ (Centro de Salud Mental Infante-Juvenil) y al Médico de cabecera, entre otras. El curso que ha dado más uso a la “Consulta Oberta” ha sido 4ª de ESO

**Discusión y conclusiones:** Los resultados obtenidos evidencian que a pesar de los recursos disponibles solo el 14’7% de los adolescentes ha hecho uso del PSiE; es por ello que se debe seguir impulsando el acercamiento de los servicios de salud a los centros docentes mediante la “Consulta Oberta” de enfermería y facilitar la promoción y educación en actitudes y hábitos de vida saludables.



**ID266**

## **EL ANCIANO POLIMEDICADO EN ATENCION PRIMARIA. RELACION DE CAIDAS Y/O CONSUMO DE BENZODIACEPINAS**

Ana Rivero Morcillo<sup>1</sup>, FJ Fernández Martínez<sup>2</sup>, G Ferriz Villanueva<sup>2</sup>, N Rivero Morcillo<sup>2</sup>, A Valsera Robles<sup>2</sup>, N Bertolin Domingo<sup>2</sup>

1: ABS Sagrada Familia (Barcelona). 2: Consorci Sanitari Integral (Barcelona)  
[anarivero76@hotmail.com](mailto:anarivero76@hotmail.com)

**Introducción:** La población anciana, es en la actualidad, la principal consumidora de fármacos, siendo su utilización adecuada un componente fundamental de la calidad asistencial. Durante los últimos años se ha visto un alto consumo de benzodiacepinas (BZD) en esta población. Esta reflexión es particularmente importante para recomendar su uso por posibles efectos secundarios como pueden ser las caídas.

**Objetivos:** Descripción de la polimedicación y/o consumo de BZD en pacientes ancianos (>85años) y su posible relación con las caídas.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo transversal retrospectivo en un centro de salud urbano (población asignada 22000 habitantes). Criterios de inclusión: pacientes >85años asignados y con historia abierta. Selección aleatoria de una muestra de 20 pacientes de cada Unidad Asistencial Básica (UBA) de las 12 UBAs existentes. Criterio de exclusión: pacientes institucionalizados. Revisión de la historia clínica informatizada (E-Cap) Variables a estudio: variables sociodemográficas; polimedicación (consumo de >6 fármacos de manera crónica); consumo, tipo de BZD, número y tipo de caída en los últimos tres años.

**Resultados:** Muestra de 280 pacientes mayores de 85 años (29,71% del total); 68,21% mujeres, 61,07% polimedicados; Del total de la muestra, 86(30,71%) pacientes tomaron, durante el tiempo a estudio, de manera crónica, una o más benzodiacepinas. Tipo de BZD: acción corta (alprazolam):9,67%;acción intermedia:74,1% (lorazepam:46,77% ;lormetazepam:27,4%); acción larga: 9,67% (diazepam: 6,45%, clonazepam:3,22%) Los principales diagnósticos asociados a la prescripción de BDZ fueron: insomnio, ansiedad y trastorno depresivo De los pacientes que tomaban tratamiento crónico con benzodiacepinas (86), 37(43,02%) tenían registrado una caída en su historia clínica. De éstos, 11 (12,79%) presentaron una fractura de fémur, 9(10,47%) de extremidad superior (F.decoles..), 17(19,77%)un síncope con pérdida de conciencia, de los cuales 7 sufrieron un TCE que motivó consultar al servicio de urgencias. De 280 pacientes, 95(33,92%) han sufrido algún tipo de caída o fractura. De este porcentaje 37 pacientes tomaban BZD (38,95%)

**Discusión y conclusiones:** No se puede concluir si el consumo de BZD influye directamente en las caídas de la muestra, aunque se observa un alto porcentaje de pacientes con caídas y fracturas que si consumían BZD. Debemos disminuir el consumo de fármacos ansiolíticos en pacientes de edad avanzada, y así poder contribuir en la reducción de sus efectos secundarios como las posibles caídas. El papel de enfermería puede ser fundamental para contribuir a la reducción en el consumo, mediante la educación sanitaria, revisión del tratamiento y su adherencia. Promoviendo intervenciones individuales y grupales (talleres, técnicas de relajación, trípticos..) que permitan disminuir el consumo de estos fármacos en ancianos. Fomentando actividades lúdicas y de entretenimiento (centros de gente mayor) que faciliten la liberación de energía física, favoreciendo su entretenimiento y aumentando su autoestima.

**ID269****VACUNACION ANTIGRIPIAL. ¿DAMOS EJEMPLO?**

Sin Benítez, G<sup>2</sup>, Ferriz Villanueva<sup>2</sup>, E Lopesino Ortiz<sup>2</sup>, A Margets Alomar<sup>2</sup>, E González Platas<sup>2</sup> Ana Rivero Morcillo<sup>1</sup>

1: ABS Sagrada Familia (Barcelona). 2: ConsorciSanitari Integral (Barcelona)  
[anarivero76@hotmail.com](mailto:anarivero76@hotmail.com)

**Introducción:** La vacunación antigripal es la medida más eficaz para prevenir la gripe. Dentro de los colectivos laborales en los que se recomiendan su inoculación, se encuentran los trabajadores de centros sanitarios. No obstante las coberturas vacunales entre el personal que trabaja en centros sanitarios (sanitarios y no sanitarios) son muy bajas no superando el 25%

**Objetivos:** Evaluación del grado de cumplimiento de la vacunación antigripal (CVAG) entre los profesionales (PROF) sanitarios y no sanitarios de un Centro de Atención Primaria (CAP)

**Material y métodos:** Estudio descriptivo transversal. Centro de salud urbano formado por dos equipos de Atención Primaria (población asignada: 55.000 habitantes). Plantilla: 82PROF:30 médicos de familia(MF);5 pediatras(P);27 Diplomadas en enfermería(DUI);7 profesionales del servicio de odontología(O)(2odontólogas, 5 higienistas);2 auxiliares clínicas(AC);17 auxiliares administrativas(AA);2 trabajadoras sociales(TS) y 2 personal de limpieza(PL) Elaboración encuesta "ad hoc" anónima y autoadministrativa: perfil profesional y personal, CVAG. Se envió en dos ocasiones separadas por diez días a todos los profesionales del CAP por correo electrónico. Diferentes puntos de recogida para garantizar anonimato

**Resultados:** Participación:54 profesionales(65,85%);20 MF(66,6%MF);3pediatras(60%P)14 enfermeras(51,8%DUI);0 auxiliares de enfermería(0%AI);4O(57,14%O);2 trabajadoras sociales(100%);10 auxiliares administrativas(58,8%AA);1 personal de limpieza(50%PL) 99% mujeres;16,6% sufrían alguna enfermedad crónica Cumplimiento vacunal(CV): 21PROF(38,88%).CV por estamentos:MF:60%; pediatría:66,6%;DUI:46,15%;O.0%; TS:50%. CV año anterior:32PROF vacunados el 2015 (38,7% de los vacunados en el 2015). El 100% de éstos no pasó la gripe. El principal motivo de no renovación fue la aparición de efectos secundarios(febrícula, MEG...). 22 profesionales no se habían vacunado años anteriores. Pasaron la gripe el 22,7%. Motivos no vacunación: 48,48% miedo a efectos secundarios o a pasar una gripe más leve;27,27% "no a favor" de la vacunación;3% contraindicada, 6% no se pudieron vacunar (desabastecimiento y/o procesos virales)

**Discusión y conclusiones:** La Atención Primaria es la puerta de entrada al sistema sanitario público y, como principales agentes de salud, debemos mejorar nuestra educación sanitaria y no sólo la de nuestros pacientes.

**ID270****CONOCIMIENTO SOBRE SU ENFERMEDAD EN POBLACION DIABETICA**

Ana Rivero Morcillo<sup>1</sup>, C Sin Benítez<sup>2</sup>, A Margets Alomar<sup>2</sup>, GFerriz Villanueva<sup>2</sup>, M Reyes Vázquez<sup>2</sup>, A Blasi Codinach<sup>2</sup>

1: ABS Sagrada Familia (Barcelona). 2: ConsorciSanitari Integral (Barcelona)  
[anarivero76@hotmail.com](mailto:anarivero76@hotmail.com)

**Introducción:** La diabetes mellitus(DM) es una enfermedad metabólica crónica, asociada al desarrollo de complicaciones irreversibles, invalidantes y aún mortales con notable afectación de la calidad de vida si el tratamiento es inadecuada y una condición indispensable es que el paciente se adhiera al mismo y que interiorice lo que significa ser portador de la enfermedad, las potenciales complicaciones a las que está expuesto y entiende la racionalidad y riesgos del tratamiento. Para ello se necesita que el paciente tenga conocimientos adecuados sobre su enfermedad.

**Objetivos:** Descripción del grado de conocimiento sobre su enfermedad de nuestros pacientes diabéticos (PD)

**Material y métodos:** Estudio descriptivo transversal. Centro de salud urbano. Elaboración encuesta "ad hoc" autoadministrada: 15 preguntas elección múltiple distribuidas en bloques: bloque diagnóstico control (PDC):preg1. ¿Tiene usted diabetes?Preg2. ¿Cada cuánto se hace analítica de control?Preg3. ¿Cuál es el parámetro de control?Preg4. ¿Qué criterio se usa para establecer un buen control?Preg5. ¿Sabe cuáles son las complicaciones?Preg6.De la siguiente lista, marque cuales son.Preg7. ¿Qué pruebas complementarias deben hacerse?Bloque Tratamiento(PT):Preg8. ¿Sabe cuál es el tratamiento?Preg9. ¿Toma de medicación para la diabetes?Preg10. ¿Es necesario hacer dieta?Preg11. ¿Se la han explicado?Preg12.De los siguientes alimentos, ¿cuál "sube el azúcar"?Preg13. ¿Cumple correctamente la dieta?Preg14.Ejercicio: ¿El ejercicio ayuda a controlar la diabetes? ¿Hace? ¿Tipo? ¿Lo considera suficiente?Preg15. ¿Hace usted autocontroles? ¿Sabe para qué sirven? Administración durante dos semanas a los PD que acudían a 12 consultas atención primaria (AP), médico o enfermera, en visita no urgente. Criterios de exclusión: imposibilidad autoadministración (demencia...) o no querer participar

**Resultados:** 128PD.Participación: 82,8% (n:106PD) 73% mujeres. Edad media 68,3 (IC:15,7); nivel académico: 22,5% sin estudios; 56,25% primarios TipoDM:86,6% DM2 FR y patología(CV): 62,2% HTA; 66% dislipemia; 45,3% enfermedad renal crónica; 18,8% fumadores; 45,1% obesidad; 37,7% sobrepeso; 15% cardiopatía Seguimiento: 58,4% AP; 24,5% endocrinología referencia; 13,2% medicina privada. Control metabólico: 43,3% cumplían criterios de buen control metabólico (TA, DLP yHB1Ac). 52% no tenían complicaciones. PD respuestas correctas (c). Encuesta: respuestas correctas (c): PDCc: P1c: 90,6% ;P2c: 83%; P3c: 30,18%; 43,39% contestó glicemia basal; P4c: 24,5%; 52,8% contestaron gliemia<130mg/dl; P5c: 92% creen conocer las complicaciones; P6c: 13,2% identificó correctamente todas las complicaciones, 88,7% alguna .P7c: 2%. PT: P8c: 90,2%; P9c: 98%; P10: 22,6% opinó que no era necesario una dieta especial; P11c: 5,66% afirmó no haber sido informados de la dieta; P12: 49% identificó correctamente todos; 11,32% ninguno; P13: 28,3% no (40% falta de voluntad o convicción) P14: 100% consideraba que el ejercicio mejoraba la DM.73,58% practicaba (100% caminar; 41% lo consideraba insuficiente); P15: 69,8% se realizaba autocontroles. 45,9% conocía correctamente los criterios y utilidad

**Discusión y conclusiones:** Siendo la DM uno de los principales problemas de salud controlados en AP, debemos mejorar las estrategias educativas para acompañar a los pacientes en su manejo y evitar la aparición de sus complicaciones.

**ID275**

## LA MIEL, EL ANTIMICROBIANO NATURAL OLVIDADO

Afra Niño Mera, Paloma Prieto Bravo, Cristina Díaz Vico

Centro de Salud Pavones (Madrid)

[afranm@hotmail.com](mailto:afranm@hotmail.com)

**Introducción/justificación/objetivo:** El creciente aumento de la resistencia de los microorganismos patógenos a los antibióticos, hace necesaria la búsqueda de diferentes tratamientos para la cura de las úlceras cutáneas. En diversos estudios se ha podido apreciar las propiedades antimicrobianas de la miel en la cura de heridas cutáneas.

**Desarrollo:** La base de datos utilizada ha sido PUBMED, con las palabras claves: Antimicrobial; Honey; Wound infections. Finalmente hemos seleccionado los 9 artículos que guardaban mayor relación con la revisión que queríamos realizar. La miel es una solución viscosa formada principalmente por fructosa y glucosa (80-85%), agua (15-17%), ceniza (0,2%), proteínas y amino ácidos (0.1-0.4%) y una pequeña cantidad de enzimas, vitaminas y otras sustancias como compuestos fenólicos (catalasa, ácido ascórbico, tocoferoles...). Esta composición varía en función de los tipos de plantas de las que las abejas extraen el polen, aunque casi todas contienen las mismas sustancias, variando la cantidad. Las propiedades antimicrobianas de la miel para acelerar la cicatrización de las heridas se han documentado desde la antigüedad. Numerosos estudios han confirmado las propiedades biológicas antioxidantes, antiinflamatorias, antibacterianas, antivirales, anti cancerígenas y curativas en heridas cutáneas de la miel, también se ha visto, en estudios in vitro, que, además de su capacidad antimicrobiana también reduce la resistencia antimicrobiana. En estudios con humanos se ha podido observar sus características curativas y también desbridantes en úlceras cutáneas, lo que favorece la aparición del tejido de granulación y posterior epitelización de la herida. También se ha visto que la miel tuvo un efecto inhibitor más pronunciado (85,7%) en las bacterias Gram negativas (*Pseudomonas aureoginosa*, *Enterobacter spp.*, *Klebsiella*) en comparación con los agentes antimicrobianos de uso común. Y se observó una inhibición del 100% en el caso del *Staphylococcus aureus* resistente a la metilina en comparación con el uso únicamente de antibióticos.

**Discusión:** Aunque sus propiedades antimicrobianas han sido comprobadas en estudios in vitro, y documentadas desde la antigüedad, en estudios in vivo que investigan estas propiedades, los resultados han sido más controvertidos. Lo que deja en evidencia la necesidad de investigar sobre este tema para poder explotar las propiedades antimicrobianas de la miel en el uso clínico y determinar su eficacia en el tratamiento de las diversas patologías cutáneas con etiología microbiana.

**Conclusiones:** Creemos que es muy importante la investigación sobre las propiedades antimicrobianas de la miel en el tratamiento de las patologías cutáneas, ya que se ha demostrado una gran eficacia en la regeneración de úlceras y disminución de resistencias antimicrobianas, y su uso supondría una disminución del uso de antibióticos que generan resistencias y un menor coste.

**ID282**

## SI ESTAS BUSCANDO LA UNIDAD DOCENTE PERFECTA.... ¡ESTA ES LA TUYA!

M<sup>a</sup> Concepción Mena Moreno, Susana Fernández Crespo

Gerencia Atención Integrada de Talavera de La Reina  
[conchi@jesusmena.net](mailto:conchi@jesusmena.net)

**Introducción/presentación:** En 2005 el RD 450/2005 reconoce las especialidades de enfermería. Cinco años después, junio de 2010, se publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria (EFyC) y en septiembre de ese mismo año, se convocan las primeras 132 plazas para enfermeras internas residentes (EIR). La puesta en marcha de esta especialidad, llevó consigo la creación de Unidades Docentes Multiprofesionales de Atención Familiar y Comunitaria (UDMAFyC) que suponen un nuevo ámbito de formación, donde las enfermeras junto a otros profesionales sanitarios, se especializan compartiendo entornos de aprendizaje. Actualmente hay en nuestro país 122 UDMAFyC acreditadas. La oferta total de plazas para EFyC en el año 2017 es de 293.

**Objetivos (de la experiencia):** General Describir la trayectoria de la UDMAFyC de Talavera de la Reina. Específicos Analizar los puntos fuertes de nuestra UDMAFyC y darla a conocer.

**Desarrollo:** La UDMAFyC de Talavera de la Reina se acredita para la formación de enfermeros especialistas en el año 2011, con siete centros de salud docentes y 14 enfermeros/ tutores. En el año 2012 se hace realidad la incorporación de las primeras cuatro EIR a las que siguen tres en 2013. Actualmente, hay seis residentes de segundo año y dos de primero con 11 tutores en Atención Primaria y un coordinador intrahospitalario. Además hay enfermeros colaboradores en pediatría, en centros de salud rurales, matronas, fisioterapeutas, técnico de salud y otros profesionales que participan en la formación de las EIR. La coordinadora de docencia es una enfermera elegida entre los tutores y que dedica el 40% de su jornada a tareas de coordinación. Las diferentes rotaciones se realizan en: centro de salud, enfermería obstétrico-ginecológica, pediatría, campamentos urbanos, atención hospitalaria (consultas, UCSI, hospital de día, urgencias, cuidados paliativos y salud mental), servicios sociales municipales, ONG, fisioterapia, gestión, salud pública y residencia sociosanitaria. Existe además, un amplio plan de formación para adquirir competencias transversales y específicas favoreciendo la investigación.

**Resultados:** Desde el inicio de la Unidad Docente hasta hoy, se han formado 13 especialistas en EFyC. Durante los dos años de residencia, además de las rotaciones por los distintos dispositivos, han realizado más de un centenar de talleres, charlas y proyectos de EpS dirigidos a personas en todas las etapas del ciclo vital. Han asistido a numerosas reuniones científicas locales, regionales y nacionales relacionadas con la especialidad, presentando más de 60 comunicaciones y obteniendo dos premios nacionales a la mejor comunicación. Colaboran también activamente con la universidad impartiendo seminarios a los alumnos de Grado de Enfermería.

**Conclusiones:** Algunas razones para elegir nuestra Unidad Docente: • Amplio abanico de rotaciones. • Tutores formados, motivados e implicados. • Accesibilidad de los diferentes profesionales y servicios, con ambiente óptimo para el desarrollo de competencias y habilidades • Apoyo en labores de investigación enfermera, a través del asesoramiento en metodología y facilitando la participación en reuniones científicas. • Amplia oferta de cursos orientados a la formación específica como especialistas. En definitiva, porque ofrecemos una formación sanitaria especializada de calidad.

**ID287**

## APRENDIENDO JUNTOS SOBRE DIABETES

Paula Gutiérrez Díaz, Berta Cuervo Blanco, Isabel Cecilia Cueto Puente

C.S. Natahoyo (Gijón, Asturias)  
[paugd90@gmail.com](mailto:paugd90@gmail.com)

**Introducción/presentación:** La dieta es un pilar básico en el tratamiento de los pacientes diabéticos. Es importante que estos pacientes identifiquen los grupos de alimentos, sobretodo, aquellos que contengan hidratos de carbono. Desde enfermería se debe hacer hincapié en la educación para la salud; sabiendo que diversos estudios han demostrado que el aprendizaje es mayor cuando la terapia es grupal, hemos realizado un taller teórico-práctico con un grupo de pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

**Objetivos (de la experiencia):** ·Evaluar el grado de conocimientos teóricos sobre alimentación en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 tras un taller de diabetes y navidad. ·Conocer el grado de satisfacción de los participantes.

**Desarrollo:** La intervención comunitaria se realizó mediante convocatoria abierta con carteles colocados en el centro de salud y reforzada con invitación expresa en la consulta de enfermería. El formato de taller se realizó en la sala de juntas del centro, dirigido por enfermeras y la duración fue de 90 minutos. Para la medición de los conocimientos sobre alimentación y diabetes se realizó un cuestionario que consta de 5 preguntas; para su elaboración se utilizaron los cuestionarios validados ECODI di Bueno y col y el cuestionario de conocimientos teóricos sobre diabetes mellitus elaborado por Hess y Davis de la Universidad de Michigan (EUA), adaptado y validado al idioma español por Campo y colaboradores. Al inicio de la sesión se pasó un pre test para valorar los conocimientos previos, a continuación se impartió educación diabetológica en torno a la alimentación y lectura crítica de etiquetas nutricionales. La forma de presentar los alimentos fue mediante una presentación power point seguido de un taller práctico con alimentos reales en el que los propios asistentes resolvían dudas, opinaban y debatían. Al finalizar la intervención se pasó ese mismo test y un cuestionario de satisfacción.

**Resultados:** Antes del taller la mayoría de los pacientes 12/13 sabían la cantidad de comidas que debían hacer; tras el taller, todos lo conocían. En cuanto al ejercicio y su influencia en la glucemia, no hubo mejoría. En los apartados de conocimientos sobre alimentos se ha visto una mejoría de 2 puntos (12 /13) a la hora de identificar aquello que no debe comer un diabético. Una mejoría de 16 puntos (33/65 puntos) a la hora de identificar los alimentos ricos en hidratos de carbono y por último, una mejoría de 11 puntos (26/37 puntos) al identificar los alimentos y al grupo al que pertenecen. En cuanto a la satisfacción, consideran muy útil la sesión 11 personas y 2 útil. A 11 de los asistentes les gustaría recibir más información sobre este tema y sobre otros temas a 9, de entre los temas que proponen están alimentación, hipertensión e infecciones de orina.

**Conclusiones:** Nos ha llamado la atención la dificultad de los pacientes a la hora de identificar los grupos de alimentos, sobre todo diferenciar aquellos alimentos ricos en grasas e hidratos de carbono. En cuanto a la influencia del ejercicio, empeoraron posiblemente por la rapidez para contestar además de que en el taller no tratamos este tema concretamente.

**ID320**

## **EVOLUCIÓN Y COMPARATIVA DEL GRADO DE CONOCIMIENTOS SOBRE EL TRATAMIENTO CON ANTICOAGULACIÓN ORAL EN PACIENTES TRATADOS EN LA CONSULTA DE ENFERMERÍA**

Verónica Thennard Bellido, Teresa Villuendas Delgado, Francisca Gil Lobo, Sandra Aribau Castro, M<sup>a</sup> Dolores Reyes Vázquez

ABS Gaudí. CAP Sagrada Familia (Barcelona)

[paqui.gil@sanitatintegral.org](mailto:paqui.gil@sanitatintegral.org)

**Introducción:** El conocimiento por parte de enfermería de la población asistida y sus necesidades terapéuticas específicas facilita la elaboración de estrategias encaminadas hacia la mejora de la educación sanitaria.

**Objetivos:** - Valorar la evolución de la población que acude a consulta de enfermería para control de INR. - Comparar los conocimientos que tienen los pacientes sobre el tratamiento con anticoagulantes orales (TAO), en diferentes años (2012 y 2016). - Establecer las necesidades educacionales de la población en el momento actual.

**Material y métodos:** Se realiza la comparativa de dos análisis descriptivos transversales de los años 2012 y 2016 sobre una población tratada con anticoagulantes orales en un ABS urbano. La muestra obtenida en ambos casos es de 25 pacientes (15% del total en 2012 y 11'3% del total en 2016), encuestados aleatoriamente durante un trimestre cuando acuden al control de INR en la consulta de enfermería. La información obtenida en ambos periodos se extrae mediante la misma encuesta ideada y valorada por los profesionales referentes del centro.

**Resultados:** - La edad de los encuestados en ambos periodos ha ido en aumento. Un 75% de la población en estudio en 2012 tenía más de 70 años siendo en 2016 del 84%. Predominando las mujeres en los dos análisis. - Existe un descenso del 4% en el consumo alcohólico global, aumentando su ingesta en celebraciones especiales hasta en un 17% y disminuyendo un 21% en el consumo habitual. - Un 40% en 2016 lleva con el tratamiento instaurado más de diez años, frente al 35% en 2012. - Se objetiva un aumento del 25% en la correcta realización de la pauta horaria del medicamento. - Tras el olvido de alguna toma destaca un aumento del 28% de pacientes que no saben actuar correctamente después. - El 76% de los pacientes niegan automedicarse sin conocer las interacciones frente al 90% en 2012. - Existe una disminución del 8% en la comunicación frente a técnicas invasivas y nuevas prescripciones en los pacientes tratados con TAO. - Un 28% más de pacientes en 2016 demuestra llevar consigo documentación acreditativa del tratamiento con TAO previamente facilitada en consulta de enfermería. - En comparación entre 2012 y 2016, un 3% ha aumentado su interés en ampliar conocimientos sobre el tema.

**Discusión y conclusiones:** Se objetiva un aumento del número total de pacientes atendidos en consulta de enfermería para control del INR, así mismo un envejecimiento de la población con un período más prolongado bajo tratamiento anticoagulante. La valoración de los resultados de los ítems son aceptables y similares en ambos periodos. Destacando la necesidad de reforzar conocimientos sobre consumo alcohólico, actuación ante un olvido puntual de la pauta y comunicación verbal del tratamiento ante situaciones que lo requiera.

**ID11**

## **EL PAPEL DE UN PUNTO DE ATENCIÓN CONTINUADA, PRIORIDADES Y RESOLUCIÓN EN LA VISITA DOMICILIARIA**

Lucía Manuela Collazo Babio, Servando Dacal Rivas, Carmen García Gutiérrez, Olga Farinós Lopez, María Luisa Freire Rivas

Centro Salud Naron (Narón, A Coruña) y PAC Narón (Narón, A Coruña)

[lucia.manuela.collazo.babio@sergas.es](mailto:lucia.manuela.collazo.babio@sergas.es)

**Introducción:** Existe un incremento asistencial en los servicios de urgencia que muchas veces no se traduce en un aumento de la actividad urgente, ya que la población demanda cuidados por patología fútil. La mayoría de estudios realizados en el territorio español que están relacionados con la atención de los PAC tenían como finalidad la caracterización del perfil del usuario, o cuantificar el número de llamadas, pero no se encontró evidencia suficiente en cuanto a prioridad de la atención domiciliaria y la resolución de la misma. Así, el objeto del presente estudio quiere dar luz en aspectos de demanda sanitaria y derivación a servicios hospitalarios.

**Objetivos:** 1. Estudiar las características de la visita domiciliaria desde el PAC. 2. Cuantificar las visitas en función de las prioridades. 3. Evaluar el tipo de resolución de dichas visitas.

**Material y métodos:** Estudio observacional, descriptivo y prospectivo, en el área de influencia del PAC de Narón. Para estudiar las características de las visitas domiciliarias del PAC, con una seguridad del 95% y un porcentaje de pérdidas del 15%, sería necesario registrar los datos de 161 salidas. Variables: procedencia y prioridad de la llamada; tipo de alta. La información relativa a las variables se registraron en un cuaderno de recogida de datos por el personal sanitario que las efectuaba. El proyecto se llevó a cabo respetando las Normas de Buena Práctica Clínica, los principios éticos fundamentales establecidos en la Declaración de Helsinki y el Convenio de Oviedo, así como los requisitos establecidos en la legislación española en el ámbito de la investigación, y con dictamen favorable por el comité de ética de la investigación de A Coruña-Ferrol, con fecha del 20 de abril de 2016.

**Resultados:** De las doscientas visitas domiciliarias estudiadas, objetivamos un porcentaje similar en salidas demandadas por particulares (46%) y las filtradas por O61 (54%). Dentro de éstas últimas destacan, por encontrarse en rango inferior, aquellas de menor prioridad (P3). En cuanto a la resolución de la visita, se observa un bajo porcentaje de derivación a urgencias hospitalarias.

**Discusión y conclusiones:** Al igual que en otro estudio realizado en el área, el PAC cumple su objetivo de atención a patología urgente de manera ambulatoria, reduciendo la carga en urgencias hospitalarias, lo que constituye un indicador de calidad y refuerza la pertinencia de estos servicios. De las salidas efectuadas por el PAC, más de un diez por ciento son tipificadas como emergencias, creemos que se debe de tener en cuenta este dato para la formación específica del personal de éste servicio y las futuras sustituciones y nuevas incorporaciones.



**ID62****¿PODEMOS AYUDAR AL PACIENTE ANTICOAGULADO A MEJORAR SU CONTROL?**

Gemma Alcalde Urdangarín, Nuria Portugués Porras, Carmen Carmona Cantero, Milagros Monzón Simón, Eva María Álvarez Carranza, Antonio García García  
C.S. Cerro del Aire (Majadahonda, Madrid)  
[gemmaalur@yahoo.es](mailto:gemmaalur@yahoo.es)

**Introducción/presentación:** En los últimos años, ha incrementado la indicación de anticoagulantes oral. Esto ha ocasionado un aumento del número de estos pacientes en consulta de enfermería. Realizamos taller de EpS para ayudar a mejorar la calidad de vida de los pacientes y mantener el INR en rango.

**Objetivos (de la experiencia):** GENERAL: - Mejorar la calidad de vida de los pacientes anticoagulados. ESPECÍFICOS:- - Identificar factores que pueden modificar el INR y capacitar al paciente para darles respuesta. - Conocer los fármacos y alimentos que influyen en el control del INR - Expresar temores relacionados con los anticoagulantes. - Mejorar el control de INR con autocontrol del paciente.

**Desarrollo:** Realizamos 6 sesiones de educación grupal de 90 minutos, 4 semanales y 2 al mes como refuerzo. Participan 22 pacientes en tratamiento con acenocumarol con edad media 60 años. Enseñamos manejo de la dieta y medicación, situaciones especiales, olvidos, reconocimiento de situaciones de emergencia y reconocimiento de signos de alarma, con exposición de contenidos, reconocimiento de alimentos ricos en vitamina K con la maleta de alimentos, fichas de reconocimiento de situaciones de urgencia y casos prácticos de olvidos de medicación y manejo de situaciones especiales. Se vuelven a medir resultados con cuestionario y ejercicios prácticos a los 2 meses de la última intervención.

**Resultados:** Para evaluar conocimientos se utiliza pre y post test, verificando incremento del 26% en post test. En la evaluación de las habilidades se utiliza la maleta de alimentos y cajas de fármacos para identificar los que más interfieren en el control del INR. El 90% de los pacientes reconocen alimentos y fármacos. A los 2 meses de la intervención se observa mejora del 85% en los resultados del INR de los pacientes.

**Conclusiones:** - La educación grupal en pacientes anticoagulados es fundamental para reducir efectos indeseables asociados a fármacos y para que el paciente reconozca alimentos y situaciones especiales y las sepa manejar. - La mejora de los resultados obtenidos, demuestra un aumento en la Sensibilización de la población acerca del autocontrol.

**ID82**

## **EL CRIBADO DEL CÁNCER COLORRECTAL EN LA CONSULTA DE ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA: COBERTURA Y TÉCNICAS DE CAPTACIÓN**

Laura Alonso Allende, Sira Rodríguez Concheso, María Concepción Martín Gelado, Lucía Seco Sanjurjo  
Centro de Salud Canterac, Gerencia de Atención Primaria de Valladolid Este.  
[lauralonso32@gmail.com](mailto:lauralonso32@gmail.com)

**Introducción:** El cáncer colorrectal es el tumor maligno de mayor incidencia en España. En Castilla y León, el 'Programa de prevención y detección precoz del cáncer colorrectal' pretende reducir la incidencia y la mortalidad de la enfermedad mediante la detección de lesiones en estadios iniciales utilizando el Test de Sangre Oculta en Heces. Desde sus comienzos en el año 2013 más de 100.000 pacientes han acudido a las consultas de Enfermería Familiar y Comunitaria para ser incluidos en el Programa, siendo éste profesional el punto de entrada en el mismo y persona de referencia en la captación de pacientes.

**Objetivos:** El presente trabajo pretende conocer la cobertura del Programa en una muestra de pacientes adscritos a una Zona Básica de Salud Urbana, e identificar aquellas actividades de captación específicas que se realizan desde la Unidad Básica Funcional.

**Material y métodos:** En la realización de este estudio descriptivo, con carácter retrospectivo se ha seleccionado una muestra de 286 usuarios con edades comprendidas entre 71 y 55 años susceptibles de haber sido incluidos en el Programa entre el 1 de septiembre de 2014 y el 31 de agosto de 2016. La recogida de datos se ha realizado mediante la revisión sistemática de diferentes variables (sociodemográficas y clínicas) registradas en el programa Medora. Posteriormente, estos datos han sido comparados con las tasas generales, a nivel provincial y autonómico, facilitadas por el Servicio de Salud de la Comunidad.

**Resultados:** Tras la utilización del programa estadístico SPSS, los resultados obtenidos señalan diferencias en las tasas de participación en los años 2014 (56'44%) y 2015 (68'25%). En relación a las técnicas de captación, se han destacado cuatro actividades: haber facilitado al paciente las recomendaciones recogidas en el 'Código Europeo contra el Cáncer' en consultas anteriores (87%), el contacto telefónico con el paciente (67%), la comunicación entre profesionales mediante la consulta rápida (60%) y la inclusión en otros programas de prevención (60%).

**Discusión y conclusiones:** Comparando los datos obtenidos en la presente muestra con los resultados publicados por el Servicio de Salud de Castilla y León, se concluye que la cobertura es significativamente superior en la población a estudio. Cabe señalar la limitación en relación al tamaño de la muestra, por lo que sería interesante valorar la cobertura teniendo en cuenta toda la población de esta Zona Básica de Salud. Como sugerencias de mejora en el abordaje de la prevención secundaria desde la Consulta de Enfermería, se ha destacado la necesidad de visibilizar la figura de la Enfermera de Familia, creando protocolos de captación y promoviendo la cultura de prevención en los pacientes.

**ID92****VACUNACIÓN CONTRA EL TÉTANOS EN LA EDAD ADULTA: UN RETO PENDIENTE**María Ballesteros Tena<sup>1</sup>, Milena Aranzazu Meneses<sup>2</sup>, Cristina Blaya Fernández<sup>2</sup>, Carla Royo Palasi<sup>2</sup>

1: Unidad Docente Multidisciplinar de Atención Familiar y Comunitaria de Castellón. 2: Atención Primaria

[mbtena@hotmail.com](mailto:mbtena@hotmail.com)

**Introducción/justificación/objetivo:** Tras el descubrimiento de la vacuna contra el tétanos todos los casos existentes son evitables con la vacunación. Aun así, durante los últimos años, en Reino Unido se registraron 44 casos de tétanos y 5 muertes, en Francia 36 casos y 11 muertes y en España 132 casos y 34 muertes. Éstos se declaran en personas mayores de 70 años. La OMS en 2006, actualizó los objetivos principales de la lucha contra el tétanos, siendo éstos el mantenimiento de una cobertura alta de inmunización y asegurar la protección de por vida. Sin embargo, nos encontramos ante una situación alarmante en la que se ha producido un abandono en la vacunación de la población adulta. El objetivo de este estudio es investigar la evolución de las publicaciones sobre la profilaxis antitetánica en la población adulta.

**Desarrollo:** Se realizó una Revisión Integradora de la literatura consultando las bases de datos de PubMed, Cuiden, Dialnet y Google Académico, en septiembre de 2016. Los criterios de inclusión fueron artículos publicados en español, inglés o francés, texto completo, comprendidos entre los periodos de 2012 a 2016 y, que a su vez, se ajustaran a los objetivos del estudio. Las palabras clave utilizadas fueron toxoide tetánico, atención de enfermería, vacunación, tétanos, heridas y traumatismos que se enlazaron con el operador booleano AND. Los artículos finalmente incluidos fueron un total de 10. Resultados: En la población adulta nos encontramos ante tres situaciones que requerirán actuaciones diferentes. Los adultos no vacunados en los que se realizará una primovacuna, los adultos correctamente vacunados en los que se deberán administrar las correspondientes dosis de recuerdo y los pacientes con heridas en los que se deberá investigar los antecedentes de vacunación e inspeccionar las características ésta. A pesar de las últimas recomendaciones sobre las dosis de refuerzo a los 10 años, un estudio sobre la inmunidad contra el tétanos muestra que la protección conferida por la vacuna va más allá de los 10 años. El 95% de los estudiados a los 5 años de la administración de la vacuna eran portadores de antitoxinas tetánicas a tasas más altas de 10 mUI/ml, el 91% lo hacían después de 10 años y el 60% al cabo de 15 años.

**Discusión:** Las revisiones realizadas muestran variabilidad en los conocimientos y la práctica sobre este tema que puede propiciar una atención inadecuada. Existe un exceso de prescripción de dosis de inmunoglobulina en un 39% de los pacientes y una falta de prescripción en un 15%. Por ello, es necesario que los profesionales conozcan las recomendaciones sobre la administración del toxoide tetánico en la edad adulta.

**Conclusiones:** Los profesionales de enfermería de AP, por su mayor proximidad a la población, la longitudinalidad de la atención que ofrecen y la orientación comunitaria de sus servicios, son el escenario ideal en la lucha contra el tétanos, debiendo promover la divulgación de información, así como favorecer las campañas de vacunación para aumentar la cobertura vacunal de la población.

ID93

## PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD ASISTENCIAL EN RELACIÓN A LA INFORMATIZACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA EN LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Cristina Moreno Asorey<sup>1</sup>, Alba Delgado Gutiérrez<sup>2</sup>, Pilar Contreras Caño<sup>2</sup>, Isabel Rodríguez Vico<sup>2</sup>

1: H.U Móstoles. 2: SERMAS

[cristy\\_1311\\_3@hotmail.com](mailto:cristy_1311_3@hotmail.com)

**Introducción:** En diversas consultas de enfermería se ha observado un creciente distanciamiento entre los profesionales y los usuarios, pudiendo ser por la introducción de la informática, ocasionando una degradación de la calidad asistencial. Así mismo está descrito que la historia clínica en papel planteaba algunas dificultades, resueltas con la introducción de la historia electrónica. Este estudio pretende analizar si existen cambios en la atención en consulta debido a esta herramienta.

**Objetivos:** Describir y comparar la opinión de profesionales y pacientes sobre la informatización de las historias clínicas en las consultas de Atención Primaria. Describir las repercusiones en la relación profesional-paciente desde la introducción de la informática.

**Material y métodos:** Estudio transversal realizado en 4 centros de salud de la Comunidad de Madrid. Muestra poblacional 1: usuarios mayores de 18 años que acuden a consulta, excepto urgencias vitales. Se calculó mediante EPIDAT, con un intervalo de confianza: 95%. Un total de 215 usuarios mediante muestreo consecutivo. Muestra poblacional 2: enfermeros y médicos. Se realizaron dos encuestas anónimas y autorellenables. Una dirigida a usuarios, con once preguntas cerradas y una abierta. Otra dirigida a profesionales, con diez preguntas cerradas y una abierta, enviada al correo institucional. Previamente se informó de los fines y privacidad de los datos, solicitándoles su consentimiento. Análisis de las variables cuantitativas mediante la media y desviación típica, y las variables cualitativas a través de la frecuencia absoluta, relativa y estimación de los porcentajes y nivel de confianza del 95%.

**Resultados:** 1. El 91,2% consideraba el ordenador como herramienta útil o rápida y un 82% cómoda y fácil de usar. 2. Un 38,3% refería que la atención en la consulta estaba dirigida hacia los usuarios y un 49,5% que estaba entre el ordenador y los usuarios. 3. Un 66,2% sugirió que no les interesa ver la pantalla en consulta. 4. Un 70,2% confiaban en la confidencialidad de los datos registrados. 5. Un 67,4% contestó que la atención había mejorado desde la introducción del sistema informático. 6. El 80% estaba de acuerdo en que la herramienta informática había mejorada la comunicación y coordinación entre los diferentes profesionales. 7. El 93,5% consideró la atención recibida como buena o muy buena.

**Discusión y conclusiones:** Como conclusión principal según usuarios y profesionales, la historia informática es una herramienta útil, rápida y que mejora la atención sanitaria. Los < 50 años valoraban la herramienta informática como más útil, rápida y confidencial. En cuanto al sexo, los hombres consideraban más rápida la historia electrónica que las mujeres. Según nivel de estudios, los usuarios con estudios secundarios y/o superiores, declararon una mejoría en la atención desde la introducción de la informática. Puntos en común de las preguntas abiertas: la unificación o creación de una historia clínica digital a nivel nacional, renovación de los equipos informáticos y reducir el número de protocolos. En cuanto a la validez externa, no creemos que pueda generalizarse los resultados, debido a las características de nuestra muestra. A diferencia de los estudios anteriores, se observa que la historia informática facilita y mejora la atención, según usuarios y profesionales.

**ID94**

## **PERSISTENCIA A LOS 6 MESES DE LOS CONOCIMIENTOS ADQUIRIDOS DURANTE LA EDUCACIÓN MATERNAL**

Josep Sánchez Monfort, Irene Sánchez Jover, Silvia Celdrán Girón, M<sup>a</sup> Lorena Fuentes López, Julia Mengual Sánchez

C.S. Cabezo de Torres (Cabezo de Torres, Murcia). Servicio Murciano de Salud - Área VI  
[josamont@gmail.com](mailto:josamont@gmail.com)

**Introducción:** Hay momentos en los que las personas se muestran más receptivas para adquirir determinados conocimientos (Lawson PJ, Flocke SA, 2009). El aprendizaje significativo, en el que partiendo de lo que ya se sabe se construyen los nuevos conocimientos, es una metodología apta para la educación de adultos. (Díaz Barriga, 2010). Aprovechando las charlas de educación maternal y aplicando esta metodología, ¿sería posible dar consejos a las embarazadas sobre alimentación complementaria y que los recuerden cuando el bebé alcance la edad para iniciar dicha alimentación?

**Objetivos:** Evaluar la persistencia, pasados 6 meses, de los conocimientos adquiridos sobre alimentación complementaria en el lactante durante una sesión de educación maternal realizada durante el 7<sup>o</sup> mes de embarazo aplicando el aprendizaje significativo.

**Material y métodos:** Ensayo clínico. Muestra: Grupo estudio pretest = Todas las madres que acudieron a uno de los 6 grupos de educación maternal realizados en un centro de salud a lo largo del año 2015 (n=80). Grupo estudio posttest = Todas las madres que habían asistido previamente a educación maternal y que acudieron a la revisión del niño sano de 4 meses entre el 1/7/2015 al 30/6/2016 (n=74). Grupo control = Todas las madres que no habían asistido a educación maternal y acudieron a la revisión del niño sano de 4 meses entre el 1/7/2015 al 30/6/2016 (n=72). Metodología educativa: aprendizaje significativo. Sesión de 90 minutos en la que se usaron las respuestas en el pretest como retroalimentación para elaborar los nuevos conocimientos. Variables: edad, nivel estudios según la CNED-2014 (INE, 2014) = A(primarios), B(secundarios), C(superiores), calificaciones: pretest en grupo de estudio, posttest en grupo de estudio y grupo control. El pretest y posttest constaban de 5 preguntas con respuesta múltiple. Autoadministrados y autoadministrados. Calificación: 1 punto por cada respuesta correcta (rango de 0 a 5) Análisis estadístico: IBM SPSS 22.

**Resultados:** Se produjeron 6 pérdidas en el posttest del grupo de estudio. Edad: grupo estudio ( $\bar{x}$ =31,46, s=6,52); grupo control ( $\bar{x}$ =32,08, s=6,32) Nivel estudios: grupo estudio (A=28,8%, B=23,7% C=47,5%); grupo control (A=30,4%, B=22,5%, C=47,2%) Pretest: grupo estudio = 1,19 (I.C. 99% = 0,99-1,38) Posttest grupo control = 1,14 (I.C. 99% = 0,91-1,37) Posttest: grupo estudio = 2,82 (I.C. 99% = 2,40-3,25) Diferencias de medias (prueba T para muestras independientes): posttest-pretest grupo control = 1,637 (I.C. 99% = 1,188, 2,086) Diferencia significativa p<0,001 posttest estudio – posttest control = 1,685 (I.C. 99% = 1,206, 2,165) Diferencia significativa p<0,001

**Discusión y conclusiones:** Utilizando el aprendizaje significativo y realizando la sesión educativa en un momento en el que las personas están más receptivas se consigue que una parte importante de los conocimientos adquiridos persistan transcurridos varios meses. Hacen falta más estudios para determinar el grado de influencia del método educativo y/o de la etapa vital en la persistencia de esos conocimientos y si esta metodología también es aplicable a otros grupos como adolescentes o personas con determinadas patologías o factores de riesgo.

**ID124**

## FORMACIÓN EN HIGIENE DE MANOS EN UNA RESIDENCIA DE ANCIANOS

Lucía Medina Rodríguez, Carmen Gómez Pesquera  
Centro de salud Las Fronteras (Torrejón de Ardoz, Madrid)  
[lucichu8@gmail.com](mailto:lucichu8@gmail.com)

**Introducción/presentación:** La población anciana tiene unas características especiales que los hacen más susceptibles a sufrir enfermedades infecciosas. Este riesgo se ve aumentando cuando se encuentran institucionalizados en centros sociosanitarios. Un factor decisivo para la aparición de estas enfermedades es la higiene de manos, ya que las manos de los profesionales sanitarios son el principal vehículo de transmisión de infecciones. La correcta higiene de manos sirve para reducir el número de infecciones. Desde la dirección de la residencia de ancianos de nuestra zona se demanda al centro de salud colaboración para implantar una estrategia de higiene de manos

**Objetivos (de la experiencia):** Principal: Colaborar en la formación continuada de los trabajadores de la residencia de ancianos Secundarios: Adquirir conocimientos sobre higiene de manos, mejorar la realización de la técnica, sensibilizar en la relación entre higiene de manos e infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria

**Desarrollo:** La intervención formativa se realiza en la residencia de ancianos empleando materiales del centro de salud: Ordenador, proyector y folletos informativos. Los participantes son las auxiliares de la residencia. La actividad comienza con una evaluación inicial de conocimientos sobre el tema, posteriormente se imparte una exposición sobre la correcta realización de la técnica de higiene de manos y los 5 momentos de la OMS para realizarla, así como la importancia del uso de soluciones hidroalcohólicas para este fin. A continuación se realiza un rolplaying sobre la higiene de manos en diferentes momentos de la asistencia. Para finalizar la intervención se vuelve a pasar el cuestionario evaluador y una encuesta de satisfacción para conocer la opinión de los asistentes. Se acuerda realizar una evaluación posterior en dos meses coincidiendo con la impartición de otro taller formativo

**Resultados:** La sesión duro una hora y cuarto, el número de asistente fue de 20 (66 % de la plantilla de auxiliares de la residencia) Los resultados obtenidos en la evaluación inicial fueron 27,5% de aciertos y 40% de aciertos en la evaluación posterior. Los resultados de la evaluación de conocimientos tras 2 meses fué de 63,6% de aciertos. Las aportaciones de la encuesta de satisfacción fueron "el taller les ha aportado conocimientos útiles en su asistencia diaria y que les resultaría interesante realizar más talleres de distintas temáticas relacionadas con su labor asistencial"

**Conclusiones:** La formación es parte importante para la puesta en marcha de la estrategia de higiene de manos. Ha sido una actividad fácil de organizar y desarrollar y ha resultado satisfactoria tanto para los trabajadores del centro de salud, los de la residencia y fundamentalmente para los usuarios de la residencia en los que tendrá una repercusión positiva por el aumento de la calidad de los cuidados que recibe. Este tipo de actividades contribuyen a mejorar la relación entre instituciones sanitarias, aumentando la comunicación y colaboración entre ambas. Esta experiencia ha tenido continuidad con el desarrollo de un plan formativo con las auxiliares de la residencia de 5 sesiones sobre cuidados en pacientes frágiles.

**ID131**

## **DESCRIBIR LA CAPACIDAD PREDICTIVA DE LA ESCALA DE NORTON, EN RELACIÓN AL RIESGO DE DESARROLLAR ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTES INMOVILIZADOS DE LOS CENTROS DE SALUD DE DOS POBLACIONES DEL SUROESTE DE LA COMUNIDAD DE MADRID**

Nicolasa Jiménez López, Juanjo Álvarez Ardura, Jorge Ángel Heras Huélamo, Óscar Aguado Arroyo, María Eugenia Tello Bernabé, Arturo Tomás González Sánchez

CS Francia (Fuenlabrada, Madrid)  
[nicolasa.jimenez@salud.madrid.org](mailto:nicolasa.jimenez@salud.madrid.org)

**Introducción:** El principal objetivo de este estudio es describir la capacidad predictiva de la escala de valoración del riesgo Norton en relación al riesgo de desarrollar UPP en pacientes inmovilizados. Según publicaciones previas, hay muy pocos estudios en el ámbito de la atención primaria que determinen la capacidad de la escala Norton como predictor de riesgo en el desarrollo de UPP, por lo que creemos que nuestro estudio es pertinente. Se podría decir que actualmente existen lagunas en el conocimiento acerca de las escalas de valoración en cuanto a su fiabilidad y validez.

**Objetivos:** OBJETIVO PRINCIPAL: Describir la capacidad predictiva de la escala de valoración de riesgo Norton a los 3,6 y 12 meses desde la fecha de realización de la escala, en relación al riesgo de desarrollar úlceras por presión en pacientes inmovilizados en su domicilio de los Centros de Salud de dos poblaciones del suroeste de la Comunidad de Madrid. OBJETIVOS SECUNDARIOS: -Describir las características sociodemográficas de los pacientes inmovilizados entre Octubre 2014 y Octubre 2015 (edad, sexo) de los centros de salud incluidos en el estudio. -Describir el riesgo de ulceración según la escala Norton en pacientes inmovilizados seguidos por profesionales de Atención Primaria durante un año de seguimiento. -Describir la prevalencia de úlceras por presión y el estadiaje recogidas en historia clínica informatizada del programa informático AP-Madrid, de los pacientes incluidos en el servicio de inmovilizados, en el periodo de estudio. -Describir la prevalencia de los siguientes diagnósticos enfermeros, incluidos en los planes de cuidados de los pacientes adscritos al servicio de inmovilizados, registrados en la historia clínica informatizada del programa AP-Madrid, durante el tiempo del estudio. -Deterioro de la movilidad física - Incontinencia urinaria funcional -Riesgo de caídas -Deterioro de la integridad cutánea

**Material y métodos:** TIPO DE ESTUDIO Se realiza un estudio de tipo observacional, descriptivo y retrospectivo. ÁMBITO Y PERIODO DE ESTUDIO: Se llevará a cabo en dos Centros de Salud de Atención Primaria de la localidad de Fuenlabrada y un Centro de salud de Atención Primaria de la localidad de Móstoles, ambas pertenecientes a la zona suroeste de la Comunidad de Madrid, Dirección Asistencial Oeste. El periodo de estudio será entre Octubre 2014 y Octubre de 2015. POBLACIÓN DE ESTUDIO CRITERIOS DE INCLUSIÓN: Paciente incluido en servicio de inmovilizado hasta Octubre de 2015, y que tengan realizada una valoración con Escala de Norton entre Octubre de 2015 y Octubre de 2016. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN: -Presencia de UPP en el momento de la valoración mediante Escala de Norton. -No tener realizada la escala de Norton. -Pacientes institucionalizados. DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES DE ESTUDIO: -Presencia de Riesgo de UPP, Nivel de Riesgo UPP, Presencia de Úlcera por presión, Estadiaje de UPP, Tiempo hasta la aparición de la UPP, Historia previa de UPP, Edad en años, Sexo, Estratificación del riesgo en Paciente Crónico, Tiempo de inmovilización, Ingresos hospitalarios previos a la aparición de la UPP, Número de visitas durante el seguimiento, Presencia/ausencia de Diagnósticos enfermeros. RECOGIDA DE DATOS Recogeremos los datos durante los meses de Octubre de 2016 a Enero de 2016.



**ESTRATEGIA DE ANÁLISIS** Se realizará una descripción de la muestra, se describirán sus características sociodemográficas etc.; las variables cualitativas las expresaremos en frecuencias o porcentajes y las variables cuantitativas se expresarán en medias con su desviación estándar y/o mediana con su rango intercuartil.

**Relevancia:** Consideramos la necesidad de desarrollar Escalas de Valoración del riesgo adaptadas a cada situación clínica y ámbito, en especial, Atención Primaria. Consideramos novedoso este estudio ya que hay muy pocos estudios referentes a este ámbito.



**ID132**

## **ACCIÓN FORMATIVA EN EL PUESTO DE TRABAJO SOBRE ALIMENTACIÓN EN DIABETES: EVALUACIÓN E IMPACTO DE LA FORMACIÓN CONTINUADA EN EL ÁREA DE SALUD**

Zoila Lifante Pedrola<sup>1</sup>, Salvador Lova Ortiz<sup>2</sup>, Pedro Simón Cayuela Fuentes<sup>2</sup>

1: Centro de Salud Molina Jesús Marín (Molina de Segura, Murcia). 2: Sociedad Murciana de Enfermería Familiar y Comunitaria. Servicio Murciano de Salud. Universidad de Murcia  
[zlifante@gmail.com](mailto:zlifante@gmail.com)

**Introducción:** Se ha constatado una elevada variabilidad en la atención enfermera a las personas con diabetes tipo 2 en Atención Primaria, especialmente en el abordaje de los planes dietéticos. La formación continuada (FC) de los profesionales sanitarios se ha evidenciado como un elemento clave para la disminución de dicha variabilidad. En la Región de Murcia la FC se realiza normalmente en el Hospital de referencia del Área de Salud. Allí acuden 1 ó 2 enfermeros de cada Centro de Salud junto a otros profesionales de hospitalaria, lo que hace enfermeros más preparados que otros. Para solventar esta situación, en 2015, se ofertó desde la Gerencia del Área de Salud VI, a los Centros de Salud, la realización de una acción formativa práctica, tipo taller, sobre alimentación para personas con diabetes tipo 2, para todos los profesionales enfermeros en horario de 13,30 a 15 horas en el propio centro.

**Objetivos:** Identificar el incremento de los conocimientos acerca del abordaje de la alimentación en personas con diabetes mellitus tipo 2 en los enfermeros participantes. Elaborar un plan de cuidados dietéticos estandarizado para personas con diabetes tipo 2.

**Material y métodos:** Estudio cuasiexperimental. La población a estudio la conformaban todos los profesionales de enfermería de los Centros de Salud del Área de Salud VI en los que se impartió la acción formativa, consistente en una única sesión de una hora y 30 minutos de duración, estructurada en dos partes: el abordaje terapéutico de la alimentación en personas con diabetes y la elaboración de un plan de cuidados dietéticos por parte de los participantes. El incremento de conocimientos se evaluó a través del cuestionario de creación propia y para la elaboración del plan estandarizado se utilizó la "Guía de Validación de Planes Estandarizados" del Hospital General Universitario de Alicante. Los datos obtenidos fueron procesados utilizando el paquete estadístico SPSS 21.0 para Windows. Se realizó un análisis descriptivo, mediante el cálculo de frecuencias y porcentajes.

**Resultados:** De los 15 Centros de Salud del Área ocho solicitaron la realización de la acción formativa (53%) En total, participaron 64 enfermeros, 60 de ellos (93,75%) superaron el test de conocimientos (más de un 80% respuestas acertadas). En todos los Centros de Salud se consiguió unificar los criterios de los participantes y elaborar un plan de cuidados estandarizado.

**Discusión y conclusiones:** Las actividades formativas tipo taller han demostrado una alta eficacia en el aprendizaje y consolidación de los conocimientos. La mayoría de los participantes ha incrementado el nivel de conocimientos inicial. La formación realizada en el centro de trabajo garantiza una mayor adquisición de conocimientos, un mayor grado de implicación de los profesionales y una mejora en la variabilidad de la práctica clínica. Todos los participantes fueron capaces de consensuar y elaborar un plan de cuidados dietéticos para personas con diabetes tipo 2.

**ID138**

## **ANÁLISIS DE LA SOBRECARGA EN CUIDADORES PRINCIPALES DE PACIENTES CON ALZHEIMER PERTENECIENTES A UN CENTRO DE SALUD DE VALLADOLID ESTE**

María del Pilar Quesada Diego, Laura Alonso Allende, Nerea García Granja

Centro De Salud De Circunvalación (Valladolid Este)

[quesada244@gmail.com](mailto:quesada244@gmail.com)

**Introducción:** El rápido envejecimiento de la población y el aumento del número de personas que padecen Alzheimer y otras demencias han puesto de manifiesto el importante papel que juega la familia en el cuidado y atención a estas personas. Esta enfermedad, no solo afecta al individuo que la padece si no que también repercute de manera muy importante en la familia. Ésta es la fuente más directa de apoyo. Debemos de reconocer la importancia del cuidador primario que va aumentando a medida que progresa la incapacidad y dependencia del enfermo. Su papel es fundamental, ya que ejerce diferentes funciones indispensables para su atención: es el informador clave, puesto que es un observador permanente de la situación del paciente, es quien supervisa y el que provee los cuidados básicos. La mayor parte de ayuda que se proporciona a estos enfermos, proviene de los cuidadores familiares, quienes, debido a las enormes demandas que han de soportar se encuentran sometidos a una situación de estrés, que afecta negativamente a su salud. Muchas veces, los cuidadores dejan de lado sus actividades cotidianas o se aíslan, debido a la carga que supone el cuidado del otro. Palabras clave: Demencia, sobrecarga, cuidadores, anciano frágil, cuidado familiar.

**Objetivos:** - Conocer el grado de sobrecarga que presentan los cuidadores principales de pacientes con Alzheimer - Identificar los problemas más prevalentes en los cuidadores y de que manera enfermería podría ayudar a satisfacer dichas necesidades

**Material y métodos:** -Revisión sistemática de la literatura : Fuentes de información: Biblioteca virtual salud, Medline, Cochrane, Joanna Briggs Institute, Cuiden, Cinahl, Enfispo, -Estrategia de búsqueda: Decs, MesH Se plantea un estudio de tipo transversal. La población de estudio serán 55 cuidadores de pacientes con Alzheimer, con un índice de Barthel menor de 30. A estos datos se accederá a través de MEDORA (sistema informático de acceso a historia clínica en el SACYL). Se incluirán aquellos cuidadores que cumplan los siguientes criterios: estar cuidando de su familiar por un periodo mayor de 6 meses, entre 40 y 70 años y vivir en el mismo domicilio que el paciente con Alzheimer. La recolección de los datos se realizará por medio de la escala de Zarit (cuestionario validado), que mide la sobrecarga en el rol de cuidador. Las encuestas se pasarán a través de visita domiciliaria. La duración de la visita será aproximadamente de una hora y media. Se llevarán a cabo entre los meses de Abril y agosto de 2017. Las variables utilizadas serán: edad, sexo, vinculación con el mayor, estado civil, situación laboral, etnia, ingresos económicos, horas diarias dedicadas al cuidado, estudios, número de personas que viven en el hogar. Los resultados se analizarán a través de estadísticos descriptivos, paramétricos y no paramétricos según las diferentes variables a considerar. El análisis se apoyará con el programa informático SPSS. Implicaciones éticas: Se pasará en consentimiento informado a todos los participantes, y se pedirá la autorización al comité de ética de Valladolid este y se tendrán en todo momento en cuenta los principios de la bioética.

**Relevancia:** Este estudio servirá para analizar las dificultades que encuentran los cuidadores a la hora de llevar a cabo los cuidados a personas que padecen de Alzheimer, también podremos indagar en los asuntos que más preocupan a estas personas, y de esta manera ayudar en los cuidados mediante intervenciones específicas de enfermería. Servirá para valorar el grado de sobrecarga que sienten dichos cuidadores.

**ID153**

## **CALIDAD DE VIDA EN UNA POBLACIÓN DE PACIENTES HEMODIALIZADOS EN CENTROS DE DIAVERUM EN LAS PROVINCIAS DE CASTELLÓN Y VALENCIA**

Pedro García Martínez<sup>1</sup>, Eladio J. Collado Boira<sup>2</sup>, Sara Rus Mata<sup>2</sup>, Alexandra Gabriela David<sup>2</sup>, Rafael Ballester Arnal<sup>2</sup>

1: Doctorando en la Universidad Jaime I de Castellón. 2: Universidad Jaime I de Castellón  
[perich97@gmail.com](mailto:perich97@gmail.com)

**Introducción:** La calidad de vida es un concepto multidimensional y dinámico que incluye el bienestar del físico y mental, funcionalidad y relaciones sociales. Es la percepción subjetiva del estado, evolución y síntomas de la enfermedad. Se considera un objetivo en el tratamiento de las enfermedades crónicas como la enfermedad renal crónica. Existe una relación directa entre calidad de vida y capacidad de autocuidados. En la Comunidad Valenciana en 2015 habían 6504 pacientes con enfermedad renal crónica, 3256 reciben como tratamiento hemodiálisis y 2060 (63.27%) son tratados en centros privados.

**Objetivos:** El objetivo del estudio es describir la calidad de vida de la población y su relación con género, edad y tipo de fístula para la segregación por grupos en potenciales intervenciones para la mejora de calidad de vida

**Material y métodos:** Estudios descriptivo transversal en población de enfermos renales hemodializados en centros privados Diaverum de las provincias de Castellón y Valencia (n=458) en diciembre del 2015. Para un nivel de confianza del 95%, error del 5% y heterogeneidad del 50% se calcula muestra representativa de 210 pacientes. Se solicita participación y firma de consentimiento informado de forma aleatoria a 300 pacientes. Se utiliza un grupo de herramientas de medida, entre ellas, el cuestionario autoadministrado KDQoL 36 para valorar la calidad de vida. Como variables cuantitativas se recogen edad, derivadas de KDQoL36 y como cualitativas, género y presencia de fístula arteriovenosa. Se realiza estudio descriptivo de las variables y estudio analítico mediante T de Student para comparación de medias y correlación de Pearson para variables cuantitativas con el programa SPSS 21.0. El estudio ha sido aprobado por la comité deontológico de la Universidad Jaime I de Castellón y refrendado por la empresa Diaverum.

**Resultados:** De los 300 pacientes incluidos en el estudio se recuperan 156, de estos son 106 hombres (67.9%) y 50 mujeres (32.1%), con edad media de 67.75+/-12.3 los hombres y 66.56+/-13.1 las mujeres. 141 responden al cuestionario de calidad de vida (hombres 101 y 120 con fístula arteriovenosa). No se observan diferencias significativas entre género y percepción de calidad de vida asociada o no a la enfermedad renal. Tampoco se observan diferencias significativas entre presencia de fístula y calidad de vida percibida. Se observa correlación directa significativa entre edad y calidad de vida asociada a la enfermedad y correlación inversa significativa con calidad de vida no asociada a la enfermedad renal.

**Discusión y conclusiones:** En nuestra población solo hay diferencias significativas en la correlación edad y calidad de vida. Por tanto, si se plantean intervenciones de mejora de calidad de vida solo se tendrá en cuenta la edad para definir los grupos de intervención ya que edad y fístula no son factores de discriminación.

**ID155**

## **CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO EN UNA POBLACIÓN DE PACIENTES HEMODIALIZADOS EN CENTROS DIAVERUM DE VALENCIA Y CASTELLÓN**

Pedro García Martínez<sup>1</sup>, Eladio J. Collado Boira<sup>2</sup>, Sara Rus Mata<sup>2</sup>, Alexandra Gabriela David<sup>2</sup>, Rafael Ballester Arnal<sup>2</sup>

1: Doctorando en la Universidad Jaime I de Castellón. 2: Universidad Jaime I de Castellón  
[perich97@gmail.com](mailto:perich97@gmail.com)

**Introducción:** La teoría de déficit de autocuidados fue presentada por Dorethea Orem. Entre sus tres subteorías del autocuidado encontramos los autocuidados de desviación de salud y entre la teoría de sistemas de enfermería encontramos el sistema de enfermería de apoyo educación. En este marco se ha desarrollado una encuesta para la valoración de la capacidad de autocuidados denominada SCAS y que diferencia cinco grupos de actividades de autocuidado. Se ha descrito una relación directa entre la capacidad de autocuidado, la calidad de vida y la adhesión al tratamiento, por lo que una mejora en autocuidados tendría potenciales efectos beneficiosos. En la Comunidad Valenciana en 2015 habían 6504 pacientes con enfermedad renal crónica, 3256 reciben como tratamiento hemodiálisis y 2060 (63.27%) son tratados en centros privados

**Objetivos:** El objetivo del estudio es describir la capacidad de autocuidado de los pacientes y su relación con género, edad y tipo de fístula para la segregación por grupos en potenciales intervenciones para la mejora de calidad de vida

**Material y métodos:** Estudios descriptivo transversal en población de enfermos renales hemodializados en centros privados Diaverum de las provincias de Castellón y Valencia (n=458) en diciembre del 2015. Para un nivel de confianza del 95%, error del 5% y heterogeneidad del 50% se calcula muestra representativa de 210 pacientes. Se solicita participación y firma de consentimiento informado de forma aleatoria a 300 pacientes. Se utiliza un grupo de herramientas de medida, entre ellas, el cuestionario SCAS de autocuidados compuesto por 22 ítems y con 5 agrupaciones de autocuidados relacionadas con el uso de la medicación (puntuación máxima de 12), seguimiento de la dieta (máximo 10 puntos), automonitorización (máximo de 8 puntos), higiene (máximos de 8 puntos) y autocuidado de salud mental (máximo de 6 puntos). Como variables cuantitativas se recogen edad, los 5 grupos de autocuidado y como cualitativas, género y presencia de fístula arteriovenosa. Se realiza estudio descriptivo de las variables y estudio analítico mediante T de Student para comparación de medias y correlación de Pearson para variables cuantitativas con el programa SPSS 21.0. El estudio ha sido aprobado por la comité deontológico de la Universidad Jaime I de Castellón y refrendado por la empresa Diaverum.

**Resultados:** De los 300 pacientes incluidos en el estudio se recuperan 156, de estos son 106 hombres (67.9%) y 50 mujeres (32.1%), con edad media de 67.75+/-12.3 años los hombres y 66.56+/-13.1 las mujeres. 148 responden al cuestionario SCAS de manera completa y correcta (hombres 104 y 126 con fístula arteriovenosa). La media de resultado para el grupo de autocuidado uso de medicación es de 8.52 sobre 12, autocuidado en dieta es de 6.58 sobre 10, en automonitorización es de 6.15 sobre 8, en higiene de 6.74 sobre 8 y en salud mental de 2.83 sobre 6. No se observan diferencias significativas entre género y capacidad de autocuidado en cuatro de los cinco grupos, destacando una mayor puntuación en automonitorización entre los hombres ( $p=0.08$ ). En relación con la presencia de fístula se observan mayores puntuaciones en los pacientes portadores de fístula para el grupo de autocuidado de manejo de medicación ( $p=0.03$ ) y menores para la automonitorización ( $p=0.08$ ). La correlación de la edad con los



grupos de autocuidado solo devuelve datos significativos de manera directa con la automonitorización ( $p=0.02$ ) aunque también cabe destacar la relación con los autocuidados de higiene ( $p=0.09$ ).

**Discusión y conclusiones:** Las cifras de autocuidados general nos muestran una necesidad de atención en el manejo de la medicación, la dieta y el estado mental con cifras claramente mejorables. Destaca una mayor necesidad de autocuidados relacionados con la automonitorización entre las mujeres; así como una mayor atención a al manejo de la medicación y automonitorización entre los no portadores de fístulas. Por tanto la aplicación de potenciales medidas de mejora en los autocuidados para los pacientes en la población estudiada deberían dirigirse en esta dirección.

**ID164**

## LA ATENCIÓN DEL ICTUS EN UNIDADES ESPECIALIZADAS: IMPORTANCIA DE LA ENFERMERÍA

Daniel Peña Lorenzo<sup>1</sup>, María del Pilar Quesada Diego<sup>2</sup>, Laura Alonso Allende<sup>2</sup>

1: Centro de salud Rondilla 2 (Valladolid). 2: Unidad docente multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria, Gerencia de Atención Primaria Valladolid Este  
[danigemelo2009@hotmail.com](mailto:danigemelo2009@hotmail.com)

**Introducción/justificación/objetivo:** El ictus es una enfermedad cerebro vascular documentada como la segunda causa de mortalidad e invalidez a largo plazo en nuestro medio, también es la causa más frecuente de demanda asistencial en los servicios de urgencias por enfermedad neurológica grave, lo que supone un enorme costo económico. En España las enfermedades cerebro vasculares producen un 7,44% del total de las defunciones. El tratamiento en las fases precoces reduce las lesiones cerebrales, la muerte y la incapacidad, por ello es fundamental para disminuirlas, además de la prevención, la rápida demanda de asistencia y la canalización hacia el lugar adecuado de atención (las unidades de ictus) En este estudio se plantea como objetivo investigar la importancia y beneficio de estas unidades.

**Desarrollo:** Revisión bibliográfica de la literatura sobre de las unidades de ictus y la repercusión de enfermería en ella. La búsqueda fue en bases de datos online, combinación de bases de datos científicas de ciencias de la salud. Para la realización de la búsqueda se plantea el formato PICO, utilizando los diferentes Thesaurus de cada base de datos consultada y su conversión a DECys y MeSH. Paciente: Paciente que llega a urgencias por un ictus Intervención: Trasladar al paciente a una unidad de ictus para su atención especializada Resultado: Comprobar la eficacia de dichas unidades. DECys utilizados : Accidente cerebrovascular, Ictus, Urgencias, Urgencia, Unidades de ictus Hospitales especializados, Enfermería. MeSH utilizados: Stroke, Emergencias, Hospitals Special, Nursing La búsqueda bibliográfica se ha realizado en Internet en las siguientes bases de datos: PUBMED, Biblioteca virtual de salud, CUIDEN, Scielo y la revista Revista Científica de la Sociedad Española de Medicina de urgencias y emergencias (SEMES). La búsqueda inicial en las distintas bases de datos dio como resultado 1666 estudios de los que se seleccionaron 21.

**Discusión:** La atención al ictus agudo en unidades de ictus ha demostrado beneficio en reducción de dependencia, institucionalización, mortalidad y costes respecto a la atención en salas de medicina interna, e incluso un menor riesgo de recurrencias a largo plazo. Los beneficios se asocian a los tratamientos específicos desarrollados en las unidades de ictus como el tratamiento trombolítico, teniendo un papel muy importante el personal de enfermería ya que está las veinticuatro horas al día con el paciente, siendo su trabajo clave para garantizar los cuidados generales necesarios y el control, prevención de complicaciones y disminución, en lo posible, de las secuelas producidas. Sin embargo, es claro que estos tratamientos eficaces no están disponibles para toda la población siendo la principal dificultad no tener acceso a estas instalaciones ya que dependen de las zonas geográficas en las que residen.

**Conclusiones:** El objetivo de todos los pacientes que sufren un ictus sería reducir el daño cerebral que sufren y, como tal, la probabilidad de sufrir una posterior invalidez. Por lo tanto, parece lógico invertir en recursos y en la organización para que todos los pacientes se beneficien de las unidades de ictus.

**ID182**

## ESTUDIO SOBRE EJERCICIO FÍSICO Y FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

Carmen Herranz Rodríguez, Rocío Rodríguez Romero, Cristina Méndez-Trelles Fernández

CAPSBE

[CHERRANZ@clinic.cat](mailto:CHERRANZ@clinic.cat)

**Introducción:** A nivel global, se estima que el 31,1% de la población del mundo, es sedentaria. En Cataluña, el 17,8% de la población de 18 a 74 años es sedentaria durante su tiempo libre y señalan un descenso de la práctica de ejercicio físico en el trabajo a través de los años. Las sociedades occidentales se caracterizan cada día más por la proliferación continua de enfermedades crónicas: Diabetes (DM2), Dislipemia (DLP) e Hipertensión (HTA). Todas son importantes en la frecuencia y el gasto sanitario que suponen y la pérdida de calidad de vida. El sedentarismo, es uno de los principales facilitadores de enfermedades crónicas y está relacionado con la aparición de episodios cardiovasculares. El objetivo del estudio es comparar las personas sedentarias con las físicamente activas y conocer la relación con las patologías de riesgo cardiovascular más prevalentes.

**Objetivos:** El objetivo del estudio es comparar las personas sedentarias con las físicamente activas y conocer la relación con las patologías de riesgo cardiovascular más prevalentes

**Material y métodos:** Estudio de diseño observacional transversal retrospectivo realizado en población atendida > 15 años de un Centro de Atención Primaria de un área urbana durante el 2015. Criterios de exclusión: Aquellos pacientes que no tenían registradas las variables de estudio. Se realizó revisión de historias clínicas valorando CIE-10 de HTA, DM2 Y DLP, ejercicio físico como "correcto/sedentario" y variables sociodemográficas de edad y sexo. Población total: 7609. Se realizó el estudio sobre toda la población que cumplía criterios de inclusión y exclusión. Se calculó odds ratio con pacientes que realizaban o no ejercicio y aquellos con y sin suceso cardiovascular, media de edad y porcentaje de sexo, sedentarismo y prevalencia de padecer patología cardiovascular en un grupo y en otro. Sigue las cláusulas de la declaración de Helsinki y el código de buenas prácticas clínicas. Pendiente de revisión por el comité de ética del Hospital Clínico de Barcelona.

**Resultados:** La media de edad era de 60 años tanto en población sedentaria como activa. El 60% de ambos grupos eran mujeres. Realizaban ejercicio 78,5%, entre los cuales en 50,7% tenían una o varias de las patologías descritas frente al 60,5% de los sedentarios. Los usuarios sedentarios tienen un riesgo de 1,19 veces mayor de padecer alguna de las patologías

**Discusión y conclusiones:** Tienen mayor patología las personas sedentarias frente a las personas que realizan ejercicio físico. Especialmente aquellas que presentan HTA, DM2 y DLP combinadas. También se observan mayores porcentajes en aquellas que presentan únicamente DLP y DM2. Parece que el ejercicio está mayormente relacionado con esta última. Los resultados son similares a otros estudios. Hemos encontrado limitaciones de registro tanto por infraregistro como por mala clasificación de tipo de ejercicio. Posiblemente es un sesgo el mayor registro de ejercicio "correcto/sedentario" en pacientes con patología que los que no presentan. Sería oportuno un ensayo clínico que comparara la evolución cardiovascular según si los individuos son o no sedentarios.

**ID191**

## **CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y COMPORTAMIENTOS SEXUALES DE ESTUDIANTES DE 3º Y 4º DE EDUCACIÓN SECUNDARIA OBLIGATORIA DE DOS CENTROS EDUCATIVOS**

Natalie Harris de la Vega, Marta Maestre Casadomet, Piedad López Villaverde, Raquel Pérez Barrios, M<sup>a</sup> Puerto Pereira Canelo, Arantxa Izquierdo Luna  
C.S Las Fronteras (Torrejón de Ardoz)  
[natalia\\_alcala@hotmail.com](mailto:natalia_alcala@hotmail.com)

**Introducción:** El último Informe de Salud de la Comunidad de Madrid 2014 refleja que nuestro municipio ocupa el tercer lugar en número de Interrupciones Voluntarias del Embarazo (IVE), además resalta que el 29% de los jóvenes de 15 a 16 años ha tenido alguna vez relaciones sexuales con penetración y un 18% no utilizaron métodos anticonceptivos eficaces durante la última relación sexual. Analizando las IVE de nuestra zona básica de salud (ZBS) comprobamos que el 6% fueron llevadas a cabo por mujeres de entre 13-21 años. La vulnerabilidad del adolescente ante embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual (ITS) y su no captación en las consultas de Atención Primaria, motivan a iniciar estrategias en los centros educativos para detectar conductas de riesgo y déficit de conocimientos e iniciar programas de educación sexual en las escuelas e institutos.

**Objetivos:** Describir los comportamientos de adolescentes en sus relaciones sexuales, así como sus conocimientos y actitudes sobre la prevención de embarazos no deseados e ITS. Detectar déficit de conocimientos y conductas sexuales de riesgo en adolescentes y posibles necesidades de intervención educativa.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo transversal en 250 alumnos de 3º y 4º de Educación Secundaria Obligatoria (ESO) de 2 institutos de nuestra ZBS. Se contó con el consentimiento previo de los padres, adolescentes e institutos para el estudio. Se utilizó un cuestionario anónimo autoadministrado no validado, que recogieron los siguientes datos: edad, sexo, curso, conocimiento sobre métodos anticonceptivos e ITS, mantenimiento de relaciones sexuales, uso de anticonceptivos eficaces. Posteriormente se realizará un análisis de los cuestionarios recogidos.

**Resultados:** Se recogieron un total de 250 cuestionarios. La edad media de los encuestados fue de 15,14 años. El 22,8% de la muestra afirmaron haber mantenido relaciones sexuales, un 43,85% de las afirmaciones eran mujeres y un 56,1% eran hombres, y la edad media de estos adolescentes fue de 15,55 años. El 26,31% de los adolescentes sexualmente activos reflejaron no haber utilizado ningún tipo de método anticonceptivo efectivo en alguna ocasión. La edad media de los adolescentes con conductas de riesgo fue de 15,81 años. Los métodos anticonceptivos más reconocidos por parte de los adolescentes fueron: el preservativo masculino en un 96,4%, la píldora en un 76%, el dispositivo intrauterino en un 32%. Las ITS más conocidos por parte de los encuestados fueron: el VIH en un 86,8%, la gonorrea en un 22%, la sífilis en un 16,8%.

**Discusión y conclusiones:** El preservativo y la píldora son los métodos anticonceptivos más reconocidos y existe una diferencia muy notable en porcentaje de reconocimiento con el resto de métodos. El VIH es la ITS más reconocida y el resto de infecciones tienen un porcentaje de reconocimiento muy bajo. Detectamos que los adolescentes encuestados tienen déficit de conocimientos en relación a métodos anticonceptivos e ITS. Destacamos un alto número de adolescentes con conductas de alto riesgo ante embarazos no deseados e ITS. Tras el análisis de los resultados se detecta la necesidad de diseñar una intervención educativa de salud sexual en los centros educativos dirigida a los adolescentes de 3º y 4º de la ESO.



**ID202**

## **ABORDAJE DE LOS CUIDADOS CARDIOVASCULARES INTEGRALES ENFERMEROS EN LA PREVENCIÓN SECUNDARIA CARDIOVASCULAR DE ATENCIÓN PRIMARIA EN LA COMUNIDAD DE MADRID**

Ángel Lizcano Álvarez, Jesús Esteban Hernández, M<sup>a</sup> Teresa González Gil  
Universidad Rey Juan Carlos (Madrid)  
[angel.lizcano@urjc.es](mailto:angel.lizcano@urjc.es)

**Introducción:** Tras el evento cardiovascular se realizará una prevención secundaria cardiovascular con un enfoque de prevención integral. Se fundamenta en el paradigma de la Integración y en las escuelas de Dorotea Orem y de Moyra Allen. Es fundamental la capacitación en autocuidados junto con el contexto familiar. Hay evidencia del beneficio de un Cuidado Cardiovascular Integral (CCVI) en pacientes postinfartados por parte de la enfermera AP. Por ello, es justificable realizar un análisis situacional para explorar y analizar el abordaje de los CCVI en la prevención secundaria cardiovascular.

**Objetivos:** Objetivo general. Conocer y analizar el abordaje de los cuidados cardiovasculares integrales (CCVI) enfermeros en la prevención secundaria cardiovascular de AP de la C. Madrid. Objetivos específicos: Explorar conceptualizaciones y actitudes hacia los CCVI en prevención secundaria.

**Material y métodos:** Diseño: Metodología mixta cuyo componente principal (CUAN) fue observacional descriptivo y el componente secundario (cual) fue Etnografía Focalizada. Población: Enfermeras (22-65 años) de AP de CA Madrid fijas o contratada interina. Muestreo Cualitativo: partiendo del muestreo CUAN (conglomerados bietápico estratificado) y de las 334 encuestas cumplimentadas, se realizó para (cual), un muestreo intencional por propósito (criterios experienciales) entre 99 enfermeras querían participar en la parte cualitativa (última pregunta del cuestionario CUAN). Para recoger la heterogeneidad de discursos, de forma aleatoria y sistemática se ordenó las 11 áreas sanitarias madrileñas. Por ser el componente secundario del estudio, fueron 9 entrevistas. Recogida datos: Se realizó por encuesta semiestructurada. No hubo observación participante por posible sesgo. Se realizó guión de entrevista, tomando como marco de referencia los resultados del componente CUAN. Se les llamaba por teléfono. Se firmaba consentimiento informado. El estudio tuvo informe favorable el ICAP de la C. Madrid. Estrategia Análisis: En tres fases: codificación abierta; descripción densa y comparación o integradora.

**Resultados:** Tras las diferentes codificaciones, destacaron las siguientes categorías y subcategorías: 1<sup>a</sup>. Factores que condicionan o dificultan la aplicación de los CCVI: Falta de conocimientos, "No lo hago por no tener conocimientos"; el paciente crónico, una relación terapéutica compleja. "Una cosa que se cronifica"; relación terapéutica con pacientes postinfartados. "El gran desconocido y mucho por hacer"; cuidados enfermeros. "La necesidad de interiorizarlo". 2<sup>a</sup>. La monotonía del hábito de lo rutinario. Una paradoja sin salida. 3<sup>a</sup>. Identificadores y construcciones culturales.

**Discusión y conclusiones:** No hay una interiorización del rol enfermero para el abordaje, manejo y captación proactiva de los pacientes postinfartados. Es insuficiente la visión y conceptualización del paciente crónico postinfartado, fundamentadas en una relación terapéutica basada en "el otro" (Clara Valverde). La presencia de una disposición de habitus marca la actitud, las acciones y las reflexiones centradas en "la monotonía del hábito de lo rutinario", impidiendo el extrañamiento de la realidad del cuidado. La actitud reflexiva hacia el locus control interno, favorece la reconstrucción de conceptos en torno a la cronicidad y favorece la implicación del paciente postinfartado (Ruiz Moral y col). Limitaciones, no se encontró cuestionario validado (CUAN). Futuras actuaciones: favorecer el abordaje integral, por medio de cursos, guías o investigaciones cualitativas que lleven a la autoreflexión sobre la actitud conformista en los cuidados del paciente postinfartado.

**ID203**

## LOS REGISTROS PARROQUIALES DE LA PROVINCIA DE ALBACETE COMO FUENTE DE INFORMACIÓN DE SALUD COMUNITARIA

Aurora Pastor Romero

GAPCU - Atención Primaria de Cuenca

[apita27@msn.com](mailto:apita27@msn.com)

**Introducción:** Los registros parroquiales proporcionaron relevante información histórica antes de la creación de los registros civiles. En ellos se recogían diferentes variables cuantitativas y cualitativas (defunciones y sus causas, nacimientos-bautismos y matrimonios), con lo que retrataban la realidad socio-sanitaria como determinante de salud. Un porcentaje muy significativo de los fondos parroquiales han sobrevivido desde su creación e incluso pueden consultarse en formato digital, siendo una fuente de demografía sanitaria.

**Objetivos:** Analizar los registros parroquiales de Albacete desde una mirada retrospectiva para evaluar el medio ambiente social de las poblaciones como determinante de salud y facilitar su difusión entre el personal sanitario. Favorecer la investigación social de la salud propugnando la multidisciplinariedad en el estudio de la salud/enfermedad aplicando métodos mayormente usados en ciencias sociales, tales como la Antropología y la Demografía.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo transversal retrospectivo en el que se analizan los registros parroquiales de las poblaciones pertenecientes a la diócesis de la provincia de Albacete (82 poblaciones) en diferentes períodos de tiempo, aplicando métodos de estudio de la demografía humana. La revisión documental se hace a través de la base de datos de FamilySearch acotando la búsqueda con los términos "defunciones", "nacimientos", "matrimonios" y "Spain, Albacete", obteniendo los registros parroquiales digitalizados de la propia diócesis comprendidos entre 1504 y 1979. Se estudiarán aquellos legibles y que recojan un mínimo de variables cualitativas (causas de deceso, edad y sexo). La información recogida se anotará en hoja de datos y se clasificará según las anteriores variables para favorecer un posterior análisis y confección de resultados.

**Relevancia:** Este proyecto mostrará la realidad sociosanitaria de la provincia de Albacete y la evolución cuantitativa y cualitativa de las diferentes variables sanitarias en el período pre-estadístico. Se dará a conocer el protagonismo que los factores científicos, higiénicos, educativos, medioambientales, asistenciales o de las políticas sanitarias, etc., han tenido y tienen sobre el estado de salud de los albaceteños, y así, poder valorar el grado de bienestar alcanzado o el nivel de educación para la salud.

**ID219**

## **ACTIVIDAD FÍSICA Y PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN EL ADULTO MAYOR: UNA REVISIÓN NO SISTEMÁTICA**

Jorge Ángel Heras Huélamo, Nicolasa Jiménez López, Juan José Álvarez Ardura, Alejandro Romero Muñoz, Gema García Ortega  
CS El Soto (Móstoles, Madrid)  
[jorgeangel.heras92@gmail.com](mailto:jorgeangel.heras92@gmail.com)

**Introducción/justificación/objetivo:** Aproximadamente un 30% de los mayores de 65 años que viven en comunidad, se caen una vez al año. En los pacientes institucionalizados este porcentaje de caídas asciende al 50%. De la totalidad, el 5% sufrirán fractura y/o hospitalización provocando un gran problema sanitario, en EEUU el coste anual por fracturas secundarias a caídas llega a 10.000 millones de dólares (6% del gasto sanitario asignado a los mayores de 65 años). Dado que actualmente las caídas son unos de los problemas más frecuentes en la vejez que más discapacidades produce y más gasto económico requiere en nuestro estudio nos planteamos los siguientes objetivos: 1) Evaluar si la actividad física es eficaz para disminuir la incidencia de caídas y sus consecuencias. 2) Evaluar qué tipo de actividad física se muestra más eficaz en la disminución de las caídas.

**Desarrollo:** Se ha realizado una revisión no sistemática de ensayos clínicos aleatorios (ECA) que incluyen una intervención de ejercicio físico o bien de equilibrio o taichí, multimodal (dos o más tipos de ejercicio) o un programa multifactorial que también contenga ejercicio para la prevención de caídas utilizando el buscador Google Académico y las bases de datos Medline, biblioteca Cochrane plus, Proquest Central y Pubmed con las siguientes palabras “exercise and prevention falls”, physical activity and prevention falls”, balance exercise and prevention falls” y “Tai Chi and prevention falls”, al final de estas palabras se añadió “a randomized controlled trial”. Para ver si la actividad física es o no eficaz a la hora de prevenir las caídas se ha extraído de cada artículo los resultados del número de caídas en el grupo intervención y el grupo control, que fue la variable resultado principal. Los ensayos que se centraron en los resultados intermedios como la mejora del equilibrio, la fuerza, o el miedo a caer y no informaron de las tasas de caídas o el número de pacientes que las sufren fueron excluidos. Para comparar los resultados de los estudios se ha utilizado el riesgo relativo, precisando cuando aparecía en los artículos el porcentaje de caídas entre ambos grupos y el valor p. Como algunos artículos no mostraban estas medidas se han especificado otras con los resultados por años/persona.

**Discusión:** El primer objetivo de esta revisión es analizar si el ejercicio físico es capaz de reducir las caídas en el adulto mayor. De los 29 artículos seleccionados que incluyeron alguna modalidad de ejercicio en la intervención, 28 muestran una reducción de las caídas, aunque 7 de ellos no alcanzan significación estadística, en la mayoría de los casos por el tamaño de la muestra o la escasa intensidad de la intervención. Intentaremos después dar respuesta al segundo objetivo, qué tipo de intervención es la más eficaz. Las comparaciones entre los tres tipos de intervención deben hacerse con mucha cautela dado que las características de los participantes y las intervenciones sobre el GC difieren en los distintos estudios. A pesar de estas limitaciones, parece que las intervenciones basadas exclusivamente en el equilibrio son las que muestran resultados más pobres pues de los.

**Conclusiones:** Podemos concluir que las intervenciones basadas en el ejercicio físico son eficaces para reducir las caídas en los ancianos y que dentro de ellas las intervenciones extensas y basadas en varios tipos de ejercicio, principalmente fuerza, equilibrio y aeróbico se muestran más eficaces que el resto con una relación dosis respuesta. Es relevante seguir investigando sobre las caídas y las fracturas en los ancianos dado la gran magnitud del problema, pero sobre todo, es ineludible incorporar estos programas de prevención de caídas de forma regular en la labor diaria de los profesionales de enfermería de los equipos de Atención Primaria.

**ID240**

## LA GRAN AVENTURA DE LA COOPERACIÓN ENFERMERA. FORMACIÓN EIR EN GUATEMALA

Gloria Torrecilla Rosado<sup>1</sup>, Teresa Castro Pintado<sup>2</sup>, Beatriz Sanchez Mangas<sup>2</sup>, Lorena Lorente Franco<sup>2</sup>, Carmen Hidalgo García<sup>2</sup>, Emma Camino Ortega<sup>2</sup>

1: CS Campamento (Madrid). 2: Unidad docente multidisciplinar de atención familia y comunitaria Centro de Madrid

[gloria.torrecilla.rosado@gmail.com](mailto:gloria.torrecilla.rosado@gmail.com)

**Introducción/presentación:** Se estima que la población de Guatemala para el año 2016 es de 16.810.291 personas. Es un país joven. El grupo poblacional de 0 A 14 años representa el 41,6% del total. Por otra parte la mortalidad infantil representa el 15,8% del total de muertes. Las principales causas fueron sepsis bacteriana, neumonía y bajo peso al nacer.

**Objetivos (de la experiencia):** El programa formativo de la especialidad de enfermería familiar y comunitaria específica como uno de sus valores el compromiso con la sociedad, la equidad y la eficiente gestión de los recursos, especialmente con los sectores sociales más desfavorecidos. E entre sus objetivos está el aprender a planificar y desarrollar programas de promoción y prevención, logrando las habilidades necesarias para el cumplimiento de las competencias enfermeras.

**Desarrollo:** Para realizar esta rotación Enmarcada en la residencia de EFyC se presentó una solicitud a la unidad docente, aportando un proyecto adecuado. Simultáneamente se contactó con una ONG. La atención desarrolló en escuelas, institutos, grupos comunitarios de mujeres, bomberos municipales, maestros, comadronas y familias. En las escuelas se realizaron talleres de higiene buco-dental, lavado de manos y valores prosociales. En los institutos se trabajó el concepto de género e igualdad, sexualidad, ETS, uso preservativo y primeros auxilios. Con los Grupos de mujeres trataron temas de Nutrición, sexualidad, cáncer de mama, menopausia, planificación familiar y ETS. Con los los Bomberos: Primeros auxilios y parto. En las Familias: actuación encaminada al buen uso doméstico de leña, repercusiones para la salud y Construcción de estufas seguras. Con las Comadronas: se clarificaron aspectos relacionados con el Parto.

**Resultados:** Hemos trabajado con la ONG. Hemos participado: 4 enfermeras (3 EIR). Se realizaron sesiones en: La escuela: 7; En institutos: 9; Grupos de mujeres: 6; Bomberos: 2; Familias: 1; Comadronas: 1. Total 26 sesiones. Población atendida: Niños: 216; Adolescentes: 79; Adultos: 78. Total 373 personas. La acogida por parte de la población ha sido muy buena y las evaluaciones por parte de la ONG muy favorables.

**Conclusiones:** Se trata de una experiencia con muy buenos resultados de participación, con la posibilidad de llegar a un mayor número de personas, y la gran oportunidad de mejorar su salud y calidad de vida. La medición de resultados en salud a largo plazo resulta muy complicada, y podría ser objeto de una próxima investigación. Consideramos que es una ocasión de oro para hacer visible nuestra profesión. Hablamos de una experiencia muy importante en la formación de los EIR de EFyC.

**ID255**

## **MEJORA DE LA CALIDAD DE LA PREPARACIÓN COLÓNICA TRAS SESIÓN FORMATIVA DE REFUERZO EN UNA UNIDAD DE ATENCIÓN PRIMARIA**

Irene Sainz de Rozas Aparicio<sup>1</sup>, María Delfina Riveira Fernández<sup>2</sup>, Itziar Ruiz de Arcaute Sáez de Adana<sup>2</sup>, Laura Sánchez Presentación<sup>2</sup>, Ane Bóveda San José<sup>2</sup>, Jose Luis López Rivas<sup>2</sup>

1: Ambulatorio de Deusto (Bilbao, Vizcaya). 2: Osakidetza

[irene.sainzderozasaparicio@osakidetza.eus](mailto:irene.sainzderozasaparicio@osakidetza.eus)

**Introducción:** El Programa poblacional de Cribado de Cáncer Colorrectal (PCCR) en CAPV se realiza desde 2009 por medio del test de detección de sangre oculta en heces (TSOH), siendo la colonoscopia completa la prueba de confirmación diagnóstica. El protocolo de preparación colónica consistente en que, diez días antes de la prueba, el paciente con resultado TSOH positivo (TSOH+) acude a la consulta de enfermería de Atención Primaria para personalizar la dieta y entregar los evacuantes. Las colonoscopias de cribado, precisan de altos estándares de calidad para garantizar la continuidad del Programa de Prevención ya que las recitaciones suponen un alto coste al sistema sanitario y un riesgo para el paciente por ser pruebas invasivas no exentas de complicaciones. Teniendo en cuenta el número de preparaciones inadecuadas en la primera vuelta de cribado, se planificó la actividad formativa para la segunda vuelta.

**Objetivos:** Conocer la eficacia de una sesión formativa de refuerzo al personal de enfermería de Atención Primaria, responsable de la información para la preparación colónica previa a la colonoscopia.

**Material y métodos:** Estudio cuasiexperimental en el que se incluyeron las personas participantes en el Programa de Cribado de Cáncer Colorrectal en 2013 y 2016 con TSOH+ a las que se les realizó una colonoscopia de confirmación diagnóstica. Se excluyeron las personas que se realizaron la colonoscopia en la red de hospitales privados. Se recogieron las variables: edad, sexo, grado de limpieza colónica según escala de Aronchick modificada. En base a los resultados de la primera vuelta de cribado se planificó la sesión formativa para las enfermeras del Centro de Salud en la segunda invitación. En la sesión formativa participaron 15 enfermeras del Centro de Salud, tuvo una duración de 1 hora y consistió en una charla con Power-Point y vídeo formativo para mejorar las instrucciones sobre la dieta y la toma de los evacuantes previos a la prueba. Se concretó qué información escrita entregar al paciente y se recomendó utilizar el vídeo como refuerzo en la consulta.

**Resultados:** En la primera invitación se recogieron 4581 muestras. El número de personas con TSOH+ fueron 367 (8,01%) y se hicieron 282 colonoscopias completas. El número de preparaciones colónicas inadecuadas fueron 23 (11,7%), de las cuales 17 (11,4%) fueron hombres y 16 (12%) mujeres; 15 personas (12,2%) eran menores de 60 años y 18 (11,3%) mayores de 60 años. Ajustando por grupo de edad y sexo no se encontraron diferencias significativas en la calidad de la preparación. En la segunda invitación se recogieron 4.834 muestras. El número de personas con TSOH+ fueron 222 (4,59%) y se hicieron 177 colonoscopias completas. El número de preparaciones colónicas inadecuadas tras la sesión formativa de refuerzo fueron 7 (3,9%)

**Discusión y conclusiones:** La sesión formativa de refuerzo a las enfermeras del Centro de Salud es eficaz puesto que mejora la calidad de la preparación colónica, siendo esto fundamental tanto para la sostenibilidad del programa como para la seguridad del paciente.

**ID260**

## **DETECCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA ÚLCERA DE MARTORELL POR LA ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA**

Lucía Villasenín Pérez<sup>1</sup>, Dorinda Feal Fonte<sup>2</sup>

1: Centro de Salud FontenlaMaristany(Ferrol, A Coruña). 2: EOXI Ferrol

[lucivillaseninperez@gmail.com](mailto:lucivillaseninperez@gmail.com)

**Introducción/justificación/objetivo:** Las úlceras constituyen una de las patologías que suponen una mayor carga de trabajo para la enfermería en atención primaria. Una de las tipologías más desconocida es la úlcera de Martorell, que por ser la menos común es la más infradiagnosticada. El conocimiento de las características de las mismas nos permitirá afrontar de modo más rápido y eficaz las necesidades de estos pacientes. Un correcto manejo de la úlcera de Martorell parte de su diagnóstico precoz por lo que la enfermería debe estar familiarizada con esta patología poco frecuente pero con gran repercusión para el bienestar de nuestros pacientes. La dificultad para la identificación de estos pacientes reside en la pluripatología que les enmascara. Las características más definitorias son: paciente con HTA de larga evolución, con una evolución de la enfermedad superior a 10 años que presenta una úlcera de pequeño tamaño, frecuentemente con fondo necrótico, situada en la cara antero-lateral de la extremidad inferior o en la zona del tendón de Aquiles y que refiere un dolor que no se corresponde con lo esperable. Para la realización de un correcto tratamiento de la úlcera de Martorell debemos de priorizar tres pasos de gran importancia: • Control eficaz de la TA • Un tratamiento local eficaz de la herida • Una correcta analgesia. El objetivo es determinar la actuación ante la úlcera de Martorell teniendo en cuenta las recomendaciones más recientes.

**Desarrollo:** La base de datos elegida para realizar esta revisión bibliográfica ha sido PubMed. Hemos seleccionado los términos clave: "Martorell ulcer", "treatment". Hemos filtrado la búsqueda para obtener los resultados de los últimos 5 años en Inglés, Francés, Portugués y Español, siendo las búsquedas las siguientes: 1. "Martorell ulcer"-> 7 resultados. 2. "Martorell ulcer treatment"-> 5 resultados. Dada la especificidad de la búsqueda se seleccionan todos los artículos.

**Discusión:** En los artículos revisados se demuestra la unanimidad de los autores a la hora de determinar las características descriptoras de la úlcera de Martorell. También en destacar como pilares básicos del tratamiento el adecuado control de la TA; el tratamiento local eficaz de la úlcera y el control del dolor. En cuanto al tratamiento del dolor concluyen que la morfina y pregabalina serán de elección para el tratamiento y que en cualquier caso la simpatectomía lumbar está cayendo en desuso por las graves consecuencias que supone para el paciente. Tras los estudios realizados determinan que no podemos afirmar la preponderancia femenina en esta patología, señalando la edad media en 74.5 años.

**Conclusiones:** La úlcera de Martorell supone una patología extremadamente invalidante para nuestros pacientes por lo que es de vital importancia un diagnóstico temprano que evite los dolores innecesarios y que permita iniciar un tratamiento óptimo. La enfermería orientará al paciente para un control efectivo de la TA, en algún caso administrará el tratamiento analgésico y será responsable del tratamiento local de la úlcera aplicando las recomendaciones para el mismo.

**ID267**

## **IMPACTO DE LA PRUEBA FORMATIVA: EVALUACIÓN CLÍNICA OBJETIVA ESTRUCTURADA, TRAS CUATRO AÑOS DE EVOLUCIÓN EN LA UNIDAD MULTIPROFESIONAL DE LAS PALMAS**

Juan José Suárez Sánchez<sup>1</sup>, Alexis Francisco Rodríguez Espinosa<sup>2</sup>, María Teresa Martínez Ibáñez<sup>2</sup>, José Carlos Salas Hospital<sup>2</sup>

1: ZBS de Ingenio (Ingenio, Gran Canaria) y Unidad Docente de Las Palmas (Gran Canaria). 2: Gerencia de Atención de Primaria de Gran Canaria

[jjuasan@gmail.com](mailto:jjuasan@gmail.com)

**Introducción:** Presentar la experiencia, los resultados y nuestra visión actual de esta prueba de evaluación formativa (ECOE) realizada en 24 Enfermeras Internas Residentes tras cuatro años de evolución en la Unidad Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria Las Palmas. Se ha realizado en cuatro promociones, en su segundo año de residencia (EIR2), y en el mes de Octubre.

**Objetivos:** 1. Mejorar la Formación de nuestros residentes a través de una experiencia práctica y simulada mediante estaciones relacionadas a competencias avanzadas de nuestra Especialidad. 2. Favorecer la Evaluación formativa entre nuestros tutores y residentes, al tiempo que adquiríamos habilidades en el desarrollo de este tipo de herramientas formativas y comparábamos evolución de las cuatro promociones. 3. Implicar a residentes, tutores, docentes colaboradores y Unidad Docente multiprofesional en un Proyecto Común.

**Material y métodos:** Estudio Transversal Descriptivo. Población 24 Enfermeros Internos residentes. Las áreas competenciales evaluadas fueron: exploración física, comunicación enfermera-paciente, manejo diagnóstico-terapéutico, habilidades técnicas, actividades preventivas. Cada estación puntuaba 100 puntos y la puntuación máxima posible fue en 2013 fue de 600 puntos y en la segunda, tercera y cuarta edición de 900 puntos. Al finalizar la prueba Tutores, pacientes simulados y residentes rellenaron una encuesta de satisfacción diseñada por la Unidad Docente. Las Pruebas han sido construidas desde un comité de Prueba desde la Unidad Docente y Subcomisión.

**Resultados:** El análisis de los datos se realizó con el programa estadístico SPSS-18. Los resultados medidos fueron la puntuación total de la prueba, en cada estación y en cada una de las competencias. De estos parámetros se obtuvo la media de cada promoción. Los resultados se consideran aceptables si superan el 60 % de la puntuación total y destacable si alcanzan el 75 %. La fiabilidad de la prueba se midió a través del test psicométrico del alfa de Cronbach; 2013: 0,350, 2014: 0,624. 2015: 0,644 2016: 0,705 Feedback Formativo. Una vez finalizada la prueba, se elabora un informe para cada residente con sus resultados individuales por estaciones y competencias, y su respectiva tutoría. Hemos Realizados 4 Videos publicados desde Nuestra Pagina Web, así como en YouTube.

**Discusión y conclusiones:** 1. La prueba ECOE es un método de evaluación que permite valorar de forma objetiva el nivel de competencias de una promoción completa de residentes. 2. Al realizarla de forma mantenida año tras año, permite valorar la evolución en el perfil de competencias de las distintas promociones y ver las necesidades formativas. 3. Nuestro formato de prueba obtiene unos adecuados índices de fiabilidad. 4. El principal valor formativo radica en la sesión de feedback posterior. 5. la prueba ECOE genera impacto emocional en los residentes, la consideran muy útil 97% y lo peor es el tiempo. 6. Esta Evaluación nos debe de proporcionar un criterio objetivo más, para defender la propuesta de contratación de Especialista en nuestra Gerencia de Atención Primaria.

**ID273**

## CONOCIMIENTO Y APLICACIÓN DE LA ZONA VENTROGLUTEA PARA LA ADMINISTRACIÓN INTRAMUSCULAR DE MEDICACIÓN

Pilar Sanchez Toledo<sup>1</sup>, Zoila Lifante Pedrola<sup>2</sup>, Rosario Verdú Nicolás<sup>2</sup>, Armida Kauhanen<sup>2</sup>

1: Centro de Salud Molina Jesús Marín (Molina de Segura, Murcia). 2: Sociedad Murciana de Enfermería Familiar y Comunitaria. Servicio Murciano de Salud. Universidad de Murcia  
[zlifante@gmail.com](mailto:zlifante@gmail.com)

**Introducción:** Las enfermeras, en la práctica diaria, eligen el lugar de inyección para administración intramuscular teniendo en cuenta, entre otras cosas, la edad del paciente, su masa muscular, la cantidad de medicamento a inyectar y si se trata de una sustancia más o menos irritante u oleosa. En España se utiliza la zona dorsoglútea (DG) frente a la zona ventroglútea (VG). La evidencia indica que la zona VG resulta preferible ya que está libre de grandes estructuras nerviosas o vasculares, tiene una menor capa superficial de tejido graso, admite hasta 5 ml de volumen, se puede utilizar a partir de los 3 años de edad y se considera como el área más segura. La medicación se administra con el paciente en posición decúbito lateral, prono o bipedestación; colocando la palma de la mano en la base del trocánter mayor y el dedo índice en la espina ílica anterosuperior, abriendo los dedos de la mano, se pincha en el espacio que quede entre los dedos índice y medio.

**Objetivos:** Determinar los conocimientos acerca de la zona ventroglútea como lugar de administración de medicación intramuscular y las opciones de la práctica de inyección intramuscular realizadas por enfermeras de distintos ámbitos asistenciales y docentes.

**Material y métodos:** Estudio observacional transversal descriptivo realizado a enfermeras de atención primaria, salud mental, urgencias y docentes a través de un cuestionario telemático autocumplimentado, de elaboración propia, diseñado a partir de la revisión bibliográfica y de encuestas utilizadas en estudios similares. Estructurado en ocho preguntas, con diferentes opciones de respuesta. Se solicitó a las diferentes Direcciones de Enfermería del Servicio Murciano de Salud su envío a todos los centros asistenciales y docentes. Los datos obtenidos fueron procesados utilizando el paquete estadístico SPSS 21.0 para Windows. Se realizó un análisis descriptivo, mediante el cálculo de frecuencias y porcentajes.

**Resultados:** Se recibieron 76 cuestionarios (55% atención primaria, 22% servicios urgencias, 16% docentes y 7% salud mental). Los participantes utilizan preferentemente la zona dorsoglútea sobre la ventroglútea, el 40% dice conocer la zona VG, pero solo el 14% la usa, el 67% conoce el volumen máximo a inyectar, el 60% de los participantes desconocen que la zona VG es más segura que la DG y el 85% desea aprender a usarla. Los participantes del ámbito de atención primaria presentan un mayor número de respuestas correctas al cuestionario.

**Discusión y conclusiones:** Las enfermeras participantes, aun conociendo la técnica, no están utilizando la zona ventroglútea para las inyecciones intramusculares a los adultos como se recomienda en la literatura científica de enfermería. Es necesario realizar una investigación más profunda acerca del uso y ventajas de esta técnica y la programación de formación específica sobre la misma.



**ID303**

## IMPACTO DEL ROL DE CUIDADOR EN EL CONTROL METABÓLICO DE LOS DIABÉTICOS

Álvaro Vilela Pájaro<sup>1</sup>, Gemma Amat i Camats<sup>2</sup>, Eva Tarragona Tassies<sup>2</sup>, Sònia Ortiz Congost<sup>2</sup>, Mercè Oliver García<sup>2</sup>, Montse Solé Boldú<sup>2</sup>

1: ABS Balaguer (Balaguer, Lleida). 2: INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT  
[alvaro.vilela.pajaro@gmail.com](mailto:alvaro.vilela.pajaro@gmail.com)

**Introducción:** La diabetes (DM) es una enfermedad compleja con muchos factores que influyen en su seguimiento y adherencia terapéutica, que puede llegar a descender hasta el 50%. El estrés influye en este control, asociándose altos índices de estrés a mal control metabólico. Actualmente, los cuidadores informales son el centro del debate sobre políticas de bienestar debido al creciente aumento de la demanda de estos cuidados. Nuestro estudio pretende analizar estos dos escenarios: cómo repercute el hecho de ser cuidador principal (de personas frágiles/dependientes, o ser canguro de nietos) en el buen control de su DM.

**Objetivos:** Objetivos generales: determinar si existe asociación entre ser cuidador principal de una persona frágil/dependiente o por ser canguro de nietos en personas diabéticas de una zona semi-rural, y su HbA1c, tensión, peso y adherencia dietética. Objetivos específicos: realizar una descripción sociodemográfica y clínica de la muestra.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo transversal. Población de estudio: DMII diagnóstico >1 año, de un área básica de salud semi-rural. Muestra del total de diabéticos de 4 contingentes (2 urbanos, 2 rurales, muestreo por conveniencia). De 173 diabéticos, se excluyeron 21 (12.1%: ingresados en socio-sanitario o no localizados durante el estudio), quedando finalmente una muestra de 152 (87.9%). Recogida de datos: entrevista personalizada a los participantes. Variables de estudio: sexo, edad, HbA1c, última TAS, última TAD, IMC, ser cuidador, ser canguro, hábito dietético. Análisis de datos: variables categóricas descritas a partir del cálculo de frecuencias absolutas y relativas; variables numéricas a partir de la media y la desviación típica. Se contrastaron posibles diferencias en cuanto a perfiles de cuidadores (si/no) y canguros de nietos (si/no) mediante chi-cuadrado (datos categóricos) y prueba no paramétrica de Mann-Whitney (datos numéricos). Se utilizó el software estadístico SPSS.

**Resultados:** El perfil de DMII estudiados es hombre (56.4%), medias de: edad 68.8 [DE 12.5], HbA1c 6.9% [DE 1.1], última PAS 134 [DE 13.5], última PAD 78 [DE 10], IMC 30.5 [DE 5.8]. Contrastamos las diferencias entre perfiles de cuidadores y canguros, con variables de control: -Cuidadores de frágiles/dependientes: el 33.3% tienen mal control metabólico (HbA1c≥7%) versus el 42.9% en no-cuidadores; el 37.5%/12.5% tienen mal control TAS/TAD versus el 25.8%/6.3% en no-cuidadores; el 41.7%/45.8% tienen sobrepeso/obesidad versus el 40.9%/47.2% en no-cuidadores; el 29.2% incumple dieta versus el 20.3% en no-cuidadores. -Canguros de nietos: el 47.4% tienen mal control metabólico (HbA1c≥7%) versus el 39.5% en no-canguros; el 42.1%/10.5% tienen mal control TAS/TAD versus el 22.8%/7.0% en no-canguros; el 28.9%/63.2% tienen sobrepeso/obesidad versus el 45.1%/41.6% en no-canguros (p=0.036); el 65.8% incumple dieta versus el 7% en no-canguros (p=0.001).

**Discusión y conclusiones:** Hallamos diferencias clínicamente relevantes de peor control TAS/TAD y mala adherencia dietética por ser cuidadores de frágiles/dependientes (no HbA1c ni IMC). En el análisis del grupo de canguros de nietos: igual diferencia clínicamente relevante de peor control en HbA1c, TAS/TAD, pero con evidencia científica en relación a mayor IMC, peor adherencia dietética en los DMII canguros. Ello concuerda con estudios de peor control metabólico asociado a estrés. La limitación del estudio fue el tamaño muestral. En enero/2017 aumentaremos la muestra para mejorar la potencia estadística.

**ID313**

## ¿CONOCEMOS NUESTRAS COMPETENCIAS?

Lara González Torre<sup>1</sup>, Javier Quijano Herrero<sup>2</sup>, Paula Quijano Herrero<sup>2</sup>, María Carmen Prieto Valtuille<sup>2</sup>

1: C.S. Bembibre (Bembibre, León). 2: C.S. Ponferrada II  
[lara\\_torre@hotmail.com](mailto:lara_torre@hotmail.com)

**Introducción:** Dentro de la práctica clínica diaria hay ciertas intervenciones que suscitan dudas entre los profesionales de enfermería al no conocerse verdaderamente su marco de competencias. Esto sucede porque a nivel nacional no existe un documento único y oficial en el que se especifique detalladamente las competencias propias de los profesionales enfermeros en la práctica clínica. Debido a ello, en muchas ocasiones surgen dudas acerca de algunas competencias y la responsabilidad sobre ellas.

**Objetivos:** Explorar el conocimiento de los profesionales de enfermería de nuestra área de salud sobre dos competencias seleccionadas: suturas y canalización de vía intraósea.

**Material y métodos:** Se realiza un estudio de investigación cualitativa descriptivo. La población diana abarca a todos los profesionales de enfermería de nuestra área de salud que desarrollen su función en el ámbito de la atención primaria. Criterios de inclusión: ser profesional de enfermería y ejercer la actividad profesional, en el momento del estudio, en un centro de salud perteneciente a nuestra área. Se realizó una revisión bibliográfica: · Una búsqueda en diferentes bases de datos para conocer la situación actual y los estudios relacionados. Las bases utilizadas fueron: sciencedirect, cuiden, NNN consult, Pubmed y la biblioteca cochrane mediante la búsqueda combinada de cuatro palabras clave: enfermería, competencias, suturas y vía intraósea. El total de resultados encontrados fueron 134, de los cuales seleccionamos 14 para su lectura crítica. Finalmente solo 5 artículos se ajustaban a nuestro objetivo de estudio. · Realizamos una segunda búsqueda centrada en obtener la legislación vigente en nuestro país relacionada con el ámbito de competencias enfermeras generales y con las dos intervenciones propuestas. Tras la revisión, se diseñó un cuestionario anónimo, cerrado y autoadministrable de diez ítems con múltiples opciones de respuesta. Cada cuestionario consta de un apartado de instrucciones. Se realizó un pilotaje del cuestionario con tres profesionales de enfermería no pertenecientes a la población diana. Los cuestionarios se entregarán a los profesionales de cada centro de salud con la colaboración de los coordinadores de enfermería que se encargarán de la entrega y recogida. El plazo para ello será de un mes. Posteriormente se procederá al análisis de los datos para extraer conclusiones.

**Relevancia:** Los resultados de la revisión bibliográfica no muestran ningún estudio cualitativo similar en nuestro país, que explore la opinión y conocimientos de los profesionales de enfermería sobre competencias concretas. Además, el tema cobra mayor importancia en la actualidad, cuando la profesión enfermera está en pleno desarrollo de las especialidades, con profesionales cada día más especializados.

**ID327**

## **PROGRAMA DE EDUCACIÓN SANITARIA DIRIGIDO A CUIDADORES INFORMALES DE ARANDA DE DUERO**

Paula Martínez Benito<sup>1</sup>, Cristina Ballesteros Sánchez<sup>2</sup>

1: Centro de Salud Aranda Sur (Burgos). 2: Gerencia de Atención Primaria de Burgos.

[pamabe8@gmail.com](mailto:pamabe8@gmail.com)

**Introducción:** El hecho de cuidar a un familiar en el hogar, repercute en diferentes áreas de la vida de la persona que cuida y en el funcionamiento familiar. Este programa de Educación para la Salud (EpS) es elaborado para todos aquellos cuidadores informales de Aranda de Duero que necesitan apoyo para afrontar situaciones de cuidados de un familiar. Sus contenidos se agrupan siguiendo los patrones funcionales de salud de Marjory Gordon. Van dirigidos a cubrir los objetivos del programa, siendo integrados en 4 talleres prácticos con un cronograma común.

**Objetivos:** Objetivo general: Restar ansiedad y capacitar al cuidador informal en la prestación de cuidados de calidad en el domicilio, aumentando sus conocimientos, habilidades y aptitudes en dicha área. Objetivos específicos: - Aumentar los conocimientos en los cuidados dirigidos al paciente inmovilizado. - Aumentar las habilidades y aptitudes del cuidador en la instauración y el mantenimiento de cuidados de calidad. - Capacitar en la realización de técnicas de relajación orientadas al bienestar del cuidador.

**Material y métodos:** Se trata de un programa de EpS dirigido a cuidadores informales en la población de Aranda de Duero. La selección de la muestra, que pretende alcanzar grupos de 8-10 participantes, se llevará a cabo mediante la búsqueda del diagnóstico "Inmovilizado" en la población de Aranda de Duero en los listados del programa informático de Atención Primaria de SaCyl, Medora y contactando con los equipos de AP para captar a aquellos cuidadores asociados a pacientes inmovilizados que no aparezcan en dicho listado. Se incluirá también a toda persona que cumpla criterios y que solicite su participación en el programa. Los criterios de inclusión serán: ser cuidador informal perteneciente a la población de Aranda de Duero y un compromiso de acudir al 100% de los talleres. El criterio único de exclusión será la no aceptación por parte del cuidador. La recogida de datos de las variables independientes se hará mediante una encuesta no validada de elaboración propia. Los datos de las variables dependientes se obtendrán mediante escalas y test ya validados; escala de ansiedad de Hamilton, test de depresión de Goldberg, escala de Zarit de sobrecarga del cuidador y cuestionario COOP-WONCA del nivel de calidad de vida. Se prevé analizar los datos con el programa SPSS. El programa se estructura en 4 talleres prácticos, los tres primeros orientados a los cuidados al paciente dependiente siguiendo los patrones de salud de Marjory Gordon, y el último de ellos orientado al bienestar del cuidador. Finalmente se realizará la correspondiente evaluación de estructura, de proceso y de resultados.

**Relevancia:** La enfermería, principal proveedora de cuidados, tiene una tarea importante en la atención al cuidador y está especialmente preparada para capacitar en el arte de cuidar. Con este proyecto, se pretende demostrar la eficiencia de la implementación de un programa de EpS para cuidadores en Aranda de Duero, y la relevancia de la enfermera familiar y comunitaria en la capacitación de cuidadores y promoción de la autonomía.

**ID353**

## **CALIDAD DOCENTE Y SATISFACCIÓN CON LAS ROTACIONES DE LOS EIR DE FAMILIA Y COMUNITARIA DEL ÁREA SANITARIA DE FERROL Y A CORUÑA**

Esther Fernández Fernández, Irene Carlota Estrada Mosquera, Amalia Conceiro Rúa, M<sup>a</sup> Luisa Fraga Sampedro, Herminia Ramil Pernas, Rocío Pena Duro

Xerencia de Xestión Integrada de Coruña y Ferrol

[Maria.Luisa.Fraga.Sampedro@sergas.es](mailto:Maria.Luisa.Fraga.Sampedro@sergas.es)

**Introducción:** El programa oficial de la especialidad de enfermería familiar y comunitaria, establece los criterios para la evaluación del residente, los criterios de acreditación y reacreditación de los tutores así como los criterios de evaluación de la estructura docente. Evaluar la calidad docente de las Unidades Docentes Multiprofesionales (UDM) de Atención Familiar y Comunitaria, junto con la evaluación de tutores, y de los diferentes dispositivos por los que rotan los enfermeros Residentes, forma parte del plan evaluativo global. Las opiniones que se recogen en estos cuestionarios, ayudan a avanzar en el desarrollo de las mismas, a conocer las fortalezas y debilidades del itinerario formativo y permite establecer áreas de mejora. Es fundamental para las UDM, de reciente creación en Galicia. Las UDM de Atención Familiar y Comunitaria de A Coruña y Ferrol, desde el año 2012 han trabajado conjuntamente en la planificación del Itinerario Formativo de los Residentes; en este momento es necesario conocer el grado de satisfacción de los residentes con respecto a sus rotaciones y establecer una comparativa entre las dos Unidades Docentes de características similares.

**Objetivos:** Conocer la opinión de los EIR de Familia y Comunitaria sobre la calidad docente y satisfacción con sus rotaciones por diversos centros sanitarios del Área de Ferrol y de A Coruña.

**Material y métodos:** Estudio observacional descriptivo transversal. La población de estudio fueron todos los EIR adscritos a las Áreas Sanitarias de Ferrol y A Coruña (n= 18 ), para el periodo 2014-2016. Evaluación mediante encuesta "ad hoc" de autocumplimiento, con 9 ítems de valoración y 5 respuesta tipo Likert. Estadística descriptiva mediante el programa Microsoft Excel 2016.

**Resultados:** Han participado en la encuesta 18 EIR (100 %). El 94.44 % eran mujeres y el resto hombres. La media de edad fue de 25.5 años. Los ítems que obtuvieron los niveles más bajos (+/- 50%), y considerados "malos/regulares" fueron: 1º) "la duración de las prácticas"; y 2º) "el cumplimiento de los objetivos docentes". Por el contrario, los ítems mejor valorados fueron: 1º) "la motivación y dedicación docente de los tutores"; y 2º) "el seguimiento por parte del responsable docente de la rotación".

**Discusión y conclusiones:** Teniendo en cuenta las limitaciones que rodea el hecho de que es un estudio descriptivo mediante una encuesta de opinión no validada y auto-cumplimentada (sesgo de selección e información); los resultado no son extrapolables ni comparables a otros estudios. Aun así, nuestro estudio observacional nos permite, como punto de partida, identificar algunas áreas de mejora que nos ayudarán, a corto-medio plazo, formular nuevas estrategias más eficaces para cumplir con los objetivos esperados del proceso formativo de los EIR. En concreto; observamos que el apartado humano, docente y organizativo está bien valorado, pero en cambio, deberíamos replantearnos la parte práctica y técnica de las rotaciones para hacerla más satisfactoria y eficiente para los EIR.

**ID355**

## **TIRAS PARA GLUCEMIA CAPILAR EN DIABETES TIPO 2: DESDE LA ASIGNACIÓN TEÓRICA AL USO EFICIENTE**

María Lucena Cerezo, Raquel Montero Plumed, Mayra Muñoz Sánchez, Noelia Martínez Carrascosa, María Eva Sáez Torralba

Unidad Docente de Atención Familiar y Comunitaria de la Gerencia de Atención Primaria de Toledo.  
Gerencia Atención Primaria de Toledo

[mlucenac@sescam.jccm.es](mailto:mlucenac@sescam.jccm.es)

**Introducción:** La monitorización de la glucemia capilar se entiende como una conducta del cuidado básica para involucrar a la persona en el tratamiento de su enfermedad y que permite conocer a usuarios y profesionales sanitarios los factores que pueden condicionar el control metabólico adecuado. La utilidad de la monitorización de la glucemia capilar en Diabetes tipo 1 y 2 con insulina está reconocida. En Diabetes tipo 2 no tratada con insulina su uso es más controvertido. Algunos estudios manifiestan una relación coste-beneficio no demostrada, con un efecto positivo de escasa cuantía que incrementa los costes del tratamiento; consideran más útil conocer la medida de la hemoglobina glicosilada, ya que independientemente de que haya automonitorización de la glucemia capilar, los pacientes no se implican en la toma de decisiones. Hay estudios con una posición intermedia, recomendando la monitorización glucémica capilar, temporalmente, en aquellas personas en control glucémico inestable o durante la educación diabetológica. Las tiras reactivas utilizadas en la monitorización suponen un gasto de 118 millones de euros anuales en España, (2% del gasto total de la diabetes).

**Objetivos:** Objetivo principal: Determinar el manejo y consumo que se realiza de las tiras glucemia capilar en diabéticos tipo 2. Objetivos específicos: Conocer el perfil de las personas con diabetes tipo 2 que utilizan tiras para glucemia capilar. Comprobar el perfil de prescripción y la frecuencia de utilización de las tiras para glucemia capilar. Identificar las acciones desplegadas según resultados glucémicos y si se reevalúan necesidades de tiras.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo de personas con diabetes tipo 2 incluidas en el censo de diabéticos para entrega de tiras en Atención Primaria de una Gerencia Sanitaria desde enero a diciembre de 2016. Exclusión: Diabetes tipo 1 y 2 en tratamiento con insulina, embarazadas, seguimiento en consulta de Endocrinología e inclusión en censo en periodo inferior a un año. Tamaño muestral de 372 sujetos, obtenido con la fórmula de cálculo de una proporción estimada del 50% y una precisión de más/menos 5% con un nivel de confianza del 95%. Muestreo por conveniencia. Variables a 31-12-2016: edad, sexo, estudios, tiempo de evolución de la enfermedad, hemoglobina glicosilada, tratamiento, número de tiras asignadas en censo y consumidas, frecuencia de monitorización capilar, decisiones tomadas según resultados, reevaluación de necesidades en tiras. Recogida de datos mediante revisión de historia clínica informatizada con autorización de la Gerencia. Análisis mediante programa informático SPS 18.0

**Relevancia:** Conocer el consumo y las prácticas habituales en la monitorización capilar tiene la finalidad de ofrecer información de la realidad en el manejo. Puede ser útil en la planificación de acciones que contribuyan en la sensibilización de profesionales y pacientes para alcanzar un uso eficiente, repercutir en el óptimo cuidado de esta enfermedad crónica, en su seguridad y calidad de vida y en la mejora de la gestión de recursos económicos destinados a la salud.

**ID363**

## PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS DE LOS PROBLEMAS DE SALUD ATENDIDOS EN UN PUNTO DE ATENCIÓN CONTINUADA DE TOLEDO

Beatriz Gómez-Escalonilla Lorenzo

Centro de Salud de Torrijos (Torrijos, Toledo)

[beafuensa@hotmail.com](mailto:beafuensa@hotmail.com)

**Introducción:** Los servicios de urgencias de Atención Primaria suponen una parte fundamental de la cadena asistencial para atender al paciente ante cualquier demanda de salud. Actualmente se está produciendo un aumento de su demanda, tanto casos urgentes como no urgentes. Existen escasos estudios que valoren estos servicios y el papel de la Enfermería en ellos.

**Objetivos:** El objetivo principal del estudio es identificar la prevalencia y características de los problemas de salud de pacientes que se atienden en el Punto de Atención Continuada (PAC) de Torrijos, así como determinar la actuación de enfermería en los distintos problemas de salud que se atienden. Los objetivos específicos son: • Definir el perfil sociodemográfico de los pacientes atendidos. • Describir los problemas de salud que se atienden. • Identificar las intervenciones de enfermería realizadas en los distintos problemas de salud.

**Material y métodos:** Estudio observacional descriptivo retrospectivo sobre pacientes atendidos en el mes de enero 2015 en la Zona Básica de Salud (ZBS) de Torrijos. Las variables de estudio son: Las variables sociodemográficas: edad, sexo, si pertenece a esta ZBS o a otra, procedencia dentro de la ZBS. Las variables sobre los problemas de salud: factores de riesgo, diagnóstico médico (CIE-9-MC) y enfermero (NANDA), tipo de consulta, destino del paciente, recurso asistencial utilizado para el traslado del paciente. Las variables sobre las intervenciones de enfermería: número y tipo de intervenciones de enfermería (según NIC). Los datos fueron obtenidos a través de bases de datos estadísticas del SESCAM sobre registros en historias clínicas. Análisis estadístico: las variables cuantitativas se expresaron en medias y desviación típica y las cualitativas en frecuencias absolutas y relativas. En el análisis de los datos se empleó la herramienta SPSS versión 20.0. Se obtuvo el dictamen favorable del Comité de Ética de Investigación Clínica (CEIC) del Área Sanitaria de Toledo.

**Resultados:** Muestra total de 2311 pacientes. 1151 (49,8%) son mujeres y 1160 (50,2%) hombres. La edad media es de 40,98 años (DE  $\pm 26,812$ ). El grupo de edad más atendido fue el de 2 a 11 años. Consulta urgente en el centro 1900 (82,73%) y consulta programada 236 (10,21%). 1456 (63,25%) derivados a su Médico de Cabecera y 221 (9,6%) derivaciones al hospital. 2240 (96,9%) diagnósticos médicos y 71 (3,1%) diagnósticos enfermeros. Las patologías más frecuentes atendidas fueron las infecciones respiratorias 839 (36,30%) y el diagnóstico enfermero "Deterioro de la integridad cutánea/tisular" 44 (1,9%). Las intervenciones de enfermería más frecuentes: colaboración con el médico 521 (22,54%) y enseñanza individual 368 (15,92%).

**Discusión y conclusiones:** Existe una elevada prevalencia de problemas de salud no urgentes. Importante frecuencia de diagnósticos médicos y escasos de enfermería. Nos encontramos la presencia y/o actuación del enfermero en todos los problemas y/o consultas atendidas. Es por todo ello por lo que se evidencia la importancia de estos servicios en la atención a pacientes con problemas no urgentes y urgentes. La enfermería tiene un papel importante y activo en estos servicios.

**ID365**

## **IMPACTO DEL REAL DECRETO 954/2015 SOBRE INDICACIÓN, USO Y AUTORIZACIÓN DE DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS EN LA ACTIVIDAD DE LA ENFERMERA COMUNITARIA**

Alicia Negrón Fraga

Centro de Salud Arroyo de la Vega (Alcobendas, Madrid)

[alicia82mad@gmail.com](mailto:alicia82mad@gmail.com)

**Introducción/justificación/objetivo:** Enfermería espera desde hace décadas una regulación de la llamada Prescripción Enfermera, PE.El RD 954/2015 e de ámbito nacional y afecta a todas las enfermeras comunitarias EC. También a los usuarios que a ella recurren. Tras este RD se ha generado en ocasiones insatisfacción, frustración e inseguridad entre usuarios, enfermeras y resto de miembros de los equipos de salud. Mediante la presente revisión se pretende analizar dicho RD para arrojar luz.

**Desarrollo:** Se analizó cada uno de los artículos del RD, así como cada una de las legislaciones en las que se fundamenta para su desarrollo. Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, en su artículo 77. Ley 28/2009, que modifica Ley 29/2006. Real Decreto Legislativo1/2015, de 24 de julio, en su artículo79. RealDecreto1718/2010,de 17 dediciembre,sobre receta médica y órdenes de dispensación. Ley44/2003, de21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. Sentencia Tribunal Supremo de 3 de mayo de 2013. Sentencia Tribunal Supremo de 17 de julio de 2012.Sentencia Tribunal Supremo dede 18 de diciembre de 2012. Sentencia Tribunal Supremo de 6 de junio de 2012.Sentencia Tribunal Supremo de 20 de marzo 2012. Sentencia Tribunal Supremo de 3 de mayo de 2013. Noticias con amenazas ambiguas o directas por parte de colectivos no enfermeros y enfermeros a la EC que estaba desarrollando su actividad profesional habitual. Distintas acciones judiciales al RD.

**Discusión:** - La legislación en la que se fundamenta desarrolla la receta médica, documento normalizado para la dispensación. - El Gobierno es el encargado de la regulación de las actuaciones profesionales de los enfermeros. - Autonomía de los Diplomados Sanitarios en el ámbito de sus competencias -No se trata de nuevas competencias - El RD pretende sentar las bases para que la enfermera pueda indicar, usar y emitir ordenes de dispensación de medicamentos y productos sanitarios en las oficinas de farmacia. Algo que ahora mismo debe solicitar a un médico para que el usuario pueda conseguir el tratamiento de manera financiada cuando así lo considera la enfermera que le ha valorado y le trata.

**Conclusiones:** El RD 954/2015 SOBRE INDICACIÓN, USO Y AUTORIZACIÓN DE DISPENSACIÓN no restringe el trabajo habitual de la EC. Intenta desarrollar exclusivamente la receta u orden de dispensación. Es fundamental que una norma no deje resquicios de duda. Tanto la redacción como algunos de los contenidos han producido gran malestar y situaciones de sufrimiento en el colectivo enfermero.

**ID366**

## ¿EXISTEN DIFERENCIAS EN LOS RESULTADOS DE LOS PACIENTES INMOVILIZADOS EN ATENCIÓN PRIMARIA SEGÚN ZONAS HOSPITALARIAS EN LA DIRECCIÓN ASISTENCIAL CENTRO?

Cristina Anton Barca, José Manuel Sánchez García, Montserrat García López, Sonia López Palacios, Nury Alejo Brú, Gemma Trujillo Trujillo

Dirección Asistencial Centro. Gerencia Asistencial Atención Primaria de Madrid  
[cristina.anton@salud.madrid.org](mailto:cristina.anton@salud.madrid.org)

**Introducción:** En la Dirección Asistencial Centro se trabaja con 4 hospitales de referencia. Siendo común para todos los centros el Servicio 501: Atención Domiciliaria a pacientes inmovilizados se observan diferencias en 2 de los indicadores del Contrato Programa de Centro, por lo que nos proponemos averiguar si la hipótesis es cierta.

**Objetivos:** Comparar los indicadores del Contrato Programa de Centro: 6.05.32 Pacientes inmovilizados con prevención de úlceras por presión (UPP) realizada por CIAS de enfermería, y 6.05.34 Pacientes inmovilizados con úlceras por decúbito con respecto a los hospitales de referencia de la Dirección Asistencial Centro.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo. Año de estudio: 2015. Población: todos los pacientes incluidos en el Servicio 501 (ATENCIÓN DOMICILIARIA A PACIENTES INMOVILIZADOS) de la Cartera de Servicios Estandarizada de Atención Primaria de Madrid de 48 Centros de Salud de la Dirección Asistencial Centro, separados según hospital de referencia. Las variables son: el indicador 6.05.32 y 6.05.34; centros de salud adscritos a los hospitales de referencia (Hospital La Princesa 13 centros, Hospital Doce de Octubre 18 centros, Hospital Clínico San Carlos 13 centros, Hospital Central de la Defensa 4 centros). Se analiza y compara entre las diferentes zonas de referencia a través del porcentaje con respecto al total de los pacientes adscritos al servicio 501 de cada hospital de referencia.

**Resultados:** • Población Servicio 501: Zona hospitalaria HLP: 2155 Zona hospitalaria HDO: 2052 Zona hospitalaria HCSC: 2334 Zona hospitalaria HCDGU: 954 • Resultados en indicador 6.05.32 Zona hospitalaria HLP: 1577 Zona hospitalaria HDO: 1382 Zona hospitalaria HCSC: 1490 Zona hospitalaria HCDGU: 684 • Resultados en indicador 6.05.34 Zona hospitalaria HLP: 292 Zona hospitalaria HDO: 234 Zona hospitalaria HCSC: 305 Zona hospitalaria HCDGU: 104 • Porcentaje de pacientes con resultados en 6.05.32 con respecto al Servicio 501 Zona hospitalaria HLP: 73,18 Zona hospitalaria HDO: 67,35 Zona hospitalaria HCSC: 63,84 Zona hospitalaria HCDGU: 71,70 • Porcentaje de pacientes con resultados en 6.05.34 con respecto al Servicio 501 Zona hospitalaria HLP: 13,55 Zona hospitalaria HDO: 11,40 Zona hospitalaria HCSC: 13,07 Zona hospitalaria HCDGU: 10,90

**Discusión y conclusiones:** • Observamos que los Centros de Salud de la zona hospitalaria del Hospital de la Princesa presentan mayor porcentaje de UPP en pacientes inmovilizados aunque hayan realizado un mayor porcentaje de prevención de UPP en estos pacientes. • Los Centros de Salud de la zona hospitalaria del Hospital Central de la Defensa presentan mejores resultados en pacientes inmovilizados con prevención de UPP, también obtienen un porcentaje alto de resultados en la prevención de UPP en estos pacientes. • No hay una relación significativa entre los parámetros descritos entre los Centros de Salud y su hospital de referencia. Por lo tanto, el nivel de cumplimiento y resultado en estos indicadores dependerá de otras variables que habría que incorporar, independientemente su zona hospitalaria.



**ID374**

## **ANÁLISIS DE LA ATENCIÓN DOMICILIARIA DESARROLLADA POR LA ENFERMERA FAMILIAR Y COMUNITARIA EN LA COMUNIDAD DE MADRID**

Ana López-Torres Escudero<sup>1</sup>, Esmeralda Torralba Molina<sup>2</sup>, Esther Nieto García<sup>2</sup>, Mercedes Araujo Calvo<sup>2</sup>, Asunción Andres<sup>2</sup>, Teresa de la Huerza Fernandez-Bofill<sup>2</sup>

1: Centro de Salud Mejorada del Campo (Mejorada del Campo, Madrid). 2: Atención Primaria Salud Madrid

[alopezt@salud.madrid.org](mailto:alopezt@salud.madrid.org)

**Introducción:** El cuadro de mandos de la Gerencia Asistencial de Atención Primaria de Madrid, contempla entre los indicadores de actividad, la atención domiciliaria de enfermería. En 2015, el número de visitas/día que se realizaron fue de 0,83. Cálculo en base a plantilla /21 días laborables). Actualmente estamos viviendo grandes cambios socio-demográficos y consecuentemente socio-sanitarios que están modificando los sistemas de salud y reorientando los servicios. Como sociedad científica nos planteamos si estas cifras se ajustan a las necesidades reales de la población.

**Objetivos:** Conocer la situación de la atención de enfermería en domicilio en la Comunidad de Madrid. Objetivos específicos -Identificar limitaciones o dificultades en la realización de la visita domiciliaria - Describir los objetivos de la atención en domicilio -Analizar las actividades que se realizan -Conocer la percepción de las enfermeras sobre la atención en domicilio -Permitir a las enfermeras aportar sugerencias para mejorar la atención domiciliaria en la comunidad de Madrid

**Material y métodos:** Diseño: descriptivo transversal. Ámbito: comunidad de Madrid. Periodo: meses de diciembre 2016 y febrero 2017 Población de estudio: Enfermeras y Enfermeros de la Comunidad de Madrid. Criterios de selección: Profesionales de enfermería que trabajen o hayan trabajado en Atención Primaria. Tamaño muestral y muestreo: Según el Informe "Estudio sobre necesidades de cuidados de enfermería 2010-2015" en la Comunidad de Madrid hay 4.119 enfermeras y enfermeros de AP. Para un error del 5% con un nivel de confianza del 95%, para esta población la muestra es de 352 profesionales. Muestreo en bola de nieve. Variables: datos sobre tiempo dedicado a la AD, nº dom/d, método de registro, así como percepción sobre dificultades y situación actual de la AD en Madrid Recogida de datos: cuestionario on-line diseñado ad hoc, contas de 35 items de respuesta cerrada más una de respuesta abierta, se responde en 15 minutos. Estrategia de análisis prevista: Análisis de respuestas Excell y SPSS La encuesta ha sido lanzada a finales de diciembre y se mantendrá activa hasta el 31 de enero de 2017

**Relevancia:** Tras valorar los resultados de la encuesta en el pilotaje se observa, entre otros, que el tiempo real dedicado a la atención domiciliaria (desplazamiento, AD y registro), supera el tiempo asignado en las agendas para esta actividad. Consideramos que este hecho es uno de los motivos que dificulta aumentar los indicadores de visita domiciliaria, en nuestra opinión los datos numéricos son importantes y necesarios pero solo miden cantidad. La atención domiciliaria supone mucho más: cuidados individualizados, valoración sociosanitaria y familiar, atención a cuidadoras, así como la coordinación y gestión de casos si se requiere. Considerando que el tiempo es un condicionante a la hora de acudir al domicilio, mucho más puede condicionar la calidad de la atención. La encuesta refleja la necesidad de iniciar cambios significativos en el actual diseño de la AD en los que, tanto profesionales como sociedades científicas, debemos implicarnos activamente.

# ÍNDICE POR TÍTULOS

Por orden alfabético

12 MESES -12 DIAGNÓSTICOS: LA AUTOFORMACIÓN EN METODOLOGÍA ENFERMERA .....	901
A PROPÓSITO DE UN CASO: DIAGNÓSTICOS DE OBESIDAD Y DETERIORO DE LA INTEGRIDAD TISULAR EN PACIENTE CON INSUFICIENCIA VENOSA .....	100
ABORDAJE DE LA ADOPCIÓN INTERNACIONAL PARA LA PREVENCIÓN DE LOS PROBLEMAS PSICOPATOLÓGICOS .....	1222
ABORDAJE DE LA DISFAGIA PARA LA PREVENCIÓN DE LA NEUMONÍA EN MAYORES DE 65 AÑOS CON ALZHEIMER EN EL ÁMBITO DOMICILIARIO .....	1177
ABORDAJE DE LOS ADOLESCENTES A TRAVÉS DE LAS REDES SOCIALES, UNA NUEVA HERRAMIENTA: CONSULTA JOVEN .....	658
ABORDAJE DE LOS CUIDADOS CARDIOVASCULARES INTEGRALES ENFERMEROS EN LA PREVENCIÓN SECUNDARIA CARDIOVASCULAR DE ATENCIÓN PRIMARIA EN LA COMUNIDAD DE MADRID.....	1257
ABORDAJE DE PREVENCIÓN DE CONSUMO DE TABACO EN LOS ADOLESCENTES EN LOS INSTITUTOS POR ENFERMERAS DE ATENCIÓN PRIMARIA (AP) .....	1167
ABORDAJE DEL DUELO EN FAMILIARES DEL PACIENTE SUICIDA .....	1142
ABORDAJE INTEGRAL DE LA OBESIDAD INFANTIL Y EL SEDENTARISMO EN ATENCIÓN PRIMARIA .....	594
ABORDAJE INTEGRAL DE UN HOMBRO DOLOROSO EN ATENCIÓN PRIMARIA .....	1219
ABORDAJE NO FARMACOLÓGICO DEL PACIENTE CON FIBROMIALGIA EN ATENCIÓN PRIMARIA .....	1223
ABORDAJE PALIATIVO DE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA: A PROPÓSITO DE UN CASO .....	1035
ACCESIBILIDAD Y PARTICIPACIÓN DE MUJERES EN EL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE CÁNCER DE MAMA, DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN EN LA VEGA BAJA DEL SEGURA .....	946
ACCIDENTES EN CENTROS ESCOLARES: PREVENCIÓN Y ACTUACIÓN.TALLERES DE PRIMEROS AUXILIOS PARA DOCENTES DE CENTROS EDUCATIVOS DE PRIMARIA.....	494
ACCIÓN FORMATIVA EN EL PUESTO DE TRABAJO SOBRE ALIMENTACIÓN EN DIABETES: EVALUACIÓN E IMPACTO DE LA FORMACIÓN CONTINUADA EN EL ÁREA DE SALUD.....	1249
ACOSO ESCOLAR: DETECCIÓN Y ACTUACIÓN DESDE ATENCIÓN PRIMARIA .....	451
ACTIVIDAD COMUNITARIA PARA PREVENIR OBESIDAD EN ESCOLARES CON SOBREPESO .....	1118
ACTIVIDAD FÍSICA Y PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN EL ADULTO MAYOR: UNA REVISIÓN NO SISTEMÁTICA .....	1259
ACTIVIDADES DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD REALIZADAS POR LOS CENTROS DE SALUD EN LOS CENTROS EDUCATIVOS .....	1190
ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN EL GRANULOMA PIOGÉNICO DE UN PACIENTE DIABÉTICO.....	106
ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA ANTE EL MANTENIMIENTO INEFECTIVO DEL RÉGIMEN TERAPÉUTICO EN UN PACIENTE CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA. CASO CLÍNICO.....	612
ACTUALIZACIÓN EN EL CONTROL METABÓLICO DEL PACIENTE DIABÉTICO TIPO 1.....	923
ADHERENCIA A LA DIETA MEDITERRÁNEA DE LA POBLACIÓN INFANTIL RESIDENTE EN LA ISLA DE MENORCA .....	1016
ADHERENCIA DE ENFERMERIA A LAS PRÁCTICAS RECOMENDADAS DE INSUFICIENCIA CARDÍACA EN LOS CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA.....	1143
AFRONTAMIENTO DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD A TRAVES DEL “MINDFULNESS” EN UN GRUPO DE MUJERES EN EL AREA BASICA DE SALUD DE MANLLEU .....	1214
ANÁLISIS DE LA ATENCIÓN DOMICILIARIA DESARROLLADA POR LA ENFERMERA FAMILIAR Y COMUNITARIA EN LA COMUNIDAD DE MADRID .....	1273
ANÁLISIS DE LA CUMPLIMENTACIÓN DEL DOCUMENTO ÚNICO DE DERIVACIÓN ENVIADO A LOS EQUIPOS DE SOPORTE DE ATENCIÓN PALIATIVA DOMICILIARIA DE LEGAZPI Y VILLALBA .....	1137

ANÁLISIS DE LA PREVALENCIA DE DEMENCIAS IRREVERSIBLES Y SUS CONDICIONANTES SOCIODEMOGRÁFICOS, EN POBLACIÓN DE PAÍSES INDUSTRIALIZADOS. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA..	469
ANÁLISIS DE LA SOBRECARGA EN CUIDADORES PRINCIPALES DE PACIENTES CON ALZHEIMER PERTENECIENTES A UN CENTRO DE SALUD DE VALLADOLID ESTE .....	1250
ANÁLISIS DEL ESTILO DE VIDA EN LA GESTANTE Y PUÉRPERA EN UN ENTORNO RURAL Y URBANO. ÁREA DE SALUD Nº 1 DE TOLEDO .....	279
ANÁLISIS Y PATRÓN EVOLUTIVO EN 5 AÑOS DE LA DEMANDA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA URGENTE EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA .....	335
ASOCIACIÓN ENTRE APOYO SOCIAL Y CONTROL METABÓLICO DE LA ENFERMEDAD EN DIABÉTICOS TIPO 2 QUE ACUDEN A LA CONSULTA DE ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA .....	536
ATENCIÓN INTEGRAL A LA MUJER MASTECTOMIZADA EN ATENCIÓN PRIMARIA.....	534
ATENCIÓN INTEGRAL AL PACIENTE OSTOMIZADO EN ATENCIÓN PRIMARIA .....	887
ATRAVESANDO LA MIRADA DE LA ENFERMERÍA: LA PERCEPCIÓN DEL METAPARADIGMA ENFERMERO .....	486
AULA JOVEN. SENSIBILIZACION Y PREVENCION DEL CONSUMO DE TABACO. YO DECIDO: YO NO FUMO .....	1109
AUTOCONTROL DEL PACIENTE ANTICOAGULADO EN LA CONSULTA DE ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA .....	915
BABY LED-WEANING: UN NUEVO MÉTODO DE INTRODUCCIÓN A LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA .....	532
BULLYING EN NIÑOS Y ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS: CONOCIMIENTO E IMPORTANCIA DE LA ENFERMERA ESCOLAR.....	1207
CAÍDAS EN PERSONAS MAYORES. CONOCER PARA PLANIFICAR Y FACILITAR.....	1215
CALIDAD DE VIDA EN UNA POBLACIÓN DE PACIENTES HEMODIALIZADOS EN CENTROS DE DIAVERUM EN LAS PROVINCIAS DE CASTELLÓN Y VALENCIA .....	1251
CALIDAD DE VIDA Y CONTROL METABÓLICO EN DIABETES MELLITUS TIPO DOS .....	1168
CALIDAD DOCENTE Y SATISFACCIÓN CON LAS ROTACIONES DE LOS EIR DE FAMILIA Y COMUNITARIA DEL ÁREA SANITARIA DE FERROL Y A CORUÑA.....	1268
CAMPAÑA DE VACUNACIÓN CONJUNTA GRIPE/NEUMOCOCO .....	1159
CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO EN UNA POBLACIÓN DE PACIENTES HEMODIALIZADOS EN CENTROS DIAVERUM DE VALENCIA Y CASTELLÓN.....	1252
CAPACITACION DE CUIDADORES DE PACIENTES ANCIANOS CON INSUFICIENCIA CARDIACA .....	1140
CAPACITACIÓN DE LA CUIDADORA PRINCIPAL EN EL MANEJO DE LA VIA SUBCUTÁNEA .....	796
CASO CLÍNICO: PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A UN PACIENTE CON EL SÍNDROME GERIÁTRICO DE DESNUTRICIÓN.....	1144
CASO DE BROTE DE ESCABIOSIS EN CENTRO RESIDENCIAL, COORDINACIÓN ENTRE NIVELES PARA ASEGURAR LA ADHERENCIA A QUIMIOPROFILAXIS .....	504
CHEMSEX: DROGAS, SEXO Y SALUD PÚBLICA. UNA NUEVA REALIDAD .....	1201
CIUDADES SALUDABLES? SU IMPORTANCIA E INFLUENCIA EN LA SALUD, A PROPÓSITO DE UN CASO: LA CIUDAD DE GIJÓN .....	803
CÓMO AFRONTAR NUESTRO AUTOCUIDADO? PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD PARA PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS CON PROBLEMAS OSTEO ARTICULARES.....	734
CÓMO ES LA EXPERIENCIA DE VIVIR CON UNA OSTOMÍA? UN ACERCAMIENTO FENOMENOLÓGICO....	692
CÓMO USAN LOS ADOLESCENTES LAS TICS? INTERNET, MÓVIL Y SU DEPENDENCIA.....	1192
CÓMO VALORAR LAS NECESIDADES ESPIRITUALES DE LOS PACIENTES EN ATENCIÓN PRIMARIA? .....	1209
COMPARABILIDAD INICIAL DE GRUPOS. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, SOCIODEOGRÁFICAS Y DE ESTILOS DE VIDA DE MUJERES EN LA ETAPA DEL CLIMATERIO INCLUIDAS EN UN ENSAYO CLÍNICO.....	233
CONOCE EL CENTRO DE SALUD Y A SUS PROFESIONALES.....	1156
CONOCEMOS EL RIESGO DE PADECER DIABETES? COMENCEMOS A DESCUBRIRLO .....	1182
CONOCEMOS NUESTRAS COMPETENCIAS? .....	1266
CONOCIMIENTO DE LOS ADOLESCENTES DE LA ZONA DE SALUD DE VALDEPASILLAS SOBRE VIOLENCIA DE GÉNERO .....	996
CONOCIMIENTO DE LOS ESTILOS DE VIDA QUE INFLUYEN EN EL RCV.....	261
CONOCIMIENTO SOBRE SU ENFERMEDAD EN POBLACION DIABETICA .....	1235

CONOCIMIENTO Y APLICACIÓN DE LA ZONA VENTROGLUTEA PARA LA ADMINISTRACIÓN INTRAMUSCULAR DE MEDICACIÓN .....	1264
CONOCIMIENTOS Y ADHERENCIA TERAPEÚTICA DEL PACIENTE POLIMEDICADO EN UN CENTRO DE SALUD URBANO Y OTRO RURAL.....	971
CONOCIMIENTOS Y DIFICULTADES EN REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR DEL PERSONAL SANITARIO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE ASTURIAS .....	342
CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y COMPORTAMIENTOS SEXUALES DE ESTUDIANTES DE 3º Y 4º DE EDUCACIÓN SECUNDARIA OBLIGATORIA DE DOS CENTROS EDUCATIVOS.....	1256
CONSEJO DE BIENESTAR MUNICIPAL .....	1122
CRIBADO DE FRAGILIDAD A PERSONAS MAYORES DE 70 AÑOS EN UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA .....	1064
CUÁL ES EL GRADO DE CONTROL METABÓLICO DE LOS DIABÉTICOS TIPO 2 EN UNA POBLACIÓN? .....	1216
CUÁL ES EL GRADO DE PARTICIPACIÓN DE LA ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN ACTIVIDADES DIRIGIDAS A LA COMUNIDAD? .....	1189
CUIDADOS AL FINAL DE LA VIDA: UNA COMPETENCIA DE LA ENFERMERA FAMILIAR Y COMUNITARIA .....	584
CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA. UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA .....	813
CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA RESILIENCIA, APOYO ANTE LAS ADVERSIDADES .....	678
CUIDADOS DE LA ANOREXIA NERVIOSA CON RIESGO DE HIPOGLUCEMIA EN LA CONSULTA DE ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA: CASO CLÍNICO .....	800
CUIDADOS PALIATIVOS EN PACIENTE PEDIÁTRICO Y ACOMPAÑAMIENTO EN EL DUELO A LA FAMILIA. A PROPÓSITO DE UN CASO .....	554
CUIDANDO. EXPERIENCIA COMUNITARIA DIRIGIDA A PERSONAS CUIDADORAS INFORMALES .....	171
DAR EL PECHO: IR CONTRACORRIENTE". INVESTIGACIÓN CUALITATIVA EN GRUPOS DE LACTANCIA MATERNA.....	388
DEFINICIONES E IMPLICACIONES DEL CONCEPTO DE EMPODERAMIENTO EN DIFERENTES CONTEXTOS .....	1121
DESAFÍOS DE LA ENFERMERA COMUNITARIA ANTE EL FENÓMENO DE LA INMIGRACIÓN .....	1218
DESCRIBIR LA CAPACIDAD PREDICTIVA DE LA ESCALA DE NORTON, EN RELACIÓN AL RIESGO DE DESARROLLAR ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTES INMOVILIZADOS DE LOS CENTROS DE SALUD DE DOS POBLACIONES DEL SUROESTE DE LA COMUNIDAD DE MADRID.....	1247
DESEQUILIBRIOS, INCERTIDUMBRES Y RETOS EN LA SANIDAD ESPAÑOLA.....	7
DESHABITUACIÓN TABÁQUICA A TRAVÉS DE INTERNET: FAVORECIENDO EL AUTOCUIDADO.....	540
DETECCIÓN PRECOZ DE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC) EN ATENCIÓN PRIMARIA .....	1221
DETECCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA ÚLCERA DE MARTORELL POR LA ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA .....	1262
DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD Y NIVEL DE AUTOCUIDADO DE LOS PACIENTES DE UN CENTRO DE SALUD DE MADRID .....	687
DIA MUNDIAL DEL VIH-SIDA "UNA INTERVENCIÓN COMUNITARIA.....	1181
DIA MUNDIAL SIN TABACO: INTERVENCIÓN COMUNITARIA EN ARANJUEZ LIDERADA POR ENFERMERAS DE ATENCIÓN PRIMARIA.....	521
DIFERENCIAS EN EL BIENESTAR PERCIBIDO Y EL ESTADO EMOCIONAL DE PERSONAS MAYORES DE 80 AÑOS COMPARANDO VIVIR SOLO O VIVIR ACOMPAÑADO .....	867
DISCURSOS DE LAS MUJERES JÓVENES ACERCA DE LA CONTRACEPCIÓN DE EMERGENCIA .....	1106
DISEÑO DE UNA INTERVENCIÓN ENFERMERA EXPERIMENTAL DENTRO DE UN ENSAYO CLÍNICO POR CONGLOMERADOS PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE CUIDADORES MAYORES DE 65 AÑOS .....	1213
DISFUNCIÓN SEXUAL EN LA MENOPAUSIA: LA GRAN OLVIDADA DE ATENCIÓN PRIMARIA.....	890
EDUCACIÓN PARA LA SALUD DEL PACIENTE DIABÉTICO Y SU FAMILIA: ASPECTOS PRÁCTICOS.....	1178
EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN ATENCIÓN AL ANCIANO FRÁGIL PARA AUXILIARES DE UNA RESIDENCIA DE ANCIANOS.....	1161
EDUCACIÓN PARA LA SALUD PARA PREDIABÉTICOS.....	1171

EDUCACIÓN SANITARIA EN LA PREVENCIÓN Y DESHABITUACIÓN DEL HÁBITO TABÁQUICO EN EL ADOLESCENTE .....	1008
EDUCACIÓN SANITARIA FRENTE NEGATIVAS Y MITOS DE LA VACUNACIÓN DE LA GRIPE.....	1184
EDUCANDO A LOS QUE EDUCAN PARA LOGRAR LA IGUALDAD. ACTUACIÓN FRENTE A HIPOGLUCEMIA EN EL AMBITO ESCOLAR .....	228
EFFECTIVIDAD DE LAS ESTRATEGIAS PARA LA MEJORA DE LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES CRÓNICOS.....	566
EFFECTIVIDAD A CORTO PLAZO DE UNA APLICACIÓN PARA SMARTPHONE EN LA MEJORA DE LA COMPOSICION NUTRICIONAL DE LA DIETA HABITUAL EN ADULTOS. ESTUDIO EVIDENT II .....	86
EFFECTIVIDAD DE LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL EN EL TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD EN ADULTOS .....	1151
EFFECTIVIDAD DE LOS GRUPOS PSICOEDUCATIVOS EN PACIENTES CON ANSIEDAD Y DEPRESIÓN LEVE / MODERADA EN ATENCIÓN PRIMARIA .....	1163
EFFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA GRUPAL EN PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULACIÓN ORAL EN ATENCIÓN PRIMARIA .....	214
EFFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN GRUPAL EDUCATIVA EN PERSONAS A TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES ORALES EN MALLORCA .....	420
EFFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN MULTIFACTORIAL BASADA EN LA MEJORA DE LA DIETA Y LA ACTIVIDAD FÍSICA, EN PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2, EN ATENCIÓN PRIMARIA .....	164
EFFECTIVIDAD DEL USO DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS EN LA PÉRDIDA DE ESO EN SUJETOS OBESOS Y SEDENTARIOS .....	440
EFFECTO DE UN CUADERNO DE AUTOCUIDADOS EN LA ADHERENCIA AL PLAN TERAPÉUTICO DE PACIENTES EN PREVENCIÓN SECUNDARIA CARDIOVASCULAR .....	1127
EFFECTOS ADVERSOS MÁS COMUNES DE LA VACUNA MENINGOCÓCICA DEL GRUPO B EN LA POBLACIÓN INFANTIL.....	563
EFICACIA DE UN PROGRAMA INTERDISCIPLINAR PARA ADULTOS OBESOS LIDERADO POR ENFERMERÍA .....	1176
EFICACIA DE UNA ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN INTENSIVA SOBRE CAMBIOS EN LOS ESTILOS DE VIDA DE SUJETOS CON RIESGO CARDIOVASCULAR INTERMEDIO: ENSAYO CLÍNICO RANDOMIZADO Y CONTROLADO .....	406
EL ANCIANO POLIMEDICADO EN ATENCIÓN PRIMARIA. RELACION DE CAIDAS Y/O CONSUMO DE BENZODIACEPINAS.....	1233
EL CRIBADO DEL CÁNCER COLORRECTAL EN LA CONSULTA DE ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA: COBERTURA Y TÉCNICAS DE CAPTACIÓN.....	1242
EL FOMENTO DEL AUTOCUIDADO MEDIANTE EPS GRUPAL EN JOVENES.....	1194
EL HIPOTIROIDISMO EN EL EMBARAZO, ¿POR QUÉ DEBERÍA IMPORTARNOS? .....	1231
EL INDICE DE CALIDAD DE LA DIETA EVIDENT ES VÁLIDO PARA PREDECIR EL RIESGO CARDIOVASCULAR Y LA RIGIDEZ ARTERIAL EN ADULTOS.....	67, 1120
EL PAPEL DE UN PUNTO DE ATENCIÓN CONTINUADA, PRIORIDADES Y RESOLUCIÓN EN LA VISITA DOMICILIARIA .....	1240
EMPODERAMIENTO DE LA SALUD DE ESCOLARES Y ADOLESCENTES A TRAVÉS DE CAMPAMENTOS DE VERANO.....	1126
EMPODERAMIENTO DE LOS DIABÉTICOS TIPO 2 QUE REALIZAN AUTOMONITORIZACIÓN DE GLUCOSA CAPILAR EN DOMICILIO Y SU RELACIÓN CON EL CONTROL METABÓLICO DE LA DIABETES.....	478
EMPODERAMIENTO DEL CUIDADOR INFORMAL EN LA CURA Y PREVENCIÓN DE LESIONES RELACIONADAS CON LA DEPENDENCIA: A PROPÓSITO DE UN CASO .....	1149
EMPODERAMIENTO EN LA TERCERA EDAD: TALLER DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO .....	1197
EMPODERAR AL CUIDADOR INFORMAL EN LA PREVENCIÓN DE LESIONES RELACIONADAS CON LA DEPENDENCIA, ¡MÁS FORMACIÓN, MEJORES CUIDADOS! .....	639
EMPODERAR AL PACIENTE CON VULVODINIA EN LA CONSULTA DE ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA .....	1105
EN NAVIDAD, ¿NOS PASAMOS O NOS PESAMOS? ACTIVIDAD DE INTERVENCIÓN COMUNITARIA PARA LA PROMOCIÓN DE HÁBITOS SALUDABLES EN LA ALIMENTACIÓN.....	702
ENFERMERA FAMILIAR Y COMUNITARIA O ENFERMERA ESCOLAR EN LOS CENTROS EDUCATIVOS .....	357

ENFERMERAS DE ENLACE: ¿CONOCEMOS EL MAPA DE SITUACIÓN EN LA COMUNIDAD DE MADRID?..	288
ENFERMERIA COMUNITARIA: DEL CUIDADO AL EMPODERAMIENTO .....	1146
ENFERMEROS CANINOS, ANTE EL RIESGO CARDIOVASCULAR, ELLOS TAMBIÉN NOS PUEDEN AYUDAR	117
ENVEJECIMIENTO ACTIVO, GRUPO DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN ATENCIÓN PRIMARIA.....	841
ESTÁ EL PERSONAL DE ENFERMERÍA PREPARADO PARA IDENTIFICAR LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN ATENCIÓN PRIMARIA? .....	1026
ESTIMACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR Y SU RELACIÓN CON LA PRÁCTICA DE ACTIVIDAD FÍSICA Y DIETA MEDITERRÁNEA EN LA POBLACIÓN ADULTA DE LAS ISLAS BALEARES .....	1205
ESTUDIO DE LA PERCEPCIÓN DE SOLEDAD VIVIDA EN LAS MUJERES MAYORES .....	1199
ESTUDIO DEL DOLOR Y LA ANSIEDAD EN MUJERES CON ARTROSIS MAYORES DE 50 AÑOS .....	1030
ESTUDIO DESCRIPTIVO SOBRE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES POLIMEDICADOS MAYORES DE 65 AÑOS.....	607
ESTUDIO EVALUATIVO DE CORTE CUALITATIVO DEL PILOTAJE DEL PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD “FAMILIARIZATE CON BUENOS HÁBITOS... CRECIENDO EN SALUD”. .....	138
ESTUDIO SOBRE EJERCICIO FÍSICO Y FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR .....	1255
EVALUACIÓN CUALITATIVA DE LA EXPERIENCIA DE APRENDIZAJE DE UN GRUPO DE MUJERES CON FIBROMIALGIA TRAS UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN EN NEUROFISIOLOGÍA DEL DOLOR EN ATENCIÓN PRIMARIA .....	1124
EVALUACIÓN DE ERRORES EN EL CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA VACUNACIÓN EN LOS COLEGIOS DE LA REGIÓN DE MURCIA.....	1203
EVALUACIÓN DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD GRUPAL: ANÁLISIS CUALITATIVO DE LA UTILIDAD DE UNA NUEVA HERRAMIENTA .....	723
EVALUACIÓN DE LA FORMACIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA EN ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA .....	434
EVALUACIÓN DE UN TALLER DE EDUCACIÓN AFECTIVO-SEXUAL Y BUEN TRATO PARA ALUMNOS DE SEXTO DE PRIMARIA, CONSTRUYENDO SEXUALIDADES .....	1116
EVALUACIÓN DE UNA INTERVENCIÓN COMPLEJA MULTIRRIESGO EN ATENCIÓN PRIMARIA DIRIGIDA A PERSONAS DIAGNOSTICADAS CON DIABETES MELLITUS DE 45 A 75 AÑOS .....	314
EVALUACIÓN DEL IMPACTO DE LAS MEDIDAS DE MEJORA EN LAS ACTIVIDADES DE EDUCACIÓN PARA LAS SALUD E INTERVENCIONES COMUNITARIAS EN UN CENTRO DE SALUD.....	882
EVALUACIÓN DEL NIVEL DE BURNOUT EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN EL DEPARTAMENTO DE SALUD DE SAN JUAN DE ALICANTE .....	980
EVALUACIÓN DESDE LA VOZ DE LAS RESIDENTES DE EFYC DE LA METODOLOGÍA DE TRABAJO CON CASOS CLÍNICOS .....	1132
EVOLUCIÓN “PROYECTO ARGOS” EN EL MUNICIPIO DE CIEZA .....	1162
EVOLUCIÓN DE LA AUTOPERCEPCIÓN DE SALUD Y PARÁMETROS OBJETIVOS TRAS UNA INTEVENCIÓN DE EJERCICIO FÍSICO A PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 .....	957
EVOLUCIÓN Y COMPARATIVA DEL GRADO DE CONOCIMIENTOS SOBRE EL TRATAMIENTO CON ANTICOAGULACIÓN ORAL EN PACIENTES TRATADOS EN LA CONSULTA DE ENFERMERÍA .....	1239
EXISTEN DIFERENCIAS EN LOS RESULTADOS DE LOS PACIENTES INMOVILIZADOS EN ATENCIÓN PRIMARIA SEGÚN ZONAS HOSPITALARIAS EN LA DIRECCIÓN ASISTENCIAL CENTRO? .....	1272
EXPERIENCIA COMUNITARIA SOBRE SEXUALIDAD CON LOS ALUMNOS DE UN INSTITUTO .....	1188
EXPERIENCIA DE APRENDIZAJE DE RESIDENTES DE ATENCIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA EN UNA ROTACIÓN EN UN CENTRO DE SALUD COMUNITARIA.....	749
EXPERIENCIA DE CURA FISIOLÓGICA EN PACIENTE CON ULCERA EN PIE DIABÉTICO .....	943
EXPERIENCIA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD GRUPAL EN PACIENTES ANTICOAGULADOS CON ACENOCUMAROL EN ATENCIÓN PRIMARIA .....	684
EXPERIENCIA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD GRUPAL: MENOPAUSIA. CONSULTORIO ARGÉS.....	783
EXPERIENCIA FORMATIVA CON METODOLOGÍA “WORLD CAFÉ” PARA ENFERMERAS REFERENTES EN EDUCACIÓN Y AUTOCUIDADO EN CARDIOPATÍA ISQUÉMICA .....	196
EXPERIENCIA PARA INCREMENTAR LA PARTICIPACIÓN ENFERMERA Y EL CONOCIMIENTO CON EL ENTORNO SOCIAL PARA IMPULSAR LA EFC .....	1202
EXPLORANDO LA CONVERGENCIA DE LOS NUEVOS MODELOS EN SALUD POSITIVA COMO MARCOS DE INTERVENCIÓN EN EL DESARROLLO HUMANO: UNA REVISIÓN DE LA LITERATURA .....	1200

FORMACIÓN EN HIGIENE DE MANOS EN UNA RESIDENCIA DE ANCIANOS .....	1246
FORMACIÓN EN PRIMEROS AUXILIOS A LA POBLACIÓN INDÍGENA HUICHOL RESIDENTE EN AGUASCALIENTES, MÉXICO.....	354
FRAGILIDAD ASOCIADA AL RIESGO DE CAIDAS EN EL PACIENTE ANCIANO INSTITUCIONALIZADO .....	1206
FRAGILIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA.....	1229
GRADO DE SATISFACCIÓN Y SEGURIDAD DEL CUIDADOR TRAS INTERVENCIÓN MULTIDISCIPLINAR EN EL CUIDADO DE PACIENTES CON DEMENCIA .....	1179
HÁBITOS DE HIGIENE PERSONAL EN CENTROS EDUCATIVOS DESDE LA ATENCIÓN PRIMARIA. EXPERIENCIA COMUNITARIA.....	1170
HAN MEJORADO LOS CONOCIMIENTOS SOBRE LA INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA EN LOS ADOLESCENTES? EXPERIENCIA COMUNITARIA EN 4º DE LA ESO .....	1175
IDENTIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES ENFERMERAS MÁS FRECUENTES EN EL CUIDADO DE LA PERSONA CON DOLOR CRÓNICO EN ATENCIÓN PRIMARIA, EN LA COMUNIDAD DE MADRID .....	1134
IDENTIFICACION Y CAPTACION DE PERSONAS CON INDICADORES DE VULNERABILIDAD SOCIAL Y ENFERMEDAD CRONICA PREVIO A UNA INTERVENCIÓN DE AUTOCUIDADO.....	1138
IMPACTO DE LA CARGA DE TRABAJO EN LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA.....	1136
IMPACTO DE LA PRUEBA FORMATIVA: EVALUACIÓN CLÍNICA OBJETIVA ESTRUCTURADA, TRAS CUATRO AÑOS DE EVOLUCIÓN EN LA UNIDAD MULTIPROFESIONAL DE LAS PALMAS.....	1263
IMPACTO DE UN PROGRAMA DE TOMA DEL PULSO PARA LA DETECCIÓN TEMPRANA DE FIBRILACIÓN AURICULAR NO VALVULAR .....	446
IMPACTO DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA GRUPAL EN LA RALENTIZACIÓN DEL PROGRESO DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN ATENCIÓN PRIMARIA.....	177
IMPACTO DEL REAL DECRETO 954/2015 SOBRE INDICACIÓN, USO Y AUTORIZACIÓN DE DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS EN LA ACTIVIDAD DE LA ENFERMERA COMUNITARIA.....	1271
IMPACTO DEL ROL DE CUIDADOR EN EL CONTROL METABÓLICO DE LOS DIABÉTICOS.....	1265
IMPORTANCIA DE LA VALORACIÓN DE LA ENFERMERA COMUNITARIA A PACIENTES INMOVILIZADOS PARA LA ATENCIÓN SOCIOSANITARIA EN DOMICILIO Y LA ASIGNACIÓN OPTIMA DE RECURSO .....	269
INCORPORACIÓN DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN CAMPAMENTOS DE VERANO ESCOLARES.....	632
INFESTACIÓN POR PULGAS: ABORDAJE DE UNA SITUACIÓN DE DESPROTECCIÓN DE LA PERSONA, QUE AFECTA TAMBIÉN A LA POBLACIÓN Y A LOS PROFESIONALES .....	1210
INFLUENCIA DE LA PRESCRIPCIÓN ENFERMERA EN LA CARGA ASISTENCIAL MÉDICA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN ESPAÑA: ESTUDIO ECOLÓGICO .....	414
INICIANDO LA AYUDA MUTUA EN UN GRUPO DE CUIDADORAS. PRIMERA EXPERIENCIA GRUPAL EIR ..	755
INSULINIZACIÓN EN PACIENTE CON DIABETES MELLITUS TIPO2 SECUNDARIO A TRATAMIENTO CON CORTICOIDES EN LA CONSULTA DE ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA .....	602
INTERÉS FORMATIVO DE LOS TUTORES DE ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA DE UNA COMUNIDAD AUTÓNOMA.....	1227
INTERVENCIÓN COMUNITARIA EN PACIENTES CON GONARTROSIS Y SOBREPESO: LA IMPORTANCIA DE LA ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y LA ACTIVIDAD FÍSICA .....	1172
INTERVENCION COMUNITARIA PARA LA PREVENCION, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA OSTEOPOROSIS EN LAS IV JORNADAS DE LA VILLA DE AGUIMES, GRAN CANARIA .....	1055
INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS Y SEXUALIDAD SALUDABLE EN ALUMNOS DE 2º Y 3º DE ESO .....	1164
INTERVENCIÓN EDUCATIVA GRUPAL PARA FOMENTAR LAS RECOMENDACIONES DE ACTIVIDAD FÍSICA Y REDUCCIÓN DEL SEDENTARISMO EN POBLACIÓN ADULTA EN COORDINACIÓN CON CENTROS DEPORTIVOS MUNICIPALES .....	1110
INTERVENCIÓN GRUPAL A PERSONAS CON RIESGO ELEVADO DE PADECER DIABETES MELLITUS EN LOS PRÓXIMOS 10 AÑOS SEGÚN LA ESCALA FINDRISK.....	1195
INTERVENCIÓN MULTIFACTORIAL EN UN EQUIPO DE PRIMARIA PARA AUMENTAR LA DETECCIÓN DE EPOC.....	862
INTOXICACIÓN POR INGESTA VOLUNTARIA DE CAÚSTICOS A MODO DE GESTO AUTOLÍTICO.....	769
INVESTIGACIÓN EN CUIDADOS = CONOCER + COMPARTIR + CAMBIAR. ....	52
LA ATENCIÓN AL PACIENTE INMIGRANTE: EL SÍNDROME DEL INMIGRANTE CON ESTRÉS CRÓNICO Y MÚLTIPLE (SÍNDROME DE ULISES) .....	845

LA ATENCIÓN DEL ICTUS EN UNIDADES ESPECIALIZADAS: IMPORTANCIA DE LA ENFERMERÍA .....	1254
LA CONTAMINACIÓN DEL AIRE TIENE EFECTOS NEGATIVOS SOBRE LA SALUD DE LA POBLACIÓN EN ASTURIAS? .....	428
LA ENFERMERA COMUNITARIA COMO GESTORA Y COORDINADORA DE LOS CUIDADOS DE LA PERSONA CON HERIDAS EN LA COMUNIDAD .....	1217
LA ENFERMERÍA DE FAMILIA COMO AGENTE DINAMIZADOR DE LA COMUNIDAD .....	111
LA ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA CUIDANDO EL CORAZÓN: PRESENTES EN LA PREVENCIÓN Y LA REHABILITACIÓN CARDIACA .....	1108
LA EXPERIENCIA DE LA SOLEDAD EN LAS PERSONAS MAYORES Y CÓMO COMBATIRLA .....	699
LA FIGURA DE LA ENFERMERA COMUNITARIA COMO PROMOTORA DE SALUD EN LA EDAD ESCOLAR: ANÁLISIS DE NECESIDADES EN UN INSTITUTO DE GIJÓN .....	766
LA GRAN AVENTURA DE LA COOPERACIÓN ENFERMERA. FORMACIÓN EIR EN GUATEMALA .....	1260
LA HIGIENE DE MANOS, UNA PRÁCTICA UNIVERSAL E INTERNACIONAL .....	1208
LA HIPERGRANULACIÓN: ¿QUÉ LA PROVOCA Y CÓMO ABORDARLA? .....	1079
LA IMPLICACIÓN DEL EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN LOS BARRIOS DE SON CLADERA Y S'INDIOTERIA .....	191
LA IMPLICACIÓN POLÍTICA DE LOS AYUNTAMIENTOS: CLAVE PARA AVANZAR EN LA INTERVENCIÓN COMUNITARIA .....	1111
LA IMPORTANCIA DE CONCIENCIAR AL PACIENTE DIABÉTICO EN EL AUTOCUIDADO DE SUS PIES .....	1148
LA MIEL, EL ANTIMICROBIANO NATURAL OLVIDADO .....	1236
LA MOTIVACIÓN COMO EJE FUNDAMENTAL EN EL TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD, UNA INTERVENCIÓN COMUNITARIA .....	455
LA PARTICIPACIÓN DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN LA MONITORIZACIÓN AMBULATORIA DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN ATENCIÓN PRIMARIA Y LOS BENEFICIOS QUE APORTA EN PACIENTES HIPERTENSOS .....	906
LA POBREZA, FACTOR DE RIESGO EN LA AMPUTACIÓN DEL PIE DIABÉTICO. ESTUDIO ECOLÓGICO .....	1011
LA PROMOCIÓN DE LA SALUD A TRAVÉS DE TU EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN 140 CARACTERES .....	655
LA SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRINCIPAL, ¿CÓMO ACTUAMOS DESDE ATENCIÓN PRIMARIA? .....	548
LOS ADOLESCENTES Y EL PROGRAMA "SALUT I ESCOLA" .....	1232
LOS JUEGOS DE LA SALUD .....	775
LOS MAPAS DE CONVERSACIÓN, HERRAMIENTA PARA LA EDUCACIÓN DE PACIENTES DIABÉTICOS ...	1114
LOS PARÁMETROS SÉRICOS DURANTE LA GESTACIÓN ALERTAN DEL ESTADO NUTRICIONAL DE LA MUJER. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA .....	874
LOS PLANES DE CUIDADOS ESTANDARIZADOS COMO HERRAMIENTA ÚTIL QUE PERMITE MEJORAR LOS INDICADORES DE PLANES DE CUIDADOS DE UN CENTRO DE SALUD .....	1113
LOS REGISTROS PARROQUIALES DE LA PROVINCIA DE ALBACETE COMO FUENTE DE INFORMACIÓN DE SALUD COMUNITARIA .....	1258
MANEJO DE LA DEMANDA NO PROGRAMADA MEDIANTE LA ENFERMERÍA DE ALTA RESOLUCIÓN .....	370
MANEJO DE LA TÉCNICA DE FOTOVOZ COMO HERRAMIENTA COMUNITARIA .....	645
MANEJO DE LA TERAPIA INHALATORIA: SEGUIMIENTO DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE ASMA Y EPOC TRAS UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA .....	329
MANEJO DE LAS EPISTAXIS Y TAPONAMIENTO NASAL EN ATENCIÓN PRIMARIA .....	1045
MANEJO DEL CONSUMO PERJUDICIAL DE ALCOHOL EN ATENCIÓN PRIMARIA .....	1204
MANEJO DEL VENDAJE FUNCIONAL DE TOBILLO EN LA CONSULTA DE ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA .....	928
MARCHA SALUDABLE EL DÍA MUNDIAL DE LA DIABETES CON DIABÉTICOS TIPO 2 Y EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTOS PRE Y POST PRESENTACIÓN DE CONOCIMIENTOS BÁSICOS DE ÉSTA .....	1187
MAYORES ACTIVOS: UN ABORDAJE COMUNITARIO DE LA FRAGILIDAD Y PREVENCIÓN DE CAÍDAS .....	1112
MEJORA DE LA CALIDAD DE LA PREPARACIÓN COLÓNICA TRAS SESIÓN FORMATIVA DE REFUERZO EN UNA UNIDAD DE ATENCIÓN PRIMARIA .....	1261
MEJORA DE LA IMAGEN CORPORAL EN PACIENTE CON AMPUTACIÓN INFRACONDÍLEA .....	952
METODOLOGÍA DE IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE ATENCIÓN AL SEDENTARISMO Y OBESIDAD INFANTIL EN ATENCIÓN PRIMARIA .....	832



MINDFULNESS. NUEVA PERSPECTIVA EN EL ABORDAJE PSICOLÓGICO Y EMPODERAMIENTO DE ENFERMERÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA.....	1147
MUÉVETE POR SALUD!: ACTITUD SOBRE ACTIVIDAD FÍSICA EN PERSONAS HIPERTENSAS ASISTIDAS EN UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA.....	1072
NUEVAS ADICCIONES Y SUS REPERCUSIONES EN LA SALUD MENTAL .....	1212
NUTRICIÓN ENTERAL DOMICILIARIA EN EL ÁREA DE SALUD DE TOLEDO .....	1133
OBJETIVO "CERO" .....	1220
OBJETIVO: TABACO CERO DESDE EL COLEGIO ACTIVIDAD GRUPAL EN DOS CENTROS .....	1173
PACIENTE EPOC EXPERTO? ENTRENAMIENTO CONJUNTO EN AUTOCUIDADOS .....	1155
PACIENTE POLIMEDICADO, PACIENTE DE RIESGO: ANÁLISIS DE SITUACIÓN .....	397
PAPEL DE LA ENFERMERA EN EL EMPODERAMIENTO DEL PACIENTE A PROPÓSITO DE UN CASO.....	1152
PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN SALUD-SISTEMAS DE GOBERNANZA LOCAL .....	21
PARTICIPACIÓN DEL PACIENTE EN LA TOMA DE DECISIONES: COMPARATIVA ENTRE LA PERSPECTIVA DEL PROFESIONAL Y DEL USUARIO EN NUESTRO MEDIO .....	918
PARTICIPACIÓN Y EMPODERAMIENTO DE LOS ESTUDIANTES SOBRE EL ACOSO ESCOLAR O BULLYING.....	511
PARTICIPACIÓN Y SATISFACCIÓN CON LA FORMACIÓN CONTINUADA DE LOS TUTORES DE UNA UNIDAD DOCENTE MULTIPROFESIONAL DE ATENCIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA .....	1226
PATRONES DE ACTIVIDAD FÍSICA Y SUEÑO DURANTE EMBARAZO Y PUERPERIO EN GESTANTES DE TOLEDO .....	131
PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD ASISTENCIAL EN RELACIÓN A LA INFORMATIZACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA EN LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA .....	1244
PERSISTENCIA A LOS 6 MESES DE LOS CONOCIMIENTOS ADQUIRIDOS DURANTE LA EDUCACIÓN MATERNAL .....	1245
PHOTOVOICE: HERRAMIENTA PEDAGÓGICA EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD. EJEMPLO PRÁCTICO ...	707
PODEMOS AYUDAR AL PACIENTE ANTICOAGULADO A MEJORAR SU CONTROL? .....	1241
PRESCRIPCIÓN TERAPÉUTICA: "TIENE QUE APRENDER A RELAJARSE" .....	1169
PREVALENCIA DE FRAGILIDAD EN DIABÉTICOS TIPO 2 MAYORES DE 70 AÑOS A TRAVÉS DE LA SHORT PHYSICAL PERFORMANCE BATTERY (SPPB) .....	461
PREVALENCIA DE FRAGILIDAD Y RIESGO DE CAÍDAS EN POBLACIÓN MAYOR DE 70 AÑOS DE LA ZONA BÁSICA DE SALUD DE SON PISÀ. RESULTADOS PRELIMINARES .....	251
PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS DE LOS PROBLEMAS DE SALUD ATENDIDOS EN UN PUNTO DE ATENCIÓN CONTINUADA DE TOLEDO.....	1270
PREVENCIÓN Y ATENCIÓN AL ALZHEIMER: REVISIÓN DE LA LITERATURA .....	1088
PROFUNDIZANDO EN LA HIGIENE DE MANOS: ESTUDIO CUALI-CUANTITATIVO EN ATENCIÓN PRIMARIA .....	205
PROGRAMA DE EDUCACIÓN SANITARIA DIRIGIDO A CUIDADORES INFORMALES DE ARANDA DE DUERO .....	1267
PROGRAMA ÚLCERAS FÓRA: COLECCIÓN DE GUÍAS PRÁCTICAS DE HERIDAS DEL SERVICIO GALEGO DE SAÚDE .....	1228
PROMOCIÓN DE LA SALUD SEXUAL EN ADOLESCENTES .....	1186
PROMOCIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LOS CENTROS DE EDUCACIÓN PRIMARIA ESPAÑOLES; CARACTERÍSTICAS, EFICACIA Y PAPEL DE LA ENFERMERA .....	1185
PROPUESTA DE EVALUACIÓN CLÍNICA OBJETIVA ESTRUCTURADA DEL RESIDENTE DE ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA DE LA UNIDAD DOCENTE MULTIPROFESIONAL DE ATENCIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA DE NUESTRA COMUNIDAD .....	1129
PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN "AFRONTAMIENTO DEL CÁNCER DE MAMA" .....	374
PROYECTO DE AUTOFORMACIÓN PARA FOMENTAR LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA ENTRE LOS PROFESIONALES DE UN CENTRO DE SALUD DE UNA ZONA URBANA.....	365
PROYECTO DE EDUCACIÓN COMUNITARIA "YO TAMBIÉN QUIERO SER INDEPENDIENTE" EN LA ASOCIACIÓN SÍNDROME DE DOWN BADAJOZ .....	1158
PROYECTO PARA LA EDUCACIÓN SANITARIA EN LA PREVENCIÓN Y DESHABITUACIÓN DEL HÁBITO TABÁQUICO EN ADOLESCENTES .....	879
PROYECTO PILOTO DE ENFERMERA COMUNITARIA DE ENLACE COMO ESTRATEGIA PARA ABORDAR LA CRONICIDAD EN LA GERENCIA DE ATENCIÓN INTEGRADA DE CIUDAD REAL.....	159

RECOMENDACIONES SOBRE EL AUTOCONTROL DE LOS CUERPOS CETÓNICOS EN PERSONAS CON DIABETES .....	935
REGISTRO DE EJERCICIO FÍSICO EN PACIENTES CRÓNICOS. ¿DIFERENCIA CORRECTAMENTE PACIENTE ACTIVO DE SEDENTARIO? .....	587
RELACIÓN DE LA ACTIVIDAD FÍSICA Y LA DIETA CON LA CALIDAD DE VIDA EN SUJETOS CON RIESGO CARDIOVASCULAR INTERMEDIO.....	1123
RELACIÓN ENTRE LA AFECTIVIDAD Y EL CONSUMO DE TABACO Y ALCOHOL.....	184
RELACIÓN ENTRE TABAQUISMO Y TRASTORNO MENTAL SEVERO EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA BREVE .....	976
RESULTADOS DE LA CONSULTA JOVEN TRAS DOCE AÑOS DE SU IMPLANTACIÓN EN LOS CENTROS EDUCATIVOS .....	1128
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA DE UN DIAGNÓSTICO DE ENFERMERIA: SÍNDROME DE FRAGILIDAD DEL ANCIANO .....	856
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA: SISTEMAS DE APOYO AL AUTOCUIDADO PARA PACIENTES Y CUIDADORES EN ESPAÑA Y SUS BENEFICIOS.....	1160
REVISIÓN DE LOS PROGRAMAS DE FORMACIÓN DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR A ESCOLARES	696
RIESGO DE CAÍDAS EN ATENCIÓN PRIMARIA: FRECUENCIA DE UTILIZACIÓN DEL DIAGNÓSTICO Y ANÁLISIS DE LOS PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO .....	852
RIESGO DE CLAUDICACIÓN DE LOS CUIDADORES INFORMALES DE PACIENTES IDENTIFICADOS CON EL MODELO DE ATENCIÓN A LA CRONICIDAD AVANZADA.....	617
RUTAS SALUDABLES PARA ESTUDIANTES DE CIENCIAS DE LA SALUD: LA PROMOCIÓN DE LA SALUD MÁS ALLÁ DE LA TEORÍA. ....	125
SALIENDO DE LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA Y LLEGANDO A LA COMUNIDAD CON LA AYUDA DE UN CONVENIO.....	1119
SALUD SEXUAL EN LA COMUNIDAD. TALLERES INTERACTIVOS PARA ADOLESCENTES EN CENTROS EDUCATIVOS DE SECUNDARIA .....	786
SE SIENTEN LOS PROFESORES PREPARADOS ANTE UNA SITUACIÓN DE URGENCIA?: SU OPINIÓN LLEVADA A ESTUDIO .....	147
SENTANDO LAS BASES PARA EL DESARROLLO DE UN ABORDAJE DE LA SALUD DESDE UNA PERSPECTIVA COMUNITARIA EN EL PAIS VASCO .....	1131
SI ESTAS BUSCANDO LA UNIDAD DOCENTE PERFECTA.... ¡ESTA ES LA TUYA!.....	1237
SI LAS MANOS NO LAVAMOS, LOS VIRUS A OTROS PASAMOS .....	1165
SI UNA CORRECTA REVISIÓN DE LA SALA DE URGENCIAS QUIERES TENER: UTILIZA EL LISTADO DE VERIFICACIÓN .....	743
SITUACIÓN ACTUAL ACERCA DEL USO DE LECHE MATERNA EN ESCUELAS INFANTILES DE CASTILLA-LA MANCHA .....	1117
SITUACIÓN ACTUAL DE LA LACTANCIA MATERNA EN UNA ZONA DE SALUD URBANA. FACTORES SOCIOECONÓMICOS Y SANITARIOS QUE LA CONDICIONAN .....	1057
SITUACIÓN DE LOS PACIENTES INMOVILIZADOS DE UNA ZONA BÁSICA DE SALUD DE LA REGIÓN DE MURCIA: UN ESTUDIO DESCRIPTIVO .....	664
TALLER 'EL MANEJO DE LA IRA EN LA ADOLESCENCIA' .....	778
TALLER DE DILUCIONES DE FÁRMACOS PARA RESIDENTES DE MEDICINA Y ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA EN LA UNIDAD DOCENTE DE LAS PALMAS .....	760
TALLER DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD GRUPAL PARA EL ABANDONO DEL HÁBITO TABÁQUICO EN ADULTOS DE UNA ZONA URBANA .....	1193
TALLER DE EJERCICIOS Y CONSEJOS PARA PREVENIR CAÍDAS EN PERSONAS CON RIESGO .....	1196
TALLER DE PROMOCIÓN DE AUTOCUIDADO PARA PERSONAS CON PREDIABETES .....	77
TALLER FORMATIVO: DE LA TEORÍA A LA PRÁCTICA PARA PROMOVER LA AUTONOMIA Y AUTOCUIDADO DEL PACIENTE EN SU CRONICIDAD. "MENOS PLATO Y MAS ZAPATO" .....	304
TALLER SOBRE INSUFICIENCIA VENOSA CRÓNICA EN MUJERES DE 40-65 AÑOS EN EL CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA SANT LLÀTZER DE TERRASSA (BARCELONA) .....	1166
TALLERES EDUCATIVOS Y PARTICIPATIVOS PARA POBLACIÓN ADULTA DE HÁBITOS SALUDABLES. COMO ELABORAR Y COCINAR UNA DIETA SANA, RICA Y FÁCIL.....	241

TATUAJES Y PIERCINGS "SALUDABLES", PROYECTO DE INTERVENCIÓN COMUNITARIA PARA LAS FAMILIAS .....	1183
TÉCNICAS EN LA INYECCIÓN PARENTERAL PARA DISMINUIR EL DOLOR EN LA VACUNACIÓN .....	1049
TERAPIA BASADA EN EL MOVIMIENTO DEL BAILE EN PACIENTES CON DM2 DEL CAP TERRASSA NORD ..	92
TERAPIAS DE TERCERA GENERACIÓN: TÉCNICAS DE ATENCIÓN O CONCIENCIA PLENA COMO FORMA DE REDUCCIÓN DEL ESTRÉS .....	1153
TIRAS PARA GLUCEMIA CAPILAR EN DIABETES TIPO 2: DESDE LA ASIGNACIÓN TEÓRICA AL USO EFICIENTE .....	1269
TRABAJANDO CON LA COMUNIDAD GITANA, COMPROMISO CON LOS SECTORES SOCIALES MÁS DESFAVORECIDOS .....	1180
ÚLCERA VASCULAR EN ATENCIÓN PRIMARIA: ETIOLOGÍA Y TRATAMIENTO .....	1150
ÚLCERAS DE MARTORELL, MANEJO EN ATENCIÓN PRIMARIA.....	1097
ÚLCERAS POR PRESIÓN EN UN ENTORNO RURAL .....	1230
ÚLCERAS VASCULARES EN PACIENTE CON SÍNDROME MIELODISPLÁSICO. APLICACIÓN DEL ESQUEMA TIME .....	1224
UNA TERAPIA GRUPAL EN UN CENTRO DE SALUD, ¿ES UN ESPACIO PARA AYUDAR A DEJAR DE FUMAR? .....	773
USO COMBINADO DE HEPARINA DE BAJO PESO MOLECULAR Y CURA EN AMBIENTE HÚMEDO EN EL TRATAMIENTO DE HEMATOMAS SUBCUTÁNEOS.....	989
USO DE LA MÚSICA PARA REDUCIR LOS NIVELES DE ANSIEDAD EN PERSONAS CON CÁNCER.....	1174
USO DE LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN EN EL MANEJO DE ENFERMEDADES CRÓNICAS. NECESIDADES Y UTILIDADES ATRIBUIDAS POR LA POBLACIÓN Y PROFESIONALES .....	1020
USO DEL MÉTODO DE MONITORIZACIÓN AMBULATORIA DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA .....	1100
USO DEL PLAN DE CUIDADOS ENFERMERO INDIVIDUALIZADO EN PERSONAS DIAGNOSTICADAS DE DIABETES MELLITUS TIPO 2.....	1145
UTILIDAD DE LAS APLICACIONES MÓVILES EN EL SEGUIMIENTO DE LA DIABETES TIPO 2, EN PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD LES FOIETES(BENIDORM), UN ENSAYO CLÍNICO .....	1225
VACUNACION ANTIGRI PAL. ¿DAMOS EJEMPLO? .....	1234
VACUNACIÓN CONTRA EL TÉTANOS EN LA EDAD ADULTA: UN RETO PENDIENTE .....	1243
VACUNACIÓN EN PERSONAS SUSCEPTIBLES DE ENFERMEDAD NEUMOCÓCICA INVASIVA (ENI) CON VACUNA CONJUGADA DEL NEUMOCOCO. (ANÁLISIS DE SITUACIÓN).....	1115
VALIDACIÓN DE CONSTRUCTO DE UN CUESTIONARIO DE MEDIDA DE ADHERENCIA (CAT) A LOS TRATAMIENTOS EN PERSONAS CON ENFERMEDAD CRÓNICA EN ATENCIÓN PRIMARIA.....	1135
VALORACIÓN DE LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL EN EL MANEJO DE LOS PACIENTES CON EPOC .....	575
VALORACIÓN DE LAS DIFERENTES OPCIONES DISPONIBLES PARA LA HIDRATACIÓN DE LA PIEL EN EL ABORDAJE Y PREVENCIÓN DE HERIDAS .....	672
VALORACIÓN ENFERMERA SOBRE TABAQUISMO Y SÍNDROME METABÓLICO EN PERSONAS CON UN TRASTORNO MENTAL.....	384
VISIÓN DE ENFERMERÍA SOBRE LA EDUCACIÓN ENTRE IGUALES EN FIBROMIALGIA: UN ANTES Y UN DESPUES.....	730
VULNERABILIDAD INDIVIDUAL DEL INMIGRANTE E IMPORTANCIA DE LA VISIÓN INTEGRAL DEL PACIENTE. A PROPÓSITO DE UN CASO.....	822
YO GENERO SALUD”, 28 DE MAYO. DIA INTERNACIONAL DE ACCIÓN PARA LA SALUD DE LAS MUJERES .....	1157

## ÍNDICE PRIMEROS AUTORES

- Abella Mañé, Joana, 1191  
Acedo Castro, Beatriz, 365  
Adueza Agara, Isabel, 1155  
Agüera Carrión, Isabel, 612  
Aguirre de la Peña, Esther, 1133, 1164  
Aladro Castañeda, Miguel, 1219  
Alcaide Carrillo, David, 639, 1011  
Alcalde Urdangarín, Gemma, 1159, 1241  
Alcolea Ruiz, Nuria, 461, 775  
Aldeguer Corbí, Judit, 730  
Alonso Allende, Laura, 1242  
Alonso Domínguez, Rosario, 164  
Alonso Murciano, M Mercedes, 1158  
Alonso Nieto, Leticia, 1072  
Álvarez Fernández, María, 342, 1150  
Álvarez Mota, Alicia, 1105  
Amigo Gómez, Lorena, 1214  
Ángel García, Iván Alexandre, 800  
Antelo Brioso, Concepción, 354  
Anton Barca, Cristina, 1272  
Antón Martínez, Gloria, 766  
Aranguren Maruenda, Montserrat, 796  
Araujo - Calvo, M., 77  
Arévalo Martínez, Itxaso, 1109  
Armero Barranco, David, 1176  
Arráez Santana, Sara, 935  
Arriba de la Torre, Pilar de, 1220  
Aznárez Lahuerta, Marta, 734  
Ballesteros Tena, María, 1243  
Barrios García, Luz Divina, 521  
Bauzà Amengual, María de Lluç, 1106  
Bayón Flecha, Sonia, 1166  
Benítez Navarro, Ángel, 943  
Bertolin Domingo, Nuria, 1184  
Bonilla Arena, Erika, 957, 971  
Bouhou Slimani, Noura, 1177  
Bru Ciges, Raquel, 617  
Cabricano Canga, Lorena, 446  
Calderón Almena, Rosario, 1178  
Calvo Pérez, Ana Isabel, 1228  
Campos Domínguez, Aitor, 92  
Camps Bosch, Isabel M<sup>a</sup>, 1016  
Canal García, Eloína, 1185  
Canga Pérez, Raquel, 106  
Cano Fernández, Rebeca, 1151  
Cánovas-Corbalán, José Ramón, 177  
Carrera García, Álvaro, 434  
Castilla Álvarez, M<sup>a</sup> del Carmen, 655, 773  
Cervera Monteagudo, Beatriz, 478  
Chapinal Pablo, Alba, 100  
Cifuentes Lorenzo, María, 923  
Collazo Babio, Lucía Manuela, 1240  
Conde Martín, Sandra, 440  
Córdoba González, Nerea, 1145  
Corroto Rioja, Fátima, 1215  
Criado Domínguez, Elena, 1045  
Cristóbal Saenz de Manjarrés, Rhut, 1156, 1197  
Cuadrado Ruíz, Pedro, 1146  
De la Huerga Fernández-Bofill, Teresa, 288  
Del Olmo Romero, Sara, 632  
Déniz Montesdeoca, Omayra, 760  
Díaz Pérez, Cristina, 723  
Díaz Vico, Cristina, 1153  
Díaz Vigón, Natalia, 451  
Diez González, Sara, 428  
Dios Aguado, Mercedes de, 388, 874  
Domínguez Fernández, Silvia, 832, 852  
Donis Mulero, Elena, 989  
Elvira Gutiérrez, Leticia, 548  
España Carballo, José Ignacio, 918  
Fernández Arce, Lucía, 329  
Fernández Díaz, David, 692  
Fernández Fernández, Esther, 1268  
Fernández Pita, Alba, 532, 1157  
Fernández Ramírez, Ana Belén, 414  
Fernández Ruiz, Juan José, 469  
Fernández Villa, Lidia, 1218  
Font Oliver, Maria Antonia, 357  
Fraga Sampedro, María Luisa, 1119  
Frutos Martín, Ana, 1154  
Fullana Coll, Clara, 1149  
Gadea Nicolás, Alicia, 687, 699  
Galván Sánchez, María de la Encarnación, 928  
Gamarra Maza, Silvia, 1216

- García Bastida, M<sup>a</sup> Del Carmen, 147  
 García Cancela, Diana, 184, 684  
 García Fernández, Javier, 1126  
 García García, María del Mar, 1020  
 García Gómez, Miriam del Carmen, 1170  
 García Granja, Nerea, 1206  
 García Martínez, Pedro, 1251, 1252  
 García Ríos, María, 1140  
 García Rivas, Sara, 511  
 García Sanz, Petra, 1213  
 Gas Barcelona, María Vanesa, 602  
 Gas Barcelona, Vanesa, 856  
 Gil González, Eduardo, 1049  
 Gil Jiménez, Ana M<sup>a</sup>, 323  
 Gómez Cantarino, Sagrario, 279  
 Gómez Herranz, María, 1186  
 Gómez Menor, Cristina, 304  
 Gómez Pesquera, Carmen, 882, 1161  
 Gómez Sánchez, Francisco Javier, 575  
 Gómez-Escalonilla Lorenzo, Beatriz, 1270  
 González Carreño, Carmen, 1167  
 González Corral, Ronaldo, 813  
 González Huéscar, Almudena, 1057, 1224  
 González Pisano, Ana Covadonga, 1135  
 González Sánchez, Gloria María, 261  
 González Torre, Lara, 1188, 1266  
 Gonzalo Arranz, Yaiza, 887  
 Gordo Cerezo, Isabel María, 1148  
 Guerra Garrido, Eduardo, 867  
 Guerrero Mártir, Carolina, 1196  
 Gutiérrez Díaz, Paula, 1238  
 Harris de la Vega, Natalie, 1113, 1256  
 Heras Bueno, Patricia de las, 1118  
 Heras Huélamo, Jorge Ángel, 1183, 1259  
 Hernáez Muriel, Claudia, 534  
 Hernández Castellano, Carmelo Javier,  
 1055  
 Hernández Gómez, Jéssica, 540, 890  
 Herranz Rodríguez, Carmen, 1255  
 Hueso Montoro, Cesar, 52  
 Ignatieva, Anna, 1144  
 Irazoqui Ceberio, Ania, 171, 702  
 Jesús Martínez Ruíz, 1225  
 Jiménez Gómez, Raquel, 1230  
 Jiménez López, Nicolasa, 1115, 1247  
 Lamata Cotanda, Fernando, 7  
 Larrañaga Cortabarria, Idoia, 1111  
 Lifante Pedrola, Zoila, 1249  
 Liria García, Esther, 946  
 Lizcano Álvarez, Ángel, 1127, 1257  
 Llarena Camacho, Itziar, 707  
 López Castañón, Lorena, 233  
 López de la Isidra Sánchez-Ajofrín, María  
 Dolores, 607, 952  
 López Fresno, Daniel, 1222  
 López Herrero, Rebeca, 55, 1117  
 López Köllmer, Laura, 743  
 López Sánchez, Antonio, 1162  
 López Sánchez, Rosario María, 1192  
 López Sosa, Ione, 1136  
 López Villar, Sonia, 21  
 López-Torres Escudero, Ana, 1273  
 López-Ventura Domínguez, Cecilia, 228,  
 778  
 López-Ventura Rodríguez, Verónica, 1194  
 Losada Riesgo, Victoria Carlota, 1114  
 Losilla Peláez, María Jesús, 536  
 Lozano Hernández, Cristina María, 749, 755  
 Lucas García, Alba, 251  
 Lucena Cerezo, María, 1088, 1269  
 Lucena Porcel, María Eulalia, 1179  
 Lugones Sánchez, Cristina, 67, 1120  
 Marcilla Pedrayes, Natalia, 678, 1168  
 Marcos García, Alicia, 783  
 Martín Gallego, Ana, 696  
 Martín Gil, Ivan, 1229  
 Martín González, Patricia, 1152  
 Martín López, Óscar, 1165  
 Martín Pastor, María Ester, 1172  
 Martínez Aramberri, Itsaso, 138  
 Martínez Benito, Paula, 1267  
 Martínez Escoriza, Silvia, 566  
 Martínez Espinosa, Andrea, 1204  
 Martínez López, Alicia, 1207  
 Martínez Ortega, Rosa María, 594  
 Martínez Ruíz, Jesús, 1225  
 Martínez-García, Elena, 214  
 Medina Rodríguez, Lucía, 1182, 1246  
 Mena Moreno, M<sup>a</sup> Concepción, 1237  
 Méndez Castell, María Consolación, 1190  
 Méndez-Trelles Fernández, Cristina, 1030  
 Mezquita Yarza, Edurne, 486  
 Miralles Xamena, Jerónima, 1122, 1129  
 Miravalls Perez, Tamara, 1026  
 Mitxelena Mujika, Estibaliz, 1174  
 Moares Castiñeiras, Yolanda, 822  
 Molinas Mut, Katya, 1128  
 Monleón Just, Manuela, 1134

- Moratalla Escribano, Carmen M<sup>a</sup>, 397  
Moreno Asorey, Cristina, 1244  
Moreno Sancho, M. Lucía, 191  
Moriano Domínguez, Lorena, 563  
Muñoz Millán, Elvira, 845  
Navarro Oliver, Ana Fátima, 1198  
Negrón Fraga, Alicia, 1217, 1271  
Niño Mera, Afra, 1236  
Noriega Pérez, Alba, 370  
Oliver García, Mercè, 504  
Ortiz i Congost, Sònia, 862  
Palacios Álvarez, Ángel, 1137  
Palacios Pérez, Ángeles, 1108, 1169  
Palma Sánchez, Ana, 1189  
Parrón Parra, Marta, 584, 841  
Paskual Uribe, Agurtzane, 1131  
Pastor Romero, Aurora, 1258  
Paz Ramil, María Patricia, 1231  
Pazos Domínguez, Irene, 1064  
Pedregosa Munuera, Ainhoa, 1160  
Peiró Soler, Mercedes, 1163  
Peña Lorenzo, Daniel, 1254  
Pérez de Arenaza-Ruiz de Munain, Resurrección, 1210  
Pérez García, Cristina, 1143  
Pérez González, Elena, 915  
Pisano González, Marta, 73, 1138  
Portero Martínez, María del Rosario, 1195  
Prieto Bravo, Paloma, 1187  
Prieto Matesanz, Sara, 658, 901  
Pulido García, Yasmina María, 1193  
Quesada Diego, María del Pilar, 1250  
Quirante Moya, Sarai, 980  
Quiroga Torres, Beatriz, 579  
Ramil Pernas, Herminia, 1110  
Recio Rodríguez, José Ignacio, 1123  
Represas Carrera, Francisco Jesús, 314  
Requena Hernández, Ana, 1205  
Reyes Valdivieso, Laura, 1221, 1223  
Riesgo Martín, Juan, 1201  
Riveira Fernández, María Delfina, 1173  
Rivera Álvarez, Araceli, 1116  
Rivero Morcillo, Ana, 1233, 1235  
Rodríguez Alonso, Andrea, 1121  
Rodríguez Cosío, Olaya, 1142  
Rodríguez Jiménez, María R., 1209  
Rodríguez Limia, Marta, 1175  
Rodríguez Romero, Rocío, 1199  
Romero Blanco, Cristina, 125, 131  
Rubio Martínez, Rocío, 455  
Ruiz Fernández, Elsa, 86  
Ruiz García, María del Mar, 906  
Ruiz Leal, María de las Mercedes, 1100  
Sáenz Rodríguez, Carmen, 1171  
Sáez Cubero, Aitana, 1035  
Sainz de Rozas Aparicio, Irene, 1261  
Salas Lario, Manuela, 1212  
Salmerón Ajona, Emilia, 1203  
Sánchez Gómez, Sheila, 1124, 1132  
Sánchez Marimon, Ester, 1200  
Sánchez Méndez, Irene, 1180  
Sánchez Monfort, Josep, 1245  
Sanchez Toledo, Pilar, 1264  
Sánchez-Aguadero, Natalia, 406  
Santana Alcántara, Rocío, 374  
Santano Vilchez, Carmen, 335  
Santos Cambero, María Iluminada, 1202  
Sanz Vega, Carlos Miguel, 645, 803  
Sardina Domínguez, Natalia María, 117, 996  
Simón Macho, Raquel, 1097  
Sin Benítez, G, 1234  
Soriano Martín, Pedro José, 17  
Suárez Bárcena González, Laura, 159  
Suárez Sánchez, Juan José, 1263  
Thennard Bellido, Verónica, 1239  
Tormo Claramonte, Alejandra, 1232  
Tornay Muñoz, Encarnación, 241, 494, 786  
Torre Valle, Alfonso, 587  
Torrecilla Abril, Maravillas, 1226, 1227  
Torrecilla Rosado, Gloria, 1208, 1260  
Trespacios Guerra, Ángel, 1147  
Tronchoni Costa, Laura, 672  
Tudela Galán, Nerea, 420  
Ugarte Gurrutxaga, M<sup>a</sup> Idoia, 42  
Valera Fernández, María Rosario, 384, 976  
Valvere Soto, M<sup>a</sup> José, 664  
Varela Buceta, Adriana, 554  
Vasco Rodríguez, Yolanda, 205  
Viana Elvira, Ana M<sup>a</sup>, 111  
Vicente García, Gemma, 769  
Vicente García, Teresa, 879, 1008  
Vilela Pájaro, Álvaro, 1079, 1265  
Villalvilla Soria, Diego José, 25, 1112  
Villamil Díaz, Marta Isabel, 196, 269  
Villarreal Bocanegra, Elena Isabel, 1181  
Villasenín Pérez, Lucía, 1262



**ENTIDADES COLABORADORAS Y PATROCINADORES**

**FAECAP y ACAMEC agradecen la colaboración de las siguientes Entidades y Empresas**



Universidad de  
Castilla-La Mancha

