

I JORNADA DE CUIDADOS DE SALUD

basados en la evidencia en la Comunidad Valenciana

Hacia la excelencia en cuidados



ISBN: 978-84-09-02858-0

2018



**GENERALITAT
VALENCIANA**

LaFe
Departament
de Salut


Instituto de Investigación
Sanitaria La Fe

LIBRO

abstract pósteres

Promueve: Direcció General d'Investigació, Innovació, Tecnologia i Qualitat

Organizan: Instituto de Investigación Sanitaria La Fe.
Dirección Enfermera. Departament de Salut València La Fe

Coordina y edita: Subdirección Enfermera de Cuidados, Investigación y Docencia.
Departament de Salut València La Fe

Fecha de edición: Julio 2018

ISBN: 978-84-09-02858-0



Reconocimiento – No Comercial – Sin Obra Derivada (by-nc-nd)

No se permite un uso comercial de la obra original ni la generación de obras derivadas.

El libro de abstracts ha sido editado con los textos íntegros que los autores/as han elaborado. La Direcció Enfermera del Departament de Salut València La Fe no se hace responsable de los contenidos ni de los posibles errores en ellos.

PRÓLOGO

“Al amparo del Convenio de Colaboración, firmado en octubre de 2014, entre el ISCIII y la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Universal de la Generalitat Valenciana para el mantenimiento de un Centro Español para los Cuidados de Salud Basados en la Evidencia y en línea con el IV Plan de Salud 2016-2020, la DGIITIQ promueve actividades como la I Jornada de Cuidados de Salud Basados en la Evidencia en la Comunidad Valenciana, para potenciar el uso de guías clínicas basadas en la evidencia e identificar y promover la adopción de buenas prácticas. De esta manera, se reconoce la importancia de la práctica enfermera basada en el conocimiento para impulsar la excelencia en los cuidados y fomentar la calidad de vida de los/las usuarios/as y la sociedad en general.”

Ilma. Sra. Ana M^a Ávila Peñalver

Directora General de Investigació, Innovació, Tecnologia i Qualitat
Conselleria de Sanitat Pública i Salut Universal

“La investigación, junto con la buena praxis, constituye uno de los soportes que sustentan y fomentan un sistema sanitario de vanguardia y de calidad. Desde esta perspectiva, en el Departament de Salut València La Fe y con el apoyo del Instituto de Investigación Sanitaria La Fe, se destinan esfuerzos y recursos para desarrollar estrategias a nivel departamental con la misión de fomentar y coordinar la investigación enfermera, potenciando su integración en la práctica clínica, con el fin de mejorar la calidad de los cuidados y asegurar que tienen como base científica la mejor evidencia disponible.”

Dra. Mónica Almiñana i Riqué

Directora Gerente del Departament de Salut València La Fe

“Desde la Direcció Enfermera del Departament de Salut València La Fe, se pretende impulsar la candidatura de Centros/Instituciones del Sistema Sanitario Público de la Comunidad Valenciana y más concretamente, del Departament de Salut València La Fe, en la Red Nacional de Centros de Excelencia en Cuidados y con ello obtener el reconocimiento y la mejora de resultados en salud de nuestros/as pacientes y de sostenibilidad del Sistema Sanitario mediante la implementación de Guías de Buenas Prácticas (GBP).”

D^a Montserrat Casaldàliga i Riera

Directora Enfermera del Departament de Salut València La Fe

“El fomento de la investigación en cuidados está alineado con las directrices del Plan Nacional de Investigación emanadas por el Instituto Carlos III. Investigar en cuidados supone hacer énfasis en el método y en los resultados obtenidos de la práctica clínica enfermera basada en la evidencia.

Desde el IIS La Fe mantenemos nuestro compromiso por la investigación enfermera. Actualmente, tenemos activa una convocatoria de proyectos en cuidados, además se encuentra integrada en nuestra área científica la figura de una supervisora de investigación enfermera del Departament de Salut València La Fe, para dar apoyo metodológico y asesoramiento a los y las profesionales integrados en la Direcció Enfermera que deseen investigar.”

Dra. Ainhoa Genovés Martínez

Coordinadora del Área Científica. Instituto de Investigación Sanitaria La Fe



ÍNDICE

COMITÉ CIENTÍFICO.....	3
OBJETIVOS.....	4
PROGRAMA CIENTÍFICO.....	5
PÓSTERES.....	6



COMITÉ CIENTÍFICO

Dña. Eva M^a Rueda García

Presidenta del Comité. Enfermera Supervisora de Investigación
Departament de Salut València La Fe
Representante del Comité Científico del Centro Español para los Cuidados de Salud Basados en la Evidencia por la
Comunidad Valenciana

Dra. M^a Isabel Mármol López

Profesora de la Escuela de Enfermería La Fe de Valencia
Universitat de València.

Dra. Isabel Orts Cortés

Profesora de la Facultad de Ciencias de la Salud
Departament Infermeria. Universitat d' Alacant

Dña. Eva M^a Sosa Palanca

Subdirectora Enfermera
Departament de Salut València La Fe



OBJETIVOS DE LA JORNADA

- Difundir la **filosofía y actividades del Centro Español para los Cuidados de Salud Basados en la Evidencia** para fomentar la prestación de cuidados basada en la mejor evidencia científica disponible.
- Promover la **candidatura a la Red Nacional de Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados® (BPSO España)** de Centros/Instituciones del Sistema Sanitario Público de la Comunidad Valenciana.
- Dar visibilidad a aquellas **iniciativas enfermeras existentes en la Comunidad Valenciana relacionadas con las buenas prácticas en cuidados**, tanto en el ámbito hospitalario como de atención primaria, de síntesis y/o implantación de evidencia.



PROGRAMA CIENTÍFICO

MESA INAUGURAL

Ilma. Sra. Dña. Ana M^a Ávila Peñalver

Directora General d' Investigació, Innovació, Tecnologia i Qualitat
Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública

Dña. Montserrat Casaldàliga Riera

Directora Enfermera del Departament de Salut València La Fe
Representante del Comité de Seguimiento del Centro Español para los Cuidados de Salud Basados en la Evidencia por la
Comunidad Valenciana

Dra. Ainhoa Genovés Martínez

Coordinadora del Área Científica del Instituto de Investigación Sanitaria La Fe

CONFERENCIA INAUGURAL

Dña. Laura Albornós Muñoz

"Plan estratégico y actividades del CECBE"

Investigadora en el Centro Español para los Cuidados de Salud Basados en la Evidencia Instituto de Salud
Carlos III. Miembro en la coordinación científica del Programa Centros Comprometidos con la Excelencia en
Cuidados® (BPSO España)

PONENCIA INVITADA

Dña. M^a Luz Fernández Núñez

"De la teoría a la práctica: experiencia de implantación
del programa Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados®
(BPSO España) en el Hospital Sierrallana"

Supervisora del Área de Calidad, Formación, Docencia e Investigación de la Gestión
de Atención Especializada. Áreas III y IV: Hospital Comarcal Sierrallana (Cantabria)
Líder del Programa Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados®
(BPSO España) en la Gerencia

MESA DE EXPERIENCIAS DE EVIDENCIA EN CUIDADOS

Moderadora: Dña. M^a Salud Girbés Llopis. Subdirectora Enfermera. Departament de Salut València La Fe

**"Efectividad de la nutrición enteral continua frente a la intermitente en pacientes de cuidados
intensivos: Revisión Sistemática"**

Dña. Rosa Aguilera Martínez.
Hospital Universitario de Sant Joan d'Alacant

"Proyecto SUMAMOS Excelencia: Consecuencias de implementar cuidados basados en la evidencia"

Dña. M^a Ángeles Celda Moret
Jefa de Sección de Formación. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia

"Verificación de la correcta posición de la sonda nasogástrica. Práctica de valor en cuidados"

D. Pedro Pimenta Ferrisson-Ramos
Enfermero. Instituto de Investigación Sanitaria La Fe



ÍNDICE DE CAPÍTULOS

- 1 **Cuidados Enfermeros a Recién Nacidos Tratados con Hipotermia Terapéutica.**
Solaz-García AJ, Guerrero-Juan S, García-Martínez C, Ros-Navarret R. Departament de Salut València La Fe.
- 2 **Cuidados de enfermería basados en la evidencia en pacientes con heridas de difícil cicatrización.**
Pablo-Ramis R. Departament de Salut València La Fe.
3. **Redes sociales como herramienta de difusión de evidencia: Cuidando neonatos.**
Ros-Navarret R. Departament de Salut València La Fe.
4. **Actualización del Procedimiento Enfermero de obtención de muestra de sangre venosa para analítica en adultos.**
Correa-Vivas MA, Roca-Ferri MD, Romero-Roger RM. Departament de Salut València La Fe.
5. **Actuación Enfermera: prevención úlceras por presión relacionadas con el interfaz total face en UCI pediátrica.**
Dolz-Alabau C, Martínez-Dolz J, Soriano-Prats MA. Departament de Salut València La Fe.
6. **Observación de la toma mediante una herramienta estandarizada en la maternidad del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.**
De Oñate-Casas AB, Martín-Ramos EM, Salinas-Sayas P. Departament de Salut València Hospital General.
7. **Protocolo de Prevención de Úlceras por Presión.**
Anarte-Ruiz C, Cabedo-Semper MD, Garralón-Pérez A, Guinot-Bachero J, Lecha Murilo MJ. Departament de Salut de Castelló.
8. **Taller de Lactancia en el hospital U. i P. La Fe**
Jiménez-Jurado B, Saus-Ortega C, Jareño-Talero M, Navarro-Prosper A, Medina-Alcantud J, Girbés-Llopis T. Departament de Salut València La Fe.
9. **Antipsicóticos de liberación prolongada en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica del Hospital Universitario y Politécnico La Fe (Valencia).**
Jiménez-Altaver N, Borrull-Guardeño J, Juárez-Colom J, Castro-Fuentes L, Alonso Cano F. Departament de Salut València La Fe.
10. **Prevención del Suicidio: ¿Lo Hablamos?**
Pérez-Vera AM, Tur-Cruces I, López-Cocera JA. Departament de Salut València La Fe
11. **Eficacia del Uso de la "Pelota de Partos" sobre el alivio del dolor durante la primera etapa del parto.**
Saus-Ortega C, Jiménez-Jurado B, Jareño -Talero M, Navarro-Prosper A, Medina-Alcantud J, Girbés-Llopis T. Departament de Salut València La Fe.
12. **Mejorando los cuidados enfermeros desde la evidencia en una unidad de cirugía ortopédica y traumatológica.**



Benavente Muñoz-Cobos P, Correoso-Rodenas R, Fuentes-Matalí N. Departament de Salut València La Fe.

13. Intervención Grupal desde Atención Primaria: “Cuidando al Cuidador”.

Cutillas-Carbonell E, López-Poveda A, López-Pérez C, Bonilla-Balaguer B, Sánchez-Tapia C, Tenor-Colomer C, Jiménez-Tortajada F, Fernández-Herrero MA, Díez-Arcal C, Piquer-Gutiérrez MJ, Sanchis-Granell C, Vercher-González C. Departament de Salut València La Fe.

14. La checklist como herramienta de mejora de la calidad y seguridad en la administración de citostáticos.

Sánchez-García R, Pomares-Campello G, Pavía-Miralles V. Departament de Salut Elx-Hospital General

15. Avanzando en la acogida prequirúrgica infantil (enfoque centrado en el niño y su familia)

Gendrau-Genevat MM, Caballero-Martí MA. Departament de Salut València La Fe.

16. Estrategia para la implantación de Buenas Prácticas en el cuidado de la persona ostomizada.

Rodríguez-Castellano P, Hurtado-Navarro C, Simó-Sanchis R, Abellán-Ballesteros D. Departament de Salut València Dr. Peset

17. Calidad asistencial y excelencia en cuidados: Mejora continua de los cuidados y gestión por procesos en la Unidad de Litotricia y Endourología.

Sales-Noguera E, Escuder-Almiñana M, Cabello-Ruiz T, Gadea-Company P, Muñoz-Tórtola MA, Auñón-Fernández B. Departament de Salut València La Fe.

18. Conservación y manipulación de leche materna en las unidades de hospitalización pediátrica.

Lozano-Gonzalez N, De Torres-Alvarado S, Del Rey-Gonzalez A, Gendrau-Genevat MM. Departament de Salut València La Fe.

19. Epilepsia y fotosensibilidad: cómo realizar una correcta fotoestimulación.

Palanca-Cámara M. Departament de Salut València La Fe.

20. Implantación de buenas prácticas de atención sanitaria en la diversidad sexual.

Gregori-Flor N, Hurtado-García I. Departament de Salut Elx-Hospital General

21. Cuidados de enfermería al paciente con asistencia ventricular de larga duración en sala de hospitalización.

Conejero-Ferrer P, Iglesias-Puente P, Husillos-Tamarit I, Marco-Pérez M, Sirerol-Gascó M. Departament de Salut València La Fe.

22. Estandarización y clasificación de medicamentos de alto riesgo en el área quirúrgica.



Rodríguez-Navarro MJ. Departament de Salut València La Fe.

23. Efectividad de la simulación clínica en el desarrollo de habilidades de soporte vital en estudiantes de enfermería. Revisión integradora.

López-Huguet L, Fernández-Román I, Moreno-Collado M, Balaguer-Pallarés T, Salas-Medina P. Facultat d'Infermeria. Universitat Jaume I. Castelló de la Plana.

24. Abordaje terapéutico en usuarios con diabetes mellitus tipo ii: educación individual o grupal. Revisión integradora.

Fernández-Román I, López-Huguet L, Moreno-Collado M, Balaguer-Pallarés T, Salas-Medina P. Facultat d'Infermeria. Universitat Jaume I. Castelló de la Plana

25. ¡Quién mejor que tú!

Torronteras-Castro I, Pérez-García M, Martínez-García S, Moya-Lacasa G, Jaijo-Sanchis C.
Departament de Salut València La Fe

26. Estudio piloto comparativo de terapia de presión negativa de un solo uso con fin preventivo, frente apósito quirúrgico convencional, en pacientes intervenidos de eventración.

Franco Bernal A, García Vozmediano MT, Villanueva Pla A. Departament de Salut València La Fe.

27. La lactancia materna como tratamiento no farmacológico del dolor en recién nacidos comparado con la sacarosa - revisión bibliográfica.

Balaguer-Pallarés T, Balaguer-Pallarés I, Moreno-Collado M, López-Huguet L, Fernández-Román I, Honrubia-Cebrián MD. Facultat d'Infermeria. Universitat Jaume I. Castelló de la Plana.

28. Cuidados de enfermería ante crisis epilépticas en pacientes pediátricos.

Moreno-Collado M, Fernández-Yáñez Z, Balaguer-Pallarés T, López-Huguet L, Fernández-Roman I, Guillamón-Gimeno LL. Facultat d'Infermeria. Universitat Jaume I. Castelló de la Plana.

29. Actitud de la enfermería hacia la práctica clínica.

Salas-Medina P, Folch-Ayora A, De la Concepción-Moros MJ, Orts-Cortés MI. Universitat Jaume I, Unió de Mutuas, Universitat d'Alacant.

30. La Unidad de Ictus en el Hospital La Fe. Bonet-Escrivá V, Ortega-Campos M. Departament de Salut València La Fe



1. CUIDADOS ENFERMEROS A RECIEN NACIDOS TRATADOS CON HIPOTERMIA TERAPÉUTICA

AUTORÍA

Solaz García A. J., Guerrero Juan S., García Martínez C., Ros Navarret R.

LUGAR DE TRABAJO

Enfermeras UCI Neonatal. Hospital Universitari i Politècnic La Fe (Valencia)

Enfermero Grupo Investigación Perinatología. IIS La Fe (Valencia)

INTRODUCCIÓN

La Encefalopatía Hipóxico-Isquémica (EHI) es una de las principales causas de daño neurológico en el/la recién nacido (RN) a término o casi a término. La hipotermia terapéutica o hipotermia inducida o activa, consiste la reducción intencionada de la temperatura central 3 o 4 ° C. Este enfriamiento moderado debe iniciarse antes de las 6 horas de vida, periodo llamado ventana terapéutico (los estudios experimentales demuestran que las terapias en esas horas actúan limitando la extensión de la lesión neuronal). Una vez alcanzada la temperatura deseada, 33-34°C (fase de inducción), es mantenida durante 72 horas (fase de mantenimiento), tras las cuales se inicia el recalentamiento progresivo y lento <0.5°C por hora (fase de recalentamiento).

OBJETIVOS

OBJETIVOS GENERAL: Estandarizar la aplicación de los cuidados enfermeros integrales al/la RN y su familia durante el tratamiento de hipotermia terapéutica según la mejor evidencia científica disponible.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS: Fomentar la salud y el bienestar de RN con EHI. Ofrecer unos cuidados individualizados para favorecer su neurodesarrollo y disminuir las secuelas neurológicas. Incentivar la comunicación efectiva con madres y padres e incrementar su implicación en los cuidados. Incrementar la formación y el conocimiento de los/las profesionales.

MATERIAL Y MÉTODO

Se diseña una estrategia para mejorar los cuidados enfermeros proporcionados a los RN tratados con hipotermia terapéutica en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), de nivel tres, del Hospital Universitari i Politècnic La Fe (Valencia) que consta de las siguientes fases: F. Revisión sistemática de literatura científica, F. Elaboración del protocolo, F. Difusión (publicación en intranet del Hospital, en la formación impartida en la Unidad, elaboración de una infografía, asistencia a jornadas o congreso y publicaciones) y F. Evaluación (queda pendiente para un futuro).

Para la elaboración del protocolo se han empleado los artículos de mayor evidencia científica disponible y actual sobre los cuidados enfermeros durante el tratamiento de hipotermia terapéutica en RN con EHI y se basa en el Protocolo de Cuidados Enfermeros en el Tratamiento de



Hipotermia Terapéutica en RN de la UCIN de este hospital. Se ha llevado a cabo una revisión sistemática de la literatura científica mediante una búsqueda en las siguientes bases de datos: PubMed, Lilacs, IBECs, Cinhal, OvidSP, Cuiden, Embase y Cochrane Plus. Tras la revisión de la literatura científica y la valoración de los niveles de evidencia y grados de recomendación según las escalas CEBM y GRADE, se elaboró el protocolo de cuidados. Para su difusión se realizó esta infografía.

RESULTADOS

De los 22 artículos seleccionados y revisados, se evidencia que la hipotermia terapéutica es efectiva al reducir la morbilidad de los neonatos con Encefalopatía Hipóxico-Isquémica. Los cuidados enfermeros durante el tratamiento de hipotermia se centran en cuatro pilares básicos: los cuidados generales para la estabilización del RN, la preparación del material, la administración del tratamiento médico en todas sus fases y el soporte emocional de la familia.

Se realizó una infografía, como guía visual del protocolo, resaltando los aspectos esenciales a la hora de aplicar cuidados al neonato y la familia por enfermeros formados conforme a las buenas prácticas clínicas y en un entorno adecuado durante el tratamiento de hipotermia. La infografía está dividida en 4 apartados dependiendo de las fases del tratamiento y en cada una de ellos se incluyen detalladamente los cuidados enfermeros descritos por las guías de práctica clínica. En la parte inferior se han incluido 2 códigos QR que complementan la información aportada; uno para la familia que enlaza a la guía para padres elaborada por el Ministerio de Sanidad, así como un segundo código para los profesionales sanitarios que enlaza con la Guía de Práctica Clínica sobre Encefalopatía Hipóxico-Isquémica Perinatal en el Recién Nacido del Sistema Nacional de Salud, lo que complementa la infografía y la hace de utilidad tanto para profesionales sanitarios como para la familia.

CONCLUSIONES

Esta infografía permite a las enfermeras/os proporcionar unos cuidados estandarizados, integrales, humanizados y de calidad en la atención al RN con EHI tratado con hipotermia terapéutica y a su familia, basados en la mejor evidencia científica disponible.

Los cuidados enfermeros son esenciales y están presentes durante todo el tratamiento, detectan precozmente complicaciones en los niños y ofrecen apoyo psicológico a los padres. La formación de las enfermeras/os en estos cuidados es fundamental.

BIBLIOGRAFÍA

1. Blanco D, García-Alix A, Valverde E, Tenorio V, Vento M, & Cabañas F. Neuroprotección con hipotermia en el recién nacido con encefalopatía hipóxico-isquémica. Guía de estándares para su aplicación clínica. *An Pediatr (Barc)* 2011; 75(5): 341.e1-341.e20. Disponible en: http://www.seneonatal.es/portals/0/publicaciones/guia_hipotermia_sen-2011.pdf
2. García Alix A. & Alarcón Allen A. Hipotermia terapéutica en el recién nacido a término o casi término con encefalopatía hipóxico-isquémica. *An Pediatr Contin* 2013; 11(4): 210-215. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/259164734_Hipotermia_terapeutica_en_el_recien_nacido_a_termino_o_casi_termino_con_encefalopatia_hipoxico-isquemica
3. Jiménez González R, Molina Morales V. Bases éticas en Neonatología. Decisiones de tratamiento selectivo en recién nacidos. Normas básicas de actuación. *Asociación Española de Pediatría* 2008; 54: 519-521.



4. Chrinian, N., & Mann, N. Therapeutic Hypothermia for Management of Neonatal Asphyxia: What Nurses Need to Know. *Critical Care Nurse*, 2011; 31(3). Disponible en: <http://ccn.aacnjournals.org/content/31/3/e1.full.pdf+html>
5. Cooper DJ. Induced hypothermia for neonatal hypoxic-ischemic encephalopathy pathophysiology, current, and nursing considerations. *Neonatal Netw* 2011; 30(1): 29-35. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21317095>
6. Martínez Galiano JM & Rus Díaz M. Hipotermia inducida como tratamiento en la asfisia neonatal. *Evidentia* 2015; 12(50). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n50/ev9653r.php>
7. Gerstl N, Youssef C, Cardona F, Klebermass-Scherhof K, Grill A, Weninger M et al. Management of hypothermia for perinatal asphyxia in Austria - a survey of current practice standards. *Klin PEDIATR* 2015; 227: 10-14.
8. Urrutia G, Bonfill X. Declaración PRISMA: una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y metanálisis. *Med Clin* 2010; 135(11):507-511. Disponible en: <http://www.laalamedilla.org/Investigacion/Recursos/PRISMA%20Spanish%20Sept%202010.pdf>
9. Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gotsche PC, Vandenbroucke JP. Declaración de la iniciativa STROBE: Directrices para la comunicación de estudios observacionales. *Rev Esp Salud Pública* 2008; 82:251-259. Disponible en: https://www.mssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/vol82/vol82_3/RS823_251.pdf
10. Jadad AR, Moore RA, Carroll D, Jenkinson C, Reynolds DJ, Gavaghan DJ et al. Assessing the quality of reports of randomized clinical trials: is blinding necessary?. *Controlled Clinical Trials* 1996; 17(1):1-12.
11. Cabello JB, por CASPE. Plantilla para ayudarte a entender una Revisión. Guías CASPE de Lectura Crítica de la Literatura Médica. Alicante: CASPE; 2005. Cuaderno I: 13-17.
12. Neumann I, Pantoja T, Peñaloza B, Cifuentes L, Rada G. El sistema GRADE: un cambio en la forma de evaluar la calidad de la evidencia y la fuerza de recomendaciones. *Rev Med Chile* 2014; 142:630-635. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v142n5/art12.pdf>
13. Primo J. Niveles de evidencia y grados de recomendación (I/II). *Enfermedad Intestinal Inflamatoria* al día 2003; 2(2):39-42.
14. Tenorio V, Alarcón A, García-Álix A, Arca A, Cmprubí M, Agut T & Figueras J. Hipotermia cerebral moderada en la encefalopatía hipóxico-isquémica. Experiencia en el primer año de su puesta en marcha. *An Pediatr (Barc)* 2012; 77(2): 88-97. Disponible en: http://ac.els-cdn.com/S1695403312000112/1-s2.0-S1695403312000112-main.pdf?_tid=b7bbe388-d40f-11e5-96a50000aacb362&acdnat=1455560147_0d64619fff7ca307960ddadcfb6f5300
15. Arnaez J, Vega C, García-Alix A, Gutiérrez EP, Caserío S, Jiménez MP et al. Programa multicéntrico para la atención integral del recién nacido con agresión hipóxico-isquémica perinatal (ARAHIP). *An Pediatr (Barc)* 2015; 82 (3):172-82. doi: 10.1016/j.anpedi.2014.05.006
16. Laptook AR, Kilbride H, Shepherd E, McDonald SA, Shankaran S, Truog W et al. Temperature control during therapeutic hypothermia for newborn encephalopathy using different Blanketrol devices. *Ther Hypothermia Temp Manag* 2014; 4(4): 193-200.
17. Tagin MA, Woolcott CG, Vincer MJ, Whyte RK & Stinson DA. Hypothermia for neonatal hypoxic ischemic encephalopathy: an updated systematic review and meta-analysis. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2012; 166(6): 558-566. Disponible en: <http://archpedi.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1149494>
18. Fernández Medina IM y González Fernández CT. Tecnología y neuroprotección neonatal: Eficacia de la hipotermia en el tratamiento de la encefalopatía hipóxico-isquémica. *INDEX* 2013. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n19/pdf/026d.pdf>
19. Puebla Molina S, Aparicio Sánchez JL & Modesto i Alapont V. Uso de hipotermia terapéutica en recién nacidos a término con encefalopatía hipóxico-isquémica. *Evid Pediatr* 2010; 6:33. Disponible en: <http://archivos.evidenciasenpediatria.es/files/41-10821-RUTA/33AVC.pdf>
20. Jacobs SE, Berg M, Hunt R, Tarnow-Mordi WO, Inder TE & Davis PG. Cooling for newborns with hypoxic ischaemic encephalopathy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23440789>
21. Alberola A, Boronat N, Escrig R, Gimeno A, y Vento M. Protocolo de hipotermia terapéutica. Hospital Universitari i Politècnic La Fe. 2013. Valencia.
22. Jerez Calero A, Ruiz López A & Quesada Moreno A. Protocolo para enfermería de hipotermia en recién nacidos. *Bol. SPAO* 2014; 8(1-2): 100-105. Disponible en: <http://www.spao.es/documentos/boletines/pdf-boletin-seccion-34-secciones-65417.pdf>
23. Fernández Tuñas MC, Prego Boente R, Couce Pico ML & Pérez Muñuzuri A. Cuidados al paciente neonato con hipotermia inducida. *Metas enferm* 2015; 18(5): 56-59. Disponible en: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/ibc-140257>
24. Parra Sáiz MI & Cuesta Miguel MJ. Cuidados de enfermería en la hipotermia neonatal inducida. *Enfermería Integral* 2013; 103: 15-19. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4867866>
25. Casas Estévez MC, Jarana Boy D & García Casanueva M. Cuidados de enfermería en la hipotermia por encefalopatía hipóxico isquémica. *Evidentia* 2012; 10(41). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4625395>
26. Macarro Ruiz D, Sánchez Sánchez J, Toledano Luna M, Martínez Martín E, Martínez Galán P & García Rebollo MA. Hipotermia terapéutica en la asistencia al neonato con encefalopatía hipóxico isuémica. *Metas Enferm* 2015; 18(7): 6-12. Disponible en: http://www.index-f.com/new/cuiden/extendida.php?cid=692475_1
27. Kokkonen Nassef S, Blennow M & Jirwe M. Experiences of parents whose newborns undergo hypothermia treatment following perinatal asphyxia. *JOGNN* 2013; 00(0): 1-10. Disponible en: [http://www.jognn.org/article/S0884-2175\(15\)31252-1/pdf](http://www.jognn.org/article/S0884-2175(15)31252-1/pdf)
28. Novoa JM, Milad M, Fabres J, Fasce JA, Toso PA, Arriaza M et al. Consenso sobre manejo integral del neonato con encefalopatía hipóxico isquémica. *Rev Chil Pediatr* 2012; 83(5): 492-501. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rcp/v83n5/art12.pdf>
29. Abbot R & Laptook MD. Uso de hipotermia terapéutica en recién nacidos a término con encefalopatía hipóxico-isquémica. *Pediatr Clin N Am* 2009; 56: 601-616. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13156343&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=501&ty=116&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=501v56n03a13156343pdf001.pdf
30. López Ponce O & Quesada Vargas A. Hipotermia Induida en asfíxies neonatales. Hospital Vall d'Hebron. 2010. Barcelona.



31. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Encefalopatía Hipóxico-Isquémica Perinatal en el Recién Nacido. Guía de Práctica Clínica sobre Encefalopatía Hipóxico-Isquémica Perinatal en el Recién Nacido. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS); 2015. Guías de Práctica Clínica en el SNS
32. Valverde E, García-Álix A, y Blanco D. Monitorización continua de la función cerebral mediante electroencefalografía integrada por amplitud. An Pediatr Contin. 2008; 6 (3): 169-173.
33. Ros Navarrete R., Tomás Bartrina G., García Martínez C., Sosa Palanca E.M. y Guerrero Juan, S. Guía de referencia rápida sobre cuidados de enfermería de los recién nacidos en hipotermia terapéutica inducida. Enfermería Integral 2015 (107): 29-30.
34. Chen Z. Hypothermia (Induced): Management.[Evidence Summary on the Internet]. Adelaide: Joanna Briggs Institute; 2015 [actualizado 29 noviembr 2015; acceso 16 enero 2017]. Disponible en: JBI Connect+



2. CUIDADOS DE ENFERMERÍA BASADOS EN LA EVIDENCIA EN PACIENTES CON HERIDAS DE DIFÍCIL CICATRIZACIÓN

AUTORÍA

Rosa Pablo Ramis

LUGAR DE TRABAJO

Unidad Enfermera de Úlceras y Heridas. Hospital Universitari i Politècnic La Fe

INTRODUCCIÓN

La Unidad Enfermera de Úlceras y Heridas (UEUH) comenzó su actividad hace casi 3 años como una Unidad de referencia donde el profesional experto en heridas realiza la valoración, asesoramiento y/o asistencia de las lesiones de difícil cicatrización. Abarcando aspectos relacionados con la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y los cuidados de enfermería basados en la evidencia (CEBE), incluyendo la educación al paciente y cuidador.

Va dirigida a los ámbitos de Atención Primaria, Atención Especializada, instituciones socio sanitarias, asociaciones y usuarios dependientes del Departamento Salud Valencia La Fe, con el fin de unificar criterios y disminuir la variabilidad clínica y diagnóstica.

Las heridas crónicas o heridas de difícil cicatrización (HDC) son lesiones que perduran en el tiempo y que se resuelven teniendo en cuenta su patogenia y realizando un abordaje integral con un plan de cuidados individualizado.

OBJETIVOS

Describir los resultados de la aplicación de los CEBE en la actividad asistencial de la UEUH.

MATERIAL Y MÉTODO

El primer paso en la atención a un paciente con HDC es saber el origen y mecanismo de producción identificando la etiología y los factores extrínsecos e intrínsecos que repercuten en la incapacidad de la herida para curarse.

El tratamiento local está basado en la preparación del lecho de la herida (Guía TIME) en criterios de cura en ambiente húmedo siguiendo los CEBE recomendados en las guías de Buenas Prácticas en enfermería de la RNAO (Registered Nurses' Association of Ontario) como Valoración y manejo del riesgo y prevención de las úlceras por presión, Valoración y manejo de las lesiones por presión para equipos interprofesionales, Valoración y manejo de las úlceras venosas en la pierna y Valoración y manejo de las úlceras de pie diabético. Junto con las recomendaciones de cuidados de Guías de Práctica Clínica (GPC) como la de la Asociación Española de Enfermería Vascul y Heridas: sobre úlceras vasculares y pie diabético (2017), la GPC para el cuidado de personas con úlceras por presión o riesgo de padecerlas de la Generalitat Valenciana 2012 o el documento de consenso de la Conferencia Nacional de Consenso sobre las Úlceras de Extremidad Inferior (CONUEI) 2018.



RESULTADOS

Durante su actividad asistencial la UEUH ha atendido a más de 700 pacientes con una media de edad de 67.3 ± 18.4 años, siendo hombres el 52.33% y mujeres el 47.67%. Realizando más de 4000 visitas, tanto a pacientes ingresados como ambulatorios. Los pacientes presentaron 1290 úlceras de etiologías diferentes predominando úlceras por presión (UPP), úlceras vasculares, complicaciones en heridas quirúrgicas, pie diabético, heridas traumáticas y otras etiologías como lesiones cutáneas asociadas con la humedad (LESCAH), linfáticas, infecciosas, neoplásicas, etc.

De estos pacientes el 39% han sido atendidos de forma ambulatoria en la consulta de la Unidad con una media de edad de 69.95 ± 16.53 años siendo mujeres el 55.64 %. Procediendo de Consultas Externas del propio hospital el 60%, A. Primaria el 26% y de otros orígenes como UHD, residencias sociosanitarias, demandas internas, urgencias, etc.

Con una media de 14.7 meses (desde 1 mes a 20 años) de evolución y no siendo su 1ª herida crónica para el 48.3%.

El tipo de úlcera presenta un cambio en la atención ambulatoria siendo de origen vascular el 38.83 %, UPP el 21.8 % (un 40% de grado IV), pie diabético 12.4%, siguiendo después traumáticas (8.25%), quirúrgicas complicadas (6.8%), linfáticas (3.8%), etc.

DISCUSIÓN

Con la aplicación de los cuidados de enfermería basados en la evidencia se han curado y dado el alta al 82.28% de pacientes, el 6.07% siguieron sus cuidados en residencias socio sanitarias, hospitalización de crónicos o domiciliaria. Actualmente permanecen en programa de seguimiento y curas en la Unidad el 9.95% de pacientes.

CONCLUSIONES

La aplicación de una práctica clínica basada en la evidencia conlleva que nuestras decisiones se basen en la utilización crítica y consciente de la investigación más reciente sin olvidar nunca las preferencias y valores de los pacientes, nuestra experiencia personal y los recursos disponibles.

BIBLIOGRAFÍA

Arcediano V et al. Conferencia nacional de consenso sobre úlceras de la extremidad inferior. Documento de consenso. C.O.N.U.E.I. Barcelona: EdikaMed S. L; 2009.

Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (Registered Nurses' Association of Ontario). Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario. Guía de buenas prácticas en enfermería. Valoración del riesgo y prevención de las úlceras por presión. Toronto, Marzo 2005.

Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (Registered Nurses' Association of Ontario, 2016). Valoración y manejo de las lesiones por presión para equipos interprofesionales, Tercera edición. Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (Registered Nurses' Association of Ontario). Guía de buenas prácticas en enfermería. Valoración y manejo de las úlceras venosas en la pierna. Toronto 2004.

Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (Registered Nurses' Association of Ontario). Guía de buenas prácticas en enfermería. Valoración y manejo de las úlceras de pie diabético. 2ª Edición. Toronto 2013.



Asociación Española de Enfermería Vascolar y Heridas. Guía de práctica clínica: Consenso sobre úlceras vasculares y pie diabético. Tercera edición. Madrid: AEEVH, 2017.

Avilés Martínez MJ, Sánchez Lorente MM. Guía de práctica clínica para el cuidado de personas con úlceras por presión o riesgo de padecerlas. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat; 2012.

European Wound Management Association (EWMA). Documento de Posicionamiento: Heridas de difícil cicatrización: un enfoque integral. Londres: MEP Ltd; 2008.

Marinel.lo Roura J, Verdú Soriano J (Coord.). Conferencia nacional de consenso sobre las úlceras de la extremidad inferior (C.O.N.U.E.I.). Documento de consenso 2018. 2ª ed. Madrid: Ergon; 2018.

Moffatt C et al. En Suzie Caine (Ed.) EWMA. Documento de posicionamiento. Preparación el lecho de la herida en la práctica. Reino Unido: Medical Education Partnership LTD; 2004.



3. REDES SOCIALES COMO HERRAMIENTA DE DIFUSIÓN DE EVIDENCIA: CUIDANDO NEONATOS

AUTORÍA

Rosario Ros Navarret

LUGAR DE TRABAJO

Subdirección de Cuidados, Investigación y Docencia. Hospital Universitari i Politècnic La Fe.

INTRODUCCIÓN

Internet y los avances tecnológicos están cambiando el modo de comunicación y acceso a la información de la población. Si nos centramos en el ámbito de la salud, cada vez son más pacientes y profesionales los que utilizan las herramientas 2.0 como blogs, wikis, y redes sociales para informarse, mantenerse actualizado y compartir experiencias y los contenidos de salud que ellos mismos generan (1). El último análisis realizado por FECYT, publicado en 2017, sobre la percepción social de la ciencia muestra como las redes sociales se han convertido en la fuente de información científica más consultada en Internet (2).

En 2014, nace el blog enfermero "Cuidando neonatos" con el propósito de servir de plataforma de comunicación para enfermeras/os neonatales, madres/padres, pediatras y el resto de profesionales sanitarios que trabajan en el ámbito de la Neonatología. Se crean perfiles en las redes sociales Facebook, Twitter e Instagram con objeto de mejorar la difusión y alcance de los posts que se publican periódicamente y que incluyen contenidos de interés en este ámbito, basados en la última evidencia científica disponible (3)(4).

OBJETIVOS

Objetivo general: Evaluar el alcance y la difusión de los contenidos publicados en el blog "Cuidando neonatos" relacionados con el consumo de evidencia en cuidados.

Objetivos específicos: Identificar los post más visitados por sus lectores/as.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo transversal del blog "Cuidando neonatos". El tiempo de estudio fue desde 12 de noviembre de 2014, fecha de publicación del primer post del blog, hasta 1 de mayo de 2018, fecha de revisión. La recopilación de la información se realizó por medio de las herramientas de analítica web directorio Blogger y Google Analytics.

Se analizaron los post publicados. Como criterio de inclusión se tomaron las entradas publicadas relacionadas con la difusión de Guías de Práctica Clínica del Sistema Nacional de Salud, revisiones y recursos Cochrane y The Joanna Briggs Institute, informes elaborados por la Organización Mundial de la Salud, recomendaciones ILCOR y Asociación Española de Pediatría, Evidencias en Pediatría e informes/documentos elaborados por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.



Las variables analizadas en cada post fueron título y número de visitas. Se recopilaron datos relacionados con la audiencia: número de usuarios (personas que han iniciado al menos una sesión en el periodo estudiado), país de origen, número de sesiones realizadas (periodo durante el cual un usuario interactúa con un sitio web).

RESULTADOS

El número de páginas vistas en el blog Cuidando Neonatos durante el periodo de revisión fue de 591.106 durante 144.648 sesiones. La mayoría de visitas procedían de España (371.401 páginas vistas), México (64.791 páginas vistas) y Estados Unidos (52.844 páginas vistas).

El 45,64% del tráfico del blog, 50.802 usuarios procedió de redes sociales, siendo Facebook la principal fuente con 48.080 usuarios (94,32 %). Cuidando neonatos contaba con un total de 8.393 seguidores/as distribuidos en Facebook (5.793), Twitter (1.584) e Instagram (1.016).

De los 137 posts publicados, 20 estaban relacionados con el consumo de evidencia en cuidados. Encontrándose entre las 5 entradas más vistas y por tanto, que más interés despertaron entre sus lectores/as: "RCP neonatal ¿Repasamos conceptos claves?", 10.929 visitas; "Y tú... ¿Cómo realizas la punción del talón?", 8.393 visitas; "Nuestros cuidados al final de la vida", 6.665 visitas; "Guía para madres que amamantan" 6.360 visitas y "Libro Blanco de la Muerte Súbita Infantil", 5.882 visitas.

DISCUSIÓN

El presente estudio muestra como las redes sociales pueden ser utilizadas para difundir y compartir estudios relacionados con el consumo de evidencia con profesionales sanitarios relacionados con la salud infantil, tal como evidencia el artículo, publicado en 2017, sobre el uso de redes sociales para divulgar la evidencia producida por "Cochrane Child Health"(5), así como por blogs enfermeros (6).

Conocer los posts que más impacto han tenido entre los lectores y el perfil de los usuarios permitirá diseñar una estrategia de contenido del blog, así como nuevas línea de trabajo.

CONCLUSIONES

El alcance de los contenidos publicados en Cuidando neonatos y difundidos a través de sus redes sociales constata al blog como una herramienta que facilita la implementación de cuidados de salud basados en la evidencia en el ámbito de la Neonatología.

BIBLIOGRAFÍA

1. March JC. La salud 2.0, los blogs y las revistas científicas. *Rev Calid Asist* . 2014;29(1):1–2.
2. Fundación Española para la Ciencia y la Tecnología (FECYT). Percepción Social de la Ciencia y la Tecnología. Fundación Española para la Ciencia y Tecnología (edición digital) 2017; Disponible en:<https://www.fecyt.es/es/noticia/publicado-el-libro-sobre-la-encuesta-de-percepcion-social-de-la-ciencia-2016> .
3. Ros-Navarret R. Nace un blog de enfermería "cuidando neonatos." *Enferm Integr*. 2016;111:17–20.
4. Ros-Navarret R. Uso y utilidad percibida del blog de Enfermería. *Metas Enferm*. 2016;19(8):49–56.
5. Dyson MP, Newton AS, Shave K, Featherstone RM, Thomson D, Wingert A, et al. Social Media for the Dissemination of Cochrane Child Health Evidence: Evaluation Study. *J Med Internet Res J Med Internet Res*. 2017 ;19(9). Disponible en: <http://www.jmir.org/2017/9/e308/>
6. Facebook como medio de difusión de la Enfermería Basada en la Evidencia. *Enfermería Glob*. 2012;11(28):74–81. Disponible en: [http://revistas.um.es/eglobal/article/download/eglobal.11.4.140401/138571\[acceso:10/01/2018](http://revistas.um.es/eglobal/article/download/eglobal.11.4.140401/138571[acceso:10/01/2018)



4. ACTUALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO ENFERMERO DE OBTENCIÓN DE MUESTRA DE SANGRE VENOSA PARA ANALÍTICA EN ADULTOS

AUTORÍA

M^a Amparo Correa Vivas, M^a Dolores Roca Ferri, Rosa M^a Romero Roger

LUGAR DE TRABAJO

Área de Gestión Clínica de Diagnóstico Biomédico. Hospital Universitari i Politècnic la Fe

INTRODUCCIÓN

La venopunción se define como el procedimiento que implica la obtención de sangre de una vena con propósitos diagnósticos. Se trata del procedimiento invasivo más común en los hospitales. Los sistemas de extracción de sangre más comúnmente empleados son el vacutainer y las palomillas. (JBI, Nivel 5). Este procedimiento será de aplicación por parte de todas las enfermeras/os del Hospital Universitari i Politècnic La Fe que realicen extracciones sanguíneas mediante venopunción.

OBJETIVOS

OBJETIVOS GENERALES:

Estandarizar el procedimiento de extracción de una muestra de sangre mediante la técnica de venopunción, utilizando adecuadamente los recursos disponibles y de manera eficiente.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Minimizar la preocupación e incomodidad del paciente frente a la técnica.

Disminuir el número de complicaciones durante su realización.

Obtener la cantidad adecuada de sangre para realizar las determinaciones analíticas solicitadas.

Proporcionar la máxima seguridad a la enfermera que realiza la extracción.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una revisión bibliográfica en las bases de datos PubMed, JBI Connect+, Cochrane Library y Cuiden, utilizando las palabras claves: punción venosa, procedimiento enfermero, sangre venosa. Se consultaron también webs de interés de sociedades científicas y recomendaciones de la OMS.

Las evidencias y recomendaciones extraídas de la literatura científica encontrada se sometieron a valoración de un grupo de expertos. Estos revisaron la versión anterior del documento y realizaron las modificaciones oportunas del mismo para adaptarlo a la evidencia científica encontrada.

Posteriormente, se procedió a su difusión general a través de la intranet del Hospital y mediante correo interno a los mandos intermedios enfermeros para su conocimiento y aplicación.



DISCUSIÓN

En un futuro próximo se estima necesario realizar un estudio cuantitativo que permita recoger resultados derivados de la implementación del procedimiento.

CONCLUSIONES

La estandarización y protocolización de los cuidados enfermeros permite reducir la variabilidad en los mismos y obtener resultados de mayor calidad., además de velar por la seguridad de los/las pacientes. Mantener actualizados los procedimientos enfermeros proporciona a las enfermeras asistenciales una herramienta que les permite realizar su actividad diaria basándose en la mejor evidencia científica disponible.

BIBLIOGRAFÍA

Dao Le LK.Venipuncture. [Evidence Summary]. Adelaide: The Joanna Briggs Institute; 2016 [acceso 03 de abril de 2017]. Disponible en: JBI Connect+.

Fong E. Blood Specimen Collection: Hemolysis Prevention. Adelaide: The Joanna Briggs Institute; 2016. Actualizado 2 de mayo de 2016; acceso 03 de abril de 2017. Disponible en: JBI Connect+.

Specimen Collection: Venipuncture Technique. [Recommended practice on the internet]. Adelaide: The Joanna Briggs Institute; 2016 [actualizado 11 de enero de 2016; acceso 03 de abril de 2017]. Disponible en: JBI Connect+.

World Health Organization. WHO guidelines on drawing blood: bestpractices in phlebotomy; 2010. Disponible en: <http://www.who.in/injection safety/sign/drawing blood best/en/Blood>

5. ACTUACIÓN ENFERMERA: PREVENCIÓN ÚLCERAS POR PRESIÓN RELACIONADAS CON EL INTERFAZ TOTAL FACE EN UCI PEDIÁTRICA

AUTORÍA

Dolz Alabau, C., Martínez Dolz, J. y Soriano Prats, MA.

LUGAR DE TRABAJO

Reanimación/UCI Pediátrica (REA/UCIP). Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia.

INTRODUCCIÓN

La primera causa de úlceras por presión (UPP) en la población pediátrica, son las provocadas por dispositivos diagnósticos y terapéuticos, siendo la ventilación mecánica no invasiva (VMNI) uno de los principales factores de riesgo, debido principalmente a la presión ejercida por la interfaz, que es el dispositivo que se utiliza para conectar la vía aérea del paciente con el respirador. En nuestra unidad ingresan niños que precisan de VMNI mediante interfaz Total Face para mejorar su estado ventilatorio ineficaz. Esta interfaz, es una máscara semiesférica que cubre la superficie facial, adaptándose a la forma de la cara y dispone de un sellado con velcro en los extremos de los tirantes para mejorar el ajuste a la cara y poder regular la presión. Para contribuir en la mejora de la calidad asistencial y seguridad del niño crítico, hemos diseñado un póster informativo de actuación enfermera en la prevención de úlceras por presión relacionadas con la interfaz Total Face con la finalidad de disponer de pautas de intervención protocolizadas basadas en la evidencia científica.

OBJETIVOS

OBJETIVOS GENERALES: Optimizar la práctica de los cuidados que ofrecen los profesionales de enfermería, mediante intervenciones, basadas en la evidencia científica, en la prevención de úlceras por presión relacionadas con el dispositivo de ventilación mecánica no invasiva Total Face.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS: Incrementar la calidad de los cuidados con prácticas seguras, manteniendo la piel íntegra para evitar o reducir complicaciones durante nuestra atención. Proporcionar el mayor confort posible al paciente. Normalizar la práctica enfermera en los cuidados y en nuestra atención.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una revisión bibliográfica en bases de datos, portales bibliográficos y artículos en revistas con el fin de conocer la evidencia científica actualizada, útil y pertinente para la práctica enfermera. La estrategia de búsqueda se desarrolló con los descriptores: ventilación no invasiva, interfaces, Total Face, úlceras por presión, prevención, pediatría, cuidados y enfermería, los cuales, se combinaron con los boléanos AND, OR y XOR. El periodo de búsqueda se limitó a los últimos 5 años, seleccionando los artículos publicados en español e inglés. También consultamos a expertos y aportamos nuestra experiencia profesional.



Responsabilidades éticas: Para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales. No se elaboró un consentimiento informado, ya que, no se tuvo contacto con los pacientes sino con los datos de la bibliografía consultada. En este artículo no aparecen datos de pacientes. Conflicto de intereses: Ninguno.

RESULTADOS

Hemos elaborado un póster de actuación enfermera en la prevención de úlceras por presión relacionadas con la interfaz Total Face, estableciendo intervenciones basadas en: Situar al paciente en posición cómoda semi-incorporado para mejorar la ventilación. Colocar de forma adecuada la mascarilla Total Face del tamaño adecuado según la edad y fisionomía de la cara del niño/a, evitando que tenga fugas. Acoplar el gorro o el arnés de fijación de la mascarilla en la cabeza del paciente, de forma simétrica y que no produzca dolor, evitando apretar excesivamente la interfaz de forma que permita pasar 1-2 dedos entre el arnés y la piel, protegiendo las zonas de apoyo más vulnerables con apósitos de almohadillado o antiescaras. Mantener una vigilancia exhaustiva de las zonas de roce y presión. Proporcionar momentos de descanso cortos c/4 h y unificar cuidados (Realizar una adecuada higiene de ojos, fosas nasales y boca del niño/a, efectuar un masaje suave en la zona de presión de la cara con solución de ácidos grasos oxigenados, hidratar las mucosas y colocar vaselina o pomadas hidratantes liposolubles en labios y mucosa nasal, administrar lágrimas artificiales o lavado con suero fisiológico y pomada epitelizante en los ojos y limpiar y secar la mascarilla Total Face). La interrupción debe ser lo más breve posible, recolocando la mascarilla y el arnés al terminar las actividades hasta que el paciente se encuentre cómodo y sincronizado con el respirador.

DISCUSIÓN

La bibliografía actual muestra numerosos estudios sobre pautas terapéuticas de la ventilación mecánica no invasiva y la utilización de las distintas interfaces en pediatría, sin embargo, no hemos encontrado investigaciones publicadas sobre las actuaciones de enfermería específicas en la prevención de úlceras por presión relacionadas con la interfaz Total Face. No obstante, existen suficientes recomendaciones, opiniones y experiencias de expertos enfermeros/as que nos han permitido conocer cómo se están aplicando los cuidados de enfermería en estos pacientes.

CONCLUSIONES

El profesional de enfermería desempeña un papel primordial en la aplicación de estrategias de prevención, ya que, tiene la posibilidad de detectar y evitar que aparezcan úlceras por presión en el niño/a con terapia de ventilación mecánica no invasiva mediante interfaz Total Face y tiene una gran responsabilidad en el cuidado de estos niños/as, siendo el cuidado de la piel uno de los retos a los que se enfrenta para mantener la integridad de la piel mediante actividades preventivas y evitar que este tipo de lesiones se produzcan. La colocación de este póster en un lugar visible constituye una herramienta eficaz para mejorar el cumplimiento de las intervenciones de prevención basadas en la evidencia por parte de los profesionales responsables del cuidado al niño/a en estado crítico, mejorando con ello la calidad de los cuidados durante su atención.



BIBLIOGRAFÍA

1. Morley, SL. Non-invasive ventilation in paediatric critical care. *Paediatr Respir Rev.* 2016 Sep; 20:24-31.
2. Pons-Òdena, M.; Gili Bigatà, T.; Medina Villanueva, A. y Mayordomo-Colunga, J. Ventilación no invasiva en pediatría. 3ª Edición del Manual de Ventilación Mecánica Pediátrica y Neonatal. En: Alberto Medina y Javier Pilar Orive. Madrid: Ergon, 2015. pp 231-246. ISBN: 978-84-16270-12-5.
3. Acorda, DE. Nursing and Respiratory Collaboration Prevents BiPAP-Related Pressure Ulcers. *Journal of Pediatric Nursing*, 30(4), 620-623. (2015, April 25).
4. Murray, J.; Noonan, C.; Quigley, S. and Curley, M. Medical Device-Related Hospital-Acquired Pressure Ulcers in Children: An Integrative Review. *Journal of Pediatric Nursing*, Volume 28, Issue 6, Pages 585-595. November–December, 2013.
5. Maruccia, M.; Ruggieri, M. and Onesti, MG. Facial skin breakdown in patients with non-invasive ventilation devices: report of two cases and indications for treatment and prevention. *International Wound Journal. Int Wound J.* 2015 Aug;12(4):451-5.
6. Cullen Gill, E. Reducing hospital acquired pressure ulcers in intensive care. *BMJ Quality Improvement Reports.* 2015;4(1).
7. Peterson, J.; Adlard, K.; Walti, Bl.; Hayakawa, J., McClean, E. and Feidner, SC. Clinical Nurse Specialist Collaboration to Recognize, Prevent, and Treat Pediatric Pressure Ulcers. *Clin Nurse Spec.* 2015 Sep-Oct;29(5):276-82. 8.

6. OBSERVACIÓN DE LA TOMA MEDIANTE UNA HERRAMIENTA ESTANDARIZADA EN LA MATERNIDAD DEL CHGUV

AUTORÍA

De Oñate Casas AB, Martín Ramos EM, Salinas Sayas P

LUGAR DE TRABAJO

Unidad de Obstetricia. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia (CHGUV)
Departamento 9.

INTRODUCCIÓN

Según la GPC sobre lactancia materna en su última revisión de abril del 2017 "para identificar los criterios de buen inicio e instauración de la lactancia materna (en adelante LM) se debería realizar una valoración de la técnica de la lactancia en relación a la postura, al agarre y a los signos de transferencia eficaz de leche, de la madre y del recién nacido (en adelante RN)". Generalmente, esta observación se realiza de forma no sistematizada, por lo que se utilizan criterios subjetivos con una amplia variabilidad entre observadores, lo que dificulta el diagnóstico de los posibles problemas y, por tanto, su adecuado tratamiento. Además, se recomienda al menos en una de las tomas durante la estancia hospitalaria, que los profesionales sanitarios utilicen una herramienta estandarizada de observación de la toma que ofrezca criterios objetivos de valoración (1).

Siguiendo estas recomendaciones, a raíz de solicitar la acreditación IHAN (Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia), en la Maternidad del CHGUV se ha instaurado la observación de la toma mediante la escala Matthews en las primeras seis horas de vida y dependiendo del resultado, en las próximas seis o veinticuatro horas con el fin de ayudar a los profesionales sanitarios a tener en cuenta todos los aspectos importantes relacionados con el amamantamiento.

OBJETIVOS

OBJETIVOS GENERALES:

Evaluar una lactancia eficaz.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Comprobar que existe una adecuada transferencia láctea y diagnosticar la causa de las dificultades si las hubiese.

Apoyar a las madres para lactar con éxito.

Aumentar la tasa de lactancia materna exclusiva al alta.

Incrementar la satisfacción materna con respecto a la lactancia materna. Disminuir las complicaciones de las mamas (ingurgitaciones y grietas).

MATERIAL Y MÉTODO

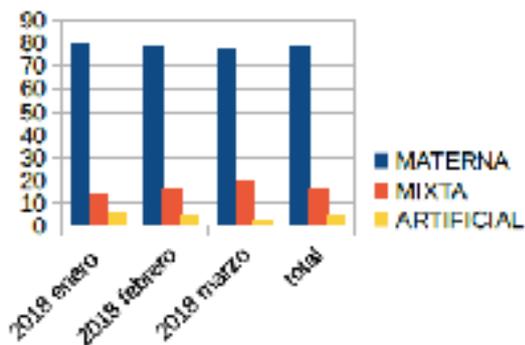
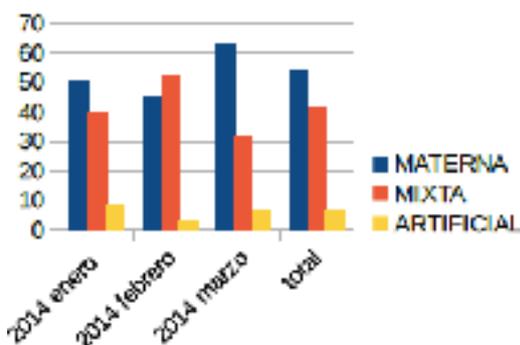
Escala de Matthews en la historia clínica del recién nacido.

Formación del personal de la unidad mediante píldoras formativas y curso acreditado del IHAN.

Elaboración de material didáctico para la puérpera (trípticos) y entrega de informe de continuidad de cuidados.

La muestra de nuestro estudio se corresponde a madres de recién nacidos sanos a término y que amamantan en CHGUV. Se realizará a través de revisión de historias, el seguimiento y resultado de dos grupos de recién nacidos. Los nacidos de enero a marzo del 2014 no expuestos a la intervención y los nacidos de enero a marzo del 2018 expuestos a la intervención. Siendo dicha intervención la observación de la toma con una herramienta estandarizada.

RESULTADOS



Enero- marzo 2014 no expuestos a la intervención: total 238 RN amamantados. LM exclusiva al alta: 130 (54,62%), LM con suplementos: 99 (41,59 %), Lactancia artificial: 15 (6.3%).

Enero- Marzo 2018 expuestos a la intervención: total 225 RN amamantados. LM exclusiva al alta : 177 (78,66%) , LM con suplementos: 37 (16.44%) , Lactancia artificial: 11 (4.8%).

DISCUSIÓN

Tras el análisis de los datos, se aprecia un aumento en la LM exclusiva al alta en el grupo expuesto a la intervención con la consecuente disminución la LM con suplementos. Generalmente, los suplementos se dan por indicación del pediatra (pérdida ponderal) o por decisión materna (por miedo a no estar amamantando bien). Tras la implantación en la sala de Maternidad de dicha herramienta, parece incrementar la satisfacción materna y con ella la LM exclusiva al alta.

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos, determinan que se debería realizar la observación de la toma con una herramienta estandarizada, ya que se consiguen los objetivos propuestos tanto generales como específicos planteados al inicio de la investigación.



BIBLIOGRAFÍA

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco OSTEBA; 2017. Guías de Práctica Clínica SNS p.86-98.

Matthews MK, Developing an instrument to asses infant breastfeeding behaviour in the early neonatal period. Midwifery 1988; 4:154-165.



7. PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

AUTORÍA

Anarte Ruiz C, Cabedo Semper MD ,Garralón Pérez A, Guinot Bachero J, Lecha Murillo MJ.

LUGAR DE TRABAJO

Miembros de CATIC referentes de Atención Primaria del Departamento de Salud de Castellón.

INTRODUCCIÓN

Las úlceras por presión (UPP) suponen una carga de trabajo para el personal sanitario así como un importante esfuerzo económico para los sistemas de salud. La práctica clínica basada en la evidencia, reflejada en la "Guía de Práctica Clínica para el cuidado de personas con UPP o riesgo de padecerlas" editado por la Generalitat Valenciana, debe convertirse en el marco de referencia de toda la Comunidad Valenciana para la prevención y tratamiento de las UPP.

Por ello consideramos importante la creación de un protocolo de prevención de UPP para llevarlo a cabo en todos los Centros de Salud (CS) del Departamento de Salud de Castellón y facilitar el trabajo al personal sanitario.

OBJETIVOS

OBJETIVOS GENERALES:

Contribuir a la disminución de la prevalencia e incidencia de UPP en el Departamento de Salud de Castellón.

Mejorar los conocimientos sobre la valoración y prevención de las UPP

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Divulgar la práctica basada en la evidencia sobre prevención de UPP reflejada en la Guía de Práctica Clínica (GPC)

Disminuir la variabilidad de la práctica clínica.

Optimizar el uso de los recursos disponibles.

Definir los cuidados, procedimientos e intervenciones en la prevención de las UPP.

Confecionar un cartel divulgador basado en el código de colores.



MATERIAL Y MÉTODO

Para llevar a cabo el Protocolo de Prevención de UPP en Atención Primaria (AP) cada autor realizó la lectura de la “Guía de práctica clínica para el cuidado de personas con úlceras por presión o riesgo de padecerla” y a continuación se hizo una puesta en común de los autores para consensuar el contenido del protocolo. Una vez elegido el material consensuado se elaboró un cartel en formato digital y con códigos de colores para facilitar la comprensión visual del mensaje, posteriormente se imprimió en papel plastificado para que pudiera ser editado y colocado en cada consulta de enfermería de AP.

RESULTADOS

Los contenidos del protocolo de prevención de UPP de AP son:

Escala de Braden: Riesgo de úlceras por presión

Cómo actuar cuando existe:

- Riesgo bajo de padecer UPP
- Riesgo moderado de padecer UPP
- Riesgo alto de padecer UPP

Gráfico de cambios posturales en personas encamadas.

CONCLUSIONES

Disponer de un cartel, en las consultas de enfermería de atención primaria, con recomendaciones de práctica clínica basada en la evidencia de la GPCUPP, ayuda a aportar directrices de actuación a los profesionales sanitarios sobre la prevención y cuidados de los pacientes en riesgo de padecer UPP.

BIBLIOGRAFÍA

Avilés Martínez MJ, Sánchez Lorente MM, Allepuz Vidal L, Benitez Martínez JC, Casaña Granell J, Clement Imbermont J et al. Guía de Práctica Clínica para el cuidado de personas con úlceras por presión o riesgo de padecerlas. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat; 2012. [Consultada el 25/04/2018].

Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_520_Ulceras_por_presion_compl.pdf

Ortiz Arjona MA, López Aguirre T, Ortiz Otero A, Lucena Rabaneda R, Farouk Allam M. Úlceras por presión y heridas crónicas revisión de las evidencias científicas sobre su prevención. Rev española investigaciones quirúrgicas.2012;15(1):13-16
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3878946>



8. TALLER DE LACTANCIA EN EL HOSPITAL U. I P. LA FE

AUTORÍA

Jiménez- Jurado B, Saus-Ortega C, Jareño -Talero M, Navarro-Prosper A, Medina-Alcantud J , Girbés-Llopis MS.

LUGAR DE TRABAJO

Matronas. Área de la Mujer. Hospital Universitari i Politècnic (H. U i P) La Fe. Valencia

INTRODUCCIÓN

La OMS (1) recomienda que los lactantes reciban lactancia materna (LM) exclusiva durante los primeros 6 meses de vida. Los beneficios de la lactancia materna, tanto para la madre como para el bebé están ampliamente investigados y documentados. La guía de buenas prácticas en enfermería RNAO (Registered Nurses' Association of Ontario) (2) sobre lactancia materna incluye varias recomendaciones, entre las que destacan: Respalda la iniciativa IHAN (Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia) cumpliendo "los 10 pasos para una lactancia feliz". Las clases informales de educación sanitaria, en grupos pequeños, durante el periodo prenatal, tienen un mejor impacto en la iniciación a la lactancia materna que la literatura sobre lactancia por sí sola o combinada con métodos formales de formación no interactivos. Las enfermeras realizarán una evaluación integral de la madre, el bebé y la familia, abordando el tema de la lactancia materna tanto en el periodo prenatal como en el puerperal, para facilitar la intervención y el desarrollo de un plan de lactancia materna. Basándonos en estas recomendaciones, se pone en marcha un taller de LM en la sala de puérperas para ayudar y formar a las madres a establecer la LM y a que ésta se prolongue en el tiempo. De esta forma, se complementa la educación sanitaria individual en las habitaciones con la grupal en el Taller. Conjuntamente se está implementando otra medida para capacitar al personal enfermero que realiza los talleres, formándolo sobre la última evidencia en LM.

OBJETIVOS

Describir el proceso de implementación de un taller de Lactancia Materna en la Unidad de Puérperas del H. U i P La Fe de Valencia, durante el año 2017-2018.

MATERIAL Y MÉTODO

Diseño, contexto y marco temporal: Es una descripción sobre la implementación de un taller de LM los lunes, miércoles y viernes de 13 a 14h en la unidad de puérperas G-30 del H.U. i P. La Fe. Población: Puérperas de la unidad y sus parejas que cumplieron los criterios de inclusión. Criterios de inclusión. Todas las puérperas que den LM y que deseen o puedan acudir al taller para mejorar algún aspecto de dicha lactancia o para poder aportar su experiencia al resto de mujeres. Horario: Se buscó un horario que no interfiriera con la visita médica, los cuidados enfermeros, la comida y las visitas de los familiares, además de contar con mayor número de personal disponible. Lugar: El taller se realiza en una sala bien iluminada y ventilada, con suficientes sillones y sillas para las mujeres. Recursos Humanos: Es impartido por las Enfermeras/Supervisora de dicha unidad y



apoyado por TCAEs (Técnicos de Cuidados Auxiliares de Enfermería). Con el objetivo de capacitar a todo el personal de la Unidad y unificar criterios de actuación en materia de lactancia, se están llevando a cabo sesiones formativas del personal (una vez a la semana) avaladas por última evidencia científica. Recursos técnicos: Muñeca, material de soporte (jeringuillas, sacaleches, pezoneras, hojas informativas...). Desarrollo: El contenido del taller es una charla teórico-práctica sobre lactancia materna, cuidados del recién nacido (RN) y resolución de problemas que surgen en las primeras horas tras el nacimiento. Tras la charla se les invita a poner el niño al pecho y se van resolviendo los problemas que van surgiendo. Al finalizar se reparten unas hojas informativas con las principales recomendaciones.

RESULTADOS

Durante 2017 han participado en el taller aproximadamente unas 400 mujeres. La experiencia ha sido un reto profesional intenso. Las barreras han sido implicar a los profesionales en el mismo, la duración de la visita médica que se alargaba en algún caso, la hora de la comida y las visitas a las pacientes. Las fortalezas que se han encontrado han sido la gran satisfacción percibida y transmitida por las mujeres, el solucionar problemas que conducían a un abandono de la lactancia o a una lactancia poco eficaz, facilitar el vínculo madre-padre-hijo y la percepción por parte de los facultativos de una mejor formación de las madres.

DISCUSIÓN

Hasta donde conocemos, las experiencias en la implementación de talleres de LM posnatales durante el puerperio precoz son escasas y no se ha hallado literatura sobre la evaluación de su eficacia. No obstante si hay resultados positivos sobre la eficacia de los talleres de LM prenatales y postnatales en el puerperio tardío en Atención Primaria. Al igual que en otras experiencias (3,4,5) donde se han implementado talleres de LM, se sospecha que la implantación del taller en la unidad ha tenido un alta repercusión sobre la eficacia de la LM, sobre los problemas tempranos de lactancia, sobre las tasas de abandono precoces, sobre la satisfacción de la madre y su pareja, así como sobre el establecimiento del vínculo materno-filial.

CONCLUSIONES

Subjetivamente, se aprecian signos de que el taller es una herramienta útil y válida para apoyar la lactancia materna en las unidades de puerperio hospitalarias. Tras este proceso de implementación se prevé evaluar de forma cuantitativa la eficacia del mismo durante el 2018.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- World Health Organization. La alimentación del lactante y del niño pequeño: capítulo modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud. 2010.
- 2.-Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (RNAO). Guía de buenas prácticas en Enfermería para Lactancia Materna. Toronto, Canadá: Asociación profesional de enfermeras de Ontario 2003.
- 3.-Cancela LV, Gestal AE, Rodríguez MCA, Vidal MJC, Rodríguez MSF, Varela MPG, et al. Efectividad de un taller formativo en lactancia materna exclusiva. *Metas de enfermería* 2018;21(4):1.
- 4.- Mela IC, Estrada RP, Pérez SJ, Delís PH. La escuela-taller como modalidad de intervención en la promoción de la lactancia materna. *Medisan* 1999;3(1):5-10.
- 5.-Lupita Milagros Peña Frías, Karolan Emilia Haro Florian. Eficacia de un taller educativo en el nivel de conocimiento y uso de técnicas de lactancia materna en gestantes adolescentes. Centro de salud materno infantil el bosque 2013Universidad Privada Antenor Orrego-UPAO; 2017.

9. ANTIPSICÓTICOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO Y POLITÉCNICO LA FE (VALENCIA)

AUTORÍA

Jiménez Altaver, Nuria; Borrull Guardedeño, Jessica; Juárez Colom, Jesús; Castro Fuentes, Leticia; Alonso Cano, Francisco.

LUGAR DE TRABAJO

Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia.

INTRODUCCIÓN

Los antipsicóticos de liberación prolongada, fueron desarrollados hace décadas como alternativa a los antipsicóticos orales, con el objetivo principal de incrementar el cumplimiento del tratamiento farmacológico en pacientes diagnosticados de enfermedad mental. Las principales diferencias que se observan en la actualidad frente a los antipsicóticos convencionales son: la duración de su efecto, la menor frecuencia en la necesidad de administración, la menor sedación y la mayor eficacia respecto a los síntomas negativos en esquizofrenia. Por tanto, el uso de los antipsicóticos depot se considera una de las principales estrategias disponibles en la actualidad para prevenir el abandono del tratamiento.

OBJETIVOS

Conocer el perfil de pacientes y la tendencia en la administración de antipsicóticos de liberación prolongada en una Unidad de Hospitalización Psiquiátrica (UHPSI).

MATERIAL Y MÉTODO

Se trata de un estudio descriptivo transversal. La muestra está formada por aquellos pacientes que recibieron antipsicóticos de liberación prolongada durante su ingreso en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica del Hospital Universitario y Politécnico La Fe (Valencia) entre junio 2017 y enero 2018.

RESULTADOS

Un total de 81 pacientes (56% hombres y 44% mujeres) con una edad media de 40.5 años, ingresaron en la unidad y recibieron antipsicóticos de liberación prolongada. Los diagnósticos principales según el DSM 5 por los que ingresaron estos pacientes, fueron en primer lugar los trastornos psicóticos (59.7%, de los cuales el 48.4% ingresaban por Esquizofrenia Paranoide y el 11.3% por Trastorno Esquizoafectivo) seguidos del Trastorno Bipolar (17.8%).



De los 76 inyectables de larga duración administrados por el personal de enfermería de salud mental, 37 de ellos correspondían a Xeplion® (45-7%), seguido de Modecate® con 19 unidades administradas (23.4%). El resto de antipsicóticos de liberación prolongada, y por tanto menos utilizados en la unidad, fueron Clopixol® y Risperdal Consta® con un 7.4% cada uno, y Trevicta® con un 2.4% del total.

Del conjunto de Xeplion® administrados, 12 de ellos (32.4%) correspondían a primeras dosis, perteneciendo a 8 hombres y 4 mujeres.

CONCLUSIONES

Es importante que la enfermera de salud mental, durante la administración en pacientes ingresados en la UHPSI, informe sobre las ventajas, la vigilancia de los efectos adversos, la necesidad de continuar el tratamiento de forma ambulatoria y las consecuencias de un seguimiento irregular. Por tanto, se trata de una buena ocasión para trabajar la adherencia al tratamiento y asegurarnos de un futuro cumplimiento en sus Unidades de Salud Mental. Sería conveniente para futuras investigaciones el seguimiento a largo plazo de estos pacientes con el fin de evaluar la adherencia terapéutica adquirida.

BIBLIOGRAFÍA

AhmadkhanihaHR, Bani-Hashem S, & Ahmadzad-Asl, M. Depot typical antipsychotics versus oral atypical antipsychotics in relapse rate among patients with schizophrenia: A five-year historical Cohort study. *Iranian journal of psychiatry and behavioral sciences*. 2014;8(1):66.

Fernández A, Pinto-Meza A, Haro JM. Comparación de la eficacia de las formas farmacéuticas de liberación retardada (depot) y lasorales de los antipsicóticos típicos y atípicos comercializados en España para pacientes diagnosticados de esquizofrenia. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*. 2009;2(1):5-28.

LluchMT, Fornés J, Rodríguez A, Giner J. Adherencia al tratamiento en la esquizofrenia: Consenso de enfermería en salud mental. *Actas Esp Psiquiatr*. 2010;38(1):1-45.



10. PREVENCIÓN DEL SUICIDIO: ¿LO HABLAMOS?

AUTORÍA

Pérez Vera, AM; Tur Cruces, I; López Cocera, JA

LUGAR DE TRABAJO

C.A Arquitecto Tolsa. Departamento de Salud Valencia La Fe.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS), identifica el suicidio y sus intentos como uno de los problemas más graves de salud pública que pueden afectar a las personas, y es por ello que recomienda que sea abordado de forma prioritaria y desde todos los ámbitos. En este sentido, la OMS recomienda realizar planes donde la promoción y la prevención incluyan el abordaje adecuado de los medios de comunicación, que sin duda ejercen una gran influencia sobre las actitudes, creencias y comportamientos que la sociedad tiene sobre este problema.

El proyecto Europeo Euregenas, incluye de la misma forma líneas estratégicas donde se implementan acciones dirigidas a dar visibilidad al problema del suicidio en la sociedad teniendo en cuenta dos fenómenos claramente diferenciados en la bibliografía, los efectos: Werther y Papageno.

El trato inadecuado en los medios de comunicación sobre suicidio puede producir un efecto contagio conocido como Efecto Werther, o por el contrario, determinadas características y contenidos de las noticias pueden tener un efecto protector y preventivo, conocido como Efecto Papageno.

Por todo ello, la OMS ha elaborado unas recomendaciones, dentro del programa de prevención del suicidio, dirigidas a mejorar la información que tiene la población en general para conseguir un abordaje adecuado y responsable de la información sobre el suicidio tanto por los medios de comunicación como las instituciones de salud pública.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL: Recopilar una búsqueda bibliográfica sobre la información que se presta sobre el suicidio a la sociedad en general.

OBJETIVO ESPECÍFICO: Conocer las distintas perspectivas actuales para informar sobre suicidio.



MATERIAL Y MÉTODO

Revisión sistemática de artículos científicos consultando las bases de datos de PubMed, publicados en los últimos 10 años, en los idiomas español e inglés. Se revisaron los abstracts y en los casos necesarios los artículos completos, teniéndose en cuenta finalmente todos los artículos que incluían recomendaciones sobre la información del suicidio referente a los efectos: Werther y Papageno.

RESULTADOS

Según los 18 artículos consultados que cumplían los criterios de búsqueda, la mayoría de los medios de comunicación cuando tienen que hablar de suicidio o no informan o lo hacen de manera sensacionalista, narrando en algunas ocasiones detalles innecesarios que pueden generar efectos adversos (Efecto Werther) y sin hacer referencia a las ayudas y recursos comunitarios existentes para tratar el problema. Se informa sobre suicidio de manera simplista, como si fuese un hecho inexplicable, y esto no favorece el abordaje de la problemática. En los estudios donde se refleja un trato responsable sobre el suicidio se ha observado que ayuda a reducir las tasas de suicidio (Efecto Papageno)

DISCUSIÓN

Existen mitos alrededor del suicidio que hacen o que no se informe o que se haga de forma inadecuada (suicidio de personajes públicos, de los métodos empleados, entre otros). En España algunos medios de comunicación presentan la información del suicidio de forma inadecuada, hace menos de un mes la noticia del fallecimiento por suicidio de una estrella DJ de la música electrónica, nos hace constatar la forma de informar de los medios, donde se incluye el método utilizado y el sensacionalismo como norma. Por lo que se hace necesario incorporar medidas que faciliten el cambio cultural en nuestra sociedad para comenzar a hablar del suicidio de forma responsable. No hemos encontrado publicaciones referenciadas a enfermería relacionadas con el tema tratado.

CONCLUSIONES

Debemos entender el suicidio como un problema de salud pública, donde la prevención de éste se debe considerar prioritaria. Para ello, es fundamental informar de manera responsable, evitando detalles sensacionalistas como suelen aparecer en la mayoría de noticias actuales.

La información se debe centrar más acerca de la ayuda y los recursos disponibles para abordar este problema, resaltando las alternativas al suicidio e informando sobre los indicadores de riesgo de la conducta suicida. Los profesionales de enfermería como agentes de salud comunitarios tenemos que incorporar en nuestra práctica cotidiana un lenguaje que facilite la petición de ayuda y la identificación de conductas suicidas a través de la visibilización del problema de suicidio en el entorno.



BIBLIOGRAFÍA

Acosta F, Rodriguez C, Cejas M, (2017) Noticias sobre el suicidio en los medios de comunicación recomendaciones de la OMS Revista Española de Salud Pública 2017 vol 9.

Chen, Y.Y., Liao, S.F., Teng, P.R., Tsai, C.W., Fan, H.F., Lee, W.C., Cheng, A.T. (2010). The impact of media reporting of the suicide of a singer on suicide rates in Taiwan. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* doi:10.1007/s00127-010-0331-.

Hawton, K., & van Heeringen, K. (2009). Suicide. *Lancet*, 373, 1372-1381.

Hegerl, U., Koburger, N., Rummel-Kluge, C., Gravert, C., Walden, M., Mergl, R. (2013). One followed by many? Long-term effects of a celebrity suicide on the number of suicidal acts on the German railway net. *Journal of Affective Disorders*, 146 (1), 39-44.

Herrera, R., Ures, M., Martínez, J., (2015) El tratamiento del suicidio en la prensa Española; ¿efecto Werther o efecto Papageno?, Revista Española de Neuropsiquiatría 125-134.

Huh, G.Y., Jo, G.R., Kim, K.H., Ahn, Y.W., Lee, S.Y. (2009). Imitative suicide by burning charcoal in the southeastern region of Korea: The influence of mass media reporting. *Leg. Med. (Tokyo)*, 11(Suppl 1), S563-S564.

Kunrath, S., Baumert, J., Ladwig, K.H. (2011). Increasing railway suicide acts after media coverage of a fatal railway accident? An ecological study of 747 suicidal acts. *J. Epidemiol. Community Health*, 65, 825-828.

Niederkröthaler, T., Fu, K., Yip, P.S.F., Fong, D.Y.T., Stack, S., Chent, Q., Pirkis, J. (2012). Changes in suicide rates following media reports on celebrity suicide: a meta-analysis. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 66, 1037-1042.

Niederkröthaler, T., Till, B., Kapusta, N.D., Voracek, M., Dervic, K., Sonneck, G. (2009). Copycat effects after media reports on suicide: A population-based ecologic study. *Social Science & Medicine*, 69, 1085-1090.

Niederkröthaler, T., Voracek, M., Herberth, A., Till, B., Strauss, M., Etzersdorfer, E., Eisenwort, B., Sonneck, G. (2010). Role of media reports in completed and prevented suicide: Werther v. Papageno effects. *The British Journal of Psychiatry*, 197, 234-243. 146-154.

The Samaritans (2013). Samaritans' Media Guidelines for Reporting Suicide. Available on <http://www.samaritans.org/media-centre/media-guidelines-reporting-suicide> Acceso marzo de 2018.

World Health Organization. Preventing suicide: a resource for media professionals. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/resource_media.pdf Acceso en abril del 2018.

11. EFICACIA DEL USO DE LA "PELOTA DE PARTOS" SOBRE EL ALIVIO DEL DOLOR DURANTE LA PRIMERA ETAPA DEL PARTO, UNA REVISIÓN NARRATIVA

AUTORÍA

Saus-Ortega C., Jiménez-Jurado B., Jareño-Talero M., Navarro-Prosper A., Medina-Alcantud J., Girbés-Llopis MS.

LUGAR DE TRABAJO

Àrea de la Dona. Hospital Universitari i Politècnic La Fe. València

INTRODUCCIÓN

El manejo del dolor del parto es un aspecto esencial de la atención obstétrica y un objetivo primordial del cuidado enfermero intraparto (1). A nivel hospitalario, se han sugerido muchos métodos de alivio del dolor y se han implementado numerosas estrategias de afrontamiento para disminuir el nivel y la intensidad del mismo (2). Estas estrategias van desde técnicas médicas, como la analgesia epidural, hasta intervenciones no médicas, como ejercicios de respiración, masajes, reflexología, terapia táctil, relajación, baile, terapia de calor y frío, estimulación nerviosa, terapia de agua, acupresión, aromaterapia y musicoterapia (3).

Uno de los métodos no farmacológicos más extendido en España para el alivio del dolor durante la dilatación es el uso de una pelota de partos; la cual fue introducida, en la década de los 2000, por Pérez y Simkin (4). Entre los beneficios sugeridos de usar la pelota de partos durante la dilatación se incluyen: disminución del dolor, reducción del nivel de ansiedad, menos uso de petidina, descenso y rotación de la cabeza del feto más fáciles, menor duración de la primera etapa del parto y mayor satisfacción y bienestar maternos(5). A pesar de ello, actualmente no existe evidencia clara sobre su efectividad en el entorno hospitalario (6).

OBJETIVOS

Evaluar críticamente y resumir la evidencia existente sobre la pelota de partos como método analgésico de apoyo durante la primera etapa del parto en el medio hospitalario.

MATERIAL Y MÉTODO

Fuentes de datos y estrategia de búsqueda: Se realizaron búsquedas bibliográficas electrónicas en biblioteca Cochrane, MEDLINE/PubMed y Google Scholar; desde el 2000 (cuando la pelota de partos se introdujo en obstetricia) hasta el 2018. Los términos de búsqueda utilizados fueron: (Birth Ball) AND (Pain).

Criterios de inclusión: Se incluyeron Ensayos Clínicos Aleatorizados (ECAs) en los que se usó una pelota de parto durante la primera etapa del parto para aliviar el dolor en un medio hospitalario.



Medida de resultado: La principal medida de resultado fue el alivio del dolor en la primera etapa del parto.

Selección de estudios: Dos investigadores revisaron de forma independiente los resultados de las búsquedas. Primeramente se leyeron los títulos y resúmenes para excluir los estudios irrelevantes. Posteriormente se recuperaron a texto completo de estudios aparentemente relevantes y finalmente se examinaron para ver si cumplían con los criterios de inclusión.

Extracción de datos: Se diseñó una tabla para la extracción de datos, que incluyó: autor, año de publicación, país, participantes, intervención, comparación y resultado.

Evaluación de la calidad: Se utilizaron las listas de verificación CASPe (Critical Appraisal Skills Programme Español) para ECAs con el fin de evaluar el riesgo de sesgo en los artículos.

Análisis de los datos: Se llevó a cabo una revisión narrativa de los estudios seleccionados para sintetizar la evidencia disponible.

RESULTADOS

Se identificaron un total de 53 estudios. Se excluyeron 45 por irrelevantes, tras leer título y resumen. Se recuperaron 8 artículos a texto completo. Tras su revisión, se excluyeron 5 artículos por no ser ECAs; quedando finalmente 4 estudios incluidos en la revisión. Se obtuvo un total de 220 participantes.

El estudio de Barbieri et al. (2013) en Brasil (n=15), mostró que cuando la pelota de partos se usó en combinación de un baño tibio, la puntuación de dolor antes y después de la intervención fue significativamente menor (Z: -2.43; p = 0,01) (7).

Los resultados del estudio de Gau et al. (2011) en Taiwán (n=87), mostraron que las puntuaciones de dolor fueron significativamente menores entre las madres que usaron la pelota de partos al menos durante 20 minutos (t= -1.09; p < 0.001) (8). Y en un estudio Español con 58 madres primíparas donde se llevó a cabo la misma intervención, Delgado-García et al. (2011) también hallaron diferencias significativas frente al grupo control (t.-2.16; p <0.001) (9).

Finalmente, Taavoni et al.(2011) en Irán (n=60), encontraron diferencias estadísticamente significativas en el nivel de dolor entre las mujeres que se sentaron en la pelota de partos durante un mínimo de 30 minutos (GI) frente a las que no (GC) (GI: 6.93 ± 1.61; GC: 8.50 ± 1.83, p = 0.001)(10).

En cuanto a la calidad de los estudios, solo en el estudio de Gau et al. (2011) informaron el proceso de cegamiento utilizado (8). En el estudio de Barbieri et al. (2013) informaron que los datos se analizaron estadísticamente mediante una prueba t, pero no se encontraron las desviaciones estándar y las medias de las puntuaciones de dolor en el artículo (7). Gau et al. (2011) afirmaron que todos los análisis se repitieron con análisis por intención de tratar (intention-to-treat analysis), pero no se informaron esos datos en los resultados (8). En todos los estudios, los autores dieron poca información sobre la intervención empleada; por ejemplo, no estaba claro cuánta dilatación existía del cuello uterino, cuando se inició la intervención, cuánto tiempo duró la intervención



o el tamaño de la pelota de partos (7-10). Esta falta de detalles dificultó la interpretación de los resultados y los lectores deben tener en cuenta estas ambigüedades al leer los resultados de esta revisión.

DISCUSIÓN

Los 4 estudios hallados muestran una disminución estadísticamente significativa en el dolor durante la primera etapa del parto cuando se empleó una pelota de partos (7-10). En ellos se describen algunos potenciales mecanismos para explicar por qué el uso de una pelota de partos puede reducir el dolor. El primer mecanismo es la teoría de control de puerta, que consiste en aplicar masajes no dolorosos a las áreas dolorosas. Este mecanismo actúa principalmente sobre el componente sensorial discriminativo del dolor, mediante el bloqueo de parte del mensaje nociceptivo en la columna vertebral. Según esta teoría, la pelota de partos puede proporcionar presión sobre el perineo y provocar así analgesia local (9). El segundo mecanismo se basa en que la posición de sentado, puede disminuir la presión sobre los filamentos nerviosos que se encuentran sobre la articulación iliosacral y su entorno inmediato y de esta forma reducir el dolor lumbar (7,8). El tercer mecanismo, podría atribuirse a la distracción del dolor que produce concentrarse en los ejercicios con la pelota de partos (10). El cuarto y último mecanismo descrito es que parece ser que los ejercicios con la pelota de partos durante la dilatación promueven la comodidad y la relajación, lo que puede generar confianza en la mujer para sobrellevar el dolor, manteniendo así una sensación de bienestar y actitud activa (8).

Una limitación de esta revisión es que se incluyó un pequeño número de ensayos (n=4) con tamaños de muestra pequeños. Sin embargo, una de las razones por las que se realiza esta revisión es para aumentar el poder de los resultados. No obstante, existe la necesidad de ampliar los estudios para comprender mejor los efectos del uso de la pelota de partos sobre el alivio del dolor de parto. Se deben realizar más ensayos de alta calidad, prestando especial atención a la notificación de todas las variables de resultado implicadas, informando sobre la selección de la población y sobre el cegamiento y la asignación a los grupos con el fin de validar los hallazgos y aumentar el impacto.

CONCLUSIONES

La implementación clínica de la pelota de partos, podría ser una herramienta efectiva para que las mujeres reduzcan/controlen su dolor durante la primera etapa del parto en las unidades de parto de los hospitales.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Hodnett ED. Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 2002;186(5):S160-S172.
- (2) Perez P. Birth balls: Use of physical therapy balls in maternity care. : Cutting Edge Press; 2000.
- (3) Sartorio F. The Swiss Ball: theory, basic exercises and clinical application. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine* 1999;35(1):47.
- (4) Perez P, Simkin C. Teaching tip—the birth ball. *Genesis* 1982;1:5.
- (5) Anderson T. Me and my birth ball. *Pract Midwife* 1998 Sep;1(9):38.



- (6) McCarney PR. The Birth Ball-Are You Using It in Your Practice Setting? *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing* 1998;23(4):218.
- (7) Barbieri M, Henrique AJ, Chors FM, Maia NdL, Gabrielloni MC. Warm shower aspersion, perineal exercises with Swiss ball and pain in labor. *Acta Paulista de Enfermagem* 2013;26(5):478-484.
- (8) Gau ML, Chang CY, Tian SH, Lin KC. Effects of birth ball exercise on pain and self-efficacy during childbirth: a randomised controlled trial in Taiwan. *Midwifery* 2011 Dec;27(6):e293-300.
- (9) Delgado-Garcia BE, Orts-Cortes MI, Poveda-Bernabeu A, Caballero-Perez P. Randomised controlled clinical trial to determine the effects of the use of birth balls during labour. *Enferm Clin* 2012 Jan-Feb;22(1):35-40.
- (10) Taavoni S, Abdollahian S, Haghani H, Neysani L. Effect of birth ball usage on pain in the active phase of labor: a randomized controlled trial. *Journal of Midwifery & Women's Health* 2011;56(2):137-140.



12. MEJORANDO LOS CUIDADOS ENFERMEROS DESDE LA EVIDENCIA EN UNA UNIDAD DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLÓGICA

AUTORÍA

Benavente Muñoz-Cobos, P; Correoso Rodenas, R; Fuentes Matalí, N.

LUGAR DE TRABAJO

Unidad de Cirugía Ortopédica y Traumatológica. Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia.

INTRODUCCIÓN

La Enfermería Basada en la Evidencia permite reducir la variabilidad en la práctica clínica y sirve de herramienta de transmisión de los resultados de investigación entre los profesionales y usuarios para la toma de decisiones conjunta en materia de salud y la mejora de la calidad de los cuidados y la mejor planificación de los recursos sanitarios.

Para avanzar hacia la excelencia en los cuidados entendida como la mejora en calidad, eficacia y resultados en salud, las enfermeras utilizamos herramientas para la estandarización de cuidados como los planes de cuidados y los informes de continuidad de cuidados basados en la evidencia científica.

En esta línea, en nuestra unidad trabajamos desde la evidencia con planes de cuidados estandarizados de Prótesis total de cadera y Prótesis total de rodilla, y con la elaboración de recomendaciones al alta tras la cirugía.

OBJETIVOS

OBJETIVOS GENERALES

Mejorar la calidad de los cuidados enfermeros prestados a los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cirugía Ortopédica y Traumatológica (COT) desde la evidencia científica.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Valorar el nivel de satisfacción de las enfermeras con la implementación de los planes de cuidados estandarizados.

Mejorar la información al alta de los pacientes para que sean capaces de recuperar su función articular y evitar posibles complicaciones



MATERIAL Y MÉTODO

Se constituye un grupo de trabajo formado por enfermeras expertas con experiencia la unidad de cirugía ortoprotésica y traumatológica y en taxonomía NANDA, NOC, NIC para diseñar el contenido de los planes de cuidados estandarizados (PCE) de prótesis total de cadera y de rodilla en base a la evidencia científica revisada. Se realizó un pilotaje durante 6 meses de ambos PCE en las dos unidades de hospitalización de COT. Tras el pilotaje se realizó un estudio descriptivo transversal mediante cuestionario anónimo elaborado ad hoc para valorar la satisfacción de las enfermeras sobre los PCE implantados.

La muestra total es de 30 enfermeras (15 de la Unidad de Tumores y Sépticos y 15 de Unidad de Raquis), con más de 6 meses de experiencia en este servicio y que aceptaron participar voluntariamente.

Simultáneamente, se decide de forma consensuada por un equipo multidisciplinar (traumatólogos, enfermeras y fisioterapeutas) llevar a cabo la elaboración de un documento de guía de recomendaciones al alta para pacientes intervenidos de PTC. Para ello se realizó una revisión bibliográfica seleccionando artículos en varias Bases de datos (PubMed, CINAHL, JBI, ENFISPO, COCHRANE) sobre cuidados y complicaciones de PTC, así como protocolos de recomendaciones al alta de diversos hospitales de ámbito nacional y en páginas de sociedades científicas de COT.

El documento se elaboró recogiendo las principales recomendaciones de los artículos y protocolos seleccionados.

RESULTADOS

Las enfermeras se muestran de acuerdo respecto a la mejora de conocimientos y habilidades en un 65% y el 88% opina que la utilización de PCE mejora la agilidad en el desempeño.

El 65% está de acuerdo en que los PCE responden a las necesidades de cuidados de los pacientes y el 53% que se obtienen mejores resultados en la evolución de los mismos.

Actualmente, se están recogiendo datos para evaluar la influencia de la estandarización de los cuidados en cuanto a mejora de resultados en salud de los pacientes.

En cuanto a la elaboración del documento de recomendaciones al alta para los pacientes operados de prótesis de cadera, finalmente se diseñó un díptico que recoge veinte recomendaciones sobre Nutrición, Eliminación, Movilidad e Higiene corporal para el paciente intervenido de PTC. Se encuentra en fase revisión y aprobación por la Comisión de Dirección del Hospital para iniciar su implantación.

CONCLUSIONES

Las enfermeras contamos con las taxonomías como instrumentos de trabajo aplicables en el proceso de atención de enfermería. Se trata de un lenguaje común que permite el correcto registro de los cuidados prestados en la historia clínica y la comunicación clara entre los distintos ámbitos de atención (hospital, atención primaria), con el objetivo de ofrecer unos cuidados de excelencia



basados en la evidencia científica disponible, adaptados a las necesidades de los pacientes y obtener los mejores resultados en salud.

Dados los resultados obtenidos en cuanto a la satisfacción de las enfermeras con la utilización de la estandarización de cuidados se considera necesario seguir estudiando su efectividad en cuanto a resultados de salud de los pacientes, así como contar con estos a la hora de la valoración de la idoneidad de las recomendaciones recibidas al alta.

BIBLIOGRAFÍA

1. Morales-Asencio JM. ¿Qué aporta el concepto de evidencia científica a la práctica de los cuidados? *Index de Enfermería*. 2003; 12 (40-41), 35-40
2. Santillán-García A. Enfermería basada en la evidencia: caminando a hombros de gigantes. *Revista Científica de la Sociedad Española de Enfermería Neurológica*, 2016; 43, 1-3.
3. Jane-Zema BS. Tenga éxito en su plan de cuidados. *Nursing*, 2011; 29 (10), 48
4. Alfaro-LeFevre, R. *Aplicación del proceso enfermero: guía paso a paso*. Springer Science & Business Media. 1998
5. Factors and Conditions that Influence the Implementation of Standardized Nursing Care Plans. Jansson I, Bahtsevani C, Pilhammar-Andersson E, Forsberg A - *Open Nurs J* ,2010; 4 (); 25-34. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3024554/pdf/TONURSJ-4-25.pdf>
6. Cárdenas-Valladolid J, Salinero-Fort MA, Gómez-Campelo P, de Burgos-Lunar C, Abánades-Herranz JC, Arnal-Selfa R, Andrés AL. Effectiveness of standardized Nursing Care Plans in health outcomes in patients with type 2 Diabetes Mellitus: a two-year prospective follow-up study. - *PLoS ONE* , 2012; 7 (8); e43870
7. Ning Wang, Ping Yu y David Hailey. The quality of paper-based versus electronic nursing care plan in Australian aged care homes: A documentation audit study. *International Journal of Medical Informatics*, 2015; 84(8), 561-569
8. Häyriinen K, Lammintakanen J, Saranto K. Evaluation of electronic nursing documentation. Nursing process model and standardized terminologies as keys to visible and transparent nursing . *International Journal of Medical Informatics*, 2010; 79(8), 554-564
9. Cabrera JA, Cabrera AL. Total hip replacement. In: Frontera WR, Silver JK, Rizzo TD, eds. *Essentials of Physical Medicine and Rehabilitation*. 3rd ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders, 2015; chap 61.
10. Díaz Estrella A, Vaz Rodríguez J. Recomendaciones para pacientes intervenidos de prótesis de cadera. *Revista de Enfermería CyL*. 2015;7(2):3-5.
11. Harkess JW, Crockarell JR. Arthroplasty of the hip. In: Azar FM, Beatty JH, Canale ST, eds. *Campbell's Operative Orthopaedics*. 13th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2017: chap 3.
12. Lightfoot C, Sehat K, Drury G, Brewin C, Coole C, Drummond A. Hip precautions after hip operation (HippyHop): Protocol for a before and after study evaluating hip precautions following total hip replacement. *British Journal of Occupational Therapy*. 2018;:030802261875718.
13. Reay P, Horner B, Duggan R. The patient's experience of early discharge following total hip replacement. *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing*. 2015;19(3):131-139.
14. Sánchez Lorca ML, Barceló Martínez AI, García Olivo T, Pérez Ortega M, Mulero Tomás E, Conesa Inglés MJ. Recomendaciones al alta tras cirugía ortoprotésica. *Revista ICUE*. 2017;2 (1): 1-4. Disponible en : <http://www.revistaicue.es/revista/ojs/index.php/ICUE/article/view/49/42>
15. Wing Hong Chu BHS (Hons), PhD Candidate. Evidence Summary. Hip Replacement: Precautions / Movement Restrictions Post Surgery. The Joanna Briggs Institute EBP Database, JBI@Ovid. 2017; JBI7205.



13. INTERVENCIÓN GRUPAL DESDE ATENCIÓN PRIMARIA: “CUIDANDO AL CUIDADOR”

AUTORÍA

Cutillas Carbonell E, López Poveda A, López Pérez C, Bonilla Balaguer B, Sánchez Tapia C, Tenor Colomer C, Jiménez Tortajada F, Fernández Herrero MA, Díez Arcal C, Piquer Gutiérrez MJ, Sanchís Granell C, Vercher González C.

LUGAR DE TRABAJO

Centro de Salud Just Ramírez y C. Auxiliar Tendentes; Centro de salud Miguel Servet; Centro de Salud Campanar; Centro de salud Juan XXIII; Centro de Salud Arquitecto Tolsá; Centro de Salud Trinitat. Departament de Salut València La Fe.

INTRODUCCIÓN

El proceso de envejecimiento supone un cambio en los patrones de enfermedad, convirtiendo a las enfermedades crónicas en las más prevalentes en las personas más mayores. Estas enfermedades producen dependencia y discapacidad.

La responsabilidad del cuidado, en la mayoría de las familias, recae en una única persona, la cuidador/a principal, que asume múltiples tareas, dedicando tiempo y energía durante un periodo prolongado, con el consiguiente impacto físico y psicológico sobre su propia vida.

Desde el Departamento de Salud Valencia La Fe, en Atención Primaria, estamos desarrollando talleres grupales de auto-ayuda dirigidos al cuidado del cuidador/a, con la intención de que aumenten sus recursos de afrontamiento y consigan mejorar su calidad de vida. Se han realizado 4 ediciones en 6 centros de salud, a cargo de Enfermeras/os y Trabajadores/as Sociales.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Desarrollar habilidades para afrontar su situación como cuidador/a y mejorar su estado emocional.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Mejorar su capacidad en resolución de problemas y las habilidades de comunicación. Modificar los pensamientos disfuncionales. Disminuir la irritabilidad y el nerviosismo. Aumentar el apoyo que recibe. Programar y realizar actividades gratificantes. Mejorar la autoestima



MATERIAL Y MÉTODO

PARTICIPANTES: Grupos de 10 a 15 personas. **TEMPORALIDAD:** 7 sesiones de 2 horas máximo. **CAPTACION:** Carteles informativos y a través de los/las profesionales del centro de salud. **CRITERIOS DE INCLUSIÓN:** Familiar de persona dependiente con más de seis meses en el ejercicio del cuidado informal. Y el grado de Sobrecarga del cuidador. **CONTENIDOS:** Basados en las necesidades y expectativas de los cuidadores/as, planteando objetivos realistas y alcanzables. **TÉCNICAS:** de dinámica de grupos, relajación, técnicas asertivas, exposición, debate, etc. **EVALUACION:** de la calidad de vida de los cuidadores/as al inicio y final del taller (Test Coop/Wonca), sobrecarga del cuidador (Test de Zarit), que se evalúa durante la captación de participantes, ya que se trata de un criterio de inclusión para asistir al taller, y a los tres meses de la finalización. Y el último día del taller se pasa una encuesta de satisfacción con la intervención grupal.

RESULTADOS

La evaluación nos permite valorar el efecto de la intervención, determinar la idoneidad de la misma o replantear su diseño. Contamos con 4 ediciones a las que han asistido un total de 90 cuidadores/as, con una edad media de 66 años (37-89 años), de los cuales el 18% eran hombres y el 82% mujeres. Como causa de la dependencia, se clasifican en 3 categorías: Enfermedades Neurodegenerativas que han representado un 77%, Enfermedades Oncológicas un 4% y otras un 19% (dependientes físicos/sensoriales, etc.).

Los resultados obtenidos, muestran una disminución en el grado de “sobrecarga intensa” que pasa de un 64% al inicio del taller a un 48% pasados 3 meses y, un aumento en el grado de “sobrecarga leve” de un 24% a un 34%, Y en el de “No sobrecarga” que pasa a ser de un 11% al inicio del taller a un 18% pasados 3 meses de la finalización. En el análisis de estos datos influyen otros factores externos, no solo la asistencia al taller, como pueden ser: cambios de situación con respecto al cuidado o incluso el propio estado de salud del cuidador/a. De todas maneras son útiles para detectar a los cuidadores/as con mayor sobrecarga para poder realizar un seguimiento más intenso junto con su médico/enfermera/trabajadora social de referencia.

Los resultados de calidad de vida varían en función de la edad de los cuidadores/as y de su estado de salud, que es el que se muestra más afectado (movilidad, dolor, dificultad para realizar actividades cotidianas, etc.). Otra dimensión que también se suele ver afectada en los cuidadores/as y en la que más puede incidir el taller, es en la de sentimientos (ansiedad, depresión, sentimiento de culpa, pensamientos negativos, etc.). En general todas las dimensiones que valora el test Coop/Wonca, (Forma física, Sentimientos, Actividades cotidianas, Sociales, Estado de salud y Dolor) evidencian una mejoría con respecto al test inicial.

CONCLUSIONES

Durante los talleres se ha tratado de que los cuidadores/as aprendan a cuidar, pero sobre todo lo que se pretende es que aprendan a cuidarse y, los recursos sociales de los que disponen. Durante las sesiones se han compartido problemas, preocupaciones y miedos. Han tenido la posibilidad de



expresar sus emociones e intercambiar afectos. Se ha aprendido compartiendo experiencias. El taller les ha proporcionado un tiempo de respiro y, les ha servido para reducir el aislamiento.

El grupo se convierte en un apoyo social importante. Las muestras de agradecimiento a la organización de este tipo de talleres por parte de los cuidadores asistentes, es una experiencia muy gratificante y, el aliciente para organizar los siguientes talleres llenas de ilusión.

BIBLIOGRAFÍA

Cruz Roja Española. Cuídate. Guía Básica de Autocuidado para Personas Cuidadoras. (n.d.). 1st ed. [ebook] Cruz Roja. Available at: http://www.sercuidador.es/pdf/guia_autocuidado.pdf [Accessed 10 Mar. 2018].

Guía de atención a personas cuidadoras familiares en el ámbito sanitario. (2014). 1st ed. [ebook] Valencia: Generalitat. Conselleria de sanitat. Available at: https://www.san.gva.es/Guia_de_atencion_a_las_personas_cuidadoras_familiares_en_el_ambito-sanitario.pdf [Accessed 10 Mar. 2018].

Guía de atención a las personas cuidadoras. (2006). [ebook] Asturias: Servicio de salud del Principado de Asturias. Gobierno del Principado de Asturias. Available at: http://www.riicotec.org/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/guia_atencion_personas_cuidado.pdf. [Accessed 12 Mar. 2018].

La dimensión emocional de los cuidados. Guía básica para la gestión de los pensamientos erróneos. (n.d.). 1st ed. [ebook] Cruz Roja. Available at: <http://www.sercuidador.org/pensamientos/Dimension-emocional.pdf>. [Accessed 10 Mar. 2018].

14. LA CHECKLIST COMO HERRAMIENTA DE MEJORA DE LA CALIDAD Y SEGURIDAD EN LA ADMINISTRACIÓN DE CITOSTÁTICOS

AUTORÍA

Raquel Sánchez García; Gema Pomares Campello; Vanesa Pavía Miralles.

LUGAR DE TRABAJO

Hospital General Universitario de Elche. Departamento de Salud de Elche-Hospital General.

INTRODUCCIÓN

La mejora de la calidad asistencial requiere el desarrollo de estrategias para aumentar la seguridad y reducir los daños innecesarios, tanto a pacientes oncológicos en relación con el proceso de asistencia sanitaria, como a profesionales sanitarios en su trabajo cotidiano. La aplicación de estándares de seguridad para el manejo y administración de quimioterapia, de los relacionados con el personal, de registro clínico, de protección del personal, o de seguridad del paciente oncológico, resultan fundamentales para esta mejora.

En el caso de la seguridad del proceso terapéutico en la administración de citostáticos, debemos considerar tanto a pacientes como a las y los profesionales implicados en la atención. Los y las pacientes a quienes se les administra citostáticos son muy vulnerables a los errores de medicación por la elevada toxicidad de los fármacos citostáticos y a los efectos adversos de esos fármacos. Por su parte, desde un punto de vista preventivo, las manipulaciones de estos medicamentos pueden entrañar un peligro para el personal (por contener principios activos peligrosos). En este sentido, la checklist como herramienta que permite la verificación metódica de todas las etapas de un procedimiento para que este se realice con la máxima seguridad, ayudará a reducir los errores, mejorará los estándares de calidad y facilitará la realización de evaluaciones reproducibles.

OBJETIVOS

OBJETIVOS GENERALES:

Mejorar la calidad en el proceso de atención de enfermería en la administración de citostáticos, con el fin de obtener un proceso seguro, evitar los efectos adversos, controlar los riesgos, y que además sirva como un registro de actuaciones y como soporte legal a los profesionales.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Diseño de un listado de verificación (Checklist) del proceso de atención de enfermería en la administración de citostáticos.

Prevenir y evitar errores y/o efectos adversos en pacientes a quienes se les está administrando citostáticos, siguiendo los estándares de seguridad disponibles para el manejo y administración de quimioterapia, de registro clínico y de seguridad del paciente oncológico.



Prevenir los peligros en la manipulación de citostáticos para todo el personal de enfermería siguiendo los estándares disponibles en protección del personal.

Prevenir los peligros en la manipulación de excretas de pacientes en tratamiento quimioterápico para el personal TCE siguiendo los estándares disponibles en protección del personal.

Facilitar el trabajo a profesionales de nueva incorporación o con poca experiencia (contratos temporales y plantas de hospitalización no oncológicas), previniendo riesgos para su salud en la manipulación así como efectos adversos en pacientes.

Mejorar la satisfacción de las y los profesionales de enfermería y TCE en plantas de hospitalización.

MATERIAL Y MÉTODO

Revisión bibliográfica de la normativa vigente sobre seguridad del paciente y calidad en la atención, en relación con la administración segura de citostáticos. Como palabras clave se han utilizado los términos: Checklist, chemotherapy, oncology nursing, double-checking, cytostatic drugs, safety, safe administration, safety standards. Se ha realizado una búsqueda sistemática usando las bases de datos de MEDLINE, WOS, SCOPUS, CUIDEN; Guías de Práctica Clínica del Sistema Nacional de Salud, así como las de Sociedades Científicas -Sociedad Española de Enfermería Oncológica (SEEO), American Society of Clinical Oncology (ASCO) y la Oncology Nursing Society (ONS).

Sobre la base de la evidencia existente, se ha diseñado un listado de verificación (Checklist) (FASE 1,) para que en fases posteriores se implemente en las unidades de hospitalización del Hospital General Universitario de Elche por enfermería (FASE 2), para finalmente evaluar la mejora de la calidad y la seguridad en el proceso asistencial de la administración de citostáticos en unidades de hospitalización (FASE 3).

RESULTADOS

Hasta la fecha se ha cubierto la primera fase del trabajo, el diseño de un listado de verificación según evidencia existente al respecto.

CONCLUSIONES

La lista de verificación puede ser una herramienta útil no sólo para garantizar la seguridad del paciente evitando y previniendo efectos adversos, sino para proporcionar al personal de enfermería un conjunto sencillo de controles prioritarios para mejorar la eficacia en el trabajo, y en caso del manejo y administración de citostáticos y de las excretas de pacientes a quienes se les ha administrado estos tratamientos, para prevenir posibles riesgos para la salud en profesionales de enfermería y TCE.



BIBLIOGRAFÍA

Arce J, Arenaza A, Barrueco N, Cabrerizo E, Colás V, Díez V, et al. Guía de buenas prácticas para trabajadores profesionalmente expuestos a agentes citostáticos. Madrid: Escuela Nacional de Medicina del Trabajo. Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Economía y Competitividad; 2014. Disponible en: <http://gesdoc.isciii.es/gesdoccontroller?action=download&id=26/03/2014-199edf956b>

Arceiz C, Ibañez JE, Romo G. Protocolo de manejo seguro de citostáticos. La Rioja: Servicio Riojano de Salud; 2012.

Boyd J, Wu G, Stelfox H. The impact of Checklist on Inpatient Safety Outcomes: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *J Hosp Med.* 2017; Aug; 12(8):675-682.

Cajarville G, Tamés MJ. Guía de manejo de medicamentos citostáticos. Madrid: Instituto oncológico de San Sebastián, Pfizer Oncología; 2004.

Díaz M, Gattas N, López JC, Tapia A. Enfermería Oncológica: Estándares de seguridad en el manejo del paciente oncológico. *Rev. Med. Clin. Condes.* 2013; 24(4): 694-704. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864013702098>

González MI. Protocolo de Vigilancia Sanitaria Específica Agentes Citostáticos. Madrid: Comisión de Salud Pública Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2003.

Guía de buenas prácticas en la preparación y manipulación de medicamentos en la Comunidad Valenciana. Comunidad Valenciana: Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública; 2016. Disponible en: http://www.san.gva.es/documents/152919/6641297/Guia_preparacion_manipulacion_medicamentos_CV.pdf

Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo NTP 74. Exposición laboral a citostáticos en el ámbito sanitario. Madrid: Mº de Trabajo y Asuntos Sociales. INSHT; 2000.

Neuss M, Gilmore T, Belderson K, Billett A, Conti-Kalchik T, Harvey B et al. Update American Society of Clinical Oncology/Oncology Nursing Society Chemotherapy Administration Safety Standards for Pediatric Oncology. *Journal of Oncology Practice.* 2016; 12(12): 1262-1271. Disponible en: <http://ascopubs.org/doi/pdf/10.1200/JOP.2016.017905>

Roselló S, Blasco I, García Fabregat L, Cervantes A, Jordan K. Management of infusion reactions to systemic anticancer therapy: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Clinical Practice Guidelines. Annals of Oncology* 28 (Supplement 4). 2017; iv100-iv118.

Servicio de Farmacia. Protocolo de actuación ante una extravasación. Elche: Hospital General Universitario de Elche; 2018.

Servicio de Prevención de Riesgos Laborales. Manipulación de medicamentos peligrosos fuera de las unidades de farmacia. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública; 2017.

Schwappach DLB, Pfeiffer Y, Taxis K. Medication double-checking procedures in clinical practice: a cross-sectional survey of oncology nurses' experiences. *BMJ Open* 2016; 6: e011394. Disponible en: <http://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/6/6/e011394.full.pdf>

Weingart SN, et al. US Cancer Center implementation of ASCO/Oncology Nursing Society Chemotherapy Administration Safety Standards. *Journal of Oncology Practice.* 2012. Vol (8) Issue 1. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3266320/pdf/jop7.pdf>



15. AVANZANDO EN LA ACOGIDA PREQUIRÚRGICA INFANTIL (ENFOQUE CENTRADO EN EL NIÑO Y SU FAMILIA)

AUTORÍA

Gendrau Genevat, M. Mar; Caballero Marti, M. Amparo

LUGAR DE TRABAJO

Cirugía Pediátrica. Área de Gestión Clínica de Enfermedades del Niño. Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia.

INTRODUCCIÓN

El proceso de hospitalización y en concreto los momentos previos a la intervención quirúrgica suponen un impacto negativo y son un factor estresante tanto para el niño como para su familia.

Actualmente existe evidencia científica que demuestra que cuidar el diseño del entorno y facilitar el acceso a los servicios, mejora la experiencia de la persona sobre los cuidados de salud que se le proporcionan (Guía RNAO, Nivel Evidencia V).

El Consejo de Europa en su estrategia 2012-2015 por los Derechos del Niño, incluye en uno de sus objetivos la promoción de Servicios de Salud Amigables con los niños.

Los programas de preparación a la cirugía basados en recomendaciones e información se han mostrado efectivos en cuanto a la prevención de la ansiedad. Existen técnicas no farmacológicas que disminuyen el estrés, como son las medidas de distracción y la presencia de padres, entre otros, que forman parte de los programas terapéuticos de nuestros hospitales infantiles.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Diseñar un proyecto de acogida pre-quirúrgica que mejore la experiencia y el bienestar emocional del niño/a y su familia.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Promover la humanización del entorno pre-quirúrgico, adaptándolo al/la paciente pediátrico.

Facilitar la conciliación de la vida familiar y laboral de la madre/padre del niño/a.

Mejorar los indicadores de estancia media, disminuir costes y mejorar la eficiencia y accesibilidad de las camas de hospitalización.



MATERIAL Y MÉTODO

Se confeccionó un proyecto de colaboración multidisciplinar de acogida previa a la intervención , basado en la Humanización del ambiente pre-quirúrgico:

1. Se acordaron los criterios de inclusión al programa.
2. Se elaboró un circuito que se inicia en Consultas Externas, en el momento que se programa la intervención. La Enfermera entrega un plano del trayecto a seguir el día del ingreso y un tríptico informativo con ilustraciones y lenguaje adecuado para niños, con recomendaciones previas a la cirugía e información de las actuaciones que se llevarán a cabo en la Acogida.
3. Se habilitó un espacio en la misma sala de Hospitalización facilitando que el paciente ingrese la misma mañana de la intervención. El lugar de espera no es una habitación convencional, sino un lugar lúdico diseñado y decorado específicamente que incluye medidas de distracción como juegos educativos, cuentos y medios audiovisuales. En el cual el niño/a siempre está acompañado por un familiar, cambiando así la forma tradicional de ingreso la tarde anterior, por la llegada al hospital momentos antes de ir a quirófano. Una vez intervenido, se le asigna la habitación.

RESULTADOS

Aumento de la satisfacción percibida tanto por los niños/as como por la familia.

CONCLUSIONES

Este modelo de acogida es percibido por las familias y los/las profesionales sanitarios como una ayuda que contribuye a sobrellevar en mejores condiciones, la situación de estrés que supone la cirugía para nuestros pacientes. El ingreso el mismo día facilita la conciliación de la vida familiar y laboral.

En definitiva, este proyecto humaniza el entorno de las salas de hospitalización infantil y mejora la experiencia de pacientes y su familias, consiguiendo al mismo tiempo, optimizar la gestión de los recursos sanitarios.

BIBLIOGRAFÍA

Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario .(2015). Cuidados centrados en la persona y la familia. Toronto, ON: Asociacion Profesional de Enfermeras de Ontario.

Extracto de la carta Europea de los Niños Hospitalizados. Resolución del Parlamento Europeo (13 mayo,1986)

Mairena MA, Lleras de Frutos M, Carrillo E, Dip M E, Orrego C, Hilarion P. Guía de valoración y soporte emocional en pediatría, Miremos por sus derechos , con ojos de niño. Mejora del bienestar emocional en pediatría . Instituto Universitario Avedis Donabedian-UAB y Fundación Bancaria " La Caixa ". Edición Enero 2018

Carmona-Buendía V, Valero-ramos E. Arquitectura para la infancia en el entorno hospitalario. Architectonics:mind, land & society. 2015 (27) : 235

16. ESTRATEGIA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE BUENAS PRÁCTICAS EN EL CUIDADO DE LA PERSONA OSTOMIZADA

AUTORÍA

Rodríguez Castellano P, Hurtado Navarro C, Simó Sanchís R, Abellán Ballesteros D.

LUGAR DE TRABAJO

Unidad de Docencia y Calidad. Hospital Universitario Doctor Peset.

INTRODUCCIÓN

La población ostomizada demanda unos cuidados individualizados, que deben estar basados en la evidencia disponible y garantizar la atención integral a la persona ostomizada y a su familia. En nuestro Departamento, se abordó la asistencia prestada a estas personas y se contempló la posibilidad de mejorar sus cuidados creando una Unidad de Estomaterapia. La figura de la Enfermera Estomaterapeuta con su liderazgo se convierte así, en un elemento clave con el que implantar Buenas Prácticas (BP) en el cuidado de estas personas.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Describir la implantación de las Buenas Prácticas en el cuidado de las personas ostomizadas en el Departamento de salud Valencia-Doctor Peset, a través de la Enfermera Estomaterapeuta

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Enumerar las estrategias utilizadas para la implantación de las Buenas Prácticas en cuidados de las personas ostomizadas en nuestro departamento.

Analizar el uso de las interconsultas realizadas a la Enfermera Estomaterapeuta desde el inicio de su implantación en el departamento hasta la actualidad.

Describir la evolución de la actividad enfermera en la consulta de estomaterapia.

MATERIAL Y MÉTODO

Para la implantación de las BP se utilizó una adaptación del Ciclo de acción, propuesto por la RNO (Registered Nurses' Association of Ontario). Tras identificar el problema y adaptar recursos y conocimientos al contexto local, se creó una Unidad gestionada por una Enfermera Estomaterapeuta en junio del 2016. Se realizó un análisis DAFO y se implantaron las siguientes intervenciones: Creación de un buzón de interconsultas en el programa Orion Clinic; puesta en marcha de la consulta de Estomaterapia en consultas externas en enero del 2017; dotación de un teléfono corporativo para atender a profesionales y usuarios, y diseño de un canal de comunicación con Atención Primaria para asegurar la continuidad de cuidados.



La Estomaterapeuta implantó un protocolo de cuidados y de educación terapéutica siguiendo las recomendaciones de BP de la RNAO, elaboró guías y manuales de soporte para las personas ostomizadas, y se establecieron indicadores para la evaluación de los procesos.

Para asegurar la sostenibilidad del conocimiento se dio gran difusión a los protocolos y las guías entre los profesionales y se crearon sinergias mediante la colaboración interprofesional. Además, se participó activamente en grupos de trabajo (locales y nacionales) y se inició la colaboración con Asociaciones de Pacientes.

RESULTADOS

Desde el inicio de su actividad la Estomaterapeuta ha atendido un total de 430 interconsultas, 345 (80%) de servicios quirúrgicos y 87 (20%) de servicios médicos, y se han realizado 1965 visitas a pacientes hospitalizados. Desde el 2017 en consultas externas se han atendido 960 visitas (83 nuevos pacientes) y 240 consultas telefónicas (27% de ellas programadas tras el alta).

Al comparar los datos del 1º trimestre del 2017 con los del 2018, se observa un aumento del 89% en el nº de interconsultas (47 vs. 89), del 30% en las visitas a personas hospitalizadas (288 vs. 374) y del 176% en la actividad en la consulta de Estomaterapia (147 vs 406).

DISCUSIÓN

El número de actuaciones realizadas por la Estomaterapeuta en nuestro departamento, así como el aumento de la actividad desde su implantación, supera a los de otras experiencias de nuestro entorno encontradas en la bibliografía. Esto sugiere que las estrategias usadas para la implantación de las BP en el cuidado de personas ostomizadas han sido adecuadas. Será necesario realizar estudios que analicen su impacto en la calidad de vida de estas personas y en la disminución del gasto sanitario en nuestro departamento.

CONCLUSIONES

En nuestro departamento, la Enfermera Estomaterapeuta se configura como un referente para los/as profesionales sanitarios, con una demanda creciente de sus servicios, tanto a nivel hospitalario como ambulatorio. Su labor en el ámbito asistencial y docente ha sido clave para la disminución de la variabilidad de los cuidados y la implantación de BP en la asistencia a las personas ostomizadas.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Versión española traducida de: Registered Nurses' Association of Ontario. (2012). Toolkit: Implementation of best practice guidelines (2nd ed.). Toronto, ON..
- 2.- Versión española traducida de: Registered Nurses' Association of Ontario. (2009) Ostomy Care and Management. Toronto, Canada. Registered Nurses' Association of Ontario.
- 3.- Versión española traducida de: Registered Nurses' Association of Ontario. (2002) Establishing therapeutic relationships. Toronto, Canada. Registered Nurses' Association of Ontario
- 4.- Salam M, Alghamdi KS. Nurse educators: Introducing a change and evading resistance. J Nurs Educ Pract. 2016;6(11)
- 5.- Perez García M,Ramos Mateos MA. Demanda asistencial e implantación de la consulta de ostomías de la Planta de ostomías de la Planta 11/C del Hospital Universitario Ramón y Cajal. Idea(Mad).2014;35:1-56
- 6.- Ramos Sánchez, M^ª Esperanza; Domínguez Domínguez, Sergio. Eficacia de un programa para la atención integral del paciente urostomizado en la mejora de los problemas de afrontamiento. Biblioteca Lascasas, 2011; 7(3) Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0621.php>



17. CALIDAD ASISTENCIAL Y EXCELENCIA EN CUIDADOS: MEJORA CONTINUA DE LOS CUIDADOS Y GESTIÓN POR PROCESOS EN LA UNIDAD DE LITOTRICIA Y ENDOUROLOGÍA

AUTORÍA

Sales Noguera, E.; Escuder Almiñana, M.; Cabello Ruiz, M.T.; Gadea Company, P.; Muñoz Tórtola, M.A.; Auñón Fernández, B.

LUGAR DE TRABAJO

Unidad de Litotricia y Endourología. Hospital Universitari I Politènic La Fe. Valencia.

INTRODUCCIÓN

La excelencia en cuidados está determinada por aspectos como la calidad, la eficacia y los resultados en materia de salud.

La garantía y mejora de la calidad asistencial se basa en dos dimensiones fundamentales, siendo la primera una atención organizada y centrada en el paciente, y la segunda, focalizada en la seguridad del mismo. Esta última requiere de una práctica asistencial que permita la eficacia en los cuidados y resultados de salud, así como una mejor planificación de los recursos sanitarios. Todo ello se vertebra mediante la estandarización y normalización de los cuidados basados en la evidencia para reducir la variabilidad en la práctica clínica. Asimismo, se fundamenta en actividades de control vinculadas con la gestión del riesgo.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Establecer una estrategia de gestión en la que todos los procesos asistenciales tengan una calidad adecuada, ofrezcan unos cuidados de excelencia, cubran las expectativas de los clientes, sean lo más seguros posibles y evaluables mediante un proceso de mejora continua basado en la evidencia científica.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Mejorar la calidad percibida del paciente mediante el diseño y realización de encuestas adaptadas a cada proceso (Litotricia Extracorpórea por Ondas de Choque-LEOC, Ureterorrenoscopia-URS, Cirugía Intrarrenal Retrógrada-RIRS y Nefrolitotomía Percutánea-NLPC).

Aumentar la sistematización de la actividad asistencial mediante la implantación de una gestión por procesos y de mejora continua.



Aumentar la seguridad del paciente mediante la utilización de la metodología Análisis Modal de Fallos y Efectos (AMFE) que permite la identificación de los fallos humanos o del sistema antes de que el fallo suceda y la implementación de acciones de mejora.

Fomentar el trabajo en equipo con la participación activa en la gestión de la Unidad.

MATERIAL Y MÉTODOS

En nuestra Unidad, desde el año 2012 hasta la actualidad, se está llevando a cabo una línea de trabajo que abarca un proyecto de gestión de calidad asistencial que está basado en tres pilares:

Gestión por procesos: realizamos un mapa de procesos por cada procedimiento de la Unidad.

Gestión de seguridad del paciente: gestión proactiva mediante la utilización de la herramienta metodológica de Análisis Modal de Fallos y Efectos (AMFE) y en su defecto la metodología análisis causa-raíz.

Evaluación de la calidad percibida: encuestas de calidad del cliente.

Paralelamente a estas actividades, se ha trabajado en la actualización y revisión de procedimientos de enfermería basados en la evidencia científica, así como la participación activa en cursos de formación continuada, participación docente en los cursos de formación externa de la Unidad y actualización en el campo de la litiasis y la endourología.

RESULTADOS

Tanto la implantación de la gestión por procesos como la gestión de la seguridad del paciente se está realizando de forma gradual. Los principales resultados en la fase de implantación han sido la disminución de la variabilidad de la práctica clínica de los principales procesos operativos de la Unidad, la reducción del consumo de recursos y la optimización del tiempo de los procedimientos.

CONCLUSIONES

El diseño e implantación de un modelo de mejora continua de los cuidados y gestión de la calidad asistencial es factible en una Unidad de Litotricia y Endourología de un hospital terciario. Mejora tanto la calidad asistencial como la percepción de la misma, precisando la participación activa de todas las categorías profesionales que la integran. Por todo ello, este año nos han sido otorgados los sellos de calidad UNE 179003: 2013 e ISO 9001: 2015.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cristian Rocco, Alejandro Garrido. Seguridad del paciente y cultura de seguridad. Revista Médica Clínica Las Condes 2017;28:785-95
2. Organización Mundial de la Salud. Alianza mundial para la seguridad del paciente. Segundo reto mundial por la seguridad del paciente. La cirugía salva vidas. Ginebra: OMS, 2008
3. Arenas Jiménez MD, Ferre G, Álvarez-Ude F. Estrategias para aumentar la seguridad del paciente en hemodiálisis: Aplicación del sistema de análisis modal de fallos y efectos. Publicación oficial de la Sociedad Española de Nefrología. 2017; 37 (6): 608-621



4. Mañes-Sevilla M, Marzal-Alfaro M.B, Romero Jiménez R, Herranz-Alonso A, Sánchez Fresneda M.N, Benedi González J, et al. Análisis modal de fallos y efectos para mejorar la calidad en los ensayos clínicos. *Revista del Órgano de la Sociedad Española de Calidad Asistencial*. 2017; 32 (6)
<https://doi.org/10.1016/j.cali.2017.12.001>
5. Viejo Moreno R, Sánchez-Izquierdo Riera JA, Molano Álvarez E, Barea Mendoza JA, Temprano Vázquez S, Díaz Castellano L. Mejora en la seguridad de un proceso clínico utilizando el análisis modal de fallos y efectos: profilaxis de la enfermedad tromboembólica venosa en pacientes críticos. *Medicina Intensiva*. 2018; 42 (2): 135-136
<http://doi.org/10.1016/j.medin.2017.01.006>
6. Vázquez-Valencia A, Santiago-Sáez A, Perea-Pérez B, Labajo-González E, Albarrán-Juan ME. Utilidad del análisis modal de fallos y efectos para mejorar la seguridad en la movilización cama-sillón en la Unidad de Cuidados Intensivos. *RECIEN. Revista Científica de Enfermería*. 2017; 14: 26-59. <http://dx.doi.org/10.14198/recien.2017.14.04>
7. Morales-Asencio JM. ¿Qué aporta el concepto de evidencia científica a la práctica de los cuidados? *Index de Enfermería*. 2003; 12 (40-41), 35-40
8. Factors and Conditions that Influence the Implementation of Standardized Nursing Care Plans. Jansson I, Bahtsevani C, Pilhammar-Andersson E, Fosberg A - *Open Nurs J*, 2010; 4 (); 25-34
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3024554/pdf/TONURSI-4-25.pdf>



18. CONSERVACIÓN Y MANIPULACIÓN DE LECHE MATERNA EN LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA

AUTORÍA

Lozano González N, De Torres Alvarado S, Del Rey González A, Gendrau M

LUGAR DE TRABAJO

Cirugía Pediátrica. Área de Gestión Clínica de Enfermedades del Niño. Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia

INTRODUCCIÓN

La OMS recomienda la alimentación exclusiva con lactancia materna (LM), hasta los 6 meses de vida y junto con otros alimentos complementarios hasta los 2 años de edad (1), (Guía a RNAO, Nivel evidencia I) (2).

Los estudios realizados hasta ahora, demuestran que existe evidencia y recomiendan que el soporte a la LM sea incluido dentro de la rutina de trabajo de los profesionales sanitarios (JBI, Grado A) (3). Los hospitales con unidades de hospitalización pediátrica deberían favorecer esta medida, mediante la estandarización de la práctica clínica que incluyan la manipulación y conservación de la LM.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Fomentar la continuidad de la LM durante los procesos de hospitalización pediátrica mediante la normalización y protocolización de cuidados basados en la evidencia científica.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Estandarizar la manipulación y conservación de LM en las unidades de hospitalización pediátrica.

Mejorar la atención de las madres de niños/as hospitalizados que desean seguir lactando.

Formar y capacitar a los profesionales sanitarios sobre la importancia de LM y el apoyo a la madre.

MATERIAL Y MÉTODO

En el Área Clínica de Enfermedades del Niño se está desarrollando un proyecto de estandarización sobre el "Mantenimiento y conservación de la LM en unidades de hospitalización pediátrica". En la primera fase, se realizó una búsqueda bibliográfica en Pubmed, Cochrane, GuiaSalud, NICE, OVID. Finalmente, se incluyeron los artículos con mayor evidencia sobre la LM, así como revisiones Cochrane (4) y guías de práctica clínica nacionales (5), documentos Joanna Briggs Institute (3), Guías RNAO (2), recomendaciones de la OMS (1) y otras instituciones (6). Actualmente, se está desarrollando la segunda fase de elaboración del Protocolo Enfermero del proyecto citado.



RESULTADOS

Dentro de la fase de elaboración del protocolo, se realizó una infografía que sintetizó las recomendaciones relacionadas con extracción, manipulación, almacenamiento y conservación de la LM, para facilitar su implementación.

CONCLUSIONES

La elaboración de una infografía, facilitará la implementación del protocolo "Mantenimiento y conservación de la LM en unidades de hospitalización pediátrica". La ubicación de esta infografía en un sitio visible en la unidad permitirá su accesibilidad a todos los y las profesionales del área y estandarizar los criterios del protocolo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Guideline: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services. Geneva: World Health Organization;2017. Licence:CC BY-NC-ZA 3.0 IGO.
2. Asociación Profesional de Enfermeras Ontario. (2007). Lactancia Materna. Guía de buenas prácticas en enfermería. Toronto, ON: Asociación Profesional de Enfermeras Ontario
3. Kaesler-Smith C. Breastfeeding: support. [Evidence Summary on the Internet]. Adelaide: Joanna Briggs Institute; 2017 [actualizado 31 Mayo 2017; acceso 28 Marzo 2018]. Disponible en: JBI Connect.
4. Becker GE, Smith HA, Cooney f. Methods of milk expression for lactating women. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 9. Art. NO: CD006170. DOI: 10.1002/14651858. CD006170.pub5.
5. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Guía para las madres que amamantan. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco OSTEBEA, 2017. Guías de Práctica Clínica en el SNS.
6. Centers for Diseases Control and Prevention. National Center for Emerging and Zoonotic Infectious Diseases. Como mantener limpio el extractor de leche materna. 2013 [citado 14 de Febrero 2013]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/healthywater/pdf/hygiene/breast-pump-fact-sheet-sp.pdf>

19. EPILEPSIA Y FOTOSENSIBILIDAD: CÓMO REALIZAR UNA CORRECTA FOTOESTIMULACIÓN

AUTORÍA

María Palanca Cámara

LUGAR DE TRABAJO

Unidad de Epilepsia Refractaria. Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia

INTRODUCCIÓN

El electroencefalograma (EEG) recoge al corriente eléctrica que se produce por el movimiento iónico a través de las membranas neuronales y la glía, y desde los años 30 es la prueba diagnóstica que ofrece los mejores marcadores para epilepsia, siendo la herramienta diagnóstica más importante. Durante la realización del EEG, tanto la American Academy of Neurology como la International League Against Epilepsy (ILAE), recomiendan en sus guías de práctica clínica la realización de técnicas de estimulación o activación, entre las que se encuentra la fotoestimulación (1), siendo esta la maniobra más rentable para la producción de descargas epileptiformes en el EEG, sobre todo en epilepsias generalizadas idiopáticas (EGI) (2).

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL: Realizar un protocolo específico de fotoestimulación en personas con epilepsia

OBJETIVO ESPECÍFICO: Establecer las características específicas que favorecen la fotosensibilidad en pacientes con epilepsia y los patrones que favorecen la fotosensibilidad.

MATERIAL Y MÉTODO

Para la realización de este trabajo, se ha realizado una revisión de artículos mediante los buscadores PubMed y Ovid utilizando las palabras clave Photic, Stimulation, Epilepsy, EEG y el operador booleano AND. Se recogieron más de 4000 artículos de los cuales se seleccionaron por título un total de 7, basándome en el título del artículo y en segunda revisión en función del resumen o abstract del artículo.

RESULTADOS

La fotosensibilidad consiste en una sensibilidad visual anormal del cerebro a la luz intermitente, parpadeo o patrones visuales; que se expresan en el EEG con una descarga generalizada punta-onda, la cual se asocia en un 95% con la epilepsia, afectando aproximadamente al 2% de las personas con epilepsia (3)



Los desencadenantes pueden ser: televisión, videojuegos, luz natural y luz ambiental (luz fluorescente o estroboscópica,...), cambios de luz, contrastes, cambios de color,... todo esto siendo dependiente de los estímulos por segundo o hercios (Hz). (3)

Existen factores predisponentes o características específicas que hacen a las personas más predisponentes a ser fotosensibles: (2, 4, 5, 6, 7)

-Edad: entre los 8 y 19 años

-Sexo: Más frecuente en las mujeres

-Raza: mayor índice de fotosensibilidad en caucásicos (1,5%), asiáticos (1,15%), negros africanos (0,9%)

-Tipo de epilepsia: más frecuente en las personas con EGI que en personas con epilepsia focal.

-Genéticas: hay evidencias genéticas de fotosensibilidad y existe una concordancia entre gemelos monocigóticos del 100%

-Fases del sueño: la fotosensibilidad se reduce en fases profundas del sueño y fase no-REM, aumentando durante la fase REM del sueño

-Medicación: algunos fármacos: Disminuye con las benzodiazepinas, ácido valpróico, etoxuximida. fenitoina y carbamazepina no afectan a la fotosensibilidad.

-Anormalidades durante la fotoestimulación: si son rítmicas indican fotosensibilidad pero si son difusas, sería indicativo de mal control de la enfermedad o riesgo de poder presentar una crisis epiléptica.

La metodología propuesta por en el algoritmo Europeo de fotoestimulación, esta debería cumplir los siguientes requisitos:

-Una correcta historia clínica recogiendo las experiencias del paciente

-No precisa de una preparación especial, pero si hay que obtener el consentimiento informado del paciente

-es más efectiva tras una hiperventilación de 3 minutos, tras una privación de sueño, o en las horas próximas a las crisis habituales de la persona

-Dejar la habitación lo más a oscuras posible, con la persona sentada y la lámpara a unos 30 cm de distancia del centro ocular para así estimular bien en la retina

-Usar las frecuencias siguientes en orden ascendente y luego descendente (en Hz) 1-2-8-10-15-18-20-25-40-50-60.

-Hay tres formas de realizarla: ojos abiertos ojos cerrados y cerrando los ojos al inicio del estímulo, siendo este el orden inverso a la rentabilidad de la fotoestimulación.



-Las bajas frecuencias (1-2 Hz) indican una epilepsia mioclónica progresiva, las altas frecuencias (50-60 Hz) indican una fotosensibilidad a televisión y videojuegos, las frecuencias de fotosensibilidad más habituales son de 10 a 30 Hz.

CONCLUSIONES

Una correcta fotoestimulación durante un EEG tanto de rutina como en monitorizaciones prolongadas, rentabiliza la prueba obteniendo mayor información que favorece realizar el diagnóstico de epilepsia. Debemos unificar los criterios de realización y para ello contamos con el algoritmo europeo de fotoestimulación para que todas las personas con epilepsia se beneficien de las pruebas diagnósticas de las que disponemos al realizarlas correctamente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rama K. Maganti, MD; Paul Rutecki, MD "EEG and epilepsy monitoring" Continuum (Minneapolis) 2013; 19(3):598-622
2. Udaya Seneviratne, Mark Cook, Wendy D'Souza "The electroencephalogram of idiopathic generalized epilepsy" Epilepsia, 53(2):234-248, 2012
3. Athanasios Covanis "Photosensitivity in idiopathic generalized epilepsies" Epilepsia 46 (suppl. 9):67-72, 2005
4. Jyoti Pillai, Michael R. Sperling "Interictal EEG and the diagnosis of epilepsy" Epilepsia 47 (suppl 1):14-22, 2006
5. A. Martins da Silva, Barbara Leal "Photosensitivity and epilepsy: Current concepts and perspectives-A narrative review" Seizure 50 (2017) 209-2018
6. Fylan F., Edson A. S, Harding G. F.A "Clinical significance of EEG abnormalities during photic stimulation in patients with photosensitive epilepsy" Epilepsia 40(3):370-372, 1999
7. Dorothée Kastelejn-Nolst Trenité, Guido Rubboli, Edouard Hirsch, et. al. "Methodology of photic stimulation revisited: Updated European algorithm for visual stimulation in the EEG laboratory" Epilepsia, 53(1): 16-24, 2012



20. IMPLANTACIÓN DE BUENAS PRÁCTICAS DE ATENCIÓN SANITARIA EN LA DIVERSIDAD SEXUAL

AUTORÍA

Nuria Gregori Flor; Inma Hurtado García

LUGAR DE TRABAJO

Hospital General Universitario de Elche. Departamento de Salud de Elche-Hospital General

INTRODUCCIÓN

Todo sistema sanitario debería ser sensible a las diversidades de la población que atiende; ya sea por sexo, edad, etnia, clase, origen, diversidad funcional, opción sexual, expresión de género, etc. En el caso de personas lesbianas, gays, bisexuales, transexuales o transgénero e intersexuales (LGBTI+), debería garantizar el derecho a recibir una atención sanitaria de calidad, así como a disfrutar de los servicios de salud en condiciones de igualdad.

La Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública tiene como prioridad en su Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva para 2017-2018 (Línea 3 de Salud Sexual, Acción 12), garantizar el derecho al más alto grado de bienestar y salud física, mental y social, sin discriminación alguna por razón de su orientación sexual, identidad de género, expresión de género, características sexuales o grupo familiar. Sin embargo, en la actualidad está todavía pendiente dotar de recursos, desarrollar o implementar la mayoría de las propuestas solicitadas para estos colectivos en el ámbito de la atención sanitaria. Así por ejemplo, tal y como explicita la Ley 8/2017, de 7 de abril, de la Generalitat, integral del reconocimiento del derecho a la identidad y a la expresión de género en la Comunidad Valenciana, en sus artículos 14-20, nuestro sistema sanitario debería: Garantizar que la política sanitaria sea respetuosa hacia las personas con independencia de su identidad o expresión de género; Incorporar servicios y programas específicos de promoción, prevención y atención a las necesidades particulares de las personas trans, incluyendo protocolos ginecológicos específicos (algunas de estas medidas se extenderán a sus familias, parejas y entorno social, en especial cuando sean menores de edad); Atender a las personas trans conforme a los principios de no discriminación, atención integral, de calidad y respeto a su identidad de género en las mismas condiciones que al resto de las personas usuarias del sistema; Constituir unidades de referencia formadas por equipos multidisciplinares de profesionales sanitarios conocedores de la realidad de las personas trans y con experiencia suficiente y demostrada en la materia, tanto de la especialidad concreta en que se enmarque el tratamiento, como de la identidad trans y la diversidad sexual en general; Garantizar la formación específica, continuada y actualizada de profesionales sanitarios que atiendan a personas trans; Elaborar guías de información y recomendaciones sobre los servicios ofertados por la sanidad pública valenciana y con información sanitaria a las personas trans y su entorno; Proporcionar, para el seguimiento de la atención sanitaria de las personas trans, las estadísticas necesarias sobre los resultados de los diferentes tratamientos, terapias e intervenciones que se lleven a cabo, con detalle de las técnicas empleadas, complicaciones y reclamaciones surgidas, así como la evaluación de la calidad asistencial.



Este trabajo aspira a ofrecer herramientas para facilitar la puesta en marcha de todas estas propuestas en el ámbito de actuación de la Conselleria de Salut Universal i Salut Pública.

OBJETIVOS

OBJETIVOS GENERALES:

Identificar las prácticas culturalmente competentes en materia de diversidad sexual en el ámbito sanitario.

Desarrollar un proyecto de guía de buenas prácticas de atención sanitaria a la diversidad sexual en el ámbito de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública.

Crear entornos laborables saludables que acepten la diversidad en todas sus formas.

Desarrollar las competencias culturales necesarias sobre diversidad sexual y de género para profesionales sociosanitarios que trabajan en la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública.

Desarrollar políticas específicas de salud pública para personas LGTBI+.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Promover prácticas sanitarias y terapias psicológicas dignas y respetuosas con las variaciones intersexuales, la identidad de género, la orientación sexual y la expresión de género.

Concienciar sobre diversidad sexual en el ámbito ginecológico, de manera que se pueda ofrecer una información y atención de calidad en educación sexual, ITS o técnicas de reproducción asistida.

Dotar de recursos y habilidades a las y los profesionales sanitarios para dar una atención de calidad a personas LGTBI+, y en el caso de ser necesario, saber derivar a los centros de referencia.

Dotar de recursos a los tres Centros de Referencia de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública existentes en la Comunidad Valenciana.

MATERIAL Y MÉTODO

Revisión bibliográfica de la normativa vigente a nivel autonómico y en el Estado español que garantiza el derecho a recibir una atención sanitaria de calidad y a disfrutar de los servicios de salud en condiciones de igualdad de personas lesbianas, gays, bisexuales, transexuales o transgénero e intersexuales y a atender las necesidades específicas de esta población. Búsqueda de guías, manuales y recursos elaborados en las diferentes Comunidades Autónomas de atención sanitaria a la comunidad LGTBI+. Revisión bibliográfica en las bases de datos de WOS, Pubmed, CINALH y en el recurso de Up to Date, utilizando los descriptores "sexual and gender minorities" y "healthcare", con palabras clave como "healthcare guideline", "LGBTI plus", "healthcare providers/service" y "quality of care".



RESULTADOS

Las recomendaciones de este trabajo deberían ayudar a desarrollar: competencias individuales, prácticas de gestión y directrices institucionales sensibles con la diversidad sexual; estrategias de transformación para aceptar la diversidad sexual en el ámbito individual, de grupo, institucional y del sistema de atención sanitaria; estrategias y requisitos de formación para garantizar una plantilla competente en diversidad sexual; así como abrir posibilidades de investigación para el futuro.

DISCUSIÓN

Este trabajo desarrolla las principales ideas, conceptos y estrategias de atención sanitaria en la diversidad sexual, para dotar de herramientas a los distintos profesionales y Departamentos de Salud de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, con el objetivo de facilitar el desarrollo de programas de sensibilización, formación, prevención y atención, así como el desarrollo de buenas prácticas de atención a la diversidad sexual en su ámbito de actuación. Esta idea ya se ha desarrollado en el ámbito de la diversidad cultural con guías de buenas prácticas desarrolladas por enfermeras de la RNAO e INVESTEN ("Aceptación de la diversidad cultural en la atención sanitaria: el desarrollo de la competencia cultural"). En este caso se trata de prácticas basadas en la evidencia, en las cuales las enfermeras constituyen un elemento indispensable para la consecución de estos objetivos.

BIBLIOGRAFÍA

Arbeit MR, Fisher CB, Macapagal K, Mustanski B. Bisexual Invisibility and the Sexual Health Needs of Adolescent Girls. *LGBT Health* 2016; 3:342.

Bailey JV, Farquhar C, Owen C, Whittaker D. Sexual behaviour of lesbians and bisexual women. *Sex Transm Infect* 2003; 79:147.

De Stéfano M, Boy M. Salud y adolescencias LGBTI. Herramientas de abordaje integral para equipos de salud. 1ª ed. Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación; 2017.

Facultades de Medicina y Psicología de la Universidad de la República, Colectivo Ovejas Negras, Administración de Servicios de Salud del Estado, Ministerio de Salud Pública. Salud y Diversidad Sexual. Guía para profesionales de la salud. Uruguay: Ministerio de Salud Pública ; 2015.

Fernández S. Diagnóstico Participativo de las problemáticas que presentan las personas TLGBQI en salud sexual, reproductiva y derecho al ejercicio de la identidad en el municipio de Madrid. Tarragona: Madrid Salud, Medical Anthropology Research Center, Universitat Rovira i Virgili; 2017.

Floyd AF, Pierce SR, Geraci DM. Preventive and Primary Care for Lesbian, Gay and Bisexual Patients. *American Journal of the Medical Sciences* 2016; 352(6):637-643.

Forcier M, Olson-Kennedy J. Lesbian, gay, bisexual, and other sexual minoritized youth: Primary care. Up to date. (Actualizado 28 de marzo de 2018; consultado 8 de mayo de 2018). Disponible en: <http://www.uptodate.com>

Fuzzell AF, Fedesco L, Heather N, et al. "I just think that doctors need to ask more questions": Sexual minority and majority adolescents' experiences talking about sexuality with healthcare providers. *Patient Education and Counseling* 2016; 99(9): 1467-1472

Garaizabal C. Informe de modelo de acompañamiento y asistencia a personas trans en la ciudad de Barcelona. Barcelona: Área de Derechos de Ciudadanía, Participación y Transparencia. Dirección de Feminismos y LGTBI; 2016.

García Dauder S, Gregori N, Hurtado I. Usos de lo psicosocial en la investigación y tratamiento de las intersexualidades/DSD. *Univ. Psychol.* 2015; 14(5): 1649-1666.



Gregori N. Diagnóstico de los diferentes realidades, posicionamientos y demandas de la población intersexual/con DSD (Diferencias del Desarrollo Sexual) en Barcelona. Barcelona: Área de Derechos de Ciudadanía, Participación y Transparencia. Dirección de Feminismos y LGTBI; 2016.

Gregori N, Garcia Dauder S, Hurtado I, I. Bioethics and Intersex: "Time out". A paradigm shift on Intersex Management in the Spanish context. *Athenea Digital* 2018; 18(2):e1899.

Grupo de Trabajo para el abordaje integral de la atención a personas transexuales. Guía de atención integral a las personas en situación de transexualidad. Actuaciones recomendadas desde los ámbitos educativo, social y sanitario. Vitoria-Gasteiz: Servicio de Publicaciones del Gobierno Vasco; 2016.

Haider AH, Schneider EB, Kodadek LM, et al. Emergency Department Query for Patient-Centered Approaches to Sexual Orientation and Gender Identity: The Equality Study. *Jama Intern Med* 2017; 177:819.

McCann AF, Brown M. The inclusion of LGBT plus health issues within undergraduate healthcare education and professional training programmes: A systematic review. *Nurse Educ Today* 2018; 64:204-214.

Mravcak SA. Primary care for lesbians and bisexual women. *Am Fam Physician* 2006; 74:279.

National Health Service. NHS Choices. Gay health: Access to healthcare, July 2014. <http://www.nhs.uk/Livewell/LGBhealth/Pages/Access.aspx> (Consultado 8 de mayo de 2018).

National Health Statistics Reports. Sexual orientation and health among US adults: National health interview survey, 2013. <http://www.cdc.gov/nchs/data/nhsr/nhsr077.pdf> (Consultado 20 de abril de 2018).

Office of Disease Prevention and Health Promotion. HealthyPeople 2020. Lesbian, gay, bisexual, and transgender health. <https://www.healthypeople.gov/2020/topics-objectives/topic/lesbian-gay-bisexual-and-transgender-health> (Consultado 20 de abril de 2018).

Platero RL, Ortega, E. Investigación sociológica sobre las personas transexuales y sus experiencias familiares. Madrid: Ayuntamiento de Madrid. *Transexualia*; 2017.

Rounds KE, McGrath BB, Walsh E et al. Perspectives on provider behaviors: A qualitative study of sexual and gender minorities regarding quality of care. *Contemp Nurse* 2013;44(1):99-110.

Srivastava R. Entornos saludables. Guía de buenas prácticas. Aceptación de la diversidad cultural en la atención sanitaria: el desarrollo de la competencia cultural. Ontario: RNO (Registered Nurses Association of Ontario), Investen-ISCIII, 2007.

LEGISLACIÓN:

BOE-A-2007-5585. Ley 3/2007, de 15 de marzo, reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas. Jefatura del Estado. «BOE» núm. 65, de 16 de marzo de 2007.

Ley Nº 8019. De la Generalitat integral del reconocimiento del derecho a la identidad y a la expresión de género en la Comunidad Valenciana, 8/2017, de 7 de abril. Diario Oficial de la Generalitat Valenciana, 12310-12333. Comunidad Valenciana, España, 11 de abril de 2017.

BOE-A-2016-6728. Ley 2/2016, de 29 de marzo, de Identidad y Expresión de Género e Igualdad Social y no Discriminación de la Comunidad de Madrid. Comunidad de Madrid «BOCM» núm. 98, de 26 de abril de 2016 «BOE» núm. 169, de 14 de julio de 2016.

Anteproyecto de Ley Valenciana para la igualdad de las personas LGTBI. Diario Oficial de la Generalitat Valenciana, 1-33. Comunidad Valenciana, España, marzo de 2017.

Nº 122/000097. Proposición de Ley contra la discriminación por orientación sexual, identidad o expresión de género y características sexuales, y de igualdad social de lesbianas, gays, bisexuales, transexuales, transgénero e intersexuales. Boletín Oficial de las Cortes Generales, 1-58. Congreso de los Diputados, España, 12 de mayo de 2017.



21. CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON ASISTENCIA VENTRICULAR DE LARGA DURACIÓN EN SALA DE HOSPITALIZACIÓN

AUTORÍA

Conejero Ferrer P, Iglesias Puente P, Husillos Tamarit I, Marco Pérez M, Sirerol Gascó M.

LUGAR DE TRABAJO

Área de las Enfermedades Cardiovasculares. Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia.

INTRODUCCIÓN

La prevalencia de insuficiencia cardiaca en España es elevada, en torno al 6,8% de la población de 45 o más años (1). El uso de Dispositivos de Asistencia Ventricular ha revolucionado el tratamiento de este tipo de pacientes. Inicialmente aprobados como puente al trasplante, en la actualidad ha aumentado su uso como soporte permanente (terapia de destino). La finalidad de este soporte, es aumentar la capacidad funcional y la calidad de vida, a la vez que disminuye la mortalidad y los eventos adversos asociados a la insuficiencia cardiaca avanzada (2, 3, 5).

Los DAVI (Dispositivos de Asistencia Ventricular Izquierda) de larga duración se implantan en el ápex del ventrículo izquierdo mediante su cánula de entrada (inflow), cuya función es descargar la cavidad ventricular. En la aorta ascendente se anastomosa la cánula de salida (outflow graft). Este dispositivo recibe aporte de energía mediante un cable conductor (driveline) tunelizado subcutáneamente que sale al exterior a nivel del abdomen y está conectado a un controlador, y éste a dos baterías (4).

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Presentar un plan de cuidados de un paciente con asistencia ventricular de larga duración en una unidad de hospitalización.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Unificar criterios de actuación en el cuidado del paciente portador de DAVI de larga duración.

Ofrecer un cuidado enfermero seguro y de calidad a los/las pacientes con DAVI.



MATERIAL Y MÉTODO

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en bases de datos (Pubmed, Cinahl, Cochrane Library) con los términos: Heart Assist Devices OR Ventricular Assist Device OR VAD AND Nursing Care Plan. Se ha consensado la intervención de cuidados de estos pacientes entre la enfermera coordinadora DAVI y las salas de hospitalización. Y además, se ha tenido en cuenta la experiencia en hospitales internacionales con gran experiencia donde hemos realizado parte de nuestra formación.

Para la protocolización de los cuidados de enfermería se ha utilizado la taxonomía NANDA, NIC y NOC

RESULTADOS

Tras realizar una valoración inicial de enfermería (según los patrones funcionales de salud de Virginia Henderson) se identificaron los diagnósticos de enfermería NANDA (6), se asociaron a cada uno de los diagnósticos sus correspondientes criterios de resultados NOC y se seleccionaron las intervenciones NIC a desarrollar en la fase de ejecución. Para evaluar los resultados NOC se utilizaron indicadores tipo escala Likert de 5 puntos, siendo 1 ningún conocimiento y 5 conocimiento extenso.

Además, quisimos plasmar algunos de los cuidados específicos que requieren estos pacientes y que toda enfermera que cuide de ellos debe tener en cuenta: Mantener la PAM entre 60-85mmHg (a veces precisa medición con doppler). Se puede administrar medicación antiarrítmica y desfibrilar al paciente, pero sólo se debe realizar RCP bajo indicación clínica. Para el cuidado del driveline se recomienda utilizar sólo clorhexidina acuosa 2% y es muy importante inmovilizarlo con apósito específico. El INR debe estar en rango entre 2,0 – 3,0. Cuando el paciente ingresa hay que comprobar siempre la presencia de componentes periféricos: (4 baterías, cargador de baterías, adaptador de corriente y controlador de repuesto) y siempre sustituir una de las baterías por el adaptador de corriente para que tenga alimentación ilimitada (7, 8).

No se debe desconectar nunca las dos fuentes de corriente a la vez ya que se para el DAVI y si esto sucediera, debemos reconectar rápidamente. En caso de fallo del controlador, sin demora realizar inmediatamente el cambio al controlador de repuesto (folleto explicativo siempre con el paciente).

CONCLUSIONES

La protocolización y elaboración de un plan de cuidados estandarizado, siempre teniendo en cuenta variables individuales, permite prestar una asistencia de calidad. De esta manera, podemos garantizar la uniformidad en los cuidados enfermeros a este tipo de pacientes, que requieren un cuidado tan específico y así también, prevenir y/o detectar complicaciones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Anguita M., Crespo M., Galván E., et al. Prevalencia de la insuficiencia cardiaca en la población general española mayor de 45 años. Estudio PRICE. Rev Esp Cardiol. 2008;61:1041-9
2. Conejero-Ferrer P. El rol de la enfermera coordinadora de asistencia ventricular en España: el futuro ya ha llegado. Cir Cardio. 2016.



3. Maclver J, Ross HJ. Quality of life and left ventricular assist device support. *Circulation*. 2012;126:866–87.
4. HeartWare® Ventricular Assist System Instructions for Use. Sistema de asistencia ventricular. Instrucciones de uso. Heartware, revisión 2015.
5. Savage L. Quality of life among patients with a left ventricular assist device: what is new? *AACN Clin Issues*. 2003;14:64-72.
6. Herdman TH, Editor. NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2015-2017. Elsevier España; 2015.
7. Slaughter MS, Pagani FD, Rogers JG, Miller LW, Sun B, Russell SD et al. Clinical management of continuous-flow left ventricular assist devices in advanced heart failure. *J Heart Lung Transplant* 2010; 29(4 Suppl.): S1–S39.
8. Feldman D, Pamboukian SV, Teuteberg JJ, et al. The 2013 International Society for Heart and Lung Transplantation guidelines for mechanical circulatory support: executive summary. *J Heart Lung Transplant* 2013; 32:157-87.



22. ESTANDARIZACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO EN EL ÁREA QUIRÚRGICA

AUTORÍA

María José Rodríguez Navarro

LUGAR DE TRABAJO

Área Quirúrgica.Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia.

INTRODUCCIÓN

Los errores de medicación constituyen un problema de salud pública debido a sus consecuencias humanas, asistenciales y económicas. En 2017, la OMS lanzó como tercer reto Mundial por la Seguridad del Paciente disminuir a la mitad los errores relacionados con la medicación en 5 años (1). A nivel nacional, la Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud (2015-2020) plantea, en su segunda línea estratégica que lleva como título “Prácticas clínicas seguras”, y dentro de éste uno de sus objetivos generales es "Promover el uso seguro de los medicamentos"(2). Los medicamentos de alto riesgo (MAR) tienen mayor probabilidad de causar un evento adverso de consecuencias graves para pacientes. Las instituciones sanitarias deben identificar estos medicamentos y establecer procedimientos para un manejo seguro, como estandarizar su prescripción, almacenamiento, preparación y administración (3). En el Área Quirúrgica del Hospital Universitari i Politècnic La Fe, se realizó un estudio de sus almacenes de fármacos, se objetivó que su ubicación en nuestro medio era proclive a error y se diseñó un proyecto de mejora.

OBJETIVOS

Describir un plan de mejora en el Área Quirúrgica para reducir los errores de administración de los medicamentos de alto riesgo.

MATERIAL Y MÉTODO

Entre 2016-2017, se realiza una clasificación de la medicación de alto riesgo en esta área según criterios ISMP-España. Se redistribuyen en los almacenes generales de quirófano estandarizando su almacenaje, distribución y señalización con código de colores para los 3 almacenes del bloque quirúrgico. En 2018, se plantea la estandarización de los carros de anestesia del área quirúrgica, homogeneizándolos según la clasificación de los MAR. Se diseña una infografía como herramienta visual y de trabajo sobre la distribución del contenido del carro para cada cajón, así como los cajones externos. Para la elaboración de la misma, se siguieron recomendaciones nacionales e internacionales relacionadas con la implantación de prácticas seguras sobre MAR: “Medications safety in the operating room: literatura and expert-based recommendations”, con medidas



específicas de expertos entre las que se encuentra el inventario del carro de anestesia, separación física entre anestésicos locales y fármacos intravenosos.

RESULTADOS

Se elaboró una infografía, se ubicó en un lugar visible en cada uno de los carros de anestesia para que todo el personal tuviera acceso a la información. El contenido del mismo, está dividido en los siguientes apartados: el primer cajón para almacenar la medicación y de izquierda a derecha, en la 1ª fila: antagonistas y reversores, en la 2ª fila: hipnóticos, 3ª fila: vasoactivos, 4ª fila: anticoagulantes y antifibrinolíticos, 5ª fila: antieméticos, protectores gástricos y antihistamínicos, 6ª fila: corticoides, 7ª fila: AINEs. Dejamos dos cajetines vacíos para la medicación específica según la especialidad quirúrgica que se desarrolle en el quirófano.

La distribución de la medicación se adoptó a nuestras necesidades y espacio disponible. Todos los cajetines de medicación se rotularon con el nombre genérico, en un lugar visible y de color blanco, excepto para el thiopental (color amarillo), nitroglicerina (color rojo) y la dopamina (color azul). El tercer cajón del carro de anestesia se estandarizó para los anestésicos locales juntos entre sí pero separados del resto de medicación.

En el módulo externo de cajetines y en la fila superior de izquierda a derecha se almacenaron algunos medicamentos como los vasoconstrictores y vasodilatadores que más uso tienen y se etiquetaron por su nombre genérico de color azul. En esta misma fila se ubica también la adrenalina señalizada y con una alerta especial.

En la fila de cajetines inferior se almacenan el propofol identificado de color amarillo y la lidocaina señalizada de color rojo sobre fondo blanco son fármacos de uso muy frecuente.

CONCLUSIONES

La estandarización de los medicamentos de alto riesgo en el carro de anestesia y el etiquetado con un código de color estandarizado es una estrategia para reducir los errores de administración de medicamentos en la anestesia y mejorar la seguridad del paciente del Área Quirúrgica. El uso de infografías, como herramienta visual, agiliza el proceso de reposición y localización de los citados medicamentos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Navarro Echevarria P, Arnal Velasco D. Errores de medicación: un reto para la anestesiología. Rev Esp Anestesiol Reanim. 2017; 64(9):487-9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.redar.2017.05.002>
2. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud. Período 2015-2020. Sanidad 2016. Disponible en: <https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2015/Estrategia%20Seguridad%20del%20Paciente%202015-2020.pdf>
3. Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos. Recomendaciones para prevenir los errores causados por confusión en los nombres de los medicamentos. ISMP-España. 2011. Disponible en: <http://www.ismp-espana.org/ficheros/Recomendaciones%20nombres%20ISMP-Espana.pdf>



23. EFECTIVIDAD DE LA SIMULACIÓN CLÍNICA EN EL DESARROLLO DE HABILIDADES DE SOPORTE VITAL EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA. REVISIÓN INTEGRADORA

AUTORÍA

López Huguet L, Fernández Román I, Moreno Collado M, Balaguer Pallarés T, Salas Medina P.

LUGAR DE TRABAJO

Universitat Jaume I. Castellón.

INTRODUCCIÓN

La simulación clínica permite el entrenamiento de forma sistemática y fiel a la realidad de un contexto clínico, donde los alumnos pueden realizar prácticas repetitivas sin comprometer la seguridad del paciente. La educación con simuladores es una parte esencial en el entrenamiento de resucitación cardiopulmonar. Los paros cardíacos suponen un problema de primera magnitud para la salud pública. En España, la incidencia corresponde a 24.500 paros cardíacos. La respuesta precisa y adecuada a un paciente en situación de paro cardiorrespiratorio es muy importante para los profesionales de enfermería que, generalmente, son los primeros en responder a esta emergencia clínica.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL: Identificar la efectividad del entrenamiento basado en la simulación clínica, en los estudios de pregrado de enfermería, en el aprendizaje de habilidades en Soporte Vital.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS: Identificar el efecto de la simulación en la adquisición y retención de conocimientos. Distinguir las habilidades clínicas, desarrolladas por los estudiantes, tras el abordaje de la simulación. Determinar el efecto de la simulación en la autoeficacia de los estudiantes de enfermería. Examinar la importancia del debriefing en la educación de enfermería basada en simulación. Relacionar la simulación clínica con la seguridad del paciente.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una revisión integradora de carácter descriptivo de los artículos originales. Se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica en las bases de datos: PubMed, La Biblioteca Cochrane Plus, CINAHL y LILACS. Los descriptores empleados se combinaron mediante los operadores booleanos OR y AND, conformando la estrategia de búsqueda. Con el fin de recuperar los artículos más adecuados para el estudio, se aplicaron una serie de filtros de forma automática y manual asociados a los criterios de selección. Estos son: límite temporal de cinco años, idioma español e inglés, artículos en texto completo y adecuación al objetivo de la revisión. Posteriormente, se realizó una evaluación de la calidad metodológica de los artículos recuperados mediante una revisión por pares e instrumentos de lectura crítica, descartando aquellos que no posean la calidad suficiente.



RESULTADOS

Se identificaron un total de 31 artículos mediante la aplicación de las estrategias de búsqueda. Tras la utilización de los filtros, manuales y automáticos específicos de cada base de datos, se recuperaron un total de 11 artículos, de los cuales se incluyeron un total de 10 artículos científicos que cumplían los criterios de inclusión del estudio.

DISCUSIÓN

Las intervenciones educativas basadas en la simulación de alta fidelidad permiten el desarrollo de habilidades técnicas y no técnicas. Todos los autores reflejan el impacto positivo en la adquisición y retención de conocimientos, habilidades psicomotrices, eficacia del equipo y autoeficacia, siendo esta última un predictor de comportamiento, ya que se correlaciona con la calidad de las habilidades psicomotoras. La fase que más influye a un aumento de autoeficacia es la de debriefing.

CONCLUSIONES

La simulación es una herramienta efectiva de enseñanza en Soporte Vital, ya que ofrece experiencias de aprendizaje más auténticas y realistas que los métodos de enseñanza clásicos sin comprometer la seguridad del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Urra E, Sandoval S, Navarro I. El desafío y futuro de la simulación como estrategia de enseñanza en enfermería. *Investig en Educ médica* [Internet]. 2017 [acceso 17 noviembre de 2017];6(22):119–25. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.riem.2017.01.147>
2. Rodríguez LJ, Agea JLD, Lapuente MLP, Costa CL, Rojo AR, Pérez PE. La simulación clínica como herramienta pedagógica. Percepción de los alumnos de Grado en Enfermería en la UCAM.
3. *Enfermería Glob* [Internet]. 2014 [acceso 17 noviembre de 2017];13(1):175–90. Disponible en: [http://search.proquest.com/docview/1664837231?accountid=14477%5Cnhttps://nevad.a.ual.es/biblioteca/gtb/sod/poa_login.php?centro=\\$UALMG&sid=\\$UALMG&title=Enfermería+Global&title=La+simulación+clínica+como+herramienta+pedagógica.+Percepci%25C](http://search.proquest.com/docview/1664837231?accountid=14477%5Cnhttps://nevad.a.ual.es/biblioteca/gtb/sod/poa_login.php?centro=$UALMG&sid=$UALMG&title=Enfermería+Global&title=La+simulación+clínica+como+herramienta+pedagógica.+Percepci%25C)
4. Akhu-Zaheya LM, Gharaibeh MK, Alostaz ZM. Effectiveness of Simulation on Knowledge Acquisition, Knowledge Retention, and Self-Efficacy of Nursing Students in Jordan. *Clin Simul Nurs* [Internet]. 2013 [acceso 18 abril de 2018];9(9):e335–42. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1876139912000710>
5. Coppens I, Verhaeghe S, Van Hecke A, Beeckman D. The effectiveness of crisis resource management and team debriefing in resuscitation education of nursing students: A randomised controlled trial. *J Clin Nurs* [Internet]. 2018 [acceso 17 abril de 2018];27(1–2):77–85. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1111/jocn.13846>
6. Roh YS, Lee WS, Chung HS, Park YM. The effects of simulation-based resuscitation training on nurses' self-efficacy and satisfaction. *Nurse Educ Today* [Internet]. 2013 [acceso 17 abril de 2018];33(2):123–8. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0260691711003091?via%3Dihub>
7. Levett-Jones T, Lapkin S. A systematic review of the effectiveness of simulation debriefing in health professional education. *Nurse Educ Today* [Internet]. 2014 [acceso 17 abril de 2018];34(6):e58–63. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0260691713003687?via%3Dihub>
8. Onan A, Simsek N, Elcin M, Turan S, Erbil B, Deniz KZ. A review of simulation-enhanced, team-based cardiopulmonary resuscitation training for undergraduate students. *Nurse Educ Pract* [Internet]. 2017 [acceso 17 abril de 2018];27:134–43. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1471595317305930>
9. Tawalbeh LI, Tubaishat A. Effect of Simulation on Knowledge of Advanced Cardiac Life Support, Knowledge Retention, and Confidence of Nursing Students in Jordan. *J Nurs Educ* [Internet]. 2014 [acceso 17 abril de 2018];53(1):38–44. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24328248>



24. ABORDAJE TERAPÉUTICO EN USUARIOS CON DIABETES MELLITUS TIPO II: EDUCACIÓN INDIVIDUAL O GRUPAL. REVISIÓN INTEGRADORA

AUTORÍA

Fernández Román I, López Huguet L, Moreno Collado M, Balaguer Pallarés T, Salas Medina P

LUGAR DE TRABAJO

Universitat Jaume I

INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus es una enfermedad crónica que constituye un creciente problema para la salud a nivel mundial, condiciona una reducción considerable de la esperanza de vida y un aumento en la morbimortalidad derivada de las complicaciones debilitantes. La categoría más frecuente es la diabetes mellitus tipo II (DMII) y debido al ritmo de crecimiento establece un desafío para la salud pública, por lo que se requiere una adecuada educación diabetológica y una valoración continua proporcionadas por los profesionales de enfermería orientadas a promocionar y mejorar la adhesión terapéutica, contemplando la necesidad de emplear un enfoque individual o grupal. Por tanto, es pertinente conocer qué tipo de educación es más provechosa, facilitando herramientas educativas para el control de esta enfermedad crónica y como consecuencia, mejoren la calidad de vida en este grupo poblacional.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL: Establecer la relación existente entre la educación diabetológica y la adhesión al tratamiento, en función del uso de terapias individuales o grupales en los usuarios adultos con diabetes mellitus tipo II.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Definir las diferencias terapéuticas entre las terapias grupales o individuales.

Determinar la calidad establecida por los estudios en función a la estrategia empleada en el proceso de educación para la salud asociada a la adhesión terapéutica.

Establecer los diferentes abordajes en la educación diabetológica.

Identificar los factores sociodemográficos que influyen en la adhesión al tratamiento.

Determinar la fluctuación de los parámetros metabólicos en relación a la educación terapéutica, recogida en la literatura publicada.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una revisión integradora de la literatura de carácter descriptivo de los artículos originales. Se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica en las bases de datos: PubMed, CINAHL, Biblioteca Cochrane Plus y LILACS empleando el metabuscador de la Biblioteca Virtual de la Salud (BVS). Se concretaron los descriptores a utilizar realizando una combinación de lenguaje natural y controlado utilizando los operadores booleanos OR y AND. Se aplicaron una serie de filtros automáticos y manuales con un límite temporal de diez años e idioma inglés y español sin restricción en el lugar de publicación, asociados a los criterios de selección. Posteriormente, con el fin de evaluar la calidad metodológica de los artículos recuperados en las diferentes bases de datos tras aplicar los criterios de exclusión, se realizó un análisis crítico de los artículos por pares de investigadores aplicando herramientas de lectura crítica.

RESULTADOS

Se encontraron un total de 711 artículos en las diferentes bases de datos mediante las estrategias de búsquedas citadas en el apartado de metodología. Tras la aplicación de los filtros manuales se recuperaron un total de 68 artículos, de los cuales bajo metodología de lectura crítica se seleccionó un total de 20 artículos que cumplían con los criterios de inclusión del estudio. En cuanto a los artículos seleccionados en el estudio, un 70% (n=14), corresponden a la base de datos PubMed, el 5% (n=1) a CINAHL, el 20% (n=4) a la Biblioteca Cochrane Plus y el 5% (n=1) a LILACS. En relación al tipo de estudios recuperados el mayor porcentaje corresponde a los ensayos clínicos aleatorizados, suponiendo un 47'62% (n=10), seguido de un 33'33% (n=7) de estudios cuasi-experimentales, un 14'29% (n=3) de revisiones sistemáticas y un 4'76% (n=1) de estudio piloto.

DISCUSIÓN

La educación realizada mediante llamadas telefónicas mejora los resultados clínicos al final de la intervención disminuyéndose por completo tras su retirada. La educación individualizada estructurada más seguimiento telefónico es un método eficaz para la autogestión y cumplimiento de la medicación mejorando los resultados clínicos en el período de mantenimiento. Las intervenciones educativas individuales como grupales tienen un impacto similar sobre los niveles de HbA1c, IMC, PA y adhesión al tratamiento a los doce y dieciocho meses. Sin embargo, en la educación grupal se mejora la HbA1c y el conocimiento de la diabetes a los seis y nueve meses, sin mostrarse diferencias entre ambas durante los meses posteriores.

CONCLUSIONES

Los profesionales de enfermería representan la figura principal en la educación diabetológica para establecer un control óptimo de la enfermedad. La educación individual previa a la educación grupal, mejora la adhesión al tratamiento, con la necesidad de un seguimiento continuo para mantener los efectos positivos. No obstante, se necesita más investigación adicional de calidad para constatar con certeza los resultados obtenidos.



BIBLIOGRAFÍA

1. American Diabetes Association. Classification and diagnosis of diabetes. *Diabetes Care*. 2017; 40(Suppl. 1):S11–S24
2. Bautista Rodríguez LM, Zambrano Plata GE. La calidad de vida percibida en pacientes diabéticos tipo 2. *Investig Enferm. Imagen Desarr.* 2015 [acceso 11 de noviembre de 2017];17(1):131-148. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812016000100009
3. İlknur Çınar F, Akbayrak N, Çınar M et al The Effectiveness of Nurse-led Telephone Follow-up in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus. *Turk Jem* [Internet]. 2010 [acceso 4 de abril de 2018];14:1-5. Disponible en: http://www.turkjem.org/uploads/pdf/14-1-0_1-5.pdf
4. Varney JE, Weiland TJ, Inder WJ, Jelinek GA. Effect of hospital-based telephone coaching on glycaemic control and adherence to management guidelines in type 2 diabetes, a randomised controlled trial. *Intern Med J* [Internet]. 2014 [acceso 4 de abril de 2018];44(9):890-7. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24963611>
5. Guo XH, Ji LN, Lu JM, Liu J, Lou QQ, Liu J, et al. Efficacy of structured education in patients with type 2 diabetes mellitus receiving insulin treatment. *J Diabetes* [Internet]. 2014 [acceso 6 de abril de 2018];6(4):290-7. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24279284>
6. Duke SA, Colagiuri S, Colagiuri R. Individual patient education for people with type 2 diabetes mellitus. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2009 [acceso 22 de abril de 2018]; Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD005268.pub2>
7. Song, MS, Kim HS. Intensive management program to improve glycosylated hemoglobin levels and adherence to diet in patients with type 2 diabetes. *Applied Nursing Research*. 2009 [acceso 22 de abril de 2018];42-47. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19171294>



25. ¡QUIÉN MEJOR QUE TÚ!

AUTORÍA

Torronteras Castro, I.; Pérez García, M.; Martínez García, S.; Moya Lacasa, G.; Jaijo Sanchis, C.

LUGAR DE TRABAJO

Servicio de Neonatología. Hospital Universitari i Politècnic La Fe.

INTRODUCCIÓN

En los últimos años asistimos a un cambio de paradigma en las unidades neonatales (UN). Desde una perspectiva holística, se abre un camino en el que el recién nacido (RN) y su familia forman la unidad receptora de nuestros cuidados. La participación de los padres supone grandes beneficios y es aquí donde la enfermería juega un papel fundamental en la creación de entornos de curación. A través de una colaboración estrecha con los padres podemos flexibilizar e individualizar los cuidados, adaptándolos a sus necesidades, construyendo relaciones de empoderamiento. Con esto lograremos que mantengan su rol de padres y que la transición al hogar no suponga un desafío.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL: Valorar el nivel de evidencia científica existente sobre la presencia de los padres en las UN.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS: Informar y formar a los padres en la importancia de su papel en la recuperación de su hijo. Concienciar a los profesionales sanitarios sobre la necesidad de una colaboración estrecha con las familias.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos: Pubmed, tripdatabase, Cochrane. Se utilizaron las palabras clave “premature” “NICU” “parents collaboration” “neonatología” “rol parental” organizados con el operador booleano and. Se seleccionaron únicamente guías de práctica clínica y una revisión sistemática. Se llevó a cabo una búsqueda de guías de la práctica clínica en los portales de los siguientes centros elaboradores: GuiaSalud, NICE, plataforma JBIconnect y RNAO (Registered Nurses’ Association of Ontario)

RESULTADOS

La bibliografía consultada sugiere que la participación de los progenitores en la UN fortalece los lazos afectivos entre el RN y sus padres, aumenta su capacidad en el cuidado del RN y mejora su satisfacción respecto a la experiencia en la UN. Además, destacan el MC, la LM, el empoderamiento de los padres en el cuidado de su hijo y la presencia de otros miembros de la familia como las fuentes de las que derivan estos beneficios.

Por todo ello, de las guías consultadas se extraen las siguientes recomendaciones, agrupadas en los siguientes bloques:



1. LACTANCIA MATERNA: Apoyara todas las madres para iniciar la lactancia tan pronto como sea posible después del nacimiento (Evidencia recomendada y de alta calidad; Guía LM OMS). Salvo que esté medicamente indicado, los RN no deberán recibir más que leche materna (Fuerza de recomendación A; Guía del MSSSI). Instruir a las madres en prácticas que permitan iniciar y establecer la lactancia materna y manejar las dificultades comunes de la misma (Calidad moderada; Guía lactancia materna OMS) 2.MÉTODO CANGURO: Permitir que el niño esté en contacto piel con piel con sus padres el máximo tiempo posible (Fuerza de recomendación A; Guía del MSSSI). Permitir que los padres tomen la iniciativa en el MC con el apoyo de enfermería (Nivel 4; JBI). Las UN deben desarrollar estrategias para flexibilizar la estancia de los padres y posponer técnicas no urgentes (Nivel 4; JBI) 3.INTEGRACIÓN EN EL CUIDADO DEL NIÑO: EMPODERAMIENTO: Construir relaciones de empoderamiento con los padres para promover su participación activa y significativa como colaboradores activos en los cuidados de su hijo (Nivel 1a ; RNAO). Comprometerse con los padres en la creación de un modelo participativo de toma de decisiones (Nivel 1a; RNAO). Formar a los profesionales de la salud en técnicas de comunicación, empoderamiento y toma de decisiones compartidas (Nivel 1a; RNAO). 4. PRESENCIA DE LA FAMILIA EN LA UNIDAD: Permitir las visitas al RN y sus padres de otros miembros de la familia, como hermanos y abuelos (Fuerza de la recomendación 1; Guía MSSSI). Incluir programas de educación familiar como parte de la atención clínica ya que disminuye la ansiedad y el estrés en los miembros de la familia (Nivel 2C; Guidelines for FCC)

CONCLUSIONES

La participación de los padres en la UN reporta grandes beneficios en el RN y en ellos mismos. Su presencia es ya una realidad, ahora falta dar un salto cualitativo y dotarla de significado, haciéndoles partícipes del cuidado de su hijo. La enfermería se sitúa en una posición privilegiada respecto a la atención de los padres y está en nuestras manos ofrecer un cuidado de calidad a los progenitores para que ellos puedan, a su vez, ofrecérsela a sus hijos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (2015). Cuidados centrados en la persona y familia. Toronto, ON: Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario.
2. WHO. Protecting, promoting, and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: the revised Baby-friendly Hospital Initiative 2018. WHO. [citado 23 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi-implementation/en/>
3. Moore ER, Bergman N, Anderson GC, Medley N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. CochraneDatabase of SystematicReviews 2016, Issue 11. Art .No.: CD003519. DOI: 10.1002/14651858.CD003519.pub4.
4. Jayasekara, R. Kangaroo Mother Care: Low Birth Weight Infants. [Evidence Summary on the Internet]. Adelaide: Joanna Briggs Institute; 2016 [actualizado 13 de agosto de 2016; acceso 23 de mayo de 2016]. Disponible en: JBI Connect+
5. Grupo NIDCAP. Servicio de Neonatología. Hospital 12 de Octubre, Grupo Prevención en la Infancia y Adolescencia de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. Cuidados desde el nacimiento. Recomendaciones basadas en pruebas y buenas prácticas. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social Centro de Publicaciones; 2010. [Citado el 23 de mayo de 2017]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/cuidadosDesdeNacimiento.pdf>
6. Davidson JE, Aslakson RA, Long AC, Puntillo KA, Kross EK, Hart J, et al. Guidelines for Family-Centered Care in the Neonatal, Pediatric, and Adult ICU: Critical Care Medicine. enero de 2017;45(1):103-28.
7. Developmental follow-up of children and young people born preterm. Guidance and guidelines. NICE. [citado 23 de mayo de 2018]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng72>

26. ESTUDIO PILOTO COMPARATIVO DE TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA DE UN SOLO USO CON FIN PREVENTIVO, FRENTE A PÓSITO QUIRÚRGICO CONVENCIONAL, EN PACIENTES INTERVENIDOS DE EVENTRACIÓN

AUTORÍA

M^a Teresa García Vozmediano, Ascensión Franco Bernal, Alicia Villanueva Pla

LUGAR DE TRABAJO

Área de Gestión Clínica de Enfermedades Digestivas. Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia.

INTRODUCCIÓN

La utilización de apósitos de terapia de presión negativa (TPN) de un solo uso reduce las complicaciones de las heridas quirúrgicas (seroma, infección de la herida, dehiscencia de sutura y problemas en la piel perilesional) en pacientes intervenidos de eventración W2-W3.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Determinar la eficacia en la reducción de la tasa de complicaciones de las heridas en los pacientes intervenidos de cirugía de eventración, tras la aplicación profiláctica de un apósito de TPN de un solo uso, frente a un apósito convencional.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Conocer la incidencia de seroma, infección de herida, dehiscencia de sutura y problemas en la piel perilesional durante el ingreso y postoperatorio del paciente, a los 7 días, 15 días y mes de intervención quirúrgica con apósito convencional y apósito de TPN.

Cuantificar el coste económico de aplicación de TPN de un solo uso frente a un apósito quirúrgico convencional en un proceso normal.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio prospectivo aleatorizado en pacientes con cirugía de pared abdominal (eventración).

Se incluyen 50 pacientes operados de cirugías programadas de eventración tipo W3 y W2 para conocer la incidencia de seroma, infección de herida, dehiscencia y problemas en la piel perilesional durante el ingreso y postoperatorio del paciente, a los 7±2 días, 15 ±2 días y mes ±2 de intervención quirúrgica con apósito convencional y apósito de TPN.

El estudio pretende contrastar la existencia de diferencias en la tasa de complicaciones en las heridas entre un grupo control, al que se le aplicará la práctica habitual tras cirugía (apósito



quirúrgico adhesivo convencional, utilizado en el hospital, de cambio diario), y un grupo intervención, al que se le aplicará un apósito de TPN de un solo uso (PICO) durante 7 días.

Se utiliza Cuaderno de Recogida de Datos (CRD).

RESULTADOS

Los resultados obtenidos para las diferentes complicaciones estudiadas son:

En los primeros 7 días aparecieron flictenas en 4.55%, eritema en 4.55% y seroma en 18.18% en pacientes con apósito convencional y 9.09% de flictenas en pacientes que llevan apósito TPN.

A los 15 días las complicaciones que aparecen en pacientes con apósito convencional son 18.18% de seroma, 9.09% de infección y 13.63% de dehiscencia frente a 9.09% de seroma y 4,55% de dehiscencia en pacientes con apósito TPN.

Al mes desaparecen las complicaciones y no surgen nuevas.

CONCLUSIONES

En el estudio realizado se ha detectado una menor tasa de complicaciones en la evolución de las heridas con apósito TPN frente a un apósito convencional, siendo significativo para la prevención de la infección de herida quirúrgica en la reparación de eventración W3-W2 y en menor grado para seroma y dehiscencia.

Por el contrario la aparición de flictenas es mayor en el apósito TPN.

Siendo necesario ampliar el estudio, aumentando el tamaño muestral para establecer conclusiones definitivas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Deverick J. Anderson M MPH, Keith S. Kaye M, David Classen M MS, Kathleen M. Arias M CIC, Kelly Podgorny R, MS, CPHQ, Helen Burstin M, et al. Strategies to Prevent Surgical Site Infections in Acute Care Hospitals. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2008 Oct 1;29(S1):S51–S61.
2. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (UK). *Surgical Site Infection: Prevention and Treatment of Surgical Site Infection.* NICE Clinical Guidelines, No. 74 [Internet]. London: RCOG Press; 2008 [cited 2014 Jan 9]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK53731/>
3. Stephen-Haynes J, Bielby A, Searle R. Putting patients first: reducing the human and economic costs of wounds. *Wounds UK.* 2011;7(3):47–55.
4. Antunez Peña Sergio Antonio, Rodríguez Fernández Zenen, Pardo Olivares Elvis, Ojeda López Luis Alberto, Goderich Lalán Jose Miguel. Aspectos clínicos y quirúrgicos de las hernias incisionales complejas. *Rev. Cubana Cir (Revista en la Internet)* 2013 Dic (citado 2014 Julio); 52(4):230-244. Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0034-74932013000400002 lng=es
5. Cima R, Dankbar E, Lovely J, Pendlimari R, Aronhalt K, Nehring S, et al. Colorectal Surgery Surgical Site Infection Reduction Program: A National Surgical Quality Improvement Program–Driven Multidisciplinary Single-Institution Experience. *J Am Coll Surg.* 2013 Jan;216(1):23–33.
6. Laroche M, Hyman N, Gruppi L, Osler T. Diminishing surgical site infections after colorectal surgery with surgical care improvement project: is it time to move on? *Dis Colon Rectum.* 2011 Apr;54(4):394–400.



7. National Nosocomial Infections Surveillance System. National Nosocomial Infections Surveillance (NNIS) System Report, data summary from January 1992 through June 2004, issued October 2004. *Am J Infect Control*. 2004 Dec;32(8):470–85.
8. Surveillance of surgical site infections in Europe 2010-2011 [Internet]. Stockholm; 2013 Oct. Available from: <http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/SSI-in-europe-2010-2011.pdf>
9. Díaz-Agero-Pérez C, Pita-López MJ, Robustillo-Rodela A, Figuerola-Tejerina A, Monge-Jodrá V. Evaluación de la infección de herida quirúrgica en 14 hospitales de la Comunidad de Madrid: estudio de incidencia. *Enfermedades Infecc Microbiol Clínica*. 2011 Apr;29(4):257–62.
10. Rathore P. Difficult Infected Wound After Colorectal Surgery. In: Ho Y-H, editor. *Contemporary Issues in Colorectal Surgical Practice* [Internet]. InTech; 2012 [cited 2014 Mar 3]. Available from: <http://www.intechopen.com/books/contemporary-issues-in-colorectal-surgical-practice/difficult-infected-wound-after-colorectal-surgery>
11. Nakamura T, Watanabe M. Risk Factors for Wound Infection After Surgery for Colorectal Cancer: A Matched Case – Control Study. In: Ettarh R, editor. *Colorectal Cancer - From Prevention to Patient Care* [Internet]. InTech; 2012 [cited 2014 Mar 3]. Available from: <http://www.intechopen.com/books/colorectal-cancer-from-prevention-to-patient-care/risk-factors-for-wound-infection-after-surgery-for-colorectal-cancer-a-matched-case-control-study>
12. Raffl AB. The Use of Negative Pressure under Skin Flaps After Radical Mastectomy. *Ann Surg*. 1952 Dec;136(6):1048.
13. Silvis RS, Potter LE, Robinson DW, Hughes WF. The Use of Continuous Suction Negative Pressure Instead of Pressure Dressing. *Ann Surg*. 1955 Aug;142(2):252–6.
14. Deaton WR Jr, Clutts GR. Use of negative pressure as a method of draining extensive wounds. *Am Surg*. 1957 Mar;23(3):278–80.
15. Kostiuchenok BM, Kolker II, Karlov VA, Ignatenko SN, Muzykant LI. Vacuum treatment in the surgical management of suppurative wounds. *Vestn Khir Im I I Grek*. 1986 Sep;137(9):18–21.
16. Davydov IA, Malafeeva EV, Smirnov AP, Flegontov VB. Vacuum therapy in the treatment of suppurative lactation mastitis. *Vestn Khir Im I I Grek*. 1986 Nov;137(11):66–70. Iusupov IN, Epifanov MV. [Active drainage of a wound]. *Vestn Khir Im I I Grek*. 1987 Apr;138(4):42–6.
18. Davydov YA, Larichev KG, Menkov KG. Bacteriological and Cytological Assessment of Vacuum Therapy for Purulent Wounds. *Vestn Khir Im I I Grek*. 1988;48–52.
19. Davydov YA, Larichev KG, Abramov KG. Concepts for clinical biological management of the wound process in the treatment of purulent wounds using vacuum therapy. *Vestn Khir Im I I Grek*. 1991;132–5.
20. Chariker ME, Jeter KF, Tintle TE, Bottsford JE. Effective management of incisional and cutaneous fistulae with closed suction wound drainage. *Contemp Surg*. 1989;34(1):59–63.
21. Argenta LC, Morykwas MJ. Vacuum-assisted closure: a new method for wound control and treatment: clinical experience. *Ann Plast Surg*. 1997 Jun;38(6):563–576; discussion 577.
22. Winter GD. Effect of Air Exposure and Occlusion on Experimental Human Skin Wounds. *Nature*. 1963 Oct 26;200(4904):378–9.
23. Hinman CD, Maibach H. Effect of Air Exposure and Occlusion on Experimental Human Skin Wounds. *Nature*. 1963 Oct 26;200(4904):377–8.
24. Gomoll AH, Lin A, Harris MB. Incisional vacuum-assisted closure therapy. *J Orthop Trauma*. 2006;20(10):705–9.
25. Pachowsky M, Gusinde J, Klein A, Lehl S, Schulz-Drost S, Schlechtweg P, et al. Negative pressure wound therapy to prevent seromas and treat surgical incisions after total hip arthroplasty. *Int Orthop*. 2012 Apr;36(4):719–22.
26. Stannard JP, Atkins BZ, O'Malley D, Singh H, Bernstein B, Fahey M, et al. Use of negative pressure therapy on closed surgical incisions: a case series. *Ostomy Wound Manage*. 2009;55(8):58.
27. Stannard JP, Gabriel A, Lehner B. Use of negative pressure wound therapy over clean, closed surgical incisions. *Int Wound J*. 2012 Aug;9 Suppl 1:32–9.
28. Abejón Arroyo A, López Casanova P, Verdú Soriano J, Torra i Bou J-E. Open-label clinical trial comparing the clinical and economic effectiveness of using a polyurethane film surgical dressing with gauze surgical dressings in the care of postoperative surgical wounds. *Int Wound J*. 2013;n/a–n/a.



29. Colli A. First experience with a new negative pressure incision management system on surgical incisions after cardiac surgery in high risk patients. *J Cardiothorac Surg.* 2011 Dec 6;6:160.
30. Atkins BZ, Wooten MK, Kistler J, Hurley K, Hughes GC, Wolfe WG. Does Negative Pressure Wound Therapy Have a Role in Preventing Poststernotomy Wound Complications? *Surg Innov.* 2009 Jun 1;16(2):140–6.
31. Atkins BZ, Tetterton JK, Petersen RP, Hurley K, Wolfe WG. Laser Doppler flowmetry assessment of peristernal perfusion after cardiac surgery: beneficial effect of negative pressure therapy. *Int Wound J.* 2011;8(1):56–62.
32. Wilkes RP, Kilpad DV, Zhao Y, Kazala R, McNulty A. Closed Incision Management With Negative Pressure Wound Therapy (CIM) Biomechanics. *Surg Innov.* 2012 Mar 1;19(1):67–75.
33. Ingargiola MJ, Daniali LN, Lee ES. Does the Application of Incisional Negative Pressure Therapy to High-Risk Wounds Prevent Surgical Site Complications? A Systematic Review. *Eplasty* [Internet]. 2013 Sep 20 [cited 2014 Jan 15];13. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3782142/>
34. De Tullio D, Biondin V, Occhionorelli S. When a postsurgical dehiscence becomes a serious problem. *Adv Skin Wound Care.* 2011 Nov;24(11):503–6.
35. Castro Vera P, Nuila L, Valencia Y. Terapia de presión negativa como prevención de complicaciones de herida quirúrgica en dispositivos cardiacos implantables. Granada; 2013.
36. Pellino G, Sciaudone G, Candilio G, Campitiello F, Selvaggi F, Canonico S. Effects of a New Pocket Device for Negative Pressure Wound Therapy on Surgical Wounds of Patients Affected With Crohn's Disease A Pilot Trial. *Surg Innov.* 2013 Jul 24;1553350613496906.
37. Mangram AJ, Horan TC, Pearson ML, Silver LC, Jarvis WR. Guideline for Prevention of Surgical Site Infection, 1999. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) Hospital Infection Control Practices Advisory Committee. *Am J Infect Control.* 1999 Apr;27(2):97–132; quiz 133–134; discussion 96.



27. LA LACTANCIA MATERNA COMO TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO DEL DOLOR EN RECIÉN NACIDOS COMPARADO CON LA SACAROSA. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.

AUTORÍA

*Balaguer Pallarés T, **Balaguer Pallarés I, *Moreno Collado M, *López Huguet L, *Fernández Román I, ***Honrubia Cebrián MD.

LUGAR DE TRABAJO

*Estudiante 4º curso Grado Enfermería, **Estudiante Máster Ciencias de la Enfermería, ***Profesora Unidad Predepartamental Enfermería/ Universitat Jaume I de Castelló.

INTRODUCCIÓN

Un recién nacido (RN) es un bebé desde el día que nace hasta los 28 días de vida, bien sea por cesárea o parto natural (1).

Se define el dolor como una experiencia sensorial o emocional desagradable asociada a un daño real o potencial en un tejido. En el RN, los receptores y vías de transmisión y procesamiento ya están presentes, aunque los mecanismos inhibidores aún se encuentran inmaduros (2,3).

El tratamiento no farmacológico del dolor en RN recoge intervenciones de varios tipos, tanto la lactancia materna (LM) como la sacarosa se encuentran entre estas intervenciones y en esta revisión se pretende buscar evidencia y comparar la efectividad de ambas en su uso en el manejo del dolor en RN (4,5).

OBJETIVOS

Comparar la eficacia de la LM y la sacarosa como medidas no farmacológicas para el manejo del dolor provocado por procedimientos dolorosos en RN.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una revisión bibliográfica en las bases de datos PubMed, Biblioteca Cochrane Plus y la Biblioteca Virtual en Salud (BVS) durante el mes de mayo de 2018. El límite temporal fue de 5 años. Los idiomas empleados inglés y español. Edad de la población primer mes de vida (0-28 días). Los descriptores empleados en la búsqueda fueron: Breast Feeding, Pain Management e Infant, newborn.

RESULTADOS

En la BVS se obtuvieron un total de 19 artículos: 15 de MEDLINE/SciELO, 2 de Ibecs y 2 de Lilacs. En Pumbed se obtuvieron un total de 29 artículos y en la Biblioteca Cochrane Plus no se obtuvo ningún resultado tanto en la búsqueda con los descriptores en inglés como en español.



Tras la lectura del título y del resumen de los artículos encontrados se excluyeron un total de 39 artículos por no guardar relación con el objetivo de la búsqueda y 2 por repetición. Finalmente se incluyeron 6 artículos en la revisión.

DISCUSIÓN

Por un lado, Aguilar Cordero et al., en su revisión sistemática extraen que la LM es eficaz si se aplica durante el estímulo doloroso y, en cambio, la sacarosa al 24% obtiene buenos resultados si se aplica dos minutos antes de la intervención, siendo esta última la más utilizada(6).

Por otro lado, Lima, et al., en un estudio de casos controles concluyen que la succión nutritiva (con LM) produce un efecto reconfortante en los RN sometidos a venopunción, y este efecto puede aumentarse si se asocia con la sacarosa. Este estudio corrobora la iniciativa hospitalaria de la OMS que protege, promueve y apoya la LM (7).

Bernoit, et al. en su revisión comparan la LM con la leche humana extraída, concluyendo que la LM directa es más efectiva que la leche extraída, el contacto piel con piel y la musicoterapia, y es igual o más efectiva que la sacarosa para aliviar el dolor en RN(8). En la misma línea, la revisión de McNair, et al. afirman que con la LM se reduce la frecuencia cardíaca y el tiempo de llanto del bebé si se compara con el contacto piel con piel, el uso del chupete o la sacarosa oral (9).

Pölkki, et al., en su estudio transversal, descriptivo evidencian que los padres no perciben la LM como estrategia no farmacológica para aliviar el dolor en RN, por lo que enfermería debe orientar y preguntar a los padres sobre dichas percepciones (10).

Por último, y en la misma línea sobre la LM, un artículo sobre un protocolo clínico revisado en 2016, recomienda la LM como primera opción para el manejo del dolor en RN en los procedimientos dolorosos con un nivel de evidencia IA y, con el mismo nivel de evidencia recomienda el uso de la sacarosa y la succión no nutritiva cuando la LM ni la leche humana como suplemento son posibles (11).

CONCLUSIONES

Tanto la LM como la sacarosa son las medidas farmacológicas más efectivas para el manejo del dolor, aunque como primera opción se recomienda al LM para el manejo del dolor en RN en técnicas dolorosas como la venopunción o la punción del talón y la sacarosa y la succión no nutritiva se recomienda cuando la LM o la leche humana no es posible. Desde enfermería se debe orientar a los padres y preguntarles sobre las percepciones en este campo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Enciclopedia Cubana en la Red. Recién nacido – EcuRed. [Acceso 13 de abril de 2018]. Disponible en: https://www.ecured.cu/Recién_nacido
2. Hanoch Kumar K, Elavarasi P. Definition of pain and classification of pain disorders. J Adv Clin Res Insights J Adv Clin Res Insights. 2016;33(3):87-90 [Acceso 13 de abril de 2018]. Disponible en: http://jcri.net/eJournals/_eJournals/112_Review Article.pdf
3. Narbona López E, Contreras Chova F, García Iglesias F, Miras Baldo MJ. Manejo del Dolor en el recién nacido. En: Asociación Española de Pediatría, editor. Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la AEP: Neonatología. 2a. Granada; 2008. p. 461-9. [Acceso 13 de abril de 2018] Disponible en: <http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/49.pdf>



4. Travería Casanova J, Gili Bigatá T, Rivera Luján J. Tratamiento del dolor agudo en el niño: analgesia y sedación. En: AEP, editor. *Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Urgencias Pediátricas SEUP-AEP*. 2a. Sabadell: AEP; 2010. p. 5-26. [Acceso 18 de mayo de 2018]. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/trat_dolor_agudo.pdf

5. García Sánchez N, Merino Moína M, García Vera C, Lacarta García I, Carbonell Muñoz L, Pina Marqués B, et al. Alivio del dolor y el estrés al vacunar. Síntesis de la evidencia: recomendaciones del Comité Asesor de Vacunas de la AEP. *Pediatría Atención Primaria*. Diciembre de 2015;17(68):317-27. [Acceso 13 de abril de 2018]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322015000500006&lng=en&nrm=iso&tlng=en

6. Aguilar Cordero MJ, Baena García L, Sánchez López AM, Mur Villar N, Fernández Castillo R, García García I. Procedimientos no farmacológicos para disminuir el dolor de los neonatos; revisión sistemática. *Nutr Hosp*. 2015;32(6):2496-507. [Acceso 21 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v32n6/18revision13.pdf>

7. Lima AH, Hermont AP, Friche AA de L. Analgesia in newborns: a case-control study of the efficacy of nutritive and non-nutritive sucking stimuli. *CoDAS*. 16 de agosto de 2013;25(4):365-8. [Acceso 21 de mayo de 2018]. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2317-17822013000400011&lng=en&tlng=en

8. Benoit B, Martin-Misener R, Latimer M, Campbell-Yeo M. Breast-Feeding Analgesia in Infants. *J Perinat Neonatal Nurs*. 2017;31(2):145-59. [Acceso 21 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://insights.ovid.com/crossref?an=00005237-201704000-00012>

9. McNair C, Campbell Yeo M, Johnston C, Taddio A. Nonpharmacological Management of Pain During Common Needle Puncture Procedures in Infants. *Clin Perinatol*. Septiembre de 2013;40(3):493-508. [Acceso 21 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0095510813000584>

10. Pölkki T, Laukkala H, Korhonen A. Nurses' and Parents' Perceptions of Parental Guidance on Using Nonpharmacological Pain-Relieving Methods Among Neonates in the NICU. *Pain Manag Nurs*. Agosto de 2016;17(4):272-80. [Acceso 21 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1524904216300030>

11. Reece-Stremtan S, Gray L. ABM Clinical Protocol #23: Nonpharmacological Management of Procedure-Related Pain in the Breastfeeding Infant, Revised 2016. *Breastfeed Med*. Noviembre de 2016;11(9):425-9. [Acceso 21 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://online.liebertpub.com/doi/10.1089/bfm.2016.29025.srs>



28. CUIDADOS DE ENFERMERÍA ANTE CRISIS EPILÉPTICAS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS

AUTORÍA

Moreno Collado M*, Fernández Yáñez Z*, Balaguer Pallarés T*, López Huguet L*, Fernández Román I* y Guillamón Gimeno LL**

LUGAR DE TRABAJO

Estudiantes de 4º curso de Grado de Enfermería y **Profesora Unidad Predepartamental de Enfermería/Universitat Jaume I de Castelló de la Plana.

INTRODUCCIÓN

La epilepsia es una enfermedad cerebral crónica que afecta a personas de todo el mundo y se caracteriza por convulsiones recurrentes. Estas convulsiones son episodios breves de movimientos involuntarios que pueden afectar a una parte del cuerpo o a su totalidad y a veces se acompañan de pérdida de la consciencia y del control de los esfínteres. Esta patología es frecuente, sobretodo en edad pediátrica. Debido al gran porcentaje de afectados y las alteraciones que genera se manifiesta una necesidad de cuidados específicos frente a una crisis epiléptica (1-3).

OBJETIVOS

Analizar la literatura para así definir los cuidados, por parte de los profesionales enfermería, a realizar frente a una crisis epiléptica en niños para evitar daño y/o lesión

MATERIAL Y MÉTODO

Se realiza una revisión bibliográfica de las bases de datos: Pubmed-Medline, Pubmed Clinical Queries, Portal Regional de la Biblioteca Virtual en Salud, CINAHL, ProQuest Nursing & Allied Health Source y La Biblioteca Cochane Plus. El límite temporal fue de 5 años y los idiomas incluidos inglés y español. Además la población de estudio se limitó a la edad pediátrica. Por otro lado, los descriptores utilizados fueron: epilepsy, pediatrics y nursing care.

RESULTADOS

Se encontraron en las bases de datos: PubMed-Medline 10 artículos; en PubMed Clinical queries Estudios clínicos 23, revisiones sistemáticas 5 y “medical genéticos” 4; en biblioteca Cochane Plus 9 en español y 1 en inglés; en Portal Regional de la Biblioteca Virtual en Salud 8, en CINAHL y por último en ProQuest Nursing & Allied Health Source, se encontraron 21 y 182 respectivamente. Tras la lectura y junto con los criterios establecidos se seleccionaron 5.



DISCUSIÓN

Wheeler DS et al.(4) y El-Radhi AS(5) describen como primeros pasos a seguir el mantenimiento de la posición del cuerpo conservando la vía aérea abierta, tener una toma de oxígeno y el equipo de ventilación disponible además de intubar en el caso que no se pueda mantener la respiración, monitorizar al paciente y controlar los signos vitales, por último obtener un acceso venoso, El-Radhi AS(5) difiere que esto puede suponer un riesgo para el paciente. Además la Organización Panamericana de Salud (6) Añade la realización de la glucemia y Molina Cabañeto JC et al.(7) pediátricas la administración si procede de sueroglucosado al 5%.

La siguiente actuación dependerá del entorno donde sucede el evento siendo la primera opción de tratamiento, en entorno prehospitalario, el diazepam rectal según afirman Wheless JW (8) y O'Dell C et al.(9); Wheless JW (8) también añade como segunda línea la fosfenitoína intramuscular y El-Radhi(5) midazolam sublingual. Por otro lado, en el ámbito hospitalario, Wheeler DS et al. (4) refiere administración de diazepam y loracepam en casos de corta acción y fenitoína, fosfofenitoína y fenobarbital como anticonvulsivos de larga acción. La Organización Panamericana de la Salud (6) en la guía de práctica clínica diferencian los fármacos dependiendo si es estado epiléptico convulsivo, estado epiléptico convulsivo refractario y status epiléptico no convulsivo.

Por otro lado, Hopkins J et al. (10) en su estudio cualitativo demuestra la importancia de la enfermera especialista en epilepsia por proporcionar unos cuidados personalizados y expertos consiguiendo aumento en salud y bienestar del paciente

CONCLUSIONES

Seguir la regla de ABC (airways, breath y circulation) en todos los entornos. Respecto a fármacos entorno prehospitalario diazepam rectal y en hospitalario existe más variedad. Y se recalca la importancia de enfermeras especialistas en epilepsia en el hospital.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Epilepsia. WHO [Internet]. World Health Organization; 2017 [citado 26 de enero de 2017]; Recuperado a partir de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs999/es/>
2. Yoldi ME, Gallinas F. Análisis del sistema sanitario de Navarra. An Sist Sanit Navar [Internet]. Gobierno de Navarra, Departamento de Salud; 2007 [citado 27 de enero de 2017];30(2):207-14. Recuperado a partir de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000300005
3. Arteaga Manjón-Cabeza R. DEFINICIÓN Y DELIMITACIÓN CONCEPTUAL. En: Protocolo Diagnóstico Terapéuticos de la AEP: Neurología Pediátrica [Internet]. 2008 [citado 27 de enero de 2017]. Recuperado a partir de: <http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/2- primeracrisiepilep.pdf>
4. Wheeler DS, Kiefer ML. Pediatric Emergency Preparedness in the Office - American Family Physician. [citado 30 de enero de 2017]; Recuperado a partir de: <http://www.aafp.org/afp/2000/0601/p3333.html>
5. El-Radhi AS. Management of seizures in children. Br J Nurs [Internet]. 12 de febrero de 2015 [citado 28 de enero de 2017];24(3):152-5. Recuperado a partir de: <http://www.magonlineibrary.com/doi/abs/10.12968/bjon.2015.24.3.152>
6. Organización Panamericana de la Salud. Guía de práctica clínica (GPC) sobre el diagnóstico y tratamiento de epilepsia [Internet]. 2014 [citado 30 de enero de 2017]. p. 66. Recuperado a partir de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/gpc-diagnostico-tratamiento-epilepsia.pdf>



7. Molina Cabañero JC, de la Torre Espí M. Convulsiones. En: Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Urgencias Pediátricas SEUP-AEP [Internet]. [citado 28 de enero de 2017]. Recuperado a partir de: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/convulsiones.pdf>
8. Wheless JW. Treatment of Status Epilepticus in Children. *Pediatr Ann Jun Nurs Allied Heal Database* pg [Internet]. 2004 [citado 27 de enero de 2017];33(6). Recuperado a partir de: <http://search.proquest.com/nahs/docview/217549624/fulltextPDF/2982616E7B60420FPQ/1?accountid=15297>
9. O'Dell C, O'Hara K, Kiel S, Mccullough K. Emergency Management of Seizures in the School Setting. *J Sch Nurs Nurs Allied Heal Database* pg [Internet]. 2007 [citado 27 de enero de 2017];23(3). Recuperado a partir de: <http://search.proquest.com/nahs/docview/213158434/fulltextPDF/ADC333A146574761PQ/4?accountid=15297>
10. Hopkins J, Irvine F. Qualitative insights into the role and practice of Epilepsy Specialist Nurses in England: a focus group study. *J Adv Nurs* [Internet]. Blackwell Publishing Ltd; noviembre de 2012 [citado 30 de enero de 2017];68(11):2443-53. Recuperado a partir de: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1365-2648.2012.05941.x>



29. ACTITUD DE LA ENFERMERÍA HACIA LA PRÁCTICA CLÍNICA

AUTORÍA

Salas Medina P, Folch Ayora A, De la Concepción Moros MJ, Orts Cortés MI.

LUGAR DE TRABAJO

Universidad Jaume I, Universidad Jaume I, Unión de Mutuas, Universidad de Alicante.

INTRODUCCIÓN

Actualmente la práctica clínica diaria, obligada por la presión asistencial existente, que el personal sanitario y por consiguiente los equipos de enfermería deben decidir en espacios cortos de tiempo, y sobre los focos de múltiples presiones sometidas por los procesos de asistencia sanitaria, sucediendo esto en ocasiones de la forma menos adecuada debido a lagunas en la información tal como se desearía. Estos sucesos tal como hemos descrito en apartados anteriores provocan ante las acciones del personal sanitario una enorme variabilidad (Cabrero García, Orts-Cortés, López-Coig, Luisa Velasco, & Richard-Martínez, 2005; Fernández Martín, 2009). Encontramos pues a lo largo de nuestra práctica clínica, un proceso sistémico en los cuidados procurados por los Profesionales de Enfermería, el cual refleja una alta variabilidad en desarrollo de los procesos de los cuidados aplicados por los profesionales de enfermería, variabilidad que no está correspondida a las evidencias científicas que se han logrado alcanzar con el fin de reducir los efectos adversos del proceso de cuidado.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL: Determinar la actitud de los profesionales de enfermería de la provincia de Castellón tienen hacia el uso de la evidencia en su práctica clínica

OBJETIVOS ESPECÍFICOS: Describir las características sociodemográficas de los profesionales de enfermería de la provincia de Castellón. Determinar las creencias y expectativas de los profesionales de enfermería respecto al uso de la evidencia, Determinar la intención de uso de la evidencia de los profesionales de enfermería, Determinar las preferencias de los profesionales de enfermería respecto al uso de la evidencia.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo transversal multicéntrico, sobre una población de 326 profesionales de enfermería de 28 unidades medico quirúrgicas de cuatro hospitales públicos. Las variables sobre las que se obtuvo información fueron, variables relativas a los centros hospitalarios, variables sociodemográficas y variables relacionadas con la actitud ante la práctica clínica mediante el uso del Cuestionario de actitud ante la práctica de la enfermería basada en la evidencia (CAPEBE) validado por Ruzafa-Martínez M. et al. (2011). Se procedió a la recogida de los datos de forma anónima mediante cumplimentación de un cuestionario autocumplimentable.



RESULTADOS

Se obtuvo una tasa de respuesta del 72,70% (n=236) de la población, con una edad media de 40,21(dt ±9,74) años. La experiencia laboral de los profesionales participantes en el estudio obtuvo una media de 16,58 dt±8,82 años. La media obtenida en el cuestionario con relación a la puntuación global CAPEBE ha sido de 4,41 (dt±0,625) puntos sobre un total de 5. La media obtenida en relación a la expectativa ha sido de 4,47 (dt±0,61), donde el 41,9% del PE refiere estar de acuerdo con el uso la PBE y que el 49,6% refiere estar muy de acuerdo. Dentro de la dimensión intención de conducta para aplicar la PBE y que el 20,3% refiere estar muy de acuerdo y que el 20,3% refiere estar muy de acuerdo dentro de la dimensión de preferencia para aplicar la PBE.

DISCUSIÓN

No se presentaron diferencias estadísticamente significativas cuando se estudia al grupo entero y se compara por hospitales (p=0,34), sin embargo cuando se disgrega el grupo y el análisis es por unidades medico quirúrgicas, se aprecian diferencias estadísticamente significativas en las dimensiones que analizan si el PE cree en la utilización y que expectativa le acaece con respecto a la PBE (p=0,002), también se aprecia significación estadística con respecto a la dimensión que evalúa cuál es su intención de utilización de la misma (p=0,036) y a nivel de puntuación global (p=0,044).

Cochrane señalo en los años 60 que la mayoría de las intervenciones en salud no se apoyaban en ningún tipo de prueba científica, Sackett (2000)

CONCLUSIONES

Existe una actitud adecuada por parte de los profesionales de enfermería en la provincia de Castellón con respecto al uso de la práctica basada en la evidencia.

BIBLIOGRAFÍA

Cabrero García, J., & Richart Martínez, M. (1997). La investigació en infermeria. Retrieved from <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/24981>

Cabrero García J. Enfermería basada en la evidencia y utilización de la Investigación. Index de Enfermería [Index Enferm] (edición digital) 1999; 27. Disponible en <http://www.index-f.com/index-enfermeria/27revista/27_articulo_12-18.php>

Cabrero García, J., Orts-Cortés, M. I., López-Coig, M., Luisa velasco, M., & Richard-Martínez, M. (2005). Variabilidad en la práctica clínica del mantenimiento de la permeabilidad de los catéteres venosos periféricos. Gac Sanit [Revista En La Internet], 19(4), 287–294. Retrieved from http://scielo.isciii.es/pdf/gsv19n4/es_original3.pdf

Fernández Martín, J. (2009). Manual de calidad asistencial. Manual de calidad asistencial. Madrid: SESCAM Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. <http://doi.org/M.19319-2009>

Journal of Evaluation in Clinical Practice, 17(4), 664–70. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2011.01677.x>

Orts Cortés, M. I. (2015). Práctica basada en la evidencia. Barcelona [et al.] : Elsevier España. Retrieved from http://catalleg.uji.es/record=b1384540~S1*cat

Ruzafa-Martínez, M., López-Iborra, L., Madrigal-Torres, M. (2011). Attitude towards Evidence-Based Nursing Questionnaire: development and psychometric testing in Spanish community nurses.

Ruzafa-Martínez, M., López-Iborra, L., Moreno-Casbas, T., & Madrigal-Torres, M. (2013). Development and validation of the competence in evidence based practice questionnaire (EBP-COQ) among nursing students. BMC Medical Education, 13(1), 19. <http://doi.org/10.1186/1472-6920-13-1>

30. LA UNIDAD DE ICTUS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARI I POLITÈCNIC LA FE

AUTORÍA

Bonet Escriba, V., Ortega Campos, M.

LUGAR DE TRABAJO

Área de Gestión Clínica de Neurociencias. Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia.

INTRODUCCIÓN

Bajo el término ictus se engloban todas las patologías cerebro vasculares debidas a la interrupción, momentánea o definitiva, del riego sanguíneo en alguna parte del cerebro, que aparecen de forma repentina. Según la OMS es un síndrome clínico, de probable origen vascular, de desarrollo rápido de signos de afectación neurológica focal o global que duran más de 24 horas o llevan a la muerte.

La Unidad de Ictus es la parte dedicada de la sala D5 (Neurología) con pacientes en periodo post-ictus cuyas constantes fisiológicas y neurológicas son monitorizadas, requiere una gran atención por parte de enfermería para el correcto seguimiento, aplicar los cuidados basados en la evidencia resulta especialmente útil en pacientes en periodo crítico.

El Ictus supone el 80% de las causas del total de pacientes con Daño Cerebral Adquirido (DCA), muy por encima de traumatismos craneo encefálicos (TCE), secuelas neuroquirúrgicas y enfermedades inflamatorias o infecciosas del SNC. Las tres cuartas partes de los ictus se producen en mayores de 65 años, por lo que es previsible un aumento de la incidencia en los próximos años. Es altamente incapacitante, a los 6 meses un 26% de los pacientes ha fallecido y un 44% quedan en situación de dependencia, unos cuidados de calidad en la Unidad de Ictus puede tener enormes beneficios sociales y económicos.

OBJETIVOS

OBJETIVOS GENERALES:

Identificar las actuaciones de enfermería que se realizan en la Unidad de Ictus y su ajuste a los Cuidados Basados en la Evidencia.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Dar a conocer la organización y el funcionamiento de la Unidad de Ictus y como se aplican los cuidados basados en la evidencia para fomentar su implementación y, a su vez, facilitar el manejo de los pacientes de la Unidad de Ictus a enfermeras/os de nueva incorporación.

Estandarizar los cuidados aplicados a los pacientes de la Unidad.

Facilitar la integración del/la paciente, familia y/o acompañante en el entorno hospitalario con un trato personalizado, humano y respetuoso.



MATERIAL Y MÉTODO

Se realiza un estudio descriptivo detallando el contenido del proceso asistencial de los pacientes desde el ingreso en la Unidad de Ictus hasta el alta. Se elabora un diagrama de toma de decisiones y resumen de las actividades que se realizan basadas en la evidencia y se le da formato póster para facilitar su difusión.

RESULTADOS

Tras realizar la fase preparatoria descriptiva se obtiene un listado de actividades de enfermería que se incluyen en el póster indicando el nivel de evidencia. Queda pendiente un estudio prospectivo para analizar cuantitativamente el uso y nivel de implementación de las actividades estandarizadas.

DISCUSIÓN

Es común encontrarse en situaciones en las que la única justificación para hacer algo de una determinada manera es el "siempre se ha hecho así". No deja de sorprendernos que la práctica de la enfermería basada en la evidencia no se expanda con la suficiente rapidez entre los profesionales para no encontrarnos de vez en cuando con estas actitudes. La mejor y más rápida forma de cambiar estas actitudes es mediante la información. Difundir las buenas prácticas es una obligación, debemos comprometernos con esta tarea.

CONCLUSIONES

En nuestra Unidad de Ictus se trabaja de forma que los pacientes siempre reciban la mejor atención posible. Pese a las barreras relacionadas con distribución de espacios, material, etc..., nos adaptamos para desarrollar nuestras habilidades y aplicar nuestros conocimientos garantizando una calidad de los cuidados orientada a la excelencia.

Mediante unas prácticas con evidencia se consiguen unos cuidados de calidad, que a su vez derivan en la mejora de la atención recibida y percibida por el paciente. La adherencia de los profesionales de enfermería a estas prácticas se consigue mediante la visibilidad de los resultados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Unidades asistenciales del área de neurociencias. Estándares y recomendaciones de calidad. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2013. Disponible en: https://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UAAN_2013._Accesible.pdf
2. Heart and Stroke foundation of Ontario. Guía de buenas prácticas en enfermería. Valoración de Ictus en Atención Continuada. Asociación Profesional de Enfermera de Ontario, 2005, revisión 2011. Disponible en: http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/2014_ValoracionIctus_spp_022014_-_with_supplement.pdf
3. Ciccone A, Celani MG, Chiaramonte R, Rossi C, Righetti E. Continuous versus intermittent physiological monitoring for acute stroke. Cochrane Stroke Group, editor. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]; Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD008444.pub2>
4. Stroke Foundation. Clinical guidelines for stroke management 2017. Disponible en: <https://informme.org.au/en/Guidelines/Clinical-Guidelines-for-Stroke-Management-2017>
5. Lucyllynn Lizarondo, PhD, MPhysio, MPsych, BPhysio . Evidence Summary. Post Stroke Dysphagia: Nursing Management. The Joanna Briggs Institute EBP Database, JBI@Ovid. 2017; JBI12762
6. Yimei Li MBBS, MPH. Evidence Summary. Stroke: Management. The Joanna Briggs Institute EBP Database, JBI@Ovid. 2017; JBI606

Redes sociales: #CBECV18



GENERALITAT
VALENCIANA

TOTS
A UNA
veu

LaFe
Departament
de Salut


Institut d'Investigació
Sanitària La Fe



**ESCOLA
INFERMERIA**



Centro español para los cuidados
de salud basados en la evidencia
www.evidenciaencuidados.es

LaFe
Hospital
Universitari **50**
i Politècnic anys