

V ENCUENTRO DE LA VOCALÍA AEC DE CANARIAS

El V Encuentro de la Vocalía AEC de Canarias (días 1 y 2 de abril de 2016) quedó clausurado con gran satisfacción por parte de los Comités Organizador y Científico. Bajo el lema **"Investigar en enfermería es abrir puertas a la mejora de los cuidados"**, la vocalía canaria de la AEC procuró crear un ambiente agradable donde las/os enfermeras/os de la comunidad autónoma pudieran compartir y divulgar los proyectos de investigación y publicaciones que se están desarrollando en Canarias. Una reunión que cumplió todos los objetivos que había planteado la organización: "hablar de investigación". En este contexto, todos los presentes destacaron y concluyeron la enorme importancia de la comunicación inter e intra-profesional en un entorno en el que el fin común es el beneficio de los usuarios, su familia y la comunidad. En tal sentido, se resaltó la enorme trascendencia que implica una actualización de conocimientos y el interés por la búsqueda de evidencia para aplicarla en nuestro quehacer diario.

Se contó con la intervención de varios grupos de trabajo, entre ellos, la Asociación Canaria de Enfermeros en Vacunología (ACEVAC), cuyos miembros nos pusieron al día sobre vacunación neumocócica, y la Asociación Canaria de Enfermería de Pacientes Anticoagulados (ACEPA) que manifestó la realidad de los pacientes y familias que conviven día a día con las indicaciones y tratamiento con anticoagulación oral. Así mismo, enfermeros punteros en investigación, tanto en el ámbito autonómico, como nacional e internacional, participaron como ponentes en estas jornadas. Se destacan principalmente las intervenciones de los ponentes invitados, Carlos E. Martínez Alberto, Dra. María Noelia García Hernández, Dra. María Elisa Castro Peraza, Dra. Mercedes Novo Muñoz, Dra. Teresa Marco García, Dr. P. Ruyman Brito Brito, Consuelo Company Sancho y Dra. Sara Darías Curvo.

Disfrutamos de 11 comunicaciones orales y 21 comunicaciones tipo póster. Dichos trabajos reflejan el esfuerzo de los enfermeros de Canarias por hacer crecer la evidencia en cuidados. La evaluación que llevó a cabo el comité científico valoró la originalidad de los mismos, la estructura, la metodología utilizada y las referencias bibliográficas. Tras una exhaustiva valoración se nombró la mejor comunicación oral: "Ensayo clínico controlado y aleatorizado para determinar la efectividad de la práctica de biodanza en la disminución de la sobrecarga del cuidador informal", presentada por Willian Martín Dorta, y la mejor comunicación tipo póster "Experiencia con cuidadores familiares de personas dependientes. Taller de educación grupal: cuidarse para cuidar", presentada por Yurena Rojas González, Irene Clara Parrilla Suárez y Roberto Hernández Pérez.



COMUNICACIONES ORALES

Pie diabético. Una realidad ignorada

Jesús Iván Hernández Valladares

Introducción: la diabetes es una de las enfermedades crónicas más importantes en nuestro entorno, tanto en el ámbito nacional como autonómico. La neuropatía periférica es una de las complicaciones de esta patología y consecuentemente más conocido como síndrome del pie diabético. El Área de Salud de Tenerife carece de unidad específica de pie diabético. Con este trabajo se pretende conocer la situación actual del problema y cómo lo aborda el Servicio Canario de la Salud en la isla de Tenerife.

Metodología: estudio descriptivo transversal en marzo de 2016 a través de la búsqueda bibliográfica acerca del pie diabético en Tenerife y se solicitan datos epidemiológicos al departamento de técnicos de Salud Pública del Área de Tenerife mediante de la Gerencia de Atención Primaria. Además, se investiga en la Cartera de Servicios de Historia Drago AP (solicitud de permiso y datos hecha a la Gerencia de AP de Tenerife en 2015).

Resultados: existe un total de 70.976 pacientes incluidos en la Cartera de Servicios en el Programa de Seguimiento y atención a la Diabetes en Atención Primaria de Tenerife. De estos pacientes, el 13% aparece con una hemoglobina glicosilada mayor o igual a 8%, lo que denotaría un mal control de la enfermedad *a priori* (comprendería un total de 9.172 pacientes). Un dato observado es que un 30% de los pacientes incluidos en el Programa de Diabetes no tiene determinación de HbA1c en los últimos 16 meses.

No existen datos explotables sobre el diagnóstico de pie diabético o planilla de valoración del mismo por su baja tasa de volcados por parte de los profesionales de Atención Primaria.

No existen unidades específicas en hospitales de referencia y no se conocen los costes directos e indirectos de la atención al paciente con pie diabético en Tenerife.

Los costes directos e indirectos en el ámbito nacional se estiman que rondan entre los 1.290 a 5.611€ anuales en diabetes, solo incluyendo la atención en el ámbito de Atención Primaria y Endocrinología en el primer importe y el tratamiento de gangrena en el segundo importe.

Conclusiones: el problema en Tenerife no está lo suficientemente estudiado y se considera, por parte de los profesionales, necesaria la creación de una consulta específica para la valoración de esta patología. Actualmente se incluye a los pacientes en consultas globales de cirugía general y de patología vascular, no se hace un abordaje específico desde una consulta propiamente ligada a un trabajo multidisciplinar focalizado en la prevención y tratamiento de la patología, sino que se disipa entre especialidades médicas sin un eje vertebrador, que podría ser una consulta de pie diabético.

La limitación de este estudio está en la poca calidad de los registros en historia clínica y la falta de uso de las herramientas de volcado.

Estudio post intervención en Educación para la Salud del pie diabético

Yesenia Vera Moreno • Ingrid Sáenz Jadraque • Beatriz Sicilia Dávila • Julián Peyrolón Jiménez • Cristo Jesús Guzmán Fernández

Introducción: aproximadamente 250 millones de personas en el mundo tienen diabetes, lo que supone el 5,9% de la población adulta, cifra que continúa aumentando (Torreguitart, 2011). Según la Federación Internacional de la Diabetes, el 15% de los enfermos desarrollará úlceras en algún pie a lo largo de sus vidas (Sheridan, 2012) (Benbow, 2012). Muchas de estas lesiones derivan en amputaciones (Fundación para la diabetes, 1998). El 49-85% de estas amputaciones puede evitarse mediante intervenciones preventivas, tratamiento interdisciplinar de las úlceras del pie y educación sanitaria (Bowker, Pfeifer, 2008) (Fujiwara Y, Kishida K, Terao M, Takahara M, Matsuhisa M, Shimizu Y, et al, 2011). Este enfoque implica a las personas con diabetes y a los profesionales sanitarios (Cundell, 2011). Una estrategia de gestión que incluya la prevención del pie diabético debe ser una prioridad para el sistema sanitario y sus trabajadores.

Metodología: estudio cuantitativo, analítico, cuasiexperimental de tipo pre-post intervención. Se dispone de una muestra voluntaria de 20 auxiliares de enfermería (grupo A) y 22 estudiantes de enfermería (grupo B). Ambos grupos acuden a una charla educativa de 60 minutos. El nivel de conocimientos se mide con un cuestionario de elaboración propia sobre la

patología del pie diabético y los cuidados asociados. El cuestionario se cumplimenta en el momento previo a la intervención y una semana después de la misma.

Resultados: en ambos grupos la intervención fue efectiva. El grupo A obtuvo antes de la intervención un 57,92% de preguntas correctas y un 90% tras la misma, lo que supuso una mejora de 32,08%. El grupo B pasó del 53,41% de aciertos al 70,45%, mejorando un 17%. Los conocimientos previos y la mejora observada fueron mayores en el grupo A.

Conclusiones: realizando intervenciones educativas se pueden aumentar los conocimientos de los participantes, previniendo la enfermedad y mejorando la calidad de vida de la población a nuestro cuidado.

¿Estoy en rango?

M^a Desirée Vera Marrero • Jesús Iván Hernández Valladares • Pablo Ángel Pérez Pérez • Pedro Bacallado del Castillo

Introducción/objetivo: la descentralización progresiva de las consultas de anticoagulación desde Atención Especializada (AE) hacia la Atención Primaria (AP) ha supuesto un incremento de la carga asistencial para el personal de enfermería de los centros de salud de Tenerife. Esto ha significado un cambio de modelo asistencial y una mayor relación con los pacientes, que hasta el momento eran controlados por las unidades de Hematología del Complejo Hospitalario Nuestra Señora de La Candelaria (CHUNSC). Los objetivos son por una parte conocer si los pacientes que se controlan en AP están en rango terapéutico según el *International Normalized Ratio* (INR); y por otra comparar las diferencias entre Zonas Básicas de Salud (ZBS) con diferentes perfiles poblacionales -ZBS urbana Ofra, ZBS suburbana Barranco Grande y ZBS rural Granadilla de Abona-.

Metodología: en las consultas de anticoagulación de Atención Primaria de Salud de Tenerife dependientes del CHUNSC se dispone del programa informático HyTGGold. Se extraen los datos anonimizados para su análisis descriptivo.

Resultados: un porcentaje superior al 30% de los datos no se encuentra en rango terapéutico según el INR. No hay diferencias significativas para el porcentaje de pacientes en rango aceptable de control entre las ZBS estudiadas.

Discusión/conclusiones: el rango terapéutico fuera de lo indicado implica riesgo tromboembólico o hemorrágico. Existen diferentes vías de abordaje del mal control, entre ellas modificar el enfoque terapéutico. El Ministerio de Sanidad y la AEMPS proponen condiciones clínicas para estos enfoques.

Intervenciones enfermeras no farmacológicas para disminuir la ansiedad ante una intervención quirúrgica

Karina Daniela López Pérez • Saray Cecilia Jiménez Betancort • Carmen López Gallardo • Carmen Jiménez María • María Ángeles Morilla García

Introducción/objetivo: la NANDA 2009-2011 define la ansiedad como la sensación vaga o intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autónoma. Es una señal de alerta que advierte de peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para afrontar la amenaza.

Las intervenciones quirúrgicas suponen una experiencia nueva para usuarios y familias que pueden generar ansiedad. Causa en mayor o menor medida una alteración biopsicosocial de la persona en función de su edad, sexo, experiencia previa e información sobre diagnóstico, pronóstico e intervención a realizar.

Diversos estudios hablan de aumento de los requisitos anestésicos intraoperatorios, complicaciones postoperatorias y aumento de la sensación de dolor como consecuencias negativas en relación a niveles altos de ansiedad.

Existe evidencia de calidad sobre intervenciones enfermeras no farmacológicas que ayudan a mantener niveles de ansiedad controlados para obtener experiencias de salud satisfactorias, es el uso de fármacos la primera opción terapéutica actual.

El objetivo del presente estudio es realizar una búsqueda narrativa de intervenciones enfermeras no farmacológicas eficaces y accesibles en el ámbito de trabajo, que disminuyan la ansiedad de los pacientes ante una intervención quirúrgica, basándose en evidencia científica.

Metodología: se seleccionan intervenciones enfermeras NIC relacionadas con el diagnóstico NANDA Ansiedad y se lleva a cabo una revisión narrativa de artículos en las bases de datos de PubMed, CINAHL y CUIDEN. Se utilizan descriptores MeSH: *anxiety, nursing process, music therapy, aromatherapy, relaxation, mindfulness, passiflora incarnata, plant, acupuncture therapy, hypnosis* y se marcó como límite la fecha de publicación menor a 10 años, el ámbito: cirugía, en inglés y español.

De 537 artículos se eliminaron 32 por duplicado, 273 el título no respondía la pregunta, 197 cuyo *abstract* no era relativo al presente trabajo, cinco no se pudo obtener el artículo completo. Un total de 30 artículos fueron analizados.

Resultados: se llevó a cabo una agrupación de los 30 artículos en función de las intervenciones estudiadas: musicoterapia, aromaterapia, distracción, acupuntura, hipnosis, disminución del dolor, presencia, contacto terapéutico, humor, masaje, manejo ambiental, técnica relajación, presencia. Se elaboró una tabla descriptiva con los resultados obtenidos.

Discusión/conclusiones: intervenciones enfermeras no farmacológicas ayudan a disminuir la ansiedad ante un proceso quirúrgico. Las más estudiadas son: musicoterapia, aromaterapia, hipnosis y dar información. Conocer experiencias previas y temores, promover la expresión de sentimientos, generar un ambiente de confianza y seguridad predispone a experiencias de salud satisfactoria. De forma concreta, el conocimiento sobre diagnóstico, técnica y pronóstico es clave para disminuir la ansiedad.

Propuesta para el desarrollo de un proyecto de código abierto para personas con deficiencias visuales

Julián Peyrolón Jiménez • Cristo Jesús Guzmán Fernández • MT Rivero Díaz • Yaiza Desiré Montesinos Arteaga • Gonzalo Duarte Clímets

Introducción: en España viven cerca de un millón de personas con deficiencia visual y alrededor de setenta mil padecen ceguera legalmente reconocida. La mensajería instantánea es un recurso de accesibilidad sanitaria. Hasta ahora facilitar el acceso a la mensajería instantánea de las personas con deficiencias visuales se contempla en pocos proyectos. Cabe destacar a *Voice Stick*, un escáner que traducía texto en papel a voz. Otro proyecto, *B&D Messenger* era un sintetizador de voz que conectado a internet que mandaba SMS. Telefónica Móviles, la ONCE y Owasys lideraron el desarrollo de un terminal, el *Owasys 22C*, uno de los primeros teléfonos en integrar la locución de SMS, llamadas e identificación de las mismas, aunque sin posibilidad de uso de una auténtica mensajería en los términos en los que hoy conocemos.

Desarrollo de la experiencia: se valora modificar una aplicación de mensajería instantánea ya existente, en función de unos criterios predefinidos: código no propietario, popularidad, instalable en terminales de un amplio rango de precios, facilidades para el desarrollador, otras –velocidad, uso memoria, seguridad, archivos manejados–.

Posteriormente, se implementan cuatro fases. En la primera se programa una versión inicial de la aplicación, junto a su manual de instalación. En la segunda se analiza la estabilidad y usabilidad en una muestra de siete dispositivos. La tercera supone la elaboración de contenidos web para centralizar descargas de la aplicación y manual revisados, así como pruebas con un grupo de cinco enfermeras gestoras de casos (selección de conveniencia), en un uso habitual. La cuarta fase está en desarrollo y supone la liberación definitiva de aplicación y documentación, así como el inicio de pruebas en sujetos finalistas.

Conclusiones: las personas con deficiencia visual son un colectivo que puede verse beneficiado por el desarrollo de nuevas tecnologías aplicadas a los teléfonos inteligentes. Su necesidad de comunicarse es al menos similar al resto de la población, y el acceso a soluciones adaptadas no debería implicar añadidos, sobrecostes, o discriminación alguna por razón de su perfil.

Se han confiado las pruebas a un grupo de enfermeras gestoras de casos. Además de entrenadas en la valoración de las necesidades de los usuarios a su cargo, son capaces de proporcionar un enfoque integrador en el que a la atención técnica se suma el conocimiento profundo de la realidad de la persona. Esto convierte a este perfil profesional en una referencia a la hora de diseñar acciones destinadas a cubrir necesidades específicas que favorezcan los autocuidados y la independencia de las personas.

Se confía en que esta experiencia sirva para futuros desarrollos de aplicaciones relacionadas con la salud.

Intervención de enfermería ante el paciente agresivo

César Villamediana Navas

Introducción: la estigmatización del paciente psiquiátrico es todavía una fuerte barrera social presente aún en el ámbito sanitario. Existe miedo entre los profesionales a tratar a estos sujetos potencialmente agresivos. Se relaciona con desconocimiento, falta de destreza y habilidad que capacitan al personal sanitario para atender este tipo de situaciones. El correcto uso de herramientas como la comunicación efectiva y asertiva, conocimiento de la patología psiquiátrica, diferentes formas de abordar al paciente agresivo, el manejo adecuado de la contención mecánica y manejo de los fármacos más utilizados en estos casos, son clave para realizar intervenciones competentes.

Metodología: revisión sistemática en bases de datos Medline, Pubmed, Cochrane, Scielo y literatura gris.

Resultados: los artículos identificados fueron 256 de los cuales se seleccionaron 44 artículos.

En cuanto a las patologías que cursan con un mayor número de agresiones están la esquizofrenia paranoide, el trastorno límite de la personalidad y retraso mental.

Como resultados destacan que en la forma de proceder ante la contención verbal y mecánica vista desde numerosos autores es similar y no son relevantes las diferencias.

Los fármacos más utilizados para la contención del paciente agresivo son las benzodiazepinas y los antipsicóticos, no se encuentra un tratamiento de elección general.

Conclusiones: la intervención de enfermería ante el paciente agresivo varía según la persona ya que las diferentes patologías no pueden abordarse de la misma forma, por ende, no hay una fórmula única. Cabe mencionar que debe seguirse una secuencia ordenada de abordaje, donde el último recurso es la contención mecánica.

Los recursos utilizados, el bagaje profesional y la actitud empleada por el profesional son las armas más potentes de que dispone la enfermera para enfrentarse a estas situaciones.

¿Cómo se puede estimar el riesgo cardiovascular?

Jennifer Sacramento Pacheco

Introducción/objetivo: las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte en el mundo. Las enfermedades cardiovasculares tienen una alta prevalencia en los países europeos y más concretamente en España. Se encuentran impulsadas por diferentes factores de riesgo como son el tabaquismo, la diabetes, la obesidad, la hipercolesterolemia o la hipertensión arterial, entre otros. Canarias es una de las comunidades autónomas con mayor tasa de factores de riesgo. El objetivo del trabajo es identificar diferentes métodos de estimación del riesgo cardiovascular y compararlos.

Metodología: búsqueda bibliográfica en Dialnet y Cochrane Plus.

Resultados: se obtuvieron 23 artículos y literatura gris referencial. Existen diferentes métodos de cálculo del riesgo cardiovascular, entre los que se seleccionan cinco. Por un lado, se tienen las tablas de Framingham, SCORE pionero que se utiliza desde el año 1990, pero que según los resultados de diferentes estudios se encuentra validado para población americana subestimando los resultados en otra población. Por otro lado se tienen las tablas del SCORE que se validaron para población europea, pero no incluye el factor de riesgo diabetes para su cálculo. Seguidamente se identificó un estudio en Girona que dio lugar a las tablas REGICOR que incluyen las mismas variables que el estudio Framingham y fueron validadas para población española. Además, también se encontró un estudio que demostraba que a través de la valoración de la hemodinámica ocular se podría estimar el riesgo cardiovascular. Por último, se seleccionó un estudio del año 2015 que propone una nueva ecuación para población española denominada ecuación ERICE.

Discusión/conclusiones: las enfermedades cardiovasculares se encuentran en aumento, algo que principalmente se relaciona con el estilo de vida adoptado por la población. En función de las diferentes características poblacionales han ido surgiendo diferentes métodos para estimar el riesgo cardiovascular. La conclusión a la que se llega tras realizar la presente revisión es que para poder estimar el riesgo cardiovascular en una población se debe de utilizar un método adaptado a ella, por ejemplo, para una población española es más adecuado REGICOR que el método de Framingham.

Ensayo clínico controlado y aleatorizado para determinar la efectividad de la práctica de biodanza en la disminución de la sobrecarga del cuidador informal

William Martín Dorta

Introducción/objetivo: los avances tecnológicos y científicos sobre la salud y la enfermedad conseguidos en los países desarrollados, unido a la baja natalidad, descenso de la mortalidad, creciente aumento de la expectativa de vida y el consecuente predominio de enfermedades crónicas, definen las características actuales y futuras de nuestra sociedad. Estos factores influyen en un aumento de las personas dependientes que requieren cuidados de larga duración y de necesidades asistenciales desde los sistemas formales e informales de cuidados. En la mayoría de los casos, la asistencia de la persona dependiente suele ser diaria e intensa, implicando una elevada responsabilidad que puede mantenerse durante años. Diversos estudios, especialmente desde el ámbito de las ciencias sociales, han estudiado las manifestaciones y/o alteraciones en la salud del cuidador asociadas al hecho de cuidar, poniendo de manifiesto la sobrecarga física y emocional que presentan los cuidadores informales, pudiendo llegar a manifestar lo que se denomina "sobrecarga del cuidador".

Este estudio pretende, como objetivo principal, conocer los efectos que la práctica de biodanza puede ejercer sobre la sobrecarga del cuidador informal.

El objetivo es valorar la eficacia de la biodanza para reducir la sobrecarga del cuidador en un grupo de cuidadoras informales.

Metodología: ensayo clínico controlado y aleatorizado. Participantes: 36 mujeres; tres meses o más como cuidadoras principales sin remuneración económica. Intervención: grupo experimental (GE) participó durante tres meses de un taller de biodanza de 12 sesiones con una duración media de dos horas. Grupo control (GC) permaneció en una lista de espera. Se realizaron dos medidas, un pretest al inicio y un posttest a los 10 días tras finalización del taller.

Las variables son la sobrecarga del cuidador (escala de Zarit), el nivel de ansiedad (escala de Hamilton), la calidad del sueño (cuestionario Oviedo). Análisis: test t para muestras independientes en la comparación de variables continuas entre GC y GE; test t para datos relacionados en comparación de variables entre pre y posttest. Significación $p \leq 0,05$.

Resultados: características sociodemográficas y de control similares entre grupos antes de la intervención. Todas las variables presentaron diferencias estadísticamente significativas entre pre y posttest para GE, para sobrecarga una diferencia media de 5,2 puntos; ansiedad 7,93; hipersomnio 2,6; satisfacción del sueño -1,27; insomnio 8,2. No se obtuvo diferencias estadísticamente significativas entre GC y GE en el posttest para sobrecarga, 43,60 vs. 48,12 ($p = 0,06$); ni para el insomnio, 18,67 vs. 24,00 ($p = 0,10$).

Conclusión: la biodanza puede ser una intervención eficaz en la reducción de la sobrecarga del cuidador informal.

Palabras clave: ensayo clínico controlado aleatorizado; tratamiento por la danza; cuidadores; carga de trabajo; ansiedad; trastornos del sueño; terapias complementarias.

Productos tópicos semisólidos utilizados en Atención Primaria. Diferencias

María Luna Pérez Gutiérrez • Gonzalo Duarte Climents

Introducción/objetivos: los productos tópicos semisólidos son de gran uso en Atención Primaria para tratar diferentes deterioros de la integridad cutánea o tisular. Son preparaciones de consistencia semisólida destinadas a ser aplicadas sobre la piel o mucosas. El fin de estos productos es ejercer una acción local relacionada con su propia característica emoliente o protectora; también es favorecer la absorción o penetración percutánea de principios activos.

Los objetivos que se plantean en este trabajo son: por una parte, conocer las principales diferencias, características e indicaciones entre los distintos tipos de productos tópicos tales como cremas, pomadas, geles, ungüentos, pastas, etc., y por otra parte, ejemplificar cada una de los tipos con los productos más utilizados en Atención Primaria.

Método: revisión narrativa en bases de datos: Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, Vademecum, y bases de datos disponibles en el a biblioteca virtual del Servicio Canario de la Salud.

Resultados: la diferencia fundamental entre los tipos de productos semisólidos se relaciona con sus contenidos de agua frente a grasa. Desde los productos con más agua y menos grasa (cremas) hasta los que mayor contenido graso presentan (pastas). La otra diferencia se relaciona con la composición de cada producto.

Se detallada cada tipo de producto tópico más los productos comerciales más utilizados en las consultas de Atención Primaria, conociendo así su indicación, el método de aplicación y el intervalo de aplicación. También se explican advertencias del producto y su uso en niños y ancianos que por su fragilidad viene a ser diferente.

El cálculo de la dosis de medicamento o productos activo presente en cada aplicación de producto tópico semisólido presenta dificultades. Se propone un método sencillo de cálculo mediante jeringuilla en función del calibre de la misma y los milímetros cúbicos administrados.

Conclusiones: es importante identificar las diferentes características de los productos semisólidos de uso tópico en Atención Primaria. El cálculo de las dosis de producto activo en cada aplicación presenta dificultades.

Sobrecarga de las cuidadoras en zona básica de Salud Granadilla de Abona

Daniel Sánchez-Barbudo Linares • Alejandra Jiménez Álvarez • Raquel Pérez Yanes • Yanira Rodríguez González

Introducción/objetivo: en los últimos años ha aumentado la esperanza de vida y el porcentaje de personas mayores de 65 años en nuestra sociedad. Unido al fenómeno de la dependencia y de las enfermedades crónicas genera un gran aumento de las necesidades de cuidados y del gasto sanitario.

Uno de los pilares fundamentales del cuidado son las personas cuidadoras familiares, por ello se hace indispensable en este contexto un análisis detallado de las condiciones de estas. El objetivo de este estudio es valorar la calidad de vida de las cuidadoras.

Metodología: para conocer la calidad de vida de las cuidadoras entendida como sobrecarga se ha aplicado la versión del cuestionario Zarit adaptado a este medio. Se ha realizado un muestreo sistemático oportunista para 34 sujetos, sobre 954 filiadas por el Servicio Canario de Salud en la zona básica de salud.

Se prueba que la distribución de esta muestra tiende a la normalidad y mediante la estadística paramétrica se han relacionado las variables de este cuestionario con la sobrecarga global para saber cual de estas variables es dependiente o no del nivel de sobrecarga de estas cuidadoras.

Resultados: de la muestra de cuidadoras, el 70% se encuentra en los valores de sobrecarga intensa, el 18% se cataloga como sobrecarga ligera y solo el 12% se encuentra libre de sobrecarga. Mediante un test de hipótesis y una Chi cuadrado se han conseguido correlacionar como dependientes de la sobrecarga global 11 de los 22 ítems del cuestionario y se han escogidos los más relevantes para diseñar acciones de mejora.

Discusión/conclusiones: el nivel de sobrecarga que experimentan las cuidadoras de Granadilla de Abona es intenso. Se relaciona con las variables: tiempo empleado, tensión emocional que genera el cuidado, dinero empleado e imposibilidad de traspasar ese cuidado a otras personas. La variable menos influyente en la sobrecarga de las cuidadoras es la demanda del receptor de los cuidados y el sentirse enfadados en presencia de su familiar.

Las acciones de mejora para disminuir la sobrecarga de estas cuidadoras y, por tanto, aumentar su resiliencia y calidad de vida, deberán ir encaminadas a mejorar las variables tiempo, tensión emocional, dinero y descarga.

COMUNICACIONES PÓSTER

Liderazgo en enfermería

María Candelaria Rodríguez Santos

Introducción: la palabra "liderazgo" se define como la influencia que se ejerce sobre las personas y que permite incentivarlas para que trabajen en forma entusiasta con un objetivo común. Quien ejerce el liderazgo se conoce como líder. Para promover la salud, el enfermero debe tener un papel dinámico, eficaz y personificado en la figura del líder. Tendrá las condiciones necesarias para el poder y correcto funcionamiento de cualquier institución.

Objetivos: describir la posición excelente en la que se encuentra la enfermería para asumir funciones de liderazgo:

- Participando en los órganos de gestión del sistema sanitario.
- Promoviendo el desarrollo profesional del equipo de enfermería.
- Influyendo en las actitudes de los individuos y grupos en materia de salud.

Desarrollo de la experiencia: en el contexto de la Atención Primaria comenzamos una serie de sesiones de trabajo estructuradas. En ellas los profesionales exponen sus problemas, sus defectos y ventajas a la hora de organizar el trabajo, entendido este no solo como atención del paciente sino otras cuestiones organizativas. Se delegan responsabilidades de diferentes campos a profesionales que creen que están cualificados para desempeñarlos. Con ello se busca lograr que compañeros dirijan otras áreas (responsable de formación, de residuos, laboratorio...) y evalúen positiva o negativamente su desempeño para mejorar y eliminar errores.

Se revisan en las sesiones los siguientes contenidos:

- La evolución de la profesión a lo largo de los últimos años ha puesto de manifiesto la necesidad de profesionales con una nueva visión del mundo y con unos valores que influyen dentro de la visión de un líder.
- Para la enfermería el liderazgo es básico y trascendental en la toma de decisiones y para el desarrollo de la profesión en todos los ámbitos. Por tanto, el liderazgo es el modo de organizar el trabajo de un ente (institución, organización) alrededor de una visión y misión y se compromete al grupo en el logro de las metas.
- El líder debe de cumplir una serie de metas: dirección o guía, orientación, cumplimiento de los objetivos, credibilidad, resolución de los problemas, manejo de los conflictos, saber escuchar, llenar expectativas y respeto a otros.
- Existen varias dimensiones de liderazgo: liderazgo orientado hacia la tarea u objetivo, el orientado hacia las relaciones y el transaccional.

Existen tres tipos de líderes:

- Autócrata (toma decisiones sin consultar y alejado del grupo. Ordena y espera obediencia, es dogmático y positivo y dirige mediante la capacidad de retener o conceder recompensas o castigos).
- Participativo (consulta a los subordinados sobre las acciones y decisiones propuestas y fomenta la participación).
- Líder de rienda suelta o despreocupado (hacer y dejar hacer. Otorga a sus subordinados independencia operativa, los líderes dependen de sus subordinados para establecer sus objetivos).

Se debe procurar como buen líder aceptar la responsabilidad y comprometerse a luchar para que el equipo logre a sus objetivos, ser honrados y positivos, persuasivos, altruistas, tener coraje, fiable, directo y muchas más características que harán que un líder logre lo que se ha propuesto. También hay que evitar ser indisciplinado, pasivo, no escuchar al grupo, inflexibilidad, no ser comunicativo y en definitiva todo aquello que implique ir en contra del grupo y los objetivos que tiene planteados.

Conclusiones: la profesión de enfermería tiene la responsabilidad de dirigir el camino hacia el cambio, considerar los grandes problemas a los que se enfrenta e identificar las estrategias cuyas acciones se requieren para ejercer todo un potencial de liderazgo.

Un líder en enfermería debe de ser el artífice de ese cambio con su honradez (autoridad moral), convicción y muchas más actitudes que lo caracterizan y sin nunca menospreciar el trabajo en equipo, el cual se considera básico en el liderazgo.

Hay personas con condiciones innatas de liderazgo (innovadores, visionarios...) pero las principales cualidades de un líder se pueden aprender, requiriendo que la persona se comprometa, que cambie de hábitos y que incorpore nuevas conductas a su personalidad.

“Somos excelentes profesionales, comprometidos con nuestra profesión aspectos que nos pueden ayudar a ser líderes de nuestra profesión.

El primer paso hacia un liderazgo efectivo no es la acción sino el entendimiento” (John W. Wardner).

Dejo de esconderme: comunica su orientación sexual a su familia. Caso clínico

Miriam González Suárez • Lucía Pérez-Vico Díaz de Rada • Laura Figueroa Martín • Rosario Hernández Martín

Introducción: la orientación sexual definida como “la capacidad de cada persona de sentir una profunda atracción emocional, afectiva y sexual por personas de un género diferente al suyo, de su mismo género o de más de un género, así como a la

capacidad de mantener relaciones íntimas y sexuales con personas", culmina su desarrollo durante la adolescencia. Desde que el adolescente percibe sentirse atraído por personas de su mismo sexo comienza una lucha interna y no todos lo experimentan de la misma forma. Se presenta el caso de un paciente de 17 años con problemas de ansiedad provocados por el cambio en la relación familiar tras la revelación de su orientación sexual.

Desarrollo del caso: adolescente de 17 años que acude a consulta de Atención Primaria con temblor generalizado, sensación de falta de aire, dolor torácico refiriendo ansiedad. No es la primera vez que consulta por el mismo motivo, tras la resolución del episodio y antes de abandonar el centro, se cita al paciente en la consulta de enfermería para conocer en profundidad su situación. Se realiza una entrevista focalizada mediante patrones funcionales de salud. Destaca autopercepción-autoconcepto: repetidas crisis de ansiedad. Teme por su salud y la de su madre. Le ha confesado su orientación sexual. Baja autoestima, insatisfecho consigo mismo. Rol-relaciones: buena relación familiar, estrecha especialmente con su madre, a partir del día que le confesó su homosexualidad no recibe el mismo trato. Sensación de vergüenza y decepción. Apoyo exclusivo de sus abuelos. Sexualidad-Reproducción: homosexualidad percibida desde los 11 años. No ha sido capaz de confesarlo ni de mantener relaciones personales-afectivas hasta que cambia de instituto. Valores y creencias: sufre por ver cuestionada su identidad, siente que no lo respetan tal cual es.

Plan de cuidados: se priorizan los siguientes diagnósticos enfermeros para realizar un plan de cuidados individualizado: Ansiedad relacionada con (r/c) estrés y amenaza de autoconcepto manifestado por (m/p) expresión de preocupaciones debidas a cambios en acontecimientos vitales, anorexia y trastornos del sueño. Como objetivos: afrontamiento de problemas; e intervenciones: apoyo emocional, aumentar el afrontamiento, entrenamiento de la asertividad.

Afrontamiento familiar comprometido r/c una crisis situacional y falta de apoyo de la persona de referencia m/p la falta de apoyo percibida, ruptura de la relación familiar en el momento actual. Como objetivos: clima social de la familia, funcionamiento de la familia; e intervenciones: educación paterna: adolescentes, fomentar el desarrollo: adolescentes, fomentar la implicación familiar, terapia familiar.

La terapia familiar tuvo efectividad en cuanto a la consecución de objetivos en seis meses, mejoró la relación familiar entre madre e hijo, respectivamente fueron desapareciendo los síntomas de ansiedad y estrés. La utilidad de la terapia familiar en el ámbito enfermero es importante para la resolución de las necesidades de cuidados relacionadas con problemas que aparecen durante la adolescencia.

Conclusiones: la familia juega un papel fundamental en el desarrollo social del adolescente. Cuando las expectativas de la familia no se cumplen, sobre todo en aspectos de orientación sexual, aparece el conflicto y con ello el sufrimiento del adolescente. Los profesionales sanitarios adquieren especial relevancia en la resolución de estos problemas y en la orientación a las familias para superar el proceso y ayudar al adolescente en su desarrollo.

Consulta antitabaco en un centro de salud del norte (Centro de Salud Casco Botánico, Puerto de la Cruz)

Mercedes Pérez Carballo • María Candelaria Rodríguez Santos

Introducción: el tabaquismo es un proceso adictivo considerado una enfermedad crónica. Se considera la primera causa evitable de enfermedad, invalidez y muerte. Los fumadores presentan con más frecuencia procesos agudos y crónicos que los no fumadores. No existe un consumo sin riesgo y los efectos perjudiciales de la exposición al humo de tabaco en la población fumadora pasiva es importante, sobre todo en la infancia. Todo ello justifica la importancia de la consulta antitabaco en Atención Primaria.

Desarrollo de la experiencia: las recomendaciones en Atención Primaria para ayudar a los pacientes a dejar de fumar permite una intervención en cada consulta e ir adaptándose al proceso de cambio en la que se encuentra cada fumador. Se ha desarrollado un algoritmo de intervención para mejorar la actuación hacia el paciente y organización del profesional.

En la consulta a demanda o programada se debe preguntar al paciente si fuma y si no felicitarle. Si fuma se le preguntará si quiere dejar de fumar en los próximos seis meses para determinar en la fase del cambio según el modelo de Prochaska, Di Clemente y Norcross en la que se encuentra. Si la respuesta es afirmativa (fase contemplación) se derivará a la unidad de deshabituación tabáquica que se ha creado en el centro, similares a otros de la isla. En la primera consulta, consulta de preparación, tras realizar diversos test y registros se determinará el tipo de terapia más apropiada para el paciente (individual o grupal) y se seguirá el algoritmo específico para profesionales.

La experiencia con el primer grupo ha sido positiva. Un grupo de pacientes ha abandonado la terapia, esto no ha significado un fracaso sino un aliciente para seguir adelante y ayudarles a conseguir su objetivo que es dejar de fumar.

Conclusiones: en la consulta de Atención Primaria se llevará a cabo una intervención integral y adaptada a la fase en la que se encuentra el fumador. El objetivo que se pretende es que el fumador vaya progresando por las diferentes fases alcanzando, finalmente, el abandono del hábito.

El trabajo enfermero unido a la implicación del equipo es fundamental en el transcurso del proceso.

Enfermeros en positivo (inteligencia emocional)

María Candelaria Rodríguez Santos

Introducción: la inteligencia emocional es la habilidad que posee cada persona para gestionar bien las emociones, tanto las propias como las de los demás. Es la capacidad humana de sentir, entender, controlar y modificar los estados emocionales de uno mismo y también de los demás. La inteligencia emocional aglutina cuatro aspectos básicos: la percepción, el manejo, el entendimiento y la utilización de las emociones.

Metodología: se ha realizado una revisión narrativa empleando bases de datos (Medline, Dialnet, Scielo y base de datos del Colegio de Psicólogos de Tenerife) nacionales e internacionales, usando palabras claves como enfermería, inteligencia emocional, positivismo y autoestima. Tras ello se llevó a cabo una tormenta de ideas y discusión final de los profesionales llevando a las siguientes conclusiones lograr como objetivo crear un grupo de trabajo sobre la aplicabilidad de la inteligencia emocional de los profesionales de salud en la consulta diaria evitando síndromes como el *burnout* o estrés emocional.

Desarrollo de la experiencia: los enfermeros son profesionales altamente cualificados que trabajan con pacientes-clientes. Su trabajo provoca en muchas ocasiones estrés, estados de ansiedad, fatiga, cansancio, que impiden realizar un trabajo óptimo. Para lograr una mejora en la calidad de los cuidados se deben adquirir habilidades y capacidades suficientes para alejar estos aspectos negativos.

Existen diez claves en inteligencia emocional se deben trabajar a diario y que ayudarán en el día a día de su trabajo:

- Ser conscientes del estado emocional (tristeza, felicidad, ansiedad).
- Juicios basados en hechos y no en emociones.
- Transformar lo negativo en positivo y reflexionar.
- Poner límites en determinadas situaciones (ser fuertes).
- Rodearse de gente positiva.
- Vivir en el presente y no en el pasado para tener metas y trabajar.
- Cuidar los pensamientos positivos.
- Saber que hay una vida, vivir tu vida pero aprender de las vidas de los demás.
- Saber cuándo actuar, ser oportuno.
- Ojos, mente y corazón abiertos para ver a los demás.

Existe evidencia a favor de realizar terapia con el objetivo de mejorar la situación de los profesionales en su trabajo con pacientes-clientes y a nivel personal.

Se organizó un grupo de terapia para poner en práctica las claves localizadas en la bibliografía con la colaboración de personal especializado como un psicólogo. Estamos en fase de inicio, a la espera de concretar los primeros resultados.

Conclusiones: el personal de enfermería debe prestar un óptimo servicio a la comunidad, para ello además de los conocimientos teórico-prácticos cuentan con un equilibrio mental y físico que le permite ejercer su actividad de una manera eficiente en la práctica diaria. La inteligencia emocional ayuda a desarrollar esos atributos. Particularmente, las enfermeras por su constante relación con los pacientes están sometidas a una carga traumática ante el sufrimiento humano y la muerte. Todo ello puede desembocar en conductas y respuestas emocionales que tienen repercusiones en su capacidad para brindar atención sanitaria adecuada, sobre su bienestar emocional e incluso su vida particular. Se debe intentar redirigir las emociones hacia nuestro beneficio y el de los que cuidamos.

Donación de sangre y Enfermería Comunitaria

Laura Figueroa Martín • Félix González Meás • Miriam González Suarez • Lucía Pérez-Vico Díaz de Rada • Luis Martín Camacho • Arleni Hernández González

Introducción/objetivo: la donación de sangre en España se realiza de forma altruista. Se estima que son necesarias 40 donaciones por cada 1.000 habitantes/año. En el área de salud, provincia de Santa Cruz de Tenerife, se obtienen 30 donaciones por cada 1.000 habitantes/año mediante siete puntos fijos de donación, más puntos itinerantes. El objetivo principal de esta experiencia profesional es conocer la efectividad de la intervención comunitaria de un equipo enfermero de la zona básica de salud (ZBS) en relación al aumento del número de usuarios que realizan donaciones de sangre.

Desarrollo de la experiencia: para que un llamamiento para la donación de sangre sea efectivo ha de alcanzar mínimo 15 donaciones. El Instituto Canario de Hemoterapia y Hemodonación (ICHH) es el encargado de publicitar la localización de los puntos de extracción de sangre itinerante. Antes de la colecta programada se identifica la población diana de la ZBS para la donación y se desarrollan estrategias de promoción, educación para la salud, sensibilización de la importancia de la donación, coordinándose con diferentes servicios institucionales y comunitarios. Posteriormente, se evalúan los resultados de manera conjunta con el ICHH. Comparando los resultados del número de donaciones obtenidas en campañas previas, 11-12 donantes con ocho donaciones efectivas, con las donaciones resultantes de la última campaña tras sensibilizar e informar a la población, resultaron 51 donantes con 44 donaciones efectivas.

De forma cualitativa se observan beneficios derivados de la donación de sangre, a nivel individual el donante refiere satisfacción y aumento de la autoestima al poder ayudar a otra persona. Mientras, en la comunidad que presenta un elevado número de donantes se mejora la imagen interna y externa de la misma.

El equipo enfermero valora la experiencia de forma positiva y consideran necesario continuar con la actividad en futuras colectas.

Conclusiones: en concordancia con la literatura, los beneficios que se observan tras la donación de sangre ofrecen motivación para que los donantes repitan en futuras colectas y tras las actividades realizadas para la promoción y sensibilización los no donantes lo sean por primera vez. Es necesario transmitir estos beneficios y continuar con la promoción de la donación de sangre para cubrir las necesidades asistenciales. Para ello, la enfermería comunitaria tiene un rol fundamental en la educación para la salud y concienciación de la población.

Caso clínico: plan de cuidados del paciente con Corea de Huntington en una unidad de hospitalización psiquiátrica

David Gomariz Bolarín • Ayoze Adrián Correa Falcón • Irati Izaguirre Palacios • Saray Cecilia Jiménez Betancort • José David López Luís • Karina Daniela López Pérez

Introducción/objetivo: la Corea o enfermedad de Huntington es una enfermedad neurológica rara, hereditaria y degenerativa que afecta aproximadamente a 1 de cada 10.000 personas.

El objetivo de este caso clínico es presentar un plan de cuidados de una paciente de 36 años con enfermedad de Huntington. Se trata de una mujer que ingresa por alteraciones de conducta e imposibilidad de manejo en el centro donde reside.

Desarrollo del caso: se realizó una valoración por patrones funcionales de salud. Al ingreso, la paciente tenía un conocimiento parcial sobre su enfermedad, se alimentaba mediante sonda nasogástrica, era dependiente para las ABVD, presentaba insomnio, tenía problemas en el habla, sentimientos de soledad acompañados de enfados y episodios de agitación relacionados con situaciones de estrés.

Los diagnósticos enfermeros prioritarios fueron: 00155 Riesgo de caídas; 00108 Déficit de autocuidados (baño/higiene); 00103 Deterioro de la deglución; 00051 Deterioro de la comunicación verbal.

Plan de cuidados: se llevó a cabo un plan de cuidados que buscaba una conducta de prevención de las caídas, autocuidados por parte de la paciente, prevenir la aspiración y mejora en la comunicación.

Para lograr los objetivos planteados se desarrollaron las siguientes intervenciones enfermeras: enseñanza en prevención de caídas, ayuda al autocuidado, cuidados de la sonda gastrointestinal y apoyo emocional.

Se realizó una evaluación continua de los indicadores de resultado del plan de cuidados establecido, obteniéndose una mejoría en la mayoría de los problemas identificados.

Conclusiones: la enfermedad de Huntington es una patología compleja e incurable, pero se conocen sus síntomas por lo que un abordaje adecuado puede mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familiares.

En este caso, la paciente al alta logró un mayor conocimiento de su patología, se pasó a una alimentación mediante PEG, realizaba las ABVD bajo supervisión, tenía un buen descanso nocturno y obtuvo un mejor afrontamiento de los problemas, mejorando de esta manera su estado de ánimo.

Atención de enfermería a pacientes con trastorno mental grave en Atención Primaria. A propósito de un caso

David Gomariz Bolarín • Ayoze Adrián Correa Falcón • Irati Izaguirre Palacios • Saray Cecilia Jiménez Betancort • José David López Luís • Karina Daniela López Pérez

Introducción/objetivo: la prevalencia de los trastornos mentales entre las personas que son atendidas en Atención Primaria (AP) se sitúa entre el 24 y el 30%. La AP no es un mero filtro hacia los servicios especializados, sino una figura clave para el diagnóstico y tratamiento de estos pacientes. Delirios, aislamiento social, sentirse tenso, receloso, alerta, reservado o tener sentimientos irreales de celos son algunos de los síntomas que se deben identificar en estos pacientes.

El objetivo de este trabajo es presentar el caso de un paciente de 38 años diagnosticado de esquizofrenia paranoide con problemas de adherencia al tratamiento derivado de la Unidad de Salud Mental

Método: se realiza una valoración inicial por patrones funcionales de salud y se elabora un plan de cuidados atendiendo a las necesidades de salud detectadas. Se lleva a cabo una evaluación de los indicadores de resultado al inicio, a los 3, 6 y 12 meses.

Conclusiones: para los profesionales que trabajan en AP debe ser prioridad la identificación rápida de los problemas de salud mental, la derivación temprana y un buen enlace con los servicios especializados. La continuidad de los cuidados enfermeros en Atención Primaria para pacientes con trastorno mental de salud ayudará a detectar recaídas o empeoramiento de los pacientes.

Infertilidad femenina y planificación enfermera biopsicosocial en Atención Primaria de salud: a propósito de un caso

Saray Cecilia Jiménez Betancort • María Olivar Mesa Barreto • Karina Daniela López Pérez • José David López Luís • Irati Izaguirre Palacios

Introducción: en el mundo hay casi 50 millones de parejas infértiles, según un informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS), evidenciándose que un 10% de las parejas presentan infertilidad secundaria (no pueden tener un segundo hijo).

Los factores que afectan a la fertilidad pueden ser infecciosos, ambientales o genéticos, y determinadas conductas culturales.

En España, entre el 15% y el 17% de las parejas en edad fértil tiene problemas de fertilidad y esta tasa va en aumento.

España está a la cabeza en tratamientos de fertilidad, pero las listas de espera de los hospitales públicos tienen un tiempo medio de espera superior a un año, acentuando los altos costes sociales y económicos de la infertilidad. La imposibilidad de tener hijos constituye un problema con consecuencias emocionales muy importantes para la pareja que afecta de forma directa a todas las esferas de la vida de los pacientes.

Desarrollo del caso: se expone el caso de una mujer de 37 años que acude porque quiere ser madre y lleva intentándolo durante tres años sin éxito. Es madre separada de mellizas. Su fórmula obstétrica es 2G, 0P, 1C, 1A (dos gestaciones, ningún parto, una cesárea, un aborto- IVE "Interrupción Voluntaria del Embarazo").

Refiere que hasta 2012 su menstruación era regular, pero que desde entonces ha presentado menometrorragias y periodos de amenorrea, además de un aumento del vello facial.

Como patologías presenta obesidad grado III, LDL, HTA, DM tipo II, SM (síndrome metabólico). Se observa un estudio gineco-obstétrico en la que se la diagnostica de ovarios poliquísticos.

En su casa su actual pareja y el resto de la familia esperan con ilusión poder aumentarla. La paciente expresa sentimientos de labilidad emocional y cuenta con pocas personas de apoyo, aunque sus familiares intentan animarla en estas situaciones.

Se priorizan como diagnósticos de enfermería: deterioro nutricional ingesta superior a las necesidades, riesgo baja autoestima situacional (esterilidad), deterioro de la interacción social.

La trayectoria de las intervenciones se esboza a través del abordaje biopsicosocial de la paciente mediante la educación sanitaria y el pacto de objetivos. Además se indaga en el conocimiento en su red de apoyo, acompañado de estrategias de afrontamiento psicosocial encaminadas a la mejora del estrés psicosocial percibido por la infertilidad y a la posibilidad de generar relaciones personales satisfactorias con su entorno.

El resultado fundamental es la mejoría que presenta la paciente a nivel físico y psicosocial, que se manifiestan con cambios en los objetivos pactados, modificación de diagnósticos previos y progreso positivo de los resultados descritos en un inicio.

Conocer cómo se siente cada integrante de la familia ante la infertilidad es esencial para poder abordarla:

"La familia está como el bosque, si usted está fuera de él solo ve su densidad, si usted está dentro ve que cada árbol tiene su propia posición" (Proverbio Akan).

Palabras clave: planificación de atención al paciente; infertilidad femenina; Atención Primaria de salud; impacto psicosocial.

Caso clínico: problemas de sueño en edad infantil. Abordaje familiar en consulta de enfermería pediátrica de Atención Primaria

Saray Cecilia Jiménez Betancort • Ayoze Adrián Correa Falcón • David Gomariz Bolarín • Karina Daniela López Pérez • MJ Estebez López

Introducción: el insomnio infantil afecta entre 20-30% de la población infantil hasta la edad preescolar, erigiéndose como el trastorno más frecuente en la edad pediátrica. Los padres tienden a infravalorar la falta de sueño de sus hijos, pero descubren la trascendencia del sueño cuando observan cómo la cantidad y calidad en sus hijos afecta al bienestar de toda la familia. Los trastornos del sueño son un problema prevalente en la lactancia y primera infancia, más de un tercio de los niños duermen mal o no duermen lo suficiente.

Desarrollo del caso: se presenta el caso clínico de una familia nuclear con un hijo de 5 años y un segundo hijo de 10 meses. Ambos padres tienen estudios superiores y trabajan en turnos rotatorios.

El hijo mayor presentó síndrome de apnea-hipoapnea durante el sueño (SAHS) del cual ha mejorado desde que le intervinieran quirúrgicamente a los 2 años y 4 meses (adenectomía y amigdalectomía), presentando actualmente un patrón de sueño normal.

El hijo de 10 meses ha comenzado con trastornos del sueño desde los 5 meses tras un cambio de hábitos. Muestra dificultad para conciliar el sueño de forma autónoma y frecuentes despertares nocturnos durante la noche con incapacidad para volver a dormirse sin ayuda. La falta de sueño del más pequeño está generando problemas en la salud familiar.

Plan de cuidados: tras una valoración integral se prioriza el diagnóstico de "Trastorno patrón del sueño". Utilizando el lenguaje estandarizado NOC y NIC se realizan intervenciones encaminadas a aumentar el afrontamiento familiar, el asesoramiento a cerca del sueño infantil y la modificación de la conducta.

Posteriormente se evalúa a la familia y el sueño del niño, identificándose progresos.

Conclusiones: la alta frecuencia de trastornos del sueño avalan la necesidad de incluir de manera más sistemática la profilaxis de los trastornos del sueño en los controles de salud.

Prevención de las úlceras por presión

Adelaida Cruz García • Nieves Castro Marrero • Nieves Marrero Felipe • Ernestina Torres Alonso

Introducción: las úlceras por presión son áreas de piel lesionadas por permanecer en una misma posición durante demasiado tiempo. Constituyen un tipo especial de lesiones causadas por un trastorno de irrigación sanguínea. Los puntos más comprometidos en más del 80% los casos son: sacro, trocantes, nalgas, maléolos externos y talones. La presencia de una úlcera multiplica por cuatro el riesgo de muerte, un 60% entre las personas mayores en un plazo de un año tras el alta hospitalaria, aclarar que la úlcera no suele ser la causa de la muerte, sino que se desarrolla tras el declive de la salud de la persona anciana.

Desarrollo de la experiencia: el desarrollo de la experiencia enfoca los problemas que pueden ocasionar las úlceras, desde dos puntos de vista. En primer lugar, el paciente, su tratamiento y calidad de vida. En segundo lugar, el aumento de los costes en el SCS. También incorporamos un Plan de Cuidados, donde especificamos los correctos cuidados para este tipo de enfermedades de la piel.

Este trabajo se desarrolla desde el punto de vista de un paciente traumatológico donde la posición más habitual del mismo es decúbito supino (la gran mayoría no admite cambios posturales) y más de la mitad de los casos corresponde a pacientes mayores de 70 años y en tiempo prolongado.

Las úlceras por presión y su tratamiento repercuten en la calidad de vida del paciente y su familia debido al elevado coste a los que la sufren (familia) y el impacto económico al sistema de atención sanitaria.

Conclusiones: la prevención es un factor importante a la hora del desarrollo de la úlcera por presión. El papel de la enfermera en cuanto a la prevención, control y curación de las úlceras es fundamental. La escala de valoración va a indicar el riesgo, al tener establecidas las categorías: muy alto riesgo, riesgo evidente, riesgo mínimo/no riesgo.

El personal sanitario adquiere un papel fundamental en la prevención, tratamiento y curación de las úlceras por presión. Una intervención temprana es esencial para las personas con riesgo de presentar úlceras.

¿Qué se enconde detrás de un hueso?

María Candelaria Rodríguez Santos • Alicia Alba López Díaz • Yurena Castro Martín • María Mercedes Pérez Carbajo

Introducción/objetivo: el tumor de las células gigantes (TCG) es una neoplasia generalmente benigna que afecta en un 90% de los casos a la región metafisoepifisaria de los huesos largos, principalmente a la altura de la rodilla (50%). Es una lesión epifisaria, destructiva y agresiva caracterizada por la presencia de abundantes células gigantes multinucleadas. Estos tumores están considerados como benignos con agresividad local, sin embargo, hoy se sabe que llegan a presentar malignidad absoluta y producir metástasis pulmonares.

Clínicamente el TCG se presenta con dolor o síntomas referidos a la articulación como tumefacción y rigidez; la extensión hacia los tejidos blandos puede ocasionar efecto de masa ocupante de espacio y las fracturas patológicas no son infrecuentes.

El caso seleccionado es de un paciente con tumor de células gigantes cuyo Dx inicial fue patología articular mecánica; al que se le realizó una valoración y plan de cuidados tras una búsqueda de información sobre el tema.

El principal objetivo es fomentar la formación, información e investigación para obtener enfermeros preparados y cualificados en sus intervenciones.

Metodología: presentamos el caso de un varón de 34 años de edad. Sin AP ni AF de interés- Persona sana. Deportista (ex jugador de baloncesto). Acude a consulta por inflamación y dolor en rodilla derecha, en relación con la flexo-extensión. Evolución: tres meses. Niega traumatismo previo. Inicialmente valorado y tratado en consultas de Atención Primaria como una patología articular mecánica, ante la no mejoría de la clínica y agravamiento decide acudir nuevamente.

Valorado por atención hospitalaria, quienes realizan toma de muestra de contenido articular (frotis inflamatorios con predominio de neutrófilos). Solicitando las siguientes pruebas complementarias:

- RMN rodilla: tumoración ósea en metáfisis distal del fémur derecho, edema óseo y halo escleroso, sugestivo como primera posibilidad diagnóstica de condroblastoma o bien un tumor de células gigantes.
- Biopsia parte blanda: fragmentos de tumor de células gigantes óseo.

Juicio diagnóstico: tumor de células gigantes en zona articular de fémur distal derecho.

Actuación: cirugía, realizando curetaje oncológico con fresas de alta velocidad, nitrógeno líquido y diatermia. Reconstrucción con cemento y placa de osteosíntesis.

Actualmente en quimioterapia. Deambula con muletas y está pendiente de rehabilitador. Pte. de colonoscopia. Durante el proceso se realiza un control y seguimiento enfermero, tanto en Atención Primaria como en especializada (aporta informe de alta con plan de cuidados enfermero). En primaria se realiza uno preliminar que posteriormente se modifica debido al cambio en el dx del paciente y posterior resolución de su patología.

Desde enfermería los cuidados son esenciales para el paciente intervenido quirúrgicamente, desde la prevención de la infección, el control del dolor. Por ello, es preciso un conjunto de actividades (dentro del plan de cuidados) orientado a promover la asistencia de cuidados plenos, eficaces y profesionales. Se realiza un plan de cuidados estandarizado con valoración de la que se obtienen dx de enfermería (deterioro de la deambulación, ya que acude tras un mes de la intervención solo presenta cicatriz de intervención y deambula con muletas) y actúa sobre él (NOC-NIC) utilizando el programa Drago AP y atendiendo a su situación actual. Todo el desarrollo del plan de cuidados centrado en su patología se realiza en hospital y sale tras un mes con la mayoría de los dx resueltos. Se plantea desde el equipo de enfermería, con el caso del paciente, un diagnóstico para el personal que será desconocido, ya que es incluso el paciente el que nos orienta sobre su patología y proceso evolutivo en la misma. El caso hace pensar en la importancia de la documentación y búsqueda de información para dar esos cuidados plenos y eficaces de los que se ha hablado en un principio y que no se debe de obviar por el desconocimiento.

Resultados: la importancia de este caso radica que tras la adecuada orientación diagnóstica y posterior actuación, se encuentra con una patología poco conocida en la que se vislumbra la necesidad de formación continua del personal sanitario para lograr una correcta actuación enfermera.

Los planes de cuidados pueden variar en cualquier momento ya que desde una posible actuación sobre una simple patología articular se ha redirigido hacia una actuación muchos más compleja, tanto en enfermería hospitalaria como en Atención Primaria

Conclusiones: el plan de cuidados del caso clínico proporciona una base sólida para la práctica, permite una eficaz prevención de las posibles complicaciones y el fomento de la autonomía del paciente, consiguiendo así una pronta recuperación. En concreto se consigue:

- Desarrollo adecuado de una metodología de trabajo (mejor conocimiento de la patología que permite una mejor intervención).
- Aplicar el método científico a los cuidados.
- Garantizar la continuidad de cuidados enfermeros de especializada hacia primaria.

Sistemas de vacío aplicados a la cura de heridas

María Arleni Hernández González • Ángel Manuel Cervigón Abad

Introducción/objetivo: el uso de los sistemas de vacío en curas mejora la evolución de heridas muy exudativas, cavitadas y de difícil cicatrización en un corto periodo de tiempo. Además mejora la calidad de vida del paciente durante el proceso.

Existen distintos tipos de sistemas, ya sean para gran exudado con una capacidad mayor, como para exudado intermedio o escaso. La cura se realiza normalmente cada siete días, manteniendo un buen estado del lecho de la herida y de la higiene personal del paciente. La técnica consiste en colocar sobre la úlcera un apósito de esponja de poliuretano o alcohol polivinílico que actúa como interfaz entre la superficie de la herida y la fuente de vacío, en la que se coloca un tubo de drenaje fenestrado no colapsable conectado a una bomba regulable de vacío, que crea una presión negativa que puede variar entre 50 y 125 mmHg. La presión negativa se puede aplicar de forma intermitente o aplicarse de forma continua. Las bombas tienen vida media, bien con pilas las más pequeñas o recargables con electricidad.

Esta técnica está indicada en pacientes con heridas agudas, crónicas, traumáticas, vasculares, quemaduras de espesor parcial, diabéticas, por radiodermatitis, por presión, o como alternativa a la cirugía (dehiscencias de suturas, úlceras de muñones, colgajos fallidos, incluso cuando hay exposición de hueso o tendón).

Este sistema mejora el tejido de granulación de la herida, cicatrizando más rápidamente.

El objetivo que se plantea el grupo de trabajo es demostrar que el uso de sistemas de vacío en curas mejora la evaluación de heridas muy exudativas, cavitadas y de difícil cicatrización en un corto periodo de tiempo. En esta experiencia se ha valorado la evolución de la infección de tres artrodesis de columna. Tras tres meses de limpiezas quirúrgicas y mala evolución con cura convencional, cicatrizan en menos de un mes con estos sistemas de vacío.

Desarrollo de la experiencia: se estudiaron tres casos de infección en artrodesis de columna en la unidad de traumatología del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias.

La aplicación de los sistemas de vacío, tanto de gran absorción para heridas muy exudativas, como para exudado algo inferior, a medida que el exudado va disminuyendo durante el proceso de cicatrización hace que la herida cicatrice en un menor espacio de tiempo que en una cura convencional.

Ventajas clínicas:

- Proporciona un entorno cerrado y húmedo para la curación de heridas.
- Disminuye el volumen de la herida. La herida se reduce al ir aproximándose sus extremos.
- Elimina el exceso de fluidos que pueden inhibir la curación de la herida. Reduce la colonización bacteriana en la zona de la herida.
- Ayuda a eliminar el fluido intersticial. La eliminación del fluido intersticial puede influir positivamente en la reducción del edema lo que ayudará a mejorar el flujo sanguíneo a la herida.
- Promueve la granulación. Presión negativa localizada y controlada para ayudar a cerrar uniformemente las heridas.

Se observa la evolución en heridas cavitadas y muy exudativas que no evolucionan tras varias limpiezas quirúrgicas y antibioterapia durante tres meses con curas convencionales en la unidad, aplicando este sistema cicatrizan al mes de comenzar la terapia.

Conclusiones: tras el resultado de esta experiencia, se concluye que el uso de estos sistemas en heridas cavitadas y muy exudativas hace que mejore el lecho de la herida y evolucione más rápidamente, disminuyendo la estancia media y generando mayor autonomía e independencia del paciente. Se lleva tanto a nivel hospitalario como domiciliario, ya que las curas no son diarias y es un sistema cómodo para el paciente, mejorando su confort durante este periodo de tiempo.

Se considera la necesidad de realizar más ensayos clínicos con este sistema de curas frente a otros tipos de cura convencional para obtener la evidencia necesaria que apoye su uso en la práctica.

La enfermería a través del objetivo

Julián Peyrolón Jiménez • Yaiza Desiré Montesinos Arteaga • Yesenia Vera Moreno • Sarai Rodríguez Rodríguez • S Herrera Luis

Introducción: los medios de comunicación en general no solo reflejan la realidad, sino que también contribuyen a crearla, por mucho que su versión de esta no sea más que una entre muchas otras y no por ello más válida.

En España, con una media de consumo de cuatro horas diarias en 2011 (1), la televisión pasa a ser la fuente de observación más importante para el individuo, a la hora de asumir la creación de la opinión dominante sobre un tema en particular; por tanto, lo que se dice en ella respecto a una profesión es relevante en la construcción de la opinión pública en relación a ella.

Sampedro señala que existe todo un mercado de identidades mediáticas, que hace más visibles y deja en un rol de superioridad a aquellos grupos sociales que disponen de más recursos económicos o culturales, lo que tiende a aumentar la desigualdad en el nivel simbólico, asignándoles roles subordinados.

Metodología: revisión bibliográfica de artículos publicados de 2010 en adelante y a texto completo en *Lilacs*, *Google Scholar* y *Pubmed*. Palabras clave: *nurse*, *stereotype*, *television*, *perception*, *communications media*.

Inicialmente 818 resultados, 22 tras aplicar los criterios de inclusión, tres relevantes.

Resultados: distintos autores describen algunas de las realidades que en nuestro entorno nos resultan familiares (subordinación, estereotipo ligado al sexo, etc.).

Conclusiones: a pesar de que la enfermería se regula por la Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias y dispone de una autonomía, características y señas de identidad propias, las intervenciones y sus resultados permanecen invisibles bien por

la falta de interés en hacerlos públicos, la escasa formación en investigación y/o los criterios de evaluación, exclusivamente biomédicos; así, el papel de los profesionales queda subordinado a alcanzar dichos criterios y diluido en una visión sesgada en términos de la asistencia.

Tras analizar anuncios publicitarios, se observa claramente el estereotipo. Enfermeras ataviadas con uniformes, donde la tónica general pasa por faldas cortas y ceñidas, escotes y actitudes impropias de la profesión (poses forzadas, gestos y guiños insinuantes, etc.); esto refuerza el mensaje de ser un objeto sexual, sin control sobre nuestros actos, y con una afectividad marcada por la falta de dicho control, con un papel meramente decorativo y que tan siquiera guarda relación con el producto que se publicita, reforzando la impresión de que aportamos un valor nulo.

Se ha de entender los mecanismos que subyacen tras los estereotipos, evitando vivir de espaldas a los medios y aprendiendo a transmitir la verdadera identidad.

Enfermería en trasplantes óseos

María Arleni Hernández González • Laura Figueroa Martín • Luis Martín Camacho

Introducción/objetivo: el papel de la enfermería en el trasplante de tejido osteotendinoso alogénico, bien de donante vivo, autotrasplante, o de cadáver, en intervenciones quirúrgicas de traumatología favorece la disminución de la estancia media hospitalaria.

El objetivo es dar a conocer el papel de la enfermera en la unidad de traumatología del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias, tras la recepción del paciente, los cuidados pre y postquirúrgicos una vez sometido a un trasplante óseo.

Desarrollo de la experiencia: los pacientes habituales en la unidad con este tipo de trasplante son: defecto óseo relacionados con tumores óseos, intervenciones previas que no consolidan la fractura, defectos óseos de fracturas complicadas o intervenciones de artrodesis de columna.

Principales diagnósticos de enfermería:

- Deterioro de la movilidad.
- Déficit de autocuidado.
- Riesgo de infección.
- Riesgo de caídas.

Papel de la enfermera de la unidad de traumatología:

- Autotrasplante:
 - Cuidados de la zona donante, recuperación y movilización precoz.
 - Disminuir el riesgo de infección y el dolor.
- Trasplante óseo de banco de huesos:
 - Debido a la posibilidad de rechazo del material y transmisión de enfermedades. La enfermera realiza muestras de sangre previas a la intervención para descartar posibles enfermedades infecciosas y se remiten al banco de huesos.

Tras la intervención se previenen los riesgos de infección de las heridas quirúrgicas, se promueve la movilización precoz y se intenta disminuir el dolor.

En esta comunicación se muestra un caso de una paciente, a la que se realizó un autotrasplante con tejido de cresta iliaca hacia zona de defecto óseo por tumor en tibial anterior. Tras este trasplante consiguió el alta en menos de un mes, tras llevar más de cuatro meses de reintervenciones por no tener consolidación ósea.

Conclusiones: el uso de hueso humano en estas intervenciones favorece la movilización prematura del paciente, y una mejor adaptación y consolidación de la lesión. También disminuye el riesgo de rechazo de material de osteosíntesis.

Esto, junto a la planificación temprana de los cuidados de enfermería postquirúrgicos, alivio del dolor y recuperación de la movilidad y capacidad para las actividades básicas, favorece que la estancia hospitalaria se reduzca.

Aprendizaje de la autonomía del lesionado medular: a propósito de un caso

Beatriz Sicilia Dávila • Yesenia Vera Moreno • Ingrid Sáenz Jadraque • Julián Peyrolón Jiménez • Cristo Jesús Guzmán Fernández

Introducción: desde el año 1789, con la aprobación de la Declaración Universal de los Derechos del Hombre, se realiza la importancia de la libertad y la autonomía como manifestación de la dignidad y del valor de las personas. Durante nuestra experiencia profesional hemos podido observar la relevancia que tiene la autonomía, tanto para la calidad de vida del paciente como para la adaptación a su nueva situación cuando la pierde. Se presenta un caso clínico de un paciente con lesión medular.

Desarrollo del caso: paciente varón de 22 años de edad sin antecedentes previos de interés que sufre un accidente de tráfico. Tras su llegada al complejo hospitalario se realizan las pruebas complementarias oportunas que informan de una lesión medular a nivel de la vértebra cervical 6, ocasionando una afección completa de la motoneurona superior, condicionando esto una tetraplejía.

La historia clínica refleja que el paciente en la fase aguda sufrió un shock medular, tras el cual, cuatro meses después presentó signos de disreflexia autónoma. Desde el inicio del proceso, se observaron diversas alteraciones en el plano afectivo y social que complicaron su evolución.

El estado actual del paciente manifiesta diversas incapacidades y déficit de autocuidado, resultado de una tetraplejía.

Plan de cuidados: el plan de cuidados se centró principalmente en la esfera afectiva del paciente debido a las características del mismo. Destacamos los siguientes diagnósticos de enfermería:

- Baja autoestima situacional.
- Insomnio.
- Riesgo cansancio rol cuidador.
- Ansiedad.
- Dolor crónico.
- Conocimientos deficientes.

Entre los diagnósticos principales se seleccionó la baja autoestima situacional, relacionada con el deterioro de la imagen corporal y el deterioro funcional que presentaba el paciente, el cual expresaba con sentimientos de impotencia e inutilidad. Con el objetivo de mejorar su autoestima y su adaptación a la discapacidad física se llevaron a cabo actividades relacionadas con apoyo emocional, potenciación de la autoestima y control del estado de ánimo.

Debido a lo anterior y al persistente aumento de la impotencia, comienza a mostrar signos y síntomas de ansiedad. Mediante la mejora del afrontamiento y reestructuración cognitiva se consigue el afrontamiento de problemas y el autocontrol de aquellos pensamientos distorsionados.

Por otro lado, aunque no menos importante, observando a su cuidador informal se detectó un riesgo de cansancio del rol del cuidador, debido principalmente a la complejidad de los cuidados requeridos por el paciente. Se impartió enseñanza al familiar sobre el tratamiento y los procedimientos relativos a la nueva situación, con el objetivo de mejorar su conocimiento sobre el régimen terapéutico.

Conclusiones: el progreso de un paciente lesionado medular es directamente proporcional a su mejoría en el plano afectivo. El apoyo emocional continuado ayuda a afrontar la situación postraumática tanto del paciente como de su entorno familiar.

Una educación sanitaria efectiva, mejora la autonomía y reduce el nivel de ansiedad del paciente. El afrontamiento de sus incapacidades crónicas facilitará el alcance de una mayor calidad de vida.

Experiencia de un joven con enfermedad de Crohn. El inicio de un estudio cualitativo

Laura Figueroa Martín • Lucía Pérez-Vico Díaz de Rada • Miriam González Suárez • Howard Perera Soler

Introducción: la enfermedad crónica se ha visto estrechamente relacionada con la afectación psicosocial en diversos estudios. Las interferencias en el desarrollo de la autoestima, la independencia del joven y la imagen corporal son solo

algunas de las afecciones que se han visto con mayor frecuencia cuando la enfermedad crónica aparece en la juventud. La madurez impuesta y repentina que sufre el joven viene dada por la necesidad de responsabilizarse del control de su enfermedad y del cumplimiento del tratamiento prescrito.

El objetivo de este trabajo es conocer la vivencia de una persona joven con enfermedad de Chron (EC), sus percepciones, actitudes, relaciones personales y sociales y sus valores. Para obtener la información se realiza una entrevista abierta, en un primer momento mediante grabación en audio para su posterior transcripción y análisis.

Desarrollo de la experiencia: Ángel, 24 años, es un enfermero con EC diagnosticado hace nueve meses. En la primera parte de la entrevista se le pide que cuente su historia, al finalizar se le realizan varias preguntas sobre lo que ha expresado. Tras la transcripción, se le entrega el texto al entrevistado para que lo revise y especifique su deseo de que parte del contenido no conste en el trabajo.

Posteriormente, se analiza la transcripción por párrafos, identificando en cada uno de ellos los temas tratados realizando un listado de tópicos para agrupar aquellos que puedan asociarse a un mismo término. Se agrupa la información por categorías, donde cada una de ellas pasará a constituir un código. De esta manera, se determinan seis códigos: percepciones, relaciones, valores, estrategias, dificultades y contexto. De estos, a su vez, se pueden establecer subcategorías.

Conclusiones: conocer las vivencias y sentimientos de personas con una determinada patología puede ser un instrumento de gran utilidad para ofrecer apoyo a otras personas afectadas y a sus familiares. Además, comparar los resultados obtenidos con los hallazgos de otros estudios similares, aporta información basada en la evidencia que puede servir como recurso de formación para los profesionales sanitarios, con el fin de aumentar el nivel de información y conocimientos que se les da a los usuarios, así como mejorar la atención y los cuidados mediante una relación fundada en la comprensión y el respeto de las opiniones, creencias y actitudes.

Esta experiencia supone el paso inicial hacia un estudio posterior con un mayor número de participantes, en el que se puede realizar un análisis de mayor profundidad de las temáticas y considerar aquellas que sean más interesantes para el objetivo del estudio y que no hayan sido tratadas en esta primera entrevista.

Relación entre el riesgo cardiovascular y el riesgo metabólico en pacientes con trastorno mental grave

Concepcion Cedres Melián • Teodoro González Pérez • Miriam González Suárez • Leticia Pérez Santos • Enrique González Dávila • Francisco Rodríguez Pulido

Introducción/objetivo: el consumo de antipsicóticos ha aumentado de forma notable en España en la última década, pasando de 1,5 a 8,7 dosis/día. Sus principales indicaciones son el tratamiento de la esquizofrenia, episodios de psicosis y trastorno bipolar. Los factores de riesgo cardiovascular (RCV) son frecuentes y de elevada prevalencia en pacientes con trastorno mental grave (TMG): tabaquismo, hipertensión, hiperlipidemia y diabetes. El impacto del RCV puede verse agravado por los problemas de adherencia al tratamiento y a los malos hábitos higiénico-dietéticos. Se plantea como objetivo establecer la relación entre el RCV y el riesgo metabólico (RM) con otras variables como el tratamiento, edad y años de evolución de la enfermedad en los pacientes con TMG.

Metodología: muestra de 60 pacientes con TMG procedentes de recursos del Equipo Comunitario Asertivo (ECA) de Tenerife, servicio especializado en el ámbito domiciliario para la atención, seguimiento y cuidados integrados de las personas con discapacidad por trastorno mental grave y persistente. Se recogieron datos sociodemográficos-clínicos de cada uno de los participantes, y las variables de estudio como el RCV (tabla de Framingham) y RM. Para la comparación de variables categóricas se aplicó el test Chi cuadrado y, en el caso de tablas de contingencia, el test de Fisher. Para variables ordinales se emplean técnicas de estadística no paramétricas, la U de Mann-Whitney y la H de Kruskal Wallis.

Resultados: 35 varones y 25 mujeres, entre 18 y 60 años. Todos con tratamiento farmacológico, 18% dos fármacos, 48% tres, 22% cuatro y 12% cinco. RCV < 10, 28% tenía riesgo metabólico (RM); RCV entre 10 y 20, 61% tiene RM; RCV > 20, 80% tienen RM. Los pacientes con RCV > 20 son los que más tratamientos reciben. En el grupo de edad de 40-50 años, un 70% de los participantes presentó RM, frente al resto de grupos de edades, donde el RM solo era de un 30% (p= 0,048). 98% toma antipsicóticos y 93% benzodiacepinas. Los que presentan RM > 20 consumen mayor número de medicamentos (p < 0,05). No se encuentran relaciones significativas entre el sexo, el RCV y el RM. Se observó que los parámetros más alterados son la tensión arterial y los triglicéridos, no contemplados por Framingham.

Conclusiones: los pacientes que presentan mayor RCV también mayor RM y toman más fármacos. Limitaciones: la tabla de Framingham que predice el RCV no se ajusta a los pacientes con TMG porque no contempla variables relevantes como el perímetro abdominal y el peso que sufren los pacientes que toman antipsicóticos en el presente estudio.

Experiencia con cuidadores familiares de personas dependientes. Taller de educación grupal: cuidarse para cuidar

Yurena Rojas González • Irene Clara Parrilla Suárez • Roberto Hernández Pérez

Introducción: en la actualidad, el envejecimiento, la dependencia y la cronicidad suponen una elevada demanda de atención sanitaria. Son los cuidadores familiares (CF) de personas dependientes los que experimentan una elevada carga física y mental, alterando su vida y su salud a nivel biopsicosocial. Una herramienta clave es empoderar a las familias y a los cuidadores familiares. La enfermera comunitaria de enlace, dentro del Servicio de Continuidad de Cuidados para la Atención Domiciliaria, realiza esta intervención a través de la formación grupal: Talleres para Personas CF.

Desarrollo de la experiencia: se programaron dos talleres en el Centro de Salud de Güímar durante el segundo semestre del año 2015 por las enfermeras comunitarias de enlace. Se captaron cuidadoras a través de distintas vías mediante intervención multidisciplinar (UAF, administración, matronas), 12 cuidadoras para el primero y 18 para el segundo. Los talleres constan de cinco sesiones semanales de dos horas de duración cada una. Se valoró el estado previo de los cuidadores familiares en la primera sesión abordando aspectos como la sobrecarga del cuidador, el dolor y el estado de ánimo. Posteriormente, realizado el taller se revaloran nuevamente los ítems mencionados.

Conclusiones: estos talleres permiten desarrollar una educación grupal con un enfoque integral para la atención de cuidadoras de familiares dependientes fomentado el empoderamiento de estos y sus familias. Intenta solventar las necesidades del cuidador familiar tal y como indica la estrategia de abordaje a la cronicidad en la comunidad autónoma de Canarias.

Esta experiencia explota el rol de enfermera facilitadora y mediadora y se desarrolla la coordinación con los recursos comunitarios de la zona, actividades propias de enfermeras gestoras de casos como la enfermera comunitaria de enlace.

Revisión bibliográfica sobre el tratamiento conservador de la incontinencia urinaria en pacientes sometidos a prostatectomía radical

María de los Angeles Morilla García • María del Carmen Fernández Jiménez • Karina López Pérez • Saray Jiménez Betancort • Carmen López Gallardo

Introducción: el cáncer de próstata es el segundo más frecuente en el hombre. La prostatectomía radical es la cirugía de elección. Sin embargo, a pesar de la mejora de la técnica quirúrgica no se ha conseguido erradicar la incontinencia urinaria de esfuerzo tras la intervención.

El tratamiento conservador constituye el abordaje principal de la incontinencia urinaria en el varón. Dentro de las medidas conservadoras se encuentra los ejercicios de entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico que presentan un grado de evidencia B. Una técnica básica es la terapia *biofeedback*.

Por ello, los objetivos son:

- Conocer estrategias para aumentar gradualmente la capacidad vesical mediante terapia *biofeedback*.
- Describir la efectividad del tratamiento conservador y su influencia en la mejora de la calidad de vida del paciente.
- Fundamentar la necesidad de integrar la terapia *biofeedback* en las Unidades de Suelo Pélvico.
- Destacar la importancia de la presencia enfermera en la motivación y seguridad del paciente.

Metodología: se realiza una búsqueda de la evidencia científica publicada entre los años 2009 y 2015, empleando las principales bases de datos nacionales e internacionales. Se consultaron también las principales revistas que ofrecen evidencia en el contexto de la efectividad de la terapia con *biofeedback* y en las listas de referencias de los artículos relevantes. También se establecieron contacto con los expertos en este campo y demás sitios web pertinentes.

Resultados: la rehabilitación del suelo pélvico como tratamiento conservador es un elemento que juega un papel importante en la recuperación de la continencia. A pesar de que su utilidad permanece en controversia, muchos autores han demostrado que aumentan la velocidad de recuperación. A estos datos hay que sumarle que es una técnica que carece de efectos secundarios y buena relación coste-beneficio.

Existe evidencia limitada a favor de la efectividad de la terapia *biofeedback*. Dadas las notables dificultades metodológicas observadas en los estudios analizados, se requiere estudios clínicos de alta calidad metodológica que permitan un análisis agrupado de sus resultados, favoreciendo la toma de decisiones clínicas basadas en la evidencia científica.

Conclusiones: dado los resultados hallados en el análisis de la bibliografía, a pesar de que existe evidencia limitada a favor de la terapia *biofeedback*. La satisfacción de los pacientes es muy elevada con una demostrada mejora en la calidad de vida.

Estudio de accidentabilidad en los pacientes del Área de Salud del Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria

Cristo Jesús Guzmán Fernández • Julián Peyrolón Jiménez • Yesenia Vera Moreno • Gonzalo Duarte Climents • Ángel Domingo Fernández Gutiérrez • Raquel Vígara Alonso

Introducción/objetivo: los accidentes que generan traumatismos tienen una prevalencia en nuestro medio que ronda el 10% de los ingresos hospitalarios, pudiendo llegar a provocar grandes trastornos por incapacidad temporal o definitiva (siendo la cuarta causa de muerte por causas externas).

Los motivos, el tipo de lesión y el momento de aparición pueden variar en relación a la edad y el género de los sujetos, y resultan vitales para trabajar en una correcta gestión de los recursos que redunde en favor del paciente. Es por ello importante el registro detallado en los servicios de traumatología.

El objetivo es describir una muestra oportunista de pacientes traumatológicos.

Metodología: estudio observacional descriptivo de 70 pacientes entre octubre y noviembre de 2014. Criterios inclusión: pacientes atendidos en el servicio de urgencias del CHUNSC, sección traumatología con diagnóstico confirmado de traumatismo o fractura. Criterios de exclusión: negativa a participar en el estudio. Variables: edad y sexo, tipo de lesión, mecanismo lesional, momento (día de la semana) y lugar de producción de la lesión. Análisis estadístico: descriptivo y contraste de hipótesis. Aspectos éticos: todos los sujetos expresaron previamente su consentimiento por escrito. El protocolo fue remitido y aceptado por el comité ético del hospital.

Resultados: del total de la muestra, los pacientes se distribuyen de forma proporcional entre hombres y mujeres, con una edad media de 43 años (DE 22,3 y rango 10-89 años).

Para el motivo de consulta estudiado traumatismos/lesiones/fracturas la zona más afectada son los MMII. Se observa un aumento de los accidentes en el domicilio conforme aumenta la edad, alcanzando un 82% en los mayores de 55 años.

Este grupo de pacientes sufre casi dos tercios de los accidentes en el periodo de semana comprendido entre lunes y jueves (64,7%). En las poblaciones más jóvenes se dividen casi a partes iguales entre este periodo y el considerado de fin de semana.

Conclusiones: en gran parte de los casos la lesión se produjo en el domicilio, y en relación con la edad, por ello es necesario intervenciones específicas de prevención de accidentes. Los resultados de este estudio se limitan a fechas oportunistas, es necesario un estudio más detallado para generalizar los resultados y proponer mejoras en la gestión de recursos.

El síndrome del pie diabético

Sarai Rodríguez Rodríguez • Patricia González Castaño • Félix González Meás • Nuria Mesa Castro

Introducción/objetivos: la neuropatía diabética es la complicación más frecuente de la diabetes. La manifestación última del deterioro de las estructuras distales lo conforma el denominado pie diabético, el cual consiste en un conjunto de síndromes que engloba isquemia, neuropatía e infección, pudiendo complicarse a ulceración e incluso amputación. El objetivo principal del estudio era determinar, mediante una encuesta *ad hoc*, el grado de conocimiento de un grupo de usuarios con diabetes en relación a los cuidados de los pies. Como objetivo secundario se pretende elaborar en soporte papel material educativo sobre las indicaciones del cuidado de los pies.

Metodología: revisión narrativa de artículos científicos y guías de práctica clínica consultando diferentes bases de datos como *Pubmed*, *The Cochrane Library Plus* y Punto Q de la ULL, con restricción de año (evidencia relevante publicada a partir de 2005), en los idiomas español e inglés, sin restricciones en relación al tipo de estudio. Se hacen uso de los siguientes descriptores: *diabetic foot*, *prevention & control*, *health promotion*, *foot deformities acquired*. Se seleccionan aquellos artículos que contengan cuidados preventivos del pie diabético. La encuesta incluye diez ítems sobre el calzado idóneo, el uso de calcetines y sus características, así como sobre otras medidas higiénico-dietéticas en el cuidado de los pies: revisar plantas, hidratar espacios interdigitales, describir tres características del calzado adecuado, conocer la hora adecuada para comprar el calzado, uso de calcetines, cómo calentar los pies, describir dos características del calcetín ideal, revisar el calzado, andar descalzo, corte adecuado de las uñas, etc. Se reclutó una muestra de conveniencia de 30 usuarios con diabetes, que firmaron el consentimiento informado.

Resultados: 183 artículos resultantes de los cuales se terminan seleccionando 16. Los distintos documentos apuntan a la conveniencia de que el calzado sea cerrado, de un material transpirable y flexible, con un tacón de 2,5 cm, suela de goma, sin costuras interiores y que desde consulta se les capte para una revisión de los pies y para un cumplimiento del cuidado diario conveniente al perfil de cada paciente, donde se recogería el aseo diario, el uso de agua templada, secado adecuado y corte de las uñas rectas. El 70% de los encuestados contestó bien a la mitad o menos de las preguntas planteadas.

Conclusión/discusión: se concluye que educar a los usuarios en el cuidado de los pies resultaría positivo en el estado de salud de las personas, como en ahorro de costes para el sistema, tanto en el material de curas como en los actos quirúrgicos relacionado con las amputaciones.

Construcción escala RDIC-lac: incorporación de la experiencia clínica de los profesionales de Atención Primaria

María Noelia García Hernández • Virginia García Moreno • María Concepción García Andrés • Gonzalo Duarte Clíments • Isabel Palomares Albarca • Vinita Mahtani Chugani

Introducción/objetivo: la dermatitis irritativa de pañal es frecuente en lactantes (prevalencia: 5–27%). En Atención Primaria (AP) los problemas relacionados con la piel son detectados, abordados y resueltos por enfermeras basando su práctica en evidencia e incorporando cuidados finalistas. La singularidad de la valoración enfermera en pediatría ha derivado en el diseño de VEUPAP vinculada a la historia clínica electrónica en Drago-AP. VEUPAP incluye la valoración del estado de la piel. Incorporar RDIC-lac (Riesgo y deterioro de la integridad cutánea del área de pañal en el lactante) permite valorar la susceptibilidad de deterioro y la gravedad clínica de la lesión. El objetivo ha sido incorporar la experiencia clínica de los profesionales de Atención Primaria al contenido de la versión preliminar de la escala RDIC-lac.

Metodología: segunda fase FUNCIS 15/2014. Evaluar el diseño preliminar RDIC-lac por enfermeras y pediatras de centros de salud y servicios de urgencias pediátricas de AP. En septiembre de 2014 se entregó dossier de documentos. Se planificaron 10 reuniones de discusión del grupo de expertos. Los profesionales revisaron la documentación de forma individual y en sesión grupal se estableció un debate para elaboración del documento consensuado. Entre octubre y diciembre de 2014 se realizó análisis temático y de contenido.

Resultados: participaron 23 profesionales, 52,2% mujeres y 47,8% hombres, 39,3% enfermeras pediátricas y 60,7% pediatras. La media de edad de ejercicio profesional fue 19,2 años. Complimentaron los documentos el 82,6%. El 90% de pediatras respondió a todas las preguntas para la subescala de riesgo frente al 77,8% de enfermeras. En la subescala de gravedad, el 90% de pediatras frente al 66,7% de enfermeras.

Los resultados del análisis del contenido se agrupan en las categorías de factores a omitir, factores a añadir y combinación de factores de riesgo.

El análisis cualitativo permitió enriquecer el estudio sustentado el abordaje desde la clínica. La visión de los profesionales permitió validar el contenido sustantivo de ítems, modificar u omitir otros e identificar la variabilidad de respuestas poniendo de manifiesto discrepancias de opinión, que pueden ser derivadas de la falta de un patrón que guíe la valoración. Se hizo necesaria una búsqueda de información específica en aspectos como: la barrera socioeconómica, la lactancia artificial y las prácticas diarias de higiene de la piel del bebé.

Conclusiones: heterogeneidad en los criterios clínicos en el abordaje de la DIP. Se mostró mayor homogeneidad de respuesta y criterio en la escala de gravedad. Los ítems para la subescala de gravedad precisaban de respuesta tipo sí/no, lo que limitó el análisis exhaustivo de contenido.

Impacto de un programa formativo con asesoramiento individual sobre nivel de conocimientos en Metodología Enfermera

Sara Ramos Santana • Pedro Ruymán Brito Brito • Francisca María Sánchez Nicolás

Introducción: los programas formativos que combinan sesiones grupales y asesoramiento individual en la práctica asistencial real pueden mejorar resultados en el nivel de conocimientos y la adaptación de nuevas herramientas para el registro de información clínica, empleando lenguajes de cuidados, lo que refuerza el pensamiento crítico de las enfermeras y la toma de decisiones.

Metodología: estudio cuasiexperimental con medición del impacto en el nivel de conocimientos pre-post intervención formativa sobre Metodología Enfermera. Se combinan sesiones grupales teórico-prácticas y asesoramiento directo en consultas por un periodo de 6-9 semanas por Zona Básica de Salud. Se construyó un cuestionario *ad hoc* con 20 preguntas según los contenidos del programa formativo. Utilizamos para describir la muestra las frecuencias relativas de categorías, media y desviación estándar, y percentiles (P5-P95), según la distribución. Para el análisis bivariante se emplearon T de Student y Q de Cochran, según variables implicadas. Todas las pruebas fueron ejecutadas con ayuda del paquete estadístico SPSS v. 21.0.

Resultados: muestra de 158 personas (73% mujeres), edad: 45 (8,98) años. Dedicadas al área asistencial (94,2%), la docencia (80%), la gestión (13,3%) y la investigación (6,7%). Un 54,4% eran diplomados, 23,4% tenía un título de experto universitario o máster. Según el nivel en la temática del curso un 6,7% tiene nivel alto o muy alto según áreas consideradas: utilización del diagnóstico enfermero en práctica profesional, formación previa, asistencia a reuniones científicas, lectura de literatura científica, e investigación sobre diagnóstico. Se hallaron diferencias significativas en el nivel de conocimientos global, pasando de una media de 12,8 (3,10) aciertos a 15,13 (3,01), y para 10 del total de preguntas por separado comprobándose solo tres ítems en los que no se apreciaron diferencias pre-post. La valoración global del curso obtuvo una media de 9,02 (1,17) y la del docente de 9,62 (0,59).

Conclusiones: el cuestionario construido parece apropiado para evaluar conocimientos en cursos de las mismas características, modificando o eliminando aquellos ítems que obtuvieron peores diferencias pre-post y realizando nuevos estudios que valoren las propiedades psicométricas de dicho instrumento. La fórmula docente resultó adecuada para mejorar el nivel de conocimientos, la satisfacción de los participantes y la integración de los lenguajes de cuidados en la práctica asistencial real, reforzado todo ello por otros estudios.

En el próximo número de la Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria (RIDEC) se incluirá un especial sobre el IV Congreso Internacional, X Nacional y III Encuentro Nacional de Tutores y Residentes de la Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC), celebrado el pasado mes de octubre en Burgos.

