

**L
I
B
R
O**

**D
E**

**P
O
N
E
N
C
I
A
S**

Con la colaboración de la Facultad de
Enfermería de la Universidad de Murcia

UNIVERSIDAD DE
MURCIA



**VII Congreso
SEAPREMUR**

Gestión, herramienta de cambio



**1^{er} Encuentro Seapremur
con Tutores y EIR en EFyC.**



XXV Aniversario SEAPREMUR

Murcia, 18 y 19 de febrero

**Salón de actos
del Hospital Morales Meseguer**



**Sociedad Murciana
de Enfermería Familiar
y Comunitaria**

© Sociedad Murciana de Enfermería Familiar y Comunitaria - SEAPREMUR
<http://www.seapremur.es>

Libro de ponencias del VII Congreso de SEAPREMUR.
Abstracts de las comunicaciones presentadas.
Murcia 18 y 19 de febrero de 2016

ISBN-13 - 978-84-608-5501-9
MQCX Enfermería comunitaria

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida ni transmitida en ninguna forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo las fotocopias o las grabaciones en cualquier sistema de recuperación de almacenaje de información, sin el permiso escrito del titular del copyright.

Comité organizador:

Presidenta:

Ana Fátima Navarro Oliver

Vocales:

Paloma Castillo Vicente

M^a Amalia Pérez Sánchez

Verónica Zamora Romero

Comité Científico:

Presidente:

Josep Sánchez Monfort

Vocales:

Zoila Lifante Pedrola

Pedro Cayuela Fuentes

Antonio Gris Peñas

Isabel Morales Moreno

Junta Directiva de SEAPREMUR

Presidenta:

Paloma Castillo Vicente

Vicepresidente:

Josep Sánchez Monfort

Secretaria:

M^a Amalia Pérez Sánchez

Tesorera:

Zoila Lifante Pedrola

Webmaster:

Verónica Zamora Romero

Vocales

Cristina Lopez Sánchez

Maribel Sánchez Cánovas

PROGRAMA

Jueves, 18 de febrero

**16:30 Registro de Congresistas
Colocación de posters**

17:00 Acto de bienvenida EIR de EFyC

**17:15 Primera mesa:
ESPECIALISTAS EN A.P. ¿CÓMO AVANZA NUESTRA FORMACIÓN?
Modera: D. Francisco Pérez Aguilar
Coordinador Prog. Formativo de la UDM de AFyC - Cartagena - Mar Menor**

Dña. Maravillas Torrecillas Abril

Presidenta de la Comisión de la especialidad de EFyC en el Ministerio

Dña. M Isabel Sánchez Cánovas

Especialista en EFyC

D. José Pedro Olivo Ros

Tutor EIR FyC C.S. Cartagena Casco

Dña. Adelaida Lozano Polo

Enfermera. Doctora en Salud Pública. Servicio de Promoción y Educación para la Salud de la Consejería de Sanidad. Colaboradora docente EIR FyC

D. Iván Alexandre Angel García

EIR FyC de 1er año. C.S. Cartagena Casco

18:45 Coloquio

19:00 Talleres simultáneos

HERRAMIENTAS PARA EL TUTOR

D. Francisco Pérez Aguilar

Coordinador Prog. Formativo de la UDM de AFyC - Cartagena - Mar Menor

HERRAMIENTAS Y HABILIDADES EN COMUNICACIÓN

Dña. Yolanda López Benavente

Licenciada en Pedagogía y Grado en Enfermería. C.S. Vistabella

¿CÓMO AYUDAR A MIS PACIENTES USANDO PROCESOS DE COACHING?

Dña. Vicenta Barco Fernández

Máster en Coaching Personal, Profesional y Ejecutivo

Viernes 19 febrero

- 9:00 Segunda mesa:**
PRESENTE Y FUTURO DE LA EFyC EN EL SERVICIO MURCIANO DE SALUD
Modera: Dña. Ana Fátima Navarro Oliver
Responsable de Enfermería del C.S. Murcia S. Andrés
- D. Pablo Alarcón Sabater**
Director Gerente del SMS
- Dña. Aurora Tomás Lizcano**
Coordinadora Regional de Enfermería del SMS
- Dña. Paloma Castillo Vicente**
Presidenta de SEAPREMUR
- Dña. Verónica Zamora Romero**
Especialista en EFyC
- 10:30 Coloquio**
- 11:00 Defensa de pósters**
- 11:30 Café**
- 12:00 Inauguración del Congreso**
- 12:15 Conferencia Inaugural**
ENFERMERÍA Y GESTIÓN SANITARIA COMO HERRAMIENTA DE CAMBIO
Dña. Carmen Ferrer Arnedo
Enfermera. Gerente del Hospital de Guadarrama. Madrid
- 12:45 Tercera mesa**
ENFERMERÍA Y GESTIÓN SANITARIA
Modera: Dña. M^a Teresa Rabadán Anta
Enfermera y periodista
- Dña. Mercedes Martínez-Novillo González**
Directora General de Asistencia Sanitaria. SMS
- Dña. Amelia Corominas García**
Presidenta del Colegio de Enfermería de Murcia
- Dña. Carmen Ferrer Arnedo**
Enfermera. Gerente del Hospital de Guadarrama. Madrid
- D. Carlos Peña Laguna**
Director de Enfermería del Área IX
- 13:45 Coloquio**
- 14:45 Comida de trabajo**

16:00 Talleres simultáneos

HERRAMIENTAS PARA EL TUTOR

D. Francisco Pérez Aguilar

Coordinador Prog. Formativo de la UDM de AFyC - Cartagena - Mar Menor

HERRAMIENTAS Y HABILIDADES EN COMUNICACIÓN

Dña. Yolanda López Benavente

Licenciada en Pedagogía y Grado en Enfermería. C.S. Vistabella

¿CÓMO AYUDAR A MIS PACIENTES USANDO PROCESOS DE COACHING?

Dña. Vicenta Barco Fernánde

Máster en Coaching Personal, Profesional y Ejecutivo

17:30 Cuarta mesa

25 AÑOS DE SEAPREMUR - VISIÓN DE FUTURO

Modera: Paloma Castillo Viente

Presidenta de SEAPREMUR

Dña. Carmen Nicolás Marín

Enfermera asistencial C.S. Santomera

Dña. Rafaela Martínez Guillen

Enfermera asistencial. C.S. Murcia-Centro

D. José Miguel Saorín Berenguer

Enfermera. Liberado Sindical SATSE

Dña. Adolfina Hervás Carreño

Enfermera asistencial. C.S. Vistalegre-La Flota

D. José Luís Merino Castillo

Enfermero asistencial. C.S. Archena

Dña. Emilia Salmerón Arjona

Enfermera asistencial. C.S. Murcia-El Carmen

18:30 Clausura del congreso

19:00 Asamblea ordinaria de SEAPREMUR

21.00 Cena Aniversario de SEAPREMUR

PRESENTACIÓN

La cronicidad, la dependencia, la fragilidad y la vulnerabilidad de las personas son problemas a los que se enfrenta actualmente el Sistema Sanitario y que cada vez afecta a más personas y a su entorno (cuidadores, familia y comunidad). El modelo biomédico no es adecuado para resolver esos problemas que siguen aumentando a pesar de los últimos avances tecnológicos o la producción de medicamentos de última generación.

El profesional de Enfermería es el más competente en el área de cuidados y en la capacitación del paciente para el autocuidado. Las personas que precisan estos cuidados, siempre que sea posible deben recibirlos en su Centro de Salud o en el propio domicilio cuando no se puedan desplazar, evitando así ingresos innecesarios que aumentan el gasto sanitario, el riesgo de patología nosocomial y el desgaste y desajuste familiar que conlleva cualquier ingreso hospitalario.

El Sistema Sanitario tiene que realizar cambios para adaptarse a este nuevo escenario sanitario y a este nuevo enfoque de abordaje de la cronicidad. Para ello, las autoridades sanitarias que tienen la capacidad de tomar decisiones que hagan posible este cambio, necesitan tener la aportación enfermera para poder diagnosticar esas nuevas necesidades y planificar intervenciones eficaces que mejoren la calidad de vida de estas personas. Por lo tanto, se necesitan urgentemente enfermeras en los puestos de gestión.

Las enfermeras especialistas en Enfermería Familiar y Comunitaria son los profesionales mejor preparados para dar respuesta a las nuevas necesidades de la población y sus familias desde los Centros de Salud y los domicilios. La formación de estas especialistas es una inversión que debería aportar beneficios al sistema, sin embargo, el Sistema de Salud no las está utilizando en los puestos para los que se han formado (Atención Primaria de Salud) lo que supone un despilfarro y un indicador de que no se están gestionando adecuadamente los recursos.

Se necesita formar a más especialistas en Enfermería Familiar y Comunitaria, pero, sobre todo, se deben insertar laboralmente en los puestos para los que se han formado, pues su formación y competencias las convierte en las profesionales mejor preparadas para hacer frente a los nuevos retos que se le plantean al Sistema Sanitario.

En los últimos años se han producido importantes avances en la Enfermería a nivel académico y profesional que la sitúan al mismo nivel que otros colectivos para poder planificar y gestionar el Sistema Sanitario. En este congreso haremos una reflexión sobre la gestión enfermera en la Región de Murcia, analizando los puntos de mejora.

Desde hace 25 años, mucho antes de que se aprobara la especialidad, SEAPREMUR está comprometida en promocionar y fomentar el progreso de la Enfermería Familiar y Comunitaria, desarrollar sus competencias, mejorar la calidad de la Atención Primaria y defender la sanidad pública y universal. Con motivo de nuestro XXV Aniversario hemos reunido a todas las personas que han presidido la Sociedad desde su inicio para que, desde su experiencia sobre los cambios en estos años, nos ofrezcan su visión de futuro de la Enfermería Familiar y Comunitaria.

Paloma Castillo Vicente
Presidenta de SEAPREMUR

Ana Fátima Navarro Oliver
Presidenta del Comité Organizador

Josep Sánchez Monfort
Presidente del Comité Científico

ÍNDICE DE PONENCIAS Y TALLERES

01 SALUD PÚBLICA EN LA ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA.
¿QUÉ PUEDE APORTAR LA ROTACIÓN POR EL SERVICIO DE PROMOCIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD?

Ponencia presentada en la 1ª mesa: Especialistas en A.P. ¿Cómo avanza nuestra profesión?
Adelaida Lozano Polo. Enfermera. Doctora en Salud Pública. Servicio de Promoción y Educación para la Salud. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad de la Región de Murcia.

02 EL COACHING EN LA CONSULTA DE ENFERMERÍA

Contenido del taller: ¿Cómo ayudar a mis pacientes usando procesos de coaching en mi consulta?
Vicenta Barco Fernández. Máster en coaching personal, profesional y ejecutivo

ÍNDICE DE PÓSTERS

P01 FORMACIÓN DIABETOLOGÍA PACIENTES TIPO II

Antonio López Sánchez, Antonio López Ollero, Mirian Marín Morcillo, María Jiménez Murcia, Manuel García Méndez y Concepción Gómez Morcillo

P02 EL AUTOCUIDADO COMO EJE PARA EL EMPODERAMIENTO DEL PACIENTE CRÓNICO GENERARÁ AHORRO

Isabel Martínez Sánchez, Fulgencio Pelegrín Sastre, Silvia. Martínez Escoriza, María Jose Valverde Soto, MªCarmen Marcos Milanés y Verónica Campoy Sánchez

P03 FACTORES DE RIESGO EN EL ANCIANO RELACIONADOS CON HIGIENE BUCODENTAL Y HáBITOS TÓXICOS

Cristóbal Nicolás-Susarte Campillo, Ana Pérez Quirante, Andrea Saura Quimesó, Ana Jiménez Murcia, José Pellicer Maestre y Mauro Gambín Espuche

P04 LA PERSPECTIVA DE UNA GITANA DE UN BARRIO MARGINAL ACERCA DEL CUIDADO DE SUS ANCIANOS

Sofía Barqueros López y Elena Peñalver Pérez

P05 COMPARACIÓN DE LA COBERTURA VACUNAL TÉTANOS-DIFTERIA CON DOS ESTRATEGIAS DE VACUNACIÓN.

Josep Sánchez Monfort, Irene Sánchez Jover, Emilia Salmerón Arjona, Adolfina Hervás Carreño, Paloma Castillo Vicente y Juan José Matas Bernabé

P06 EDUCACIÓN PARA LA SALUD SOBRE EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO

María José García Asensio, María de las Mercedes Fernández Alarcón, Víctor Gallego Herrera, Ana Reyes Alcañiz Riaño, Nuria López Serrano y Alicia Martínez Peñalver

P07 ENFERMERA COMUNITARIA CUIDANDO AL CUIDADOR DEL PACIENTE CON ALZHEIMER

Víctor Gallego Herrera, Olivia Martínez Guevara, Francisco Javier Patón López, María José García Giménez, María Dolores Vivo Belando y Lucía Gregori Carrillo

- P08 EPIDEMIOLOGÍA Y PREVENCIÓN DE LA TOS FERINA: UNA ENFERMEDAD REEMERGENTE.
María Roca Meseguer, Ana María Martínez Lax, María López Ortín, María del Mar Pérez Galindo, Inmaculada Concepción Coll Rodríguez y María Carrión Fernández
- P09 DEPRESIÓN EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE ARTRITIS REUMATOIDE.
José Javier Jiménez Gallego, Ana Isabel Béjar López, José Alberto Muñoz Ballesta, Juan Diego Rosell Oñate, Concepción Navarro Navarro y Francisco Olid Martínez
- P10 REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE EL ROL DEL PADRE Y DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EL MÉTODO MADRE/PADRE CANGURO Y BENEFICIOS
Mireya Hernández Carpes, Pedro Cuadrado Ruiz, Nerea Ruiz González, Rocío Rubio Martínez, Esther Ramos Saura y Amanda Silvestre Poveda
- P11 ESTUDIO DE CONTACTOS DE CASOS DE SÍFILIS EN DOS AREAS DE SALUD
M^a Vanessa Gas Barcelona y Laura Martínez Martínez
- P12 TERAPIAS ALTERNATIVAS ÚTILES EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES HIPERTENSOS
Juan Diego Rosell Oñate, Jose Alberto Muñoz Ballesta, Concepción Navarro Navarro, Francisco Olid Martínez, Cristina Martínez Galera y Sara Pérez Lomas
- P13 ¿NECESITAN FORMACION LAS ENFERMERAS SOBRE HERIDAS CRÓNICAS?
José Domingo Avilés Aranda, José Navarro Yepes, Noelia María Palazón Candel, Pedro Luís Rubio Martínez, María Solé Agustí y María Inmaculada Vicente del Cerro
- P14 PROMOVRIENDO SALUD DESDE LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA. PROYECTO CIUDAD MIHSALUD
M^a Isabel Sánchez Cánovas, Cristina Grau Camarena, Alba Galindo Galindo, Irene Iniesta Martínez, Pilar López Sánchez y Dolores Carbonell Tomás
- P15 ESTUDIO DE LAS ALTERACIONES DE LA FUNCIÓN SEXUAL DE LOS PACIENTES SUPERVIVIENTES AL CÁNCER DE PRÓSTATA QUE HAN RECIBIDO TRATAMIENTO QUIRÚRGICO
Esther Ramos Saura, Nerea Ruiz González, Mireya Hernández Carpes, Amanda Silvente Poveda y Noelia Noguera Chacón
- R16 ESTUDIO OBSERVACIONAL DESCRIPTIVO SOBRE LOS PRINCIPALES FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ABANDONO PRECOZ DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA
Nerea Ruiz González, Mireya Hernández Carpes, Esther Ramos Saura, Amanda Silvente Poveda, Noelia Noguera Chacón y Rocio Rubio Martínez
- P17 DISEÑO DE UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN TERAPÉUTICA PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES ADULTOS CON PATOLOGÍA RESPIRATORIA
Julia Segura Martínez, Adela Alonso Gallegos, María Luisa Cascales Perez, Andrea Sánchez López, Jose Luis Giménez Tebar y Rocío Jiménez Moreno
- P18 SOMATIZACIÓN DEL DOLOR EN UNA DEPRESIÓN POSTRAUMÁTICA.
Ana Jiménez Murcia, Ana Pérez Quirante, Andrea Saura Quimesó, José Pellicer Maestre, Cristóbal Nicolás-Susarte Campillo y Mauro Gambín Espuche

- P19 PRESCRIPCIÓN ENFERMERA, UNA ATENCIÓN DE CALIDAD
Julia María Liria Fernández y Pedro Javier Guijarro García
- P20 MATERIAL FORMATIVO Y VALIDACIÓN EXPERIMENTAL DE UN SISTEMA MÓVIL DE RESPUESTA INMEDIATA PARA LA ENSEÑANZA DE LAS HABILIDADES DIRECTIVAS Y GESTIÓN DE LA CALIDAD EN ENFERMERÍA
Ana Belén Sánchez García, José Luis Fernández Alemán, M^a José López Montesinos, Carmen Gil Ros, Cristina Amor Muñoz Guerrero y Beatriz Martín Retuerto
- P21 EDUCACIÓN PARA LA SALUD COMO ESTRATEGIA PARA MEJORAR LOS ESTILOS DE VIDA.
Inmaculada Pérez Hernández
- P22 CRIBADO DE VIOLENCIA DE GÉNERO EN UN DEPARTAMENTO DE SALUD.
Sandra García Prieto, Esther López Buendía, María del Carmen Martínez Corbalán y Arantzazu Cámara Mogente
- P23 VALORACIÓN DE LA ENFERMERÍA COMUNITARIA EN EL PACIENTE INMOVILIZADO.
Jesús Martínez Ruiz, Judit Aldeguer Corbí, Ana Palma Sánchez e Ivan Alexandre Angel García
- P24 NUESTRA EXPERIENCIA EN UNA ONG: UN RECURSO PARA LA ENFERMERA COMUNITARIA
María Del Carmen García Bastida, Ana María Gil Jiménez, Carmen María Moratalla Escribano, Rocio Santana Alcántara, Alba Chapinal Pablo y Ester Campillo Blázquez
- P25 IMPORTANCIA DE LA ENSEÑANZA DE RCP- BÁSICA EN ADOLESCENTES. TALLER PRÁCTICO
Noelia Gutiérrez García, Carolina García Muñoz, Ana María Núñez López, Jesús del Águila Bello, Ricardo Luís Benítez de María y Esther Rodríguez-Peral Valiente
- P26 EL CIGARRILLO ELECTRÓNICO. ¿UN ENEMIGO TRAS EL VAPOR?
Sara Pérez Lomas, José Javier Jiménez Gallego, Ana Isabel Béjar López, Juan Diego Rosell Oñate, José Alberto Muñoz Ballesta y Concepción Navarro Navarro
- P27 FOROS COMUNITARIOS: HERRAMIENTA DE DINAMIZACIÓN COMUNITARIA
Alba Lucía Galindo Galindo, Irene Iniesta Martínez, Maribel Sánchez Cánovas, Cristina Grau Camarena, Pilar López Sánchez y Joan J. Paredes Carbonell.
- P28 REPERCUSIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS SANITARIOS EN EL CUIDADO FAMILIAR EN EL ÁMBITO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA.
Ana Pérez Quirante, Andrea Saura Quimesó, Ana Jiménez Murcia, Cristobal Nicolás-Susarte Campillo, José Pellicer Maestre y Mauro Gambín Espuche
- P29 TRABAJO GRUPAL CON PERSONAS CUIDADORAS
M^a Angeles Hernández Corominas, M^a del Rosario Valverde Jiménez, Ana Belén Béjar López, Jose Alberto Muñoz Ballesta, Antonio López Ollero y Maria Roca Meseguer

- P30 HISTORIA CLÍNICA COMO HERRAMIENTA COMPARTIDA ENTRE DISTINTOS SERVICIOS
José Pellicer Maestre, Cristobal Nicolás-Susarte Campillo, Andrea Saura Quimesó, Ana Jiménez Murcia, Ana Pérez Quirante y Mauro Gambín Espuche
- P31 PROPUESTA DE MEJORA DE OMI: REGISTRO DE LA VALORACIÓN DE LOS PIES DEL PACIENTE DIABÉTICO
Josefa Sandoval Ortega, Micaela Ortín Pérez , Julián García Carrasco, Dolores Pérez Gálvez, Cecilia Banacloche Cano y Francisco Marin Montoya
- P32 ABORDAJE INTEGRAL DE LA PERSONA: TRABAJO CLÍNICO EPIDEMIOLOGICO
María Luisa Cascales Pérez, Elena Martínez García, Julia Segura Martínez, Adela Alonso Gallego, José Luis Giménez Tébar e Isabel Barceló Bayonas
- P33 LA INTERVENCIÓN DE LA ENFERMERA CON ALUMNOS DE DIVERSIDAD FUNCIONAL
María Luisa Cascales Pérez, Elena Martínez García, Julia Segura Martínez, Adela Alonso Gallego, José Luis Giménez Tébar y Andrea Sánchez López
- P34 VIVIR ACTIVO, VIVIR EN BIENESTAR
Marina Serrano Rodriguez, Jorge Porrás Zafra, Maite Ros Martínez, Judith Aldeguer Corbí, Esther Liria y Jesús Martínez Ruiz
- P35 LA SALUD PÚBLICA: LA GRAN DESCONOCIDA
Carmen María Moratalla Escribano, Ana María Gil Jiménez, Maria del Carmen García Bastida, Rocío Santana Alcántara, Alba Chapinal Pablo y Ester Campillo Blázquez
- P36 EDUCACION PARA LA SALUD EN LA DIABETES, ADHERENCIA AL TRATAMIENTO CON BOMBA DE INSULINA
Ana Belén Pagán Ródenas, M^a Paz Caballero Sánchez de las Matas, Jose Carlos Caballero Sánchez de las Matas y María Millán Lario
- P37 EL DEPORTE COMO MODO DE VIDA
José Alberto Muñoz Ballesta, Concepción Navarro Navarro, Francisco Olid Martínez, Cristina Martínez Galera, Sara Pérez Lomas y José Javier Jiménez Gallego
- P38 INTERVENCIÓN COMUNITARIA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN PACIENTES CON SOBREPESO EN ATENCIÓN PRIMARIA
Judit Aldeguer Corbí, Rosario María López Sáchez, Jesús Martínez Ruíz y Salomé Riquelme Moreno
- P39 LA TUTORIZACIÓN EN LOS CENTROS DE SALUD VISTA POR SUS PROTAGONISTAS
Verónica Zamora Romero, Paloma Castillo Vicente, Cristina López Sánchez y María Isabel Sánchez Cánovas
- P40 ¿SON EFICACES LAS INTERVENCIONES ENFERMERAS EN LA POBLACIÓN INFANTIL ESCOLARIZADA PARA REDUCIR LAS TASAS DE OBESIDAD?
Cristina Martínez Galera, Sara Pérez Lomas, Jose Javier Jiménez Gallego, Ana Isabel Béjar López, Juan Diego Rosell Oñate y Jose Alberto Muñoz Ballesta

- P41 ENFERMERÍA Y TABAQUISMO ¿CÓMO INFLUYE LA UNIVERSIDAD?
Adelaida Lozano Polo, Juana M^a Cayuela Fuentes, Pedro Cayuela Fuentes, Jaime Mendiola Olivares, Juan José Gascón Canovas y Alberto M. Torres Cantero
- P42 ANÁLISIS DE LA TEORÍA DE LA AUTODETERMINACIÓN PARA FOMENTAR LA PRÁCTICA DEL EJERCICIO FÍSICO EN PERSONAS MAYORES DESDE LA CONSULTA DE ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA
Araceli Serrano Noguera, María Medina Abellán, Yolanda López Benavente, José Arnau Sánchez, Tania Ros Sánchez y Alba Valera Paterna
- P43 ENFERMERAS COMUNITARIAS: CUATRO AÑOS CAMINANDO JUNTOS
Eliana Santamaría Amorós, M^a Peña Castaño Gómez, Elena Roldán Poveda, Estefanía Gallego Lozano, Andrea Sánchez López y Alberto Gómez Pérez
- P44 DISEÑO DE UN PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO EN MINDFULNESS PARA LA MEJORA DE LA ADHESIÓN A LA DIETA MEDITERRÁNEA EN ADULTOS.
Julia Segura Martínez, Andrea Sánchez López, Adela Alonso Gallegos, Elena Roldán Poveda, Estefanía Gallego Lozano y María Luisa Cascales Pérez
- P45 FORMADOR DE FORMADORES EN UN COLEGIO DE EDUCACIÓN INFANTIL Y PRIMARIA
Laura Martínez Martínez, Sarai Quirante Moya y Esther Sarrión Peñalver
- P46 CURA DE HERIDAS QUIRÚRGICAS MEDIANTE TÉCNICA MÖLNDAL VS TÉCNICA TRADICIONAL
Elena Martínez García, Inmaculada Pacheco Ruano, Josefa García Madrid y José Ramón Cánovas Corbalán
- P47 A PROPÓSITO DE UN CASO: MONITORIZACIÓN CONTINUA DE GLUCOSA EN DIABETES MELLITUS TIPO 1
Inmaculada Pacheco Ruano, Elena Martínez García, Josefa García Madrid y José Ramón Cánovas Corbalán
- P48 INCIDENCIA DE PACIENTES CRÓNICOS COMPLEJOS MULTINGRESO EN UNA ZONA BÁSICA DE SALUD
Zoila Lifante Pedrola, Pedro S. Cayuela Fuentes, Rosario Verdú Nicolás y Juana Ferez Pujalte
- P49 ULCERAS POR PRESIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA. COMPARACIÓN A NIVEL NACIONAL
Ana Isabel Béjar López, Juan Diego Rosell Oñate, Jose Alberto Muñoz Ballesta, Concepción Navarro Navarro, Francisco Olid Martínez y Cristina Martínez Galera
- P50 ABORDAJE TERAPÉUTICO DE HERIDAS INFECTADAS EN ATENCIÓN PRIMARIA
María José Valverde Soto, Pedro Luis Rubio Martínez, Silvia Martínez Escoriza, Isabel Martínez Sánchez y Fulgencio Pelegrín Sastre
- P51 PRESCRIPCIÓN DE EJERCICIO FÍSICO EN LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA
Concepción Navarro Navarro, Francisco Olid Martínez, Cristina Martínez Galera, Sara Pérez Lomas, Jose Javier Jiménez Gallego y Ana Isabel Béjar López

- P52 HABITOS DE VIDA SALUDABLES: ¿PREDICAMOS CON EL EJEMPLO DESDE ATENCIÓN PRIMARIA?
Natalia Sirvent Muñoz, Maria de los Ángeles Durá Berenguer y Maria Isabel López Vázquez
- P53 RESULTADO DE LA ACTIVIDAD COMUNITARIA: VAMOS A LA PLAYA, PROTEGIÉNDONOS DEL SOL
María Vanesa Gas Barcelona
- P54 EDUCACION ENFERMERA EN TERAPIA INHALATORIA
Ana Belén Sánchez García, M^a José Fernández García, M^a Dolores Mesa Martínez, Carmen Gil Ros, Cristina Amor Muñoz Guerrero y M^a Isabel Romero Gil
- P55 FIBROMIALGIA: ESTUDIO DESCRIPTIVO EN ATENCION PRIMARIA
Ana María Martínez Lax, Milagros Sánchez García, María Roca Meseguer, María del Mar Pérez Galindo, María López Ortín y María Carrión Fernández
- P56 ATENCIÓN AL PACIENTE ESQUIZOFRÉNICO EN LA CONSULTA PROGRAMADA DE ENFERMERÍA. CASO CLÍNICO.
Ana Palma Sánchez, Rosario María López Sánchez, Iván Aleixandre Ángel García, Manuel Aguilar Zapata, Evelin Pérez Pérez y Verónica Piña Cárceles
- P57 SATISFACCIÓN DE LAS MUJERES EN EL PUERPERIO POR LA ATENCIÓN RECIBIDA EN ATENCIÓN PRIMARIA
Guadalupe De Gracia Gómez, Verónica Pérez Muñoz, Gema Vigueras Bernal, Maria Villaverde López Dominguez, Maria Dolores Puerta Ordoñez y Maria del Carmen Anguita Rubio
- P58 DIABETES EN EL NIÑO, EDUCANDO DESDE ATENCIÓN PRIMARIA
María Del Carmen Anguita Rubio, María Dolores Puerta Ordóñez, Guadalupe De Gracia Gomez, Verónica Pérez Muñoz y Gema Vigueras Bernal
- P59 CONTROLAR EL DOLOR DESDE ATENCIÓN PRIMARIA
María Del Carmen Anguita Rubio, María Dolores Puerta Ordóñez, María Villaverde López Domínguez, Gema Vigueras Bernal y Guadalupe De Gracia Gómez
- P60 DISMINUIR EL DOLOR DEL NIÑO DEDE LA CONSULTA DE ENFERMERÍA
María Villaverde López Dominguez, María del Carmen Anguita Rubio, Verónica Pérez Muñoz, Gema Vigueras Bernal y Guadalupe De Gracia Gomez
- P61 POSIBILIDADES DE MEJORA EN LA HISTORIA CLÍNICA DE ATENCIÓN PRIMARIA
Isidora Nuria Sanchez Valero y José Domingo Avilés Aranda
- P62 RECOMENDACIONES NUTRICIONALES PARA PACIENTES CON ANTICOAGULANTES ORALES.
Noelia Gutiérrez García, Carolina García Muñoz, Ana María Núñez López, Jesús del Águila Bello, Ricardo Luís Benítez de María y Esther Rodríguez-Peral Valiente
- P63 FITOTERAPIA, COMO TERAPIA ALTERNATIVA EN ATENCIÓN PRIMARIA
Noelia Gutiérrez García, Carolina García Muñoz, Ana María Núñez López, Jesús del Águila Bello, Ricardo Luís Benítez de María y Esther Rodríguez-Peral Valiente

P64 EL IMPLANTE COCLEAR Y LA SORDERA EN LA FASE ADULTA: LAS PERSPECTIVAS DE LA COMUNICACIÓN Y PROCESO DE SELECCIÓN DESDE LA PERSPECTIVA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

Andrea Saura Quimesó, Ana Pérez Quirante, Ana Jiménez Murcia, Cristobal Nicolás-Susarte Campillo, José Pellicer Maestre y Mauro Gambín Espuche

P65 ENFERMERÍA ANTE EL CUIDADOR INFORMAL DE PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES

María Millán Lario, Ana Belén Pagán Ródenas, José Carlos Caballero Sánchez de las Matas y M^a Paz Caballero Sánchez de las Matas

P66 ENTREVISTA MOTIVACIONAL (EM) COMO INTERVENCIÓN ENFERMERA EN LA TERAPIA ASERTIVA COMUNITARIA PARA LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DEL PRIMER EPISODIO PSICÓTICO.

M^a Paz Caballero Sánchez de las Matas, José Carlos Caballero Sánchez de las Matas, María Millán Lario, Ana Belén Pagán Ródenas y Josefa García Madrid

P67 ¿ES CORRECTO EL SEGUIMIENTO A PACIENTES CON EPOC POR ENFERMERÍA ATENCIÓN PRIMARIA?

Jose Javier Jimenez Gallego, Noelia M^a Palazón Candel, Ana Isabel Bejar López, Catalina Muñoz Gallego y M^a Soledad Mena Molina

P68 FORMACIÓN CONTINUADA EN CENTROS DE SALUD. EVALUACIÓN DEL APRENDIZAJE SOBRE PIE DIABETICO

Cecilia Banacloche Cano, Pablo Fernandez Abellan, Julián García Carrasco, Luis Martos Garcia, Micaela Ortiz Perez y Dolores Perez Gálvez

P69 NIVEL DE CONOCIMIENTOS EN PRIMEROS AUXILIOS DEL PROFESORADO DE EDUCACIÓN INFANTIL Y PRIMARIA DE LOS COLEGIOS VINCULADOS AL CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA

Begoña Velasco Navarro, Isabel Maria Navarro Ortiz, Francisco Antonio Martinez Serrano, Dolores Zaragoza Gonzalez, Maria Angeles Iniesta Garzon y Josefa Lucas Garcia.

P70 FORMACIÓN CONTINUADA INDIVIDUAL. HERRAMIENTA DE MEJORA DE LOS INDICADORES DE CALIDAD EN ENFERMERIA DE AP

Francisca Lopez Martinez, Maria José Martinez Ros, Fina Cava Iniesta, Carmen Barberá Ortega, Dolores Perez Galvez y Cecilia Banacloche Cano

Título:

SALUD PÚBLICA EN LA ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA. ¿QUÉ PUEDE APORTAR LA ROTACIÓN POR EL SERVICIO DE PROMOCIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD?

Ponencia presentada en la 1ª mesa: Especialistas en A.P. ¿Cómo avanza nuestra profesión?

Autora:

Adelaida Lozano Polo. Enfermera. Doctora en Salud Pública. Servicio de Promoción y Educación para la Salud. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad de la Región de Murcia.

El término de “Enfermería Comunitaria” empezó a utilizarse a instancias de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1974 por la OMS con la intención de aportar un enfoque comunitario a los cuidados de enfermería, sin embargo se trata de una evolución de las competencias enfermeras inicialmente impulsada en Estados Unidos por Lillian Wald en el momento en que creó la denominación de «enfermería de salud pública», y que partió de un movimiento iniciado en Inglaterra en el Siglo XIX en el que también participó Florence Nightingale. De manera que parte de las competencias de la Enfermería Familiar y Comunitaria son las propias de la Salud Pública. Esta cuestión no es exactamente igual en el caso de la Medicina, en el que existen dos especialidades diferentes, Medicina Familiar y Comunitaria y Medicina Preventiva y Salud Pública, que sin embargo están cohesionadas en una sola especialidad para la enfermería.

Para la OMS la enfermera Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria «ha de contar con conocimientos profundos sobre la complejidad, tanto de las personas, familias y grupos como de las interacciones que se producen entre ellos. Así mismo, ha de conocer la comunidad en la que ofrece servicios, los recursos disponibles, las diferentes maneras de interactuar entre sus miembros, etc.» De manera, que la Enfermería Especialista en Familiar y Comunitaria ha de estar «preparada para intervenir en órganos de salud pública” y por tanto “deberá ser una activa participante de la comunidad en lo que se refiere a programas de salud, incluyendo colegios locales, organizaciones no gubernamentales, grupos de la comunidad, culturales, sociales, religiosos, etc., elaborando una acción comunitaria como un elemento esencial de la Atención Primaria de Salud”.

En nuestro ámbito, entre otras cuestiones, la inclusión de materias como Salud Pública y Enfermería Comunitaria en el currículum de los planes de estudio de la carrera de Enfermería, ha contribuido a establecer las bases actuales de la Enfermería Familiar y Comunitaria.

Por su parte, la **Carta de Ottawa y declaración de Alma-Ata** estipulan las funciones de los Servicios de Atención Primaria centrándolas no solamente en la atención individual de los problemas de salud, sino abriendo el paradigma hacia la prevención y la promoción de la salud desde una perspectiva comunitaria y de salud pública, donde el propio entorno cobra importancia a la hora de favorecer la salud.

La formación de la **Enfermería Especialista en Familiar y Comunitaria** está estipulada por la **Orden SAS/1729/2010, de 17 de junio (BOE de 157 de 29 junio de 2010)**, en la que se refleja que la “**misión** de la Enfermera Familiar y Comunitaria es la participación profesional en el cuidado compartido de la salud de las personas, las familias y las comunidades, en el «continuum» de su ciclo vital y en los diferentes aspectos de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, recuperación y rehabilitación, en su entorno y contexto socio-cultural”. Los **valores** que se promuegan para el cumplimiento de esta misión entre otros son:

- a) Compromiso y orientación a las personas, familias y comunidad:
- b) Compromiso con la sociedad, la equidad y la eficiente gestión de los recursos
- c) Compromiso con la mejora continua de la calidad
- d) Compromiso con la ética
- e) Compromiso con la seguridad de los usuarios y pacientes
- f) Compromiso con el desarrollo profesional

Así, cobra una especial relevancia las acciones dirigidas a reducir desigualdades y a promover la equidad en los cuidados de manera que se reconoce el compromiso de la Enfermera Familiar y Comunitaria con los sectores sociales más desfavorecidos tanto por razones de clase social, género, etnia, edad, discapacidad, o enfermedad con el objetivo de mantener un principio de equidad en el acceso a sus cuidados. Para ello la Enfermería ha de planificar, dirigir e implementar en su actividad cotidiana programas de salud específicos dirigidos a cubrir las necesidades de estos y otros grupos en riesgo. De la misma manera se espera que tenga capacidad de colaboración intersectorial y multidisciplinar dado que es básica su participación activa con las organizaciones y redes comunitarias, organizaciones no gubernamentales, asociaciones de ayuda mutua y demás instituciones públicas o privadas que tienen por objetivo mejorar la salud del conjunto de las personas y abogar por la salud.

La polivalencia de la labor de la Enfermera Familiar y Comunitaria es una característica de su especialidad y un incentivo para participar activamente en la investigación, desarrollo, consolidación y actualización de su propio cuerpo de conocimientos. Por ello, el campo de conocimiento es amplio, siendo las **Competencias Avanzadas** las siguientes:

- a) Competencias vinculadas con la provisión de cuidados avanzados en la atención clínica directa en el ámbito de la atención familiar y comunitaria
- b) Competencias vinculadas con la salud pública y comunitaria, relativas al diseño de programas de educación para la salud
- c) Competencias vinculadas con la Docencia, dirigidas tanto a las personas y familias como a estudiantes y otros profesionales.
- d) Competencias vinculadas con la gestión de cuidados y servicios en el ámbito familiar y comunitario, con la finalidad de aplicarlos según los principios de equidad, efectividad y eficiencia y desarrollando estrategias de mejora de la calidad asistencial en los cuidados a la comunidad.
- e) Competencias vinculadas con la investigación

Así mismo, se refleja que entre las nueve **Competencias Prioritarias** se encuentran cuatro íntimamente relacionadas con la salud pública y la planificación sanitaria:

- Desarrollar indicadores de actividad y criterios de calidad
- Diseñar y desarrollar estrategias de intervención y participación comunitaria, centradas en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad
- Colaboración multidisciplinar
- Investigación

Igualmente se plantean **Competencias Clínicas Avanzadas** que pretenden promover la salud a la población y prevenir problemas de salud en las distintas etapas de la vida (infancia, adolescencia, embarazo, adultez, senitud) y en diferentes situaciones como la fragilidad o riesgo socio-sanitario.

En concreto las **Competencias en Salud Pública y Comunitaria de la Enfermera Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria vinculadas a la Promoción y Educación para la Salud** son:

- Capacidad para:
 - a) Analizar la situación de salud de la comunidad y planificar y desarrollar programas de promoción de la salud comunitaria.
 - b) Planificar y desarrollar programas de educación para la salud en la comunidad.
 - d) Fomentar y gestionar la participación comunitaria.
 - e) Establecer una comunicación efectiva con instituciones, servicios comunitarios y con los diferentes niveles de atención de los servicios de salud.
 - g) Colaborar con otros especialistas y profesionales en los programas de salud en los entornos laborales de la comunidad.

- Los resultados de aprendizaje esperados son:
 - a. Investiga, analiza e interpreta las respuestas de la comunidad ante los problemas de salud-enfermedad, teniendo en cuenta, entre otros, la perspectiva de género.
 - b. Colabora con la comunidad en la detección de los factores que afectan a su salud.
 - c. Realiza investigaciones relacionadas con la promoción de la salud.
 - d. Identifica necesidades de educación para la salud (EpS) en la comunidad.
 - e. Planifica, desarrolla, y evalúa programas de EpS con la comunidad.
 - f. Lidera y realiza programas intersectoriales de intervención sociosanitaria en prevención, promoción y EpS.
 - g. Identifica y utiliza los conceptos de economía en la gestión de programas de promoción de la salud.
 - h. Diseña y evalúa materiales informativos y educativos.
 - i. Implica a los medios de comunicación en la EpS.
 - j. Elabora informes sobre problemas de salud emergente o relevante.
 - k. Identifica y valora los recursos comunitarios para cubrir las necesidades de salud.
 - l. Impulsa la participación comunitaria.
 - m. Fomenta y coordina redes sociales, grupos de autoayuda, organizaciones no gubernamentales, voluntariado social y otros recursos.
 - n. Gestiona la planificación de cuidados y la cobertura de demandas y necesidades en la comunidad con otros sectores comunitarios públicos y/o privados.
 - o. Participa en el diseño y desarrollo de los programas de salud de los entornos laborales de la comunidad a través de la colaboración con los comités de seguridad y salud en el trabajo y/o con otros profesionales de salud de la comunidad.

- Los contenidos, actitudes y habilidades que se han de trabajar con los/as EIR de Familiar y Comunitaria son:
 - a. Programas de promoción y educación para la salud.
 - b. Métodos y técnicas de investigación social.
 - c. La Gestión de recursos comunitarios.
 - d. Enfoque multicultural de la salud.
 - e. Fomento de la participación comunitaria.
 - f. Respeto hacia otras culturas y formas de vida.
 - g. Reconocimiento de la comunidad como núcleo de acción de los cuidados.
 - h. Liderazgo de la promoción de la salud en la Comunidad.
 - i. Desarrollo de estrategias de intervención en la comunidad que fomenten la participación comunitaria.
 - j. Comunicación y trabajo con grupos.

Para conseguir estos objetivos formativos en la normativa que regula la especialidad se recomienda que los/as EIR roten por Servicios Centrales de Salud Pública durante unos 4 meses, periodo en el que han de realizar dos actividades de vigilancia epidemiológica (establecimientos alimentarios, manipuladores de alimentos, comedor escolar, mercados, toma de muestras etc.) y actividades de gestión en al menos 3 programas de salud. Para ello, propone que los/as EIR roten por:

- Unidad o Servicio Epidemiología y de Programas de Salud de una Consejería de Sanidad o de Servicio de Salud Municipal.
- Dispositivos de control alimentario y de manipuladores de alimentos
- Unidades de salud ambiental
- ONG

Sin embargo, la realidad es muy dispar en las distintas Unidades Docentes Multiprofesionales (UDM) de Familiar y Comunitaria. En parte, esta situación viene de la incorporación de las unidades docentes de Enfermería en las ya existentes de Medicina Familiar y Comunitaria en las que no se realizaban rotaciones por Servicios Centrales de Salud Pública. Y en aquellas UDM en las que se ha contemplado la rotación por estos Servicios, no se ha realizado siguiendo las recomendaciones. En el caso concreto de las dos UDM de Murcia, el tiempo estipulado para rotar por unidades de Salud Pública son dos meses, distribuidos por igual entre el Servicio de Promoción y Educación para la Salud y el Servicio de Protección y Prevención, principalmente centrado en programas de vacunas.

El resto de mi exposición me voy a centrar en explicar en que consiste la rotación por el servicio en el que yo trabajo directamente como enfermera técnica de salud pública.

El Servicio de Promoción y Educación para la Salud, es una de las unidades administrativas de la Dirección General de Salud Pública y Adicciones, con funciones de planificación, coordinación, dirección y control tanto en el área de la promoción y educación para salud, como en la prevención de algunas enfermedades como las producidas por el tabaquismo y la infección por VIH/sida, así como para el diagnóstico precoz del Cáncer de Mama y Colón y Recto.

El principio fundamental durante la rotación por este servicio es proporcionar al EIR el acceso a los conocimientos y a la experiencia que le facilite la adquisición de las competencias básicas de Salud Pública y Comunitaria, en el área de la promoción de la salud, educación para la salud y en la administración sanitaria de programas de prevención del tabaquismo, del VIH/SIDA y del cribado de cáncer.

Durante la rotación se contribuye a alcanzar los siguientes objetivos generales del programa de la especialidad:

- Conocer y comprender los principales problemas de la Salud Pública desde el punto de vista de los factores determinantes de la salud, y con perspectiva de equidad y género

- Comprender y saber aplicar las bases conceptuales, metodológicas e instrumentales de la promoción de la salud.
- Ser capaz de planificar, desarrollar y evaluar programas de promoción de la salud y educación para la salud dirigidos a diferentes grupos poblacionales y en diversos escenarios o entornos.
- Conocer y participar en el desarrollo y evaluación de los programas de prevención y cribado de cáncer de mama y colon.
- Ser capaz de elaborar y evaluar materiales educativos.
- Participar en el desarrollo de intervenciones de comunicación de masas.

En el Servicio nos hemos planteado unos objetivos y unas actividades generales que intentamos adaptar a cada EIR dependiendo del momento de su rotación y sus intereses personales.

I. Objetivos de promoción de la salud.

- a) Comprender y desarrollar los conceptos de promoción y educación para la salud y conocer la evidencia de su eficacia en los problemas de salud más prevalentes.
- b) Diseñar, realizar y evaluar programas de promoción y educación para la salud en los distintos escenarios (escuela, servicios de salud, entorno comunitario).
- c) Identificar aquellas necesidades y problemas de salud susceptibles de intervención mediante la modificación de los estilos de vida y del medio ambiente.
- d) Conocer los métodos y técnicas de investigación social más útiles para el estudio de los determinantes socioculturales y psicosociales de la salud de la población.
- e) Conocer estrategias de intervención en la comunidad que fomenten la participación comunitaria.

▪ Actividades de promoción de la salud.

1. Participar en el seguimiento y evaluación de los programas institucionales de promoción y educación para la salud, en concreto los de Educación para la Salud en la Escuela, Información y Educación Sanitaria sobre Tabaquismo e Información y Educación Sanitaria sobre VIH/sida.
2. Conocer las funciones, organización y servicios del Centro de Documentación y Recursos de Promoción y Educación para la Salud.
3. Utilizar herramientas y aplicaciones informáticas para la localización de recursos de información científica y técnica (sitios Web institucionales, documentos informativos o educativos, legislación, catálogos...) y redes de promoción y educación para la salud.

4. Realizar una búsqueda bibliográfica utilizando bases de datos especializadas en Ciencias Sociales y otros recursos disponibles en la red.
5. Analizar, evaluar y participar en la elaboración de materiales educativos.
6. Participar en las investigaciones diseñadas para la puesta en marcha o para la evaluación de los programas de prevención, promoción y educación para la salud que se realicen en el Servicio.
7. Colaborar en la preparación, desarrollo y evaluación de actividades de coordinación inter e intra institucionales (Consejería de Sanidad, Consejería de Educación, Ayuntamientos, Universidad, etc.) del Programa de Educación para la Salud en la Escuela.
8. Colaborar en la elaboración y desarrollo de programas de formación continuada en promoción y educación para la salud.
9. Participar en actividades de coordinación con grupos, colectivos y entidades de iniciativa social en relación con los programas de Educación para la Salud en la Escuela e Información y educación sanitaria sobre sida.
10. Colaborar en la planificación, gestión y desarrollo de intervenciones en los Medios de Comunicación de Masas (MCM) para la promoción de estilos de vida saludables.

II. Objetivos de intervenciones preventivas:

- a) Conocer el procedimiento para gestionar y evaluar programas preventivos de diagnóstico precoz.
- b) Identificar, valorar y analizar los factores que intervienen en la elaboración de programas sanitarios preventivos.
- c) Valorar la importancia de los elementos de las diferentes organizaciones e instituciones sanitarias y la importancia de sus interrelaciones en la consecución de sus objetivos.

■ Actividades de programas de prevención:

1. Participar en las actividades de los programas de prevención secundaria del cáncer basados en el cribado, en concreto en los de prevención del cáncer de colon y recto y del cáncer de mama
2. Conocer las referencias institucionales regionales, nacionales e internacionales relacionadas con la prevención del tabaquismo, prevención de la transmisión del VIH/Sida y los distintos planes vigentes en estas materias.
3. Conocer los sistemas de información para la gestión y evaluación de los Programa de Prevención del Cáncer de Mama y Colón y Recto
4. Preparar, participar y evaluar reuniones de coordinación de alguno de los dos programas de prevención entre los diferentes niveles: Salud Pública, Atención Primaria y Atención Hospitalaria.

5. Revisar críticamente los protocolos, procedimientos y desarrollo de la consulta de alto riesgo de prevención del cáncer de colon y recto.
6. Revisar críticamente los protocolos, procedimientos y desarrollo del programa de prevención del cáncer de mama en mujeres de riesgo incrementado.
7. Conocer y participar en las actividades ligadas a los programas de prevención (cáncer, tabaquismo, VIH/sida) y el de Educación para la Salud en la Escuela.
8. Utilizar las herramientas y aplicaciones sanitarias de la Consejería de Sanidad y Política Social utilizadas para la gestión recursos y actividades dentro del Servicio.

Durante la estancia en el Servicio de Promoción y Educación para la Salud, el EIR además podrá participar en las siguientes actividades generales del servicio:

- Sesiones bibliográficas
- Actividades de formación
- Asesoramiento metodológico y técnico a profesionales
- Realización de informes técnicos
- Reuniones institucionales de coordinación

Todos los EIR que roten por el Servicio estarán durante dos semanas por la unidad administrativa que gestiona:

- Plan de Educación para la salud en la Escuela
- Centro de documentación y recursos

Así mismo, durante su rotación participará en la planificación, elaboración, gestión o evaluación de intervenciones en Medios de comunicación Masas y/o en la elaboración de materiales informativos-educativos. Se realizará en la unidad que durante la rotación tenga que ejecutar alguna de estas intervenciones, y tendrá lugar durante el periodo de rotación (4 semanas).

Además, rotará por una de las unidades administrativas que gestionan los siguientes programas o servicios, de acuerdo a las prioridades del EIR y a las necesidades del Servicio:

- Prevención del cáncer de mama y cáncer y recto: (2 semanas):
 - Gestión de programas de cribado (4 días).
 - Control de calidad y registro de los programas (2 días)
 - Consulta de Riesgo incrementado de Cáncer de Mama (2 días)
 - Consulta de Cáncer de Colon (2 días)
- Prevención del tabaquismo: (2 semanas):
 - Red de Hospitales libres de Tabaco de la Región de Murcia
 - Programa de información sobre Tabaquismo

- Prevención del VIH/sida: (2 semanas)
 - Consulta de información sobre VIH/sida
- Otros programas de promoción de la salud (1 semana)
 - Programa de Universidades Saludables
 - Estrategia de Promoción y Educación para la Salud en el SNS

La rotación se complementa con la realización de un **Curso sobre metodología de la promoción y educación para la salud** de 20h de duración, en el que se profundiza en el marco teórico y se practica algunas de las habilidades básicas necesarias para el desarrollo de la educación para la salud, especialmente individual.

SITUACIÓN ACTUAL Y REFLEXIÓN PERSONAL:

Actualmente, sólo hemos tenido una promoción de EIR (cuatro personas) y dos estancias externas de otras Comunidades, con una duración de un mes cada una. El feedback que he recibido de estos estudiantes especialistas es que la rotación les parece muy interesante y enriquecedora, aunque refieren que existe poca conexión posteriormente con la realidad en los centros asistenciales. Así mismo, nos han referido que consideran que su formación específica en salud pública, investigación, análisis estadísticos, calidad de servicios y otros temas relacionados con la planificación sanitaria y la promoción de la salud es muy escasa, no así la formación sobre competencias clínicas avanzadas. Esta situación, impide poder desarrollar al 100% los objetivos previstos en el Servicio al no tener una formación básica previa en programación, planificación e investigación, lo cual dificulta el desarrollo de las actividades en tan corto periodo de tiempo.

Personalmente considero que es una oportunidad perdida el no estar incrementando las competencias en salud pública, promoción de salud, planificación, programación, evaluación de la calidad y en investigación en los futuros Especialistas de Enfermería Familiar y Comunitaria. Nuevamente está imperando el paradigma biologicista e individualista frente al holístico y de salud pública. Pienso que cada vez los centros de salud se alejan más de uno de sus principales cometidos, que son la prevención y la promoción de la salud, centrándose de manera prioritaria en proporcionar cuidados y en la asistencia a problemas de salud individuales, sin una visión Comunitaria y apenas Familiar. Sin embargo, de la misma manera opino que está en nuestras manos reorientar los Servicios Sanitarios, tal y como solicita la Organización Mundial de la Salud, hacia la promoción de la salud, al empoderamiento de la población y a la participación comunitaria, con una formación de calidad en los EIR de Familiar y Comunitaria en la que se de el valor y la importancia que merece a las competencias relacionadas con la salud pública y con la Enfermería Comunitaria haciendo a las futuras generaciones proactivas en promoción de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Alvarez.Dardet C, Gascón E, Alfonso MT, Almero A. Los orígenes de la enfermería de salud pública. Gaceta Sanitaria. 1988;2(9):290-293

de Alma Ata, Declaración. "Conferencia internacional sobre atención primaria de salud." *Alma-Ata, URSS*. 1978: 6-12.

FAECAP. Las enfermeras comunitarias ante las necesidades de las personas en el siglo XXI. Estrategia ante las personas con problemas crónicos. Estrategia ante la dependencia y la fragilidad. [Monografía en Internet] Madrid FAECAP; 2012. [Consultado 7 de febrero de 2016]. Disponible en: <http://www.faecap.com/publicaciones/show/estrategia-para-la-atencion-a-las-personas-con-problemas-cronicos-estrategia-ante-la-dependencia-y-la-fragilidad>

Orden SAS/1729/2010, de 17 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria. Boletín Oficial del Estado. Número 157, (29 junio de 2010).

Organización Mundial de la Salud. *Carta de Ottawa para la promoción de la salud: una conferencia internacional sobre la promoción de la salud*. Ginebra. OMS;1986

Título:

EL COACHING EN LA CONSULTA DE ENFERMERÍA

Contenido del taller:¿Cómo ayudar a mis pacientes usando procesos de coaching en mi consulta?

Autora:

Vicenta Barco Fernández. Máster en coaching personal, profesional y ejecutivo

Con el avanzar del tiempo, hay un reconocimiento creciente respecto de que la mera educación en salud, no es efectiva para conseguir los cambios de conducta requeridos y mantener una mejoría a largo plazo. Esto genera frustración tanto en los pacientes como en los profesionales. Es en este contexto donde aparece el coaching de salud.

[¿Que es el coaching?](#)

Es un método que consiste en guiar, entrenar y acompañar a una persona que se compromete en un proceso de cambio, para pasar de la situación en que se encuentra a la que desea.

El coaching salud, ofrece un conjunto de experiencias de aprendizaje y de opciones diseñadas específicamente para promover el cambio de pensamientos, actitudes y comportamientos, sobre un plan de acción basado en metas.

El propósito del *coaching para la salud* es el de acompañar a los pacientes a encontrar o recuperar el poder que le ayuden a realizar los cambios en su forma de vida, poniendo en juego sus propias capacidades, para mejorar su estado de salud o incrementar el de bienestar. Desde un enfoque holístico que entiende a la persona como un todo, con cuatro facetas, física, mental, emocional y espiritual.

Hay diversos modelos de coaching, desde mi punto de vista el más apropiado para los pacientes que vemos en la consulta y cuyo objetivo está relacionado con algún problema de salud es el **Modelo holístico orientado a las soluciones**.

[Características del coaching Holístico orientado a las soluciones](#)

- El coaching Holístico es el que considera a la persona como un todo, con diferentes dimensiones: La dimensión biológica, la cognitiva, la relacional (emocional y social) y la noética o espiritual.
- Cada dimensión tiene una función específica pero de ningún modo pueden entenderse, como una realidad independiente y separada. Todas ellas forman una estructura sistémica; cada una interactúa con las otras dimensiones formando un todo, de modo que cuando una dimensión funciona positiva o deficientemente influye

positivamente o negativamente en el funcionamiento de las otras dimensiones y a la inversa.

- Las principales características de la persona se pueden agrupar en torno a cuatro dimensiones básicas
- El protagonista de la solución es el paciente, nosotros somos meros facilitadores que le acompañamos en su proceso de curación, facilitando que se convierta en responsable de sus propios cuidados y se comprometa en el cambio y mantenimiento de los hábitos que los conduzcan a disfrutar de una vida más plena y del mejor estado de salud posible.
- Se centra de forma especial en las soluciones y no en cómo han surgido los problemas. Esto se consigue ampliando la visión del cliente, de sus posibilidades de acción, es decir, de su poder para actuar de manera diferente y obtener resultados diferentes.

Si queremos que un proceso sea eficaz y promover cambios duraderos en el paciente, es necesario tener en cuenta estas 4 dimensiones.

El Coach, profesional de la salud.

El coach profesional de la salud, es el que entrena y acompaña al paciente en su proceso de conseguir sus objetivos en salud, desde la óptica de que la persona es capaz de tomar sus propias decisiones y comprometerse en sus cuidados.

Para hacer un proceso de coaching que sea eficaz el coach, como facilitador del proceso tiene que reunir en los 3 saberes:

- **El saber:** Los conocimientos teóricos.
- **El saber ser:** Actitudes: Empatía, Respeto, Confianza, Cordialidad en el trato, Ausencia de juicio y autenticidad.
- **El saber hacer:** Habilidades o herramientas

¿Cómo se aplica?

Hemos definido al coaching como un acompañamiento al paciente que se compromete en un proceso de cambio, que va desde la situación actual a la deseada.

Dos elementos a tener presentes:

Si es acompañamiento, hay 2 personas, lo que significa que hay una relación.

Si es un proceso, es algo que se desarrolla en el tiempo y que es progresivo y no algo puntual.

Tomando como base estas dos premisas podemos decir que el coaching es una serie de conversaciones posibilitadoras de cambio, basadas en las habilidades de comunicación y con una estructura determinada que nos acerque a conseguir la Meta deseada.

Habilidades de comunicación:

- **Escucha Activa** : Es más que oír, es querer comprender, centrarse en las necesidades del otro y observar el lenguaje corporal y para-verbal
- **Respuesta empática**: Se centra en generar opciones a través de preguntas abiertas. Nos permite demostrar al otro que le hemos escuchado y que nos importa.
- **Preguntas**: Las preguntas poderosas son la clave del desarrollo del coaching. Mediante la utilización de las preguntas podemos ayudar a nuestros pacientes, a desarrollar todo su potencial ofreciendo un [cambio de perspectiva significativo](#).
- **Feed-back**: Nos permite validar la comunicación, para que el paciente pueda advertir como hemos percibido su mensaje y conocer cual fue la validez real para nosotros.

Estructura de una sesión

Un modelo que se adapta muy bien al coaching de salud es el Modelo GROW, orientado a obtener resultados y es un modelo sencillo en donde la herramienta principal son las preguntas.

El modelo GROW consta de 4 pasos, Mi consejo es que en el coaching de salud se le agregue un paso más al principio, que es **PRIORIZAR** por donde empezamos el proceso. Ya que a diferencia de un proceso normal, la persona que tenemos en la consulta con una patología determinada no sabe por dónde empezar y casi siempre hay varias cosas que mejorar.

En el proceso de Priorización, es conveniente tener una herramienta preparada que ayude al paciente y a nosotros a definir los aspectos a mejorar.

Son de mucha utilidad las herramientas graficas, ya que la visión de la situación es muy comprensible de esta forma.

Una vez que tengamos priorizado el aspecto en el que nos vamos a centrar primero, aplicamos el método GROW

Si traducimos GROW del inglés, significa crecer en español, pero es el acrónimo de:

1. **Goal** (META = Medible; Especifica; Temporal; Alcanzable) *¿Qué quieres?, ¿Cuál es tu objetivo?*
2. **Reality** (realidad): *¿Dónde estoy?, ¿Qué pasa si no cambio?, ¿Cuál es la causa?, ¿Cuáles serian las consecuencias si no cambio esto?*
3. **Options/Obstacles**: (opciones y obstáculos) *¿Qué puedo hacer ahora?, ¿Cuáles son mis alternativas?, ¿Cuáles serian los beneficios?, ¿Cuáles son los costes que estoy dispuesto asumir?, ¿Y si...?, ¿Cuáles son los obstáculos que tengo que vencer? ¿Cuáles son las probabilidades de éxito?*
4. **Will** (voluntad o mejor compromiso): *¿Qué voy a hacer?, ¿Como lo hago?, ¿Cuándo?, ¿Dónde?, ¿Con quién lo hago?*

¡La diferencia entre un deseo y una meta es la acción!

El coaching puede ser para los profesionales de enfermería una herramienta muy valiosa, ya que se centra en que el paciente tome las riendas de su vida , cambie hábitos y se comprometa en el cumplimiento de los tratamientos en las enfermedades crónicas. Con el coaching se pueden aportar nuevas opciones en aquellos casos en los que las técnicas realizadas con anterioridad no han funcionado. El coaching puede irse introduciendo en nuestras consultas y esta metodología puede mejorar nuestra función y ser una herramienta que nos proporcione mayor satisfacción profesional y un mejor apoyo a nuestros pacientes para que consigan sus objetivos de bienestar.

P01

Título:

FORMACIÓN DIABETOLOGÍA PACIENTES TIPO II

Autor/es:

Antonio López Sánchez, Antonio López Ollero, Mirian Marín Morcillo, Maria Jiménez Murcia, Manuel García Méndez y Concepción Gómez Morcillo.

Objetivos:

- . Que el paciente entienda de forma muy sencilla y escueta lo que sucede en su organismo cuando tiene diabetes
- . Que conozca cuáles son las bases de su tratamiento y por qué es importante cada una de sus pautas.
- . Que identifique sus emociones negativas a la hora de afrontar la enfermedad; y comprenda la importancia de adoptar una actitud positiva y de establecerse pequeños objetivos a corto plazo, para sobrellevar mejor la diabetes.

Metodología:

Se formó un grupo de pacientes diabéticos tipo II (15 personas).

El programa, y sus sesiones se llevó a cabo durante el segundo semestre 2014 y 2015, con una duración de 45 minutos a 1 hora, cada 15 días evitando los periodos vacacionales.

Una vez finalizado el programa, se siguió trabajando con el grupo una vez al mes durante el año 2015.

Los temas tratados fueron, la diabetes, alimentación. Ejercicio y apoyo psicológico.

Resultados:

1. Aborda la educación grupal de los pacientes y mejora los conocimientos de los profesionales sanitarios y, de esta manera, se alcanza un resultado excelente en el grado de control.
2. La presencia de ambos profesionales sanitarios, médico y enfermera, motivados con un objetivo común y concreto. Al estar los dos profesionales juntos, a los pacientes les dio confianza y ganas de participar.

Discusión:

Los pacientes tuvieron la ocasión de exponer sus experiencias, sus opiniones y sus preocupaciones, compartiéndolas con el grupo.

Bibliografia:

American Diabetes Association. 4. Foundations of Care: Education, Nutrition, Physical Activity, Smoking Cessation, Psychosocial Care, and Immunization. *Diabetes Care*. 2015;38(Supplement 1):S20-S30.

International Diabetes Federation. Diabetes and impaired glucose tolerance. *IDF Diabetes Atlas*, 5th ed. Brussels,

Belgium: International Diabetes Federation, 2012.

P02

Título:

**EL AUTOCUIDADO COMO EJE PARA EL EMPODERAMIENTO DEL PACIENTE CRÓNICO
GENERARÁ AHORRO**

Autor/es:

Isabel Martínez Sánchez, Fulgencio Pelegrín Sastre, Silvia. Martínez Escoriza, Maria Jose Valverde Soto, M^aCarmen Marcos Milanés y Verónica Campoy Sánchez.

Introducción:

Las enfermedades crónicas se han convertido en una epidemia mundial que amenaza la esperanza y la calidad de vida(1,2). entre ellas la Diabetes Mellitus T.II y la Hipertensión ocasionan millones de pérdidas humanas y un cada vez mayor gasto económico(2,3,4,5).

El paciente crónico, entendido como aquel con una enfermedad incurable y de larga evolución, necesita una actuación conjunta desde los equipos de atención primaria, siendo el profesional mas cualificado para ello, la enfermera especialista en AFyC(6,7)

Objetivos:

Objetivo General: Fomentar el autocuidado del paciente crónico a través de la educación sanitaria.

Objetivos Específicos:

- Empoderar al paciente crónico
- Conseguir un manejo correcto de su tratamiento crónico
- Mantener la autonomía en la adherencia terapéutica durante los ingresos hospitalarios

Metodología:

Proyecto: Programa basado en la educación sanitaria centrada en la adherencia terapéutica del paciente crónico, desde la consulta de la enfermera especialista en AFyC. La Captacion se realizara desde la consulta de A.P, formando un grupo de 8 personas, cuyos criterios de inclusión serian: paciente crónico con HTA y DM T.II y que haya tenido durante los últimos 5 años un mínimo de 3 ingresos hospitalarios. Los criterios de exclusión: paciente analfabeto y paciente con déficit cognitivo y/o demencia.

El programa estaría compuesto por 1 sesión semanal de 45 minutos de duración a lo largo de un mes, donde se trabajará de forma progresiva el empoderamiento del paciente crónico:

1ª sesión: clarificar tratamientos crónicos prescritos y su relación con las patologías correspondientes. Informar sobre los efectos secundarios en caso de no adhesión.

2ª sesión: equivalencias, reconocer principios activos. Conocer posología y trabajar horarios. Dispositivo móvil como recordatorio. Preparación de pastillero. Demostraciones.

3ª sesión: Relacionar tratamientos con patologías, así como la importancia de su correcta administración.

4ª sesión: Preparar posible ingreso hospitalario: receta electrónica, pastillero. Demostración y dudas en grupo. Evaluación de los conocimientos adquiridos mediante preguntas abiertas: ej: ¿Qué medicación toma usted?

Resultados:

Los resultados esperados serían un ahorro en el coste económico hospitalario en relación a estos fármacos, así como un ahorro en tiempo invertido por la enfermera hospitalaria en la preparación y dispensación de los tratamientos, en consecuencia se evitarían posibles errores en la administración de dichos tratamientos.

Discusión:

Es un reto para la enfermera de AFyC enfocar los cuidados hacia el empoderamiento del paciente con respecto a su propia salud, encuadrando así nuestro trabajo dentro del marco teórico de D. Orem.

Bibliografía:

World Health Organization. Preventing chronic diseases: A vital investment. Geneva: WHO; 2005.

International Diabetes Federation. The human, social and economic impact of diabetes. Press release. Brussels: IDF; 2009. www.idf.org

International Diabetes Federation. Diabetes atlas. 3rd ed. Brussels: IDF; 2006.

Lim SS, Vos T, Flaxman AD, Danaei G, et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2012; 380(9859):2224-60

Organización Mundial de la Salud. Impact of out-of-pocket payments for treatment of non-communicable diseases in developing countries: A review of literature WHO Discussion Paper 02/2011. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2008. La atención primaria de salud. Más necesaria que nunca. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2008

Castillo Arevalo Fernanda del, Salido González Margarita, Losada García Adamina, García García Mercedes, Fernández Prieto Teresa, Blanco Gutiérrez Mª Luz. Valoración de la adherencia en el seguimiento del paciente diabético y uso de lenguaje enfermero. *Enferm. glob.* [revista en la Internet]. 2013 Abr [citado 2016 Feb 03]; 12(30): 18-27. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000200002&lng=es.

P03

Título:

**FACTORES DE RIESGO EN EL ANCIANO RELACIONADOS CON HIGIENE BUCODENTAL Y
HÁBITOS TÓXICOS**

Autor/es:

Cristóbal Nicolás-Susarte Campillo, Ana Pérez Quirante, Andrea Saura Quimesó, Ana Jiménez Murcia, José Pellicer Maestre y Mauro Gambín Espuche.

Introducción:

La sociedad envejece a pasos agigantados; el aumento del número de personas mayores es el factor poblacional que caracteriza principalmente los cambios demográficos en nuestra sociedad actual, unido esto a la disminución de la natalidad. Estos cambios hacen indispensable el estudio de las patologías que vienen asociadas con el factor de la edad.

Objetivos:

Valorar la importancia de la Educación de la Salud sobre la higiene bucal deficiente en el paciente geriátrico por parte del equipo de Atención Primaria.

Conocer los factores de riesgo de desnutrición del paciente geriátrico.

Analizar los procedimientos para el mantenimiento de la salud bucodental en el paciente geriátrico institucionalizado y su influencia en el equilibrio nutricional.

Estudiar otros factores de riesgo que pueden afectar a la salud bucodental tales como los hábitos tóxicos en el anciano.

Metodología:

Se trata de un estudio con metodología cualitativa, tomando como referencia 30 pacientes de 70 años de edad diagnosticados de hipertensión y portadores de una prótesis dentaria. Elegidos de forma aleatoria entre los distintos Centro de Salud de Murcia.

Resultados:

Se ha desarrollado un proceso enfermero que se considera favorable para mejorar la situación del paciente con descuido personal relacionado con el abuso de sustancias que se manifiesta por una higiene personal inadecuada.

La importancia de la higiene oral en pacientes geriátricos, además del especial cuidado en pacientes con prótesis dental completa y las incomodidades que pueden tener por la falta de comunicación con el equipo sanitario.

Discusión:

La población anciana tiene una deficiencia de autocuidado, destacando el relacionado con la cavidad oral, empeorando en los pacientes con prótesis dentarias. La principal ayuda para este tipo de situaciones se basa en la prevención, destacando la Educación para la Salud como herramienta fundamental. Esto puede hacerse de manera muy efectiva por parte de las enfermeras comunitarias desarrollando protocolos en su ámbito de trabajo.

P04

Título:

LA PERSPECTIVA DE UNA GITANA DE UN BARRIO MARGINAL ACERCA DEL CUIDADO DE SUS ANCIANOS

Autor/es:

Sofía Barqueros López y Elena Peñalver Pérez

Introducción:

Objetivos:

General:

-Captar la visión subjetiva de las mujeres gitanas sobre el cuidado de sus ancianos.

Específicos:

-Consolidar la entrevista como método válido para describir y analizar aspectos psicosociales dentro de la Valoración en el Proceso de Atención Enfermera.

-Identificar los puntos clave donde mejorar para futuros Programas de Salud específicos para esta población

-Descubrir aspectos nuevos en los que se puedan aplicar Intervenciones de Enfermería Comunitaria más efectivas.

Metodología:

Entrevista de respuestas libres, no estructurada.

La entrevistada es una mujer gitana de 30 años que tiene a su cargo a sus familiares. Se selecciona por criterios de proximidad y por ser un caso típico.

La entrevista es considerada “como uno de los instrumentos más poderosos de la investigación” y es eficaz para fines descriptivos y analíticos¹.

Variables:

Satisfacción con su propia vida, relaciones familiares y motivaciones. Los datos fueron analizados con el programa MAXQDA 2007.

Resultados:

En las mujeres gitanas de este barrio, la tradición de que sean las mujeres las que se ocupan de los cuidados de las personas dependientes se ha mantenido a lo largo del tiempo.

Es importante, entenderlos desde el punto de vista de su propia cultura y no tratar de identificar el concepto de familia gitana con los conceptos de la sociedad mayoritaria.

Para comprender la evolución de la mujer gitana como cuidadora es necesario estudiar su perspectiva y contemplarla como un eslabón importante en la sociedad donde convivimos.

Discusión:

Existe un lento pero constante cambio socio-laboral en la mujer gitana impulsado por sus propias expectativas. El desconocimiento o la creencia de falsos mitos generan una necesidad de educación de salud para mejorar la calidad de vida de estas mujeres

En el nivel de Atención Primaria no se deben olvidar los determinantes sociales de la salud como son el género y el origen étnico y cultural. Un sistema equitativo de salud, no es aquel que trata a todo el mundo por igual, sino el que trata a las personas de acuerdo a sus necesidades. Es necesario fomentar la sensibilidad y el conocimiento intercultural de los profesionales del Equipo de Salud, así como desarrollar nuevas estrategias de comunicación y promoción de la salud con la diversidad de población a la que atendemos.

Limitaciones: el tiempo y la disponibilidad del entrevistado

Bibliografía:

McCracken G. The long interview. 5ª Ed. Sage Publications; 1991.

P05

Título:

COMPARACION DE LA COBERTURA VACUNAL TÉTANOS-DIFTERIA CON DOS ESTRATEGIAS DE VACUNACIÓN

Autor/es:

Josep Sánchez Monfort, Irene Sánchez Jover, Emilia Salmerón Arjona, Adolfinia Hervás Carreño, Paloma Castillo Vicente y Juan José Matas Bernabé

Introducción:

El año 2013 se administró la vacuna tétanos-difteria(Td) de los 14 años en los institutos de la Región de Murcia, mientras que a partir del año 2014 se administra en los Centros de Salud, lo que permite comparar ambas estrategias de vacunación.

Objetivos:

Comparar las diferencias en cobertura vacunal Td y en las Revisiones del Niño Sano y Adolescente (PANA) a los 14 años entre ambas estrategias de vacunación (cuando se vacuna en el Centro Escolar y cuando se vacuna en el Centro de Salud)

Metodología:

Estudio descriptivo. Población diana: Todos los adolescentes que cumplieron 14 años en 2013 y 2014 adscritos a 5 centros de salud de las áreas I, VI y VII de la Región de Murcia donde trabajan los autores del estudio. Variables a estudio: Registro en la historia clínica de la administración de la vacuna Td y registro de tener realizado el PANA a los 14 años además de la vacuna Td. Comparación de resultados mediante prueba de chi cuadrado con el programa estadístico IBM SPSS 22.

Resultados:

Se revisaron 1520 historias clínicas. De 723 adolescentes que cumplieron 14 años en 2013, se vacunaron 514(71%de cobertura) y de 797 que cumplían 14 años en 2014, se vacunaron 644 (80,8% de cobertura) De los 514 vacunados en 2013 tenían realizado el PANA 37 (7,2%) y de los 644 vacunados en 2014 tenían realizado el PANA 429 (66,6%) Las diferencias fueron estadísticamente significativas para una $p<0,0001$.

Discusión:

Acudiendo a vacunarse al Centro de Salud, no solo ha aumentado la cobertura vacunal en adolescentes de 14 años, sino que las revisiones del PANA se han multiplicado por nueve, lo que supone un beneficio añadido importante. A la hora de evaluar las distintas estrategias de vacunación, además de las coberturas vacunales, se deberían tener en cuenta otras variables como la realización de exámenes de salud, la aparición de efectos adversos o el grado de aceptación por las personas vacunadas.

Bibliografía:

BORM 16/1/2012. Orden de 22 diciembre de 2011 de la Consejería de Sanidad y Política Social por la que se introducen modificaciones al calendario vacunal de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.

Comunidd Autónoma de la Región de Murcia. Consejería de Sanidad y Política Social. Dirección General de Salud Pública y Drogodependencias. Evolución de la cobertura vacunal - Región de Murcia 2000-2014. [acceso el 18/01/2016] Disponible en internet:
<http://www.carm.es/econet/sicrem/PU262/pdf/sec24.pdf>

P06

Título:

EDUCACIÓN PARA LA SALUD SOBRE EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO

Autor/es:

María José García Asensio, María de las Mercedes Fernández Alarcón, Víctor Gallego Herrera, Ana Reyes Alcañiz Riaño, Nuria López Serrano y Alicia Martínez Peñalver .

Introducción:

El virus del papiloma humano (VPH) se llama vulgarmente “virus de las verrugas”. Una de las enfermedades de transmisión sexual más comunes y, paradójicamente, una de las menos conocidas. Es un grupo grande de virus, se han identificado más de 100 tipos, de éstos, cerca de 40 son transmitidos sexualmente e infectan la mucosa del tracto anogenital del aparato genital masculino y femenino (las mujeres son las más afectadas), la oral y respiratoria, así mismo producen infecciones de piel.

Objetivos:

Proporcionar conocimientos del virus del papiloma humano (VHP) acerca de la salud.

Metodología:

Revisión bibliográfica, 11 artículos comprendidos entre 2009-2014 relacionados con las palabras clave, bases de datos (Medline, Scielo, Dialnet), charla informativa a 28 escolares de 6º curso de primaria y cuestionario evaluativo al finalizar la charla.

Palabras Clave: Virus, papiloma, vacunación, adolescentes, inmunización.

Resultados:

Tras evaluar el cuestionario comprobamos que los escolares si habían prestado atención, habían entendido lo que quisimos transmitirles, proporcionándoles conocimientos sobre el virus del papiloma humano como; que produce, sus factores de riesgo (inicio de vida sexual activa a temprana edad, promiscuidad, enfermedades de trasmisión sexual, VIH, además de infecciones crónicas que evolucionan a riesgo de cáncer de cuello de útero, otras como su uso prolongado de anticonceptivos, multíparas, tabaco, mala o deficiente nutrició), como se detecta, su modo de transmisión; por contacto sexual, por autoinoculación (verrugas vulgares) y por contacto directo de la piel (verrugas genitales).

Así mismo, su modo de prevención (la vacuna, estimulando el sistema inmunológico, no fumar, no tomar alcohol, evitar relaciones sexuales promiscuas, dieta sana rica en vitamina C y ácido fólico, practicar ejercicio, evitar el estrés, entre otros, así como su tratamiento (cauterización en frío, tratamiento con rayo láser, tratamiento quirúrgico con una asa eléctrica, cirugía convencional o dos químicos poderosos: la podofolina y el ácido tricloroacético).

Discusión:

Con la sesión de Educación para la Salud a escolares de 6º curso de primaria conseguimos un aprendizaje en el conocimiento de la enfermedad.

Es necesario el desarrollo de campañas educativas, por lo tanto, los profesionales sanitarios deben implicarse en que este colectivo tenga conocimientos suficientes de la patología del VPH y que reduzcan el nivel de incertidumbre.

Antiguamente, se consideraba de poca importancia, y en la actualidad es una de las enfermedades de transmisión sexual más común y con el avance de la genética la importancia de los virus ha cobrado importancia al descubrirse que pueden formar parte fundamental en el origen de algunas formas de cáncer.

Bibliografía:

Camaño-Puig Ramón, Sanchis-Martínez María M., Vacuna contra el virus del papiloma humano en adolescentes: Análisis mediante grupos focales. Rev. Salud Pública [Internet]. 2014; 16 (5): 647-659. Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=743927&indexSearch=ID>

Prieto Rivas Vanesa, Victoria Duran Pablo J. Influencia del conocimiento sobre el Virus del Papiloma Humano en la Prevención, Detección precoz y Preocupación ante la enfermedad. Enfermería Integral [Internet]. 2010; 9: 3-9. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3281969>

Concha P Ximena, Urrutia S Teresa, Riquelme H Giselle. Creencias y virus papiloma humano. Rev. chil. obstet. ginecol [Internet]. 2012; 77(2): 87-92. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262012000200002Ing=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262012000200002>.

Sam Soto Selene, Ortiz de la Peña y Carranza Alejandro, Lira Plascencia Josefina. Virus del papiloma humano y Adolescencia. Ginecol Obstet Mex [Internet]. 2011; 79(4):214-224. www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2011/gom114g.pdf

P07

Título:

ENFERMERA COMUNITARIA CUIDANDO AL CUIDADOR DEL PACIENTE CON ALZHEIMER

Autor/es:

Víctor Gallego Herrera, Olivia Martínez Guevara, Francisco Javier Patón López, María José García Giménez, María Dolores Vivo Belando y Lucia Gregori Carrillo

Introducción:

Los cuidadores de personas con Alzheimer, tienen que enfrentarse a la pérdida gradual de un ser querido y llevar los cuidados de dicha persona, lo que conlleva una enorme carga emocional. Enfermería comunitaria, dada su cercanía y accesibilidad, se encuentra en una situación privilegiada para dar, cuidar, formar ect a cuidadores “informales” de pacientes con Alzheimer.

Objetivos:

Analizar los aspectos subjetivos que integran la calidad de vida de los cuidadores y las intervenciones enfermería comunitaria.

Metodología:

Revisión bibliográfica, bases de datos (SciELO, Cochrane, Medline), Revistas científicas (Enfermería Global, Nure Investigación) y búsqueda inversa.

Palabras clave: enfermedad de Alzheimer, cuidador principal, demencia.

Resultados:

Como parte de los aspectos subjetivos, se está garantizando no solo el reconocimiento de la labor de cuidador, sino mejores condiciones de bienestar para este y para el paciente, recordando que en la medida en que el cuidador se sienta bien, lo estará el paciente con Alzheimer a su cuidado.

Las intervenciones de enfermería al cuidador del paciente con Alzheimer específicas para la práctica, deben centrarse en cuatro áreas: a la información y educación, en qué consiste la Enfermedad Alzheimer (EA), su desarrollo durante las diferentes fases (reconocer síntomas y cambios), disponibilidad de tratamientos y lo que debe esperar (permitirá planificar su futuro, disminuir su ansiedad, evitar las falsas esperanzas).

En relación con el enfermo, el cuidador necesita fortalecer su habilidad de cuidado (conocimiento, valor y paciencia), de llevar a cabo actividades vida diaria, a utilizar de forma óptima los recursos disponibles y mantener la seguridad en el hogar, a manejar estratégicamente las conductas y comportamientos del paciente (agresividad, vagabundeo, alucinaciones, apatía, problemas de sueño o comunicación) y a sobrellevar la falta de reconocimiento (del paciente) de miembros familiares y cuidador.

A la disponibilidad de recursos, con información sobre centros de día, servicios domiciliarios, programas de cuidadores, hogares o residencias y asociaciones de pacientes. Desde este ámbito estará disponible el uso de las TIC (tecnologías de información y comunicación) acortando distancias entre cuidador/enfermería y la dificultad de dejar solo al paciente.

Al autocuidado, Enfermería debe centrarse en el reconocimiento del cuidador de su nuevo rol y forma de abordarlo, estrategias de acción para disminuir la sobrecarga física, psicológica y social (fortalecimiento de estilos de vida saludables), delegar sus tareas de cuidado en otros miembros de la familia, entre otros.

Discusión:

La EA es una de las condiciones de mayor impacto para la salud, no solo del paciente sino también para el bienestar físico, psicológico, social y espiritual del cuidador, razón por la cual el cuidado de enfermería debe orientarse de manera integral y continua en cada situación.

Enfermería tiene un papel importante no solo desde la práctica clínica y comunitaria, sino también desde los roles en educación, investigación y política pública.

Bibliografía:

Llibre Rodríguez Juan de J, Guerrera Hernández Milagros. Actualización sobre la enfermedad de Alzheimer. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2002 [10 Oct 2015]; 18 (4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252002000400007

Alberca R. López-Pousa S. Enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Madrid: Editorial Panamericana (3ªed.); 2006.

Cuetos Vega F, Menéndez González M, Calatutud Noguera S. Descripción de un nuevo test para la detección precoz de la enfermedad de Alzheimer. Rev Neurol [Internet]. 2007 [10 Oct 2015]; 44 (8): 469- 474. Disponible en: <http://www.publicacions.ub.es/refs/articles/testalzheim.pdf>

Margas Escobar L.M. Aporte de enfermería a la calidad de vida del cuidador familiar del paciente con Alzheimer. 2012; 12 (1): 62.

P08

Título:

EPIDEMIOLOGÍA Y PREVENCIÓN DE LA TOS FERINA: UNA ENFERMEDAD REEMERGENTE

Autor/es:

María Roca Meseguer, Ana María Martínez Lax, María López Ortín, María del Mar Pérez Galindo, Inmaculada Concepción Coll Rodríguez y María Carrión Fernández.

Introducción:

La tos ferina (TF) es una enfermedad respiratoria, muy contagiosa, causada por Bordetella Pertussis (BP). Los niños menores de 6 meses que no han completado la primovacunación, presentan riesgo de complicaciones y mortalidad. Ni la infección natural por BP ni la vacunación confieren inmunidad duradera y las reinfecciones son frecuentes. Las estrategias desarrolladas por algunos países para la prevención de la TF incluyen la vacunación de adolescentes y adultos, la estrategia Cocooning y la vacunación de embarazadas. Desde junio de 2015, el Ministerio de Sanidad recomienda vacunar a las embarazadas en el tercer trimestre del embarazo como estrategia de prevención.

Objetivos:

-Describir la situación actual de la tos ferina en la Región de Murcia, su patrón epidemiológico y las estrategias de prevención desarrolladas en la actualidad.

Metodología:

Realizamos búsqueda de evidencia científica en las bases de datos PUBMED, MEDLINE, COCHRANE PLUS y EMBASE, utilizando los descriptores Vacuna contra la Tos Ferina, Tos Ferina, Inmunidad Activa y Embarazo, identificando un total de 15 artículos, de los cuales seleccionamos 11 por su rigor y relevancia.

Resultados:

-Los lactantes menores de 6 meses constituyen el grupo en que la infección presenta mayor gravedad.

-Varios estudios muestran que la fuente de infección en los lactantes son los contactos domiciliarios con familiares cercanos.

-Periodo 2011-2014: aumento progresivo de la incidencia, llegando a 30 casos.

-Periodo 2009-2014: en menores de un año, la incidencia anual pasa de 11 a 110 casos/100.000 habitantes.

-Periodo 2011-2015: el 39,4% de los casos habían recibido alguna dosis de vacuna; el 88,7% constan como correctamente vacunados.

-En 2015 se ha registrado un fallecimiento por tos ferina en una niña menor de 2 meses, aun no vacunada.

-Se recomienda administrar una dosis de vacuna dTpa a todas las mujeres embarazadas, preferentemente entre la semana 27 y 36 de gestación.

Discusión:

Los cambios epidemiológicos ocurridos en los últimos años, muestran una reemergencia de la TF, con aumento del número de casos en lactantes menores de 6 meses.

A pesar de las altas coberturas vacunales frente a TF, la enfermedad mantiene el patrón cíclico de presentación cada 3-5 años.

Diversos estudios coinciden en la vacunación de la embarazada en el tercer trimestre, lo cual permite la transmisión pasiva de anticuerpos al feto para protegerlo hasta que complete la primovacunación, como principal estrategia de prevención.

Bibliografía:

1. De Epidemiología, S.E. Mesa espontánea. Enfermedades prevenibles mediante vacunación: sarampión, hepatitis A y tos ferina. XXXI Reunión Científica de la Sociedad Española de Epidemiología-XV Congreso de la Sociedad Española de Salud Pública y Administraciones Sanitarias-VIII Congresso da Associação Portuguesa de Epidemiologia. Gaceta Sanitaria. 2013, 27, 81-82.
2. Aizpurua Galdeano, P., Fernández, R. ¿Hay relación entre los últimos brotes de tosferina y el uso de vacuna acelular? Pediatría Atención Primaria. 2014,16(61), 81-84.
3. Social, S. Panorama epidemiológico de la tos ferina. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2015, 53(2), 164-70.
4. Martín, M. R., Velázquez, E. D., Lozano, C. G., del Río, P. G., Anta, M. Z., Cebrián, R. N. Tos ferina: una enfermedad prevenible en aumento. Hospitalización en menores de 5 años en un centro de segundo nivel (periodo 2008-2012). PEDIÁTRICA. 2015, 73(1), 10-13.
5. Vilajeliu, A., Velasco, C., Valencia, S., García, V., Bayas, J. M. Vacunación en la mujer en edad fértil y embarazada. Matronas profesión. 2014, 15(3), 85-87.
6. Nieto, I. R., Barrero, P. T., Cachaza, J. R., García, R. R., Matas, G. G., Hachero, J. G. Tos ferina, una enfermedad reemergente. Revista española de pediatría: clínica e investigación. 2013, 69(5), 231-234.
7. Gentile, Á., Romanin, V. S., Juárez, M. D. V., Lución, M. F., Marques, M. D. L. Á.,Mistchenko, A. S. Epidemiología de Bordetella pertussis en un hospital pediátrico. Archivos argentinos de pediatría. 2014, 112(1), 26-32.
8. Villalobos Pinto, E., Martínez-Villanueva, J., Cano Fernández, J., Flores Pérez, P., Sánchez Bayle, M. Factores de riesgo de complicaciones y duración del ingreso hospitalario en pacientes con tos ferina. Pediatría Atención Primaria. 2012, 14(55), 207-215.

9. Situación de la Tos ferina en la Región de Murcia. Sección de Vigilancia Epidemiológica. Murcia. Consejería de Sanidad y Política Social, 2015. Informes Epidemiológicos 2/15.
10. Moraga Llop, F.A., Campins Martí, M.A. Vacunación antitosferínica de la embarazada: una estrategia para proteger al lactante menor de 4 meses. *Vacunas*. 2012; 13: 85-7.
11. Grupo de Trabajo Tos Ferina 2012 de la Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones. Revisión del programa de vacunaciones frente a la tos ferina en España. Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2013.

P09

Título:

DEPRESIÓN EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE ARTRITIS REUMATOIDE

Autor/es:

José Javier Jiménez Gallego, Ana Isabel Béjar López, José Alberto Muñoz Ballesta, Juan Diego Rosell Oñate, Concepción Navarro Navarro y Francisco Olid Martínez.

Introducción:

El objetivo fue valorar si existe relación entre sufrir depresión y ser diagnosticado de artritis reumatoide. La artritis reumatoide es una enfermedad crónica, y el sufrir sus síntomas lleva asociado en muchas ocasiones la desesperación del paciente, llevando a éste a sufrir cuadros depresivos. Los resultados de este estudio indicaron que si puede existir dicha relación. De manera que creemos que sería necesario integrar en el plan de cuidados de estos pacientes un cuestionario/test que evalúe la existencia de estos cuadros depresivos, permitiendo alcanzar un diagnóstico e intervención precoz.

Objetivos:

Conocer si existe relación entre el diagnóstico de artritis reumatoide y el sufrir depresión.

Metodología:

Primero una búsqueda bibliográfica en bases de datos científicas SCIELO, MEDLINE Y PUBMED, seleccionando los artículos de mayor relevancia.

Estudio descriptivo trasversal observacional.

Población: (N=200) Pacientes diagnosticados en OMI AP de Artritis Reumatoide y con episodio de depresión.

Resultados:

El total fue que el 23% de estos pacientes diagnosticados de artritis reumatoide tiene episodios depresivos.

Discusión:

Haciendo referencia a los datos de nuestro estudio podríamos afirmar que existe relación entre la Artritis Reumatoide y sufrir depresión. Por ello, sería interesante, durante el seguimiento de esta enfermedad realizar un cuestionario/test que evalúe la existencia de cuadros depresivos, permitiendo alcanzar un diagnóstico e intervención precoz.

Bibliografía:

1. Guía de práctica clínica para el manejo de la artritis reumatoide en España. 2011
2. Guía de práctica clínica. Manejo del dolor agudo en atención primaria. 2006

3. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto. 2008

4. OMI-AP

P10

Título:

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE EL ROL DEL PADRE Y DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EL MÉTODO MADRE/PADRE CANGURO Y BENEFICIOS

Autor/es:

Mireya Hernández Carpes, Pedro Cuadrado Ruiz, Nerea Ruiz González, Rocío Rubio Martínez, Esther Ramos Saura y Amanda Silvestre Poveda.

Introducción:

El método madre/padre canguro consiste en “el contacto piel con piel entre una madre o padre y su recién nacido”. Éste método es realizado principalmente por la madre, pero hay ocasiones en la que no está disponible, por lo que el padre puede poner en práctica dicho método.

Objetivos:

El objetivo principal consiste en hacer una revisión bibliográfica sobre el papel del padre en el método madre/padre canguro y las experiencias paternas sobre la aplicación del mismo. Los objetivos secundarios son describir los beneficios del método madre/padre canguro y detallar el papel del profesional de enfermería en el método madre/padre canguro.

Metodología:

Revisión Bibliográfica sobre el método madre/padre canguro, el rol del padre, sus experiencias y el papel del personal de enfermería. Las bases de datos utilizadas han sido Biblioteca Cochrane Plus, Cuiden, Scielo y Pubmed.

Resultados:

Se seleccionaron cinco artículos para realizar la revisión bibliográfica. Entre ellos se encuentra un estudio cuantitativo, tres estudios cualitativos y un ensayo clínico no aleatorizado. Todos los artículos incluyen a los padres en el estudio y hablan de los beneficios del método madre/padre canguro. Tres artículos plasman experiencias paternas vividas tras el contacto piel con piel. Además de reflejar el importante papel que desempeña el profesional de enfermería para la puesta en marcha del contacto piel con piel.

Discusión:

La figura del padre es un papel vital tanto para la gestación como para el momento del parto y posterior cuidado del recién nacido. Si la madre no se encuentra disponible, el padre puede adoptar un rol activo realizando él mismo el contacto piel con piel aportando numerosos beneficios. Tras la puesta en práctica del método madre/padre canguro, el padre expresa sentimientos muy positivos. Para terminar, el personal de enfermería también es fundamental para la realización del método, orientando y educando a los padres.

Bibliografía:

1. Acuña J, Alba C, Barrio C, López M, Palacios A, Pallás CR et al. Cuidado Madre/Padre canguro [Internet]. Ministerio de Sanidad y Política Social. Cuidados desde el nacimiento: recomendaciones basadas en pruebas y buenas prácticas. Madrid. 2010. [Citado 27 Feb 2015]; (1):17- 22. Disponible en: http://www.sergas.es/gal/muller/docs/cuidados_desde_el_nacimiento.pdf
2. INE [Internet]. España: INE; 2009 [actualizado en 2013; citado 27 feb 2015]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do>
3. INE [Internet]. Murcia: INE; 2009 [actualizado en 2013; citado 27 feb 2015]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do>
4. OMS: Organización Mundial de la Salud [Internet]. España: OMS; 2014 [Citado Feb 2015]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/es/>
5. Lucchini C, Márquez F, Uribe C. Efectos del contacto piel con piel del recién nacido con su madre. *Index Enferm.* 2012; 21(4):209-213.
6. Puig G, Sguassero Y. Contacto temprano piel a piel entre las madres y sus recién nacidos sanos [Internet]. La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra: Organización Mundial de la salud. 2007 [Citado 1 Mar 2015]. Disponible en: <http://apps.who.int/rhl/newborn/gpcom/es/>
7. Acuña J, Alba C, Barrio C, López M, Palacios A, Pallás CR et al. Contacto piel con piel precoz [Internet]. Ministerio de Sanidad y Política Social. Cuidados desde el nacimiento: recomendaciones basadas en pruebas y buenas prácticas. Madrid; 2010. [Citado 27 Feb 2015]; (1):49- 54. Disponible en: http://www.sergas.es/gal/muller/docs/cuidados_desde_el_nacimiento.pdf
8. Rengel C, Labajos MT. Efecto del contacto piel con piel con padres de recién nacidos por cesárea sobre la lactancia materna y nuevos roles de paternidad. *Enferm Docente.* 2011; 94:8-15.
9. López M, Montes C, Torrontegui T, Pulido G, Rengel C, Moreno Mira L. Experiencias vividas de dos padres que realizan contacto piel con piel tras cesárea. *Arch Memoria* [Internet]. 2012 [Citado 20 Abr 2015]; 9(4):1-7. Disponible en: <http://www.index-f.com/memoria/9/9407.php>
10. Besoain C, Santelices MP. Transmisión Intergeneracional del Apego y Función Reflexiva Materna: Una revisión. *Ter Psicol.* 2009; 27(1): 113-118.
11. Reina R, Ferrer RX, Toro Y, Cárdenas MH. Abordaje del cuidado neonatal: un enfoque transcultural. *Enferm Global* [Internet]. 2010 [Citado 21 Abr 2015]; 20 (1): 1-5. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n20/reflexiones3.pdf>
12. Blanca JJ, Ábalos MR, Montes MV, González S. The role of fathers in the postpartum period: experiences with skin to skin method. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2012 [Citado 22 Abr 2015]; 25(6): 914-920. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n6/v25n6a14.pdf>

P11

Título:

ESTUDIO DE CONTACTOS DE CASOS DE SÍFILIS EN DOS AREAS DE SALUD

Autor/es:

M^a Vanessa Gas Barcelona y Laura Martínez Martínez

Introducción:

Entre las medidas de prevención de ITS y concretamente sífilis, se encuentra el estudio de contactos con la finalidad de promover hábitos sexuales saludables y prevenir aquellos que resultan de riesgo, características de los mismos para determinar qué les lleva a tener y/o mantener esas conductas y por qué sí o no facilitan el EC.1

Objetivos:

General: Identificar si se realiza estudio de contactos en los casos notificados de sífilis entre la semana epidemiológica 1 de 2013 y 30 de 2015.

Específico: Describir las características epidemiológicas y sociodemográficas de los casos notificados y sus diferencias entre los que realizan estudio de contactos y los que no.

Metodología:

Estudio observacional, descriptivo transversal. Muestra: 142 casos. Muestreo no probabilístico consecutivo. Fuente de datos: registro EDO

VARIABLES: edad, sexo, país nacimiento, relación sexual de riesgo, uso de preservativo, condición sexual, hábitos tóxicos, otras ITS, VIH y estudio de contactos.

Análisis datos: proporciones, medias y desviación estándar y contraste por T-student y chi-cuadrado. Comparación variables entre los casos con estudio de contactos y los que no, estadístico Z para proporciones independientes con un nivel de significación del 95%.

Uso de los programas Epi-Info v.3.5.4, Epidat v.3.1.

Resultados:

142 casos de sífilis, 87% hombres, edad media 35.54 ± 11.37 , 72.5% españoles, 64% tenían parejas múltiples y el 6.3% relacionado con prostitución, el 52.11% no usaron preservativo. El 31% de los casos eran homosexuales, desconociéndose la condición sexual en un 29%. El 9% tenían hábitos tóxicos. En relación a VIH estaba presente en el 19.7% de los casos y otras ITS en 12.5%. En el 47% de los casos se realizó estudio de contactos.

Las diferencias significativas entre los casos con estudio de contactos y los que no fueron en la relación sexual de riesgo prostitución ($p=0.025$) y en la condición sexual desconocido ($p=0.001$)

Discusión:

La sífilis predomina en hombres jóvenes, mayoritariamente españoles y con factores de riesgo como parejas múltiples y relaciones sexuales entre hombres. La realización de estudio de contactos es baja, insuficiente para cortar la transmisión de la enfermedad. Se aprecia como en los casos que se dedican a la prostitución no se realiza dada la dificultad de obtener los contactos sexuales.

La intervención del profesional de primaria en la realización de la entrevista en el estudio de contactos facilitaría la realización de los mismos.

Se requiere entrevistadores expertos en comunicación y fomentar el uso del preservativo.

Bibliografía:

1. Suñer AV, Geli JS. Infecciones de transmisión sexual. Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado, 2010;10(61): 4202-4211.

Díez M, Díaz A. Infecciones de transmisión sexual: epidemiología y control. Revista Española de Sanidad Penitenciaria, 2011;13(2):58-66.

P12

Título:

TERAPIAS ALTERNATIVAS ÚTILES EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES HIPERTENSOS

Autor/es:

Juan Diego Rosell Oñate, Jose Alberto Muñoz Ballesta, Concepción Navarro Navarro, Francisco Olid Martínez, Cristina Martínez Galera y Sara Pérez Lomas

Introducción:

En los países desarrollados, la enfermedad cardiovascular es la primera causa de mortalidad. La presión arterial es un signo fácil de monitorizar en la consulta de enfermería y su buen control haría disminuir en buena parte la prevalencia de dicha enfermedad. El estrés psicosocial contribuye a aumentar la presión arterial, sin embargo, las terapias de relajación y otras terapias alternativas no son usuales en el tratamiento habitual de los hipertensos y desde la consulta de enfermería no se les da la suficiente información a los pacientes acerca de ellas.

Objetivos:

Conocer qué terapias de relajación y terapias alternativas son capaces de disminuir la tensión arterial en pacientes hipertensos.

Identificar si existen diferencias significativas entre estas terapias y determinar cuál sería la más efectiva.

Metodología:

Se realizó una búsqueda bibliográfica utilizando los descriptores "Relaxation therapy", "Complementary therapies" e "hipertensión" combinados con los distintos operadores booleanos en las bases de datos Pubmed, Biblioteca Cochrane Plus, Web of Science y Preevid. Se incluyeron ensayos clínicos aleatorios y revisiones sistemáticas de los últimos 10 años.

Resultados:

Entre las terapias de relajación y otras terapias alternativas capaces de disminuir la tensión arterial en pacientes hipertensos se encuentran yoga, musicoterapia, meditación transcendental, masaje terapéutico, respiración diafragmática y acupuntura.

Entre las distintas terapias destaca la Meditación Transcendental capaz de disminuir la TAS en 5mm Hg y la TAD en 3mm Hg.

Discusión:

En general, los estudios muestran un efecto positivo de la práctica de las terapias de relajación y otras terapias alternativas en las cifras de tensión arterial. Por lo tanto, sería aconsejable incluirlas en el tratamiento de hipertensos. Desde la consulta de enfermería debería dar mayor información al paciente acerca de todas estas técnicas menos conocidas pudiéndose

llevar a cabo algunas de ellas en atención primaria mediante terapia grupal con el fin de complementar el tratamiento farmacológico de los pacientes hipertensos.

Bibliografía:

1. Blom K, Baker B, How M, Dai M, Irvine J, Abbey S, Abramson BL, Myers MG, Kiss A, Perkins NJ, Tobe SW. Hypertension analysis of stress reduction using mindfulness meditation and yoga: results from the HARMONY randomized controlled trial. *Am J Hypertens*. 2014 Jan; 27(1):122-9.
2. Bekiroğlu T, Ovayolu N, Ergün Y, Ekerbiçer HÇ. Effect of Turkish classical music on blood pressure: a randomized controlled trial in hypertensive elderly patients. *Complement Ther Med*. 2013 Jun;21(3):147-54
3. Brook RD, Appel LJ, Rubenfire M et al; American Heart Association Professional Education Committee of the Council for High Blood Pressure Research, Council on Cardiovascular and Stroke Nursing, Council on Epidemiology and Prevention, and Council on Nutrition, Physical. Beyond medications and diet: alternative approaches to lowering blood pressure: a scientific statement from the american heart association. *Hypertension*. 2013 Jun;61(6):1360-83.
4. Chung SC, Brooks MM, Rai M, Balk JL, Rai S. Effect of Sahaja yoga meditation on quality of life, anxiety, and blood pressure control. *J Altern Complement Med*. 2012 Jun; 18 (6):589-96.
5. Palta P, Page G, Piferi RL, Gill JM, Hayat MJ, Connolly AB, Szanton SL. Evaluation of a mindfulness-based intervention program to decrease blood pressure in low-income African-American older adults. *J. Urban Health*. 2012 Apr; 89 (2):308-16.
6. Dickinson HO, Campbell F, Beyer FR, Nicolson DJ, Cook JV, Ford GA, Mason JM. Relaxation therapies for the management of primary hypertension in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008 Jan; 23 (1):CD004935.
7. Anderson JW, Liu C, Kryscio RJ. Blood pressure response to transcendental meditation: a meta-analysis. *Am J Hypertens*. 2008 Mar; 21 (3):310-6.
8. Rainforth MV, Schneider RH, Nidich SI, Gaylord-King C, Salerno JW, Anderson JW. Stress reduction programs in patients with elevated blood pressure: a systematic review and meta-analysis. *Curr Hypertens Rep*. 2007 Dec; 9 (6):520-8.
9. Ranjbar F, Akbarzadeh F, Kazemi B, Safaeiyan A. Relaxation therapy in the background of standard antihypertensive drug treatment is effective in management of moderate to severe essential hypertension. *Saudi medical journal*. 2007 Sep; 28 (9): 1353-6.
10. Olney CM. The effect of therapeutic back massage in hypertensive persons: a preliminary study. *Biological research for nursing*. 2005 Oct; 7(2): 98-105.

P13

Título:

¿NECESITAN FORMACION LAS ENFERMERAS SOBRE HERIDAS CRÓNICAS?

Autor/es:

José Domingo Avilés Aranda, José Navarro Yepes, Noelia María Palazón Candel, Pedro Luís Rubio Martínez, María Solé Agustí y María Inmaculada Vicente del Cerro.

Introducción:

El cuidado de las heridas crónicas, a pesar de las evidencias disponibles, sigue creando grandes discusiones, justificadas únicamente, en numerosas ocasiones, por experiencias profesionales aisladas o impresiones percibidas, incluso llegando a ser estas, a veces, contrarias a los consensos y bibliografías disponibles.

Objetivos:

Determinar el grado de conocimiento sobre cuidado de heridas de los enfermeros de Atención Primaria en la Región de Murcia.

Metodología:

Metodología cuantitativa, observacional, descriptivo, prospectivo y transversal. La población de estudio la componen los enfermeros de Atención Primaria de la Región de Murcia. No se precisó técnica de muestreo. El tamaño de la muestra fue de 127 encuestados, de un total de 676 participantes que cumplieron criterios de inclusión. Las variables a estudiar fueron recogidas en un cuestionario de diseño propio. El instrumento de medida estaba constituido por los siguientes apartados: datos sociodemográficos y datos de evaluación de conocimiento (preguntas formuladas en base a una guía práctica) (1,2). El procesamiento de los datos se realiza con el programa estadístico SPSS versión 22.0, con una significación establecida en $p < 0,05$.

Resultados:

La edad media es de 46.35 ± 10.4 años donde el 66.1% eran mujeres. El nivel académico predominante es el de DUE (Diplomado Universitario de Enfermería) con una representación del 76.4%. La experiencia profesional media es de 23.61 ± 10.8 años. Un 92.1% consideran saber abordar las heridas crónicas en su práctica habitual. El 21% de la muestra no ha recibido formación específica sobre el cuidado de heridas crónicas. Entre los medios de actualización de conocimientos destaca que el 74.1% ha asistido a cursos y congresos. El 40.9% considera emergente la creación de la figura del "Enfermero de referencia en el cuidado de heridas". En cuanto al nivel de conocimientos general de los profesionales encuestados, la mayoría fue calificada como aprobado con un 52%, con 21 personas que fueron tipificadas como NO APTO por obtener una calificación por debajo de 5.

Discusión:

Enfermería sufre un grave desconocimiento ante el manejo de las heridas crónicas (3-6), lo cual queda corroborado por este estudio, en el cual se presentan resultados, con un amplio margen de mejora, en los conocimientos sobre heridas crónicas. Una de los posibles causas de este desconocimiento podría estar en la calidad y frecuencia de los ciclo de formación en este campo ya que, según este estudio, los profesionales que han recibido formación en el campo de las heridas crónicas tienen mayores conocimientos para su tratamiento, siendo estadísticamente significativa esta diferencia.

Bibliografía:

1. Alepuz L. et al. Guía de práctica clínica para el cuidado de personas con úlceras por presión o riesgo de padecerlas. Ed: Generalitat Valenciana, Consellería de Salut; 2012.
2. Sánchez M^aM et al. Guía de práctica clínica de enfermería: prevención y tratamiento de úlceras por presión y otras heridas crónicas. Valencia: Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat; 2008.
3. Ousey K, Kaye V, McCormick K, Stephenson J. Investigating staff knowledge of safeguarding and pressure ulcers in care homes. *J Wound Care*. 2016;25(1):5-11.
4. Waugh SM. Attitudes of Nurses Toward Pressure Ulcer Prevention: A Literature Review. *Medsurg Nurs*. 2014;23(5):350-7.
5. Kwong EW, Lee PH, Yeung KM. Study protocol of a cluster randomized controlled trial evaluating the efficacy of a comprehensive pressure ulcer prevention programme for private for-profit nursing homes. *BMC Geriatr*. 2016;16(1):20.
6. Akese MI, Adejumo PO, Ilesanmi RE, Obilor HN. Assessment of nurses' knowledge on evidence-based preventive practices for pressure ulcer risk reduction in patients with impaired mobility. *Afr J Med Med Sci*. 2014;43(3):251-8.

P14

Título:

PROMOVIENDO SALUD DESDE LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA. PROYECTO CIUDAD MIHSALUD

Autor/es:

M^a Isabel Sánchez Cánovas, Cristina Grau Camarena, Alba Galindo Galindo, Irene Iniesta Martínez, Pilar López Sánchez y Dolores Carbonell Tomás

Introducción:

El Proyecto Ciudad mihsalud, comienza en 2014 por el Centro de Salud Pública de Valencia (CSPV) en colaboración con ACOEC y financiado por Fundación La Caixa.

Implementado por dos Enfermeras Familiares y Comunitarias (EFyC) y cuatro Agentes de Salud de Base Comunitaria (ASBC) organizados en dos Equipos de Salud Comunitaria (ESC) de dos departamentos sanitarios.

Objetivos:

Promover la interculturalidad y la convivencia a través de la dinamización comunitaria en salud desde los Centros de Atención Primaria.

Facilitar el acceso a los servicios socio-sanitarios de las personas en situación de vulnerabilidad, aprovechando los espacios comunitarios, asociativos y educativos.

Metodología:

El primer mes se destina a la formación de los equipos y diagnosticar la realidad de los territorios mediante el método Rapid appraisal, elaborando un plan de acción y planteando la formación conjunta con los Equipos de Atención Primaria (EAP).

El informe con el diagnóstico y plan de acción se traslada a los EAP incorporando sus propuestas aplicando el segundo mes herramientas de dinamización comunitaria, como: diseño de mapas comunitarios con recursos identificados, activación y dinamización de puntos informativos y líderes comunitarios, realización de conversaciones informales y talleres de salud, contacto con asociaciones y recursos, participación en foros comunitarios, formación-acción ASBC, presentación de la guía "Salud en nuestra agenda" dirigida a asociaciones, realización de encuentros inter-asociativos de salud, detección y atención a casos individuales derivados al recurso socio-sanitario o asociativo correspondiente a través de la figura de la EFyC, así como realización de evaluaciones internas trimestrales, anuales y evaluaciones externas.

A los once meses de la intervención se genera un informe de resultados que es presentado a los EAP, recogiendo de nuevo sus propuestas y presentando el informe definitivo a la Dirección de Salud Pública y AP de los departamentos.

Resultados:

- 45 puntos informativos y 34 líderes comunitarios.
- 1030 conversaciones informales.
- 48 talleres de salud
- 99 recursos (20 sanitarios, 16 sociales, 50 asociativos, 8 educativos, 1 religioso y 4 municipales).
- 148 atenciones individuales.
- 4 líderes comunitarios formándose como ASBC.
- Encuentro comunitario.
- Grupo de trabajo en ZBS.
- Participación de los EIRFyC.
- Indicadores.
- Memoria.

Discusión:

Equipos formados por EFyC y ASBC, en colaboración con los EAP, CSPV y la comunidad, mediante trabajo en red consiguen un mayor empoderamiento y conocimiento de los servicios de salud, así como fomentar la intervención comunitaria desde AP.

Bibliografía:

- 1) Paredes-Carbonell JJ, Alcaraz M, López P, Ramírez LM, El Bokhari M. MIHSALUD: una experiencia de dinamización comunitaria con población inmigrante de la ciudad de Valencia. *Comunidad* 2012; 14:29-32;
- 2) Alcaraz Quevedo, M.; Paredes-Carbonell, J.J.; López-Sánchez, P.; Ramírez Delgado, L.M.; Hurtado Murillo, F.; Dumitrache, L. Conversaciones informales en un programa de salud comunitaria: evaluación del proceso. *Index de Enfermería [Index Enferm]* (edición digital) 2013; 22(4). Disponible en <<http://www.index-f.com/index-enfermeria/v22n4/9193.php>> Consultado el 17 de Febrero de 2014
- 3) López-Sánchez P, Paredes-Carbonell JJ, Alcaraz M, Ramírez LM, El Bokhari M. Rediseñando la formación-acción de agentes de salud de base comunitaria. *Index de Enfermería [Index Enferm]* (edición digital) 2013; 22(3). [citada 2014 Ago 15]. Hallado en: <<http://www.index-f.com/index-enfermeria/v22n3/9100.php>>
- 4) Aguló Pastrana E, Bellver Cebriá A, López Martín M, Lozano Sabroso M, Montaner Gomis I, Reyes Ruiz C, Siles Román D, Soler Torroja M. Cómo iniciar un proceso de intervención y participación comunitaria desde un centro de salud?. I Recomendaciones PACAP. 2004.

5) Participación de la comunidad en el desarrollo de su salud: un desafío para los servicios de salud. OMS, serie Informes Técnicos, 809, Ginebra, 1991.

6) Declaración de Yakarta sobre la Promoción de Salud en el siglo XXI. En Rev. Comunidad, publicación periódica del Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria, nº 0, semFYC,

1997.

7) World Health Organisation. The Ottawa Charter: principles for health promotion. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1986.

P15

Título:

ESTUDIO DE LAS ALTERACIONES DE LA FUNCIÓN SEXUAL DE LOS PACIENTES SUPERVIVIENTES AL CÁNCER DE PRÓSTATA QUE HAN RECIBIDO TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Autor/es:

Esther Ramos Saura, Nerea Ruiz González, Mireya Hernández Carpes, Amanda Silvente Poveda y Noelia Noguera Chacón

Introducción:

La esperanza de vida de los pacientes con cáncer de próstata ha aumentado en la última década, por eso es importante estudiar los factores relacionados con el tratamiento quirúrgico que perjudican la calidad de vida del paciente. Entre ellos se encuentran las secuelas de la función sexual. Harden JK, et al. Partners' Long-term Appraisal of Their Caregiving Experience, Marital Satisfaction, Sexual Satisfaction, and Quality of Life 2 Years After Prostate Cancer Treatment. *Cancer Nurs* [Revista on-line] 2013, 36(2): 10.1097.

Objetivos:

Estudiar cuáles son las secuelas relacionadas con la función sexual del paciente que ha sido sometido a tratamiento quirúrgico del cáncer de próstata; determinar la frecuencia con la que se da cada una de estas secuelas en los pacientes sometidos a tratamiento quirúrgico del cáncer de próstata.

Metodología:

Hemos realizado un estudio observacional transversal. Se les pasó un cuestionario elaborado por expertos referente a la función sexual a 42 pacientes seleccionados aleatoriamente, supervivientes al cáncer de próstata que habían recibido tratamiento quirúrgico en un determinado hospital. También se les pasó a 66 pacientes del mismo hospital elegidos aleatoriamente que no presentan patologías asociadas a este cáncer. Los primeros formaron el grupo "operados de cáncer de próstata" (O.CaP) y los segundos el grupo "sin patologías asociadas al cáncer" (S.P.A.C). Los datos se analizaron mediante análisis de tablas de contingencia por el test de la X² de Pearson complementado con un análisis de residuos y contrastes de una proporción.

Resultados:

Las secuelas de la función sexual asociadas con estar operado de cáncer de próstata son: dificultad para conseguir una erección $p < 0,0005$ [60% grupo O.CaP, 21% grupo S.P.A.C], problemas de eyaculación precoz $p < 0,005$ [47% O.CaP, 19% S.P.A.C], dificultad para eyacular $p < 0,0005$ [65% O.CaP, 12% S.P.A.C], y pérdida del interés sexual $p < 0,0005$ [41% O.CaP, 12% S.P.A.C].

Discusión:

Los pacientes con cáncer de próstata que han recibido tratamiento quirúrgico sufren las siguientes secuelas: Problemas de erección en más del 54% de los pacientes. Problemas de eyaculación precoz en más del 43% de los pacientes. Dificultad para eyacular en más del 60% de los pacientes. Pérdida del interés sexual en más del 35% de los pacientes

Los resultados de nuestro estudio concuerdan con los de otros estudios de temática similar.

Una limitación es que no hemos estudiado dichas secuelas en pacientes que sólo han recibido quimioterapia o radioterapia.

Bibliografía:

1. Asociación Española Contra el Cáncer [Sede web]. Madrid: aecc.es, 2003. [Contenido actualizado en 2014], [Consultado en 2015]. Disponible en: www.aecc.es
2. Fernández B, Pascual C, García JA. El Cáncer De Próstata En La Actualidad. Psicooncología [Revista on-line], 2004 [Consultado en 2015], Vol. 1, Núms. 2-3, pp. 181-190. Disponible en: http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/sociosyprofs/documentacion/psicooncologia/numero2_3_vol1/capitulo15.pdf
3. Bill-Axelson A, Holmberg L, Filén F, Ruutu M, Garmo H, Busch C, et al. Radical prostatectomy versus watchful waiting in localized prostate cancer: the Scandinavian prostate cancer group-4 randomized trial. J Natl Cancer Inst. [Revista on-line], 2008 [Consultado en 2015], 100:1144---54. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18695132>
4. Bill-Axelson A, Holmberg L, Ruutu M, Garmo H, Stark J, Busch C, et al. Radical Prostatectomy versus Watchful Waiting in Early Prostate Cancer. N Engl J Med [Revista on-line], 2011 [Consultado en 2015], 364;18. Disponible en: <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa1011967>
5. Antebi E, Eldefrawy A, Katkooori D, Soloway CT, Manoharan M, Soloway MS. Oncological and Functional Outcomes Following Open Radical Prostatectomy: How Patients May Achieve the “trifecta”? International Braz J Urol [Revista on-line], 2011 [Consultado en 2015], Vol 37 (3): 320-327. Disponible en: http://www.brazjurol.com.br/may_june_2011/Antebi_320_327.htm
6. Martínez-Salamanca J.I, Jara J, Moncada I, García J, Hernández C. Orgasmo y su impacto en la calidad de vida después de prostatectomía radical. Actas Urol Esp [Revista o-line], 2004 [Consultado en 2015], v.28 n.10. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0210-48062004001000007&script=sci_arttext
7. Vickers A, Savage C, Bianco F, Mulhall J, Sandhu J, Guillionneau B, et al. Cancer control and functional outcomes after radical prostatectomy as markers of surgical quality: analysis of heterogeneity between surgeons at a single cancer center. Eur Urol [Revista on-line], 2011 [Consultado en 2015], 59(3): 317–322. Disponible en: <http://europepmc.org/articles/PMC3060298>

R16

Título:

ESTUDIO OBSERVACIONAL DESCRIPTIVO SOBRE LOS PRINCIPALES FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ABANDONO PRECOZ DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

Autor/es:

Nerea Ruiz González, Mireya Hernández Carpes, Esther Ramos Saura, Amanda Silvente Poveda, Noelia Noguera Chacón y Rocio Rubio Martínez

Introducción:

La “Estrategia mundial para la alimentación del lactante y niño pequeño” recomienda Lactancia Materna Exclusiva hasta los 6 meses.

Objetivos:

Identificar los inconvenientes que con mayor frecuencia se asocian al abandono precoz de la Lactancia Materna Exclusiva y determinar la prevalencia de la Lactancia Materna Exclusiva a los 6 meses de vida en los recién nacidos que acuden a la consulta. Conocer si las madres habían recibido la información suficiente, por parte de los servicios sanitarios sobre la Lactancia Materna.

Metodología:

Estudio descriptivo. Se entrevistaron a 50 madres, elegidas de forma aleatoria y que acudieron, entre el 9 y el 27 de febrero, a la consulta de enfermería pediátrica del centro de salud. Utilizamos un cuestionario, de creación propia, que contaba con 17 items sobre la lactancia materna.

Resultados:

En nuestra población, sólo el 28,6% habían sido amamantados hasta el sexto mes de vida con Lactancia Materna Exclusiva, obteniendo por lo tanto altas cifras de destete precoz. Los motivos del abandono fueron: la vuelta al trabajo, la falsa hipogalactia, la separación del bebé de la madre en los nacimientos por cesárea y la falta de información. Un 36% de las madres afirmaron no haber recibido ayuda o información por parte de la enfermera de maternidad durante su hospitalización tras el parto, incluso desconocían la figura de esta “enfermera lactante”. En cuanto al tema de “la inmigración”, se pudo comprobar cómo las madres extranjeras daban más días Lactancia Materna Exclusiva a sus bebés que las madres españolas.

Discusión:

A pesar de la continua labor de promoción llevada a cabo en nuestro país para fomentar la Lactancia Materna Exclusiva hasta los 6 meses, las cifras muestran que aún queda mucho por conseguir en este sentido. En nuestro estudio, la mayoría de los bebés que habían abandonado la Lactancia Materna Exclusiva, lo habían hecho antes de los cuatro meses. En nuestro país no se siguen las directrices marcadas en la “Estrategia mundial para la alimentación del lactante y

niño pequeño”, no se cumplen los objetivos de la Declaración de Innocenti y la Iniciativa Hospitales Amigos de los Niños está muy poco implantada. Todo esto conlleva al abandono progresivo de la Lactancia Materna y tiene consecuencias muy importantes para la salud de los bebés.

Bibliografía:

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Centro de prensa: Alimentación del lactante y del niño pequeño. [Internet]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs342/es/>
2. Oddy W.H. The impact of breastmilk on infant and child health. Breastfeed Rev. [Internet]. 2002. 10(3):5-18. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12592775>
3. Niño R., Silva G. y Atalah E. Factores asociados a la Lactancia Materna Exclusiva. Scielo. Rev Chil Pediatr [Internet]. 83(2): 161-169. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062012000200007&script=sci_arttext
4. Organización Mundial de la Salud (OMS). Indicators for Assessing Health Facility Practices That Affect Breastfeeding. [Internet]. Disponible en: https://extranet.who.int/iris/restricted/bitstream/10665/62140/1/UNICEF_SM_93.1.pdf
5. Instituto Nacional de Estadística (INE). Movimiento Natural de la Población e Indicadores Demográficos Básicos Datos provisionales. Año 2012. [Internet]. 2012. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np784.pdf>
6. OMS. Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño. Duración óptima de la lactancia materna exclusiva [Internet] 2001. Disponible en: http://www.who.int/nutrition/topics/infantfeeding_recommendation/es/
7. OMS. Nutrición del lactante y del niño pequeño. Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño. Informe de la Secretaría. 55ª Asamblea Mundial de la Salud. [Internet]. 2002. Disponible en: http://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores_en_salud/lactancia/CNLM_estrategia_mundial.pdf
8. OMS-UNICEF: Declaración de Innocenti Sobre la Protección, Promoción y Apoyo de la Lactancia Materna. [Internet]. 1990. Disponible en: https://www.ihan.es/cd/documentos/Declaracion_innocenti_1990.pdf
9. UNICEF y OMS. 10 pasos para la lactancia materna eficaz. [Internet]. . Disponible en: http://www.unicef.org/spanish/nutrition/23964_breastfeeding.html
10. Estévez G.M.D., Martell C.D., Medina S.R., García V.E., Saavedra S.P. Factores relacionados con el abandono de la lactancia materna. Anal Español Pediatr. [Internet]. 2002; 56(2):144–50. Disponible en: <http://www.analesdepediatria.org/es/factores-relacionados-con-el-abandono/articulo/S1695403302789443/>

P17

Título:

DISEÑO DE UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN TERAPÉUTICA PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES ADULTOS CON PATOLOGÍA RESPIRATORIA

Autor/es:

Julia Segura Martínez, Adela Alonso Gallegos, Maria Luisa Cascales Perez, Andrea Sánchez López, Jose Luis Giménez Tebar y Rocío Jiménez Moreno.

Introducción:

El asma y la EPOC son dos enfermedades respiratorias de alta prevalencia (1). Actualmente sabemos que el 73% aún no está diagnosticado, y, por tanto, no reciben ningún tratamiento para su EPOC (2). Ambas patologías se caracterizan por una mala adhesión al tratamiento debido a su complejidad (3)(4)(5).

Objetivos:

Con este programa de educación terapéutica queremos mejorar la calidad de vida y el autocuidado de los pacientes adultos con patología crónica respiratoria.

Metodología:

Se realizará un ECA con participantes de ambos sexos mayores de 16 años con patología crónica respiratoria. Selección y distribución en ambos grupos de forma aleatoria. Muestra: 120 participantes para potencia estadística del 80% y nivel de significación del 0,05. Criterios de inclusión: tratamiento con inhaladores, independencia en las actividades de la vida diaria (ABVD / AIVD) (Barthel: 100 puntos / Lawton y Brody: 8 puntos), dominio del español hablado y escrito. Invitación por carta y por vía telefónica. Criterios exclusión: deterioro cognitivo, (Pfeiffer > ó = 4 puntos) y/o patología que contraindique la continuidad en el programa. Intervención: 4 sesiones teórico-prácticas de hora y media de duración, que incluirán ejercicios respiratorios y de relajación, medidas higienico-dietéticas y automanejo. Instrumentos: COPD Assessment test (CAT) (6), Cuestionario de salud SF-36 (7) y variables sociodemográficas, antropométricas, clínicas y analíticas. Momento de recogida: basal, 3, 6 y 12 meses. Análisis descriptivo, inferencial y correlacional de las variables. Se utilizará el paquete estadístico SPSS versión 21.0. Se solicitará firma del consentimiento informado a todos los participantes previa autorización por parte del Comité de Ética en Investigación Clínica (CEIC).

Resultados:

Sesgos y limitaciones del estudio: Se medirán las diferencias entre grupos basales para asegurar homogeneidad y entre muestra que participa y que no lo hace, para evitar pérdida de validez externa. Si pérdidas > 30% se realizará un análisis por intención de tratar ya que la muestra ha sido calculada asumiendo dicho porcentaje de pérdidas. Cada grupo será citado en días de la semana diferentes para evitar un posible problema de contaminación.

Discusión:

Impacto esperado: Esta intervención de educación terapéutica puede ser una estrategia útil para el automanejo del paciente crónico respiratorio y un elemento motivador para la adquisición de hábitos o estilos de vida más saludables que se traduzcan en una mayor Calidad de Vida Relacionada con la Salud.

Bibliografía:

1. Ancochea J, Badiola C, Durán-Tauleria E, García Río F, Miravittles M, Muñoz L, Sobradillo V, et al. Estudio EPI-SCAN: resumen del protocolo de un estudio para estimar la prevalencia de EPOC en personas de 40 a 80 años en España. *Arch Bronconeumol*. 2009;45:41–7.
2. Miravittles M, Soriano JB, García-Rio R, Muñoz L, Durán-Tauleria E, Sánchez G, et al. Prevalence of COPD in Spain: impact of undiagnosed COPD on quality of life and daily life activities. *Thorax*. 2009;64:863–8.
3. Guía de práctica clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de pacientes con Enfermedad pulmonar Obstructiva Crónica-Guía Española de la EPOC (GesEPOC). *Arch Bronconeumol* 2012; 48: 2-58.
4. Atención integral al paciente con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. Desde la Atención Primaria a la Especializada. Guía de Práctica Clínica 2010. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC) y Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR)
5. Effing T, Monninkhof EM, van der Valk PDLPM, van der Palen J, van Herwaarden CLA, Partidge MR, Walters EH, Zielhuis GA. Educación en autocuidado para pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
6. Jones P, et al. Development and first validation of the COPD Assessment Test. *Eur Respir J* 2009; 34: 649-654.
7. Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, Rebollo P, Permanyer-Miralda G, Quintana JM, et al. The Spanish version of the Short Form 36 Health Survey: a decade of experience and new developments. *Gaceta Sanitaria* 2005;19(2):135-150.

P18

Título:

SOMATIZACIÓN DEL DOLOR EN UNA DEPRESIÓN POSTRAUMÁTICA

Autor/es:

Ana Jiménez Murcia, Ana Pérez Quirante, Andrea Saura Quimesó, José Pellicer Maestre, Cristóbal Nicolás-Susarte Campillo y Mauro Gambín Espuche

Introducción:

Ante una enfermedad o un accidente, se produce una experiencia psíquica que puede terminar traducéndose en una clínica observable como puede ser ansiedad, irritabilidad y/o depresión. A propósito del estudio de los pacientes que se enfrentan a la depresión por un acontecimiento traumático, describiremos las consecuencias físicas y psicológicas que se producen durante todo un proceso de sintomatología psicósomática.

Objetivos:

El objetivo principal de este estudio es analizar el proceso de somatización del dolor en una depresión postraumática.

Metodología:

Se ha diseñado un estudio con metodología cualitativa. El estudio se realizó tomando como referencia a 30 pacientes de los diferentes centros de salud de Murcia, que fueron sometidos a algún acontecimiento traumático y se realizaron entrevistas cualitativas semiestructuradas.

Los resultados fueron obtenidos tras analizar las entrevistas y desarrollar un proceso enfermero, en el cual pudimos identificar como principal diagnóstico la ansiedad.

Resultados:

Los resultados obtenidos del estudio permitieron identificar como diagnóstico principal de enfermería "Ansiedad r/c estrés m/p temor a consecuencias inespecíficas". Se clasificaron las diferentes intervenciones y sus respectivas actividades se llevaron a cabo, lo cual permitió disminuir el nivel de ansiedad tan elevado que los pacientes presentaban.

Los resultados muestran que una cuarta parte de los pacientes presentaban somatización del dolor en una estrecha relación con la depresión postraumática.

Discusión:

Las experiencias traumáticas vividas en primera persona hacen que quien las experimenta, tienda a padecer como consecuencia, trastornos del estado de ánimo, se menciona la terapia cognitiva conductual como una de las intervenciones para las personas que padecen dicho trastorno, siempre complementaria a la terapia farmacológica con antidepresivos,

estabilizadores del estado de ánimo y analgesia. En relación al tema, diferentes autores asociaron la somatización del dolor con el trastorno depresivo, hallándose una importante relación tanto para población psiquiátrica como en atención primaria. Es de gran importancia la necesidad de enseñar al personal sanitario a tratar temas de ayuda psicológica, ya que en ocasiones, los pacientes valoran e interiorizan más este tipo de cuidados que el simple hecho de darles una pastilla que les relaje. No quiere decir que sea sustitutivo sino complementario.

P19

Título:

PRESCRIPCIÓN ENFERMERA, UNA ATENCIÓN DE CALIDAD

Autor/es:

Julia María Liria Fernández y Pedro Javier Guijarro García

Introducción:

Prescribir, va más allá de extender una receta para dispensar un medicamento u otro producto. Implica indicar y planificar acciones frente a un problema basadas en el juicio clínico, y por ello exigen una valoración previa y un encuadre dentro de las competencias profesionales.

La prescripción enfermera, facilita el acceso a medicamentos y productos sanitarios de manera rápida y eficaz, aumentando la adherencia al tratamiento. Con lo que permite la implicación de los pacientes en la toma de decisiones sobre sus tratamientos, la mejora en la comprensión del paciente sobre su tratamiento, proporcionando una atención más completa al paciente mejorando sus resultados de salud

Objetivos:

Conocer si la prescripción enfermera tiene un impacto positivo en la salud y la satisfacción de los pacientes.

Conocer los beneficios que aporta la prescripción enfermera al profesional de enfermería.

Metodología:

Se realizó una revisión bibliográfica mediante una búsqueda en bases de datos como Pubmed, tripdatabase y NHS evidence. De un total de 12 artículos se seleccionaron 7, todos ellos con una antigüedad inferior a 5 años. Los Descriptores de Ciencias de la Salud (DeSC) utilizados son: Drug prescriptions, Nurses, patients, advantages.

Resultados:

En la prescripción podemos observar unos beneficios para los profesionales de enfermería como es el desarrollo profesional, un aumento de la autoestima de profesional, una satisfacción laboral y un aumento del estatus profesional, proyectándose en una atención integral centrada en el paciente

Discusión:

Hoy en día se ha demostrado que la prescripción enfermera tiene muchas ventajas, puesto que asegura los principios de la atención integral de la salud y la continuidad asistencial, satisfaciendo así las necesidades de los pacientes de manera holística. Además aumenta la autonomía profesional y por tanto la satisfacción en el trabajo.

P20

Título:

MATERIAL FORMATIVO Y VALIDACIÓN EXPERIMENTAL DE UN SISTEMA MÓVIL DE RESPUESTA INMEDIATA PARA LA ENSEÑANZA DE LAS HABILIDADES DIRECTIVAS Y GESTIÓN DE LA CALIDAD EN ENFERMERÍA

Autor/es:

Ana Belén Sánchez García, José Luis Fernández Alemán, M^aJosé López Montesinos, Carmen Gil Ros, Cristina Amor Muñoz Guerrero y Beatriz Martín Retuerto

Introducción:

La educación enfermera se ha desarrollado de forma paralela a los cambios educativos y a las nuevas formas de aprendizaje en las aulas. Las nuevas tecnologías de la información y comunicación se han introducido en los nuevos planes de estudio, a la vez que permite incrementar la calidad en los cuidados proporcionados al paciente.

Objetivos:

- Aplicar en el aula material digital para el aprendizaje de la asignatura “Habilidades Directivas y Gestión de la Calidad en Enfermería”.
- Impartir charlas informativas a los alumnos para la utilización de la herramienta, fomentando su participación y colaboración.

Metodología:

Se realizó una revisión bibliográfica sobre los estudios relacionados con la utilización de clickers en la docencia enfermera, así como de otros dispositivos móviles en el aula, permitiendo identificar un análisis de la situación

Se preparó material digital para el aprendizaje de la materia de “Habilidades Directivas y Gestión de la Calidad en Enfermería”, utilizando los dispositivos de respuesta automática, también conocidos como clickers. El material se ha preparado empleando la herramienta S.I.D.R.A (Sistema de Dispositivos de Respuesta Automática) o Clickers, implementada por miembros del Grupo de Investigación de Ingeniería del Software y Enfermería de la Universidad de Murcia. La duración fue de 3 meses, octubre, noviembre y diciembre de 2015.

Se elaboraron las preguntas y se realizó un examen control, bajo la supervisión de los responsables y el docente de la asignatura. El examen o prueba constaba de 20 preguntas con 4 posibles respuestas, y una sola respuesta correcta. Se dividieron los 130 alumnos participantes en dos grupos, y en diferentes aulas se efectuó la prueba.

A los alumnos participantes en el estudio se les facilitó un documento de consentimiento informado.

Resultados:

Tras la elaboración y validación de una encuesta de satisfacción, mediante la herramienta informática Limesurvey, realizada por los alumnos tras la utilización de los clickers en el aula, así como la recogida de datos y análisis estadístico de los resultados del proceso, mediante el paquete estadístico SPSS 19.0, obtuvimos como primeros resultados, un efecto positivo y mayor motivación y participación del alumnado. Así como en las notas finales de sus evaluaciones.

Discusión:

El nuevo material empleado, sistema de respuesta a la audiencia mediante el uso de dispositivos móviles, es más dinámico que las tradicionales transparencias en PowerPoint, a la vez que estimula la participación de los alumnos, lo que nos muestra un resultado muy satisfactorio tanto en docente como discente.

Bibliografía:

- (2011) Saigí F. Aprendizaje colaborativo en red: el caso del Laboratorio de Telemedicina. Estudios de Ciencias de la Salud, Universitat Oberta de Catalunya. Gaceta Sanitaria; 25 (3): 254-256.
- (2010) Alemán JLF y de Gea JMC. Una Revisión de la Enseñanza de la Enfermería basada en las TIC. Revista eSalud.com. 6(22).
- (2009) Ainsley B, Brown A. The Impact of Informatics on Nursing Education: A Review of the Literature. The Journal of Continuing Education in Nursing. May;40(5):228–232.
- (2009) Bruff, D. Teaching with Classroom Response Systems: Creating Active Learning Environments. Jossey-Bass, San Francisco, CA
- (2008) Guillamet LI. A. et al: “ El aprendizaje basado en problemas como cambio de cultura para las escuelas de enfermería” Nursing; 26(3):64-6.
- (2006) Weert T. Education of the twenty-first century: new professionalism in lifelong learning, knowledge development and knowledge sharing. Educ Inf Technol.;11:217–37.
- (2006) McKeachie, W.J., Svinicki, M. McKeachie's Teaching Tips: Strategies, Research, and Theory for College and University Teachers, 12th ed. Houghton Mifflin, Boston, MA.
- (2006) Skiba, D.J. Got large lecture hall classes? Use clickers. Nursing Education Perspectives 27 (5), 278–280.

P21

Título:

EDUCACIÓN PARA LA SALUD COMO ESTRATEGIA PARA MEJORAR LOS ESTILOS DE VIDA

Autor/es:

Inmaculada Pérez Hernández

Introducción:

La OMS define la Educación para la Salud (EpS) como “Cualquier combinación de actividades de información y educación que lleve una situación en la que la población desee estar sana, sepa alcanzar la salud, haga lo que pueda para mantener su salud y buscar ayuda cuando lo necesite”. Es el medio más eficiente del que dispone la Atención Primaria para cambiar los estilos de vida de las personas y mejorar el estado de salud de la comunidad.

Objetivos:

Describir la educación para la salud como estrategia para mejorar los estilos de vida de las personas.

Enumerar las estrategias de educación para la salud.

Definir el modelo PRECEDE como patrón para la educación para la salud.

Metodología:

Se ha realizado un estudio cualitativo descriptivo, basado en una revisión de la evidencia científica. La recogida de información se ha realizado tanto en bases de datos (BDENF, CUIDEN, SCIELO, entre otras) como en revistas científicas (Salud Pública Educación para la Salud, o Salus on-line, entre otras). Se han encontrado once artículos relacionados, de los cuales han servido para la investigación seis. Solo se seleccionaron los artículos en los que los descriptores aparecían en el título o abstract.

Descriptores: Cuidados de enfermería, calidad de vida, educación, enfermería en salud comunitaria, promoción de la salud, atención primaria de salud.

Resultados:

En la conferencia de Ottawa, la OMS pone de manifiesto cinco estrategias de promoción de la salud: Establecer una política saludable; crear entornos que apoyen la salud; reforzar la acción comunitaria; desarrollar aptitudes personales; reorientar los servicios sanitarios.

Un ejemplo de modelo de EpS es el PRECEDE. Se diseñó como una forma de valorar las necesidades de EpS de una comunidad. Parte de diversas disciplinas para analizar los problemas sociales, de salud y factores del comportamiento, distinguiendo factores que facilitan y predisponen la aparición de una conducta no saludable o refuerzan su existencia, dirigida a la adopción voluntaria de una conducta saludable.

Discusión:

La EpS busca cambiar conocimientos, creencias y actitudes para mejorar la salud personal y comunitaria; aumentar la habilidad para la toma de decisiones; establecer ambientes saludables; favorecer la capacidad y el poder de individuos y comunidades.

Basándonos en las estrategias enumeradas por la OMS en la Carta de Ottawa, y siguiendo las directrices del modelo PRECEDE, ayudaremos a la comunidad a reforzar aptitudes y facilitar el proceso de EpS.

Bibliografía:

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Carta de Ottawa para la promoción de la Salud. Salud Pública Educ Salud. 200; 1 (1): 19-22.
2. López García M. Educación para la Salud. Transversalidad educativa. 2008 Noviembre; 2: 61-68.
3. Pérez Jarauta MJ et al. Manual de educación para la Salud. Gobierno de Navarra. 2006.
4. García J, Owen E, Flórez-Alarcón L. Aplicación del modelo PRECEDE-PROCEDE para el diseño de un programa de Educación para la Salud. Psicología y Salud. 2005 Marzo; 15(1): 135-151.
5. Blank ME. Modelo Precede-Procede: un organizador avanzado para la conceptualización del proceso de enseñanza-aprendizaje en educación y promoción de la salud. Salus online. 2006 Abril; 10 (1).
6. Babín Vich FA et al. Programa de educación para la salud: Salud-Enfermedad. Instituto de adicciones Madrid Salud. Departamento de Reinserción. 2006 Noviembre.

P22

Título:

CRIBADO DE VIOLENCIA DE GÉNERO EN UN DEPARTAMENTO DE SALUD

Autor/es:

Sandra García Prieto, Esther López Buendía, María del Carmen Martínez Corbalán y Arantzazu Cámara Mogente

Introducción:

La violencia de género es un importante problema de salud pública actual por su magnitud, frecuencia y repercusiones.

Un elemento importante para la prevención del problema es la instauración de programas de cribado universales que permitan la detección precoz y así prevenir la aparición de nuevos casos de violencia. Se recomienda el cribado a todas las mujeres mayores de 14 años y remitir los casos positivos a los servicios de intervención.

Objetivos:

Analizar los datos obtenidos durante un mes de campaña de cribado en los centros de salud de un departamento de salud.

Metodología:

Metodología: Análisis observacional transversal retrospectivo, de los datos recogidos en un mes de cribado en los centros de salud de un departamento de salud.

Criterios de inclusión: Mujeres mayores de 14 años.

Material utilizado:

- “Protocolo para la Atención Sanitaria de la Violencia de Género”.
- Aplicación informática SIVIO (Sistema de Información para la detección y actuación frente a la violencia de género/doméstica en personas adultas).
- Reuniones información, formación y sensibilización de los profesionales sanitarios.
- Carteles informativos en todos los centros de salud del departamento.

Resultados:

Durante el mes de campaña de cribado se han realizado 1177 cribados, detectando 15 casos positivos y 4 posibles.

Discusión:

El mes de cribado ha supuesto un aumento considerable de los cribados realizados, de un 0%, sin sesiones de sensibilización e información ni formación a los profesionales de los equipos de Atención Primaria, a un 5,22% de cribados.

Se demuestra que las reuniones han supuesto un impulso positivo en la motivación de los profesionales del EAP para utilizar la aplicación SIVIO así como un mantenimiento de la tendencia del cribado oportunista después de esta iniciativa.

Bibliografía:

1. OMS. Resolución nº 49. XXV Asamblea Mundial de la Salud. Prevención de la violencia. Una prioridad en Salud Pública. Ginebra: OMS; 1996.
2. Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre. Boletín Oficial del Estado, nº 313, (29-12-2004).
3. Instituto Nacional de Estadística. Estadística de Violencia Doméstica y Violencia de Género. Año 2014. (Nota de prensa. 5 de mayo 2014). Disponible en: <http://www.ine.es>
4. Ministerio de Sanidad y Consumo. Protocolo común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.

P23

Título:

VALORACIÓN DE LA ENFERMERÍA COMUNITARIA EN EL PACIENTE INMOVILIZADO

Autor/es:

Jesús Martínez Ruiz, Judit Aldeguer Corbí, Ana Palma Sánchez e Ivan Alexandre Angel García

Introducción:

La atención domiciliar es un conjunto de actividades de cariz biopsicosocial y de ámbito comunitario que se realiza en el domicilio de la persona inmovilizada, con el fin de detectar, valorar, apoyar y hacer un seguimiento de los problemas de salud y sociales del individuo y de su familia, potenciando la autonomía y mejorando la calidad de vida.

Este caso clínico se realiza a una mujer de 75 años, con dificultad importante para desplazarse, tendencia a la incapacidad por diagnóstico de Parkinson, y con posible problemática social y/o mental acompañante.

Objetivos:

- Valorar las necesidades básicas del inmovilizado y su entorno, identificar los diagnósticos enfermeros adecuados y planificar sus cuidados.
- Garantizar la continuidad asistencial y la accesibilidad en la atención integral del paciente inmovilizado.

Metodología:

La valoración incluye una recogida de datos objetivos y subjetivos que permiten identificar el problema mediante la taxonomía NANDA-NOC-NIC, valoración integral por patrones funcionales de Marjory Gordon y planificación de sus cuidados. Toma de constantes y ecuación para la salud para la paciente, familiares y cuidadora.

Se utilizan las siguientes escalas: Cuestionario de Zarit, Test de Val. Sociofamiliar de Gijón, Índice de Katz, Escala de Washington, Escala de Arnell, Escala de Goldberg y Test de Pfeiffer.

Resultados:

Patrón alterado: Actividad/ Ejercicio. Diagnóstico enfermero: Deterioro de la movilidad física r/c deterioro neuromuscular o musculoesquelético.

Cuestionario de Zarit de 47 puntos: Sobrecarga leve, Test de Val. Sociofamiliar de Gijón de 11 puntos: Riesgo social, Índice de Katz G: Dependiente en todas sus funciones, Escala de Washington de 5 puntos: Riesgo nutricional moderado, Escala de Arnell de 12 puntos: Riesgo de úlcera por decúbito, Escala de Goldberg con probable ansiedad y probable depresión y Test de Pfeiffer normal con 2 errores.

Se programan visitas sucesivas mensuales y siempre que haya cambios importantes en el estado de salud del paciente y se realizan las intervenciones enfermeras establecidas en el plan.

Discusión:

El propósito del caso es mostrar la importancia de la Enfermería Comunitaria en el paciente inmovilizado, la cual juega un papel fundamental en el abordaje multidisciplinar.

Para una atención domiciliaria de calidad hemos de llegar al consenso de los criterios de actuación de los profesionales que intervienen en el cuidado y abrir vías de coordinación entre los diferentes niveles asistenciales y los profesionales en la continuidad del paciente y cuidador o cuidadores.

Bibliografía:

Aranzana Martínez A., Cegri Lombardo F., Limón Ramírez E. Manual de Atención Domiciliaria. 1ª edición. Barcelona (España); 2003

P24

Título:

NUESTRA EXPERIENCIA EN UNA ONG: UN RECURSO PARA LA ENFERMERA COMUNITARIA

Autor/es:

María Del Carmen García Bastida, Ana María Gil Jiménez, Carmen María Moratalla Escribano, Rocio Santana Alcántara, Alba Chapinal Pablo y Ester Campillo Blázquez

Introducción:

Muchas ONG's desarrollan una importante labor de apoyo y promoción social a diversos grupos en situación de precariedad y/o exclusión social. En los últimos años estas ONG's han experimentado un aumento de la demanda de sus servicios debido a la situación de crisis económica que atraviesa el país convirtiéndose en un apoyo fundamental para multitud de personas.

Objetivos:

Conocer el trabajo de una ONG en la ayuda y apoyo a la comunidad, especialmente a aquellas personas y familias en situación de precariedad y/o exclusión social.

Metodología:

Dentro del programa formativo como Enfermeras Internas Residentes de Enfermería Familiar y Comunitaria, realizamos una rotación por una de las ONG's que trabaja en nuestra Área de Salud.

Resultados:

Durante nuestra rotación pudimos conocer y participar activamente en los distintos dispositivos y programas de los que dispone esta organización:

-Acogida e intervención familiar: Allí se realiza un análisis de la situación personal, familiar, laboral y económica para valorar las necesidades y ofrecer los recursos apropiados.

-Escuela de la mujer: Proporciona apoyo y formación a la mujer y a la infancia.

-Alojamiento de urgencia (Albergue): Ofrece alojamiento nocturno y manutención, ducha, productos de higiene y aseo personal a personas sin hogar.

-Servicio de Estancias Diurnas (SED): Espacio abierto donde se proporciona acogida diurna, diversos talleres (informática, cerámica, idioma, lectura...) y actividades de ocio.

-Servicio de comedor: Proporciona comida diaria a personas y/o familias que atraviesan situaciones difíciles, ancianos que viven en precariedad y personas sin hogar.

-Servicio de alimentos, ropero y enseres: Entrega de alimentos no perecederos, ropa y enseres a personas y/o familias carentes de recursos con el objetivo de cubrir sus necesidades.

-Servicio de duchas: Tiene como objetivo proporcionar aseo e higiene personal, así como promover la adquisición de hábitos saludables.

Discusión:

Esta ONG proporciona un importante apoyo a las personas más desfavorecidas de la comunidad, no solo a nivel económico o de recursos, si no también fomentando su capacitación a nivel educativo, social, laboral y sanitario.

Como Enfermeras Familiares y Comunitarias, conocer estos servicios nos ha servido para desarrollar mayores habilidades en la valoración de la problemática y las necesidades de este tipo de colectivos, y para tener en cuenta este tipo de ONG's como un recurso con el que podemos contar en nuestra tarea diaria de atención a la comunidad.

P25

Título:

IMPORTANCIA DE LA ENSEÑANZA DE RCP- BÁSICA EN ADOLESCENTES TALLER PRÁCTICO

Autor/es:

Noelia Gutiérrez García, Carolina García Muñoz, Ana María Núñez López, Jesús del Águila Bello, Ricardo Luís Benítez de María y Esther Rodríguez.-eral Valiente

Introducción:

En España, cada año, miles de mujeres y hombres sufren colapsos y ataques del corazón en la vía pública. A menudo su muerte se podría haber evitado realizando inmediatamente RCP básica por parte del primer interviniente. Esto indica que se podría mejorar el porcentaje de enfermos recuperados, si se iniciasen maniobras de RCP básicas, que son relativamente fáciles de proporcionar con un mínimo de entrenamiento.

Con este trabajo, recogemos algunas de las ventajas de enseñar RCP en las escuelas, ya que los niños tienen una edad muy buena para aprender y nos sirven para acercar la RCP a padres y familiares, con los cuales tenemos un peor acceso. Hemos realizado talleres a niñas, de 14 y 15 años, que juegan al baloncesto.

Objetivos:

El general sería formar a los asistentes en los conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para que sean capaces de enfrentarse a situaciones similares y que actúen realizando las actividades básicas. Y los específicos: identificar situaciones donde aplicar lo aprendido, hacerles entender la importancia de manejar las acciones básicas y desarrollar las capacidades necesarias para realizar las actividades.

Metodología:

Se han hecho 3 talleres, los cuales han tenido 15 componentes, cada uno de ellos. Las componentes son niñas entre 14 y 15 años de edad componentes de equipos de baloncesto.

En el taller hemos realizado la metodología demostrativa, con métodos de apoyos. Para terminar he hecho simulaciones. También hemos realizado cuestionarios pre- taller y post-taller, preguntando sobre cuestiones básicas que hemos dado en el taller.

Resultados:

Cuando comenzamos el taller solo 4 niñas (8,9%), habían recibido formación previa sobre RCP, teniendo 41 niñas (91,1%) sin tener ningún contacto previo sobre el tema.

Pasamos un cuestionario pre- taller con 10 preguntas con 3 posibles respuestas, obteniendo los siguientes resultados: 4 participantes (9,52%) con 8 aciertos, 5 participantes (11,11%) con 7 aciertos, 9 participantes (20%) con 6 aciertos, 8 participantes (17,48%) con 5

aciertos, 8 participantes (17,48%) con 4 aciertos, 10 participantes (22,22%) con 3 aciertos y 1 participante (2,22%) con 1 aciertos.

Pasamos el mismo cuestionario pre- taller, post-taller, obteniendo los siguientes resultados: 23 participantes (51,11%) con 10 aciertos, 11 participantes (24,44%) con 9 aciertos, 6 participantes (13,33%) con 8 aciertos, 4 participantes (8,88%) con 7 aciertos y 1 participante (2,22%) con 5 aciertos.

Discusión:

En conclusión, este tipo de formación es muy importante para los ciudadanos al igual que para los sanitarios, además nos dan una nueva salida para nuestra profesión.

Bibliografía:

1. Groenhardt M., Handley A., Kuzovlev A., Resucitación Cardiopulmonar con desfibrilación externo automático. Manual del alumno, Edición 1, Madrid, 2011.
2. Jerry P., Jasmeet D., Zideman A., en nombre del grupo redacción de las guías del ERC, Guías de Resucitación 2010 del Consejo Europeo de Resucitación (ERC), 2010.
3. Mirón O., Díaz N., Escalada X., Puntos clave para introducir la enseñanza de la reanimación cardiopulmonar básica en las escuelas, Salud y ciencia, Nov 2013.
4. García Vega F.J, Montero Pérez F.J., Encimas Puente R.M, La comunidad escolar como objetivo de la formación en resucitación: La RCP en las escuelas, secretaría de formación SEMES, 2013.

P26

Título:

EL CIGARRILLO ELECTRÓNICO ¿UN ENEMIGO TRAS EL VAPOR?

Autor/es:

Sara Pérez Lomas, José Javier Jiménez Gallego, Ana Isabel Béjar López, Juan Diego Rosell Oñate, José Alberto Muñoz Ballesta y Concepción Navarro Navarro

Introducción:

En España la prevalencia de tabaquismo continúa siendo elevada.

Cada vez son más aquellos fumadores que desean dejar de fumar.

El cigarrillo electrónico se presenta como “más saludable” o una “alternativa o ayuda” para el abandono del hábito.

Muchos pacientes nos pueden consultar sobre la conveniencia o no de este dispositivo.

Objetivos:

- Investigar y ampliar conocimientos entre los profesionales de la salud sobre los componentes, complicaciones y efectos del cigarrillo electrónico (e-cig).
- Realizar una comparativa entre el e-cig y el cigarrillo tradicional.
- Recopilar la última evidencia científica disponible sobre la inocuidad o no del cigarro electrónico
- Valorar si este dispositivo supone una estrategia útil para abandonar el hábito tabáquico.

Metodología:

Para la realización de este trabajo se ha realizado una revisión bibliográfica.

Resultados:

Los estudios han revelado que los e-cig contienen sustancias como nicotina, propilenglicol o glicerina vegetal. Éstas sustancias provocan efectos nocivos.

En estudios realizados en 2014 se comparan los riesgos entre el e-cig y el cigarrillo convencional viendo cómo el riesgo de adicción a la nicotina es prácticamente el mismo con ambos dispositivos, así como también los efectos nocivos a nivel respiratorio y cardiovascular. Sin embargo, no tenemos aún datos sobre los efectos cancerígenos del cigarrillo electrónico, por lo que en el futuro habrá que seguir de cerca el uso de estos dispositivos para estudiar su relación con la formación de procesos cancerígenos.

En cuanto a si supone una ayuda para dejar de fumar, un estudio en Estados Unidos reveló que la mayoría (65%) de los usuarios realizan un uso dual.

Un informe del Ministerio de Sanidad pone en evidencia que algunos fumadores usan el e-cig como sustituto, pero no abandonan el hábito.

Discusión:

El tabaquismo es un problema de salud pública de larga trayectoria. Son muchos los esfuerzos realizados por muchos fumadores para abandonar este hábito.

Tras la Ley 42/2010, de 30 de diciembre de 2010. "Ley Antitabaco", comenzaron a multiplicarse las ventas del e-cig, que se presenta a la población como inocuo, incluso para mujeres embarazadas fumadoras.

Ante esta situación, es fundamental poner los conocimientos avalados por la evidencia científica encima de la mesa, y analizar los resultados obtenidos hasta la fecha.

Conclusiones:

- El cigarrillo electrónico no es inocuo (falsa creencia en la población).
- Cuantitativamente es menos peligroso que el cigarrillo convencional.
- Es ineficaz en el abandono del hábito tabáquico.
- Algunos fumadores lo usan como un sustituto.
- Los efectos a largo plazo están por investigar.

Bibliografía:

1. FDA. Summary of Results: Laboratory Analysis of Electronic Cigarettes Conducted By FDA [consultado 21 Sep 2013]. Disponible en: <http://www.fda.gov/newsevents/publichealthfocus/ucm173146.htm>
2. Vansickel A.R., and Eissenberg T.: Electronic cigarettes: Effective nicotine delivery after acute administration. *Nicotine Tob Res* 2013; 15: pp. 267-270
3. Vardavas C.I., Anagnostopoulos N., Kougias M., Evangelopoulou V., Connolly G., and Behrakis P.: Short-term pulmonary effects of using an electronic cigarette. Impact on respiratory flow resistance, impedance, and exhaled nitric oxide. *Chest* 2012; 141: pp. 1400-1406
4. McCauley L., Markin C., and Hosmer D.: An unexpected consequence of electronic cigarette use. *Chest* 2012; 141: pp. 1110-1113
5. Williams M., Villarreal A., Bozhilov K., Lin S., and Talbot P.: Metal and silicate particles including nanoparticles are present in electronic cigarette cartomizer fluid and aerosol. *PLoSOne* 2013; 8: pp. 3

6 .Rodrigo Córdoba García.El desafío de los cigarrillos electrónicos . Atención Primaria, 2014-06-01, Volúmen 46, Número 6, Pages 307-312, 2014 Elsevier España, S.L.

7. Siegel M.B., Tanwar K.L., Kathleen B.A., and Wood S.: Electronic cigarettes as a smoking-cessation tool. Results from an online survey. Am J Prev Med 2011; 40: pp. 472-475

8. Córdoba R., and Nerín I.: Strategies for reducing risks in smoking: Opportunity or threat]. Arch Bronconeumol 2009; 45: pp. 611-616

9. . Action on Smoking and Health. Electronic cigarette. 2013. Disponible en:
http://ash.org.uk/files/documents/ASH_715.pdf

10. Ministerio de Sanidad. Informe sobre los cigarrillos electrónicos: situación actual, evidencia disponible y regulación. Julio de 2014
<http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/tabaco/docs/InformeCigarrilloselectronicos.pdf>

11. Public Health England. Research and analysis E-cigarettes: an evidence Ref: PHE publications gateway number: 2015260

12. Ley 3/2014, de 27 de marzo, para la Defensa de los Consumidores y Usuarios
<http://boe.es/boe/dias/2014/03/28/pdfs/BOE-A-2014-3329.pdf#BOEn>

P27

Título:

FOROS COMUNITARIOS: HERRAMIENTA DE DINAMIZACIÓN COMUNITARIA

Autor/es:

Alba Lucía Galindo Galindo, Irene Iniesta Martínez, Maribel Sánchez Cánovas, Cristina Grau Camarena, Pilar López Sánchez y Joan J. Paredes-Carbonell.

Introducción:

El Programa mihsalud (mujeres, infancia y hombres construyendo salud) es impulsado por el Centro de Salud Pública (CSP) junto con el Ayuntamiento, Atención Primaria (AP) y la asociación ACOEC, su objetivo es promover la salud en personas en situación de vulnerabilidad mediante la dinamización comunitaria.

Una herramienta utilizada son los foros comunitarios, llevados a cabo como una acción de promoción y educación de salud entre iguales. Los participantes conversan sobre un tema de interés común, debaten sus conocimientos, opiniones e ideas con participación heterogénea y espontánea.

Objetivos:

- Conocer los foros comunitarios como herramienta de participación ciudadana.
- Valorar la influencia del foro en la capacitación del residente (EIR) de Enfermería Familiar y Comunitaria.

Metodología:

Los datos han sido obtenidos mediante la participación de los EIR en los foros, revisión de actas desde 2008-2015 y el análisis de una encuesta realizado por los EIR.

Los foros se realizan los 2º martes del mes de 17-19h en un espacio municipal. Los temas abordados son priorizados por los asistentes y mediados por distintos profesionales (asociativos, sanitarios, sociales...).

Al finalizar se redacta el acta del foro, que es enviada a todos los asistentes con el objetivo de replicar lo aprendido en el entorno de cada uno de ellos.

Resultados:

- Desde 2008-2015 se han llevado a cabo 67 foros con la participación aproximada de 1295 personas.
- En 2012 los EIR FyC se incorporan a los foros en su rotatorio en el CSP.
- El análisis de la encuesta refleja desconocimiento de los foros por parte de los EIR hasta su rotatorio por CSP, a su vez valoran esta herramienta muy eficaz para la promoción de la salud y

acercamiento a la comunidad, y lo consideran adecuado para su formación y desarrollo profesional.

Discusión:

Los foros comunitarios aportan formación en el conocimiento de una herramienta de gran utilidad de difusión de mensajes de salud entre iguales.

El conocimiento y reconocimiento entre los distintos recursos genera participación, compromiso y acciones conjuntas.

Se considera necesaria la capacitación del EIR familiar y Comunitaria en liderazgo y manejo de diversidad cultural en su formación.

Es de gran importancia dar a conocer el papel de la Enfermera FyC a las distintas asociaciones implicadas, facilitando su comunicación y estableciendo actividades conjuntas a través de la participación en los foros comunitarios.

Bibliografía:

- Ronda E, López-Jacob MJ, Paredes-Carbonell JJ, López P, Boix P, García AM. Experiencia de transferencia de conocimiento en el proyecto de investigación

ITSAL (Inmigración, Trabajo y SALud) con representantes de la población diana. Gac Sanit. 2014;28(3):234–237

- Registros documentados y actas del programa Mihsalud.

Referencias web:

<http://acoec.org/2014/12/03/mih-salud/>

http://explotacion.mtin.gob.es/integralocal/proyectos_detalleProyecto.action;jsessionid=7708546D3AD852EE06871F0DA161DC70.vmexpinter52?idProyecto=1068&tipo=2

P28

Título:

**REPERCUSIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS SANITARIOS EN EL CUIDADO FAMILIAR EN EL
ÁMBITO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA**

Autor/es:

Ana Pérez Quirante, Andrea Saura Quimesó, Ana Jiménez Murcia, Cristobal Nicolás-Susarte Campillo, José Pellicer Maestre y Mauro Gambín Espuche

Introducción:

Describiremos las consecuencias físicas y psicológicas que sufren los pacientes por el desconocimiento de las conductas generadoras de salud en el ámbito de la Atención Primaria. El objetivo principal de este estudio es conocer la importancia de la familia como prestadora de cuidados de la salud y el papel fundamental de la enfermera comunitaria.

Objetivos:

- Conocer la importancia de la familia como prestadora de cuidados de la salud.
- Describir el nivel de conocimiento de los cuidadores principales sobre problemas de conducta infantiles.
- Conocer la función de la familia en los cuidados de salud en los niños y la labor de la enfermera de Atención Primaria.

Metodología:

Estudio cualitativo. La muestra son 10 Centros de Salud de Murcia elegidos de forma aleatoria. Se realizan entrevistas a menores acompañados de sus cuidadores principales.

Como fuente de información hemos utilizado los siguientes instrumentos:

- Valoración de enfermería.
- Historia clínica.
- Examen físico del paciente.
- Observación directa.
- Búsqueda bibliográfica en bases de datos y buscadores como: PubMed, Scielo, Dialnet, Cuiden, NursingConsult, Elsevier. Los descriptores empleados fueron: Relaciones familiares, cuidado del niño, trastornos de la conducta infantil y educación en salud.
- Libros científicos del área de la Salud:
- Guías para el paciente en Atención Primaria

Resultados:

Enfermería ejerce un papel fundamental en la salud del niño y del adolescente, fomentando hábitos saludables dentro del ámbito familiar. Es por ello necesario incidir en la necesidad de llevar a cabo esta tarea a través de la implementación de protocolos que aseguren una óptima asistencia con el fin de contribuir al fomento y mejora de la salud de la población.

Discusión:

Es por todo lo relatado anteriormente acerca de la importancia de los conocimientos de una buena gestión de la salud por parte de las familias, que la bibliografía destaca la importancia del papel de enfermería en este ámbito. Ya que se trata de un profesional que tiene relación directa tanto con el paciente como con la familia, además de tener dicha competencia, pues posee los conocimientos, habilidades y aptitudes para lograr hacer de la familia un entorno más saludable para todos los que forman parte de ella.

En un principio el espacio más adecuado para realizar educación sanitaria es la Atención Primaria. Es por ello que consideramos necesaria la implantación de modelos que ayuden a fomentar el tiempo destinado a educación sanitaria por parte de enfermería para que pueda desarrollar con éxito tu labor asistencial.

P29

Título:

TRABAJO GRUPAL CON PERSONAS CUIDADORAS

Autor/es:

M^a Angeles Hernández Corominas, M^a del Rosario Valverde Jiménez, Ana Belén Béjar López, Jose Alberto Muñoz Ballesta, Antonio López Ollero y Maria Roca Meseguer

Introducción:

El cuidado continuado de la mayoría de personas susceptibles de gestión de casos¹ está ofrecido por la familia. La familia constituye un sistema de atención a la salud de estas personas vulnerables y la mayor parte de la responsabilidad de los cuidados, es asumido por una única persona, el cuidador/a principal².

Objetivos:

Conocer el tipo de cuidados que prestan las cuidadoras de personas dependientes

Disminuir los factores estresantes de la personas cuidadoras

Metodología:

Se trata de un estudio descriptivo. Se captaron 34 cuidadoras para intervención grupal. Los talleres se impartieron en 5 sesiones de 1,5 horas, desde 1 de febrero de 2014 hasta el 30 de junio de 2014 en 4 ZBS.

Al inicio de los talleres se les pasó una encuesta inicial para saber el tipo de cuidados que prestan³ y al finalizar los talleres se les pasó una encuesta de evaluación del taller³

Resultados:

Inicio del taller:

36.84% son hijas las que cuidan, el 21.05%son esposas

97.74% de cuidadoras necesitan ayuda para realizar las actividades básicas de la vida diaria

63.16% tienen ayuda para el cuidado, el 36.84% no reciben ninguna ayuda

63.16% la vida familiar y la relación con las amistades se han visto alteradas

68.42% tienen cansancio del cuidador, y el 52.63% sufren estrés

68.42% piensan que para disminuir el cansancio y el estrés deberían compartir el cuidado

78.95% les gustaría aprender a relajarse cuando se sienten tensas.

Evaluación del taller:

89.47% considera que las tareas de cuidar son muy necesarias

47.37% pedía ayuda a otros antes del taller, 21.05% ha empezado a hacerlo ahora

26.32% ha comenzado a cuidarse

52% intentan controlar el estrés

42.11% considera el taller satisfactorio, 42.11% lo considera muy satisfactorio

Discusión:

La puesta en marcha de un ambiente grupal en una atmósfera relajada y de aceptación, para conocer el tipo de cuidados que prestan y sus dificultades para llevarlos a cabo, anima a compartir el conocimiento de sus experiencias y ayuda a disminuir los factores estresantes que supone cuidar

Bibliografía:

- (1) Dirección General de Asistencia Sanitaria; Enfermera Gestora de Casos en el Servicio Murciano de Salud, Programa Pilotaje 2010. disponible en:
https://correo.carm.es/exchweb/bin/redir.asp?URL=http://www.ffis.es/ups/taller_gestion_casos_2010/triptic_formacion_harvard_2009_4.pdf [Consultado 28 enero de 2016]
- (2) Del Pino Casado R, Martínez Riera JR. Estrategias para mejorar la visibilidad y accesibilidad de los cuidados enfermeros en Atención Primaria de Salud. Rev. Adm Sanitar. 2007; 5(2):311-37 Gordon M. Nursing diagnosis: Process and application. New York. McGraw-Hill; 1982.
- (3) Servicio de salud del principado de Asturias. Guía de atención a las personas cuidadoras [Internet] [consultado el 20 octubre 2015] disponible en:
http://www.riicotec.org/InterPresent1/groups/imsero/documents/binario/guia_atencion_personas_cuidado.pdf

P30

Título:

HISTORIA CLÍNICA COMO HERRAMIENTA COMPARTIDA ENTRE DISTINTOS SERVICIOS

Autor/es:

José Pellicer Maestre, Cristobal Nicolás-Susarte Campillo, Andrea Saura Quimesó, Ana Jiménez Murcia, Ana Pérez Quirante y Mauro Gambín Espuche

Introducción:

Se trata de una reflexión sobre el uso compartido de la historia clínica entre los equipos de atención primaria y los servicios de urgencias de atención primaria

Objetivos:

Conocer si los equipos de urgencias de atención primaria disponen de acceso a la historia clínica del paciente como herramienta para la continuidad de los cuidados

Metodología:

Se realiza un estudio cualitativo basado en entrevistas directas con personal de servicios de urgencias de atención primaria, elegidos de forma aleatoria

Resultados:

De los 10 servicios de urgencias entrevistados, 5 no contaban con ordenadores en las consultas, por lo que absolutamente nadie usaba OMI-AP para consultar la historia clínica de los pacientes. 4 de ellos contaban con un solo ordenador situado en la consulta médica; desde este ordenador era posible acceder a OMI-AP por el personal médico que así lo deseara y hubiera pedido su correspondiente clave. Su uso era minoritario, achacándolo principalmente a la lentitud de los equipos informáticos. En un servicio de urgencias contaban con un ordenador en la consulta médica y otro en la de Enfermería, y por lo tanto era posible el uso de OMI-AP por todo el personal sanitario, aunque finalmente su uso era minoritario.

Discusión:

El personal de los servicios de urgencias de atención primaria es al que corresponde la continuidad de los cuidados de la población durante el tiempo que los centros de salud permanecen cerrados. Actualmente la inmensa mayoría de este personal no dispone de medios informáticos, o éstos son claramente insuficientes para disponer de una herramienta tan útil como la historia clínica del paciente.

Los médicos dependen del conocimiento del propio paciente o de un posible familiar que lo acompañe acerca de su historia clínica para poder aplicar el mejor tratamiento posible y de la forma más segura.

Los enfermeros, en tareas tan cotidianas como la realización de curas, ya sean en el propio centro o las que se realizan en domicilio, esencialmente durante los días festivos, no disponen de información sobre el tipo de cura que se le viene realizando al paciente.

P31

Título:

**PROPUESTA DE MEJORA DE OMI: REGISTRO DE LA VALORACIÓN DE LOS PIES DEL PACIENTE
DIABÉTICO**

Autor/es:

Josefa Sandoval Ortega, Micaela Ortín Pérez , Julián García Carrasco, Dolores Pérez Gálvez,
Cecilia Banacloche Cano y Francisco Marin Montoya

Introducción:

Los sistemas de registro son una herramienta importante en la gestión. Influyen en mayor satisfacción del profesional enfermero y en mejorar la calidad de la asistencia prestada. Proporcionan datos para estudios científicos de atención primaria

Objetivos:

Diseñar un instrumento de registro de la valoración de los pies de los pacientes diabéticos en atención primaria, según las últimas evidencias científicas, útil para consulta de enfermería y explotación de datos.

Metodología:

Creación de comisión de trabajo: dos enfermeros de atención primaria y 2 enfermeros de la Unidad de Pié Diabético.

Resultados:

Se elaboran pantallas de registro de datos aplicables a OMI:

A. PRIMERA PANTALLA

Campo pie izquierdo

- EXPLORACIÓN DE LA SENSIBILIDAD (Monofilamento de Semmes-Weinstein) registro de la técnica del monofilamento con un klik en el punto con buena sensibilidad del dibujo (cálculo será automático)
- EXPLORACIÓN DEL PULSO PEDIO desplegable
- EXPLORACIÓN DEL PULSO TIBIAL POSTERIOR desplegable
- LESIONES desplegable
- ESCALA DE WAGNER valor numérico
- FRIALDAD SI/NO LIVIDEZ SI/NO
- ÍNDICE TOBILLO/BRAZO

- OBSERVACIONES
Campo pie derecho (igual izdo)
Resumen
- CLASIFICACIÓN DEL RIESGO desplegable.
- PRÓXIMA VISITA desplegable
- DERIVACION MEDICO DE FAMILIA/SERVICIO DE URGENCIAS/ UPD

B. SEGUNDA PANTALLA

Escala de Wagner, escala.

C. TERCERA PANTALLA

Tabla resumen de la clasificación del riesgo y recomendaciones sobre frecuencia de inspección.

Estas pantallas de registro se incluirían en la revisión anual del paciente diabético y según las necesidades de revisión, en la de seguimiento.

Discusión:

Las pantallas diseñadas disciernen entre pie izquierdo y derecho. Resumen todos los aspectos importantes a valorar. Permiten el registro de datos más completos de acuerdo con las evidencias científicas.

Sirven de aviso y ayuda en consulta. Están diseñadas de forma clara, son de fácil lectura y tienen una organización lógica. Se cumplimentan con el mínimo esfuerzo para la máxima información. Las pantallas 2 y 3 proporcionan un recordatorio de información básica (ayuda en el registro). Supone contar con datos más completos para futuros estudios científicos en atención primaria

Bibliografía:

American Diabetes Association. Diabetes Care 2016;cap. 9 . Microvascular Complications and Foot Care 39(Suppl. 1):S72–S80 | DOI: 10.2337/dc16-S012

Fisterra. Guía Diabetes Mellitus tipo 2. Recomendaciones de control en una situación estable y con buen control metabólico. 2014

P32

Título:

ABORDAJE INTEGRAL DE LA PERSONA: TRABAJO CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO

Autor/es:

María Luisa Cascales Pérez, Elena Martínez García, Julia Segura Martínez, Adela Alonso Gallego, José Luis Giménez Tébar e Isabel Barceló Bayonas

Introducción:

Mujer de 76 años con obesidad mórbida, hipercolesterolemia, diabetes mellitus tipo 2, hipertensión y ansiedad. Conductas/hábitos relacionados con la salud: sedentarismo y déficit de actividades recreativas.

Objetivos:

Objetivo general:

Diseñar un trabajo clínico con un abordaje integral de la persona frente a la visión centrada en el problema de salud.

Objetivos específicos:

Utilizar el genograma como herramienta de trabajo en el ámbito de Atención Primaria.

Crear una valoración integral con los patrones funcionales de Marjory Gordon.

Metodología:

Diagnósticos de enfermería:

Ansiedad r/c transmisión interpersonal m/p manifestaciones afectivas.

NOC: Autocontrol de la ansiedad.

Indicador:

(140204) Busca información para reducir la ansiedad: 2, raramente demostrado.

(140207) Utiliza técnicas de relajación para reducir la ansiedad: 1, nunca demostrado.

NIC:

1. Escucha activa.

Actividades:

-Mostrar interés en la paciente.

-Hacer preguntas o utilizar frases que animen a expresar pensamientos, sentimientos y preocupaciones.

-Aclarar el mensaje mediante del uso de preguntas y retroalimentación.

2. Técnica de relajación.

Actividades:

-Mantener contacto visual con la paciente.

-Facilitar "tiempos muertos" en la habitación, si procede.

-Sentarse y hablar con la paciente.

-Favorecer una respiración lenta, profunda, intencionadamente.

3. Terapia de relajación simple

Actividades:

Crear un ambiente tranquilo, sin interrupciones, con luces suaves y una temperatura agradable.

Mostrar y practicar la técnica de relajación con el paciente.

Riesgo de soledad r/c aislamiento físico.

NOC: Habilidades de interacción social.

Indicador:

(150211) Mostrar relajado: 3, a veces demostrado.

(150202) Receptividad si es apropiado: 4, frecuentemente demostrado.

NIC: Facilitar las visitas.

Actividades:

-Determinar las preferencias de la paciente en cuanto a visitas e informar de ellas.

-Explicar el fundamento de la limitación del tiempo de las visitas.

Déficit de las actividades recreativas r/c entorno desprovisto de actividades recreativas m/p expresa sentirse aburrida.

NOC: Implicación social.

(150301) Interacción con amigos íntimos: 1, nunca demostrado.

(150303) Interacción con miembros de la familia: 4, frecuentemente demostrado.

Resultados:

140204): 5, siempre demostrado.

(140207): 4, frecuentemente demostrado.

(150211): 4, frecuentemente demostrado.

(150202):4, frecuentemente demostrado.

(150301): 3, a veces demostrado.

(150303): 5, siempre demostrado.

Discusión:

Los resultados de enfermería son una necesidad para poder evaluar el trabajo de Enfermería pero en la actualidad en nuestra área de trabajo nuestro sistema informático sólo registra Diagnósticos de enfermería, intervenciones y actividades obviando la importancia de medir nuestro trabajo como enfermeras.

Bibliografía:

NANDA Internacional. (2012-2014). Diagnósticos enfermeros: Definiciones y Clasificación. 2012-2014. Madrid. Elsevier.

Moorhead S, Johnson M, Maas M. Swanson E. (2009). Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 4ª Edición. Madrid: Mosby.

Bulechek G, Butcher H, McCloskey J. (2009). Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5ª Edición. Madrid: Mosby.

P33

Título:

LA INTERVENCIÓN DE LA ENFERMERA CON ALUMNOS DE DIVERSIDAD FUNCIONAL

Autor/es:

María Luisa Cascales Pérez, Elena Martínez García, Julia Segura Martínez, Adela Alonso Gallego, José Luis Giménez Tébar y Andrea Sánchez López

Introducción:

La Ley 8/2008, de 20 de junio, de la Generalitat, de los Derechos de Salud de Niños y Adolescentes (DOCV 26.06.2008), señala que los centros docentes de educación especial estarán dotados de personal de enfermería, que dependerán orgánicamente del departamento sanitario correspondiente.

En la Orden SAS/1729/2010, de 17 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria, establece que la enfermera especialista tiene capacidad para:

- Promover la salud de los adolescentes en sus aspectos, biológico, psicológico y social, tanto individual como grupalmente.
- Prevenir los accidentes de los adolescentes y sus secuelas.
- Prestar cuidados especializados al adolescente con problemas de salud en el ámbito comunitario, junto a otras especialistas y otros profesionales cuando sea preciso.

Objetivos:

Objetivo general:

- Describir la función de la enfermería en colegios de Educación Especial.

Objetivos específicos:

- Identificar la figura de la Enfermera Especialista de Enfermería Familiar y Comunitaria en los colegios de Educación Especial.
- Reconocer las competencias de la Enfermería Familiar y Comunitaria en los grupos de riesgos como los niños de diversidad funcional.

Metodología:

El Colegio formado por 40 alumnos y una de plantilla: 2 fisioterapeutas, 2 logopedas, 1 profesor de gimnasia, 6 educadores, 5 maestros de pedagogía terapéutica, 2 adjuntos de taller, 2 profesores técnicos de FP de servicios a la comunidad, 1 profesor de religión, 1 profesor de música y 1 cocinera todos a jornada completa; y 7 cuidadoras de comedor (90 minutos) y 1 enfermera que acude 1 hora al día.

Intervenciones de enfermería en el colegio de Educación Especial:

- Elaboración de programas de educación para la salud con el equipo educativo.
- Promoción de hábitos saludables: higiene corporal, alimentación y la actividad física.
- Promover la Educación para la salud entre los profesores y los padres.
- Asesoramiento familiar.
- Prevención de infecciones y accidentes.
- Administración de medicación prescrita por un facultativo.
- Control y seguimiento de enfermedades crónicas.
- Atención de urgencias y accidentes.
- Trabajo multidisciplinar con los monitores, profesores, etc.
- Supervisión y control en el comedor escolar.

Resultados:

El decálogo de los centros de Educación Especial de nuestra comunidad dice: “La enfermera ha de formar parte de la plantilla del centro y cubrir la totalidad del horario escolar. Es una figura imprescindible”.

Discusión:

Con estas intervenciones se ayuda a los alumnos en su autocuidado y se promueven conductas saludables pero sería necesario una ampliación del horario para aumentar la calidad de vida de los alumnos.

Bibliografía:

RESOLUCIÓN de 21 de julio de 2014, de las direcciones generales de Innovación, Ordenación y Política Lingüística y de Centros y Personal Docente, por la que se aprueban instrucciones para el curso 2014-2015 en materia de organización y funcionamiento de los centros de educación especial de titularidad de la Generalitat de la Comunitat Valenciana. (Diario Oficial de la Comunidad Valenciana, Num.7327/29.07.2014).

Orden SAS/1729/2010, de 17 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria. (Boletín Oficial del Estado, Núm. 157, 29-6-2010).

P34

Título:

VIVIR ACTIVO, VIVIR EN BIENESTAR

Autor/es:

Marina Serrano Rodriguez, Jorge Porrás Zafra, Maite Ros Martínez, Judith Aldeguer Corbí, Esther Liria y Jesús Martínez Ruiz

Introducción:

La práctica de actividad física es una de las variables fundamentales que constituyen un estilo de vida saludable, contribuyendo al bienestar físico, mental y social de la persona y relacionándose con la adopción de otros hábitos saludables (Puig, Sardinha). Sin embargo, el sedentarismo sigue constituyendo una problemática para la salud pública a nivel mundial, siendo, de acuerdo con la OMS, uno de los cuatro factores de mayor riesgo de mortalidad por enfermedades no transmisibles.

Objetivos:

Analizar si existe relación entre la actividad física y la calidad de vida de la población adulta que acude a atención primaria.

Metodología:

Se diseñó un estudio observacional de carácter descriptivo, realizado en el período Diciembre 2015 a Enero de 2016. La muestra consta de 52 adultos, de entre 50 y 70 años sin patologías crónicas e incapacitantes, seleccionados en AP, que han accedido a participar a través de un consentimiento verbal.

Primero, se realizó una entrevista sociodemográfica estructurada. Posteriormente para la obtención de conclusiones se asoció la alteración en alguna de las dimensiones que aparecen en el cuestionario de calidad de vida relacionada con la salud Euro QoL-5D, con el nivel de actividad física según el cuestionario validado Rapid Assessment of Physical Activity (RAPA).

Los análisis estadísticos se realizaron a través del software informático SPSS.

Resultados:

En los individuos con problemas de movilidad (17,3%), se observó que un 88,9% realizaba poca o nula actividad física. Todos aquellos con alteraciones en la dimensión de cuidado personal (5,8%), así como los que presentaban problemas en las ABVD (9,6%) realizaban poca o ninguna actividad física. Dentro de las personas que sufrían dolor (55,8%), el 68,96% de ellos realizaban una actividad física mínima o nula. En cuanto a los individuos que presentaban problemas de ansiedad y/o depresión (44,2%), se analizó que la actividad física era inexistente o mínima en el 60% de ellos. Finalmente se observó que en aquellos integrantes de la muestra que tenían 2 o más dimensiones alteradas (40,4%), el 71,4% realizaba poca o nula actividad física.

Discusión:

Los resultados de nuestro estudio guardan relación con las investigaciones disponibles sobre el tema, apoyando que la práctica regular de actividad física supone un importante beneficio para la salud, mientras que su ausencia constituye un importante perjuicio, relacionándose con mayor incidencia de ansiedad y depresión, problemas de dolor e incapacidad funcional.

Bibliografía:

Strawbridge WJ, Deleger S, Roberts RE, Kaplan GA. Physical activity reduces the risk of subsequent depression for older adults. *Am J Epidemiol* 2002;156:328-34.

Varo Cenarruzabeitia, J.J; Martínez Fernández, J.A; Martínez González, M.A. Beneficios de la actividad física y riesgos del sedentarismo. *Medicina Clínica* 2003. Vol. 121(17).

García Pérez, R.M; García Roche, R.G; Pérez Jiménez, D; Bonet Gorbea, M. Sedentarismo y su relación con la calidad de vida relativa a salud. *Rev Cubana Hig Epidemiol* 2007;45(1).

Organización Mundial de la Salud (2010). Recomendaciones mundiales de actividad

física para la salud. Organización Mundial de la Salud. Ginebra: 2010. Disponible en: [HYPERLINK"http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789243599977_spa.pdf"](http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789243599977_spa.pdf)http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789243599977_spa.pdf.

P35

Título:

LA SALUD PÚBLICA: LA GRAN DESCONOCIDA

Autor/es:

Carmen María Moratalla Escribano, Ana María Gil Jiménez, María del Carmen García Bastida, Rocío Santana Alcántara, Alba Chapinal Pablo y Ester Campillo Blázquez

Introducción:

La salud pública se define como el conjunto de actividades organizadas para la comunidad en materia de prevención, promoción, protección y restauración de la salud.

Dentro de nuestro programa de formación como Residentes de Enfermería Familiar y Comunitaria se incluye la rotación por un instituto de ciencias de la salud, cuya base es el desarrollo y sustento de la Salud Pública.

Objetivos:

Conocer las características, estrategias y actividades en materia de Salud Pública y Comunitaria que se llevan a cabo en el instituto de ciencias de la salud.

Metodología:

Nuestra rotación se organizó en torno a los diferentes servicios que componen el instituto de ciencias de la salud:

- Promoción de la salud
- Higiene de los alimentos y sanidad ambiental
- Laboratorio
- Formación
- Investigación
- Epidemiología

La rotación por cada servicio fue de 2 días, siendo la duración total de la rotación de 12 días.

Resultados:

El paso por cada servicio nos permitió conocer y ampliar conocimientos en distintas materias:

- Promoción de la salud: trabajamos en la puesta en marcha los programas de detección de metabulopatías, screening de cáncer de mama y el programa de vacunación y salud en escolares.

- Higiene de los alimentos y sanidad ambiental: aprendimos cómo desarrollar programas de vigilancia mediante inspecciones en establecimientos hosteleros, fábricas alimentarias y aguas de baño.
- Laboratorio: aprendimos cómo gestionan y analizan las muestras que reciben.
- Formación: conocimos qué criterios se tienen en cuenta para la acreditación de los cursos que se llevan a cabo en nuestra comunidad autónoma y la oferta formativa a disposición de los profesionales.
- Investigación: pudimos ver cómo elaboran diferentes bases de datos de trabajos publicados en nuestra comunidad autónoma.
- Epidemiología: vimos cómo se elabora el Boletín de EDO, cómo funciona la Red de Médicos Centinelas y cómo se crea una estadística sanitaria de enfermedades no transmisibles.

Discusión:

Nuestra rotación por el instituto de ciencias de la salud nos ha permitido conocer una parte de nuestro sistema sanitario que es en gran parte desconocida no sólo por la población sino también por los profesionales de la salud.

El paso por cada servicio nos ha aportado conocimientos y herramientas que nos permiten entender mejor el funcionamiento de los servicios sanitarios de nuestra comunidad y valorar la importancia que tiene la Salud Pública como eslabón base de toda la cadena del sistema sanitario.

P36

Título:

EDUCACION PARA LA SALUD EN LA DIABETES, ADHERENCIA AL TRATAMIENTO CON BOMBA DE INSULINA

Autor/es:

Ana Belén Pagán Ródenas, M^a Paz Caballero Sánchez de las Matas, Jose Carlos Caballero Sánchez de las Matas y María Millán Lario

Introducción:

La Diabetes Mellitus como patología crónica mal controlada puede provocar problemas secundarios, por ello, la enfermera desde atención primaria dentro de un equipo inter y multidisciplinar, debe realizar un programa educacional orientado hacia el autocontrol metabólico, y en este caso, orientado al conocimiento e implantación de la Infusión Subcutánea Continua de Insulina y la Medición Continua Domiciliaria Glucémica.

Objetivos:

Elaborar un plan de cuidados según el modelo de Marjory Gordon y la taxonomía NANDA, NIC Y NOC.

Metodología:

Estudio de caso a partir del cual se elaboro un plan de cuidados utilizando el modelo de Marjory Gordon y la taxonomía NANDA, NIC Y NOC.

El estudio se realizó a un paciente diabético en un centro de salud de

Resultados:

Como diagnostico enfermero principal a través del modelo AREA se obtuvo el siguiente diagnostico "Gestión ineficaz de la Propia Salud" y la "Cetoacidosis diabética" como problema de colaboración.

Discusión:

Pocos fueron los estudios actuales encontrados a nivel nacional. La aplicación de planes de cuidados a través de la taxonomía NANDA, NIC, y NOC ha mostrado resultados positivos sobre la salud como indican determinados estudios. Un estudio descriptivo sobre la investigación en resultados (según la taxonomía de la NOC) realizado, en..., indica buenos resultados obtenidos de las intervenciones enfermeras, utilizando un Plan de Cuidados con las taxonomías NANDA, NIC Y NOC, se ha podido comprobar la importancia del papel de enfermería en la educación diabetológica que resulta esencial para que el paciente consiga un adecuado control metabólico. Estudios han encontrado que en el proceso de enfermería a un paciente con cetoacidosis diabética y riesgo de síndrome de desuso, se puede conseguir el 100% de los objetivos fijados, sin embargo otros discrepan con estos resultados. En un estudio en el que se

evaluó la efectividad de la aplicación Nursing Care Plans (SNCP), basado en la (NANDA) y la clasificación de las intervenciones de enfermería (NIC), para la mejora del metabolismo, peso y control de la presión arterial de los pacientes de Diabetes Mellitus tipo 2, se encontró que habían mejorado todos los parámetros excepto el colesterol LDL y la presión arterial diastólica.

Bibliografía:

1. Tébar Massó FJ, Ferrer Gómez M. Concepto, clasificación y diagnóstico de la diabetes mellitus. En: Tébar Masso FJ, Escobar Jiménez F, coordinadores.
2. American Diabetes Association. Diagnóstico y clasificación de la diabetes mellitus. Diabetes Care. 2012; 35(1): 64-71.

P37

Título:

EL DEPORTE COMO MODO DE VIDA

Autor/es:

José Alberto Muñoz Ballesta, Concepción Navarro Navarro, Francisco Olid Martínez, Cristina Martínez Galera, Sara Pérez Lomas y José Javier Jiménez Gallego

Introducción:

Cada vez es más necesario que los profesionales sanitarios estén formados en actividad física. En la consulta de atención primaria se deberían de dar recomendaciones de ejercicio físico, adaptándolo a las circunstancias personales de los usuarios. La relación entre la práctica de actividad física y la salud física y psicológica ha sido demostrada, siendo numerosos los trabajos científicos que establecen tal relación.

Objetivos:

Unificar recomendaciones de actividad física, adaptándolas a cada etapa de la vida.

Metodología:

Revisión bibliográfica. Se realizó una búsqueda con los términos "physical activity" and "recommendations" and "primary care" en varias bases de datos. Se seleccionaron artículos que cumplieran los siguientes criterios: 1) Ensayos clínicos y revisiones sobre recomendaciones de ejercicio físico. 2) Población: individuos sin o con factores de riesgo.

Resultados:

Se encontraron recomendaciones de ejercicio físico específicas para cada edad biológica. Las etapas en las que se dividen son: Infancia (de los 5 años hasta la adolescencia), Jóvenes (de la adolescencia hasta los 25 años), Adultos (de los 25 años a los 65 años) y Ancianos (Mayores de 65 años). En cada etapa se detalla el ejercicio recomendado, la frecuencia, duración y la intensidad así como las precauciones que hay que tener, en cuanto a factores de riesgo se refiere.

Discusión:

La importancia de realizar ejercicio físico en todas las etapas de la vida hace imprescindible que en la consulta de atención primaria se den recomendaciones a todos los grupos de edad. Como se ha expuesto, estas recomendaciones no pueden ser generales para todas las edades y además deben de ser específicas según las condiciones y preferencias de cada sujeto.

Bibliografía:

1. Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud. OMS, 2010.

2. Guía para la prescripción de ejercicio físico en pacientes con riesgo cardiovascular. José Abellan Aleman. SEH-LELA.
3. Müller AM, Khoo S. Non-face-to-face physical activity interventions in older adults: a systematic review. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2014 Mar 10;11(1):35.
4. Mika Moran Jelle et al. Understanding the relationships between the physical environment and physical activity in older adults: a systematic review of qualitative studies. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. 2014. 11:79.
5. Gómez R, Monteiro H, Cossio-Bolaños MA, Fama-Cortez D, Zanesco A. Physical. Exercise and its prescription in patients with chronic degenerative diseases. *Rev Peru Med Exp, Salud Pública*. 2010 Sep; 27(3):379-86.
6. Li Serra Majem, S. de Cambra, E. Saltó, E. Roura, F. Rodríguez, C. Vallbona y L. Salleras. Consejo y prescripción de ejercicio físico. *Med Clin (Barc)* 1994; 102 Supl 1: 100- 108.
7. Manuel G. Jiménez. Bienestar psicológico y hábitos saludables: ¿están asociados a la práctica de ejercicio físico? *International Journal of Clinical and Health Psychology* 2008, Vol. 8, Nº 1, pp. 185-202.

P38

Título:

INTERVENCIÓN COMUNITARIA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN PACIENTES CON SOBREPESO EN ATENCIÓN PRIMARIA

Autor/es:

Judit Aldeguer Corbí, Rosario María López Sánchez, Jesús Martínez Ruíz y Salomé Riquelme Moreno

Introducción:

La obesidad es un problema importante de salud ya que cada año aumenta la prevalencia de sobrepeso y obesidad en España, haciéndose cada vez más necesario el desarrollo y la puesta en marcha de programas de intervención comunitaria y de educación para la salud para todos los pacientes. Estos programas enfocados a la prevención y promoción de hábitos de vida saludables pueden conseguir un aumento de la salud y la calidad de vida de los pacientes, objetivo imprescindible en la Atención Primaria.

Objetivos:

Demostrar que una intervención comunitaria de educación para la salud en pacientes con sobrepeso es efectiva para cambiar el estilo de vida y los hábitos alimentarios de estos pacientes.

Metodología:

Revisión sistemática de artículos de actualidad y con evidencia. Se estructuró nuestro objetivo en forma de pregunta clínica, usando el método PICO. Para llevar a cabo la revisión bibliográfica, se realizaron búsquedas sistemáticas en las bases de datos, utilizando los descriptores en términos MeSH: overweight, health education, food habit y life style, unidos entre sí mediante los operadores booleanos AND, OR, NOT, acotando un periodo de 10 años. Se localizaron 15 documentos relacionados para la revisión, de los que tras hacer una lectura crítica seleccionamos 3, con grado de evidencia SING 3, 2++, 1+.

Resultados:

Los programas de educación para la salud basados en la modificación de los estilos de vida son efectivos en la mejoría de parámetros antropométricos y cambios del estilo de vida en pacientes con obesidad. Ante los hábitos alimentarios incorrectos observados en la población con sobrepeso/obesidad, sería conveniente realizar campañas de educación nutricional, pudiendo mejorar la dieta de toda la población evitar la aparición de sobrepeso y obesidad.

Discusión:

Tras la búsqueda bibliográfica, el análisis y la lectura crítica de los artículos encontrados se observa que en la mayoría de intervenciones comunitarias de educación en salud podemos evidenciar una mejoría y una evolución favorable en los cambios del estilo de vida de los

pacientes con obesidad. Es por esto que debemos llevar a cabo actividades comunitarias y de educación sanitaria desde nuestras consultas de Atención Primaria al individuo, la familia y la comunidad porque solamente de este modo podremos conseguir que con la prevención y la promoción de la salud obtengamos un aumento en la calidad de vida de nuestros pacientes con obesidad tras modificar su estilo de vida por opciones más saludables.

Bibliografía:

- Oliva Rodríguez R., Tous Romero M., Gil Barcenilla B., Longo Abril G., Pereira Cunill JL., García Luna PP. Impacto de una intervención educativa breve a escolares sobre nutrición y hábitos saludables impartida por un profesional sanitario. *Nutri. Hosp.* [Revista en internet]. 2013 Mayo [citado 2016 Ene 09]; 28(5): 1597-1573. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24160217>
- Arrebola Vivas E., Gómez-Candela C., Fernández Fernández C., Bermejo López L., Loria Kohen V. Eficacia de un programa para el tratamiento del sobrepeso y la obesidad no mórbida en atención primaria y su influencia en la modificación de estilos de vida. *Nutr. Hosp.* [Revista en Internet]. 2013 Feb. [Citado 2016 Ene 09]; 28(1): 137-141. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112013000100018&lng=es. <http://www.nutricionhospitalaria.com/pdf/6012.pdf>.
- Rodríguez-Rodríguez E., Perea J. M., Bermejo L. M., Marín-Arias L., López-Sobaler A. M., Ortega R. M. Hábitos alimentarios y su relación con los conocimientos, respecto al concepto de dieta equilibrada, de un colectivo de mujeres jóvenes con sobrepeso/obesidad. *Nutr. Hosp.* [Revista en Internet]. 2007 Dic. [Citado 2016 Ene 09]; 22(6): 654-660. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112007000800004&lng=es.
- Aguilar Cordero M^a. J., González Jiménez E., García García C. J., García López P. A., Álvarez Ferre J., Padilla López C. A. et al. Obesidad de una población de escolares de Granada: evaluación de la eficacia de una intervención educativa. *Nutr. Hosp.* [revista en la Internet]. 2011 Jun [citado 2016 Feb 04]; 26(3): 636-641. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112011000300029&lng=es.
- Burrows A Raquel. Prevención y tratamiento de la obesidad desde la niñez: la estrategia para disminuir las enfermedades crónicas no transmisibles del adulto. *Rev. méd. Chile* [Internet]. 2000 Ene [citado 2016 Feb 04]; 128(1): 105-110. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872000000100015&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872000000100015>.

P39

Título:

LA TUTORIZACIÓN EN LOS CENTROS DE SALUD VISTA POR SUS PROTAGONISTAS

Autor/es:

Verónica Zamora Romero, Paloma Castillo Vicente, Cristina López Sánchez y María Isabel Sánchez Cánovas

Introducción:

Debido al desarrollo de las especialidades de enfermería, el aumento de los centros de salud acreditados para la formación EIR y el incremento del número de plazas ofertadas en la Región de Murcia, consideramos importante conocer el punto de vista de los profesionales de enfermería que colaboran activamente en el aprendizaje de los conocimientos, habilidades y actitudes del residente, a fin de garantizar el cumplimiento del programa formativo de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria, así como, de los profesionales de enfermería que no realizan esta función para establecer los puntos a trabajar. En la actualidad la función tutorial se constituye como eje vertebrador del sistema de especialistas sanitarios.

Objetivos:

Conocer el perfil sociodemográfico y laboral de los profesionales de enfermería de centros de salud con residentes y sin ellos. Conocer sus expectativas, necesidades y motivaciones en la tutorización EIR y buscar puntos de mejora.

Metodología:

Estudio descriptivo transversal y metodología cualitativa. El instrumento utilizado para la recogida de datos, es un cuestionario con 17 preguntas elaborado por el grupo de investigación. Éste consta de 7 preguntas con respuesta múltiple y 10 preguntas abiertas.

Resultados:

Se han recogido un total de 88 cuestionarios de enfermeros que trabajan en 12 Centros de Salud de la Región de Murcia. El perfil sociodemográfico y laboral, ha sido mayormente mujeres (63,63%) de más de 50 años (43,2%), con más de 20 años trabajando en Atención Primaria (37,5%). La mayor parte (78,4%) no se ha presentado al examen EIR ninguna vez y sólo el 9% ha sido tutor. El resto (30,68%), menciona que o no se le ha dado la oportunidad o que el centro de salud donde trabaja no está acreditado. Cabe destacar que el 6,81% piensa que ser tutor EIR no influye positivamente en su trabajo diario y que el 18,18% cree que en su centro de salud hay motivación con la función tutorial.

Discusión:

Los resultados de este estudio coinciden con otros que también reflejan el predominio en enfermería de mujeres mayores de 50 años en el ámbito de la Atención Primaria con una amplia experiencia laboral. En relación a la tutorización se puede concluir que la insuficiencia

de plazas de formación sanitaria especializada en EFyC y de centros de salud acreditados, no da la oportunidad a todos los enfermeros a poder desarrollar este rol. La falta de reconocimiento institucional, formación y de liberación de carga asistencial disminuye considerablemente la motivación de estos profesionales a desempeñar la tutorización EIR. Además más de la mitad de los encuestados piensan que el hecho de ser tutores debería influir en la futura prueba de la competencia, o como mérito u obteniendo la especialidad sin realizarla.

P40

Título:

¿SON EFICACES LAS INTERVENCIONES ENFERMERAS EN LA POBLACIÓN INFANTIL ESCOLARIZADA PARA REDUCIR LAS TASAS DE OBESIDAD?

Autor/es:

Cristina Martínez Galera, Sara Pérez Lomas, Jose Javier Jiménez Gallego, Ana Isabel Béjar López, Juan Diego Rosell Oñate y Jose Alberto Muñoz Ballesta.

Introducción:

Según la Organización Mundial de la salud (OMS), entre los europeos en edad escolar existe una prevalencia de sobrepeso y obesidad del 18%, o lo que es igual, un incremento anual de 400.000 nuevos casos. Según los datos en nuestro país, 4 niños de cada 10 (42,7%) entre las edades de 6 a 10 años tienen sobrepeso mientras tanto, 1 de ellos ya es obeso.

Objetivos:

Revisar en la bibliografía los distintos programas de intervención que llevan a cabo los profesionales de enfermería con el objetivo de prevenir y/o tratar la obesidad infantil.

Valorar la efectividad del consejo de enfermería en el tratamiento de la obesidad infantil.

Metodología:

La metodología utilizada en este trabajo fue de búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos: PUBMED, COCHRANE LIBRARY y SCIELO. Las palabras clave fueron: Obesidad, Infantil e Intervenciones de Enfermería. El principal limitador de búsqueda fue que el año de publicación estuviera dentro del intervalo 2007-2015.

Resultados:

El papel de la enfermería es insuficiente por sí sólo si no hay continuidad de conductas saludables (ejercicio físico y dieta saludable) fuera y dentro de los centros educativos por lo que se hace imprescindible la implicación familiar en la prevención de la obesidad infantil.

Los profesionales de Enfermería consideran que los servicios escolares debería ser utilizados para prevenir la obesidad, sin embargo sólo el 29% se sentían capacitados para supervisar estos servicios. Existe asociación entre los años de desempeño de intervenciones educativas de prevención en obesidad y la efectividad de las intervenciones realizadas por los profesionales.

La mayor parte de la evidencia se limita a intervenciones a corto plazo, no obteniendo los resultados esperados, siendo necesario determinar si intervenciones más prolongadas en el tiempo serían más efectivas.

Discusión:

Es de vital importancia la implicación de las instituciones sanitarias siendo necesario aumentar los recursos orientados a la prevención y tratamiento de la obesidad mediante hábitos de vida saludable.

Es recomendable iniciar las intervenciones en edades tempranas para obtener mejores resultados, así como incluir a las familias, dado que las pautas de conducta alimentaria y hábitos de actividad y recreación se aprenden en la niñez.

Los estudios encontrados sugieren la necesidad de más preparación y apoyo desde los centros educativos y los proveedores de salud, ya que la definición de los roles enfermeros para la prevención de la obesidad están bien desarrollados.

Bibliografía:

Aguilar Cordero MJ, González Jiménez E, García García CJ, García López PA, Álvarez Ferre J, Padilla López CA et al. Obesidad de una población de escolares de Granada: evaluación de la eficacia de una intervención educativa. *Nutr. Hosp.* [Revista en Internet]. Jun 2011; 26(3): 636-641.

Berra S, López L, López-Aguilà S, Audisio Y, Rajmil L Sobrepeso en la población adolescente: calidad de vida, acceso a los servicios sanitarios y efectividad de las intervenciones. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya; 2009. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, AATRM núm. 2007/06. 2009.

Kubik M, Store M, Davey C. Obesity Prevention in Schools: Current Role and Future Practise of School Nurses. *Prev Med.* Jun 2007; 44(6): 504-507.

Navarra B, Pinillos R, Aliaga Y, Balagué C, Galbe J, Mengual J. ¿Es efectivo el consejo de enfermería en el tratamiento de la obesidad en niños y adolescentes? *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2007; 9:385-95.

P41

Título:

ENFERMERÍA Y TABAQUISMO ¿CÓMO INFLUYE LA UNIVERSIDAD?

Autor/es:

Adelaida Lozano Polo, Juana M^a Cayuela Fuentes, Pedro Cayuela Fuentes, Jaime Mendiola Olivares, Juan José Gascón Canovas y Alberto M. Torres Cantero

Introducción:

El tabaquismo es un factor de riesgo evitable de las principales patologías crónicas y la primera causa de morbi-mortalidad prevenible. El abordaje multidisciplinar en atención primaria es una estrategia muy coste-efectiva y donde el profesional de enfermería tiene un papel esencial.

Objetivos:

- 1) Analizar el consumo de tabaco en estudiantes de Enfermería de 3º curso de la Universidad de Murcia.
- 2) Valorar la formación recibida en tabaquismo en la Diplomatura de Enfermería.
- 3) Identificar la aceptación del rol modélico comparándola entre fumadores/as y no fumadores/as.

Metodología:

Estudio trasversal analítico de una muestra de 141 estudiantes de 3 grupos de prácticas hospitalarias de los 250 estudiantes de 3º de la Diplomatura de Enfermería de la Universidad de Murcia. El alumnado seleccionado completó una encuesta autoadministrada y anónima (tasa de respuesta 98,3%) entre abril y mayo de 2011. Se validó una escala de Rol modélico mediante análisis factorial exploratorio (KMO=0,82; varianza explicada:48,6%; alfa de Conbrach global:0,87) que consta de tres dimensiones: rol formal, informal y entorno. Se realizaron análisis descriptivos (media, porcentaje con intervalo de confianza al 95%, terciles), y calculo de ji-cuadrado para contrastes de hipótesis en variables cualitativas.

Resultados:

De los 138 estudiantes que cumplimentaron la encuesta no fumaba el 59,1% (IC95%:50,9%-67,2%), era exfumador/a el 16,8% (IC95%:10,5%-23%) y fumaba el 24,1% (IC95%:16,9%-31,2%); diariamente el 16,8% (IC95%:10,5%-23%) y ocasionalmente el 7,3% (IC95%:2,9%-11,7%). El consumo medio de cigarrillos fue de 11,4/día (DT= 8,1 cigarrillos/día). No se observaron diferencias significativas por sexo, residencia, ni nivel socioeconómico. Se observa más tabaquismo (27,3%; p<0,001) en estudiantes mayores de 25 años y en convivientes con fumadores/as (31,2%; p=0,028). La edad media de inicio al consumo fue 17,3 años (DT=1,4 años).

El 33,3%(IC95%:25,4%-41,3%) aseguró haber recibido formación en la carrera. El 47,8%(IC95%:39,3%-56,2%) consideró su formación deficiente, el 73,5%(IC95%:66,1%-80,9%) que es necesaria formación en el abandono de tabaco y un 74,3%(IC95%:66,9%-81,6%) en prevención. Un 80,6%(IC95%:73,9%-87,6%) consideró el rol de enfermería en tabaquismo importante. La percepción del rol modélico fue mayor en estudiantes no fumadores que en fumadores ($p<0.001$).

Discusión:

- El consumo de tabaco continúa elevado, respecto otros estudios nacionales aunque inferior al detectado en países del Mediterráneo y en Alemania.
- El alumnado considera mayoritariamente que es esencial recibir formación en tabaquismo y reconoce el rol modélico, sin embargo, la formación ofrecida es limitada.
- El rol ejemplarizante es menos asumido entre estudiantes de enfermería que fuman.

Bibliografía:

Alconero Camarero AR, Casaus Pérez M, Iglesias Martín R, De la Frieria Rubia V, Noriega Borges MJ, Fadón Izaguirre A. El corazón de los jóvenes. *Enfermería en Cardiología*. 2006; 38: 13-18

Barbouni A, Hadjichristodoulou C, Merakou K, Antoniadou E, Kourea K, Miloni E et al., Tobacco use, exposure to secondhand smoke, and cessation counseling among health professions students: Greek data from the global health professions student Survey. *Int J. Environ Res Public Health*, 2012; 9(1): 331-42

Cauchi D, Mamo J. Smoking Health Profesional Student: An Attitudinal Challenge for Health Promotion?. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2012; 9: 2550-2561

Chalet-Martí, M, Escriche-Saura A, García-Hernández J, Moreno-Bas P. Consumo de tabaco en población universitaria de Valencia. *Trastornos Adictivos*. 2011; 13(1): 5-10.

Fernández D, Ordás, B, Álvarez MJ, Ordóñez C. Knowledge, attitudes and tobacco use among nursing and physiotherapy students. *International Nursing Review*.2015; 62: 303-311.

Lehmann F, von Lindeman K, Klewer J & Kugler J. BMI, physical inactivity, cigarette and alcohol consumption in female nursing students a 5-year comparison. *BMC Medical Education* 2014; 14:82.

Lozano_Polo A. Estudio sobre tabaquismo en el alumnado de ciencias sociosanitarias de la Universidad de Murcia:consumo, actitudes y exposición al humo ambiental de tabaco. [Tesis doctoral]. Murcia: Universidad de Murcia; 2015

Vitzthum K, Koch F, Groneberg DA, Kusma B, Mache S, et al. Smoking behaviour and attitudes among German nursing students. *Nurse Education in Practice*. 2013; 13(5): 407-412.

Warren Ch, Sinha D, Lee J, Lea V, Jones NR. Tobacco use, Exposure to Secondhand Smoke, and Training on Cessation Counseling Among Nursing Students: Cross-Country Data from the

Global Health Professions Student Survey (GHPSS) 2005-2009. *Int J Environ Res Public Health*. 2009; 6(10): 2534-2549

World Health Organization. Tabaquismo [sede Web]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; [actualizado 30 de marzo de 2015; acceso 2 agosto de 2015]. OMS. Temas de salud [aproximadamente 16 páginas]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/tobacco/es/>

P42

Título:

ANÁLISIS DE LA TEORÍA DE LA AUTODETERMINACIÓN PARA FOMENTAR LA PRÁCTICA DEL EJERCICIO FÍSICO EN PERSONAS MAYORES DESDE LA CONSULTA DE ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Autor/es:

Araceli Serrano Noguera, María Medina Abellán, Yolanda López Benavente, José Arnau Sánchez, Tania Ros Sánchez y Alba Valera Paterna.

Introducción:

El ejercicio físico es clave para un envejecimiento activo y saludable en relación directa con la calidad de vida. La motivación es importante en la adherencia a la práctica deportiva porque lo condiciona. De ahí la importancia de analizar los intereses y motivaciones que impulsan a las personas mayores a su práctica.

Objetivos:

Analizar bibliografía de la Teoría de la Autodeterminación para el fomento de ejercicio físico en personas mayores

Metodología:

Búsqueda bibliográfica en las bases Pubmed, medline y CINAHL con las palabras clave: ejercicio físico, mayores y autodeterminación entre los años 2005- 2015. Encontramos 10 artículos, se procede a la lectura y análisis enfocado a la motivación para el ejercicio físico en personas mayores

Resultados:

La Teoría de la Autodeterminación es una macro teoría que postula un conjunto de necesidades psicológicas básicas (autonomía, competencia y relación) necesarias e imprescindibles para estimular y desarrollar la motivación para hacer ejercicio.

Según la bibliografía las características que debe tener toda actividad física son:

- Disfrute como factor clave para practicar actividad física
- Interacción del individuo y su ambiente.
- Clima motivacional.

Estrategias para motivar la práctica de ejercicio físico en personas mayores:

- Evaluación inicial donde contemplamos los motivos, expectativas, y competencias.
- Objetivos realistas adaptados a la competencia.

- Feedback positivo.
- Elección de actividades por el sujeto.
- Explicar el propósito de la actividad.
- Promover las relaciones sociales con actividades cooperativas.
- Fomentar la aparición del estado de flow (estado de conciencia donde el individuo está totalmente absorbido por lo que está haciendo).

Discusión:

El personal de enfermería es responsable de promover y ejecutar programas de actividad física en mayores. Es conveniente hacer una evaluación inicial sobre los motivos, expectativas, creencias, apoyo familiar, ansiedad social, historial de actividad física, preferencias y forma física para adaptar los ejercicios al individuo transmitiendo un clima motivacional, primando el esfuerzo, la mejora personal, fomentando las relaciones sociales, el ambiente lúdico y alcanzar el estado de flow.

Para futuras líneas de investigación sería interesante conocer los motivos de sedentarismo de la población mayor y los motivos de abandono de la actividad física, así como las motivaciones que impulsan a la práctica de ejercicio de los que sí realizan actividades.

Bibliografía:

1. Ministerio de sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2014). "Informe 2012. Las personas mayores en España. Datos estadísticos estatales y por Comunidades Autónomas".
2. Cavan, R., Burgess, E., Havighurst, R., & Goldhamer, H. Personal adjustment in old age. Science Research Associates. Chicago. 1949.
3. Oddone, M.J. Antecedentes teóricos del envejecimiento activo. Informes de envejecimiento en red. Madrid. Nº 4. 2013.
4. García, R. F. B., Casinello, M. D. Z., Bravo, M. D. L., Nicolás, J. D., López, P. M., & Del Moral, R. S. (2010). Envejecimiento con éxito: criterios y predictores. *Psicothema*, 22(4), 641-647.
5. Mora, M., Araya, G., & Ozols, A. (2004). Perspectiva subjetiva de la calidad de vida del adulto mayor, diferencias ligadas al género ya la práctica de la actividad físico recreativa. *MHSALUD: Revista en Ciencias del Movimiento Humano y Salud*, 1(1).
6. Landinez Parra, N. S., Contreras Valencia, K., & Castro Villamil, Á. (2012). Proceso de envejecimiento, ejercicio y fisioterapia. *Revista Cubana de Salud Pública*, 38(4), 562-580.
7. Martínez, F. S., Cocca, A., Mohamed, K., & Ramírez, J. V. (2010). Actividad física y sedentarismo: Repercusiones sobre la salud y calidad de vida de las personas mayores. *Retos. Nuevas Tendencias En Educación Física, Deporte y Recreación*, 17, 126-129.

P43

Título:

ENFERMERAS COMUNITARIAS: CUATRO AÑOS CAMINANDO JUNTOS

Autor/es:

Eliana Santamaría Amorós, M^a Peña Castaño Gómez, Elena Roldán Poveda, Estefanía Gallego Lozano, Andrea Sánchez López y Alberto Gómez Pérez

Introducción:

Las enfermedades crónicas constituyen las principales causas de muerte e incapacidad (1,2). Con la adopción de conductas saludables, como la práctica de actividad física a través de la técnica grupal (3), se consiguen beneficios a nivel físico, psicológico y social (4, 5, 6,7). Desde las consultas de enfermería sentimos la necesidad de intervenir activamente en la promoción del ejercicio físico, no sólo mediante el consejo, sino facilitando un lugar y un tiempo para su realización.

Objetivos:

Objetivo principal: Evaluar la efectividad de una intervención comunitaria para la mejora de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en pacientes crónicos mayores de 45 años en Atención Primaria.

Objetivos específicos: Cuantificar los cambios antropométricos y hemodinámicos de los participantes tras la intervención.

Metodología:

Estudio analítico experimental no aleatorizado. Se realizó una captación a través de las consultas de pacientes crónicos de enfermería pertenecientes a los centros de salud en los que se desarrolló la intervención. Los criterios de inclusión fueron: personas mayores de 45 años, independientes para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) (Barthel = 100 puntos)(8) y consentimiento informado firmado. Exclusión de aquellos que presentaran un deterioro cognitivo (Pfeiffer > ó = 4 puntos) (9) y/o circunstancias que contraindiquen la continuidad en el programa. La intervención consistió en un programa de ejercicio, realizado por residentes de enfermería familiar y comunitaria junto con sus tutoras, compuesto por 6 sesiones, 1 vez por semana, con una duración de 90 minutos. Como herramienta de evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud se realizó el cuestionario Coop-wonca (10) tanto antes como después de la intervención. También se valoraron variables sociodemográficas, antropométricas y hemodinámicas.

Resultados:

La participación en estos 4 años ha sido de 161 personas entre 45 y 90 años. Se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en aquellas variables referidas al ámbito psicológico y social, encontrándose una mejoría en éstas ($p < 0,05$). Además se observó un marcado descenso de peso e IMC.

Discusión:

La realización de esta actividad comunitaria por parte de enfermería ha demostrado una mejora en la calidad de vida en aquellos que la realizan, como evidencian estudios similares (11). Otros ensayos clínicos suelen realizar estas intervenciones por separado, con mayor énfasis en el seguimiento del IMC (12). La combinación de la realización de los ejercicios junto con la exposición de los beneficios de los mismos parece tener efectos favorables (13, 14).

Bibliografía:

1. Gutiérrez-Fisac JL, Suárez M, Neira M, Regidor E. Tendencia de los principales factores de riesgo de enfermedades crónicas. España, 2001-2011/12. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013. [citado 24 de enero de 2016]. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/FactoresRiesgoEspa na__2001_2011_12.pdf
2. Guerrero M, Estévez J. Soluciones para la gestión de la cronicidad [Internet]. Sociedad Española de directivos de la Salud; 2015 [citado 24 de enero de 2016]. Disponible en: <http://www.sedisa.net/documentos/Mon201509147441720150914InformeGestionCronicidad SEDISA.pdf>
3. Villamil Díaz MI, Rubio Domínguez J. Conversando con diabéticos. RqR Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA). 2013 (3): 37-50
4. Aparicio García-Molina, V.A.; Carbonell Baeza, A. y Delgado Fernández, M. Beneficios de la actividad física en personas mayores. Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte. 2010; 10 (40): 556-576
5. GOMEZ, R et al. El ejercicio físico y su prescripción en pacientes con enfermedades crónicas degenerativas. Rev. perú. med. exp. salud publica [Internet]. 2010; 27, (3): 379-386 . [citado 2016-01-20]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342010000300011&lng=es&nrm=iso. ISSN 1726-4634
6. Ferrer JC, Sánchez P, Pablos-Abella C, Albalat-Galera R, Elvira-Macagno L, Sánchez-Juan C, Pablos-Monzó A. Beneficios de un programa de ejercicio físico en el hogar en sujetos ancianos con diabetes mellitus tipo 2. Endocrinol Nutr. 2011; vol. 58, (8): 387-394
7. Jiménez MG, Martínez P, Sánchez AI. Bienestar psicológico y hábitos saludables: ¿están asociados a la práctica de ejercicio físico? International Journal of Clinical and Health Psychology. 2008;8(1):185-202.
8. Iglesia DL, Martínez J, Dueñas Herrero R, Vilches O, Carmen M, Aguado Taberné C, et al. Adaptación y validación al castellano del cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ) para detectar la existencia de deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años. Med Clin (Barc). 2001;117(04):129-34.

P44

Título:

DISEÑO DE UN PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO EN MINDFULNESS PARA LA MEJORA DE LA ADHESIÓN A LA DIETA MEDITERRÁNEA EN ADULTOS

Autor/es:

Julia Segura Martínez, Andrea Sánchez López, Adela Alonso Gallegos, Elena Roldán Poveda, Estefanía Gallego Lozano y María Luisa Cascales Pérez

Introducción:

Actualmente el sobrepeso y la obesidad se consideran un problema de salud pública a nivel mundial (1). Una de los factores principales relacionados con la obesidad son los estilos de vida inadecuados como el sedentarismo y la alimentación (2). Algunos estudios muestran evidencia de que la dieta mediterránea mejora las cifras de obesidad (3). Por otra parte, los aspectos psicológicos, como el estrés, podrían influenciar también en el desarrollo de la obesidad y en abandono de terapias (4). Dentro de las estrategias que han demostrado ser eficaces en la reducción del estrés en Atención Primaria podemos señalar el Mindfulness (5). El Mindfulness es un entrenamiento desarrollado por John Kabat-Zinn cuya finalidad es reducir el malestar psicológico (6). Algunos estudios ya hablan del Mindfulness en relación con la mejora de la obesidad (7) o del craving (8). Por este motivo pensamos que podría ser beneficioso analizar los efectos del Mindfulness en la adhesión a la dieta mediterránea y en la obesidad.

Objetivos:

Evaluar la efectividad de un programa de entrenamiento en Mindfulness para la adhesión a la dieta mediterránea en pacientes con sobrepeso grado II y obesidad mayores de 50 años en Atención Primaria.

Metodología:

Se realizará un ensayo clínico aleatorizado. El número de participantes necesarios para conseguir una potencia estadística del 80% con un nivel de significación del 0,05 es de 120 personas. Se realizarán diez talleres sobre Mindfulness y alimentación saludable. Los participantes se dividirán en dos grupos, uno experimental que recibirá el total los talleres, y uno control que recibirá la intervención en consulta habitual. Los criterios de inclusión serán tener una edad superior a los 50 años y un IMC ≥ 27 . Los criterios de exclusión serán presentar deterioro cognitivo y la aparición de cualquier evento que contraindique la continuidad en el programa.

Para medir la adhesión a la dieta mediterránea se utilizará el cuestionario MEDIS-FFQ (9) y para medir la Conciencia Plena utilizaremos el cuestionario FFMQ (10). Se llevará a cabo análisis descriptivo de las variables, un análisis inferencial entre las mediciones pre y post intervención y un análisis correlacional para examinar la asociación entre las variables independientes y las variables resultado. Los análisis se llevarán a cabo con el programa estadístico SPSS versión 21.0.

Resultados:

Dado que se trata de un proyecto de investigación, todavía no hay resultados.

Discusión:

Dado el elevado nivel de efectividad del Mindfulness en otros estudios desarrollados en Atención Primaria, se espera conseguir un alto grado de adhesión a la dieta mediterránea tras la realización del programa.

Bibliografía:

1. Bjorntorp P. Obesity. Lancet 1997;350(9075):423-6.
2. VARELA-MOREIRAS, Gregorio, et al. Obesidad y sedentarismo en el siglo XXI:¿ qué se puede y se debe hacer?. Nutrición Hospitalaria, 2013, vol. 28, p. 1-12.
3. Carbajal, A.; Ortega, R. La dieta mediterránea como modelo de dieta prudente y saludable. Rev Chil Nutr, 2001, vol. 28, no 2, p. 224-36.
4. TAPIA, Alexis. Ansiedad, un importante factor a considerar para el adecuado diagnóstico y tratamiento de pacientes con sobrepeso y obesidad. Revista chilena de nutrición, 2006, vol. 33, p. 352-357.
5. Justo CF. Reducción de los niveles de estrés y ansiedad en médicos de atención primaria mediante la aplicación de un programa de entrenamiento en conciencia plena (mindfulness). Atención primaria 2010; 42(11):564-570.
6. Bishop SR, Lau, M, Shapiro S, Carlson LE, Anderson N, Carmody J, et al. Mindfulness: A Proposed Operational Definition. Clinical Psychology, Science and Practice. 2004; 11, 230-41.
7. Godsey J. The role of mindfulness based interventions in the treatment of obesity and eating disorders: an integrative review. Complement Ther Med. 2013 Aug;21(4):430-9.
8. Lacaille J, et al. The effects of three mindfulness skills on chocolate cravings. Appetite. 2014 May;76:101-12.
9. Tyrovolas S, Pounis G, Bountziouka V, Polychronopoulos E, Panagiotakos DB. Repeatability and validation of a short, semi-quantitative food frequency questionnaire designed for older adults living in Mediterranean areas: the MEDIS-FFQ. J Nutr Elder 2010;29(3):311-324.
10. Cebolla A, García-Palacios A, Baños R, Guillén A, Navarro V, Miró M. Spanish validation of the Five Facets of Mindfulness Inventory (FFMQ). Presentado en el World Congress of Behavioural and Cognitive Therapies. 2-5 Junio (2010). Boston (EEUU).

P45

Título:

FORMADOR DE FORMADORES EN UN COLEGIO DE EDUCACIÓN INFANTIL Y PRIMARIA

Autor/es:

Laura Martínez Martínez, Sarai Quirante Moya y Esther Sarrión Peñalver

Introducción:

Diariamente nos enfrentamos, en la comunidad escolar, a problemas de salud como asma, diabetes o epilepsia difíciles de abordar. Según Gavidia (1) la escuela tiene un papel socializante y una función de formación en salud, pero con escasa formación inicial y necesidad de mejorarla. Tal como recoge Davó (2), la investigación acerca de la formación en salud en las escuelas es escasa y orientada hacia la modificación de conductas individuales. Finalmente resalta que los docentes son potenciales agentes de salud.

Objetivos:

General: Evaluar la efectividad de una intervención educativa a los docentes de un colegio de educación infantil y primaria realizada durante Abril de 2015 para que actúen como formadores en salud.

Específico: Medir si existen diferencias en el nivel de conocimientos antes y después de la intervención educativa mediante cuestionarios de satisfacción.

Metodología:

Estudio analítico cuasi-experimental antes-después.

Muestra: 11 encuestas. Muestreo no probabilístico consecutivo.

Fuente de datos: encuestas anónimas codificadas antes- después.

Variables: edad, sexo y nivel conocimientos.

Análisis datos: proporciones, mediana y rango intercuartílico. Contraste por Kruskal-Wallis y chi-cuadrado. Comparación antes-después, estadístico Z para proporciones independientes con un nivel de significación 95%.

Uso del programa Epidat v.3.5.4

Resultados:

11 encuestas analizadas, 81.81% mujeres, mediana de edad 37 (RI 27-45). Pre-intervención: 0.9% no tenían ningún tipo de conocimiento, 63.63% algo en asma y epilepsia.

Post-intervención: 72.72% mucho conocimiento en epilepsia y primeros auxilios y 27.27% bastante en todos los cursos.

Las diferencias significativas antes y después fueron en conocimientos asma poco ($p=0.008$), algo ($p=0.022$), mucho ($p=0.000$), conocimientos epilepsia algo ($p=0.010$), mucho ($p=0.002$) y conocimientos primeros auxilios mucho ($p=0.002$).

Discusión:

Coincidiendo con el estudio de J. Korta et al.(3) sobre asma y con el de S. Goal et al. (4) sobre epilepsia se observa que la intervención educativa en el profesorado es útil para incrementar el nivel de conocimientos.

Aunque los resultados obtenidos son coincidentes con los de los artículos citados, destacamos como limitaciones las propias del tipo de estudio, el diseño de los cuestionarios empleados y el tamaño muestral que no permite su extrapolación.

El personal de enfermería de atención primaria está capacitado para desarrollar actividades de formación de agentes de salud. Por ello se debería fomentar la realización de estas actividades con el fin de mejorar los conocimientos.

Bibliografía:

1 Gavidia Catalán V. El profesorado ante la educación y promoción. Didáctica de las Ciencias Experimentales y Sociales. 2009;(23): p. 171-180. Disponible en URL:

file:///C:/Users/Usuario1/Downloads/Dialnet-

ElProfesoradoAnteLaEducacionYPromocionDeLaSaludEnL-3082143.pdf

2 Davó Blanes MdC. La cultura de salud en las aulas de Educación Primaria y la incorporación de la Escuela Promotora de la Salud a la salud escolar en España. Tesis Doctoral. Universidad de Alicante, Departamento de Enfermería Comunitaria, Medicina

Preventiva y Salud Pública e Historia de la Ciencia; 2009. Disponible en URL:

http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/13433/1/tesis_davo.pdf

3.Korta Murua J, Pérez-Yarza EG, Pértegas Días S, Aldasoro Ruiz A, Sardón Prado O, López-Silvarrey Varela A, et al. Impacto de una intervención educativa sobre asma en los profesores. An Pediatr. 2012; 77(4): p. 236-46. Disponible en URL:

<http://www.analesdepediatria.org/es/impacto-una-intervencion-educativa-sobre/articulo/S1695403312001178/>

4Goel S, Singh N, Lal V, Singh A. Evaluating the impact of comprehensive epilepsy education programme for school teachers in Chandigarh city, India. Seizure: European Journal Of Epilepsy. 2014 January; 23(1): p. 41-46. Disponible en URL: [http://www.seizure-journal.com/article/S1059-1311\(13\)00257-4/abstract](http://www.seizure-journal.com/article/S1059-1311(13)00257-4/abstract)

P46

Título:

CURA DE HERIDAS QUIRÚRGICAS MEDIANTE TÉCNICA MÖLNDAL VS TÉCNICA TRADICIONAL

Autor/es:

Elena Martínez García, Inmaculada Pacheco Ruano, Josefa García Madrid y José Ramón Cánovas Corbalán.

Introducción:

Una herida quirúrgica (HQ) es una herida que se realiza en una intervención quirúrgica, y que cierra normalmente por primera intención. La infección y la dehiscencia son las complicaciones más frecuentes, siendo necesario realizar una adecuada técnica de cura, para minimizar los riesgos de complicaciones que dificulten la cicatrización, retrasen la curación y aumenten el gasto sanitario.

En cuanto a la técnica más adecuada para la cura de HQ, actualmente existe controversia. El método más utilizado, es la técnica tradicional (TT) de cura seca. Por otro lado está la cura húmeda, la cual se usa en el cuidado de otro tipo de heridas, ya que genera el ambiente óptimo para la cicatrización. La técnica Mölndal (TM) es un tipo de cura en ambiente húmedo para HQ.

Objetivos:

General: Conocer si hay diferencia en la evolución de la HQ con el uso de la TM frente al uso de la TT.

Específicos:

- Establecer diferencias entre ambas técnicas.
- Describir ventajas e inconvenientes de ambas técnicas.
- Conocer las últimas recomendaciones sobre la cura de HQ.

Metodología:

Búsqueda bibliográfica de la literatura existente en bases de datos como Medline, Cochrane y Scielo. Palabras clave: herida quirúrgica, técnica mölndal, cura seca y antiséptico.

Resultados:

En Cochrane se encuentran 4 resultados de revisiones sistemáticas (RS) y ensayos clínicos. En Pubmed: 65 resultados de RS y estudios primarios. En Scielo: 1 resultado de estudios primarios. Seleccionando finalmente 6 de ellos.

Discusión:

La TT se realiza con un antiséptico y apósito de gasa, cuyo principal objetivo es prevenir la contaminación de la herida, pero tiene inconvenientes: apósitos no impermeables, no permiten la visualización de la herida, requieren de cambios frecuentes, se adhieren a la cicatriz y gestión del exudado inadecuada. Además el uso de antisépticos de forma sistemática en la cura de HQ es controvertido.

La TM, utiliza un apósito de hidrofibra de hidrocoloide y uno secundario de poliuretano. Se ha probado especialmente en HQ traumatológicas, torácicas y de cirugía digestiva. Se ha visto menor tasa de infección, alivio del dolor y aumento del confort del paciente, requiere menos cambios al aguantar hasta 7 días si no hay sobrecarga de exudado, disminuyendo así costes y trabajo de Enfermería.

Los estudios existentes sobre la TM son escasos, por lo que no se puede establecer evidencia de su superioridad, aunque en todos ellos se observa una mejora en la evolución de la HQ y una cicatrización más rápida con respecto a la TT.

Bibliografía:

- Garnica Goyanes A, Gil Lorenzo C, Nieto Alonso M, Ruiz López A, Muñoz García L, Torra i Bou JE. Apósito posquirúrgico convencional frente a apósito interactivo transparente de cura en ambiente húmedo: evaluación comparativa piloto en pacientes quirúrgicos oncológicos. *Gerokomos*. 2014;25(1):34-40.

- López De los Reyes R, Vives Rodríguez E, Rumbo Prieto JM, Arantón Areosa L, Delgado Fernández R, Sanmartín Castrillón R, Puente Puig M. Aplicación de la técnica Mölndal en la cicatrización de heridas quirúrgicas agudas e incisiones de drenajes. *Enferm Dermatol* 2014;(8)2.1.

- Marinovi M, Cicvari T, Grzalja N, Bacic G, Radovi E. Application of Wound Dressing Molndal Technique in Clean and Potentially Contaminated Postoperative Wounds – Initial Comparative Study. *Coll. Antropol.* 35(2011) Suppl. 2:103–106.

- Marinovi M, Cicvari T, Jureti I, Grzalja N, Medved I, Ahel J. Application of Wound Closure Molndal Technique after Laparoscopic Cholecystectomy – Initial Comparative Study. *Coll. Antropol.* 34(2010) Suppl. 2: 243–245.

- Ravenscroft MJ, Harker J, Buch K. A prospective, randomised, controlled trial comparing wound dressings used in hip and knee surgery: Aquacel and Tegaderm versus Cutiplast. *Ann R Coll Surg Engl* 2006;88:18–22.

- Walter CJ, Dumville JC, Sharp CA, Page T. Systematic review and meta-analysis of wound dressings in the prevention of surgical-site infections in surgical wounds healing by primary intention. *British Journal of Surgery* 2012;99:1185–1194.

P47

Título:

A PROPÓSITO DE UN CASO: MONITORIZACIÓN CONTINUA DE GLUCOSA EN DIABETES MELLITUS TIPO 1

Autor/es:

Inmaculada Pacheco Ruano, Elena Martínez García, Josefa García Madrid y José Ramón Cánovas Corbalán

Introducción:

La monitorización continua de glucosa (MCG) con sensores implantados en tejido subcutáneo es capaz de ofrecer resultados de glucemia cada pocos minutos, indicar tendencias y avisar de posibles hiperglucemias o hipoglucemias. Mientras que el autoanálisis solo proporciona una medida puntual de la glucosa en sangre capilar, la MCG ofrece información continua de los niveles glucémicos, por lo que está entre los avances recientes más importantes que podrían revolucionar el tratamiento diabetológico en todos los niveles asistenciales, incluida la Atención Primaria. Los primeros estudios llevados a cabo en pacientes con DM1 han sugerido que la información que ofrecen estos sistemas permite manejar más eficazmente la diabetes, con disminución de excursiones glucémicas, menor número de episodios de hipoglucemias y menores tiempos de hiperglucemia e hipoglucemia.

Objetivos:

Nos planteamos conocer si mediante uso de MCG, mejora la hemoglobina glicosilada (HbA1c), aumenta el tiempo de euglucemia, así como determinar el número de hipoglucemias.

Metodología:

Exposición de un caso clínico de un paciente joven con DM1 con descompensación metabólica de varios meses de evolución. Desde debut de la enfermedad ha realizado control mediante determinación de glucosa capilar, pero ante descompensación de larga evolución decide utilizar alternativa con MCG. Se presentan los datos obtenidos de la MCG tales como glucosa promedio, valor HbA1c, tiempo de euglucemia, hiperglucemia y eventos de hipoglucemia.

Resultados:

En nuestro caso, tras dos meses de MCG se observa reducción de la HbA1c en un 0,8%, aumento del tiempo de euglucemia en un 21%, disminución del tiempo de hiperglucemia en un 21% y disminución de eventos de hipoglucemia en 15 días de 7 a 4.

Discusión:

La MCG se ha introducido en nuestra práctica clínica. Esta herramienta mejora las posibilidades de alcanzar un control efectivo de la enfermedad, permite avanzar en el conocimiento de las fluctuaciones de la glucemia y conocer efectos reales de recursos terapéuticos y tratamientos complejos. Se debería profundizar en su investigación, incluyendo

el beneficio aportado en la práctica asistencial habitual, en la prevención de complicaciones diabéticas a largo plazo y en la valoración de coste-efectividad en comparación con la determinación de la glucosa capilar.

Bibliografía:

- 1) García Mochón L, Olry A, Espin J. Costes y efectividad de un detector de tendencias glucémicas en pacientes con diabetes mellitus. Av Diabetol. 2014;30:9-16.
- 2) Ruis de Adana M, Rigla M. Consenso sobre el uso de la monitorización continua de glucosa. Av Diabetol. 2009;25:96-8.
- 3) Gómez Peralta F, Abreu Padín C. Monitorización continua de la glucosa en tiempo real. Indicaciones clínicas probadas. Av Diabetol. 2011;27(6):198-203.

P48

Título:

INCIDENCIA DE PACIENTES CRÓNICOS COMPLEJOS MULTINGRESO EN UNA ZONA BÁSICA DE SALUD

Autor/es:

Zoila Lifante-Pedrola, Pedro S. Cayuela-Fuentes, Rosario Verdú-Nicolás y Juana Ferez-Pujalte

Introducción:

La atención a pacientes crónicos provoca la mayor parte de consultas en los equipos de Atención Primaria. El paciente crónico complejo multiingreso se caracteriza por la presencia de varias enfermedades crónicas de manera concurrente, la gran utilización de servicios de hospitalización urgente con diferentes episodios de ingreso durante un mismo año, la presencia de determinadas enfermedades como insuficiencia cardiaca o EPOC, la disminución de la autonomía personal temporal o permanente y la situación de polimedicación.

Objetivos:

Determinar la prevalencia de pacientes crónicos complejos multiingreso en nuestro Centro de Salud.

Definir la comorbilidad en los pacientes crónicos complejos multiingreso mediante el índice de Charlson.

Identificar los pacientes crónicos complejos multiingreso que no tienen cumplimentados los planes de cuidados de enfermería.

Metodología:

Estudio observacional descriptivo transversal retrospectivo. Población a estudio: 76 pacientes crónicos complejos multiingreso. Variables de estudio: edad, sexo y patologías, obtenidas de las historias clínicas informatizadas. Los datos se han limitado estrictamente a los fines específicos de esta investigación. Se ha realizado cálculo de frecuencias y porcentajes para todas las variables.

Resultados:

El 52,5% son hombres y 47,5% mujeres. El 86,8% son mayores de 65 años. Encontramos una prevalencia, en población mayor de 65 años, de un 1,44%.

Las patologías más frecuentes son: Diabetes Mellitus, Enfermedad Vascular Cerebral, Cardiopatías, Cáncer, EPOC e Insuficiencia renal respectivamente

El 77% tiene alta comorbilidad (mayor de 3 puntos índice de Charlson). El 23% restante tiene baja comorbilidad (2 puntos). No existen pacientes sin comorbilidades.

El 54% de los pacientes tienen registro de planes de cuidados de enfermería.

Discusión:

El determinar el tamaño y demanda de los pacientes crónicos complejos multiingreso posibilita la planificación y estandarización de planes de cuidados, que van a repercutir positivamente tanto en el individuo, como en su familia, en la comunidad y en el sistema sanitario. En la bibliografía consultada se concluye que la racionalización de la asistencia a estos pacientes les proporciona una atención y cuidados integrales, que garantiza la continuidad en sus cuidados y evita las reiteradas visitas y exploraciones en los servicios de urgencias.

Bibliografía:

Estrategia para el Abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e igualdad. 2012.

National Institute for Health and Care Excellence. Managing medicines in care homes. 2014

P49

Título:

ULCERAS POR PRESIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA COMPARACIÓN A NIVEL NACIONAL

Autor/es:

Ana Isabel Béjar López, Juan Diego Rosell Oñate, Jose Alberto Muñoz Ballesta, Concepción Navarro Navarro, Francisco Olid Martínez y Cristina Martínez Galera

Introducción:

Las úlceras por presión (UPP) se definen como una pérdida de integridad de la piel, ocasionada por el mantenimiento de una fuerza constante sobre una superficie tisular. Son un problema de salud muy prevalente en edades avanzadas y su tratamiento generalmente se lleva a cabo en el ámbito de la Atención Primaria.

Objetivos:

1. Conocer la prevalencia y localizaciones de las UPP en nuestro centro objeto del estudio.
2. Realizar una comparación con respecto a las características de UPP a nivel nacional.

Metodología:

Ámbito: Atención Primaria

Diseño: estudio descriptivo transversal.

Sujetos: todos los pacientes con diagnóstico de inmovilizados de un centro de salud urbano.

Variables: edad, sexo, presencia de UPP, localización y número de úlceras.

Procedimiento para el análisis de datos: a través de los programas informáticos OMI-est, OMI-AP y Excel.

Resultados:

Un 20,2% de los pacientes inmovilizados presentan UPP, siendo la prevalencia poblacional del total de pacientes del centro del 0.10%.

La edad media de pacientes con UPP es de 89.94 años

La distribución según localización es: sacro 38,8%, talón 33.3%, otras localizaciones del pie 16.6%, glúteo 5.5% y 5,5% otras localizaciones.

Un 94.5% presenta una única UPP

Discusión:

La prevalencia poblacional de UPP en nuestro centro es de 0.10%, muy similar a la nacional (0.11%). Sin embargo, en inmovilizados es del 20%, siendo la prevalencia nacional de 8-9%.

Esta diferencia podría ser debida a la edad media de nuestros pacientes inmovilizados (86,5) superior a la de pacientes de otros estudios y a la elevada edad media de nuestros pacientes con UPP (89.9).

Otro motivo de estas diferencias pueden deberse a que nuestros criterios de inclusión para pacientes inmovilizados fueron únicamente aquellas personas que nunca salen de su domicilio, mientras que en otros estudios son pacientes que reciben asistencia domiciliaria, aunque en ocasiones salgan de su domicilio.

La localización de las UPP en los pacientes de nuestro estudio, muestra una distribución similar a la nacional.

Bibliografía:

Pedro L. Pancorbo-Hidalgo, Francisco P. García-Fernández, Joan-Enric Torra i Bou, José Verdú Soriano y J. Javier Soldevilla-Agreda. Epidemiología de las úlceras por presión en España en 2013. 4º Estudio nacional de prevalencia. Gerokomos. 2014;25(4):162-170

Disponible en: <http://gneaupp-1fb3.kxcdn.com/wp-content/uploads/2015/02/4%C2%BA-Estudio-Nacional-de-Prevalencia-UPP-2013.pdf>

P50

Título:

ABORDAJE TERAPÉUTICO DE HERIDAS INFECTADAS EN ATENCIÓN PRIMARIA

Autor/es:

María José Valverde Soto, Pedro Luis Rubio Martínez, Silvia Martínez Escoriza, Isabel Martínez Sánchez y Fulgencio Pelegrín Sastre

Introducción:

Las heridas se han establecido como un elemento clave en la práctica diaria de los profesionales sanitarios, siendo especialmente relevantes los datos sobre su incidencia y prevalencia en el ámbito de la Atención Primaria (AP).

El abordaje terapéutico de este tipo de lesiones resulta significativo para los profesionales de Enfermería que, día a día, se enfrentan a múltiples circunstancias relacionadas con las heridas. La infección de éstas se convierte en una de las situaciones que mayor impacto tiene tanto para el paciente, desde un punto de vista personal, como para el Sistema Sanitario, desde el punto de vista socioeconómico.

Objetivos:

Elaborar un algoritmo de actuación en el que se refleje el abordaje terapéutico más adecuado para las heridas infectadas que puedan atenderse en el ámbito de la AP.

Metodología:

Desarrollamos una revisión sistemática con el fin de valorar el estado actual de conocimiento empírico en el campo de las heridas infectadas tratadas en AP. Para ello centramos nuestra atención en el análisis de las principales guías de práctica clínica nacionales e internacionales publicadas en los últimos quince años, utilizando bases de datos relevantes como son Medline, LILACS, la Biblioteca Alhambra del GNEAUPP, y la biblioteca de la EWMA.

En función a los resultados obtenidos se elabora un algoritmo de actuación que muestra los pasos a seguir ante una herida infectada.

Resultados:

La revisión sistemática muestra la existencia de heterogeneidad metodológica, hecho que justifica la necesidad de estandarizar determinados criterios básicos para el abordaje terapéutico de este tipo de lesiones.

A pesar de hallazgos contradictorios, todos los documentos revisados tienen en común el hecho de considerar que una infección sin control dará lugar en el paciente a situaciones especialmente graves que pueden llevarlo, incluso, a la muerte.

Finalmente, la revisión realizada ha permitido desarrollar un algoritmo básico en base a los criterios de actuación que han demostrado tener un mayor nivel de evidencia científica.

Discusión:

Las importantes repercusiones que el mal control de una herida infectada pueden tener sobre el paciente justifican la necesidad de generar un marco de referencia que permita a los profesionales de AP elegir el abordaje terapéutico más adecuado para cada situación.

Resulta imprescindible que se unifiquen los criterios sobre el procedimiento a seguir ante una herida infectada, así como aportar la información necesaria que facilite la toma de decisiones de los profesionales de Enfermería, y evite la variabilidad de la práctica clínica.

Bibliografía:

1. Ballesta L. FJ, Blanes C. FV, Castells M. M, Domingo P. M, Fernández M. MÁ, Gómez R. F. Guía de Actuación de Enfermería Manual de Procedimientos Generales. 2007. 310 p.
2. Casadama N, Ibáñez N, Rueda J, Torra JE. Guía Práctica de la Utilización de Antisépticos en el Cuidado de Heridas, ¿Dónde?, ¿cuándo?, y ¿por qué?. BARCELONA: Laboratorios SALVAT, 2002.
3. Consenso internacional. La importancia del tratamiento de heridas eficiente. Wounds Int. 2013.
4. European Wound Management Association (EWMA). Position Document: Management of wound infection. 2006;19.
5. European Wound Management Association (EWMA). Tratamiento de la infección en heridas. Ewma.
6. Fernández de Maya J. Variabilidad de la práctica clínica en enfermería, una revisión integradora. Acta Paul Enferm. 2012;25(5):809–16.
7. Moffatt C, Lindholm C. Heridas de difícil cicatrización : un enfoque integral. 2008;3–8.
8. Moffatt C, Flanagan M. Preparación del lecho de la herida en la práctica. Doc posicionamiento GNEAUPP. 2013;20.
9. World Union of Wound Healing Societies (Wuwhs). Principios de las mejores prácticas: La infección de las heridas en la práctica clínica. Consenso internaciona. 2008;12. Available from: www.mepltd.co.uk

P51

Título:

PRESCRIPCIÓN DE EJERCICIO FÍSICO EN LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Autor/es:

Concepción Navarro Navarro, Francisco Olid Martínez, Cristina Martínez Galera, Sara Pérez Lomas, Jose Javier Jiménez Gallego y Ana Isabel Béjar López

Introducción:

La práctica de ejercicio físico es un pilar fundamental en la salud de la población, este influye en la prevención de enfermedades así como en el trascurso de las mismas.

Por ello es importante que la enfermera de atención primaria se forme en esta materia para asignar un papel relevante a la práctica de ejercicio en su consulta.

Objetivos:

Establecer la importancia de la enfermera como promotora de la práctica de ejercicio físico.

Demostrar que la práctica de ejercicio físico regular actúa como factor beneficioso en la salud poblacional.

Conocer el impacto de realizar ejercicio físico de manera regular en población con alguna patología crónica prevalente (HTA, Diabetes y estrés).

Metodología:

El método de estudio ha sido una revisión bibliográfica utilizando la base de datos MedLine, CINAHL y Cuiden. Una vez establecida la lista de estudios de investigación, se procedió al análisis de los temas que surgían en los mismos. Se seleccionaron aquellos escritos que mejor encajaban en los criterios de inclusión de la revisión llevada a cabo. Para tal fin se establecieron dos pautas: 1) que los artículos seleccionados estuvieran en estrecha relación con los objetivos del estudio; 2) que los artículos de impacto no tuvieran una antigüedad mayor de cinco años.

Resultados:

La práctica de deporte de manera regular, disminuye las cifras de tensión arterial en pacientes con HTA, mejorando así el manejo de la enfermedad.

Respecto a los diabéticos, reduce las necesidades diarias de insulina o disminuye la dosis de antidiabéticos orales.

Además, la práctica deportiva libera endorfinas, factor que aumenta la sensación de bienestar disminuyendo el estrés y la depresión.

Discusión:

Los resultados expuestos demuestran que un programa de ejercicio físico ambulatorio tiene efectos favorables y beneficiosos al organismo, y que conducen a los pacientes con enfermedades crónicas a llevar su vida más sana y saludable.

Aunque sabemos que hay parámetros comunes que se deben cumplir para que el ejercicio resulte beneficioso (regularidad, esfuerzo moderado y duración mínima de 45 minutos), es cierto que esta práctica debe adecuarse de manera individual a las características de la persona que lo ejecute.

Actualmente en la enfermería hay desconocimiento de todos los efectos beneficiosos que supone la práctica de ejercicio físico; por ello, es la enfermera, como agente influyente en la salud, la que debe formarse e integrar esta práctica como parte fundamental en la consulta de atención primaria.

Bibliografía:

- Gojanovic B. [Physical activity, exercise and arterial hypertension]. Rev Med Suisse. 2015 Jul 15;11(481):1426-30, 1432-3. Review. French. PubMed PMID: 26398971.
- Steurer J. [Endurance training and walking improve blood glucose metabolism in type 2 diabetes mellitus]. Praxis (Bern 1994). 2015 Oct 14;104(21):1157. doi: 10.1024/1661-8157/a002143. German. PubMed PMID: 26463908.
- Dinas PC, Koutedakis Y, Flouris AD. Effects of exercise and physical activity on depression. Ir J Med Sci. 2011 Jun;180(2):319-25. doi: 10.1007/s11845-010-0633-9. Epub 2010 Nov 14. Review. PubMed PMID: 21076975.
- Franco-Martín M, Parra-Vidales E, González-Palau F, Bernate-Navarro M, Solis A. [The influence of physical exercise in the prevention of cognitive deterioration in the elderly: a systematic review]. Rev Neurol. 2013 Jun 1;56(11):545-54. Review. Spanish. PubMed PMID: 23703056.
- Cristi-Montero C. [Is it enough to recommend to patients take a walk? Importance of the cadence]. Nutr Hosp. 2013 Jul-Aug;28(4):1018-21. doi: 10.3305/nh.2013.28.4.6543. Review. Spanish. PubMed PMID: 23889616.
- Busch A, Webber S, Brachaniec M, Bidonde J, Bello-Haas V, Schachter C, et al. Exercise therapy for fibromyalgia. Current Pain & Headache Reports [serial on the Internet]. (2011, Oct), [cited February 4, 2016]; 15(5): 358-367 10p. Available from: CINAHL Complete.

P52

Título:

HABITOS DE VIDA SALUDABLES: ¿PREDICAMOS CON EL EJEMPLO DESDE ATENCIÓN PRIMARIA?

Autor/es:

Natalia Sirvent Muñoz, Maria de los Ángeles Durá Berenguer y Maria Isabel López Vázquez

Introducción:

Los hábitos de vida saludables de los profesionales sanitarios sirven de modelo para los pacientes y ayudan a concienciar sobre la importancia de mantener una óptima salud.

Objetivos:

Objetivo: describir los hábitos de vida del personal de un Centro de Salud Urbano.

Metodología:

Estudio descriptivo transversal. Sujetos a estudio: personal que trabaja en un Centro de Salud Urbano. Variables a estudio recogidas mediante cuestionario autoadministrado: peso, talla, vacunación correcta para Hepatitis B, Tétanos, Difteria y Gripe, tabaco, actividad física, consumo de sal, consumo de frutas y verduras, consumo de bebidas alcohólicas, consumo de comida rápida y alimentos industriales y consumo de agua.

Resultados:

Participación: 93% (28 personas). El 57% de los participantes se encuentra en normopeso según la OMS, un 25% tiene sobrepeso y un 9,3% presenta obesidad grado I. De los 28 participantes, 11 tienen actualizado el calendario vacunal para hepatitis B, Tétanos- Difteria y Gripe anual. El 50% se ha vacunado de la gripe esta campaña 2015-2016. El 42% de los sujetos realiza 5 comidas al día. El 78% suele comer con poca sal. El 68% reconoce comer de 2 a 4 raciones de fruta o verdura a diario. Un 43% admite consumir comida rápida o bollería industrial 1 o 2 veces por semana. Un 85% reconoce beber muy esporádicamente o los fines de semana. El 82% no fuman nunca y sólo 2 personas fuman de manera habitual. EL 25% realiza más de 3 horas de actividad física semanal y un 40% realiza menos de 1 hora semanal.

Discusión:

Más de la mitad de los sujetos estudiados presenta hábitos de vida y alimentación saludables. Sería interesante incentivar el consumo de frutas y verduras diarias, la realización de más horas de actividad física semanal y la actualización de estado vacunal, sobretodo de gripe estacional, para poder servir de ejemplo a nuestros pacientes.

Bibliografía:

1. Organización Mundial de la Salud. Estrategia Mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. [Internet] Ginebra. Suiza; 2004. [Citado 12 Enero 2016] Disponible en: <http://www.who.int/publications/list/9241592222/es/>
2. Pastor Villalba, Eliseo; et al. La vacunación en el adulto. La importancia de la prevención continua. [Internet] 1ª Ed. Valencia: Conselleria de Sanitat; 2010. [Citado 12 Enero 2016] Disponible en: <http://publicaciones.san.gva.es/publicaciones/documentos/V.4470-2010.pdf>
3. Córdoba, R; et al. Recomendaciones sobre el estilo de vida. Atención Primaria [Internet]. 2012 [Citado 12 Enero 2016]; 46 (Supl 4):16-23 Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656712700112>

P53

Título:

RESULTADO DE LA ACTIVIDAD COMUNITARIA: “VAMOS A LA PLAYA, PROTEGIÉNDONOS DEL SOL”

Autor/es:

María Vanesa Gas Barcelona

Introducción:

El calor es un peligro para la salud. Para funcionar con normalidad nuestro cuerpo necesita mantener invariable la temperatura en su interior en torno a los 37°C, a partir de 38,5°C de temperatura central se pueden producir daños a la salud y de 40,5°C la muerte.¹

El melanoma está directamente relacionado con la exposición solar, durante largos períodos de tiempo y también con exposiciones intermitentes e intensas que causan quemaduras; se trata de un tipo de cáncer en el que lo más importante es la prevención evitando que los rayos solares dañen la piel.²

Objetivos:

-GENERAL: Evaluar la efectividad de una intervención comunitaria sobre prevención de los efectos perjudiciales del sol en población de Campello.

-ESPECIFICOS: Evaluar el conocimiento previo sobre los efectos nocivos del sol y su prevención
Evaluar si existen diferencias en la puntuación obtenida en el cuestionario antes y después de la intervención.

Valorar el grado de satisfacción de los asistentes.

Metodología:

Estudio de intervención educativa cuasiexperimental antes-después.

Población: Pacientes participantes en el grupo de ejercicio “Pacientes con marcha” del consultorio auxiliar Muchavista. Tamaño muestral 15 personas.

Ámbito: Biblioteca Centro Salud El Campello

Intervención: Taller de 30 minutos con técnica expositiva apoyada por medios audiovisuales sobre los efectos nocivos de la exposición solar como el golpe de calor y el melanoma y cómo prevenirlos. A los asistentes se les pasó un cuestionario pre y post, codificado y anónimo con 10 preguntas de dificultad baja-media; en el post se incluyen cuatro preguntas para valorar la actividad con puntuación de 0 a 10. Tras la cumplimentación se realizó una corrección del cuestionario y aclaración de dudas.

Variables: Cuantitativa: notas obtenida en el cuestionario; edad; valoración de cuestionario de satisfacción y cualitativas: cuestionario pre y post, sexo.

Análisis de datos: La valoración de si existen diferencias entre las medianas de las notas obtenidas en los cuestionarios pre y post se realiza con el test Wilcoxon al tratarse de datos apareados y de una muestra pequeña con un nivel de confianza 95%.

Resultados:

Con una $Z=2,84$ y una $p=0,004$ aceptamos que sí existen diferencias significativas entre las medianas de los cuestionarios pre y post.

Mediana edad: 69,5 [49-75]

Discusión:

Este tipo de actividades demuestran que son bien acogidas y necesarias entre la comunidad. En los cuestionarios se han obtenido igual o mejor puntuación y una valoración alta de satisfacción de los asistentes.

Bibliografía:

1. Protocolo para el trabajo en épocas de altas temperaturas. Generalitat Valenciana. Institut Valencià de Seguretat i Salut en el Treball. 2012
2. Guía de Prevención y tratamiento del melanoma. Generalitat Valenciana. Consellería Sanitat. 2006

P54

Título:

EDUCACION ENFERMERA EN TERAPIA INHALATORIA

Autor/es:

Ana Belén Sánchez García, M^a José Fernández García, M^a Dolores Mesa Martínez, Carmen Gil Ros, Cristina Amor Muñoz Guerrero y M^a Isabel Romero Gil

Introducción:

La vía inhalatoria es de elección para la administración de fármacos en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica y asma, patologías frecuentes en un 70% de los pacientes incluidos en atención primaria. Siendo una de las que más problemas plantean por la dificultad en la correcta utilización de la terapia inhalatoria. El conocimiento de enfermería puede contribuir a paliar el déficit de conocimientos en este grupo de población, siendo imprescindible la educación sanitaria enfermera.

Objetivos:

Evaluar el nivel de conocimientos y actitudes teóricos y prácticos, en la población anciana incluida en los programas de atención comunitaria, que utilizan terapia inhalatoria, en cualquiera de las modalidades de aerosoles presurizados comercializados. Para ello se tendrá como referencia, el método de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía torácica.

Metodología:

Se evaluó a todos pacientes incluidos en los programas de atención de enfermería en atención primaria en siete centros de salud del área VII de la Región de Murcia, durante un periodo de seis meses, incluyendo a todo paciente con terapia inhalatoria desde el 1 de julio al 30 de diciembre de 20015. En los criterios de exclusión se consideró a todos los pacientes con deterioro cognitivo y demencia. Obteniendo un muestra total de 185 pacientes.

Se utilizó el sistema informático OMI-AP, que recoge la valoración de conocimientos teórico prácticos, lo que viene reflejado en una encuesta de valoración de conocimientos en terapia inhalatoria. Además se tuvieron en consideración otros aspectos recogidos en la historia clínica del paciente.

Resultados:

Los errores más comunes observados en la realización de la técnica inhalatoria fueron:

- No agitar el inhalador previo al uso, en un 76%
- No ajustar bien la boquilla, un 69% .
- Esperar más de 5 segundos antes de inspirar, un 74%
- Apretar 2 veces el dispositivo antes de inspirar, un 56%.

-No limpiar el dispositivo adecuadamente, un 86%.

-No aguantar la respiración después de la inhalación, un 79%.

Discusión:

Tras el estudio realizado se evidencia la necesidad de reforzar la educación de enfermería con programas especializados en ampliar los conocimientos y habilidades de estos pacientes, para optimizar el uso del inhalador, controlar que los dispositivos cumplan con los requisitos de calidad que aseguren un buen depósito a nivel pulmonar, coordinación entre distintos niveles asistenciales y, además, reeducar y evaluar técnica y conocimientos teórico prácticos del uso de la terapia inhalatoria.

Bibliografía:

Goodwin R, Heraghty J. Do healthcare professionals understand asthma devices?. Arch Dis Child Educ Pract Ed. 2015;100(6):302-5.

Giner J, Roura P, Hernández C, Torrejón M, Peiró M, Fernández MJ, et al. Knowledge and Attitudes of Nurses in Spain about Inhaled Therapy: Results of a National Survey. J Aerosol Med Pulm Drug Deliv. 2015

Crane MA, Jenkins CR, Goeman DP, Douglass JA. Inhaler device technique can be improved in older adults through tailored education: findings from a randomised controlled trial. NPJ Prim Care Respir Med. 2014; 24:14034.

De Tratto K, Gomez C, Ryan CJ, Bracken N, Steffen A, Corbridge SJ. Nurses' knowledge of inhaler technique in the inpatient hospital setting. Clin Nurse Spec. 2014;28(3):156-60.

Tan JY, Chen JX, Liu XL, Zhang Q, Zhang M, Mei LJ, Lin R. A meta-analysis on the impact of disease-specific education programs on health outcomes for patients with chronic obstructive pulmonary disease. Geriatr Nurs. 2012 ;33(4):280-96.

Pearce L. How to teach inhaler technique. Nurs Times. 2011;107(8):16-7.

Choi JY, Cho Chung HI. Effect of an individualised education programme on asthma control, inhaler use skill, asthma knowledge and health-related quality of life among poorly compliant Korean adult patients with asthma. J Clin Nurs. 2011 ;20(1-2):119-26.

P55

Título:

FIBROMIALGIA: ESTUDIO DESCRIPTIVO EN ATENCION PRIMARIA

Autor/es:

Ana María Martínez Lax, Milagros Sánchez García, María Roca Meseguer, María del Mar Pérez Galindo, María López Ortín y María Carrión Fernández

Introducción:

La fibromialgia es una enfermedad crónica incapacitante de etiología desconocida cuyo principal síntoma es el dolor generalizado. Supone un emergente problema de salud, con una prevalencia entre el 3 y el 6% de la población mundial, más frecuente en mujeres.

A pesar de que su aparición en el mercado de los diagnósticos es relativamente reciente, su utilización en el ámbito clínico ha aumentado, sobre todo desde finales de los años noventa, considerándose una enfermedad que, para algunos autores, está llegando a proporciones epidémicas.

Objetivos:

- Describir las características sociodemográficas y la atención prestada a la población afectada de FM en una zona básica de salud.
- Describir la variedad de especialistas facultativos que realizan el diagnóstico de fibromialgia, los tratamientos y la frecuencia de las visitas de estas pacientes al centro de atención primaria.
- Verificar la existencia de intervenciones de enfermería en esta población.

Metodología:

Se realizó un estudio descriptivo, observacional y retrospectivo, mediante revisión de las historias clínicas informatizadas de las pacientes con fibromialgia en una zona de salud.

Se recogieron los datos sociodemográficos como la edad y el sexo, así como datos de la atención prestada a estas pacientes.

Antes de proceder a la revisión de las historias clínicas el estudio fue aprobado por la Unidad de Docencia e Investigación y a la Dirección del Área de Salud correspondiente

Resultados:

Como resultado se obtuvo una población de 30 mujeres de edades entre 31 y 74 años.

El total de las diagnosticadas eran mujeres, el especialista que más realizó el diagnóstico fue el reumatólogo con un 63.3%, el año en el que se comenzó a usar el diagnóstico fue el 2003 y a partir de ahí su uso ha ido aumentando con el paso de los años hasta la actualidad. El

tratamiento fue en un 70% de los casos farmacológico. Un 40% de las pacientes acudían más de una vez al año al centro y los planes de cuidados de enfermería se cifraron en un 6,6%.

Discusión:

La fibromialgia es predominante entre las mujeres, aunque la enfermedad también puede afectar a los hombres. Así ocurre también en nuestra zona de salud, pero es necesaria más investigación para encontrar las causas de la predominancia femenina.

El tratamiento por excelencia del que hay registro en estas historias es el farmacológico y encontramos un porcentaje muy bajo de referencia a cualquier tipo de educación sanitaria, o recomendaciones como la realización de ejercicio físico, una alimentación equilibrada o el abandono de hábitos tóxicos.

Bibliografía:

1. Sedó R, Ancochea J. "Una reflexión sobre la fibromialgia", Atención Primaria. 2002; 29: 562-564.
2. Ceraso O. Clase dictadas en Curso especialistas en medicina del dolor. Buenos Aires: Facultad de Medicina; Instituto Universitario de Ciencias de la Salud, Fundación HA Barceló; 2010.
3. Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, Bennett RM, Bombardier C, Goldenberg DL, et al. "The American College of Rheumatology. Criteria for the classification of fibromyalgia". Report of the Multicenter Criteria Committee. Arthritis Rheum 2011; 33(2): 160-172.
4. Ruiz Cantero MT, Verdú Delgado M. "Sesgo de género en el esfuerzo terapéutico". Gac Sa nit. [revista en Internet] 2004; 18 (Supl 1):118-25. [acceso el 21 de diciembre de 2014]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/gsv18s1/03sesgo.pdf>
5. Marín López J. (coord), Protocolo de atención a pacientes con fibromialgia. Murcia. Consejería de sanidad y consumo de la comunidad autónoma de la Región de Murcia. Servicio Murciano de Salud. 2010.

P56

Título:

**ATENCIÓN AL PACIENTE ESQUIZOFRÉNICO EN LA CONSULTA PROGRAMADA DE ENFERMERÍA
CASO CLÍNICO**

Autor/es:

Ana Palma Sánchez, Rosario María López Sánchez, Iván Aleixandre Ángel García, Manuel Aguilar Zapata, Evelin Pérez Pérez y Verónica Piña Cárceles

Introducción:

La esquizofrenia se ha asociado con una alta tasa de comorbilidad física y mortalidad. Se ha demostrado que la mitad de los pacientes esquizofrénicos presentan al menos una patología física o psiquiátrica comórbida. Entre estas enfermedades se encuentran las cardiovasculares, metabólicas o endocrinas.

Objetivos:

Describir el Proceso de Atención de Enfermería en una consulta programada de un paciente esquizofrénico, enumerar los diagnósticos de enfermería alterados, señalar un diagnóstico diferencial y enumerar los objetivos e intervenciones realizadas.

Metodología:

Coincidiendo con la administración de la medicación antipsicótica a nuestro paciente, procedemos a realizar una revisión en la que incluimos la toma de la tensión arterial, el peso, perímetro abdominal y glucemia capilar, ya que nuestro paciente es diabético, hipertenso y dislipémico. Nuestro paciente presenta regular aspecto general y un aseo personal deficiente. Le preguntamos si ha tomado correctamente el tratamiento prescrito por su médico de familia y éste nos responde que lleva varios días sin tomar la medicación. Tampoco sale a caminar ni realiza ningún tipo de actividad como se le indica en la consulta. Además nos comenta que está fumando más de lo habitual.

Resultados:

Los resultados obtenidos son:

- Tensión arterial: 152/83 mmHg.
- Peso: 88,100 kg.
- Perímetro abdominal: 130 cm.
- Glucemia capilar basal: 305 mg/dl.

Mediante la revisión de la taxonomía NANDA, señalamos como diagnósticos de enfermería: "Incumplimiento del régimen terapéutico", "Mantenimiento ineficaz de la propia salud", "Afrontamiento ineficaz", "Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud" y "Descuido

personal". Destacamos como diagnóstico principal "Incumplimiento del régimen terapéutico", al que le atribuimos los siguientes criterios de resultado: "Conducta de cumplimiento: medicación prescrita", "Conducta de adhesión: dieta saludable", "Conducta de fomento de la salud", "Conocimiento: control de la diabetes", "Detección del riesgo" y "Nivel de glucemia". Como intervenciones podemos destacar "Acuerdo con el paciente", "Apoyo emocional", "Asesoramiento", "Colaboración con el médico", "Educación sanitaria", "Enseñanza: medicamentos prescritos", "Escucha activa", "Facilitar el aprendizaje", "Manejo de la hiperglucemia" y "Manejo de la medicación".

Discusión:

El autocontrol terapéutico de un paciente esquizofrénico conlleva dificultades debido las manifestaciones psicopatológicas de la enfermedad, en las que se incluyen la alteración del pensamiento, percepción, emociones y conducta. Consideramos fundamental abordar al paciente con este tipo de trastornos por las futuras complicaciones que se derivan del incumplimiento del régimen terapéutico, tales como hiperglucemia, obesidad o hipertensión.

Bibliografía:

Interrelaciones NANDA, NIC, NOC. Madrid: Elsevier España; 2006.

Nunes, D. et al. Estado nutricional, ingesta alimentaria y riesgo de enfermedad cardiovascular en individuos con esquizofrenia en el sur de Brasil: estudio de casos – controles. Rev Psiquiatr Salud Ment [Internet]. 2014 [Citado 02 Feb 2016]; 7 (2): 72-79. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pidet_articulo=90303608&pidet_usuario=0&pcontactid=&pidet_revista=286&ty=47&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=286v07n02a90303608pdf001.pdf

Sáiz Ruíz. J. et al. Consenso sobre la salud física del paciente con esquizofrenia de las Sociedades Españolas de Psiquiatría y de Psiquiatría Biológica. Actas Esp Psiquiatr [Internet]. 2008 [citado 02 Feb 2016]; 36 (5): 251-264. Disponible en: http://www.unioviado.es/psiquiatria/publicaciones/documentos/2008/2008_Saiz_Consenso.pdf

P57

Título:

**SATISFACCIÓN DE LAS MUJERES EN EL PUERPERIO POR LA ATENCIÓN RECIBIDA EN
ATENCIÓN PRIMARIA**

Autor/es:

Guadalupe De Gracia Gómez, Verónica Pérez Muñoz, Gema Vigueras Bernal, Maria Villaverde López Dominguez, Maria Dolores Puerta Ordoñez y Maria del Carmen Anguita Rubio

Introducción:

Es fundamental conocer las necesidades y expectativas de la mujer durante el proceso del puerperio, puesto que la satisfacción percibida con la atención durante el puerperio permite identificar áreas de mejora en nuestra atención sanitaria diaria así como incrementar la vivencia positiva global de este proceso en la vida de las mujeres, sus parejas y sus familias.

Objetivos:

Conocer los factores relacionados con la satisfacción de las mujeres durante el puerperio con el fin de aumentar la calidad asistencial en atención primaria.

Metodología:

Investigación cualitativa. Se realizó una búsqueda bibliográfica en Enero de 2016

La revisión de la evidencia científica se realizó fundamentalmente en las bases de datos: Medline, PubMed, Scielo, Cochrane, Elsevier y el Ministerio de Salud.

También se revisaron otros documentos como manuales, libros especializados, revistas especializadas.

Se seleccionaron aquellos documentos que informasen sobre los aspectos formales que debía contener una revisión, la lectura crítica de documentos, las etapas de realización de una revisión bibliográfica o la elaboración de mapas mentales o mapas conceptuales.

Resultados:

Diversos estudios muestran como la sensación de control de la puérpera, las expectativas ante el proceso del puerperio, el apoyo continuo de los profesionales y la participación de la mujer en la toma de decisiones, influyen en la satisfacción con la atención recibida.

Además, diferentes autores refieren que la comunicación con los profesionales sanitarios y los conocimientos adquiridos durante el seguimiento, son aspectos muy importantes en cuanto a su influencia en la satisfacción.

Según estudios realizados, la visita puerperal domiciliaria respecto a la visita puerperal efectuada en el centro de salud, se asoció a un mayor grado de satisfacción percibida por la madre en todas las áreas estudiadas.

Además de la visita puerperal domiciliaria, se han detectado otros factores asociados de manera independiente a un alto grado de satisfacción percibido por las madres, como el haber recibido la primera visita puerperal dentro de los primeros 10 días posparto o la asistencia a talleres posparto. Estos datos refuerzan la necesidad de realizar la visita puerperal de manera precoz.

Discusión:

Para las madres y recién nacido de bajo riesgo, las visitas domiciliarias en el cuarto día posparto son satisfactorias, seguras y eficaces, y ofrecen a la madre herramientas y habilidades de autocuidado materno y del RN. Comparada con la visita puerperal en el centro de salud, la visita puerperal domiciliaria se asocia a un mayor grado de satisfacción y de adquisición de conocimientos de la madre.

Bibliografía:

1. Furnieles-Paterna E, Hoyuelos-Cámara H, Montiano-Ruiz I, Peñalver-Julve N , Fitera-Lamas L. Estudio comparativo y aleatorizado de la visita puerperal en el domicilio de la madre y en el centro de salud. *Matronas Prof.* 2011; 12(3): 65-73
2. Mas Pons R, Barona Vilar C, Carreguí Vilar S, Ibáñez Gil N, Margaix Contestad L, Escribá Agüir V. Satisfacción de las mujeres con la experiencia de parto: validación de la Mackey Satisfaction Childbirth Rating Scale. *Gac Sanit.* 2012; 26(3): 236-42
3. Goberna Tricas J. Autonomía, heterotomía y vulnerabilidad en el proceso de parto. *ENE Revista de enfermería* 2012 Abril 6 (1): 71-8.

P58

Título:

DIABETES EN EL NIÑO, EDUCANDO DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

Autor/es:

María Del Carmen Anguita Rubio, María Dolores Puerta Ordóñez, Guadalupe De Gracia Gomez, Verónica Pérez Muñoz y Gema Vigueras Bernal

Introducción:

Nadie dudaría hoy del golpe que supone para una persona el diagnóstico de una enfermedad crónica. Pero cuando además estamos hablando de niños, el impacto es aún mayor y la manera de enfrentarse a esta enfermedad depende de la edad de aparición de esta en el niño.

Objetivos:

Conocer qué ocurre en líneas generales ante este diagnóstico a nivel psicológico y qué se puede hacer para suavizar sus efectos.

Metodología:

Para llevar a cabo la revisión de la literatura científica, se ha realizado una búsqueda retrospectiva en las siguientes bases de datos: Pubmed y "Cuiden Plus", utilizando como descriptores: diabetes, alimentación, pediatría.

La búsqueda se restringió a los idiomas inglés y español.

Con el objetivo de identificar la evidencia científica más reciente, se han seleccionado artículos científicos desde el año 2010 hasta 2015.

Resultados:

El efecto del diagnóstico es distinto cualitativa y cuantitativamente en función de la edad del niño; en la edad preescolar, no pueden entender en qué consiste la diabetes, perciben que sus padres sufren a causa de algo que tiene que ver con él, sintiéndose culpables y entendiendo el tratamiento como un castigo; en la edad escolar, se produce el primer contacto con las consecuencias sociales de la diabetes, se acostumbran rápido a la terapia, mostrando mucho interés en aprender nuevos conocimientos y habilidades; en la adolescencia, les hace sentirse diferentes a los demás en una época en que lo que más desean es ser aceptados por otros, se produce una afectación de la autoestima y pueden ocultar su enfermedad a otros. Se ven obligados a ajustar su ritmo de vida y rechazar hábitos y actividades inadecuadas que otros adolescentes realizan y a combinar actividades propias de la edad con un tratamiento adecuado de la enfermedad.

Discusión:

Nuestras acciones dependerán de la edad y grado de madurez. Hemos de intentar que la enfermedad y su tratamiento formen parte de la vida cotidiana del niño, diferenciando su

identidad como personas de la enfermedad y haciéndoles ver que se les valora independientemente del estado de su enfermedad.

Bibliografía:

1. Gómez Llorente, G. Recomendaciones a niños y jóvenes con diabetes tipo 1. 2013.
2. Ledón L. Impacto psicosocial de la diabetes mellitus, experiencias, significados y respuestas a la enfermedad. Rev Cubana Endocrinol vol.23 no.1 Ciudad de la Habana ene.-abr. 2012.
3. Hanas R, Donaghue K, Klingensmith G, Swift PG; International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes. ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines 2006-2007. Pediatric Diabetes 2006; 7: 341-2.
4. Grey M, Whittemore R, Tamborlane W. Depression in type 1 diabetes in children: natural history and correlates. J Psychosom Res 2002; 53: 907-11.

P59

Título:

CONTROLAR EL DOLOR DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

Autor/es:

María Del Carmen Anguita Rubio, María Dolores Puerta Ordóñez, María Villaverde López Domínguez, Gema Viguera Bernal y Guadalupe De Gracia Gómez

Introducción:

La población geriátrica representa el grupo de mayor crecimiento, siendo la que mayor asistencia sanitaria precisa.

El dolor es un problema universal que tiene especial importancia y prevalencia en el anciano, ya que se asocia a enfermedades crónicas que aumentan con la edad.

Está presente en el transcurso de la vida del individuo, afecta a la calidad de vida de las personas afectadas y de quienes las cuidan, por lo que pueden provocar alteraciones psicoemocionales, sociales y económicas importantes. Siendo así, consecuencias del dolor: depresión causada por una disminución de la socialización, alteración del sueño, alteración de la deambulación, entre otras.

Objetivos:

Mejorar la calidad de vida de las personas mayores, mediante la educación sanitaria que vamos a ofrecer a los cuidadores principales, para controlar adecuadamente y prevenir el dolor en estos.

Metodología:

Se trata de un estudio prospectivo, desarrollado en el centro de salud. Se va a realizar en personas mayores que dispongan de cuidadores principales, los cuales una vez que el paciente acuda al centro de salud por dolor, se le pasara la escala del dolor y una vez realizada esta se le añadirán intervenciones de enfermería al paciente y al cuidador principal, para reducir y prevenir el dolor

Resultados:

Según la revisión bibliográfica podemos concluir que a pesar de la variabilidad de los estudios epidemiológicos, se constata que el dolor es un problema muy frecuente en todas las áreas. Posiblemente la presencia real de dolor en la población esta infra estimada. Los recursos para el abordaje del dolor son heterogéneos, con distintos modelos organizativos y dependencia funcional; con distinta dotación y capacitación de los profesionales, así como desigualdades en el acceso.

Tanto la valoración como el tratamiento del dolor presentan insuficiencias por factores dependientes de: los profesionales: actitud pasiva, pensamientos erróneos sobre el dolor, sus

consecuencias o sobre los tratamientos; falta de información o de investigación sólida en aspectos relacionados con la evaluación o el tratamiento del dolor. La organización sanitaria: ausencia de una taxonomía común y consensuada; falta de sistemas de registros adecuados o directrices y procedimientos comunes. Los pacientes: actitudes pasivas, pensamientos erróneos sobre el dolor, tratamientos o dificultades de comunicación.

Discusión:

En el seguimiento interdisciplinar del personal de enfermería, el paciente y paciente y sus cuidadores, al realizar el paso de las diferentes escalas y comprobar el grado de dolor que presentaban estos pacientes, se les enseña las diferentes intervenciones de enfermería y los diferentes cuidados para disminuir ese dolor que presentaban y poder prevenirlo en el futuro, por lo que esto mejora la calidad de vida de los pacientes, ya que el dolor ha disminuido en gran medida y ha podido ser prevenido en parte.

Bibliografía:

1. Franco M. L y Seoane de Lucas A. Características del dolor crónico en el anciano: tratamiento; Soc. Esp. Dolor 8: 29-38, 2009.
2. Muriel Villoria C. Dolor en el paciente anciano, reunión de expertos; Catedra extraordinaria del dolor Fundación Grünenthal de la Universidad de Salamanca, 2004
3. Guerra de Hoyos J.A, Fernández de la Mota E, Fernández Garcia E. Plan andaluz de personas con dolor, Junta de Andalucía- Conserjería de Salud, 2013.
4. Pavlotsky V. Escalas de evaluación del dolor y protocolo de analgesia en terapia intensiva; Clínica y Maternidad Suizo Argentina, 2012
5. Nanda internacional. Nanda Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificaciones, Elsevier España, 2005-2006.

P60

Título:

DISMINUIR EL DOLOR DEL NIÑO DEDE LA CONSULTA DE ENFERMERÍA

Autor/es:

María Villaverde López Dominguez, María del Carmen Anguita Rubio, Verónica Pérez Muñoz, Gema Viguerras Bernal y Guadalupe De Gracia Gomez

Introducción:

El juego adviene como un modo de comunicación y expresión. El jugar forma parte de la evolución psíquica del niño siempre al servicio del despliegue sistemático de todo tipo de fantasías. Cuando una fantasía se desarrolla en el juego, una enorme cuota de placer deviene como consecuencia. A través del juego el niño se expresa, elabora situaciones, crea, aprende y se alegra.

Los procedimientos y técnicas que llevamos a cabo los enfermeros en la consulta de atención primaria, constituyen una amenaza potencial para el niño así como un evento estresante y una fuente de ansiedad importante. La gran imaginación que caracteriza a los niños suele agravar su estado de ansiedad, distorsionando completamente la vivencia de las técnicas realizadas

Objetivos:

Disminuir el miedo ante la realización de las técnicas de enfermería en el niño.

Metodología:

Para llevar a cabo la revisión de la literatura científica, se ha realizado una búsqueda retrospectiva en las siguientes bases de datos: Pubmed y "Cuiden Plus", utilizando como descriptores: juego, miedo, pediatría.

La búsqueda se restringió a los idiomas inglés y español.

Con el objetivo de identificar la evidencia científica más reciente sobre el tema, se han seleccionado artículos científicos desde el año 2010 hasta el año 2015.

Resultados:

Una de las formas de reducir los temores del niño ante la técnica enfermera, es a través del juego, que es una actividad placentera, en donde el niño experimenta sentimientos de control y dominio que le permiten reducir ansiedades y enfrentar de forma más adecuada la situación. Se recomienda jugar a la interpretación de roles o dramatización, o sea, jugar a ser médicos o enfermeras, con manipulación progresiva de materiales médico-quirúrgicos, de juguete o de verdad; gasas, suero vendas, adaptándose a la edad y desarrollo del niño, así como a sus gustos e intereses, para que actúen como estímulos reforzadores de la conducta.

Discusión:

Llevando a cabo todas las técnicas y procedimientos mencionados anteriormente disminuiríamos en el niño sus temores frente a las curas y el personal sanitario.

Bibliografía:

1. Méndez F, Ortigosa JM, Pedroche S. Preparación a la hospitalización infantil (I): Afrontamiento del estrés. *Psicología Conductual*. 2006, vol. 4, no 2, p. 193-209.
2. Ortiz A. Ansiedad y miedos en niños ante la hospitalización. *Investigación, intervención, programas y técnicas*. Academia. 2010; 85(1):84-100.

P61

Título:

POSIBILIDADES DE MEJORA EN LA HISTORIA CLÍNICA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Autor/es:

Isidora Nuria Sanchez Valero y José Domingo Avilés Aranda

Introducción:

Existen estudios que señalan a la presencia de infra-registros en los sistemas de salud(1,2): ¿que factores relacionados podría tener asociados?, ¿que opinan los profesionales al respecto?

Objetivos:

Detectar posibles situaciones de mejora en el registro informático.

Recopilar propuestas de mejora en el registro a través de OMI-AP.

Metodología:

Este estudio tiene un enfoque mixto, en el que se intentan aunar un estudio descriptivo, observacional y transversal, con expresiones y percepciones de los casos a estudio. La recogida de datos se realizó a través de una encuesta, de creación propia, en formato papel y en un centro de salud, en Enero de 2016.

Resultados:

Se recogieron un total de 11 cuestionarios, de los cuales 5 pertenecen a profesionales de enfermería y 6 de medicina. Respecto a la formación en OMI-AP, el 73 % refiere tener una formación "básica" en el programa informático, 18% formación "avanzada" y un 9% indica no tener formación en el programa informático. Con respecto a la cuestión de si sabe registrar correctamente, 1 caso se identifica con el "No", 7 "parcialmente" y 3 con el "Sí". Con respecto a las trabas en el registro, 9 casos hacen referencia a tenerlas. Un 64% de los encuestados refiere haber percibido un incremento en la dificultad de registro en el programa de OMI-AP desde que comenzó a usarse, hasta ahora.

Discusión:

e ha detectado que la distribución de respuestas, con respecto a la cuestión de la capacidad de registro en OMI-AP, viene determinada fundamentalmente por la formación recibida en el manejo del programa informático, considerando los encuestados que han realizado mayor formación, tener una capacidad más adecuada de registro. Este dato puede estar apoyado por estudios (3,4). Las dificultades de registro que mayoritariamente se referencian en este estudio corresponden a aspectos ,por un lado, técnicos y por otro, organizativo que va en consonancia con lo que advierten otros estudios previos (5). Con respecto a las propuestas de mejora en el programa informático encontramos las siguientes: Caso 8, "Daría rapidez y

sencillez. Demasiadas pantallas para llegar a un episodio y poder registrar datos del paciente (en ocasiones no hay ni donde registrarlos)". Caso 6, "hacer plantillas con los ítems, todos en la misma pantalla, para la patología que quieres revisar".

Hay que facilitar la vía de registro en la HCE con programas sencillos y adecuados a la realidad asistencial, además de continuar con los ciclos de formación.

Bibliografía:

1. Quesada M, Prta N, Caula J, Masllorens G. ¿Ganamos o perdemos con la informatización? Atención Primaria. Elsevier; 2001;27:649–53.
2. Pedrera-Carbonell V, Gil-Guillén V, Orozco-Beltrán D, Prieto Erades I, Schwarz-Chavarri G, Moya-García MI. Validez de la historia clínica y sistemas de información en los estudios de actividad asistencial en atención primaria. Atención Primaria. Elsevier; 2005;36(10):550–7.
3. Lorenzoni L, Da Cas R, Aparo UL. The quality of abstracting medical information from the medical record: the impact of training programmes. Int J Qual Health Care. 1999;11:209-13.
4. Reyes-García Bermúdez E, Rodríguez Fajardo A, Thomas Carazo E, Raya Berral L, Morata J, Molina Díaz R. Calidad de registro en la historia clínica informatizada de Atención Primaria. Med Fam en Andalucía. 2012;13:126–35.
5. Córdoba R, Nebot M. Educación sanitaria del paciente en atención primaria. Med Clin (Barc). 2005;125(4):154–7.

P62

Título:

RECOMENDACIONES NUTRICIONALES PARA PACIENTES CON ANTICOAGULANTES ORALES

Autor/es:

Noelia Gutiérrez García, Carolina García Muñoz, Ana María Núñez López, Jesús del Águila Bello, Ricardo Luís Benítez de María y Esther Rodríguez-Peral Valiente.

Introducción:

Los anticoagulantes orales están indicados en la prevención de la enfermedad tromboembólica. De hecho, estos medicamentos hacen que la sangre tarde más tiempo en coagular, con el fin de evitar trombosis y/o embolia. Este efecto deriva de su acción antagónica a la vitamina K, sustancia que favorece la coagulación.

Los anticoagulantes orales interactúan con otros medicamentos y con plantas medicinales, incluso con su dieta, pudiendo aumentar o reducir la acción del anticoagulante que le ha indicado su médico.

El contenido en vitamina K de su dieta puede interferir en la eficacia del tratamiento. Esto es debido a que la función principal de esta vitamina es intervenir en la síntesis de factores de la coagulación como la protrombina, y a que los anticoagulantes ejercen efecto antagónico a la vitamina K. Existen numerosas interacciones con alimentos de origen vegetal, origen animal e interacciones con suplementos dietéticos o fitoterapia.

Objetivos:

el objetivo general es mejorar la calidad de los cuidados, aportando a los profesionales sanitarios conocimientos sobre las recomendaciones nutricionales para pacientes con anticoagulantes orales. Con esto pretendemos disminuir la variabilidad en los controles de los pacientes anticoagulados y mejorar los cuidados en la vida diaria de dichos pacientes.

Metodología:

Se trata de una Revisión bibliográfica con los descriptores de ciencia de la salud (DeCS): INR, vitamina K, Interacciones alimento, atención primaria de salud; (MeSH): INR, Vitamin K, Food Interactions, primary health care. Realizándose dicha búsqueda en bases de datos: Pubmed, Cuiden plus, Scopus, Cinalh, EBN online y se completó con búsqueda referencial y búsqueda intuitiva en Google Académico.

Resultados:

En total, la búsqueda arrojó 28 artículos de los cuales se ha contado con 17 para la revisión bibliográfica. Se excluyeron aquellos artículos que no se centraban en el objetivo del trabajo. En total, se descartaron 11 artículos.

Discusión:

Tras la revisión bibliográfica, comprobamos que existe numerosos alimentos que interaccionan con la vitamina K. Entre ellos tenemos alimentos de origen vegetal como las hortalizas y la verduras de hoja verde; Alimentos de origen animal, cuya principal excepción es el hígado. También existen interacciones con suplementos dietéticos o fitoterapia, de ahí la importancia de no olvidar comentarle a su médico todo lo que toma.

Bibliografía:

1. Efierra.com. Atención Primaria en la Red [sede Web]. La Coruña: efierra.com; 2008- [actualizada el 12 de agosto del 2008; acceso 4 de mayo del 2009]. Guías Clínicas [5 páginas]. Disponible en: <http://www.efierra.com/guias2/tao.asp>.
2. Interacciones de los anticoagulantes orales. INFAC 2002; 6 (10).

P63

Título:

FITOTERAPIA, COMO TERAPIA ALTERNATIVA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Autor/es:

Noelia Gutiérrez García, Carolina García Muñoz, Ana María Núñez López, Jesús del Águila Bello, Ricardo Luís Benítez de María y Esther Rodríguez-Peral Valiente.

Introducción:

Durante mucho tiempo, los remedios naturales, fueron el principal recurso que disponía la medicina para paliar las distintas dolencias. Esto hizo, que con el paso de los años se fuera profundizando en las propiedades medicinales que poseen las plantas y ampliar su experiencia en los productos que se extraen de ellas. Actualmente, por la gran cantidad de recursos químicos que tenemos en la sanidad para paliar las distintas enfermedades, nos olvidamos que los remedios a base de plantas medicinales presentan una inmensa ventaja respecto a tratamientos químicos.

En atención primaria, tanto los enfermeros como los médicos, tenemos la posibilidad de un mayor seguimiento del paciente. En muchas ocasiones, nos encontramos con pacientes a los que no les funciona ningún tratamiento y pensamos que tenemos que abrir nuestros conocimientos para poder ofrecer terapias alternativas, como la fitoterapia, para que junto a tratamientos convencionales ayuden a la mejora de la patología. La fitoterapia es el uso medicinal de las plantas.

Podemos encontrar fitoterapias para el aparato respiratorio, para el aparato digestivo, para deshabitación al tabaco, para el aparato circulatorio, etc.

Objetivos:

el objetivo general es mejorar la calidad de los cuidados, aportando a los profesionales sanitarios conocimientos de terapias alternativas, como la fitoterapia. Con esto pretendemos disminuir la variabilidad de la práctica clínica y promover la utilización de nuevos productos que puedan beneficiar a los pacientes.

Metodología:

Se trata de una Revisión bibliográfica con los descriptores de ciencia de la salud (DeCS): terapias complementarias, fitoterapia, atención primaria de salud; (MeSH): complementary therapies, phytotherapy, primary health care. Realizándose dicha búsqueda en bases de datos: Pubmed, Cuiden plus, Scopus, Cinahl, EBN online y se completó con búsqueda referencial y búsqueda intuitiva en Google Académico.

Resultados:

En total, la búsqueda arrojó 15 artículos de los cuales se ha contado con 5 para la revisión bibliográfica. Se excluyeron aquellos artículos que no se centraban en el objetivo del trabajo. En total, se descartaron 10 artículos.

Discusión:

Tras la revisión bibliográfica, comprobamos que existe numerosas plantas con efectos beneficiosos para la salud entre ellas destacamos: el olivo, con acción hipotensora; el ajo, que disminuye la agregación plaquetaria; Romero, con un uso externo cicatrizante; tomillo, con un uso externo antiséptico; etc. Estas terapias se podrían complementar a tratamientos convencionales, a sea como otro tratamientos o recomendaciones al paciente.

Bibliografía:

1. Vanaclocha B, Cañigüeral S, Fitoterapia. Vademecum de prescripción. 4º Edición. Madrid: MASSON.
2. Zambrana Álvarez Teresita. Beneficios de la fitoterapia. Rev Cubana Plant Med [revista en la Internet]. 2005 Ago [citado 2015 Sep 02] ; 10(2).

P64

Título:

EL IMPLANTE COCLEAR Y LA SORDERA EN LA FASE ADULTA: LAS PERSPECTIVAS DE LA COMUNICACIÓN Y PROCESO DE SELECCIÓN DESDE LA PERSPECTIVA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

Autor/es:

Andrea Saura Quimesó, Ana Pérez Quirante, Ana Jiménez Murcia, Cristobal Nicolás-Susarte Campillo, José Pellicer Maestre y Mauro Gambín Espuche

Introducción:

Un implante coclear es un pequeño dispositivo electrónico que ayuda a las personas a escuchar. Se puede utilizar para personas sordas o que tengan muchas dificultades auditivas. Según la organización mundial de la salud (OMS), se llama defecto de audición a la incapacidad de oír tan bien como una persona cuyo sentido del oído es normal. Los defectos de audición pueden estar causados por causas congénitas o adquiridas. La enfermera comunitaria como intermediario del paciente con el sistema sanitario juega un papel fundamental para la detección y selección, ya que es el Centro de Salud la principal puerta de entrada de estos pacientes.

Objetivos:

Valorar la sordera en la fase adulta y las perspectivas del implante coclear y las posibles actuaciones desde la perspectiva de la enfermera comunitaria.

Metodología:

Se trata de una investigación de estudio cualitativo. El estudio se realizó mediante entrevistas personalizadas a una muestra de 50 pacientes con sordera en la fase adulta.

Resultados:

Las especiales características de estos pacientes hacen aconsejable la formación de un equipo de enfermería, que esté entrenado específicamente en el conocimiento de estas patologías. Ya que la necesidad de comunicarse con otros para expresar emociones, necesidades, temores, o "sensaciones" en la medida en que fomenta las buenas relaciones del paciente, promueve el bienestar del mismo. Y es ahí donde la enfermería juega un papel fundamental.

Discusión:

Muchos investigadores destacan como un requisito importante para un buen resultado del implante coclear es la existencia de un soporte familiar adecuado, así como la propia motivación de la persona afectada. Igualmente destacan que la función de la enfermera en este ámbito consiste en asistir a la persona en aquellas actividades que contribuyen a su salud y a su independencia.

La barrera de comunicación es un desafío que la enfermería debe superar, en especial la enfermera comunitaria por su contacto en esferas más privadas del paciente.

P65

Título:

ENFERMERÍA ANTE EL CUIDADOR INFORMAL DE PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES

Autor/es:

María Millán Lario, Ana Belén Pagán Ródenas, José Carlos Caballero Sánchez de las Matas y M^a Paz Caballero Sánchez de las Matas

Introducción:

La esperanza de vida ha aumentado considerablemente y se puede observar como cada vez hay entre nuestra población más personas mayores con algún grado de dependencia. En muchos casos la tarea de cuidarles recae sobre una sola persona, que a su vez tiene necesidades que habitualmente se descuidan, apareciendo el denominado síndrome del cuidador.

Objetivos:

Los objetivos de este estudio son describir el perfil del cuidador informal en la actualidad, identificar cuáles son los problemas de salud más prevalentes en este colectivo, y describir la intervención de enfermería que se propone en la literatura consultada.

Metodología:

Se ha realizado una revisión bibliográfica, empleando las siguientes bases de datos: CUIDEN, IME biomedicina, Sciece Direct, Dialnet, Medline, CINAHL, y Cuidatge. Para recabar los datos que se muestran se han seleccionado los artículos científicos publicados en los últimos diez años en castellano.

Resultados:

El perfil actual del cuidador informal corresponde al de una mujer (hija o esposa) de 60 años, con un nivel socioeconómico bajo y que vive en el mismo domicilio que la persona dependiente. Los problemas de salud predominantes en este grupo poblacional son las afecciones osteomusculares, la ansiedad, la depresión, el estrés, la disminución del tiempo de ocio y el aislamiento social. Tras una adecuada valoración enfermera basada en la entrevista y la observación y complementada con las escalas de valoración pertinentes (Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit, Índice de esfuerzo del cuidador, entre otras); se propone una intervención enfermera basada en cuatro áreas: la información y educación sobre la enfermedad, el entrenamiento en el cuidado del enfermo, los recursos de apoyo disponibles y el cuidado de sí mismo.

Discusión:

Desde enfermería hay mucho que hacer entorno a los problemas de salud de los cuidadores informales, no sólo con información sanitaria y asesoramiento, también potenciando el autocuidado y el apoyo social. Todos los autores consultados coinciden en que cuidando al

cuidador aumentaremos su bienestar y calidad de vida, y así conseguiremos una mejora en la atención al anciano dependiente.

Bibliografía:

1. Instituto Nacional de Estadística. España en cifras 2014. 2014. p. 8–11.
2. Pérez Díaz J. El envejecimiento de la población española. *Investig Cienc.* 2010;34–42.
3. Abades Porcel M, Rayón Valpuesta E. El envejecimiento en España : ¿un reto o problema social? *Gerokomos.* 2012;23(4):151–5.
4. Gil García E, Escudero Carretero M, Prieto Rodríguez MÁ, Frías Osuna A. Vivencias, expectativas y demandas de cuidadoras informales de pacientes en procesos de enfermedad de larga duración. *Enfermería Clínica [Internet].* 2005;15(4):220–6. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1130862105711153>
5. Gálvis López CR, Pinzón Rocha ML, Romero González E. Comparación entre la habilidad de cuidado en cuidadores de personas en situación de dependencia. *Av Enfermería.* 2004;XXII(1):4–26.
6. Zabalegui Yarnoz A. Revisión de evidencias: cuidadores informales de personas mayores de 65 años. *Evidentia [Internet].* 2007;4(13). Disponible en: <http://0-www.index-f.com.almirez.ual.es/evidentia/n13/291articulo.php>
7. López Martínez J, Crespo López M. Guía para Cuidadores de Personas Mayores en el hogar. IMSERSO 2008.
8. Robledo Martín J, Martín-Crespo Blanco MC, Salamanca Castro AB. Trabajadoras latinoamericanas inmigrantes como cuidadoras de ancianos en domicilio. *Nure Investig.* 2008;33:1–19.
9. Catalán Edo MP, Garrote Mata AI. Revisión de los cuidados informales. Descubriendo al cuidador principal. *Nure Investig No 57.* 2012;(1):1–12.
10. Pinto Afanador N, Barrera Ortiz L, Sánchez Herrera B. Reflexiones Sobre El Cuidado A Partir Del Programa Cuidando a los Cuidadores. *AQUICHAN.* 2005;5(5):128–37.
11. De Haro Fernández F, Flores Antigüedad M de la L. Evaluación de las sesiones educativas a personas cuidadoras realizadas por Enfermería Gestora de Casos Hospitalaria. *Gerokomos.* 2012;23(4):156–61.
12. Delicado Useros MV, Candel Parra E, Alfaro Espín a., López Máñez M, García Borge C. Interacción de enfermería y cuidadoras informales de personas dependientes. *Atención Primaria [Internet].* Elsevier; 2004;33(4):193–9. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0212656704793932>
13. Vázquez Merino AM, Galloso Santana D, Sánchez Gualberto Á. Percepción de apoyo en cuidadores de pacientes legalmente dependientes. *NURE Inv.* 2012;(57):1–8.

P66

Título:

ENTREVISTA MOTIVACIONAL (EM) COMO INTERVENCIÓN ENFERMERA EN LA TERAPIA ASERTIVA COMUNITARIA PARA LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DEL PRIMER EPISODIO PSICÓTICO

Autor/es:

M^a Paz Caballero Sánchez de las Matas, José Carlos Caballero Sánchez de las Matas, María Millán Lario, Ana Belén Pagán Ródenas y Josefa García Madrid

Introducción:

En los pacientes con enfermedad mental que han sido diagnosticados de un primer brote psicótico, el abandono del tratamiento farmacológico y de las indicaciones terapéuticas es frecuente, debido a la nula conciencia de enfermedad o a los efectos indeseables asociados a los fármacos antipsicóticos quedando manifiesta la necesidad de entablar una relación terapéutica.

Este proyecto de investigación trata de probar si la inclusión precoz de los pacientes tras un primer brote psicótico mejoraría la adherencia al tratamiento mediante una intervención basada en la EM.

Objetivos:

OBJETIVOS GENERALES

- Evaluar si la EM dirigida a la adherencia al tratamiento farmacológico produce algún cambio en pacientes diagnosticados de primer episodio psicótico.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Evaluar el grado de cumplimiento terapéutico alcanzado por los pacientes tras la intervención basada en la EM.

- Comparar el grado de motivación a través del NOC "Motivación"

- Favorecer la cooperación y el cumplimiento del tratamiento farmacológico.

Metodología:

Estudio analítico experimental tipo ensayo clínico aleatorizado. Se formaran dos grupos:

- Grupo experimental: se le aplicará una intervención basada en la EM. Los pacientes de este grupo seguirán sus revisiones y tratamiento farmacológico.

- Un grupo control: seguirá sus revisiones y tratamiento farmacológico.

La intervención motivacional consistirá en la puesta en práctica de una intervención de diseño propio basadas en las técnicas de la EM de Rollnick y Miller de 1995.

La evaluación se llevará a cabo mediante las escalas de: adherencia al tratamiento (ROMI) y el NOC Motivación.

Las sesiones se realizarán en el domicilio del paciente de forma individualizada con el fin de establecer una relación terapéutica más eficaz.

Resultados:

Se medirá la adherencia al tratamiento farmacológico en el grupo experimental y el grupo control antes y después de realizar la EM. Se compararán los resultados obtenidos en ambos grupos.

Discusión:

Según otros estudios la EM es un método sencillo, útil y a nuestro alcance para mejorar la adherencia al tratamiento en numerosos casos, y tan sólo requiere interés y motivación.

Una vez obtenidos los resultados de nuestro estudio, cuando el paciente haya alcanzado la etapa de cambio de acción, se trabajará con el paciente desde la psicoeducación basada en el conocimiento de su enfermedad y medicación pautada, con el fin de reforzar la adherencia y evitar el abandono del tratamiento.

P67

Título:

¿ES CORRECTO EL SEGUIMIENTO A PACIENTES CON EPOC POR ENFERMERÍA ATENCIÓN PRIMARIA?

Autor/es:

Jose Javier Jimenez Gallego, Noelia M^a Palazón Candell, Ana Isabel Bejar López, Catalina Muñoz Gallego y M^a Soledad Mena Molina

Introducción:

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) se caracteriza esencialmente por una limitación crónica al flujo aéreo poco reversible y asociada principalmente al humo de tabaco. Es una enfermedad prevenible y tratable. Es una afectación crónica con una elevada prevalencia y un marcado infra diagnóstico, presenta altas tasas de morbilidad y mortalidad asociadas.

Objetivos:

Describir las características de la asistencia sanitaria prestada por enfermería en el seguimiento de pacientes diagnosticados de EPOC en un centro de salud urbano.

Metodología:

Ámbito: atención primaria.

Diseño: estudio descriptivo transversal.

Sujetos: Todas las personas con diagnóstico de EPOC en un centro de salud urbano.

Procedimiento para la obtención de datos: a través de la explotación de datos de la historia clínica electrónica

Resultados:

Existen 254 personas con diagnóstico de EPOC, un 30.31% son mujeres

Un 68,5 se les ha realizado consejo breve antitabaco.

Un 31,8 % tienen espirometría.

Tasa de vacunación antigripal de 55,5% y antineumocócica del 51,5%.

El protocolo de EPOC realizado al 11.8%

No habiéndose realizado plan de cuidados a estos pacientes

Discusión:

Actualmente la gestión de Atención Primaria de nuestra región no incluye un plan de cuidados de enfermería para los pacientes de EPOC.

Existe una escasa utilización de la espirometría.

La cobertura antigripal es de un 55.5%, es la indicada para población general, pero queda lejos del 90% recomendado en las GPC para esta patología

Los profesionales de enfermería tienen una importante relación con la realización de actividades relacionadas con la detección, control y seguimiento de pacientes con EPOC, en las cuales aún existe un notable margen de mejora.

Bibliografía:

1-Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre Atención Integral al paciente con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC). Desde la Atención Primaria a la Especializada. Sociedad Española de Medicina de Familia (semFYC) y Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR); 2010 Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Tratamiento de Pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC).

2-Guía de Práctica Clínica para el Tratamiento de Pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC). Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de la Agencia Laín Entralgo; 2012. Guías de Práctica Clínica en el SNS: UETS No 2011/63-

3-Ancochea J, Miravittles, García-Río F, Muñoz L, Sánchez G, Sobradillo V, et al. Infradiagnóstico de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica en mujeres: cuantificación del problema, determinantes y propuestas de acción. Arch Bronconeumol. 2013;49:223-9.

4-Lozano R, Naghavi M, Foreman K, Lim S, Shibuya K, Aboyans V, et al. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet. 2012;380:2095-128.

P68

Título:

**FORMACIÓN CONTINUADA EN CENTROS DE SALUD. EVALUACIÓN DEL APRENDIZAJE SOBRE
PIE DIABETICO**

Autor/es:

Cecilia Banacloche Cano, Pablo Fernandez Abellan, Julián García Carrasco, Luis Martos Garcia, Micaela Ortiz Perez y Dolores Perez Gálvez

Introducción:

La formación continuada es un derecho y una obligación de los profesionales sanitarios para actualizar/mejorar los conocimientos, habilidades y actitudes. Factores obstaculizadores de participación de enfermería de AP: dispersión de los puestos de trabajo y no sustituciones. Factores facilitadores: realización de los cursos en tiempo de trabajo y llevar cursos al centro. Supone gran esfuerzo de formadores y organizadores. Creación de múltiples ediciones.

Objetivos:

Analizar la participación de los enfermeros de AP del área en una actividad formativa in situ.

Evaluar el aprendizaje (nivel II de Kirkpatrick) de los enfermeros que finalizan la actividad.

Metodología:

Estudio de intervención observacional, descriptivo y analítico.

Intervención: "Primer curso de pie diabético para enfermería de Atención Primaria. Presentación de la Unidad de Pié Diabético" curso de 4 sesiones. Se imparten 14 ediciones (una por centro de salud)

Población: enfermeros de atención primaria del área que obtienen diploma acreditativo del curso sobre pie diabético.

Criterios de inclusión: ser enfermero de AP del área estudiada, asistir al menos al 80% de la acción formativa sobre pie diabético y superar el examen final de dicho curso (condiciones para obtención del diploma)

Indicadores:

Medición de alumnos que finalizan la actividad formativa con calificación de apto.

Medición de indicador (test de conocimientos) pre y post intervención.

Resultados:

Datos pre y pos intervención:

Enfermeros de atención primaria del área 145. Finalizan la acción formativa con acreditación 77(53.1%)

Nota media obtenida en test previo de conocimientos: 6,5/10

Nota media obtenida en test tras la intervención: 9,1/10

Discusión:

Enfermeros que asistieron al menos a una sesión 90%. Las características del trabajo de enfermería en AP, no obligatoriedad de la asistencia, atención a demandas urgentes, etc determinaron que solo 77 alumnos obtuvieran acreditación. La intervención mejora los conocimientos sobre la exploración y el tratamiento del pie diabético así como de los diagnósticos enfermeros asociados.

El incremento de aprendizaje en un tema tan fundamental redundará en la calidad de la atención al paciente.

Bibliografía:

Biencinto, C. y Carballo, R. Revisión de modelos de evaluación del impacto de la formación en el ámbito sanitario: de lo general a lo específico. Revista Electrónica de Investigación y Evaluación Educativa . 2004; 10 (2). Disponible en:http://www.uv.es/RELIEVE/v10n2/RELIEVEv10n2_5.htm

Kirkpatrick, D. L. Evaluación de acciones formativas. Los cuatro niveles. Barcelona, EPISE. 1999.

Mager, R. Evaluar el resultado de la formación. Barcelona, ediciones gestión 2000. 2005

P69

Título:

NIVEL DE CONOCIMIENTOS EN PRIMEROS AUXILIOS DEL PROFESORADO DE EDUCACIÓN INFANTIL Y PRIMARIA DE LOS COLEGIOS VINCULADOS AL CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA

Autor/es:

Begoña Velasco Navarro, Isabel Maria Navarro Ortiz, Francisco Antonio Martinez Serrano, Dolores Zaragoza Gonzalez, Maria Angeles Iniesta Garzon y Josefa Lucas Garcia.

Introducción:

Este estudio se centrará en analizar al profesorado de educación de los centros educativos de infantil vinculados al centro de atención primaria. Este trabajo analizará el grado de conocimientos en primeros auxilios que posee el profesorado, y comprobar si esos conocimientos son los adecuados. Se determinará el porcentaje de profesionales que realizan cursos de primeros auxilios para ampliar su formación.

Objetivos:

El objetivo principal que pretendo demostrar con la realización de este estudio es determinar el nivel de conocimientos del profesorado de educación infantil y primaria en primeros auxilios.

Los objetivos secundarios que se deducen de este estudio son:

- Comprobar la correlación existente de los profesores que han realizado cursos en primeros auxilios y su puesta en práctica.
- Determinar qué características influyen en el nivel de conocimientos de primeros auxilios.

Metodología:

Se trata de un estudio descriptivo de corte transversal con el que se pretende obtener información del profesorado, valorando los conocimientos que tiene sobre primeros auxilios. También podemos decir que este estudio tiene una finalidad explicativa ya que con él se busca explicar cuales son las razones por las que el profesorado posee ese nivel de conocimientos. Se realizó un primer análisis descriptivo de las variables sociodemográficas y laborales. Se realizaron distintas pruebas estadísticas según condiciones de aplicación (frecuencia, media y correlación Chi-cuadrado y de Pearson).

Resultados:

Entre los resultados se destaca que el nivel de conocimientos en

primeros auxilios que presentan los profesores de este estudio son regulares, existiendo una tendencia de mejora ya que consideran, que los primeros auxilios tienen gran importancia para su trabajo y el elevado interés que demuestran en la materia. Cabe destacar que, a pesar

de haber realizado cursos de formación en primeros auxilios, no presentan seguridad en sus respuestas, autoevaluando su cuestionario de forma negativa.

Discusión:

Con los datos obtenidos en el estudio se pretende dar pie a una difusión

enérgica de los primeros auxilios en los propios centros de formación de profesorado, para sensibilizar a los docentes antes de su incorporación a la vida laboral.

El papel de la enfermera escolar tendría gran relevancia ante este problema ya que, como educadora, aportaría esos conocimientos a los profesores, e incluso a los alumnos y padres.

Bibliografía:

- García-Vega, F.J., Montero, F.J. y Encinas, R.M. La comunidad escolar

como objetivo de la formación en resucitación: la RCP en las escuelas.

Emergencias. 2008; (20); 223-225.

- Abraldes, J.A., Córcoles, C.M., Muñoz, C.M. y Moreno, A. Valoración de los primeros auxilios en estudiantes de Educación física. Trances. 2011; 3(1): 88-104.

- Abraldes, JA. y Ortín, A. (2008). La formación del profesorado de

Educación Física en Primeros Auxilios. Almería: Asociación de profesores de Educación Física de Almería (APEF) y Federación Española de Asociaciones de Docentes de Educación Física (PEADEF)

P70

Título:

FORMACIÓN CONTINUADA INDIVIDUAL. HERRAMIENTA DE MEJORA DE LOS INDICADORES DE CALIDAD EN ENFERMERIA DE AP

Autor/es:

Francisca Lopez Martinez, Maria José Martinez Ros, Fina Cava Iniesta, Carmen Barberá Ortega, Dolores Perez Galvez y Cecilia Banacloche Cano

Introducción:

La modalidad de formación continuada individual ofrece múltiples ventajas. En la enfermería inglesa, la figura del mentor/preceptor forma parte del sistema de formación continuada. En Canada existen guías editadas sobre mentoría enfermera donde se desarrolla plenamente esta figura. La formación individual es solo una de las facetas de dicha enfermera.

Objetivos:

Aumentar registro de diagnósticos enfermeros y planes de cuidados (PC) en la las Historias Clínicas de la población

Metodología:

estudio de intervención observacional, descriptivo y analítico.

población 145 enfermeros de AP

Intervención:

1. Citas individuales (dos horas) con todos los enfermeros de AP en centro y horario de trabajo.
2. Presentación del enfermero formador/mentor y entrevista dirigida a valorar los conocimientos, dificultades, resistencias y necesidades de formación de la enfermera. Diseño de la estrategia y de los objetivos a alcanzar durante las sesiones (Número variable)
3. Priorizar necesidades de formación y adecuar nº de sesiones (registro de planes de cuidados queda para el final frente a otras de registro, organización)
3. Entrega de esquema (dos folios plastificados en color) recordatorio de los pasos del registro en OMI AP de la metodología enfermera.
4. actualizar conocimientos sobre fases de metodología enfermera (casos reales entre los usuarios atendidos)
5. Practicar valoración, plan de cuidados, grabación de planes propios. Creación de una biblioteca de planes propios del equipo de enfermería.
4. registro en hoja de firmas con NIF.

5. comunicar los resultados periódicamente

6. La enfermera formadora visita a los 145 enfermeros

Resultados:

Datos pre-intervención:

- diabéticos con PC 0.69 %

- hipertensos con PC 0.56 %

-inmovilizados con PC 40.57 %

- niños (0 y 6 años) con PC 0.03 %

RESULTADOS POST-INTERVENCIÓN

- diabéticos con PC 17.98 %

- hipertensos con PC 12.66 %

- inmovilizados con PC 77.66 %

- niños (0 y 6 años) con PC 16.36 %

Discusión:

Aumenta registro de diagnósticos enfermeros y PC.

Este aumento cuantitativo y cualitativo es importante para futuros trabajos de investigación enfermera en AP.

Mejoran los conocimientos sobre metodología, asistente OMI AP y taxonomías NANDA, NOC y NIC

Bibliografía:

Camacho Bejarano Rafaela et al La mentoría clínica en el desarrollo competencial de los profesionales de Enfermería: la visión desde el Reino Unido. Index Enferm [revista en la Internet]. 2011 J

Benner, Patricia. "Uso del modelo Dreyfus de adquisición de habilidades para describir e interpretar la adquisición de habilidades y el juicio clínico en la práctica de enfermería y la Educación". Boletín de ciencia, tecnología y sociedad. Volumen 24. Tema 3. June 2004 DOI:

Canadian Nurses Association. "A guide to preceptorship and mentoring". Octubre 2004