

**LIBRO DE PONENCIAS
Y
COMUNICACIONES**

XVI JORNADA DE ENFERMERIA

COMPLEJO HOSPITALARIO DE TOLEDO

HOSPITAL VIRGEN DE LA SALUD



Martes 21 de Mayo de 2019
Salón de Actos. Hospital Virgen de la Salud

organiza: **Dirección de Enfermería**

Comité Organizador de la XVII Jornada de Enfermería:

- Doña María Pilar Soler Rodríguez, Directora de Enfermería del CHT.
- Doña Silvia Ruiz Martín, Subdirectora de Enfermería del CHT.
- Doña Eva García Jumela, Subdirectora de Enfermería del CHT.
- Doña María Carmen Aparicio Lizaralde, Subdirectora de Enfermería del CHT.
- Don Oscar Del Río Moro, Supervisor de Área del CHT.

Comité Científico para la selección del mejor trabajo presentado en la XVII Jornada de Enfermería:

- Don Oscar Del Río Moro, Supervisor de Área del Complejo Hospitalario de Toledo.
- Don. José Miguel Álvarez Moya, Enfermero Tesorero Colegio Oficial de Enfermería de Toledo.
- Doña Minerva Velasco Abellán Secretaria de la Comisión de Cuidados del CHT.

Ponencia: ¿Aburrimiento y consumo de tóxicos? Concienciación mediante un taller de Actividades de la Vida Diaria

Autoras: Laura Gil García - Uceda.

Unidad Docente EIR del Complejo Hospitalario de Toledo. Unidad Docente Multiprofesional de Salud Mental.

Introducción: La patología dual es la existencia simultánea de un trastorno por abuso de sustancias y un trastorno mental. Un factor probablemente asociado con las recaídas podría ser el aburrimiento. La evidencia científica actual entre el uso de drogas y el aburrimiento no está muy clara, aunque si está recogido que el aburrimiento es poco reconocido como un problema importante de Salud Mental

Objetivo: Principal: Sensibilizar sobre las consecuencias del aburrimiento en pacientes con patología dual. Secundarios: Identificar los déficits existentes en las AVD de los usuarios. Fomentar actividades saludables.

Material y método: Se utilizó un programa formado por cuatro talleres de grupo semanales en una U.M.E de patología dual. El contenido se basaba en un auto-registro de las AVD. Estructuralmente, la primera sesión introdujo el programa, siendo en el segundo y tercer taller dónde se implementó el registro de AVD, y concluyendo en una cuarta sesión. De ayuda material se necesitó: aula, una pizarra, y la hoja de auto-registro de las AVD.

Resultados: El auto-registro de las AVD consiste en una auto-autoevaluación diaria de las siguientes áreas: cuidado personal, alimentación, toma de medicación, descanso, ocupación, tiempo libre, y ejercicio. La puntuación del registro oscila entre 0 y 5.

Las áreas destacadas son: -Cuidado personal: Se evidenció una magnificación de los resultados en el segundo taller. En consecuencia, se sustituyó este apartado por "Deseos de consumo". - Alimentación: se observó magnificación de la puntuación. Percibiendo posteriormente, ligeras mejorías en la evaluación. - Tiempo libre y ejercicio: en el segundo taller, se evidencian puntuaciones bajas consecuentes a una no ocupación adecuada del tiempo libre y no realización de ejercicio. Posteriormente, se observan mejorías en estas áreas. En las dos sesiones, se realizó una posible asociación de estos apartados con el aburrimiento, actuando este como un desencadenante de consumo de tóxicos.

Para finalizar el programa, se realizó un último taller de conclusiones finales, cuyo tema principal fue "Aburrimiento/mantenerse ocupados". El propósito era clarificar conceptos acerca del aburrimiento y consumo.

Conclusiones: La realización del programa aclarado conceptos y concienciado respecto al aburrimiento como posible precursor de recaídas, concepto poco reconocido como un gran problema de salud mental. Para sensibilizar sobre la importancia del aburrimiento como problema, se deberían realizar nuevas investigaciones asociando el uso de drogas y aburrimiento, obteniendo evidencias científicas ratificadas.

Ponencia: Creencias y conocimientos de los profesionales sanitarios de urgencias asociadas a las personas con enfermedad mental.

Autoras: María Jesús Buendía Braseró y Laura Cañada Osma.

Unidad Docente EIR del Complejo Hospitalario de Toledo. Unidad Docente Multiprofesional de Salud Mental.

Introducción: Cerca del 70% de las personas que padecen un trastorno mental no reciben tratamiento profesional. Entre los factores que influyen en el hecho de no acceder a los servicios sanitarios se encuentran los factores relacionados con el paciente como la creencia de discriminación o autoestigma, los efectos secundarios de los psicofármacos y la falta de conocimiento sobre la enfermedad y sus síntomas. Por parte del profesional de la salud influyen la propia naturaleza de la enfermedad, las características del paciente, la organización sanitaria y las creencias y conocimientos del propio profesional. Esto se agrava a la hora de acudir a Consultas y Urgencias por motivos no psiquiátricos, en las que los profesionales sanitarios no están especializados en Salud Mental.

Objetivo: El objetivo de este trabajo es analizar la percepción y las actitudes hacia la persona con trastorno mental, de los profesionales de la salud que trabajan en las Urgencias no psiquiátricas.

Material y método: Estudio cuantitativo, descriptivo, transversal y correlacional que se realizará con 423 profesionales de la salud (médicos adjuntos, enfermeras, médicos internos residentes, enfermeras residentes y técnicos cuidados auxiliares de enfermería) que trabajan en los servicios de Urgencias del Hospital Virgen de la Salud y en los Centros de Salud de la zona básica de Toledo. Se enviará al email corporativo una encuesta on-line a cada profesional. **Instrumentos:** Cuestionario sociodemográfico (ad-hoc), cuestionario MAPSAM-14 y cuestionario sobre atributos y creencias asociadas a la persona con enfermedad mental (ad hoc). **Variables del estudio:** edad, sexo, experiencia profesional, categoría profesional, satisfacción con la relación con el servicio de salud mental, creencias sobre pacientes con trastorno mental, necesidades formativas y presencia de estigma.

Implicaciones para la práctica: Estos hallazgos permitirán identificar las actitudes que generan situaciones positivas hacia el paciente y de este modo poder reforzarlas y mantenerlas en la práctica asistencial. De la misma manera, conocer aquellas que limitan un correcto abordaje y primer contacto, en un momento tan vulnerable como son las situaciones de crisis o de agudización de la sintomatología de la patología mental. Tras tomar conciencia de la situación, será beneficioso impartir futuras charlas y/o cursos a los profesionales de la salud, que favorezcan la implementación de estrategias prácticas y el aumento de los conocimientos oportunos y de empatía (elementos imprescindibles en todas las intervenciones) hacia las personas con problemas mentales.

Ponencia: Proyecto de investigación: Impacto de un programa de entrenamiento multicomponente para la prevención de la inmovilidad en ancianos hospitalizados en una unidad de agudos.

Autoras: Cristina Belmonte Quintanilla.

Unidad Docente EIR del Complejo Hospitalario de Toledo. Unidad Docente Multiprofesional de Geriatría.

Introducción: La hospitalización es en sí misma una situación de riesgo para la población mayor. Los ancianos que requieren ingreso hospitalario suelen tener unas características (edad muy avanzada, pluripatología, polifarmacia, problemas en la esfera funcional, mental y sociofamiliar) que les hacen más susceptibles a sufrir complicaciones. El deterioro funcional es una de las más importantes, por su elevada frecuencia y por las graves consecuencias que trae consigo, como son la dependencia, institucionalización, mayor consumo de recursos sanitarios y aumento de la mortalidad.

Objetivos: Comprobar la efectividad de un programa de entrenamiento multicomponente para disminuir el riesgo de síndrome de inmovilidad en ancianos como consecuencia de la hospitalización. Evaluar el nivel de fragilidad en el adulto mayor hospitalizado al principio y final de la hospitalización. Comprobar si hay disminución del riesgo de caídas tras la implementación de un programa de entrenamiento multicomponente durante la hospitalización del anciano. Comprobar los cambios sobre el estado cognitivo del paciente.

Material y método: Ensayo clínico aleatorizado controlado con dos grupos de pacientes: un grupo experimental al que se realizará la intervención, y un grupo de control en el que se realizarán los cuidados habituales de la planta. Población a estudio: ancianos de 75 a 85 años ingresados en la Unidad de Agudos del Hospital Virgen del Valle de Toledo con Barthel basal = o > a 60 puntos. Criterios de exclusión: pacientes con deterioro cognitivo moderado-severo (Mini-Mental < 24 puntos), incapacidad para la deambulación, con o sin ayuda técnica, ingreso por intervención quirúrgica, ACV, fractura de algún miembro, enfermedad terminal o proceso agudo que le impida la participación, hospitalización inferior a 5 días, pacientes ya incluidos en un programa de rehabilitación y aquellos que rechacen participar en el estudio. N=292. Variables: intervención ejercicio, *Short Physical Performance Battery* (SPPB), Índice de Barthel, *Mini-Mental State Examination* (MMSE), Caídas recientes, *Timed Up and Go* (TUG), Velocidad de la marcha, riesgo de caídas. Variables sociodemográficas: edad, sexo, estado civil, número de hijos y nivel de estudios.

Resultados: Proyecto de investigación aún no desarrollado.

Ponencia: Percepción de la calidad de vida de pacientes mayores de 65 años con patología cardiovascular.

Autoras: Rosa Picazo Ruipérez.

Unidad Docente EIR del Complejo Hospitalario de Toledo. Unidad Docente Multiprofesional de Geriátrica.

Introducción: Debido al aumento del envejecimiento a nivel mundial existe una mayor presencia de enfermedades crónicas, entre ellas la patología cardiovascular, llegando a una prevalencia del 78,5% en mayores de 75 años, siendo un 94% de éstos polimedicados. Este hecho cobra especial importancia por la fuerte demanda que supone para el sistema de salud, con sus implicaciones económicas, sociales y su repercusión en la calidad de vida. La calidad de vida (CV) relacionada con la salud es un objetivo muy importante, la disminución de la CV se asocia con una mayor frecuencia de hospitalizaciones y con una mayor mortalidad. Ésta expresa la forma en que las personas experimentan su bienestar físico, mental y la satisfacción con su vida cotidiana, además refleja la repercusión de una enfermedad sobre la vida de un individuo desde su perspectiva personal, generando incertidumbre, cambios en el estilo de vida, repercutiendo sobre el área personal y social, lo que afecta a la percepción de la calidad de vida del individuo.

Objetivo principal: Conocer la repercusión de la enfermedad cardiovascular en la calidad de vida de pacientes mayores de 65 años.

Objetivos específicos: Determinar la calidad de vida en pacientes con patología cardiovascular según situación económica. Establecer la calidad de vida en pacientes con patología cardiovascular según funcionalidad. Conocer la percepción de la calidad de vida en pacientes con patología cardiovascular según diagnóstico.

Material y método: Estudio descriptivo transversal realizado en el centro de salud de La Puebla de Montalbán (Toledo) durante los meses de Enero y Febrero de 2019. Se incluye a población > de 65 años diagnosticados de patología cardiovascular; criterios de exclusión: ancianos con deterioro cognitivo o que no accedan a participar en el estudio. Para su realización se recogen los siguientes datos de 30 pacientes: edad, sexo, diagnóstico, presencia de polifarmacia, Índice de Barthel, nivel de estudios, nivel socioeconómico y cuestionario de calidad de vida SF-36. Se realiza una búsqueda bibliográfica en las bases de datos "Scielo" y "Pubmed" combinando los términos "quality of life", "chronic disease" y "cardiovascular".

Resultados: Pendiente de analizar.

Conclusiones: El estudio de la percepción de la calidad de vida es una importante variable de análisis en la práctica de enfermería, útil para la búsqueda de estrategias e intervenciones ante problemas de salud tan complejos como las enfermedades crónicas cardiovasculares. Es la capacidad de adaptación a la enfermedad y los síntomas lo que tiene un mayor impacto sobre la calidad de vida del anciano y no el diagnóstico en sí, por lo que los cuidados de enfermería deben ir enfocados hacia mejorar estos aspectos.

Ponencia: Proyecto de investigación: Satisfacción del cuidador principal con la atención domiciliaria.

Autoras: Ana Belén González Ayén.

Unidad Docente Multiprofesional Atención Familiar y Comunitaria. Gerencia de Atención Primaria de Toledo.

“Resumen no aportado”.

Ponencia: Afrontando una guardia: más aperitivos y dulces, por favor.

Autoras: María Isabel Martínez Pulido, Marta Espínola González, Sofía Urrea Jiménez, Laura Fernández Franco y Beatriz Fernández Fernández y Eva Sáez Torralba.

Unidad Docente Multiprofesional Atención Familiar y Comunitaria. Gerencia de Atención Primaria de Toledo.

Introducción: La susceptibilidad a cambios en la alimentación en la jornada laboral se ha estudiado en el ámbito hospitalario pero no en Atención Primaria. La atención continuada supone realizar guardias de 17 y 24 horas.

Objetivos: Identificar tipo de alimentos y bebidas consumidas un día laboral sin guardia. Identificar tipo de alimentos y bebidas consumidas un día de guardia. Determinar cantidad de alimentos y bebidas consumidas un día laboral sin guardia. Determinar cantidad de alimentos y bebidas consumidas un día de guardia.

Material y método: Descriptivo, transversal, observacional. 49 residentes de enfermería y medicina. Unidad Docente Multiprofesional Atención Familiar-Comunitaria. Toledo. Variables independientes: sexo, edad, categoría profesional. Dependientes: cuestionario *ad-hoc* no validado: tipo y cantidad de bebidas y alimentos. Datos recogidos durante una sesión clínica conjunta de ambos colectivos. Análisis estadístico: se determinó la distribución de las variables mediante test de Kolmogorov-smirnov. Test de Wilcoxon (distribución no paramétrica). Programa informático SPSS-20. Aprobado Comité de Ética.

Resultados: 37 respuestas. 89,2% médicos. 83,8% mujeres. Test de Wilcoxon. Diferencias significativas bilaterales exactas. Snacks (0.62 ± 0.95 en guardia vs 0.03 ± 0.17 sin guardia $p < 0,001$), bollería (0.68 ± 0.84 vs 0.15 ± 0.35 $p = 0.01$), gominolas (1.26 ± 2.40 vs 0.12 ± 0.68 $p = 0.01$), postres lácteos (1.18 ± 0.83 vs 0.71 ± 0.79 $p = 0.031$), fruta (1 ± 1 vs 1.45 ± 1.09 $p = 0.01$), verdura (0.53 ± 0.78 vs 0.88 ± 0.72 $p = 0.028$), pescado (0.30 ± 0.58 vs 0.64 ± 0.69 $p = 0.03$).

Discusión y conclusiones: Limitaciones: cuestionario no validado, tamaño muestral reducido, porcentaje de respuestas. Durante la guardia mayor consumo de snacks, bollería, gominolas y postres lácteos. Fuera de la guardia mayor consumo de huevos, pescados, frutas y verduras. Predomina el consumo de agua durante y fuera de una guardia (1.5 litros). En estudios de ámbito hospitalario se concluye que existe una alimentación más saludable durante un turno rotatorio con respecto a un turno fijo. Posibles líneas de acción: ampliar estudio y tamaño muestral. Estudio cualitativo que explore las razones en la elección de determinados tipos de alimentos frente a otros. Fomento de hábitos saludables no condicionados por el trabajo.

Ponencia: Activos en salud: enfermería pediátrica educando en primeros auxilios.

Autoras: Lucía Sánchez Vinaroz, Alicia Gil Alonso y Óscar Martín López.

Unidad Docente EIR del Complejo Hospitalario de Toledo. Unidad Docente Multiprofesional de Pediatría.

Introducción: La enfermería pediátrica especializada es el conjunto de profesionales que se encuentra más próximos al niño y que mejor conoce sus características, necesidades y cuidados. Entre sus competencias se encuentra la de llevar a cabo una Educación para la Salud (EpS) en busca del mejor desarrollo del niño. Durante la infancia algunos de los principales problemas de salud son causados por accidentes, muchos de ellos evitables a través de una buena EpS.

Objetivos: Desarrollar una actitud preventiva ante los riesgos y activa ante los accidentes en la infancia. Enseñar los principios básicos de prevención y actuación ante accidentes y situaciones de urgencia y emergencia en la infancia y la adolescencia. Instruir a los asistentes en la forma correcta de aplicar las técnicas de primeros auxilios.

Material y métodos: Se realiza un taller teórico-práctico dirigido a padres y profesores de centros educativos a los que acuden niños de 0-6 años. Como primera fase se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica en los últimos documentos de consenso sobre Reanimación Cardio-Pulmonar (RCP), así como documentación científica de la Asociación Española de Pediatría (AEP), Cruz Roja y diferentes guías de práctica clínica del Sistema Nacional de Salud (SNS).
Recursos Humanos: 3 residentes de Enfermería Pediátrica de primer año. **Recursos Materiales:** Ordenador, proyector, programa informático Power Point, 2 Maniqués de lactante y 2 Maniqués de niño, mascarillas de protección para manejo de la vía aérea, guía de primeros auxilios para padres.

Resultados: Se llevan a cabo cuatro talleres en diferentes centros educativos de la ciudad de Toledo, con una media de 18 asistentes. Los talleres se desarrollan con una duración de 3 horas, siendo la mitad del tiempo teórica y la otra mitad práctica para la aplicación de los conceptos enseñados. A la finalización de los talleres se realiza un consenso con los asistentes para comentar dudas e impresiones sobre el taller, siendo estas muy positivas.

Conclusiones: La prevención es igual o más importante que la actuación y por eso se insiste a los participantes en llevar a cabo una actitud activa ante los riesgos en la infancia. Tras enseñar los principios básicos de primeros auxilios, los asistentes muestran una mayor seguridad ante posibles situaciones de urgencia en niños. Consideremos de gran relevancia la realización periódica de talleres como este donde los asistentes aprendan las actuaciones básicas de primeros auxilios.

Ponencia: Incidencia de úlceras por presión localizadas en la zona de colocación de la pulsera identificativa en neonatos.

Autoras: Laura Redondo Fernández, María José López Albert y María José Capuchino Perulero.

Unidad Docente EIR del Complejo Hospitalario de Toledo. Unidad Docente Multiprofesional de Pediatría.

Los recién nacidos hospitalizados corren el riesgo de desarrollar lesiones por presión debido a factores propios de su desarrollo y a la exposición durante el proceso asistencial a intervenciones diagnósticas y terapéuticas y al empleo de diferentes dispositivos clínicos. Las pulseras identificativas neonatales están reconocidas en la literatura científica como agentes causantes de lesiones por presión, no obstante no se ha encontrado ningún estudio que analice específicamente esta causalidad.

La hipótesis planteada es que las pulseras identificativas usadas en los neonatos ingresados en el hospital Virgen de la Salud de Toledo causan úlceras por presión.

El objetivo del estudio será calcular la incidencia de úlceras por presión que aparecen en la zona de colocación de la pulsera identificativa de los neonatos hospitalizados en el Hospital Virgen de la Salud de Toledo.

Para ello se llevará a cabo un estudio descriptivo de cohortes prospectivo. La recogida de datos se realizará de manera diaria por parte del personal de enfermería durante los meses de Junio a Octubre del año 2019 mediante un formulario de valoración ad Hoc.

Posteriormente los datos serán analizados mediante el programa estadístico SPSS en la versión 25.0 utilizando las pruebas estadísticas Chi cuadrado y T de student.

Ponencia: Proyecto de investigación: Prevalencia de la lactancia materna exclusiva al alta y su relación con otros factores en el Hospital Virgen de la Salud de Toledo.

Autoras: Natalia Pino Pino, Paula Caño Armenteros y Patricia Hernández Alía.

Unidad Docente EIR del Complejo Hospitalario de Toledo. Unidad Docente de Matronas.

Introducción: La lactancia materna es la mejor forma de alimentar a los recién nacidos durante los primeros meses de vida, ya que confiere múltiples beneficios para las madres y sus hijos. Existen diversos organismos internacionales (OMS y UNICEF), que impulsaron la creación de la Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y a la Lactancia (IHAN) en España, para proteger, promover y apoyar la lactancia materna exclusiva (LME). La IHAN aconseja que al menos el 75% de los recién nacidos a término sean alimentados con LME desde el nacimiento hasta el alta hospitalaria. Concretamente en España, no hay un sistema oficial de monitorización y seguimiento de la lactancia materna adecuado.

Objetivos: Determinar la prevalencia de lactancia materna exclusiva al alta en la Unidad de Ginecología y Obstetricia del Hospital Virgen de la Salud de Toledo (Objetivo principal), y su relación con otros factores incluyendo el tipo de parto y la paridad, así como con el asesoramiento de la matrona de la planta de hospitalización (Objetivos secundarios).

Material y Métodos: Estudio observacional transversal y prospectivo para el objetivo principal y para los objetivos secundarios un estudio analítico de casos y controles siguiendo un muestreo consecutivo no aleatorio durante un mes. De una población total de 226 puérperas, se estimó un tamaño muestral mínimo de 163, a las que se le realizó una encuesta anónima en el momento del alta.

Resultados: La tasa de LME al alta es del 39,3% (IC: 32,4-45,5). En cuanto a la relación entre la LME y los factores estudiados solo hemos obtenido resultados estadísticamente significativos, respecto al tipo de parto. En el caso de las cesáreas sólo 0,36% de las puérperas mantenían LME al alta ($p=0,0001$).

Discusión/Conclusión: Según los datos obtenidos en nuestra unidad, se observa que la situación actual se encuentra muy alejada de las recomendaciones internacionales. En el caso de las cesáreas este valor es aún inferior, considerándose un factor con influencia negativa en la lactancia materna. Los resultados de este estudio pueden ser útiles para los profesionales sanitarios, permitiendo diseñar estrategias adecuadas para un correcto apoyo y asesoramiento sobre lactancia materna.

Ponencia: Revisión bibliográfica de la hemorragia postparto y el alumbramiento placentario.

Autoras: Alejandro Vizcaíno Cabezón, Lara Martín Sánchez, Marto Pedo Arregui y Natalia Pérez García.

Unidad Docente EIR del Complejo Hospitalario de Toledo. Unidad Docente de Matronas.

Introducción: La hemorragia postparto (HPP) es un gran problema de la salud en los países del tercer mundo. Según la Organización Mundial de la Salud se producen 150.000 muertes debida a esta causa. Se considera HPP aquella que supera los 500 ml de pérdida sanguínea en un parto eutócico. El tiempo que transcurra desde el nacimiento hasta la expulsión de la placenta es crucial para el control de la hemorragia. Existen dos manejos en el alumbramiento, activo y expectante. Actualmente se aboga por la utilización del alumbramiento dirigido en contra del expectante. Esta técnica se realiza administrando entre 5 a 10 UI de oxitocina tras la salida del hombro anterior del feto o bien en el primer minuto tras la extracción completa del feto. La revisión bibliográfica se justifica en demostrar si es mejor este método que el alumbramiento espontáneo de la placenta para la prevención de la hemorragia postparto.

Objetivo: Evidenciar las diferencias entre el alumbramiento dirigido frente al alumbramiento espontáneo.

Material y método: Revisión bibliográfica en las distintas bases de datos Pubmed, Cochrane, Cuiden. Criterios de inclusión por año de publicaciones del 2015 a la actualidad.

Resultados: Tras la revisión bibliográfica, se indica en todos ellos los beneficios del alumbramiento dirigido de la placenta respecto al manejo expectante de este. El riesgo de sufrir una hemorragia posparto es 2 veces menor en el dirigido. A la hora de llevar a cabo esta técnica la recomendación generalizada es la administración de 10 unidades de oxitocina en bolo intravenoso o bien intramuscular (dependiendo de las vías disponibles). Siempre con una misma recomendación, que se realice como máximo en el primer minuto de vida tras la salida del feto.

Conclusiones: La realización del alumbramiento dirigido está más que justificada respecto a la actitud expectante por la reducción de la pérdida hemática postparto. Existe un acuerdo común en el uso de la oxitocina como fármaco de uso en el alumbramiento dirigido, descartando el uso de derivados ergóticos que conlleva más efectos adversos. No obstante, hay controversia en la dosis de utilización de esta. Algunos autores abogan por la administración de 10 unidades de oxitocina de manera intravenosa dando la opción de utilizarla de manera intramuscular. Sin embargo, se referencia que esta puede ir de 2 a 10 unidades, aumentando el margen para un alumbramiento dirigido eficaz no teniéndose que utilizar siempre la máxima dosis.

Comunicación: El sexo en la vejez visto desde el resto de la sociedad.

Autoras: María del Carmen Bejarano Gómez*, Sandra Sánchez Díez**, Rosana Braojos Bautista***, María del Carmen Prieto Sánchez**** y María Rosa Díez García****.

*Hospital Virgen de la Salud, **Hospital Universitario de Ciudad Real, ***Hospital Provincial de Toledo, ****Centro Sociosanitario Benquerencia.

Introducción: La OMS define sexualidad como “un aspecto central del ser humano presente a lo largo de su vida. Abarca el sexo, las identidades y los papeles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción. La sexualidad se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos y creencias, actitudes, valores, conductas prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir estas dimensiones, no obstante no todas ellas se vivencian o se expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos y espirituales”. De acuerdo a ésta definición, el sexo atañe al ser humano durante toda su vida, sin embargo parece que la sociedad fracciona a la persona en edades y priva de una realidad justa en el disfrute de la sexualidad en la senectud. Algunos estudios recogen un declive en la práctica del sexo según aumenta la edad, pero no por ello deberíamos creer que no tienen interés u obtienen satisfacción con ello. El aumento de este sector poblacional, su esperanza de vida y mejora del estado de salud, está abriendo un hueco en el interés por este tema, del que antes carecía. La mayoría de estudios de investigación acerca de la sexualidad en la senectud, cuentan como sujetos de estudio a los propios mayores, pero ¿Y si estudiásemos la visión del resto de la sociedad?

Objetivo/s: Conocer que piensa la sociedad del sexo en la tercera edad. Analizar si la visión de la sociedad se corresponde con los estudios existentes de sexualidad en los mayores.

Material y método: Tras una búsqueda bibliográfica previa se realizó un estudio observacional descriptivo transversal de un total de 685 personas. Para la recogida de información, se realizó un cuestionario de diseño propio, anónimo y específico. El cuestionario creado se difundió a través de internet mediante correo electrónico, mensajería instantánea y redes sociales pudiendo así llegar a todo el territorio nacional y facilitando así la accesibilidad a toda la sociedad interesada en participar.

Resultados: Para obtener los resultados utilizamos un análisis estadístico multivariante mediante IBM SPSS Statistics 19. La población a estudio tiene una edad comprendida entre los 18 y 65 años y proceden de todo el territorio nacional. Los datos obtenidos se detallaran en el trabajo completo.

Discusión y Conclusiones: La sexualidad de las personas mayores, es un tema del que quizá no se habla en demasía ya que puede considerarse un tabú e incluso algo negativo para algunos miembros de la sociedad. El trabajo completo arroja conclusiones que sin duda abrirán nuevas líneas de investigación, donde conozcamos los distintos modos de disfrutar el sexo en personas mayores de 65 años, donde podamos descubrir las diferencias existentes en el modo de vivirla entre sexos, comparando las opiniones del resto de la sociedad con las propias del colectivo.

XXV Congreso SEEGG, Girona 12 y 13 de Abril 2018.

Comunicación: Declaración de voluntades anticipadas, un testamento vital para asegurar la autonomía.

Autoras: María del Carmen Bejarano Gómez*, Sandra Sánchez Díez**, Rosana Braojos Bautista y María Rosa Díez García***.

*Hospital Virgen de la Salud, **Hospital Universitario de Ciudad Real, ***Centro Sociosanitario Benquerencia.

Introducción: Las enfermedades crónicas, las insuficiencias de órganos vitales, la demencia...acompañan al final de la vida de la pérdida de la capacidad necesaria para ejercer la autonomía y la competencia para tomar decisiones, generando importantes problemas bioéticos. El final de la vida ocasiona los mismos dilemas sea cual fuere la causa si la persona se encontrara incapacitada para expresar su voluntad. Tradicionalmente, los profesionales sanitarios, junto con la familia, eran quienes decidían qué hacer durante el proceso de atención a la enfermedad grave y la muerte del paciente, en numerosas ocasiones para alargar su vida sin procurarle ningún bien. En los últimos años se ha ido fortaleciendo el concepto de muerte digna y el reconocimiento de la obligación ética y deontológica de saber identificar cuándo una muerte es inevitable, momento en que la atención se debe centrar en el acompañamiento del enfermo y su familia. Las Voluntades Anticipadas no han sido contempladas a nivel gubernamental hasta hace relativamente pocos años y no se le ha dado al documento que recoge el testamento vital la difusión e importancia que merece. Visto el escaso número de declaraciones y diferencias en número y modelos de documentos entre las distintas Comunidades Autónomas, la falta de difusión y la importancia y beneficios que aportaría que el número de declarantes aumentara y que su formalización no traería más que beneficios para el declarante, su familia y equipo sanitario responsable...nos preguntamos ¿por qué la Declaración de Voluntades Anticipadas es una gran desconocida?

Objetivos: Conocer si la población sabe de la existencia de la declaración de Voluntades Anticipadas y una vez conocido si tiene intención de hacerlas.

Material y método: Tras una búsqueda bibliográfica previa se realizó un estudio observacional descriptivo transversal de un total de 1652 personas. Para la recogida de información, se realizó un cuestionario de diseño propio, anónimo y específico que se difundió a través de internet mediante correo electrónico, mensajería instantánea y redes sociales pudiendo así llegar a todo el territorio nacional y facilitando así la accesibilidad a toda la sociedad interesada en participar.

Resultados: Para obtener los resultados utilizamos un análisis estadístico multivariante mediante IBM SPSS Statistics 19. La población a estudio tiene una edad comprendida entre los 18 y 79 años y proceden de todo el territorio nacional. Los datos obtenidos se detallaran en el trabajo completo.

Discusión y conclusiones: La realización de las voluntades anticipadas es sin duda de vital importancia para la población anciana, aunque no por eso deja de serlo para la sociedad en su conjunto, ya que realmente ni la enfermedad ni la muerte entienden de edad, de esta forma se asegurará el respeto en cualquier situación y a lo largo de toda la vida de la autonomía y la libertad para decidir de cada individuo.

XXV Congreso SEEGG, Girona 12 y 13 de Abril 2018.

Comunicación: Acondroplasia, la pequeña desconocida en la Lesión Medular.

Autoras: M^a Jesús Bocos Reglero y Ana M^a Escobar Corroto.

Hospital Nacional de Parapléjicos.

Introducción: Las Osteocondrodysplasias (OCD), llamadas también Displasias Óseas, son un conjunto de enfermedades de origen congénito que producen una alteración en el tamaño, forma o resistencia de los huesos, provocando con frecuencia talla baja o enanismo. La más conocida es la Acondroplasia (AC) que es un trastorno genético con fallo en la osificación endocondral. Las complicaciones neurológicas más importantes en pacientes con Acondroplasia, son: Compresión Cervico-medular y Estenosis del canal medular lumbar, pudiendo derivar en Lesión Medular.

Objetivos: General: Determinar las características de la aparición de la lesión medular en sujetos con acondroplasia, según la edad. Específicos: Determinar el tipo de lesión en cada rango de edad. Especificar el tipo de complicaciones presentes en cada rango de edad.

Material y método: Estudio descriptivo observacional retrospectivo. Se incluyeron los pacientes con diagnóstico de acondroplasia atendidos en el Hospital Nacional de Parapléjicos desde enero de 2010 hasta junio de 2018, tanto en edad infantil como en edad adulta.

Resultados: 1. En la edad infantil, debido a la estrechez del foramen mágnium, puede dar lugar a una compresión medular. En los adultos se produce una estenosis del canal lumbar debido a hiperlordosis lumbosacra. 2. Tanto en la edad infantil como en la edad adulta, cuando se produce estenosis del canal vertebral hay afectación medular. Observamos que es incompleta a nivel sensitivo. 3. Las complicaciones más frecuentes en edad infantil son: hidrocefalia, complicaciones respiratorias, ortopédicas.... En los adultos aparece pérdida funcional con SCIM entre 20 y 25, seguidas de complicaciones urológicas, cardíacas y respiratorias.

Discusión y conclusiones: Dado que la Acondroplasia es una alteración genética, el seguimiento de las personas con AC, se realizará desde el nacimiento y a lo largo de toda la vida y será determinante a la hora de detectar la aparición de complicaciones. En cada revisión habrá que evaluar el desarrollo y crecimiento del niño, según las tablas de crecimiento para la AC, junto a las exploraciones neurológicas, ortopédicas y respiratorias correspondientes. En el caso de que se produzca Lesión Medular, Enfermería será un eslabón fundamental en el proceso de Rehabilitación de las personas con Acondroplasia. Un equipo multidisciplinar pondrá todos los recursos necesarios para facilitar la Rehabilitación, Integración e Independencia a todos los ámbitos de la vida, teniendo en cuenta que la familia y el entorno son parte importante en este arduo proceso.

XXIV Simposio Nacional de Enfermería Especializada en Lesión Medular, Madrid 21,22 y 23 de Noviembre de 2018.

Comunicación: Intervención enfermera para abordar el diagnóstico sobrepeso/obesidad en un Programa de Rehabilitación Cardíaca presencial versus domiciliario. ¿Cuál es más eficaz para que los pacientes pierdan peso?

Autoras: María Gema Lozano Lázaro, Alejandro Berenguel Senén¹, Ricardo Chamón Sánchez De Los Silos, Macarena Díaz Jiménez, M^a Ángeles Galán Romero, M^a Elena Moreno Fernández, Ana Belén Puentes Gutiérrez, M. Celeste Rodríguez Lorenzo, Paula Sánchez-Aguilera Sánchez-Paulete, Andrea Martínez Cámara, Raúl Buendía Lucas y Luis Rodríguez Padial.

Servicio de Cardiología y Rehabilitación. Unidad de Rehabilitación Cardíaca. Hospital Virgen de la Salud de Toledo.

Introducción: La obesidad es un FRCV por sí mismo, y predispone al desarrollo de FRCV como HTA, DM tipo II o dislipemia. La deshabitación tabáquica puede ocasionar aumento de peso. Por todo ello, es importante desarrollar intervenciones dirigidas a que las personas que han sufrido un evento coronario alcancen un peso adecuado. Los programas de rehabilitación cardíaca (PRC) en fase II son el contexto perfecto para desarrollarlas.

Objetivos:

Material y método: El objetivo del estudio es comparar la incidencia de las intervenciones enfermera para que los pacientes que están incluidos en dos PRC distintos pierdan peso. Se realizó un estudio descriptivo, observacional, retrospectivo y longitudinal (n=466) Se excluyeron a los pacientes con normopeso y a los que no completaron el programa. Para el análisis se utilizó el programa SPSS v.22 (T-Student)

Resultados: La muestra final fue 303 pacientes, con edad media 57,30 (32-77) años. 88,4% hombres y 11,6% mujeres. El 54,5% tiene sobrepeso y 45,5% obesidad. Se estudiaron las variables: fumadores activos, exfumadores y no fumadores en ambos grupos, no objetivándose diferencias significativas intergrupales ($p=0,737$) Se agruparon a los pacientes para su estudio según el PRC que realizaron y se subdividieron según su IMC. El grupo 1 incluye 130 (42,9%) pacientes que realizaron PRC presencial, el cual consta de educación sanitaria (ES) grupal sobre alimentación cardiosaludable y control de peso con refuerzo semanal. De estos pacientes 53,07% tenían sobrepeso y 46,92% obesidad. El grupo 2 incluye 173 (57,1%) pacientes que realizaron un PRC domiciliario, que consta de ES individual y control de peso con refuerzo mensual. El 55,49% tenía sobrepeso y 44,50% obesidad. Tras realizar un PRC de 2 meses de duración, los pacientes del grupo 1, subgrupo sobrepeso, disminuyeron su peso 0,390Kg y el subgrupo obesidad 1,63Kg. La disminución global de peso fue 0.970Kg (± 2.8) Los pacientes del grupo 2, subgrupo sobrepeso, disminuyeron 0,250Kg. y el subgrupo obesidad 1,920Kg la disminución global fue de 0.990Kg. (± 2.9) La diferencia entre ambas medias no es estadísticamente significativa ($p=0,723$)

Discusión y conclusiones: Las intervenciones enfermera dirigidas a implantar hábitos de vida que encaminen a los pacientes a conseguir un peso adecuado demuestran ser efectivas de manera equiparable en los PRC presenciales y domiciliarios. Sería interesante objetivar si dichos hábitos implantados perduran en el tiempo.

Congreso de las enfermedades cardiovasculares 2018, Sevilla, 25-27 de octubre.

Comunicación: Actuación de enfermería geriátrica en pacientes con patología cardiaca avanzada en la Unidad de Continuidad Asistencial a Domicilio (UCAD) del hospital Geriátrico Virgen del Valle de Toledo

Autoras: Mónica López Saugar, Samuel Díaz Gómez, Dolores Pomares Martínez, Araceli Bartolomé Jiménez, María Carmen Gómez Gómez, Matilde Díaz de Cerio y Matilde Cuadrado Gómez.

Servicio de Geriatria. Hospital Virgen del Valle.

Introducción: El envejecimiento de la población junto con el aumento de la esperanza de vida supone mayor prevalencia de patologías crónicas, llegando al 78,5% en mayores de 75 años, siendo un 94% de éstos polimedicados. Las pacientes crónicas conllevan importante demanda de recursos asistenciales que genera sobrecarga asistencial y alto coste económico, planteando gran necesidad de cuidados en el ámbito familiar y social. Ante esta situación, las unidades de atención geriátrica especializada a domicilio favorecen la continuidad asistencial, proporcionando soporte a otros niveles asistenciales y a los cuidadores para mantener a las personas mayores con patologías crónicas avanzadas en el domicilio. La Unidad de Continuidad Asistencial a Domicilio (UCAD) del Hospital Geriátrico Virgen del Valle (HGVV) presta atención a este tipo de pacientes desde 1988.

Objetivos: Dar a conocer el papel de las enfermeras geriátricas de la UCAD del HGVV. Describir el perfil de los pacientes atendidos y sus cuidadores. Analizar la eficacia de la UCAD en la reducción de estancias hospitalarias.

Material y método: Estudio descriptivo, transversal, retrospectivo y comparativo. Se revisa la base de datos de la unidad y las historias clínicas de pacientes con patología cardiorrespiratoria incluidos durante el año 2018.

Resultados: En el período comprendido entre el 9/1/95 y el 31/12/18, se valoraron 7.434 pacientes, de los cuales 1536 presentaban patología cardiorrespiratoria. Si nos centramos en el año 2018, los pacientes valorados fueron 214 y de éstos 60 eran cardiopatas con un promedio de 10,6 fármacos. Tras dicha valoración, 54 entraron programa de atención a domicilio. 34 pacientes fueron dados de alta: o Éxitos: 22, de los cuales 7 fallecieron en el hospital y 15 en domicilio. Visitas médicas: 81; promedio por paciente: 2,3 visitas. Visitas enfermería: 209; promedio por paciente: 6 visitas. Cuidador principal: 5 varones (edad media 70 años) 29 mujeres (edad media 60 años) 20 pacientes continuaban programa: Visitas médicas: 64, media: 3,2 por paciente. Visitas de enfermería: 180, media: 9. Realizando una comparativa 6 meses antes y después de entrar en programa, este es el consumo de estancias hospitalarias durante el año 2018 Pre-intervención. Media de ingresos por paciente: 1,74. Media de visitas a urgencias por paciente: 2,31. Post-intervención. Media de ingresos por paciente: 0,4. Media de visitas a urgencias por paciente: 0,51. Mostramos la efectividad del servicio con una reducción de un 64,82% de ingresos, un 68,52% menos visitas a urgencias.

Discusión y conclusiones: La enfermería geriátrica tienen un papel relevante en el cuidado de los mayores con patología cardiaca en el domicilio. El trabajo del equipo multidisciplinar permite dar una atención integral de calidad. La eficacia de la atención se sustenta en una buena alianza terapéutica, mostrando disponibilidad y proporcionando seguridad. El soporte emocional a pacientes y familiares reduce los niveles de ansiedad y favorece la adaptación al proceso de cronicidad. La UCAD es eficaz en la reducción de estancias hospitalarias. La UCAD favorece el fallecimiento en el domicilio.

XIX Congreso regional de la Sociedad Castellano Manchega de Geriatria y Gerontología. Ciudad Real, 14-16 de marzo de 2019.

Comunicación: Calidad de la información en una unidad de hospitalización de geriatría.

Autoras: Elisa García Tercero, Mónica López Saugar, Cristina Belmonte Quintanilla, María Carmen Gómez Gómez, Elisabet Marín Alcántara, Rosa Picazo Ruipérez y Gema Torres Aguilar.

Servicio de Geriatría. Hospital Virgen del Valle.

Introducción: La falta de comunicación con el personal sanitario es la causa más importante de insatisfacción de los pacientes, siendo el hospital un estresor. Una comunicación deficiente puede causar mala adherencia al tratamiento. La falta de información durante el proceso de enfermedad provoca retraso en la búsqueda de tratamiento. Una adecuada interacción entre profesional y paciente ayuda a adoptar medidas y estrategias preventivas. Debido a las limitaciones de los ancianos y la infraestructura hospitalaria, unida a la sobrecarga de trabajo del personal, se consideró interesante obtener información sobre cómo perciben los pacientes y familiares, la información que reciben al ingreso.

Objetivos: Conocer la calidad de la información que se da en nuestro hospital desde el punto de vista de pacientes, familiares y profesionales.

Material y método: Sondeo de opinión realizado en el Hospital Virgen del Valle de Toledo a cuatro grupos de población: pacientes, familiares, enfermeros/as, médicos/as. Se han elaborado cuatro encuestas a cada una de las categorías mencionadas anteriormente durante dos semanas del mes de diciembre. La población a estudio es la siguiente: pacientes mayores de 75 años ingresados en la unidad, sin deterioro cognitivo; familiares que se encontrasen en ese momento presentes, y a las enfermeras y médicos de dicho servicio.

Resultados: Un 93.85% de los familiares y un 82.4% de los pacientes consideran que la información que reciben es adecuada. Se informa de forma conjunta médico-enfermera alrededor de un 11%. Un 69.23% de los enfermeros opina que la información debe darse de forma conjunta, mientras que de personal médico sólo un 56.25%. Al paciente se informa siempre en su habitación. En un 65% de las veces hay alguien ajeno, pero esto no incomoda al paciente.

Discusión y conclusiones: Tanto pacientes como familiares consideran que el tiempo dedicado a la información ha sido suficiente. Normalmente la información se da en la habitación y no se realiza de forma conjunta médico-enfermera. Es habitual que haya personas ajenas durante la información, hecho que no incomoda ni al paciente ni al familiar. El familiar considera que el paciente no debe ser informado del diagnóstico si padece una enfermedad grave. El paciente, normalmente, si quiere ser informado. Curiosamente, el familiar si querría ser informado si el mismo padeciese una enfermedad grave.

IV Congreso nacional de comunicación con el paciente y su familia (CIPO 2019). Albacete, 8 y 9 de febrero de 2019.

Póster: ARFID: a propósito de un caso.

Autoras: Ana Isabel López Barcience* y Laura Cañada Osma**.

*Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil. **Unidad Docente Multiprofesional de Salud Mental CHT.

Introducción: Según el DSM-5, el trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos (ARFID según sus siglas en inglés) se caracteriza por el rechazo activo persistente de alimentos debido a sus características organolépticas. Es característico de la infancia temprana. No está asociado con problemas de distorsión de la imagen corporal ni miedo a la ganancia de peso. Estos niños presentan una considerable pérdida de peso y deficiencias nutricionales significativas asociadas a la “alimentación selectiva”.

Objetivo: Analizar un caso clínico de un paciente con ARFID en la Consulta de Enfermería de la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil del Complejo Hospitalario de Toledo.

Material y método: Carlos, de 3 años, es derivado por su pediatra en noviembre de 2015 a la consulta de psicología clínica de la USM-IJ de Toledo. El motivo de consulta descrito es “alimentación selectiva persistente”. Solo toma alimentos líquidos y purés muy pasados. Rechaza los alimentos sólidos. Lleva una alimentación desequilibrada que no satisface sus necesidades energéticas. Se encuentra en un percentil 10 de talla y peso. Se deriva a Consulta de Enfermería para pautas de manejo y seguimiento.

Resultados: Durante los tres años de seguimiento, en las progresivas sesiones con Enfermería se trabajó: Con Carlos: el acercamiento progresivo a los alimentos mediante la técnica de alimentación consciente y ejercicios de relajación. Con los padres: la educación en hábitos. Enseñar las sensaciones agradables de los distintos alimentos mediante exposición repetida. Se les informa que es un proceso de adaptación y que es importante tener mucha paciencia. Es fundamental que los niños participen en el proceso de alimentación: compra, cocina y emplatado.

Discusión y conclusiones: Los Cuidados de Enfermería son fundamentales para proporcionar una asistencia adecuada en los casos de ARFID y “alimentación selectiva”. La motivación y adherencia de la familia es un aspecto importante en el tratamiento. Es un proceso largo, pero con mensaje positivo, se soluciona en la mayoría de los casos. Es un comportamiento que no hay que confundirlo con una mala educación o con niños “caprichosos”. Hay que tener en cuenta que pueden darse complicaciones asociadas como: déficit nutricional, alteración del rendimiento escolar y atrofia de músculos masticadores. Podría ser necesaria la derivación a otros especialistas como el cirujano maxilofacial, el otorrinolaringólogo y el logopeda.

XXXVI Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental, Ávila, 10–12 de abril de 2019.

Póster: Consideremos el enfoque ecológico en la prevención del ciberacoso.

Autoras: Celia Rubio Gallego, Ana Isabel López Barcience, Laura Cañada Osma, Laura Gil García-Uceda y María Jesús Buendía Brasero.

Unidad de Salud Mental y Unidad Multiprofesional de Salud Mental del Complejo Hospitalario de Toledo.

Introducción: El ciberacoso es una actividad de riesgo para la salud mental de las víctimas adolescentes. La enfermera puede desempeñar un papel fundamental en la prevención de la violencia que se ejerce a través de esta actividad.

Objetivo: Identificar los distintos niveles en los que la enfermera puede trabajar la prevención de la violencia ejercida a través del ciberacoso.

Material y método: Se realizó una búsqueda bibliográfica y se obtuvo información de la base de datos Scielo y Google Académico. Se utilizaron los descriptores de "violence" and "ecological perspective" y "cyberbullying" and "Bronfenbrenner-model", respectivamente. Se consultó el capítulo *Educación para la salud. Programas asistenciales en salud mental* del libro *Enfermería psiquiátrica* de Galiana Roch. Posteriormente se realizó una reflexión sobre la cuestión.

Resultados: El ciberacoso conlleva una serie de repercusiones en la salud mental de la víctima. Por todo ello, se hace importante la actuación de la enfermera de Salud Mental en estas prácticas de violencia. La violencia en el menor puede ser explicada siguiendo el modelo ecológico de Bronfenbrenner. Empezando por el microsistema, se puede afirmar que el menor o la persona que ejerce la violencia pasa por un proceso de "desconexión moral", estrategias psicológicas que la persona pone en marcha para librarse de los sentimientos de culpa generados por la realización de actos violentos. En el microsistema también se encuentra la familia del menor, de la cual éste aprende los modos de comportamientos violentos o respetuosos hacia otras personas. La justificación de la violencia desde el mesosistema se puede explicar a través de la violencia existente en la comunidad donde vive el individuo. Cuando en ésta está presente la violencia, se adquieren una serie de creencias que hacen que se asuma y normalice la misma. Desde el macrosistema se puede explicar el uso de la violencia atendiendo al contexto histórico y cultural del país. Un país sometido a violencia durante un tiempo prolongado en la historia hace que su sociedad adquiera una serie de creencias y valores que pueden convertirse en parte de la cultura. Por tanto, la enfermera de salud mental puede utilizar la educación para la salud como herramienta para abordar la violencia que implica el ciberacoso considerando cada uno de los ámbitos o escenarios de actuación en los que la persona está inmersa.

Discusión y conclusiones: Cuando la enfermera aborda la violencia ejercida a menores debe actuar en el microsistema, mesosistema y macrosistema.

XXXVI Congreso nacional de Enfermería de Salud Mental de la AEESME (Asociación Española de Enfermería de Salud Mental), Ávila, 10-12 de abril de 2019.

Póster: ¡La palabra ayuda, el grupo cuida!

Autoras: María Jesús Buendía Brasero.

Unidad de Salud Mental y Unidad Multiprofesional de Salud Mental del Complejo Hospitalario de Toledo.

Introducción: Según la OMS, el género influye en la salud mental de las personas. Los trastornos mentales comunes (TMC) afectan aproximadamente a 1 de cada 3 personas, siendo las mujeres adultas y de clase social baja el perfil de población con mayor riesgo de padecerlos. Las consecuencias tanto de un modelo de género tradicional como las que son producto de un modelo de transición conforman los procesos psicosociales más frecuentes en mujeres con TMC. Estos factores producen desigualdades que precisan un abordaje estratégico específico. Por ello, desde la USM de Torrijos se ha implantado un Grupo de Ayuda Mutua.

Objetivo: Ofrecer apoyo psicológico y emocional. Incrementar la autoconciencia, autoconocimiento y responsabilidad personal. Mejorar la calidad y extensión de su red social. Adquirir habilidades que mejoren el afrontamiento de los problemas cotidianos.

Material y método: Tras el aumento en la demanda de ayuda en las Consultas de la USM por parte de un perfil concreto de mujer (poco apoyo social percibido, baja autoestima...), se crea un grupo de ayuda mutua. A las interesadas se les entrevista individualmente y se evalúa la posibilidad de permanencia en el grupo. Además firman un contrato terapéutico de compromiso, respeto y confidencialidad.

Resultados: Al comienzo se recuerdan las normas básicas de obligado cumplimiento para garantizar la seguridad del grupo. Una de ellas toma la palabra y habla de aquello que le preocupa. En un clima de respeto y no juzgar, el resto de compañeras escuchan, tratan de empatizar y participar desde su experiencia. Comparten estrategias que en el pasado les fueron útiles para manejar la situación. Las usuarias son las protagonistas participando activamente, pero nunca decidiendo por las demás. Escuchando al otro, se escuchan a sí mismos, generando la promoción de actitudes y la modificación de conductas que favorecen su propio empoderamiento. Dos coordinadoras facilitan la comprensión y profundización, teniendo presente que el "líder" del grupo es la tarea, la propia ayuda mutua.

Discusión y conclusiones: Aunque no existen resultados concluyentes y es necesario seguir investigando la efectividad de los GAM, hay estudios que avalan sus beneficios. Este grupo ha evidenciado mejorías y ventajas explicitadas. Intercambio de apoyo emocional. Nueva relación con sus problemas. Aumento del conocimiento y crecimiento personal. Menor sensación de aislamiento. Aumento de la confianza y autoestima. Disminución del tratamiento farmacológico. Resultados diferentes al centrarse en la propia experiencia y no en la enfermedad.

XXXVI Congreso nacional de Enfermería de Salud Mental de la AEESME (Asociación Española de Enfermería de Salud Mental), Ávila, 10-12 de abril de 2019.

Póster: Efectos de la musicoterapia en el dolor y la ansiedad en el tratamiento oncológico pediátrico.

Autoras: María Isabel Donoso Calero*, Nerea Gómez Almendral**, María Eva Moncunill Martínez* y Raquel Díaz Merchán*.

*Unidad de Pediatría del Hospital Virgen de la Salud de Toledo. **Servicio de Urgencias del Hospital Virgen del Prado de Talavera de la Reina.

Introducción: El cáncer se establece como una de las principales causas de morbimortalidad en la actualidad, provocando más de seis millones de defunciones. En la población infantil la incidencia de cáncer es muy reducida, se diagnostican 155,5 casos nuevos anuales por millón de niños entre 0 y 14 años según el Registro Español de Tumores Infantiles (RETI-SEHOP). Durante el proceso oncológico son múltiples los procedimientos a realizar para el diagnóstico y el tratamiento, los cuales causan ansiedad y dolor en el niño. En un intento de paliar ese dolor y ansiedad de una forma no farmacológica surgen las terapias complementarias, entre las que destaca la musicoterapia.

Objetivo: Comprobar la efectividad de la musicoterapia en la reducción del dolor y ansiedad en el proceso oncológico de niños de 0-15 años.

Material y método: Se trata de una Revisión sistemática cuya búsqueda de Ensayos Clínicos Aleatorizados (ECAs) se llevó a cabo en las siguientes bases de datos: PubMed, Scopus, Web of Science, Cochrane y CSIC, con las siguientes palabras clave: cáncer, oncología, pediatría, musicoterapia, dolor y ansiedad. Fueron incluidos estudios publicados desde el año 2006 al 2016 en lengua española o inglesa y fueron valorados mediante la escala PEDro.

Resultados: De los 6 estudios seleccionados, sólo 1 de ellos hace referencia al dolor mostrando resultados positivos, sin embargo, no existe una evidencia clara en los estudios sobre la ansiedad. La calidad metodológica de los estudios tampoco muestra gran evidencia, siendo "muy buena" sólo en uno de ellos.

Discusión y conclusiones: Esto nos lleva a concluir que las futuras investigaciones deberán, para seguir en esta línea, plantear diseños de investigación de mayor rigor, cuyas conclusiones nos ayuden a la toma de decisiones en la práctica clínica y cuyas intervenciones tengan una mayor homogeneidad para poder así, compararlas de una forma más eficaz.

XI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Hematología y Oncologías Pediátricas. Alicante, del 31 de mayo al 2 de junio de 2018.

Caso Clínico: Yo coach y tu coachee. El paciente como Coach.

Autoras: María Angustias Torres Alamitos y María Jesús Bocos Reglero.

Hospital Nacional de Parapléjicos de Toledo.

Introducción: El coaching es un proceso de comunicación en el que un coach (conductor o entrenador), ayuda a un coachee (cliente) y se responsabiliza del proceso de cambio, para que éste consiga su objetivo. A través del proceso de coaching, el paciente o cliente, profundiza en su conocimiento, aumenta su rendimiento y mejora su calidad de vida, por lo que se le considera actualmente como “el arte y la ciencia de facilitar el cambio autodirigido”.

El coaching se enfoca claramente en los individuos, en su potencial, en sus sueños y metas. El coaching es pues, una metodología para el cambio y el coach un facilitador de procesos de cambio en las personas.

Descripción del caso: Se buscó información en Bases de datos Pubmed y Medline, no obteniendo resultados sobre el papel del lesionado medular como coach de otro paciente.

Se eligieron dos pacientes lesionados medulares, uno de ellos con acondroplasia y el otro mayor de 65 años y pluripatologías añadidas. El paciente con acondroplasia era el “Coach” pues había adquirido las habilidades necesarias de la rehabilitación integral y el otro paciente era el “Coachee” sobre el que planteamos la intervención.

Diagnósticos NANDA: 00153. Riesgo de baja autoestima situacional. 00078. Manejo inefectivo del régimen terapéutico.

Planificación de cuidados:

Partiendo de estos Diagnósticos, obtuvimos los siguientes NIC/NOC:

- Resultados NOC:
 - 1205 -Autoestima
 - 2512 -Recuperación del abandono

- Intervenciones NIC:
 - 5400 - Potenciación de la autoestima
 - 5240 - Asesoramiento
 - 5370 - Potenciación de roles

Reflexión del caso: Con esta actuación se pretende:

A través del proceso de Coaching, el paciente profundiza en su conocimiento, aumenta su rendimiento y mejora su calidad de vida. Es una forma interactiva de ayudar a los demás a desarrollarse rápidamente con la finalidad de conseguir resultados óptimos.

El Coach ayuda a encontrar el camino, eliminar obstáculos y sacar el mejor partido a las capacidades del otro, al que se denomina como Coachee.

El Coach transmite conocimientos y experiencia, no es un asesor, no aconseja ni le dice a su Coachee lo que tiene que hacer, no le da indicaciones o soluciones a sus problemas sino que es el que facilita el cambio autodirigido.

La Educación Sanitaria sigue siendo un pilar básico en la Promoción de la Salud. El empoderamiento del paciente comienza a ser pieza clave en el proceso rehabilitador de otros pacientes.

“Il Jornada de Humanización de la Asistencia Sanitaria” Puertollano, 9 de marzo de 2018.

Premio al mejor trabajo presentado en la XVII Jornada de Enfermería del Complejo Hospitalario de Toledo. Patrocinado por el Colegio Oficial de Enfermería de Toledo:

Título: “Prevalencia de la lactancia materna exclusiva al alta y su relación con otros factores en el Hospital Virgen de la Salud de Toledo”.

Autoras: Natalia Pino Pino, Paula Caño Armenteros y Patricia Hernández Alía.

Unidad Docente de Enfermería Obstetricia y Ginecología (Matronas).

Premio accésit:

Título: “Creencias y conocimientos de los profesionales sanitarios de urgencias asociadas a las personas con enfermedad mental”.

Autoras: María Jesús Buendía Brasero y Laura Cañada Osma.

Unidad Docente Multiprofesional de Salud Mental.



Castilla-La Mancha



COMPLEJO HOSPITALARIO DE TOLEDO

