



VII Jornadas de Enfermería I+D+i

IV Jornadas Internacionales

Libro de Comunicaciones

Sevilla, 14 de noviembre de 2019

Promoción de la salud basada en activos:
sociedad, familias y grupos vulnerables

Cada vez más cerca de las personas



Cruz Roja Española

Libro

de Comunicaciones

© Cruz Roja Española

Cualquier parte de este documento puede ser citado, copiado, traducido a otros idiomas o adaptado para satisfacer las necesidades locales sin autorización previa de Cruz Roja Española, a condición de que se cite claramente la fuente.

VII Jornadas de Enfermería I+D+i. IV Jornadas Internacionales. Promoción de la salud basada en activos: sociedad, familias y grupos vulnerables,

Libro de Comunicaciones.

ISBN 978-84-09-19516-9

1ª Edición

14 de noviembre de 2019

Edita: Cruz Roja Española
Avda. de la Cruz Roja, nº1 dpdo.
Sevilla 41009
954350997 - esense@cruzroja.es

Autor: Centro Universitario de Enfermería Cruz Roja
adscrito a la Universidad de Sevilla

Dirección: Ponce-Blandón, José Antonio

Edición: Tous Rivera, Cristina Beatriz

Coordinación:

Ponce Blandón, José Antonio
Jiménez Picón, Nerea
Montes Porras, Domingo
Tous Rivera, Cristina Beatriz
Ramírez Baena, Lucía
Hernán García, Mariano
Robles Romero, José Miguel
Martos García, Raúl
Velasco Sánchez, María Ángeles
Romero Martín, Macarena
Portero Prados, Francisco Javier
Pabón Carrasco, Manuel
Fajardo Rodríguez, Laura
Abadín Barrantes, José

Índice

INTRODUCCIÓN

PROGRAMA CIENTÍFICO

COMUNICACIONES ORALES

CAPÍTULO 1. CONTRIBUCIÓN DE LA SIMULACIÓN CLÍNICA EN ESTUDIANTES DE CIENCIAS DE LA SALUD. Pedro Manuel Rodríguez-Muñoz, Cristina Rivera-Picón.

CAPÍTULO 2. SIMULACIÓN EN EL GRADO DE ENFERMERÍA. ¿VALORAMOS LOS RESULTADOS? Carmen Gutiérrez-Alonso, Sonsoles Olmedo-Rodríguez.

CAPÍTULO 3. SIMULACIÓN EN CUIDADOS PALIATIVOS EN EL GRADO DE ENFERMERÍA. Esther Insa-Calderón, Carme Vega-Montegudo, Mariona Farrés-Tarafa, Núria Grané-Mascarell, Laura Insa-Calderón.

CAPÍTULO 4. EVALUACIÓN DE COMPETENCIAS CLÍNICAS MEDIANTE SIMULACIÓN EN ESTUDIANTES ENFERMERÍA. Alonso Naharro-Álvarez, Mateos-García M^a Dolores, Juana Macías-Seda, Mercedes Bueno-Ferranz, Máximo de la Fuente-Gines.

CAPÍTULO 5. SIMULACIÓN CLÍNICA CON PACIENTES ESTANDARIZADOS PARA LA ADQUISICIÓN DE COMPETENCIA CULTURAL EN EL FINAL DE LA VIDA. NUEVO RETO PARA EL ALUMNADO DE GRADO EN ENFERMERÍA. Esperanza Begoña García-Navarro, María Jesús Rojas-Ocaña, María López-Carmona.

CAPÍTULO 6. ACCIDENTES BIOLÓGICOS DE ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA DURANTE SU FORMACIÓN PRÁCTICA. José Antonio Sánchez Miura, Rocío Romero-Castillo.

CAPÍTULO 7. LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA PRAXIS ENFERMERA EN ESPAÑA. ELEMENTOS Y OBSTÁCULOS QUE INTERVIENEN. Laura Espejo-Rodríguez, María del Olmo-Rodríguez. Premio a la mejor comunicación.

COMUNICACIONES PÓSTER

CAPÍTULO 8. SEGURIDAD DEL PACIENTE Y DEL PROFESIONAL DURANTE LA EXTRACCIÓN DE SANGRE VENOSA. Laura Muñoz-Bermejo, Noelia Martín-Espinosa, Rosa María Píriz-Campos, Inés Casado-Verdejo, Salvador Postigo-Mota.

CAPÍTULO 9. ¿ES LA SIMULACIÓN CLÍNICA UNA HERRAMIENTA QUE DETECTA ERRORES EN LA ASISTENCIA? Francisco Javier Portero-Prados, Blanca Sánchez-Baños.

CAPÍTULO 10. LA SEGURIDAD DEL PACIENTE MAYOR MEDIANTE USO DE LAS TICs EN EL CONTROL DE LA MEDICACIÓN. María Jesús Rojas-Ocaña, Yuberkis Adames-Santos, García-Navarro Esperanza Begoña.

CAPÍTULO 11. EVALUACIÓN DE LA SIMULACIÓN CLÍNICA EN LA UCAV: CALIDAD FORMATIVA. Ignacio Díaz-Garrido, Gutiérrez-Alonso, C.

CAPÍTULO 12. DEMOSTRACIÓN ENFERMERA EN SIMULACIÓN DE LA OBSTRUCCIÓN DE LA VÍA AÉREA EN OVACE. María Begoña Martos-Cabrera, Lucia Ramírez-Baena, Guillermo Arturo Cañadas-De la Fuente, Luis Albendín-García, José Luis Gómez-Urquiza.

CAPÍTULO 13. DEMOSTRACIÓN ENFERMERA EN SIMULACIÓN DE LA CAJA TORÁCICA Y ESPONJAS EN RCP. Lucia Ramírez-Baena, María Begoña Martos-Cabrera, Luis Albendín-García, Guillermo Arturo Cañadas-De la Fuente, José Luis Gómez-Urquiza.

CAPÍTULO 14. INFLUENCIA DE LA SIMULACIÓN CLÍNICA SOBRE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE. Rocío Romero-Castillo.

CAPÍTULO 15. GESTIÓN DE CASOS: VALOR AÑADIDO A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN SITUACIÓN PALIATIVA. Sonia García Navarro, Rosa Pérez Espina, E. Begoña García Navarro, Servando M. Baz Montero.

CAPÍTULO 16. ADHERENCIA TERAPÉUTICA Y SEGURIDAD DEL PACIENTE EN PERSONAS MAYORES. Laura Muñoz-Bermejo, Belén López-Portegal, Luís Aramis Estrella-Ruíz, Laura Muñoz-Bermejo, Juan Antonio Carrillo-Norte.

CAPÍTULO 17. SEGURIDAD CLÍNICA EN PACIENTES CON ANOREXIA NERVIOSA EN FACEBOOK E INSTAGRAM. Antonio de Padua Paredes Jiménez, Elvira García-Fernández, Anjhara Gómez-Aragón, José Rafael González-López.

CAPÍTULO 18. NOTAS SOBRE SEGURIDAD CLÍNICA EN EL PRIMER TÍTULO DE ENFERMERÍA EN ESPAÑA (1915). José Antonio Sánchez-Miura.

CAPÍTULO 19. APRENDIZAJE EN SEGURIDAD CON LA BACTERIEMIA ZERO EN LA UCI PEDIATRICA DE TOLEDO. María Isabel Donoso Calero, Gustavo Paramo García, Jose Luis Martín Conty, Rocío Díaz Salcedo, Carolina Gómez-Escalonilla Zapardiel.

CAPÍTULO 20. DETECCIÓN PRECOZ DE LA CLAUDICACIÓN FAMILIAR EN LOS CUIDADOS PALIATIVOS. María Angustias Díaz-Santos, Miriam Araujo-Hernández, Sonia García-Navarro, Rosa Pérez-Espina, Estefanía García-del Pino.

CONCLUSIONES

ANEXO 1. ACREDITACIONES

ANEXO 2. REGISTRO DEL ISBN

Introducción

Los retos en el abordaje de los problemas de salud de la sociedad nos conducen hacia la necesidad de que los profesionales sanitarios, y especialmente las enfermeras, reconduzcan sus acciones hacia un modelo de “salud positiva”. Este modelo obliga a los profesionales a ver las acciones en salud focalizando la mirada hacia aquello que hace que las personas, las familias y las comunidades aumenten el control sobre su salud y la mejoren. Es una forma de actuar desde los servicios de salud que exige poner en valor a los activos para la salud, como recursos accesibles que pueden contribuir a mejorar la salud, el bienestar y, en definitiva, la felicidad, de las personas, las familias y las colectividades. El enfoque preventivo nos ha permitido controlar muchas enfermedades, pero progresivamente vamos necesitando utilizar un enfoque de “salud positiva” en el empoderamiento de los individuos, las familias, los colectivos más vulnerables y, en definitiva, la sociedad en general, para que asuma el control de su propia salud y bienestar. Además, en el día a día las enfermeras y otros profesionales sanitarios, se enfrentan a necesidades que plantean colectivos y grupos de alta vulnerabilidad, cuyo abordaje podría ser más eficaz con una perspectiva salutogénica. Desde esta necesidad, surge esta propuesta de Jornadas, que pretende ser un foro de presentación y debate sobre las principales estrategias que los profesionales sanitarios podemos desarrollar para emplear los activos en salud y aplicar la “salud positiva” en individuos, familias y colectividades, con el propósito de mejorar su bienestar y calidad de vida.

Objetivos

- Divulgar y dar a conocer los últimos avances en promoción de la salud y salud comunitaria.
- Conocer las principales aplicaciones del modelo salutogénico y del enfoque positivo de la salud a la mejora de la salud de los individuos, familias y colectividades.
- Analizar los principales recursos disponibles a nivel individual, familiar y/o comunitario como activos en salud.
- Actualizar y dar a conocer las metodologías de trabajo con grupos vulnerables desde una perspectiva salutogénica más eficaces.
- Conocer y divulgar las experiencias más relevantes de mapeo comunitario como proceso de intervención comunitaria y de identificación de activos en salud.
- Analizar las fortalezas, talentos y habilidades de las personas, familias o grupos sociales que mantienen o potencian la salud.
- Conocer las estrategias políticas e intervenciones sanitarias más relevantes, influenciadas por el modelo de activos

Destinatarios de las Jornadas

- Enfermeros y Enfermeras con Título de Grado o Diplomado en Enfermería.
- Estudiantes de Grado en Enfermería.

Acreditaciones de las Jornadas

- En trámite la acreditación de actividad de formación continuada por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. (ACSA)
- En trámite el reconocimiento de Interés Científico- Sanitario por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.
- En trámite el reconocimiento académico por la Universidad de Sevilla.

Han sido unas jornadas con reconocimiento de interés científico-sanitario, Expediente 40/17, por parte de la Dirección General de Investigación y Gestión del Conocimiento de la Junta de Andalucía. Así mismo, está acreditada como Actividad de Formación Continuada por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA) con un total de 1,9 créditos. Y la Universidad de Sevilla ha otorgado el Reconocimiento Académico de la actividad con 10,5 horas, 0,4 créditos ECTS y 1 LRU.

Comité científico y organizador

Programa Científico

14 de noviembre - Jornadas. Sesión matinal

09:30 – 10:00h. Recepción de Congresistas. Entrega de documentación.

10:00 – 10:45h. Acto de apertura.

Preside: Dr. **José Antonio Ponce Blandón**. Director del C. U. de Enfermería Cruz Roja.

Dr. **Juan Pablo Sobrino Toro**. Director del Secretariado de Relaciones con las Instituciones Sanitarias.

D. **José María Rueda**. Presidente del Excmo. Colegio Oficial de Enfermería de Sevilla.

10:45 – 11:30h. Conferencia Inaugural: “**Salutogénesis y activos para la salud**”.

Ponente: Prof. Dr. **Mariano Hernán García**. Profesor de Salud Pública y Promoción de la Salud de la Escuela Andaluza de Salud Pública

11:15 – 11:30h. Debate.

11:30 – 12:00h. Descanso.

12:00 – 13:30. Mesa Redonda: “**Estrategias de promoción de la salud basadas en activos**”. Modera: Dr. **José Antonio Ponce Blandón**. Director del Centro de Enfermería Cruz Roja.

“**Los mapas de salud como instrumento de identificación de activos en salud**”.
Ponente **D. Mauricio Lozano Navarrete**. Unidad de Gestión Clínica Salud Pública Sevilla. Distrito Sanitario de Atención Primaria Sevilla.

- **La metodología de aprendizaje en entornos de simulación para el postgrado en Enfermería.**
Ponente: **Dra. Carmen Casal Angulo**. Enfermera Servicio Emergencias Sanitarias SAMU. Profesora Facultad Enfermería y Podología. Universidad Valencia.
- **La formación y evaluación de competencias profesionales mediante simulación robótica y simulación virtual.**
Ponente: **Dr. José Manuel Sánchez Carrión**. Coordinador del Área de procesos Quirúrgicos. Línea IAVANTE Fundación Progreso y Salud.
- **La Evaluación Clínica Objetiva Estructurada como herramienta evaluativa de competencias.**
Ponente: **Dr. Jorge Juan García Seoane**. Vicedecano de Ordenación Académica y profesorado. Facultad de Medicina. Universidad Complutense de Madrid.

13:30 – 14:00h. Debate.

14:00 – 15:00h. Almuerzo. Pausa.

Jornadas. Sesión de tarde

15:00 – 16:00h. Presentaciones en Póster.

16:00 – 17:30h. Mesa Redonda: “**La seguridad del paciente y la gestión de cuidados**”.

Modera: **Dr. Manuel Pabón Carrasco**. Jefe de Estudios del Centro de Enfermería Cruz Roja.

- **Papel de la seguridad del paciente en la mejora de la calidad en las instituciones sanitaria.** Experiencias internacionales.
Ponente: **Dr. Juan José Pérez Lázaro**. Director de docencia y coordinador de seguridad del paciente. Escuela Andaluza de Salud Pública.
- **Avances desde la gestión de los cuidados en la seguridad clínica.**
Ponente: **Dña. Maribel Casado Mora**. Enfermera. Responsable de Proyectos de Atención Hospitalaria PICUIDA.
- **Experiencias de buenas prácticas de seguridad del paciente desde los cuidados de salud.**
Ponente: **Dña. Mónica Rodríguez Bouza**. Enfermera de Emergencias. Empresa Pública de Emergencias Sanitarias EPES 061.
- **La seguridad del paciente desde la perspectiva de los propios pacientes.**
Ponente: **D. Pablo Bella Castillo**. Enfermero. Secretario de la Asociación de Crohn y Colitis Ulcerosa de España.

17:30 – 18:00h. Debate.

18:00 – 19:00h. Sesiones de Comunicaciones.

19:00h. Conclusiones y clausura.

Comunicaciones Orales

Capítulo 1

CONTRIBUCIÓN DE LA SIMULACIÓN CLÍNICA EN ESTUDIANTES DE CIENCIAS DE LA SALUD.

Pedro Manuel Rodríguez-Muñoz, Cristina Rivera-Picón.

Palabras clave: simulación, estudiantes, universidad, ciencias de la salud, enfermería.

RESUMEN

INTRODUCCION

La simulación clínica ayuda en la educación en ciencias de la salud, siendo un método efectivo para el aprendizaje, que se está introduciendo en las universidades de manera progresiva (1). El uso de la simulación clínica garantiza la seguridad del paciente y evita cualquier tipo de error (1, 2).

OBJETIVOS

Identificar ventajas e inconvenientes de la simulación clínica en la actualidad.

MATERIAL Y MÉTODO

Revisión sistemática en las bases de datos: Scielo, Pubmed, Scimedirect y buscador Google Académico. Palabras clave: simulación, estudiantes, universidad, ciencias de la salud, enfermería. Documentos publicados entre 2004 y 2017, en inglés o español.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La simulación clínica evita riesgos hacia los pacientes, hacia los cuidados y el sistema de salud (2, 3), se adapta al proceso de aprendizaje del alumno posibilitando volver a repetir las técnicas (4, 5), se pueden practicar situaciones clínicas que no son habituales (6), se fomenta el trabajo en equipo y disminuye el estrés (2, 7, 8). También fomenta la autocritica al poder grabar las actuaciones y refuerza los conocimientos (9). Los alumnos ven la simulación clínica como una enseñanza didáctica (9) y la catalogan positivamente (10). Los inconvenientes de esta práctica son los altos costes de los equipos, alta carga de trabajo de los profesores encargados, la necesidad de formación específica de los docentes (11) y la falta de estímulos reales al no tener pacientes humanos (12).

CONCLUSIONES

La simulación clínica se ve con más beneficios que inconvenientes, siendo una técnica positiva tanto para la enseñanza del alumno como para la seguridad del paciente

REFERENCIAS

1. Quesada SA, Burón MF, Castellanos OA, del Moral V-MI, González FC, Olalla AJ, et al. Training in the care of the critical and multiple-injured patient: role of clinical simulation. Medicina intensiva. 2007;31(4):187-93.

2. Maestre JM, Manuel-Palazuelos JC, del Moral I, Simon R. La simulación clínica como herramienta para facilitar el cambio de cultura en las organizaciones de salud: aplicación práctica de la teoría avanzada del aprendizaje. *Revista Colombiana de Anestesiología*. 2014 4//;42(2):124-8.
3. Fort CW. Enseñanza práctica mediante la simulación. *Nursing (Ed española)*. 2010;28(5):37-9.
4. Vázquez-Mata G, Guillamet-Lloveras A. El entrenamiento basado en la simulación como innovación imprescindible en la formación médica. *Educación médica*. 2009;12(3):149-55.
5. Valler-Jones T, Meechan R, Jones H. Simulated practice--a panacea for health education? *British Journal of Nursing*. 2011;20(10).
6. López JG, Spirko LV. Simulación, herramienta para la educación médica. *Salud uninorte*. 2007;23(1):79-95.
7. Corvetto M, Bravo MP, Montaña R, Utili F, Escudero E, Boza C, et al. Simulación en educación médica: una sinopsis. *Revista médica de Chile*. 2013;141:70-9.
8. Okuda Y, Bryson EO, DeMaria S, Jr., Jacobson L, Quinones J, Shen B, et al. The utility of simulation in medical education: what is the evidence? *The Mount Sinai journal of medicine, New York*. 2009 Aug;76(4):330-43. PubMed PMID: 19642147. Epub 2009/07/31. eng.
9. De la Horra Gutiérrez I. La simulación clínica como herramienta de evaluación de competencias en la formación de enfermería. *REDUCA (Enfermería, Fisioterapia y Podología)*. 2010;2(1).
10. Juguera Rodríguez L, Díaz Agea JL, Pérez Lapuente M, Leal Costa C, Rojo Rojo A, Echevarría Pérez P. La simulación clínica como herramienta pedagógica: percepción de los alumnos de Grado en Enfermería en la UCAM (Universidad Católica San Antonio de Murcia). *Enfermería Global*. 2014;13(33):175-90.
11. Feingold CE, Calaluce M, Kallen MA. Computerized patient model and simulated clinical experiences: evaluation with baccalaureate nursing students. *The Journal of nursing education*. 2004 Apr;43(4):156-63. PubMed PMID: 15098909. Epub 2004/04/22. eng.
12. Hammond J. Simulation in critical care and trauma education and training. *Current Opinion in Critical Care*. 2004;10(5):325-9. PubMed PMID: 00075198-200410000-00004.
13. Biese KJ, Moro-Sutherland D, Furberg RD, Downing B, Glickman L, Murphy A, et al. Using screen-based simulation to improve performance during pediatric resuscitation. *Academic emergency medicine : official journal of the Society for Academic Emergency Medicine*. 2009 Dec;16 Suppl 2:S71-5. PubMed PMID: 20053216. Epub 2010/01/28. eng.
14. Durá Ros MJ. La simulación clínica como metodología de aprendizaje y adquisición de competencias en enfermería: Universidad Complutense de Madrid; 2013.
15. Toloza REV. La simulación clínica: una experiencia para contar. *Revista Ciencia y Cuidado*. 2006;3(3):112-8.

Capítulo 2

SIMULACIÓN EN EL GRADO DE ENFERMERÍA. ¿VALORAMOS LOS RESULTADOS?

Carmen Gutiérrez-Alonso, Sonsoles Olmedo-Rodríguez.

Palabras clave: Simulación, enseñanza, evaluación de resultado.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

En el año 2014 la Universidad Católica de Ávila (UCAV) plantea la implantación de una nueva estrategia docente que acerque la práctica clínica a las aulas para que el alumno adquiera una experiencia lo más real posible antes de su incorporación a instituciones sanitarias con pacientes. El proyecto pasa por fases como documentación, elaboración, presentación, aprobación, diseño de las instalaciones, implantación, evaluación y acciones de mejora. Esta comunicación presenta la evolución del proyecto desde su gestación hasta el momento actual.

OBJETIVOS

Presentar los resultados de la implantación de la metodología docente de simulación clínica en el Grado de Enfermería de la UCAV. Valorar si la percepción de los estudiantes corresponde a los objetivos de aprendizaje marcados cuando se plantea la implantación de esta metodología.

MATERIAL Y MÉTODO

Se trata de la revisión de una experiencia docente por lo que se trabaja con la documentación elaborada por el equipo de instructores, la encuesta de satisfacción enviada a los estudiantes.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El primer resultado es la implantación de esta metodología docente en mayo del 2014, la inclusión en la guía docente del curso 2014/2015. Elaboración del manual de funcionamiento de los casos. Formación de un equipo de instructores con importante experiencia clínica familiarizados rápidamente con la simulación y los avanzados medios técnicos de que se dispone y su consolidación en el curso 2015/2016 revisando y mejorando los contenidos. La encuesta de satisfacción de los alumnos nos permite tener una valoración inicial de la percepción de los estudiantes de la metodología.

CONCLUSIONES

Según los datos obtenidos por las encuestas de satisfacción, esta metodología es cada vez mejor aceptada por los estudiantes con mayor participación voluntaria.

REFERENCIAS

1. LOPEZ SANCHEZ, M., RAMOS LOPEZ, L., PATO LOPEZ, O., LOPEZ ALVAREZ, S. (2013). La simulación clínica como herramienta de aprendizaje. Cirugía Mayor Ambulatoria. [en línea] 18 (1). 25-29. Disponible en http://www.asecma.org/Documentos/Articulos/05_18_1_FC_Lo%C2%A6%C3%BCpez.pdf [Fecha de consulta: 28 de enero de 2017]
2. NIÑO, C. A., VARGA, N. G., BARRAGÁN, J. A. (2015). Fortalecimiento de la simulación clínica como herramienta pedagógica en enfermería: experiencia de internado. Revista Cuidarte. 6(1): 970-5 <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v6i1.161> [Fecha de consulta: 28 de enero de 2017]
3. JUGUERA RODRIGUEZ, L., DIAZ AGEA, J.L., PEREZ LAPUENTE, M. L., LEAL COSTA, C., ROJO ROJO, A., ECHEVARRIA PEREZ, A. (2014). La simulación clínica como herramienta pedagógica. Percepción de los alumnos de Grado en Enfermería en la UCAM (Universidad Católica San Antonio de Murcia). Enfermería Global. [On-line]. 13 (33). ISSN 1695-6141. Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000100008 [Fecha de consulta: 28 de enero de 2017]

Capítulo 3

SIMULACIÓN EN CUIDADOS PALIATIVOS EN EL GRADO DE ENFERMERÍA.

Esther Insa-Calderón, Carme Vega-Monteagudo, Mariona Farrés-Tarafa, Núria Grané-Mascarell, Laura Insa-Calderón.

Palabras clave: Cuidados paliativos, servicios de atención de salud a domicilio, educación en enfermería, simulación.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

Con frecuencia, los escenarios de simulación están ambientados en el entorno hospitalario. En nuestro contexto, la simulación es utilizada en menos ocasiones para entrenar la atención al paciente en su domicilio, con una enfermedad crónica avanzada o en el final de vida. Con el propósito de entrenar su atención se diseñó y llevaron a cabo sesiones de simulación en cuidados paliativos para estudiantes de cuarto curso del Grado en Enfermería.

OBJETIVOS

El objetivo del estudio es describir la satisfacción de los estudiantes después de la implementación por primera vez de dichas sesiones.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo, realizado entre febrero y abril de 2017, mediante un cuestionario compuesto de 23 ítems repartidos en cuatro dimensiones: valoración de los aspectos de coordinación, del rol de los facilitadores, del impacto en los conocimientos, habilidades y actitudes y una valoración general de la satisfacción del estudiante. El análisis del contenido se realizó cualitativa y cuantitativamente, dependiendo del tipo de variable.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La experiencia fue vivida por 137 estudiantes de los que participaron en el estudio 54. El ítem mejor valorado fue el realismo conseguido, haciendo hincapié en la facilitación de la inmersión. El ítem que más variabilidad mostró fue el del uso de pautas de actuación. Los estudiantes destacaron el valor de la simulación para la reflexión de aspectos humanísticos, así como el del pensamiento crítico para su formación. Señalaron la toma de conciencia de los conocimientos previos y de los adquiridos durante la sesión, así como la identificación de necesidades formativas concretas.

CONCLUSIONES

El uso de la simulación para entrenar la atención al paciente en el final de vida obtuvo una valoración general por parte de los estudiantes muy satisfactoria. Su implementación forma parte de un trabajo colaborativo con profesionales del PADES para promover, desde el inicio

de la profesión enfermera, un cambio en la mirada del paciente paliativo, que participa en un cambio cultural.

REFERENCIAS

1. Boulstridge L, Reed N, Joanne H, Jonathon S, Seesarun A. High fidelity simulation training in end of life care. A vision for the future. *BMJ Supportive & Palliative Care*. 2012;2:A111.
2. Brown C, Gephardt G, Lloyd C, Swearingen C, Boateng B. Teaching palliative care skills using simulated family encounters. *MedEdPORTAL Publications*. 2011;7:8507. http://doi.org/10.15766/mep_2374-8265.8507
3. Ferris FD, Balfour HM, Bowen K, Farley J, Hardwick M, Lamontagne C, Lundy M, Syme A, West, PJ. A model to guide patient and family care: Based on nationally accepted principles and norms of practice. *Journal of pain and symptoms management*. 2002; 24 (2):106-123.
4. Gillan PC, Arora S, Sanderson H, Turner L. Palliative Care Simulation: Nurturing Interprofessional Collegiability. *Health and Interprofessional Practice*. 2013;2(1):eP1051
5. Gilliland I, Frei B, McNeill J, Stovall, J. Use of High-Fidelity Simulation to Teach End-of-Life Care to Pharmacy Students in an Interdisciplinary Course. *American Journal of Pharmaceutical Education*. 2012;10; 76(4): 66. doi: 10.5688/ajpe76466
6. Riley Richard H. *Manual of simulation in healthcare*. Oxford : Oxford University Press; 2008.
7. Sarabia-Cobo CM, Alconero-Camarero AR, Lavín-Alconero L, IbáñezRementería I. Assessment of a learning intervention in palliative care based on clinical simulations for nursing students. *Nurse Education Today*. 2016;45:219-24. doi:10.1016/j.nedt.2016.08.014.
8. Saylor J, Vernoooy S, Selekman J, Cowperthwait A. Interprofessional Education Using a Palliative Care Simulation. *Nurse Education*. 2016;41(3):125-9. doi:10.1097/NNE.0000000000000228.
9. SECPAL. *Guía de Cuidados Paliativos*. Madrid: ARÁN Ediciones; 2008
10. Wilson L, Rockstraw L. *Human simulation for nursing and health professions*. New York : Springer Publishing Company; 2012.

Capítulo 4

EVALUACIÓN DE COMPETENCIAS CLÍNICAS MEDIANTE SIMULACIÓN EN ESTUDIANTES ENFERMERÍA.

Alonso Naharro-Álvarez, Mateos-García M^a Dolores, Juana Macías-Seda, Mercedes Bueno-Ferranz, Máximo de la Fuente-Gines.

Palabras clave: Simulation, nursing, clinical competence.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

La formación y evaluación por competencias se coloca en el centro del discurso pedagógico según el Espacio Europeo de Educación Superior (EEES) constituyendo un reto docente. A esto se suma, el avance en la nueva cultura de seguridad clínica. Por todo ello, siguiendo indicaciones de la Sociedad Española de Simulación Clínica y Seguridad del Paciente SESSEP, hemos impulsado la simulación clínica en Enfermería.

OBJETIVOS

Describir el pilotaje de simulación clínica en Enfermería de la Universidad de Sevilla.

MATERIAL Y METODOS

Estudio descriptivo con estudiantes de 4º de Enfermería mediante metodología MAES® (Metodología de Autoaprendizaje de Experiencias de Simulación). Se han desarrollado ejercicios clínicos con simuladores de alta fidelidad reproduciendo diferentes situaciones clínicas. Ello, ha permitido mayor sensibilidad en la toma de decisiones y resolución de problemas, así como ejecutar habilidades técnicas. Un evaluador externo y dos profesores han examinado las competencias de manera objetiva mediante rúbrica con indicadores según el nivel 3 de la Nursing Intervention Classification (NIC). También se ha identificado la satisfacción, fortalezas y debilidades de estudiantes y profesores con un cuestionario On-line de 20 items Likert y dos preguntas abiertas.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La totalidad (43 encuestados) considera la actividad muy útil para evaluar competencias enfermeras que les permite tener un feed-back de sus destrezas. Consideran que ha reproducido de forma fiable una situación real, con coherencia en la duración y nivel formativo exigido. La valoran satisfactoriamente (4,5/5), destacando su dinámica y el trabajo en equipo. Resaltan como enriquecedora, la reflexión posterior (debriefing). Por contra, señalan cierta descoordinación en la organización de escenarios y déficit de material.

CONCLUSIONES

Experiencia altamente satisfactoria, necesaria e incuestionable. Exige entrenamiento exhaustivo con alto coste de créditos docentes. Logística compleja con manejo de recursos sofisticados.

REFERENCIAS

1. Niño CA, Vargas NG, Barragán JA. Fortalecimiento de la simulación clínica como herramienta pedagógica en enfermería: experiencia de internado. *Rev Cuid.* 2015; 6(1): 970-5
2. Aschenbrenner, D. S., Milgrom, L. B., Settles, J. Designing simulation scenarios to promote learning. In P. Jeffries (Ed.), *Simulation in nursing education: From conceptualization to evaluation* (2nd ed). New York: National League for Nursing. 2012: 43-74
3. Simulación en el Grado en Enfermería. [Accesada 27/11/2016]. Disponible en: <http://www.sessep.com/simulacion-en-el-grado-de-enfermeria/>
4. Manriquez-Pantoja L. ¿Evaluación en competencias? *Estudios pedagógicos XXXVIII.* 2012; 1:353-366.
5. Díaz Agea, José Luis; Leal Costa, César; García Méndez, Juan Antonio. Metodología de autoaprendizaje en entornos simulados (MAES©). *Evidentia.* 2014 ene-mar; 11(45).
6. Junquera Rodríguez L. La simulación clínica como herramienta pedagógica. Percepción de los alumnos del grado de enfermería en la UCAM (Universidad Católica de San Antonio de Murcia) *Enfermería Global.* 2014. 33 (Ene): 175-190

Capítulo 5

SIMULACIÓN CLÍNICA CON PACIENTES ESTANDARIZADOS PARA LA ADQUISICIÓN DE COMPETENCIA CULTURAL EN EL FINAL DE LA VIDA. NUEVO RETO PARA EL ALUMNADO DE GRADO EN ENFERMERÍA.

Esperanza Begoña García-Navarro, María Jesús Rojas-Ocaña, María López-Carmona.

Palabras clave: Diversidad cultural, Cuidados Paliativos, Simulación de paciente.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

Las personas provenientes de diferentes culturas en el tramo final de sus vidas experimentan el fenómeno de la diferencia, ya que su forma de entender la muerte no se corresponde con la de la cultura occidental. La muerte no es gestionada desde la diversidad, y está sometida a las costumbres sociales dominantes. Los alumnos de Grado en Enfermería tienen entre otras competencias a adquirir en su desarrollo curricular la de competencia cultural, en la Universidad de Huelva, dentro de la Asignatura de Afrontamiento a la muerte incorporamos un módulo de gestión de la diversidad al final de la vida para asegurarnos este hecho.

OBJETIVO

La presente comunicación tiene como objetivo describir las estrategias realizadas para impulsar el desarrollo de competencias en el alumnado que posibiliten un aprendizaje en situaciones reales en un entorno simulado, además de favorecer al alumno la construcción propia del conocimiento en competencia cultural al final de la vida, favoreciendo un aprendizaje significativo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Metodología utilizada en el ambiente de simulación creado. No se empleó ningún objeto como simulador, sino alumnos que fingieron ser pacientes sobre los que desarrollar la simulación con la colaboración de un mediador intercultural que realizaba una intervención simulada con otros alumnos con el rol de profesionales de cuidados paliativos (Pacientes estandarizados). Para asegurar el aprendizaje se establecieron turnos de rotación de roles con los 19 alumnos que trabajamos la intervención. Posteriormente a la dramatización se desarrolló un debriefing con los alumnos que no habían sido protagonistas en ese momento.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Los resultados que obtuvimos con esta intervención fueron de tipo actitudinal en el alumnado, así como de adquisición de sensibilidad intercultural al adquirir empatía en el entorno simulado. La figura del mediador intercultural como actor supuso un acercamiento

cultural al abordaje del final de la vida creando un espacio donde se tomó conciencia de los choques culturales que posteriormente se trabajaron en el debriefing.

CONCLUSIONES

La simulación con pacientes estandarizados empleada de manera controlada, bien estructurada y con la sensibilidad suficiente, es una herramienta poderosa para adquirir competencia cultural en el final de la vida dado que en escenarios reales es difícil recrear la gestión eficaz de la diversidad.

REFERENCIAS

1. García-Navarro, E. B., et al. El componente cultural de la muerte: acompañando a Fabala Dambele. *Medicina Paliativa*. 2011; 8 (3): 8-13.
2. Singleton, J. K. An Enhanced Cultural Competence Curriculum and Changes in Transcultural Self-Efficacy in Doctor of Nursing Practice Students. *Journal of Transcultural Nursing*. 2017; 2(1): 52-62.
3. Halter, M., Grund, F., Fridline, M., See, S., Young, L., & Reece, C. Transcultural self-efficacy perceptions of baccalaureate nursing students. *Journal of Transcultural Nursing*. 2015; 26(3): 327-335.
4. Costa, C. L., Agea, J. L. D., Rojo, A. R., Rodríguez, L. J., & Arroyo, M. J. L. Practicum y simulación clínica en el Grado de Enfermería, una experiencia de innovación docente. *REDU. Revista de Docencia Universitaria*. 2014, 12(2): 421-451.
5. Malloy, P., Paice, J., Coyle, N., Coyne, P., Smith, T., & Ferrell, B. Promoting palliative care worldwide through international nursing education. *Journal of Transcultural Nursing*. 2014; 25(4): 410-417.
6. Juguera Rodríguez, L., Díaz Agea, J. L., Pérez Lapuente, M., Leal Costa, C., Rojo Rojo, A., & Echevarría Pérez, P. La simulación clínica como herramienta pedagógica: percepción de los alumnos de Grado en Enfermería en la UCAM (Universidad Católica San Antonio de Murcia). *Enfermería Global*. 2014; 13(33): 175-190.

Capítulo 6

ACCIDENTES BIOLÓGICOS DE ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA DURANTE SU FORMACIÓN PRÁCTICA.

José Antonio Sánchez Miura, Rocío Romero-Castillo.

Palabras clave: Salud Laboral, Prácticas Clínicas, Estudiantes de Enfermería.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

El proceso de integración de lo teórico y lo práctico desarrollado en las asignaturas de prácticum supone una pieza clave en el aprendizaje de los alumnos de enfermería. La inclusión de la teoría basada en la evidencia en una clínica tendente a lo empírico induce, en ocasiones, confusión en el alumnado. Esta circunstancia genera, junto con el riesgo intrínseco a la profesión y la inexperiencia propia del estudiante, una situación favorable para la aparición de accidentes biológicos.

OBJETIVO

Analizar los accidentes biológicos que sufren los alumnos de enfermería para mejorar la seguridad clínica.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo observacional para conocer la accidentalidad biológica de los alumnos del Centro de enfermería Cruz Roja de Sevilla. Se utilizó un cuestionario para la recogida de datos y el programa SPSS® v.23 para su análisis.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Un total de 100 alumnos (28 hombres y 72 mujeres) fueron analizados. El 76% sufrió algún tipo de accidente biológico durante el prácticum, sin existir relación estadísticamente significativa con referencia al sexo. El rango de accidentes va desde 1 a 14, siendo la media de 2,26 por alumno. El corte con ampollas (52%), el contacto con aguja limpia (33%) y accidente con aguja usada (20%) fueron los problemas más usuales. Planta de hospitalización (68%), quirófano (19%) y urgencias (15%) son los servicios con mayor accidentabilidad. No se encuentra relación significativa entre el curso académico y el número de accidentes producidos.

CONCLUSIONES

Un elevado número de alumnos sufre accidentes biológicos durante sus prácticas clínicas. Siendo la profesión enfermera de alto riesgo para con este tipo de sucesos, es fundamental reforzar, mediante programas de simulación clínica, la enseñanza en materia de seguridad en las asignaturas de Grado de Enfermería.

REFERENCIAS

1. Merino de la Hoz F, Durá M, Rodríguez E. Conocimiento y cumplimiento de las medidas de bioseguridad y accidentes biológicos de los estudiantes de enfermería en las prácticas clínicas. *Enferm Clin.* 2010; 20(3): 179 – 185.
2. Pades A, Homar C. El estrés de los estudiantes en las prácticas clínicas de enfermería. *Rev Rol Enferm.* 2012; 29(9): 19-24.
3. Pérez C, Alameda A, Albéniz C. La formación práctica en enfermería en la escuela universitaria de enfermería de la comunidad de Madrid. *Rev Esp Salud Pública.* 2013; 76: 517-530.
4. Dois A. La formación universitaria como factor de riesgo para la ocurrencia de hostigamiento laboral en enfermería. *Rev Fem.* 2015; 18(2): 95-101.
5. Serrano G. La tutorización de prácticas clínicas en pregrado de Enfermería. *Metas Enferm.* 2008; 11(3): 28-32.
6. Ferrer MA, Rojo C, Ruiz C. Análisis situacional de las prácticas clínicas en la Escuela de Enfermería de Soria. *Metas Enferm.* 2012; 5(44): 18-25.
7. López IM. Percepción del estrés en estudiantes de enfermería en las prácticas clínicas. *Enferm Clin.* 2015; 15(6): 307-313.

Capítulo 7

LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA PRAXIS ENFERMERA EN ESPAÑA. ELEMENTOS Y OBSTÁCULOS QUE INTERVIENEN.

Laura Espejo-Rodríguez, María del Olmo-Rodríguez.

Premio a la mejor comunicación.

Palabras clave: Seguridad del paciente, Efectos adversos, Enfermería.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

La seguridad del paciente es un principio prioritario, fundamental y en continuo desarrollo en el ámbito sanitario, ya que en el proceso desarrollado por el profesional sanitario hacia el enfermo pueden existir riesgos que pueden tener consecuencias negativas sobre éste. A lo largo de la historia, la preocupación del personal de enfermería y de las instituciones sanitarias frente a estos errores que se producen en la práctica asistencial, por acción u omisión, han promovido que se desarrolle la llamada cultura de seguridad del paciente, cuyo fin es salvaguardar el bienestar del mismo. (1) Cada vez son más los organismos nacionales e internacionales interesados en reducir estos errores, tanto que en 2004 la OMS impulsó la creación de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente con el fin de coordinar, difundir y acelerar las mejoras en materia de seguridad del paciente en todo el mundo, lanzando en 2007 “Nueve soluciones para la Seguridad del Paciente” basadas en intervenciones y acciones que disminuyan los daños producidos al paciente en su hospitalización a fin de reducir la estimación de que uno de cada 10 pacientes están afectados por estos eventos adversos en los países desarrollados. (2)(3)

OBJETIVOS

- Identificar los elementos que intervienen en la seguridad del paciente en la praxis enfermera.
- Evaluar la percepción del personal de enfermería de la cultura de seguridad del paciente.

MATERIAL Y METODO

Para responder el propósito de la investigación, se realizó un estudio no experimental de tipo descriptivo exploratorio con modalidad de encuesta, realizando una adaptación de la versión española de la encuesta sobre la seguridad del paciente “Hospital Survey on Patient Safety Culture” con respuestas cerradas de tipo múltiple. Los resultados han sido recogidos a través de la encuesta anteriormente mencionada difundida por varios blogs de divulgación enfermera y por diferentes hospitales de las zonas de Córdoba y Sevilla. Estas encuestas han sido enviadas en formato digital o entregadas en formato físico en el caso de las zonas hospitalarias y, posteriormente recogidas. Este último formato, ha sido impreso junto con un

código QR para su acceso al enlace web mediante móvil o tablet en caso de que el encuestado prefiriera el formato digital.

Los criterios de inclusión de esta encuesta han sido:

- Que el personal desarrolle su trabajo en un servicio de hospitalización en España.
- Que haya una incidencia de respuesta mínima de 5 trabajadores de una misma región.
- Que, si son estudiantes de enfermería, se encuentren en tercer o cuarto año de prácticas.

De las 279 respuestas obtenidas, han superado los criterios de inclusión 243. 115 de ellas han sido de profesionales de enfermería, 30 de técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) y 58 alumnos de enfermería de tercer y cuarto grado en prácticas de hospitalización.

RESULTADOS Y DISCUSION

En caso de cualquier error con el paciente el 63,3% lo notifican, por leve que sea, mientras que el 18,4% sólo notifica errores que tienen que ser corregidos antes de afectar al paciente, y, el restante, no lo notifican si consideran que el error es leve y pueden solucionarlo.

En cuanto a los estudiantes de enfermería y los TCAE, un 75,4% y un 71,4% notifica el error, por leve que sea. El 73% de enfermeros, el 75,4% de estudiantes y el 60,7% de TCAE afirman que las exigencias del servicio le hacen aumentar el ritmo de trabajo, aunque intentan sacrificar al mínimo la seguridad del paciente. Más del 71% de cada colectivo afirma que su superior/jefe tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente. El 56,5% de enfermeros, el 54,4% de estudiantes y el 53,6% de TCAE afirman que, ante la carga de trabajo, todos colaboran como un equipo para poder terminarlo y, el 33%, 35,1% y 32,1% de los anteriores grupos mencionados, en ese orden, encuentran apoyo en el personal que los rodea.

En cuanto el tipo de actuaciones que se realizan en caso de error, el 25,2% de enfermeros (con porcentajes muy similares en las respuestas de los otros dos colectivos) afirma que, cuando se detecta algún fallo, antes de buscar la causa, se busca un "culpable"; el 36,5% asegura que se les informa sobre qué tipo de actuaciones se deben llevar a cabo ante un error y, el 38,3% discute, en equipo, la manera de que un error no vuelva a ocurrir de nuevo. En relación a los errores, el 51,3% de los enfermeros, el 68,4% de los estudiantes y el 71,4% de los TCAE sostienen que llevan a cabo las medidas y los protocolos establecidos en el servicio para evitar errores.

En cuanto al personal de la unidad sólo el 20,9% de los enfermeros refieren que hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo y, el 41,7% afirma que a veces no puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora, el porcentaje restante señala que trabaja bajo presión para realizar demasiadas cosas, demasiado deprisa. Los resultados son similares para todos los colectivos que han respondido este cuestionario. Sólo el 39,1% de los enfermeros realizan su higiene de manos antes y después de entrar en la habitación, usando guantes en cada paciente mientras que, el 43,9% de estudiantes y el 42,9% de TCAE afirman esta praxis. Sin embargo, mientras que el 1% de estos dos últimos colectivos afirma que, como medida de seguridad básica, sólo realiza higiene de manos varias veces a lo largo del turno, el 18,3% de enfermeros señalan la realización de esta praxis. Un 41,7% de

enfermeros afirma realizarlo varias veces a lo largo del turno y, además, usar guantes, junto el 52,6% de estudiantes y el 53,6% de TCAE.

El uso de sujeciones y contenciones es utilizado siempre y cuando tenga orden médica por el 28,7% de enfermeros, el 38,6% de estudiantes y el 46,4% de TCAE. Un 51,3% de enfermeros señala el uso de sujeciones cuando son necesarias, bajo su criterio, para la seguridad del paciente (cuando éste pretende arrancarse vía, sondaje...), junto con el 43,9% de estudiantes y el 46,4% de TCAE que realizan esta praxis de igual forma. Sólo el 20% de enfermeros, el 17,5% de estudiantes y el 7,1% de TCAE, evitan cualquier tipo de sujeción y/o contención.

Discusión

Un cuidado seguro precisa de la toma de decisiones y acciones del profesional de enfermería frente al riesgo que amenazan la seguridad del paciente y los posibles accidentes desde los más leves hasta aquellos considerados como graves que pueden acabar en lesiones, discapacidad o muerte (efectos adversos) (4) Uno de los riesgos existentes en el área de la salud es el error humano de los profesionales sanitarios. Los errores sanitarios se producen debido a múltiples causas y, el personal de enfermería, debido al papel fundamental que realiza en los cuidados del paciente, está expuesto a una serie de factores de riesgo que pueden influir en el aumento de errores asistenciales. No obstante, en cuanto a los resultados obtenidos, la mayoría de profesionales sanitarios afirman el reporte de errores por leves que éstos sean. De ahí surge la necesidad y la importancia de aplicar protocolos de procedimientos que hayan demostrado efectividad para reducir las tasas de error, los fallos y los resultados adversos. Y, para poder estudiarse en profundidad, debe promoverse, en los centros en las que se presta atención sanitaria, un entorno en el cual sea "seguro" admitir el error y encontrar por qué se produjo el mismo para evitarlo. Entre los resultados hemos obtenido que el 25,2% de enfermeros afirma que, cuando se detecta algún fallo, antes de buscar la causa, se busca un "culpable", asimismo, un gran porcentaje refiere que sigue las medidas y los protocolos que su servicio propone para evitar errores. (5)

Uno de los factores que dificultan el despliegue de una acción en pro de la seguridad es la gran presión asistencial que sufren los profesionales sanitarios. La demanda de los pacientes y la gran carga de trabajo entorpecen la praxis diaria. La necesidad del aumento del ritmo de trabajo debido a las exigencias del servicio junto con la falta de personal que en ocasiones existe, hace que la calidad de los cuidados disminuya. (6)

Stordeur, D'Hoore y Vandenberghe (2001) llegaron a la conclusión de que el personal de enfermería tiene alto riesgo de experimentar sobrecarga laboral, siendo el estrés la principal fuente de sobrecarga este colectivo.

Greenglass, Burke y Fiksenbaum (2001) señalaron que la reestructuración y la reducción de personal tienen un gran impacto sobre el personal de enfermería, de modo que, a menos personal cualificado la sobrecarga laboral se ve dramáticamente incrementada. (7)

Entre los resultados de la encuesta, el personal sanitario afirma que a veces no puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora. Dependiendo de la organización del equipo y de las relaciones que se den entre los distintos profesionales del mismo, existirán cambios en la asistencia prestada. Cada equipo de

enfermería representa un grupo de trabajo único, detentador de una dinámica de relaciones que genera, muchas veces, conflictos, que si se resuelven mal pueden, además de hacer que el trabajo se convierta en una jornada de malestar, empeorar la calidad asistencial de los pacientes y, disminuir la seguridad de los mismo. (8)

Por otro lado, la higiene de manos constituye una medida primaria para la prevención de las infecciones hospitalarias, siendo considerada primordial contra la propagación de los microorganismos en el ámbito hospitalario, ya que las manos se caracterizan como principal herramienta de transmisión de los microorganismos. Entre los resultados obtenemos que el 18,3% de los enfermeros realizan su higiene de manos varias veces a lo largo del turno (frente el 1% de estudiantes y TCAE), el 41,7% lo realizan a lo largo del turno y usan guantes y, el 39,1% lo realizan antes y después de entrar en cada habitación, junto con el uso de guantes.(9)

En 1847 el médico húngaro Semmelweis postula la interacción entre el lavado de manos y la disminución de infecciones hospitalarias y, desde entonces, se instituye la obligatoriedad de la higiene de manos con solución clorada entre la atención de cada paciente.(10)

La contención física supone un conflicto ético entre los principios de autonomía (limitación de la libertad del paciente en contra de su voluntad) y de beneficencia (deseo bienintencionado sanitario de protección al paciente y a su entorno). Este conflicto ético, junto a los riesgos que pueden suponer la restricción e inmovilización de los pacientes (fracturas, muertes por asfixia...) y sus posibles consecuencias legales, exigen que el procedimiento sea realizado siguiendo una normativa. (11)

Un estudio comparativo realizado en 1997 en ocho países sobre el uso de estas medidas muestra en sus resultados un porcentaje de prevalencia que va desde el 2,2% al 39,6%, correspondiendo esta última cifra a España, que supera en más de la mitad a su inmediato antecesor, Italia, cuya prevalencia es del 16,6%. Si bien la tendencia actual es disminuir el uso de sujeciones y contenciones, en los resultados de la encuesta podemos encontrar que un gran porcentaje de profesionales sanitarios utilizan este recurso con justificaciones que, aunque reales, pueden obtener resultados graves para la seguridad del paciente. (12)

CONCLUSIONES

Como conclusión, entre los puntos a mejorar para el aumento de la seguridad del paciente, encontramos la evidente falta de personal que, como consecuencia, acarrea una sobrecarga de trabajo que impide proporcionar al paciente la mejor atención posible; aunque en menor medida, la necesidad de un entorno lo suficientemente seguro para admitir los posibles errores y buscar soluciones y no culpables y, una mejor formación acerca de la higiene de manos y sobre el uso de sujeciones y contenciones para lograr la disminución del sobre abuso de este recurso. Entre los puntos fuertes de la enfermería, hallamos el uso por parte de los profesionales de las medidas y los protocolos de su servicio; el reporte de cualquier tipo de error en la gran mayoría de los profesionales; una buena organización del equipo y sus relaciones y un buen liderazgo por parte del jefe de servicio.

REFERENCIAS

1. Ramírez OG, Gutiérrez WA, Vega LG, Salamanca JG, Galeano EM, Gámez AS. Cultura de seguridad del paciente por personal de enfermería en Bogotá , Colombia Patient

- safety culture of nursing staff in Bogotá , Colombia. *Cienc y Enferm* [Internet]. 2011;(3):97–111. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v17n3/art09.pdf>
2. Mundial A, Zeeshan MF, Dembe AE, Seiber EE, Lu B. La Investigación en Seguridad del Paciente. *Patient Saf Surg* [Internet]. 2014;8:23. Disponible en: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4055940&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
 3. OMS. Preámbulo a las soluciones para la seguridad del paciente. *Cent Colab la OMS sobre Soluciones para la Segur del Paciente* [Internet]. 2007;36. Disponible en: <http://www.who.int/patientsafety/es/>
 4. Toffoletto MC, Ruiz XR. Improving patient safety: How and why incidences occur in nursing care. *Rev da Esc Enferm*. 2013;47(5):1098–105.
 5. Gómez S, Isabel A, Ramos I, Catalán G, Gracia de. Aspectos sociodemográficos y laborales en el error asistencial de enfermería *Socio-demographic and work related issues in nursing care errors*. *Enfermería Glob* No. 2016;43:176–88.
 6. Martinez A, Montoro C, María G. Fortalezas y amenazas en torno a la seguridad del paciente según la opinión de los profesionales de enfermería. *Rev Latinoam Enfermería* [Internet]. 2010;18:54–6. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/es_07.pdf
 7. Gil-Monte PR, García-Juesas JA, Hernández MC. The Influence of Overload and Self-Efficacy on Burnout: A Study in Nursing Professionals. *Rev Interam Psicol J Psychol*. 2008;42(1):113–8.
 8. Buss M, Montesinos JM, Amestoy S, Porto A, Bettin A, Fernandes H, et al. Trabajo en equipo: visión de los enfermeros de un hospital de Murcia/España *Trabalho em equipe: visão de enfermeiros de um hospital de Murcia/Espanha* *Teamwork: Vision of nurses in a hospital of Murcia / Spain*. *Enfermería Glob* [Internet]. 2014;36:223–37. Disponible en: <https://digitum.um.es/xmlui/bitstream/10201/40767/1/190421-739791-1-PB.pdf>
 9. Coelho M, Silva C, Faria S. Higiene de manos como estrategia fundamental en el control de infección hospitalaria: un estudio cuantitativo. *Enfermería Glob*. 2011;10(21):1–12.
 10. Centers for Disease Control and Prevention. Guideline for hand hygiene in health-care settings: recommendations of the healthcare infection control practices advisory committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA hand hygiene task force. *MMWR*. 2002; 51:1-56.
 11. Suárez A, Ortega M, Rivera E. Estudio sobre la utilización de la contención mecánica en una población geriátrica. *Nuberos* [Internet]. 2012; Disponible en: <http://nc.enfermeriacantabria.com/index.php/nc/article/view/70>
 12. Casco L, Córcoles P, González A, González J, de la Rica ML, Ruiz MV, et al. Inmovilización De Pacientes Y Sujeción Mecánica. *ChospabEs* [Internet]. 2012;1–20. Disponible en: <http://www.chospab.es/publicaciones/protocolosEnfermeria/documentos/f855c39ddc18035c1767f57715187766.pdf>

Comunicaciones

Póster

Capítulo 8

SEGURIDAD DEL PACIENTE Y DEL PROFESIONAL DURANTE LA EXTRACCIÓN DE SANGRE VENOSA.

Laura Muñoz-Bermejo, Noelia Martín-Espinosa, Rosa María Píriz-Campos, Inés Casado-Verdejo, Salvador Postigo-Mota.

Palabras clave: Seguridad del paciente, Salud Laboral, Extracción de muestras de sangre, Atención de Enfermería.

RESUMEN

INTRODUCCION

El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad español define estándares de calidad en Salud Pública como, aquellos requisitos básicos indispensables, que deben ser aplicados de forma obligatoria, para mejorar la calidad de atención que se brinda a los pacientes atendidos en materia de salud a nivel nacional. La extracción de sangre venosa es uno de los procedimientos de enfermería más frecuentes realizados en la práctica clínica diaria. Se considera como una actividad segura cuando no perjudica al paciente, no expone al profesional de enfermería a ningún riesgo evitable, ni produce desechos que sean peligrosos para la comunidad.

OBJETIVO

Promover la prevención de los riesgos que pudieran ocurrir durante la extracción de sangre venosa, tanto en el paciente como en el profesional de enfermería que realiza el procedimiento.

MATERIAL Y MÉTODO

Revisión bibliográfica de artículos y protocolos de actuación sobre el tema tratado. Los criterios de inclusión que se han establecido para la búsqueda de información:

- Idiomas: español, inglés, portugués.
- Artículos originales, revisiones y cualquier documento que aborde parcial o totalmente la temática a investigar.
- Cobertura cronológica: 5 años

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Se ha establecido un instrumento de protocolización que nos marcará la secuencia pormenorizada de acciones que se van a llevar a cabo en la técnica de extracción venosa del paciente. En el mismo, hemos identificado los puntos críticos de

- seguridad del paciente: Sangrado excesivo por el punto de punción, Formación de hematoma, Infección, Punción múltiple, Laceración de arteria o nervio adyacente, Desmayo o sensación de mareo, Alteración valores analíticos

- seguridad en el ambiente de trabajo: Riesgos en el ambiente de trabajo
- aquellos relacionados con la seguridad del profesional de enfermería que realiza la extracción de la muestra: Riesgos biológicos.

En cuanto a los riesgos del paciente la Enfermera debe tener una serie de consideraciones:

- **SANGRADO EXCESIVO POR EL PUNTO DE PUNCIÓN.** Una vez que se haya extraído la cantidad de sangre necesaria, aflojar el torniquete antes de retirar la aguja. Posteriormente realizar presión constante de 5-10 minutos (> 10 minutos en pacientes con tratamiento con anticoagulantes) en la zona de punción.
- **FORMACIÓN DE HEMATOMA.** Para evitarlo se debe:
 - Ejercer presión de 5-10 minutos sobre el punto de extracción o hasta que cese de salir la sangre.
 - Ejercer la presión con el brazo en hiperextensión, manteniéndolo por encima del nivel del corazón
 - No cargar peso con ese brazo en las 2 horas posteriores.
 - No realizar la punción sobre un brazo que ya presenta hematomas
 - No insertar la aguja en un desvío venoso.
- **INFECCIÓN.** Para reducir el riesgo de infección de la zona de punción es importante:
 - La higiene de manos
 - El uso de barreras de protección (como guantes, en ocasiones mascarilla)
 - Desinfectar la zona desde el centro hacia la periferia, sin volver a pasar de nuevo y dejándola secar por completo antes de hacer la punción.
 - No volver a tocar (palpar) el punto donde se realizará la punción
- **PUNCIÓN MÚLTIPLE.** Para evitar la punción repetida y el dolor innecesario es importante que la enfermera disponga de buenos conocimientos de anatomía, así como realizar el procedimiento en un lugar tranquilo, limpio y bien iluminado
- **LACERACIÓN DE ARTERIA O NERVIJO ADYACENTE.** Se considera importante la elección de la aguja de calibre suficiente para la vena a puncionar. Si la aguja es demasiado grande para la vena a la que será destinada, puede desgarrarla, provocarle al paciente mayor dolor, así como producir sangrado excesivo y hematoma. Otro riesgo que pudiera producirse es la punción no intencionada de una arteria próxima a la zona de punción, e incluso de un nervio, causando al paciente dolor severo. Una pequeña compresión es suficiente para resaltar la vena a puncionar, pero el pulso debe ser perceptible para evitar lesiones arteriales colaterales.
- **DESMAYO O SENSACIÓN DE MAREO.** Algunos pacientes experimentan ansiedad importante cuando se enfrentan al procedimiento de extracción sanguínea, para prevenir el riesgo de desmayo y lesiones en la caída se le debe pedir al paciente que durante el procedimiento esté sentado o tumbado.
- **ALTERACIONES DE LOS PARÁMETROS ANALÍTICOS.** Pudiera producirse que los resultados de las pruebas sean imprecisos y confusos para el médico, lo que origina repetición de la prueba. En ocasiones, el bombear el puño incrementa la actividad muscular, lo que pudiera provocar ligero aumento del potasio y magnesio en sangre. Se

recomienda que solo se realice esta maniobra cuando la enfermera no tenga la seguridad de la vena a puncionar.

En cuanto a la Seguridad del ambiente de trabajo:

La zona de trabajo debe ser diseñada y organizada para minimizar errores, debiendo mantenerse:

- Las precauciones estándares de seguridad en el trabajo.
- El equipo de protección personal (PPE) colocado durante la actividad laboral
- El ambiente y todas las zonas de trabajo limpias y seguras
- Mantener las normas de higiene hospitalaria: las zonas limpias (sobre todo cuando ha ocurrido un derrame de sangre) y descontaminar el área de trabajo cuando se termine la actividad diaria
- La sangre extraída (que va a ser trasladada a otro lugar), en un recipiente secundario.
- La zona dedicada a la preparación, extracción y conservación de las muestras de sangre, solamente destinada a tal fin.

En cuanto a la seguridad del profesional:

Desde el año 2008, interlocutores sociales europeos tuvieron interés en reunirse para llegar a un Acuerdo Marco para la prevención de lesiones causadas por instrumentos cortantes y punzantes en el sector sanitario y hospitalario, cuyo texto se firmó en julio del 2009. Su principal objetivo era conseguir un entorno laboral lo más seguro posible, proteger al personal sanitario del riesgo contra las lesiones causadas por cualquier instrumental sanitario cortopunzante y prevenir el riesgo de lesiones e infecciones originadas por este tipo de material. En su artículo 6 se establece que, si hay riesgos para los trabajadores, ya sea por ser posible hacerse heridas con material cortopunzante, como por el riesgo de contraer infecciones a través de él, se debe eliminar o minimizar el riesgo a la exposición a través de las siguientes medidas:

- Especificar y aplicar procedimientos seguros para la utilización y eliminación del instrumental sanitario cortopunzante y de los residuos contaminados.
- Proporcionar dispositivos sanitarios que incorporen mecanismos de protección integrados.
- Prohibir la práctica del reencapsulado de este tipo de materiales.
- Para reducir el riesgo de exposición de los trabajadores afectados se deben tener en cuenta las siguientes medidas:
 - Establecer procedimientos de trabajo adecuados y las medidas técnicas apropiadas
 - Reducción al mínimo posible del número de trabajadores que utilicen o manipulen este tipo de objetos.
 - Cuando se implementen dispositivos de seguridad en cualquier unida clínica, deben retirarse los dispositivos convencionales para evitar su convivencia en los centros sanitarios.
- Adoptar medidas seguras para la recepción, manipulación y transporte de este tipo de instrumentos
- Velar para que todos los recipientes, envases e instalaciones que contengan objetos cortopunzantes estén etiquetados de manera clara y legible.

- Establecimiento de planes de actuación para hacer frente a accidentes biológicos producidos por este tipo de objetos.
- Poner en marcha procedimientos eficaces de eliminación de residuos e instalar contenedores técnicamente seguros y debidamente señalizados para el manejo de este tipo de materiales, tan cerca como sea posible de las áreas donde se utiliza y se ubica.
- Utilización de equipos de protección individual
- Si hay riesgos para la salud y seguridad de los trabajadores debido a la exposición a agentes biológicos para los que existen vacunas eficaces, esta vacunación debe ofrecerse a dichos trabajadores (debe ser gratuita para trabajadores y estudiantes que realicen sus prácticas en estos entornos de riesgo. En caso de rechazarla, debe quedar constancia escrita de esta decisión).

Una vez ocurrida una exposición accidental, los trabajadores deben notificar inmediatamente cualquier accidente o incidente con este tipo de instrumental al empresario o a la persona encargada de la seguridad y de la salud en el trabajo.

Respecto al seguimiento tras una lesión producida por estos materiales, la Orden establece las siguientes consideraciones:

- Se debe atender de manera inmediata al trabajador lesionado, incluyendo profilaxis postexposición y las pruebas médicas necesarias que estén justificadas.
- Se investigarán las causas y circunstancias y se registrará el incidente/accidente. El trabajador debe aportar la información relevante requerida en relación con el evento.
- En caso de comprobarse una lesión causada por el accidente, se debe garantizar el tratamiento médico adecuado.

Las recomendaciones establecidas en esta disposición para el manejo del instrumental cortopunzante:

- Manejar con extraordinario cuidado este tipo de materiales.
- Las precauciones se deben adoptar durante y tras su utilización, en su limpieza o eliminación.
- Una vez utilizadas, las agujas no se deben someter a ninguna manipulación.
- Para su eliminación, los materiales deben colocarse en los contenedores reglamentarios resistentes a la punción, que deben localizarse en la zona en la que vayan a ser utilizados.
- No se deben llenar estos envases totalmente, puesto que las agujas que sobresalen constituyen un riesgo importante para las personas que manipulan el contenedor
- Siempre que sea posible, los profesionales sanitarios que han utilizado este material deben desecharlo personalmente en el contenedor.
- Nunca se deben dejar este tipo de materiales abandonados sobre cualquier superficie, ya que existe el riesgo de que otros trabajadores sufran accidentes.
- Nunca se depositarán estos materiales en las bolsas de plástico situadas en los cubos de basura.

Las medidas necesarias para ofrecer tanto al paciente como al profesional un entorno seguro antes, durante y después de una extracción sanguínea contemplan varios campos de actuación, ya que existen 3 campos muy diferenciados: el propio paciente, el campo de trabajo

del profesional y el propio profesional. El fomento de la prevención en los posibles accidentes que pueden ocurrir comienza con la formación del profesional y disposición de recursos necesarios para poder desarrollar la técnica de forma segura según los protocolos de actuación establecidos.

CONCLUSIONES

Es necesario proporcionar soporte al profesional de enfermería para conseguir que la extracción de sangre sea una práctica segura, en la que es imprescindible combinar información, protocolización, formación, prevención y concienciación de que los eventos adversos pueden ocurrir. Asimismo, las instituciones sanitarias deben asumir su responsabilidad en materia de seguridad, aportando recursos materiales y humanos suficientes, así como todas las medidas necesarias para mejorar la seguridad de pacientes y profesionales.

REFERENCIAS

1. World Health Organization. Patient Safety. World Alliance for Patient Safety. Patient Safety.[Internet]. The Launch of the World Alliance for Patient Safety, Washington DC, USA — 27 October 2004 [Consultado 20 marzo 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/patientsafety/worldalliance/en>.
2. Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud. Plan 2015-2020. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (29-07-2015)
3. Segundas y terceras víctimas. Proyecto de investigación [Internet].[Consultado el 29 de abril 2016]. Disponible en:<http://www.segundasvictimas.es/index.php>.
4. de Vries EN, Ramrattan MA, Smorenburg SM, Gouma DJ, Boermeester MA. The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review. *Qual Saf Health Care*. 2008; 17(3): 216-23.
5. OECD. Health policies and data. [Internet].OECD. Healthcare quality indicators-Patient Safety. [Consultado 20 marzo 2016]. Disponible en: <http://www.oecd.org/els/health-systems/hcqi-patient-safety.htm>).
6. Carpeta de material sobre seguridad de las inyecciones y los procedimientos conexos. Plan febrero de 2010. OMS/SIGN. [Consultado 21 marzo 2016]. http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html).
7. Orden por la que se establecen disposiciones para la prevención de lesiones causadas por instrumentos cortantes y punzantes en el sector sanitario y hospitalario. Orden EES/1451/2013, de 29 de julio. Boletín oficial del Estado nº 182 (13-07-2013).
8. Sánchez Serrano S (coord.). Guía de actuación ante exposición ocupacional a agentes biológicos de transmisión sanguínea. Madrid: Escuela Nacional de Medicina del Trabajo; 2012.
9. Cebrián Picazo F, Fernández Requena JJ. Riesgo biológico en trabajadores sanitarios. Guía práctica para su prevención. Palma de Mallorca: Conselleria de Treball i Formatió; 2004.
10. Constans Aubert A, Alonso Espadalé RM. Riesgo biológico: prevención de accidentes por lesión cutánea. Instituto nacional de Seguridad e Higiene en el trabajo. Notas técnicas de prevención.

11. Protocolo de actuación ante exposición ocupacional a material biológico de transmisión por vía sanguínea. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. (02/12/11)

Capítulo 9

¿ES LA SIMULACIÓN CLÍNICA UNA HERRAMIENTA QUE DETECTA ERRORES EN LA ASISTENCIA?

Francisco Javier Portero-Prados, Blanca Sánchez-Baños.

Palabras clave: Gestión de la seguridad, seguridad del paciente, simulación de paciente.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

La asistencia sanitaria, tiempo limitado y extremadamente compleja, conlleva una alta vulnerabilidad del paciente a sufrir eventos adversos en consecuencia a errores humanos. La formación en identificar riesgos potenciales y su prevención, aumentan de manera significativa la seguridad clínica del paciente. Así, el entrenamiento con simulación clínica es un instrumento que acerca de manera considerable a la práctica asistencial real a los alumnos de grado.

OBJETIVOS

Determinar cómo la simulación contribuye a la identificación de errores en la asistencia y previenen su aparición en alumnos de grado.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo. Test de 42 ítems a alumnos de 4º curso de Grado en Enfermería, determinando cuál es su percepción en el aprendizaje con simulación en identificar los principales errores humanos durante la asistencia sanitaria.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La totalidad de la muestra participó. La importancia del entrenamiento de situaciones reales mediante simulación está determinada en 83,2% como fundamental, destacando en un 94,4% estar de acuerdo o muy de acuerdo con que la simulación garantiza la atención en un ambiente seguro y controlado.

Discusión.

Se determina la importancia de la simulación como herramienta fundamental para el aumento de la seguridad del paciente como consecuencia de la detección de errores frecuentes, su prevención y actuación, siendo determinante a la hora de ser cauce detector de dichos errores en la práctica clínica enfermera.

CONCLUSIONES

El entrenamiento de la asistencia mediante simulación es fundamental en el aumento de la seguridad clínica de los cuidados de enfermería a todos los niveles asistenciales.

REFERENCIAS

1. Mira JJ, et al. Formación en seguridad del paciente en las escuelas de medicina y enfermería de España. *Rev Calid Asist.* 2015. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cali.2015.08.008>
2. Romero Ruíz A, Gómez Salgado J. Enfermería y seguridad clínica: ¿Cuál es el camino?. *Enferm Clin.* 2015;25(4):155-157.
3. Martín Delgado MC, Merino de Cos P, Sirgo Rodríguez G, Álvarez Rodríguez J, et al. Análisis de los factores contribuyentes en incidentes relacionados con la seguridad del paciente en Medicina Intensiva. *Med Intensiva.* 2015;39(5):263-271
4. Quesada Suescun A, Burón Mediavilla FJ, Castellanos Ortega A, Del Moral Vicente-Mazariegos I, González Fernández C, et al. Formación en la asistencia al paciente crítico y politraumatizado: papel de la simulación clínica. *Med Intensiva.* 2007;31(4):187-93
5. Rojo E, et al. Innovando en procesos asistenciales y seguridad clínica del paciente mediante simulación clínica. *Rev Calid Asist.* 2016. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cali.2015.12.008>

Capítulo 10

LA SEGURIDAD DEL PACIENTE MAYOR MEDIANTE USO DE LAS TICs EN EL CONTROL DE LA MEDICACIÓN.

María Jesús Rojas-Ocaña, Yuberkis Adames-Santos, García-Navarro Esperanza Begoña.

Palabras clave: Reacciones Adversas, Nuevas Tecnologías, mayores Polimedicados.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

La polipatología es una condición frecuente en los adultos mayores que conlleva un mayor riesgo de desarrollar Reacciones Adversas a la Medicación, debido a la cantidad de fármacos que toman, cada vez hay más mayores polimedicados. Esto unido a los cambios Farmacocinéticas y farmacodinámicos normales en el proceso de envejecimiento, convierten a los mayores en un grupo potencialmente peligroso en el uso de la medicación. El mal seguimiento de las prescripciones, la falta de conocimiento frente a la medicación que toman, las características de las personas mayores, el alto nivel de incumplimiento que existe y la falta de conciliación farmacológica entre niveles de hospitalización y atención comunitaria, hace que en muchos casos peligre la seguridad de los mayores. Por otro lado, existen las Tecnologías de la Información y de la Comunicación (TIC) que pueden utilizarse como herramienta para contribuir a evitar una reacción adversa o incumplimiento, además de permitir a las personas mayores a aumentar y mejorar su desarrollo individual y social. Son escasos los documentos encontrados en cuanto a la relación del uso de las aplicaciones móviles de salud en las personas mayores. Estas aplicaciones son las conocidas como mHealth o salud electrónica/e-salud, definida según la OMS como: "mHealth es la práctica de la medicina y la salud pública soportada por dispositivos móviles como teléfonos móviles, dispositivos de monitorización de pacientes, asistentes personales digitales y otros dispositivos inalámbricos. De las 50 aplicaciones de salud más usadas a través de "The app intelligence", destacar que solo dos resultan muy útiles para el seguimiento de enfermedades crónicas porque permite gestionar un gran número de afecciones y se puede sincronizar con los pastilleros de familiares para controlar la medicación, y por tanto, reducir el porcentaje de incumplimiento terapéutico.

OBJETIVOS

La presente comunicación tiene como objetivo mejorar la seguridad de los mayores polimedicados mediante el control de su medicación a través del manejo de las nuevas tecnologías, como las aplicaciones móviles de control de medicación y disminuir los errores medicamentosos y las RAM, además de facilitarles a distinguir las distintas pastillas por color, tamaño y forma.

MATERIAL Y MÉTODO

Metodología utilizada para desarrollar esta de intervención educativa han sido sesiones en grupos de mayores, lideradas por una enfermera dentro de un equipo multidisciplinar en las que se les explicó la importancia que tiene para su seguridad el hecho de que controlen su medicación y se les ayudo a manejar las herramientas que ofrece las TICs.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Los resultados que obtuvimos con esta intervención fueron de tipo actitudinal en los mayores, así como de adquisición de habilidades ante las aplicaciones móviles y la sensibilización en cuanto a la importancia del control de su medicación.

CONCLUSIONES

La utilización de las TICs para el control de la medicación resulta una herramienta muy válida para ayudar a controlar las Reacciones Adversas, hacer partícipe de sus cuidados a los mayores y favorecer el desarrollo individual y social y en definitiva mejorar su seguridad y calidad de vida.

REFERENCIAS

1. Rojas Ocaña, M.J.;Macías Colorado, M.E. Las personas mayores y los fármacos. Colección Enfermería del Siglo XXI. Enfermería del anciano 3º edición:Difusión Avances de Enfermería (DAE), Grupo Paradigma; 2017.p 325-353.
2. Instituto de mayores y servicios sociales. Informe 2014. Las personas mayores en España. 1ª edición. Madrid. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad, Instituto de Mayores y Servicios Sociales. 2015. [13Abr2017]. Disponible en: http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/22029_info2014pm.pdf
3. Pino Juste M.R.;Soto Carballo J.G. Las personas mayores y las tic. Un compromiso para reducir la brecha digital. Index [Internet] 2015 [consultado 13 Abr 2017];26: 337-359. Disponible en: DOI: 10.7179/PSRI_2015.26.13
4. Niño González J.I.; Fernández Morales B. Comunicación, Salud y Tecnología: mHealth. RCyS [Internet] 2015 [consultado 13 Abr 2017];5:144-153. Disponible en: <http://revistadecomunicacionysalud.org/index.php/rcys/article/view/86>

Capítulo 11

EVALUACIÓN DE LA SIMULACIÓN CLÍNICA EN LA UCAV: CALIDAD FORMATIVA.

Ignacio Díaz-Garrido, Gutiérrez-Alonso, C.

Palabras clave: Simulación, evaluación, aprendizaje, satisfacción.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

En 2014 se implanta en la UCAV un aula de simulación clínica para completar la formación de los alumnos del Grado en Enfermería. Se integra en la guía docente de prácticas tuteladas desde 2º hasta 4º curso.

OBJETIVOS

Evaluar la mejora en los conocimientos y la satisfacción de los alumnos. 2. Implantar acciones de mejora adaptándose a las necesidades del estudiante y a sus propuestas.

MATERIAL Y METODO

Se envía un cuestionario a través de la plataforma Blackboard de la UCAV a todos los estudiantes para que valoren su experiencia en las aulas de simulación. Los resultados se exponen en el póster. Asimismo, se realiza una comparativa de los resultados académicos obtenidos por los estudiantes en su 2º curso y en su 3er curso analizando la evolución de los mismos. Por otra parte, se realiza una comparativa de los resultados obtenidos por los estudiantes del mismo curso en dos promociones consecutivos analizando los resultados.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Al análisis de los datos obtenidos se observa un aumento en la participación de los estudiantes en las encuestas de satisfacción, una mejora del grado de satisfacción general con la actividad. Se percibe también un progreso en el rendimiento al estar más integrada la actividad en el programa formativo. Los alumnos que han tenido integrada la simulación en su formación desde el inicio tienen un mejor aprovechamiento de la metodología.

CONCLUSIONES

Los alumnos han evaluado el aula de simulación como una herramienta útil en la ampliación de sus conocimientos y desarrollo de habilidades. Tras las propuestas recibidas por los estudiantes se preparan mejoras para próximos cursos académicos.

REFERENCIAS

1. URRÁ MEDINA, E, SANDOVAL BARRIENTOS, S, IRRIBARREN NAVARRO, F. (2017). El desafío y futuro de la simulación como estrategia de enseñanza en enfermería. *Investigación en Educación Médica*. [en línea]. 6(22) pp 119-125. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2007505717301473> [Fecha de consulta: 20 de abril de 2017]

2. JUGUERA RODRÍGUEZ, L, ET AL.(2014). La simulación clínica como herramienta pedagógica: percepción de los alumnos de Grado en Enfermería en la UCAM. *Enfermería Global*. [en línea]. 33(33). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000100008&lng=es&nrm=iso [Fecha de consulta: 2 de abril de 2017]
3. LOPEZ SANCHEZ, M., RAMOS LOPEZ, L., PATO LOPEZ, O., LOPEZ ALVAREZ, S. (2013). La simulación clínica como herramienta de aprendizaje. *Cirugía Mayor Ambulatoria*. [en línea] 18 (1). 25-29. Disponible en: http://www.asecma.org/Documentos/Articulos/05_18_1_FC_Lo%C2%A6%C3%BCpez.pdf [Fecha de consulta: 2 de abril de 2017]

Capítulo 12

DEMOSTRACIÓN ENFERMERA EN SIMULACIÓN DE LA OBSTRUCCIÓN DE LA VÍA AÉREA EN OVACE.

María Begoña Martos-Cabrera, Lucía Ramírez-Baena, Guillermo Arturo Cañadas-De la Fuente, Luis Albendín-García, José Luis Gómez-Urquiza.

Palabras clave: Cuerpos Extraños, Enfermería, Obstrucción de las Vías Aéreas, Simulación.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

En OVACE se recomienda realizar golpes interescapulares efectivos con la víctima hacia delante y la cabeza hacia abajo para que la gravedad facilite la salida al exterior del cuerpo extraño.

OBJETIVOS

Probar la eficacia de la Simulación de la Obstrucción de la Vía Aérea (SOVA) en alumnos.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo y transversal en alumnos del curso Monitor de Tiempo Libre. Muestreo exhaustivo no probabilístico a todos los asistentes (15). Se realizó SOVA, diseñando un modelo con tubo transparente y cuerpo extraño movable. Posteriormente se entregó un cuestionario adhoc (Modelo de Kirkpatrick) anónimo, voluntario y confidencial, con 7 ítems y escala tipo Likert 10 opciones de respuesta más 2 preguntas abiertas (aspectos positivos y negativos). Se preguntaron otras variables (edad, sexo y nivel de estudios). Los datos se recogieron por las autoras y se utilizó Excel para su organización y análisis descriptivo.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La participación fue del 80%, con mayor tasa de mujeres (58.3%) y una media de edad de 21.9 (rango 19-36). El nivel de estudios fue de Grado (75%) seguido de Primarios. La satisfacción fue puntuada con un 9 (41.6%), y puntuación mínima 7. La calidad y recursos empleados tuvo 9 en el 33.3% y fue 6 la más baja. La experiencia de los alumnos fue mayormente 9 (58.3%), considerándola todos positiva. La ampliación de conocimientos fue excelente (33.33%). La asimilación de la importancia de la técnica fue 10 (41.6%) seguida de 8 y 9. La aplicabilidad a la práctica obtuvo 9 en la mitad (50%), así como la mejora de la eficacia en los golpes interescapulares con un 8 (50%). En las preguntas abiertas, el 83.3% hizo algún comentario positivo y únicamente el 16.6% comentarios negativos.

CONCLUSIONES

La demostración enfermera es una herramienta que se apoya en la simulación como pieza clave para realizar unos golpes interescapulares de calidad en OVACE. SOVA ha reportado ser efectiva para dicho fin.

REFERENCIAS

1. Farrés M, Ruiz MR, Almanzor A, Insa E, Hurtado B, Nebot C. Simulación clínica en enfermería comunitaria. FEM (Ed. impresa). 2015;18(1):62-66.
2. Martín NM, Cobo AI, Carmona JM, Píriz RM. Satisfacción de estudiantes universitarios de enfermería con el aprendizaje basado en problemas y la simulación clínica. EDUNOVATIC 2016 - I Congreso Virtual internacional de Educación, Innovación y TIC. 2016 1(1):241-243.

Capítulo 13

DEMOSTRACIÓN ENFERMERA EN SIMULACIÓN DE LA CAJA TORÁCICA Y ESPONJAS EN RCP.

Lucía Ramírez-Baena, María Begoña Martos-Cabrera, Luis Albendín-García, Guillermo Arturo Cañadas-De la Fuente, José Luis Gómez-Urquiza.

Palabras clave: Enfermería, Resucitación Cardiopulmonar, Simulación, Tórax.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

En RCP es de vital importancia efectuar masaje cardiaco de calidad mediante compresiones torácicas adecuadas, para vencer la impedancia que ofrece la caja torácica.

OBJETIVOS

Probar la eficacia de Simulación de la Caja Torácica y Esponjas (SCTYE) en alumnos.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo y transversal en alumnos del curso Monitor de Tiempo Libre. Muestreo exhaustivo no probabilístico a todos los asistentes (30). Se realizó SCTYE, diseñando un modelo con cajas transparentes, esponjas y líquido que simula la sangre. Posteriormente se entregó un cuestionario adhoc (Modelo de Kirkpatrick) anónimo, voluntario y confidencial, con 7 ítems y escala tipo Likert 10 opciones de respuesta más 2 preguntas abiertas (aspectos positivos y negativos). Se preguntaron otras variables (edad, sexo y nivel de estudios). Los datos se recogieron por las autoras y se utilizó Excel para su organización y análisis descriptivo.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La participación fue del 86.6%, con mayor tasa de mujeres (80.7%) y una media de edad de 21.4 (rango 18-33). El nivel de estudios fue de Grado (80.7%) seguido de Posgrado. La satisfacción fue puntuada con un 9 (34.6%), y puntuación mínima 5. La calidad y recursos empleados tuvo 8 en el 30.7% y fue 5 la más baja. La experiencia de los alumnos fue 9 (38.6%), considerándola todos positiva. La ampliación de conocimientos puntuó mayormente 9 (34,6%). La asimilación de la importancia de la técnica fue 9 (34.6%) seguida de 8 y 10. La aplicabilidad a la práctica obtuvo igualmente 8 y 9 en más de la mitad (53.8%). La mejora de la eficacia en el masaje supuso en la mayoría un 8 (42.3%). En las preguntas abiertas, el 26.9% hizo algún comentario positivo y nadie comentarios negativos.

CONCLUSIONES

La demostración enfermera es una herramienta que se apoya en la simulación como pieza clave para realizar unas compresiones torácicas de calidad en la RCP. SCTYE ha reportado ser efectiva para dicho fin.

REFERENCIAS

1. Rodríguez MC, Mañeru G, Artaz M, Ferrer M, Baraibar J, Lage-Fernández FJ. Satisfacción de los estudiantes ante una sesión de exploración cardiológica impartida por compañeros entrenados. FEM (Ed. impresa). 2015;18(1): 35 - 38.
2. Farrés M, Ruiz MR, Almanzor A, Insa E, Hurtado B, Nebot C. Simulación clínica en enfermería comunitaria. FEM (Ed. impresa). 2015;18(1):62-66.

Capítulo 14

INFLUENCIA DE LA SIMULACIÓN CLÍNICA SOBRE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.

Rocío Romero-Castillo.

Palabras clave: [Simulation]; Seguridad del Paciente [Patient Safety]; Enfermería de Práctica Avanzada [Advanced Practice Nursing]; Práctica Clínica Basada en la Evidencia [Evidence-Based Practice]; Evaluación de Resultado (Atención de Salud) [Outcome Assessment (Health Care)]

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

La simulación clínica es una estrategia didáctica utilizada desde hace casi cuatro décadas en el ámbito sanitario, cuyo papel principal es la adquisición de destrezas y habilidades dentro de un entorno lo más similar posible a la realidad clínica. La simulación resulta ideal para que los alumnos experimenten la importancia de la asistencia interprofesional, el trabajo en equipo, la comunicación con el paciente y la seguridad clínica. La finalidad que subyace bajo la simulación es, en definitiva, la educación en seguridad, mostrando los errores y enseñando a manejarlos en un entorno simulado, previamente a la atención del paciente.

OBJETIVOS

Conocer cómo influye la realización de simulación clínica sobre la seguridad clínica del paciente.

MATERIAL Y MÉTODO

En esta revisión de la literatura se ha realizado una búsqueda en bases de datos de Ciencias de la Salud, tales como CINAHL, Scopus, PubMed y Web of Science. Los criterios de inclusión fueron: artículos publicados en los últimos cinco años, en inglés, castellano o portugués y con disponibilidad de acceso a texto completo.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Se obtuvo un total de 346 resultados, de los cuales se seleccionaron 74 artículos, y se incluyeron finalmente 11 en esta revisión. La simulación clínica promueve el aprendizaje activo y permite variar la dificultad clínica y repetir la práctica. Se ha empleado tanto en estudiantes de enfermería como en profesionales, usándose en la mayoría de los casos en entorno simulado de cuidados críticos. Esta estrategia didáctica ha demostrado una mejora de las habilidades técnicas, así como de la comunicación e interacción con el equipo interdisciplinar, influyendo en una disminución significativa de eventos adversos.

CONCLUSIONES

Según la evidencia científica, la simulación clínica dirigida a estudiantes de enfermería y

profesionales en formación continuada influye positivamente en la calidad asistencial y la seguridad del paciente, demostrando una disminución de eventos adversos.

REFERENCIAS

1. Cannon-Diehl MR. Simulation in healthcare and nursing: state of the science. *Crit Care Nurs.* 2009; 32(2):128-36.
2. Sergakis G, Clutter J, Holthaus V, Nahikian-Nelms M, Rohrig L, Legg J et al. The impact of interprofesional clinical simulation on attitudes, confidence and profesional identity: the added value of integrating respiratory therapy. *Respiratory Care Education Annual.* 2016;25:11-16.
3. Schiavenato M. Reevaluating simulation in nursing education: beyond the human patient simulator. *J Nurs Educ.* 2009;48(7):388-94.
4. Kelly MA, Berragan E, Eikeland Husebo S, Orr F. Simulation in nursing education – international perspectives and contemporary scope of practice. *J Nurs Scholarsh.* 2016;48(3):312-21.
5. Baid H, Hargreaves J. Quality and safety: reflection on the implications for critical care nursing education. *British Association of Critical Care Nurses.* 2015;20(4):174-83.
6. Jansson MM, Syrjälä HP, Ohtonen PP, Meriläinen MH, Kyngäs HA, AlaKokko TI. Randomized, controlled trial of the effectiveness of simulation education: A 24 month follow-up study in a clinical setting. *Am J Infect Control.* 2016;44(4):387-93.
7. Ballangrud R, Hall-Lord ML, Hedelin B, Persenius M. Intensive care unit nurses' evaluation of simulation used for team training. *British Association of Critical Care Nurses.* 2013;19(4):175-84.
8. Abellsson A, Bisholt B. Nurse students learning acute care by simulationFocus on observation and debriefing. *Nurse Educ Pract.* 2017;24(6):6-13.
9. Knippa S, Senecal PA. Using simulation to prepare nursing staff for the move to a new building. *J Nurses Prof Dev.* 2017;33(2):E1-E5. doi:10.1097/NND.0000000000000329.
10. Niño Herrera CA, Vargas Molina NG, Barragán Becerra JA. Fortalecimiento de la simulación clínica como herramienta pedagógica en enfermería: experiencia de internado. *Rev Cuid.* 2015;6(1):970-5.
11. Clay AS, Chudgar SM, Turner KM, Vaughn J, Knudsen NW, Farnan JM et al. How prepared are medical and nursing students to identify common hazards in the intensive care unit? *Annals of the American Thoracic Society.* 2017;14(4):543-49.
12. Ross JG, Carney H. The Effect of Formative Capstone Simulation Scenarios on Novice Nursing Student's Anxiety and Self-Confidence Related to Initial Clinical Practicum. *Clinical Simulation in Nursing.* 2017;13(3):116-20.

Capítulo 15

GESTIÓN DE CASOS: VALOR AÑADIDO A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN SITUACIÓN PALIATIVA.

Sonia García Navarro, Rosa Pérez Espina, E. Begoña García Navarro, Servando M. Baz Montero.

Palabras clave: Gestión de Casos, Seguridad del Paciente, Cuidados Paliativos.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

Las Enfermeras Gestoras de Casos son consideradas un servicio de calidad que aportan un valor añadido a la seguridad del paciente paliativo en coordinación, información, planificación de cuidados y movilización de recursos en los diferentes niveles asistenciales. Huelva no tiene Unidad Oncológica Pediátrica. Hasta ahora, el Servicio de Pediatría no había realizado seguimiento en cuidados paliativos.

OBJETIVOS

Describir el valor añadido de la gestión de casos en el primer caso de seguimiento compartido en cuidados paliativos pediátricos en la ciudad de Huelva.

MATERIAL Y MÉTODO

Varón de 12 años diagnosticado de osteosarcoma de células pequeñas de radio (Agosto 2014). Amputación del miembro superior izquierdo (Octubre de 2014). Recidiva en Julio de 2015. Tratamiento quimioterápico paliativo suspendido por neutropenia y trombopenia. Transfusión de hematíes y plaquetas. Seguimiento en su hospital de referencia (100km) cada 48 horas para transfusión y control clínico. Dolor, ansiedad y sufrimiento total incrementado por el traslado. Contacto familiar con Enfermera Gestora de Casos Comunitaria (EGCC).

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Gestión Casos: EGCC y EGCH (Enfermero Gestor Casos Hospitalario). Creación de circuitos que faciliten:

- Administración de hemoderivados
- Atención urgente en Servicio de Pediatría.

Gestión Casos: EGCC y ESCP (Equipo Soporte de Cuidados Paliativos) de Huelva y Oncología Pediátrica Sevilla. Seguimiento conjunto en domicilio EGCC y ESCP.

Coordinación Atención Primaria-ESCP-Oncología Pediátrica Sevilla- Pediatría Huelva: garantizar la atención integral del paciente y la familia desde el Modelo de Atención Compartida.

CONCLUSIONES

El modelo de Gestión de casos valora, planifica, moviliza, coordina y evalúa los recursos necesarios para acercarlos a los pacientes, satisfaciendo sus necesidades y velando por sus intereses en este entramado tan complejo que es nuestro sistema sanitario. Este modelo de gestión aporta un valor añadido a la seguridad del paciente en situación paliativa favoreciendo una muerte digna.

REFERENCIAS

1. Barberà M, Rossell C, Junoy S. Seguridad de los pacientes (I). Dimensión clave de la calidad asistencial. Conceptos generales. Taxonomía. FMC. Formación Médica Continuada En Atención Primaria [serial on the Internet]. (2014, Oct 1), [cited May 6, 2017]; 21464-470. Available from: ScienceDirect.
2. María Pilar A, María Luisa T, Guadalupe O. Prioridades en seguridad del paciente en Atención Primaria. Atención Primaria, Vol 48, Iss 1, Pp 3-7 (2016) [serial on the Internet]. (2016), [cited May 6, 2017]; (1): 3. Available from: Directory of Open Access Journals.
3. Rosell, C. P., Junoy, S. C., & Barberá, M. G. Seguridad de los pacientes (II). El plan de seguridad de los pacientes en un equipo de atención primaria. FMC. Formación Médica Continuada en Atención Primaria Vol 21, Iss 9, Pp 520-527 (2014) [serial on the Internet]. (2014, Oct 1), [cited May 6, 2017]; 21464-470. Available from: ScienceDirect.
4. Correa-Casado M, Granero-Molina J, Hernández-Padilla J, Fernández-Sola C. Original: Transferencia de pacientes de cuidados paliativos desde el hospital hasta atención primaria: un estudio cualitativo. Atención Primaria [serial on the Internet]. (2016, Sep 2), [cited May 6, 2017]; Available from: ScienceDirect
5. Pilar Enseñat Grau M. Abordaje del paciente complejo a través de la gestión de casos. FMC. Formación Médica Continuada En Atención Primaria [serial on the Internet]. (2013, Apr 1), [cited May 6, 2017]; 20217-221. Available from: ScienceDirect

Capítulo 16

ADHERENCIA TERAPÉUTICA Y SEGURIDAD DEL PACIENTE EN PERSONAS MAYORES.

Laura Muñoz-Bermejo, Belén López-Portegal, Luís Aramis Estrella-Ruíz, Laura Muñoz-Bermejo, Juan Antonio Carrillo-Norte.

Palabras clave: Cumplimiento, medicación, adherencia, mayores, escalas.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud define adherencia terapéutica como la magnitud con que el paciente sigue instrucciones médicas. Seguir una prescripción es un proceso complejo, influido por factores relacionados con: paciente, profesional, sistema sanitario, enfermedad y fármacos. Identifica el perfil del paciente no cumplidor como una persona con varias patologías, polimedicada y con gestión complicada de su tratamiento crónico¹, siendo la persona mayor uno de los principales pacientes que cumple este perfil. Dado que hay una población muy elevada de personas mayores, es de gran importancia medir en este grupo la adherencia.

OBJETIVOS

Analizar el cumplimiento terapéutico en personas mayores y estudiar factores relacionados con la adherencia farmacológica.

MATERIAL Y MÉTODO

Revisión bibliográfica utilizando las bases de datos CUIDEN y MEDLINE. Se seleccionaron 6 artículos comprendidos entre 2010-2012.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

No se ha encontrado ninguna medida estándar para la valoración de la adherencia^{1,2,3}. En uno de los estudios observados, 20-50% tiene una mala adherencia, mientras que otro detectó un 82% usando el test de Morisky-Green¹. Proponemos medir variables como: sexo, edad, patologías crónicas, nombre de la medicación que toma y para qué la toma, autonomía para acudir a la consulta y a la farmacia, autonomía en la toma de su medicación, olvido o no en las tomas, forma de recordar cómo y cuándo tomarla, identificación, uso de genéricos, dificultades generadas con alguna medicación y educación sanitaria recibida respecto a su tratamiento.

CONCLUSIONES

En general la adherencia es baja en los diversos estudios revisados, aunque los métodos de medida utilizados y las poblaciones estudiadas fueron diferentes. Es necesaria una escala de medida estándar que valore realmente el cumplimiento. Un pilar importante es la educación sanitaria individualizada continuada, fomentando la relación profesional-paciente y la participación del paciente en su tratamiento^{4,5}.

REFERENCIAS

1. Martín Marín C et al. Adherencia al tratamiento farmacológico de pacientes mayores polimedicados. *Metas de Enferm* oct 2011; 14(8): 24-30.
2. Salinas Cruz E, et al. Adherencia terapéutica. *EnfNeurol (Mex)*. 2012; 11(2):102-104, 2012.
3. SicrasMainar A, Navarro Artieda R/ *GacSanit*. 2010;24(6):473-482.
4. Casado Verdejo I, Postigo Mota S, Iglesias Guerra JA, Galán Andrés MI, Castilla Fernández V, Muñoz Bermejo L. Estrategias para la seguridad del paciente. *Rev ROL Enf* 2011; 34(4):270-275.
5. Casado Verdejo I, Postigo Mota S, Iglesias Guerra JA, Galán Andrés MI, Durán Gómez N, Muñoz Bermejo L. Seguridad del paciente. *Rev ROL Enf* 2011; 34(3):208-211.
6. Carrillo Norte JA. Medicamentos genéricos: contener el gasto farmacéutico, pero con garantías de calidad. *Rev ROL Enf* 2012; 35(2):90-99.

Capítulo 17

SEGURIDAD CLÍNICA EN PACIENTES CON ANOREXIA NERVIOSA EN FACEBOOK E INSTAGRAM.

Antonio de Padua Paredes Jiménez, Elvira García-Fernández, Anjhara Gómez-Aragón, José Rafael González-López.

Palabras clave: Trastornos de la Alimentación, Seguridad del paciente, Tratamiento Domiciliario, Redes Sociales.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son un problema de gran prevalencia, que afectarán negativamente al desarrollo bio-psico-social de la persona. Las redes sociales (RRSS) han facilitado intercambiar información y conocer personas de otros lugares con inquietudes similares; usuarios afectos por TCA son muy frecuentes.

OBJETIVOS

Analizar perfiles que abordan TCA en las RRSS, estimando su implicación en los tratamientos domiciliarios según criterios de seguridad clínica.

MATERIAL Y MÉTODO

Análisis sistemático sobre usuarios de Instagram y Facebook, con los siguientes criterios: contenido sobre TAC; accesibilidad al perfil; idioma español; inclusión de los 100 primeros resultados de cada término de búsqueda. Se empleó una lista de verificación para recopilar los datos.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

De los perfiles analizados (740 de Facebook, 428 de Instagram), cumplen los criterios de inclusión 68 y 28 respectivamente. El 49,13% corresponden a ayuda profesional en Facebook y un 92,87% son perfiles pro-ana en Instagram. Más del 90% son perfiles públicos, con una media de 400 miembros en Facebook (DE= 17346,70) y de 1954 seguidores en Instagram (DE=7968,29). La representación más frecuente en Instagram son cuerpos pro-ana, mientras que en Facebook son textos anti-ana. Estos perfiles son de corta duración debido al bloqueo ejercido por denuncias de otros usuarios. Los discursos pro-TCA pueden competir con los objetivos terapéuticos planteados para los tratamientos domiciliarios de estos pacientes. Mejorar la seguridad clínica en estos casos precisa conocimiento y control de las RRSS.

CONCLUSIONES

En las RRSS se abordan TCA desde perfiles públicos, predominando discursos visuales. Los discursos pro-TCA compiten con los objetivos terapéuticos. Para aumentar la seguridad

clínica en el tratamiento domiciliario, la enfermera debe plantear estrategias efectivas que reduzcan la incidencia de los discursos de las RRSS sobre la población especialmente vulnerable.

REFERENCIAS

1. Bozerkowski DLG, Schenk S, Wilson JL, Peebles R. e-Ana and e-Mia: A content Analysis of Pro-Eating Disorder. *Am J Pub Health*. 2010; 100(8):1526-34.
2. Teufel M, Hofer E, Junne F, Sauer H, Zipfel S, Giel KE. A comparative analysis of anorexia nervosa groups on Facebook. *Eat Weight Disord*. 2013;18:413-20.
3. Antaviana, C. [Internet] Barcelona: Parc de Salut Mar; Información para el ingreso en la Unidad de Agudos de Salud Mental. [citado 9 de Abril 2017] Disponible en: http://www.parcdesalutmar.cat/hospitals/emili_mira/es_unitat_aguts.html [Acceso 10 Abr. 2017].
4. Consejería de Salud de Castilla La Mancha [Internet]. Protocolo de ingresos en salud mental. Albacete: Complejo Hospitalario Universitario de Albacete Servicio de salud mental. [Citado 9 de Abril 2017] 2011. Disponible en: <http://www.chospab.es/publicaciones/protocolosEnfermeria/documentos/01e3db67dfb63fe131465c6a08ba47d1.pdf>
5. Garmendia, M., Martínez, G., Garitaonandia, C. and Casado, M. Los menores en Internet. Usos y seguridad desde una perspectiva europea. *Quaderns del CAC*, 2012; XV(38): 37-44.
6. G. Bermejo., Saúl, L. and Jenaro, C. La anorexia y la bulimia en la red. Ana y Mia dos “malas compañías” para las jóvenes de hoy = The anorexia and bulimia on the web: Ana and Mia two “bad company” for youth today. *Acción Psicológica*, 2011; 8 (1): 1-14.

Capítulo 18

NOTAS SOBRE SEGURIDAD CLÍNICA EN EL PRIMER TÍTULO DE ENFERMERÍA EN ESPAÑA (1915).

José Antonio Sánchez-Miura.

Palabras clave: Historia de la Enfermería, Seguridad del Paciente, Salud Laboral.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

El 21 de mayo de 1915 se aprobó por primera vez en España, gracias a las propuestas de las Siervas de María y la influencia de la I Guerra Mundial, el marco legal para la obtención del título de enfermería. Suponiendo un hito para la profesión, resulta pertinente el estudio de dicha ley, promulgada en un periodo en el que la seguridad clínica de las enfermeras se tornó fundamental para paliar las enfermedades infecciosas, que supusieron una lacra en los siglos XIX y XX.

OBJETIVOS

Estudiar, mediante el marco legislativo del primer título oficial de Enfermería en España (Real Orden del 21 de mayo de 1915), el estado de la seguridad clínica en ese periodo.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio histórico y social de naturaleza cualitativa que utiliza la investigación documental como método de recopilación y análisis de datos. Se analizó la Real Orden del 21 de mayo de 1915, publicada en el Archivo Digital del Boletín Oficial del Estado. Además, se realizó una revisión bibliográfica en las bases de datos de Ciencias de la Salud (Cuiden, Dialnet, PubMed, Scielo) para contar con información adicional de la época.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La Real Orden cuenta con 70 artículos en los que se esclarecen las competencias que una enfermera debía mostrar para obtener la titulación en 1915. Aunque de predominancia técnica, son 7 los artículos (10%) que hacen alusión a la seguridad clínica en las actuaciones de enfermería (Art. 16, 18, 19, 20, 38, 58 y 70). Realizando un estudio del contenido de estas reseñas, se encuentra que 4 tratan de enfermedad infecciosa (57%), mientras que el resto abordan la protección legal y la seguridad clínica en el área quirúrgica.

CONCLUSIONES

Las infecciones como la tuberculosis tuvieron una incidencia muy alta en esta época. Por ello, encontramos en esta ley un gran número de artículos destinados a instruir a las enfermeras en materia de seguridad clínica, mayoritariamente en el abordaje del paciente infeccioso, convirtiéndose la enfermera en pieza clave para combatir estas enfermedades.

REFERENCIAS

1. Amezcua M y González Iglesias M. La creación del título de enfermera en España: ¿Cien años de una incoherencia histórica? *Index de Enfermería*. 2015; 24(2): 1-7.
2. Comellas J. *Historia de España Contemporánea*. Madrid: Rialp; 2009.
3. García Cárcel R. *La construcción de las Historias de España*. Madrid: Marcial Pons; 2004.
4. García Martínez A y García Martínez M. La enfermería en la I guerra mundial. *Enfermería Facultativa*. 2014; 199(1): 7-11.
5. García Martínez M y García Martínez A. Fechas clave para la historia de la matrona en España. *Híades*. 1999; 5(1): 243-260.
6. Germán Bes C. *Historia de la institución de la enfermería universitaria. Análisis con una perspectiva de género [tesis magistral]*. Zaragoza: Universidad de Zaragoza; 2006.
7. Gómez Redondo R. El descenso de la mortalidad infantil en Madrid, 1900-1970. *Reis*. 1990; 32 (85): 101-139.
8. González Iglesias M, Amezcua M y Siles J. El título de enfermera en España a través del análisis documental. *Temperamentvm*. 2010; 12(1): 1-17.
9. Román Sánchez J, Cano González R. La formación de maestros en España (1838-2008): Necesidades sociales, competencias y planes de estudio. *Educación XXI*. 2008; 11: 73-101.

Capítulo 19

APRENDIZAJE EN SEGURIDAD CON LA BACTERIEMIA ZERO EN LA UCI PEDIATRICA DE TOLEDO.

María Isabel Donoso Calero, Gustavo Paramo García, Jose Luis Martín Conty, Rocío Díaz Salcedo, Carolina Gómez-Escalonilla Zapardiel.

Palabras clave: Catéter Venoso Central, Cuidados Intensivos, Bacteriemia y Pediatría.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

La seguridad del paciente cobra importancia y son las infecciones nosocomiales un problema de seguridad de los centros sanitarios. La bacteriemia relacionada con catéter venoso central (BRCVC) es una infección nosocomial frecuente y la incidencia es mayor en los pacientes pediátricos y los ingresados en unidades de cuidados intensivos (UCI). La morbimortalidad asociada a esta entidad hace que sea imprescindible desarrollar estrategias de prevención. Peter Pronovost desarrolló una estrategia que resultaría positiva. Posteriormente se desarrolló el Proyecto BZ a nivel nacional.

OBJETIVOS

El objetivo principal es analizar si la implantación del Proyecto BZ en una UCIP disminuye las tasas de BRCVC.

MATERIAL Y MÉTODO

Se ha realizado una Revisión Bibliográfica Descriptiva consultando numerosas bases de datos: Pubmed, Cochrane, Scopus, Embase entre otras.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El éxito del Proyecto BZ proviene de la introducción de medidas basadas en evidencia científica en inserción y mantenimiento de un CVC. Su implantación produjo cambios en la etiopatogenia y en las estrategias de prevención. Los resultados arrojan un descenso en BRCVC tras la puesta en marcha del proyecto. El análisis comparativo del estudio de la UCIP de Toledo con otros estudios muestra resultados contradictorios.

CONCLUSIONES

Las medidas de prevención, los protocolos de inserción, mantenimiento y retirada de CVC de las recomendaciones realizadas en el proyecto BZ disminuyen de forma significativa las colonizaciones de catéteres y las BRCVC.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud, The Joint Commission; Joint Commission International. Preámbulo a las soluciones para la seguridad del paciente. 2007.

Disponible en: www.who.int/patientsafety/PatientSolutionsSPANISH.pdf. Acceso: [Noviembre de 2013].

2. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Consejería de Salud, Junta de Andalucía. Observatorio para la seguridad del paciente. 2013; Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridapaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/es/index.html>. [Acceso Noviembre 2013]
3. Kohn Linala T, Corrigan Janet MD, Son Molla, S. To Err Is Human: Building a safer Health system. American Institute of Medicine National Academy Press. Washington, DC, 1999. National Academy Press, 1999.
10. Centros para el control y Prevención de Enfermedades. CDC. 1600 Clifton R.d./Atlanta.6A 30333, USA. [Revisada y modificada el 11 de Octubre de 2007, Actualizada el 31 de Enero de 2012; Acceso Octubre-Noviembre 2013].Disponible en: <http://www.cdc.gov/nhsn/pscda.html>.
11. Estudio de prevalencia de las Infecciones Nosocomiales en España. Sociedad española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene. Informe EPINE – EPPS del año 2012. Disponible en: <http://hws.vhebron.net/epine/>.
12. Grupo de Trabajo de Enfermedades Infecciosas. SEMICYUC. Estudio nacional de Vigilancia de Infección Nosocomial en Servicios de Medicina Intensiva. Informe del año 2012. Disponible en: <http://hws.vhebron.net/envin-helics/>.

Capítulo 20

DETECCIÓN PRECOZ DE LA CLAUDICACIÓN FAMILIAR EN LOS CUIDADOS PALIATIVOS

María Angustias Díaz-Santos, Miriam Araujo-Hernández, Sonia García-Navarro, Rosa Pérez-Espina, Estefanía García-del Pino.

Palabras clave: Claudicación familiar, enfermedad terminal, cuidados paliativos, detección precoz.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

Según Dra. Marrero Martin y cols. la claudicación familiar es definida como “incapacidad de los miembros de la familia para ofrecer una respuesta adecuada a las múltiples demandas y necesidades del paciente”. En la literatura anglosajona encontramos términos como “sobrecarga” y “agotamiento”. Conocer el momento en el que se encuentra el paciente y su familia, nos permitirá actuar de forma precoz para evitar una claudicación familiar permanente.

OBJETIVOS

Conocer si existe alguna herramienta para la detección precoz de la claudicación familiar en pacientes terminales.

MATERIAL Y MÉTODO

Búsqueda bibliográfica con los TERH “claudicación familiar” AND “detección precoz” AND “paliativo”. Bases de datos CCSS: CUIDEN, Dialnet, LiLacs, Medline. 5160 artículos iniciales. Tras un análisis inicial, y la aplicación los criterios de inclusión: a) artículos en español; b) publicados en los 10 últimos años, sólo hacían referencia a la claudicación familiar en pacientes terminales, 127 artículos, de los cuales sólo mostraban herramientas disponibles, 12 de ellos.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

No existe una herramienta específica para la detección precoz de la claudicación familiar en el ámbito paliativo. En ocasiones se utiliza el cuestionario de detección de duelo prolongado (PG-13) pero éste no nos permite conocer información específica sobre la claudicación familiar existente en el proceso de enfermedad. La observación, valoración y comunicación entre los profesionales sanitarios y la familia, son las herramientas que se utilizan para poder evaluar en qué momento se encuentra la misma y poder plantear las acciones correspondientes.

CONCLUSIONES

Determinar un método directo de detección precoz para la claudicación familiar, que mida en qué momento se encuentra la familia, ayuda a conocer los recursos de intervención a utilizar para poder mejorar la calidad asistencial.

REFERENCIAS

1. Cejudo López A, López López B, Duarte Rodríguez M, Crespo Serván MP, Coronado Illescas C, Fuente Rodríguez C de la. El pacto de silencio desde el punto de vista de las personas cuidadoras de pacientes en cuidados paliativos. *Enferm Clin* [Internet]. 2015
2. Martin-Roselló ML, Fernández-López A, Sanz-Amores R, Gómez-García R, Vidal-España F, Cia-Ramos R. IDC-Pal (Instrumento Diagnóstico de la Complejidad en Cuidados Paliativos) © Consejería de Igualdad, Salud y Políticas sociales. Fundación Cudeca. Accesible en: <http://www.juntadeandalucia.es/salud/IDCPal> y <http://goo.gl/dVZh3l>

Conclusiones

Finalizaron las VII Jornadas de Enfermería I+D+i, IV Jornadas Internacionales que llevaron por nombre “Promoción de la salud basada en activos: sociedad, familias y grupos vulnerables”. Se celebraron el 14 de noviembre de 2019 en la sede del Excelentísimo Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Sevilla.

Con estas jornadas se consiguieron los objetivos propuestos:

- Divulgar y dar a conocer los últimos avances en promoción de la salud y salud comunitaria.
- Conocer las principales aplicaciones del modelo salutogénico y del enfoque positivo de la salud a la mejora de la salud de los individuos, familias y colectividades.
- Analizar los principales recursos disponibles a nivel individual, familiar y/o comunitario como activos en salud.
- Actualizar y dar a conocer las metodologías de trabajo con grupos vulnerables desde una perspectiva salutogénica más eficaces.
- Conocer y divulgar las experiencias más relevantes de mapeo comunitario como proceso de intervención comunitaria y de identificación de activos en salud.
- Analizar las fortalezas, talentos y habilidades de las personas, familias o grupos sociales que mantienen o potencian la salud.
- Conocer las estrategias políticas e intervenciones sanitarias más relevantes, influenciadas por el modelo de activos.

El día del encuentro, la mesa inaugural estuvo presidida por el Director del Centro Universitario de Enfermería Cruz Roja, el Dr. D. José Antonio Ponce Blandón, a quien acompañaron Dr. D. Juan Pablo Sobrino Toro, Director del Secretariado de Relaciones con las Instituciones Sanitarias de la Universidad de Sevilla y Dña. María Dolores Ruiz Fernández, Tesorera del Excelentísimo Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Sevilla.

Las jornadas estuvieron impregnadas de una serie de mensajes que fueron transversales a lo largo de las mesas de ponencia y comunicaciones. La frase emblemática con la que se inauguró las jornadas “No vamos a inventar la rueda” reflejaba que la promoción de la salud y el trabajo desde los activos para la salud no son una novedad. Actualmente se pretende una revitalización y una forma efectiva de conseguir el abordaje de los problemas de salud bajo un modelo positivista. Caló el mensaje que las personas no se rellenan de salud, sino que disponen de experiencias, vivencias, emociones y bagaje generacional que son riquezas y talentos a disposición de la propia persona, las familias y las comunidades. Para ello es importante no trabajar para las personas sino con las personas de forma colaborativa potenciando estilos de vida, condiciones de vida, salud y bienestar. A lo largo del día se identificaron numerosos activos para la salud donde lo importante es darlos a conocer, reconocer y disponer en mapas, pero más importante si cabe permitir que las personas

protagonistas de sus propios procesos de salud otorguen valor y bienestar personal y social. En ello, los profesionales sanitarios y en especial enfermería cobran un papel importante como guías, consultores y formadores de pacientes activos bajo dos premisas con H, honestidad y humildad. Es también protagonista de todo este proceso la escucha activa de los pacientes, los grupos y líderes comunitarios para el resurgir y el florecer de la salud. Destacó el empoderamiento de individuos, familias y comunidades vulnerables tales como migrantes, mayores y familias de acogida y adopción, así como la labor de los profesionales sanitarios en se enfrentan día a día a las necesidades de estos con una perspectiva salutogénica.

Participaron un total de 110 personas entre asistentes y ponentes de comunicaciones. El aforo se mantuvo más o menos constante hasta el final del día. Las jornadas contaron con un total de 18 comunicaciones, de las cuales 6 fueron expuestas en modalidad oral tras las ponencias de los expertos y el resto en modalidad póster digital, en un salón contiguo, bien conectada con el salón principal y con acceso abierto durante el completo desarrollo de las jornadas.

Finalizada las jornadas y de acuerdo con la valoración del comité científico, se otorgaron dos premios a las mejores comunicaciones presentadas. La primera comunicación fue oral y lleva por título “Análisis de la relación entre los tipos de ocio y la salud percibida”, sus autores son Diego Díaz-Milanés, Montserrat Andrés-Villa, Pedro Juan Pérez-Moreno, Sara Domínguez-Salas y Francisco José Rivera-de los Santos procedentes de la Universidad de Huelva, Universidad de Loyola y Universidad de Sevilla. La segunda comunicación, también oral, se titula “Señas de identidad y activos en salud: Diferencias en colectivos sociales coetáneos” cuyas autoras son María de los Ángeles Núñez-Baila, Laura Barba-Aragón y Anjhara Gómez-Aragón, de la Universidad de Sevilla. Sendos premios fueron patrocinados por el Colegio Oficial de Enfermería de Sevilla y por el Consejo General Andaluz respectivamente como muestra de su apoyo a la investigación.

En conclusión, se produjo un grato encuentro entre profesionales, alumnado y profesorado, un espacio para el diálogo, el intercambio y el aprendizaje en el ámbito de la promoción de la salud basada en activos desde un contexto nacional e internacional.

Comité científico y organizador

Anexo 1.

Acreditaciones

RESOLUCIÓN DE LA SECRETARÍA GENERAL DE INVESTIGACIÓN, DESARROLLO E INNOVACIÓN EN SALUD

Vista la solicitud presentada por parte de la entidad **Centro de Enfermería de Cruz Roja Española en Sevilla**, de acreditación de Jornadas y Congresos como actividades de formación continuada de las profesiones sanitarias y, teniendo en cuenta los siguientes:

HECHOS

PRIMERO. Con fecha 30/10/2019, **Centro de Enfermería de Cruz Roja Española en Sevilla**, presenta solicitud de acreditación de la jornada/congreso **VII Jornadas de Enfermería I+D+i. IV Jornadas Internacionales. “Promoción de la salud basada en activos: sociedad, familias y grupos vulnerables”**.

SEGUNDO. El expediente correspondiente con nº **5182/2019** ha sido debidamente tramitado por la Secretaría General de Investigación, Desarrollo e Innovación en Salud de la Consejería de Salud y Familias de la Junta de Andalucía, realizándose la evaluación de la solicitud por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, en la forma prevista en el artículo 7.2 del Decreto 203/2003, de 8 de julio, por el que se regula el procedimiento de Acreditación de las Actividades de Formación Continuada de las profesiones sanitarias.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

PRIMERO. El Secretario General de Investigación, Desarrollo e Innovación en Salud es competente para conocer y resolver la presente solicitud, en virtud de las facultades que le han sido atribuidas por el artículo 2 del Decreto 203/2003, de 8 de julio, por el que regula el procedimiento de Acreditación de las Actividades de Formación Continuada de las profesiones sanitarias y por el artículo 5 del Decreto 105/2019, de 12 de febrero, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Salud y Familias y del Servicio Andaluz de Salud.

SEGUNDO. Los criterios para la acreditación de la actividad formativa, se recogen en el artículo 8 del Decreto 203/2003, de 8 de julio, en relación con los criterios generales comunes y mínimos establecidos en la Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud prevista por el Real Decreto 1142/2007, de 31 de agosto, por el que se determina la composición y funciones de la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias y se regula el sistema de acreditación de la formación continuada.

TERCERO. Conforme a lo previsto en el artículo 7.3 del Decreto 203/2003, de 8 de julio, la solicitud ha sido sometida a la correspondiente evaluación por parte de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, como entidad certificadora del Sistema Sanitario Público de Andalucía, que ha propuesto le sean adjudicados 0,7 créditos.

De acuerdo con los antecedentes expuestos, la normativa citada y demás preceptos legales de general y pertinente aplicación, esta Secretaría General

RESUELVE

ACREDITAR con 0,7 créditos, la jornada/congreso **VII Jornadas de Enfermería I+D+i. IV Jornadas Internacionales. “Promoción de la salud basada en activos: sociedad, familias y grupos vulnerables”**, por reunir los requisitos establecidos.

En los diplomas tendrá que constar el número de créditos, el número de expediente y, de acuerdo con los criterios de la



Código Seguro de Verificación:	ACSAFwZNRPKDJaXFY9G4pHXjnoE2GJGc=	Fecha	07/01/20
Normativa	Este documento incorpora firma electrónica reconocida de acuerdo a la Ley 59/2003, de 19 de diciembre, de firma electrónica.		
Firmado por	ISAAC TUNEZ FIÑANA		
Url de Verificación	http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/acsa_acreditacion/verificafirma/login.asp?csv=ACSAFwZNRPKDJaXFY9G4pHXjnoE2GJGc=	Página	1/2

Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud, el logotipo de la citada Comisión, y el texto "Actividad acreditada por la Secretaría General de Investigación, Desarrollo e Innovación en Salud de la Consejería de Salud y Familias de la Junta de Andalucía". Los créditos de esta actividad formativa no son aplicables a los profesionales, que participen en la misma, y que estén formándose como especialistas en Ciencias de la Salud.

Contra la presente resolución, que no pone fin a la vía administrativa, se podrá interponer recurso de alzada ante la Viceconsejería de Salud y Familias, en el plazo máximo de un mes, contando desde el día siguiente al de su notificación, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 122 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.

Sevilla, en el día de la firma.

EL SECRETARIO GENERAL

Isaac Túnez Fiñana



Código Seguro de Verificación:	ACSAFwZNRPKDJaXFY9G4pHXjnoE2GJGc=	Fecha	07/01/20
Normativa	Este documento incorpora firma electrónica reconocida de acuerdo a la Ley 59/2003, de 19 de diciembre, de firma electrónica.		
Firmado por	ISAAC TUNEZ FIÑANA		
Url de Verificación	http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/acsa_acreditacion/verificafirma/login.asp?csv=ACSAFwZNRPKDJaXFY9G4pHXjnoE2GJGc=	Página	2/2

RESOLUCIÓN DE RECONOCIMIENTO DE INTERÉS CIENTÍFICO-SANITARIO.

HECHOS

ÚNICO.- Con fecha de 30 de octubre de 2019, **El Centro Universitario de Enfermería Cruz Roja de Sevilla**, presenta la solicitud y documentación correspondientes por si se estimara oportuno el Reconocimiento de Interés Científico-Sanitario respecto de la actividad **“VII Jornadas de Enfermería I+D+i. IV Jornadas Internacionales”**, a celebrar en el Excmo. Colegio Oficial de Enfermería de Sevilla, el **14 de noviembre de 2019**.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

PRIMERO.- El Secretario General de Investigación, Desarrollo e Innovación en Salud es competente para resolver en virtud de las facultades que le han sido atribuidas por el artículo 5 del Decreto 105/2019, de 12 de febrero, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Salud y Familias y del Servicio Andaluz de Salud

SEGUNDO.- Examinada la memoria y objetivos, así como el programa de la actividad presentados por la entidad organizadora, se considera que se ajusta a lo establecido en la Orden de 2 de octubre de 1997 (BOJA nº 120 de 14 del mismo mes)

TERCERO.- Examinada la memoria, objetivos y programa de la actividad, se comprueba que se encuentra dirigida a profesionales sanitarios.

Visto los antecedentes expuestos, la normativa citada y demás preceptos legales de general y pertinente aplicación,

RESUELVE

CONCEDER el Reconocimiento de Interés Científico-Sanitario respecto de la actividad

“VII Jornadas de Enfermería I+D+i. IV Jornadas Internacionales”.

Contra la presente resolución que no pone fin a la vía administrativa, podrá interponer recurso de alzada ante la Viceconsejería de Salud y Familias, en el plazo de un mes, contado desde el día siguiente al de su notificación, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 122 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.

Sevilla, en el día de la fecha.
EL SECRETARIO GENERAL

Isaac Túnez Fiñana

Expte: 151/19

Avda. de la Innovación, s/n. Edificio Arena 1. Apdo. Correos 17.111. 41080 Sevilla
Teléf. 95 500 63 00. Fax 95 500 63 31



Código Seguro de Verificación: VH5DPF46935LYLBP5JS979A2XK#2T. Permite la verificación de la integridad de una copia de este documento electrónico en la dirección: <https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma>

FIRMADO POR	ISAAC TUNEZ FIÑANA	FECHA	23/12/2019
ID. FIRMA	VH5DPF46935LYLBP5JS979A2XK#2T	PÁGINA	1/1



Su Ref.:
Ntra. Ref.: **Área de Ordenación Académica** Salida: **96**
TCH
Asunto: **Cdo. Acuerdo Comisión Reconocimiento Académico 10/06/2020**
Destinatario:
Sr. Director del
Centro Universitario de
Enfermería "Cruz Roja"
Avda. de la Cruz Roja s/n
41009 Sevilla.

Sevilla, a 12 de junio de 2020

Acuerdo Comisión Reconocimiento Académico 10/06/2020.

Una vez estudiada/s la/s propuesta/s presentada/s para la realización de la/s actividad/es que a continuación se relacionan, la Comisión acuerda en cada caso lo que se indica junto a la actividad:

“VII JORNADAS DE ENFERMERÍA I+D+I. IV JORNADAS INTERNACIONALES”, la Comisión acuerda autorizar 10 horas y 0,4 créditos ECTS.

“VOLUNTARIADO CRUZ ROJA 2019-2020”, la Comisión acuerda autorizar hasta 50 horas y hasta 2 créditos ECTS.

“VOLUNTARIADO CRUZ ROJA 2018-2019”, la Comisión acuerda autorizar hasta 150 horas y hasta 6 créditos ECTS.

El órgano proponente debe realizar un control y seguimiento de la actividad realizada por el estudiante y, a su conclusión, expedir un certificado en el que se detallan las horas y créditos computables que serán objeto de reconocimiento.

Así mismo, le recuerdo que, una vez concluida la actividad, deberá remitir a la dirección de correo ordenacion11@us.es, la **Memoria de Desarrollo de la Actividad** en el **Modelo Normalizado** al efecto que encontrará en el siguiente enlace:

<http://servicio.us.es/academica/reconoactivgradados>

Finalmente, si el desarrollo de la/s actividad/es se ha visto afectada por la crisis sanitaria causada por el COVID-19, ruego nos indique en la memoria de desarrollo si se han podido completar por métodos no presenciales o, en su caso, qué porcentaje de las horas se han podido realizar. Igualmente, en caso de que la/s actividad/es previstas no se hayan podido desarrollar ruego nos lo indique, informando de una posible reprogramación para otras fechas.

Atentamente,

Fdo.: Agustín del Castillo García
Secretario de la Comisión de Reconocimiento de Créditos.

UNIVERSIDAD DE SEVILLA

Código Seguro De Verificación	t3BIqU2JuxdMw7uYzozjX8g==	Fecha	15/06/2020
Firmado Por	AGUSTIN DEL CASTILLO GARCIA	Página	1/1
Url De Verificación	https://pfirma.us.es/verifirma/code/t3BIqU2JuxdMw7uYzozjX8g==		



Anexo 2.

Registro ISBN

Ficha de Registro del International Standar Book Number (ISBN)



Registro ISBN

Nº de Registro 2021081721

Fecha entrada 03/11/2021

ISBN 978-84-09-19518-9

Título	VII Jornadas de Enfermería I+D+i. IV Jornadas Internacionales. Sevilla, 14 de noviembre de 2019		
Subtítulo	Libro de Comunicaciones		
Autorías	Centro Universitario de Enfermería de Cruz Roja adscrito a la Universidad de Sevilla (Entidad) - Jornadas de Enfermería I+D+i 7 2019 Sevilla (Congreso) Cristina Beatriz, Tous Rivera (Editado por) - Ponce Blandón, José Antonio (Coordinación editorial de) - Jiménez Picón, Nerea (Coordinación editorial de) - Montes Porras, Domingo (Coordinación editorial de) - Tous Rivera, Cristina Beatriz (Coordinación editorial de) - Ramírez Baena, Lucía (Coordinación editorial de) - Hernán García, Mariano (Coordinación editorial de) - José Miguel, Robles Romero (Coordinación editorial de) - Martos García, Raúl (Coordinación editorial de) - Velasco Sánchez, María Ángeles (Coordinación editorial de) - Romero Martín, Macarena (Coordinación editorial de) - Portero Prados, Francisco Javier (Coordinación editorial de) - Pabón Carrasco, Manuel (Coordinación editorial de) - Fajardo Rodríguez, Laura		
Editorial o Autor/Editor	Cruz Roja Española Avda. Cruz Roja, 1 duplicado, Sevilla, 41009, Sevilla		
Formato	Digital: descarga		
Edición	Nº y mención de edición	Fecha de aparición	ISBN edición anterior
	1	14/11/2019	
Colección			
Idioma	De la publicación	Traducido del	Original
	Español / Castellano		
Descripción	Nº de páginas	Ilustraciones	Tamaño
Materias IBIC / THEMA	MQCB, Investigación y teoría de la enfermería (Original) / MQCB, Investigación y teoría de la enfermería (Original)		
Material anejo			
Obra en varios volúmenes	Nº de volúmenes	O si es un volumen	ISBN de la obra completa
Libro de texto			
Notas			

Agencia del ISBN en España

902 105 389 - agencia@agenciaisbn.es - www.agenciaisbn.es - Cea Bermúdez 44, 28003 Madrid



Cruz Roja Española

Cada vez más cerca de las personas

Cruz Roja Española pertenece a la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, que promueve las actividades humanitarias de las Sociedades Nacionales en favor de las personas vulnerables.

Mediante la coordinación del socorro internacional en casos de desastre y el fomento de la asistencia para el desarrollo, se propone prevenir y aliviar el sufrimiento humano.

La Federación, las Sociedades Nacionales y el Comité Internacional de la Cruz Roja constituyen, juntos, el Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja.

Humanidad

El Movimiento de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, al que ha dado nacimiento la preocupación de prestar auxilio, sin discriminación, a todos los heridos en los campos de batalla, se esfuerza, bajo su aspecto internacional y nacional, en prevenir y aliviar el sufrimiento de los hombres en todas las circunstancias. Tiende a proteger la vida y la salud, así como a hacer respetar a la persona humana. Favorece la comprensión mutua, la amistad, la cooperación y una paz duradera entre todos los pueblos.

Imparcialidad

No hace ninguna distinción de nacionalidad, raza, religión, condición social ni credo político. Se dedica únicamente a socorrer a los individuos en proporción con los sufrimientos, remediando sus necesidades y dando prioridad a las más urgentes.

Neutralidad

Con el fin de conservar la confianza de todos, el Movimiento se abstiene de tomar parte en las hostilidades y, en todo tiempo, en las controversias de orden político, racial, religioso o ideológico.

Independencia

El Movimiento es independiente. Auxiliares de los poderes públicos en sus actividades humanitarias y sometidas a las leyes que rigen los países respectivos, las Sociedades Nacionales deben, sin embargo, conservar una autonomía que les permita actuar siempre de acuerdo con los principios del Movimiento.

Voluntariado

Es un movimiento de socorro voluntario y de carácter desinteresado.

Unidad

En cada país sólo puede existir una Sociedad de la Cruz Roja o de la Media Luna Roja, que debe ser accesible a todos y extender su acción humanitaria a la totalidad del territorio.

Universalidad

El Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, en cuyo seno todas las Sociedades tienen los mismos derechos y el deber de ayudarse mutuamente, es universal.

Fecha

14 de noviembre de 2019

Lugar

Excmo. Colegio Oficial de Enfermería de Sevilla
Avda. Ramón y Cajal, 20 acc. B · 41005 Sevilla

Información y contacto

Web: <http://idi.enfermeriadesevilla.org>

Correo electrónico: esense@cruzroja.es

Tlf: 954 350 997

Organiza:

Con la colaboración de:



www.enfermeriadesevilla.org 954 350 997

Humanidad Imparcialidad Neutralidad Independencia Voluntariado Unidad Universalidad