



Enfermería Cuidándote

Publicación Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Málaga

Sumario

DICIEMBRE 2018

- 2 Editorial:
- 3 Artículo: **Impacto y manejo clínico de la escala pediátrica de alerta temprana y vrs positivo en lactantes con bronquiolitis: protocolo de investigación.**
- 17 Artículo: **Abordaje enfermero dirigido a la formación del profesorado para la mejora de hábitos de vida en niños/as: protocolo de investigación**
- 33 Artículo: **Prescripción de una TIC desde la consulta de enfermería: caso clínico**
- 36 Entrevistas: **Premios de Investigación del Colegio de Enfermería de Málaga 2018.**

EDITA

Ilustre Colegio Enfermería Málaga
C/Juan Herrera 38 29009 Málaga
952 395 320
www.colegioenfermeriamalaga.com
info@colegioenfermeriamalaga.com

DIRECCIÓN

Comité editorial de la Revista
Cuidándote.

MAQUETACIÓN

Victoria Contreras Blancas



*Renovamos nuestros mejores deseos para
quienes hacéis del cuidar
vuestra razón de ser
como profesionales
de enfermería.*

La Junta de Gobierno

Feliz Navidad y Feliz 2019

LA INVESTIGACIÓN COMO DESARROLLO DE LA PROFESIÓN

Juan Antonio Astorga

Presidente Colegio Enfermería Málaga

En este año 2018 y en el acto de reconocimiento a la Escuela de Enfermería de la Diputación de Málaga, organizado por dicha entidad, la UMA y este Colegio, tuvo lugar la entrega de los premios Colegio Enfermería de Málaga en su primera edición, instituidos por la Junta de Gobierno para reconocer y fomentar la investigación entre nuestros colegiados.

Los trabajos premiados demuestran que la investigación aplicada a la práctica enfermera habitual es beneficiosa para gran parte de nuestro colectivo y para los propios pacientes. En los contenidos de esta edición se tienen en cuenta a los cuidadores de pacientes crónicos tanto en su calidad de vida y su salud; la adaptación transcultural, cuando las migraciones son crecientes; la adhesión a la evidencia científica relacionada con las úlceras por presión; los efectos adversos en los pacientes portadores de accesos venosos; incluso el accésit obtenido por la evaluación realizada a un programa de deshabitación tabáquica (*). Todos ellos contenidos de gran interés como nos han transmitido los miembros del jurado, constituido mayoritariamente por enfermeros de otras provincias, lo que debe reforzar el convencimiento de que en la nuestra tenemos un potencial investigador muy digno de tener en cuenta.

Nuestra profesión es práctica y útil socialmente. Investigar para muchos enfermeros no está lejos de la realidad, ni ya es una práctica extraña o inusual entre nosotros. Debemos de congratularnos por ello, porque ahí radica de forma muy sensible nuestro propio desarrollo.

En este tiempo de buenos deseos para el nuevo año, añado el de que cada vez sean más quienes se sumen a investigar, a conocer lo que otros investigan- como hace esta revista- , y que el Colegio siga contribuyendo a ello.

Gracias a quienes lo hacen posible

(*) Títulos y autores de los trabajos premiados a partir de la página 36 de esta publicación



IMPACTO Y MANEJO CLÍNICO DE LA ESCALA PEDIÁTRICA DE ALERTA TEMPRANA Y VRS POSITIVO EN LACTANTES CON BRONQUIOLITIS: PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

AUTORES

Carmen María Berruezo Pérez. Enfermera pediátrica Agencia Sanitaria Costa del Sol.

COLABORADORES

Rosana Medina López. Enfermera pediátrica. Responsable de Enfermería de Pediatría y Neonatos Agencia Sanitaria Costa del Sol.

María Remedios Rebollo García. Enfermera pediátrica Agencia Sanitaria Costa del Sol.

Soledad de Dios Calderón. Enfermera pediátrica Agencia Sanitaria Costa del Sol.

María Josefa Zambrana Salido. Enfermera pediátrica Agencia Sanitaria Costa del Sol.

Francisco Rivas Ruiz. Técnico de Investigación. Epidemiología y Salud Pública. Unidad de Investigación. Agencia Sanitaria Costa del Sol.

RESUMEN

Palabras Clave: Bronquiolitis, Virus Respiratorio Sincitial, Deterioro Clínico, Escala de Alerta Temprana Pediátrica.

Introducción

La Bronquiolitis Aguda es la principal causa de visitas hospitalarias de niños lactantes menores de dos años a los servicios de atención primaria o de urgencias, suponiendo un alto porcentaje de los ingresos hospitalarios en las unidades de Pediatría. Se considera una enfermedad estacional, con mayor incidencia de noviembre a marzo. Es una patología de origen viral cuyo principal agente causal es el Virus Respiratorio Sincitial. El contagio se produce por contacto directo, dando lugar a una infección del tracto respiratorio inferior caracterizada por obstrucción de las vías respiratorias pequeñas por acúmulo de mucosidad. El cuadro clínico característico es similar al de un catarro de vías altas, que puede evolucionar a síntomas más graves. Este cuadro de empeoramiento puede conducir al deterioro clínico, precisando cambios en las decisiones terapéuticas de forma inmediata y atención temprana del equipo de atención hospitalaria.

La valoración precoz de signos de gravedad debe ser recogida en todos los lactantes que ingresen debido a esta patología. En éste proyecto se utilizará la Escala Pediátrica de Alerta Temprana o Paediatric Early Warning Score o PEWS. Las puntuaciones obtenidas con la aplicación de la escala, permitirán una anticipación al deterioro clínico del lactante, articulándose asistencia urgente cuando se precise.

Objetivo

Valorar si el resultado positivo del VRS en lactantes ingresados por bronquiolitis aguda, influye en el deterioro clínico del niño y conocer si los profesionales interpretan los parámetros y resultados de la escala de forma correcta.

Metodología

Estudio observacional analítico de cohortes longitudinal prospectivo. La muestra estará constituida por todos



los lactantes de 0 a 23 meses que ingresen con diagnóstico de bronquiolitis y resultados de VRS, durante los meses de octubre a marzo desde 2018 a 2020. Para la recogida de datos se utilizará la historia clínica del paciente teniendo en cuenta la variable resultados de la escala de alerta temprana. Se realizará análisis descriptivo de las variables utilizando medidas de tendencia central, dispersión y posición, para variables cuantitativas, y distribución de frecuencias para las variables cualitativas. Como variable de resultado principal se valorará el deterioro clínico del lactante.

INTRODUCCIÓN

La Bronquiolitis aguda es una infección de las vías respiratorias inferiores más frecuente en los lactantes, con una incidencia anual del 10% en niños menores de doce meses y un porcentaje de ingreso hospitalario en España de entre el 2 y el 5% de todos los pacientes afectados(1). Según datos recientes epidemiológicos, alrededor del 3-11% de los pacientes con bronquiolitis aguda requieren ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos(2). En los países industrializados las cifras de mortalidad en niños previamente sanos que se hospitalizan por bronquiolitis es baja, gracias a la ventilación mecánica y al acceso a cuidados intensivos. Debido a su frecuencia, se estima que en el mundo fallecen entre 66.000-199.000 niños debido a infecciones por VRS, siendo la segunda causa de muerte tras la malaria en niños de uno a doce meses (3,4).

Se puede definir la Bronquiolitis como “Primer episodio agudo de sibilancias en el contexto de un cuadro catarral de vías altas de origen viral, que afecta a niños menores de dos años” (preferentemente en menores de un año) (Mc Connochie, 1993). Según la Academia Americana de Pediatría la población incluida como susceptible de poder enfermar por Bronquiolitis es la comprendida entre niños de 1 mes hasta los 23 meses (5).

La máxima incidencia de la enfermedad se produce en forma epidémica en los meses fríos a finales de otoño, invierno e inicios de primavera, desde noviembre a marzo. Se considera una enfermedad de origen viral con múltiples agentes patógenos causales (Rinovirus, Influenzae, Parainfluenzae) aunque el principal agente patógeno asociado es el VRS o Virus Respiratorio Sincitial (6,7). Este agente etiológico pertenece a la familia Paramyxoviridae, del género Pneumovirus. Según datos consultados en estudios recientes, el 78% de los casos estudiados con Bronquiolitis grave se han producido por VRS (2). Esto supone una enorme carga para el sistema sanitario, estimándose en España que las infecciones por VRS originan anualmente entre 15.000 y 20.000 visitas

pediátricas de urgencia y de 7000 a 14000 hospitalizaciones. El número de niños fallecidos por infecciones por el VRS se cifra en nuestro país entre 70 y 250 al año. Incluso se ha llegado a relacionar el VRS con algunos casos de muerte súbita del lactante (8).

Ésta etiología viral hace que la transmisión sea de persona a persona, vía aérea por contacto directo y ésta se puede producir con bastante frecuencia. Las puertas de entrada del virus son la conjuntiva ocular y la mucosa nasal y oral(6). Se contagia a través de las manos, de determinados objetos contaminados o por las gotitas que se desprenden en la respiración (al toser o estornudar). Puede ser en el propio domicilio, contagiado por hermanos, o en las guarderías donde con mayor frecuencia se contagia la Bronquiolitis. Es por ello que el lavado de manos sea una de las medidas preventivas más eficaces para prevenir y evitar los brotes (9). Los mayores grupos de riesgo para el contagio de la bronquiolitis son aquellos niños que nacieron prematuramente, precisamente por su menor maduración pulmonar. También la presencia de enfermedades asociadas, tales como cardiopatías congénitas, inmunodeficiencias o enfermedades neuromusculares, pueden ser factores de riesgo para contraer la enfermedad.

En cuanto a la clínica o comienzo de la enfermedad puede presentarse como un catarro de vías altas, con rinitis, y puede tener una buena evolución. Suele manifestarse con mucosidad, tos, estornudos a los que se le puede asociar posteriormente en su forma más grave, dificultad respiratoria, rechazo de la alimentación y febrícula. La tos seca siempre está presente y suele evolucionar siendo más intensa y recurrente, pudiendo esto desencadenar los vómitos al toser. Frecuentemente se podrán escuchar ruidos tipo “sibilancias” mediante la auscul-



tación, que son como “pitidos” que expresan la dificultad que tiene el aire para ser expulsado. Las sibilancias espiratorias se consideran el hallazgo clínico fundamental para el diagnóstico de bronquiolitis(10). La falta de oxígeno a nivel pulmonar por la dificultad en la respiración se puede objetivar por la disminución de la saturación de oxígeno mediante pulsioximetría. Otros síntomas pueden ser coloración cianótica de labios, crepitantes inspiratorios finos, tiraje intercostal, subcostal o retro esternal y aleteo nasal en niños más pequeños(1). La anamnesis y la exploración física del paciente suelen ser suficientes para llegar a establecer el diagnóstico. Los objetivos primordiales van encaminados a determinar la gravedad de la Bronquiolitis aguda, cuando hay un aumento de la frecuencia respiratoria por encima de 60 respiraciones/minuto, disminución de la saturación de oxígeno, retracciones o apneas. El rechazo al alimento también es considerado como un signo claro de empeoramiento del niño. Por tanto podemos afirmar que dentro de la anamnesis del niño, dos aspectos fundamentales a tener en cuenta serán la alimentación y la hidratación (11).

Según protocolos establecidos en los distintos centros se realizan pruebas complementarias como aspirado nasal para confirmar si el agente causal es el VRS. Su determinación también es importante para estudios epidemiológicos posteriores (10). Existen métodos de diagnóstico rápido basados en la inmunofluorescencia y en el inmunoensayo enzimático en muestras de moco nasal. Los resultados pueden estar disponibles al cabo de pocos minutos. Esto a veces es necesario para poder ubicar a los pacientes con patologías similares y evitar contagios innecesarios (8). Se establecen así cohortes hospitalarias cuando no es posible aislar a los niños que requieren ingreso en habitaciones individuales (4).

Otras pruebas complementarias se determinarán según la gravedad y evolución del niño en el hospital y según criterio del Pediatra (radiografías de tórax, analíticas etc). La lectura de Guías de Práctica Clínica (GPC) y estudios observacionales indican que estas pruebas complementarias no implican cambios en el pronóstico ni en el tratamiento de la enfermedad (12–14).

Una revisión no sistemática de la literatura arroja datos sobre la relación entre las distintas medidas de soporte ventilatorio utilizados por parte de los profesionales (Pediatras y Enfermeras) que atienden a un lactante con bronquiolitis, y el uso de las escalas de valoración de gravedad (15). Estas medidas vendrán determinadas por la sintomatología clínica y será el Pediatra el que prescriba tales actuaciones. Medidas de apoyo y de soporte serán la base del tratamiento de la bronquiolitis. Mantener en el niño una adecuada hidratación y oxigenación será el objetivo del tratamiento (16). Se debe de asegurar la permeabilidad de la vía aérea superior para mantener la ventilación, realizando para ello desobstrucción nasal mediante lavado nasal con suero fisiológico o aspiración de secreciones (4). El aporte de oxígeno se debe de hacer cuando exista dificultad respiratoria grave o cuando las cifras de saturación (SatO₂) medidas a través de pulsioximetría transcutánea oscilen entre 90-92% (5,11). Inicialmente, y siempre bajo criterio médico, la utilización de gafas nasales con bajo flujo para el aporte de oxígeno podría ser la primera elección en caso de dificultad respiratoria. Según la evolución clínica de la dificultad respiratoria la aplicación de oxigenoterapia puede pasar a un modo ventilatorio no invasivo, como CPAP (Nasal Continuous Positive Airway Pressure) o Cánula Nasal de Alto Flujo (OAF) o High Flow Nasal Cannula Oxygen Therapy (HFNC) por sus siglas en inglés (17,18). En casos en los que el puntaje de gravedad de la dificultad respiratoria sea elevado, los pacientes deben de ser ingresados en Unidades de Cuidados Intensivos para su intubación por prescripción de Ventilación Mecánica.

La evolución de la enfermedad en un lactante con bronquiolitis será valorada mediante los signos clínicos y las constantes vitales del paciente. Para medirlos se utilizan Escalas clínicas en donde vienen reflejados diversos parámetros clínicos como frecuencia respiratoria, frecuencia cardiaca, esfuerzo respiratorio o tiraje, auscultación de sibilancias o crepitantes, ventilación o relación inspiración/espiración, cianosis o nivel de saturación de oxígeno tomado mediante oximetría de pulso (2,19). En la práctica clínica existe gran variabilidad en cuanto a las escalas de valoración de gravedad utilizadas en distintos hospitales (20–23). Algunas de ellas han sido estudiadas por diferentes profesionales para determinar su validez en cuanto a su uso para determinar los ingresos de los niños en Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales. Dentro de las recomendaciones en GPC,



nos indican la investigación sobre la utilidad del uso de escalas para predecir el deterioro de los niños afectados por bronquiolitis (24). Concretamente se habla de la Escala Pediátrica de Alerta Temprana, en adelante, PEWS, (por sus siglas en inglés), Paediatric Early Warning Score, como predictor del deterioro clínico (25).

La revisión de la literatura sobre el tema arroja bastantes resultados, que si bien no todos están relacionados con la patología de estudio (bronquiolitis) ni población de lactantes en concreto, sí que dan resultados con evidencia sobre la utilidad de las PEWS como herramienta para activación y seguimiento a niños con deterioro clínico importante, obteniéndose mejoras en los resultados clínicos (25,26). Así los sistemas de alerta, más que significar un “puntaje” o “puntuación” determinada, van más encaminados a implementar intervenciones que contribuyan a la seguridad clínica del paciente infantil y a la consecución de unos resultados clínicos favorables. La escala como herramienta permite la valoración de unos ítems cuyo resultado “numérico” determina un proceso de actuación que va encaminado a detectar de forma precoz las situaciones de empeoramiento de los lactantes ingresados por bronquiolitis (16,27). A su vez, el uso de esta escala favorece el proceso de comunicación entre los profesionales de enfermería y los Pediatras, pudiendo dar respuesta precoz a situaciones de empeoramiento. Las decisiones terapéuticas tomadas de forma inmediata favorecerán una buena evolución en el proceso de enfermedad del lactante, a la vez que permitirán mejorar la seguridad del paciente así como los resultados clínicos (28,29).

La aplicación de las Escalas Pediátricas de Atención Temprana se ha venido utilizando desde el año 2005 en diferentes países como herramienta predictora de identificación temprana de los signos de deterioro clínico de un paciente. El primer score de PEWS realizado en niños fue en el año 2002 basado en los previos usados en adultos y los resultados fueron publicados por primera vez en febrero del 2005, por Monaghan en Canadá (30). Numerosos estudios pusieron de manifiesto que su uso podía detectar el deterioro de un paciente pediátrico al menos 11 horas antes aunque el niño se encuentre en fase compensadora. Utilizadas solas o asociadas a la opinión médica han demostrado ser herramientas útiles para identificar pacientes con riesgo de deterioro agudo (31, 32,40).

Siguiendo las recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica era necesario comprobar su sensibilidad en el uso de pacientes con Bronquiolitis Aguda (33,34)

En el año 2013, y promovido por el Ministerio de Sanidad, varios hospitales españoles se adhieren al Proyecto PaSQ (European Network for Patient Safety and Quality of Care) o Red de la Unión Europea para la Calidad Asistencial y Seguridad del Paciente (35,36). Desde el Observatorio de la Calidad del paciente, organismo de la Junta de Andalucía (37) se crea un grupo de trabajo para la implementación de prácticas seguras, considerándose la Escala una de ellas. El objetivo es el desarrollo y la implementación de una herramienta práctica, genérica y validada, que permita la adaptación a nivel europeo de la sistemática de escalas de alerta temprana en Pediatría. La escala es un método de registro de constantes vitales del paciente, obteniéndose una puntuación final, mediante la cual la enfermera deberá seguir una actitud distinta en base a la puntuación obtenida. (Actitud mantenida, aumentar la frecuencia de las valoraciones y atención enfermera, informar al médico responsable o activar un equipo de respuesta rápida o emergencia médica).

Tras la fase de adaptación y diseño, mediante la cual se realiza un pilotaje de la misma, se procede a su validación. La Agencia Sanitaria Costa del Sol realiza en Febrero de 2014 la difusión y formación semipresencial de enfermeras y médicos de la Unidad de Pediatría del Hospital Costa del Sol. Desde Marzo a Julio de 2014 se realiza un pilotaje de implantación de la Escala Pediátrica de Alerta Temprana en niños de 0-1 año con diagnóstico de Bronquiolitis. En Octubre de 2014 se amplía su uso a pacientes con patologías respiratorias hasta los 5 años. Y desde el año 2015 el registro de datos pasó a ser informatizado en la historia clínica electrónica del paciente (38,39). Desde entonces, todos los pacientes que ingresan en la unidad de Pediatría diagnosticados de Bronquiolitis aguda, son susceptibles de aplicación de la escala, tanto en el momento del ingreso, como posteriormente cada turno, por parte de la enfermera responsable del niño. Como sabemos por la bibliografía con-



sultada, la mayoría de las situaciones de riesgo vital, vienen precedidas por un deterioro clínico detectable. Las puntuaciones de alerta temprana obtenidas en los registros de la escala, servirán para alertar al personal sobre la detección precoz del deterioro clínico respiratorio de los niños, y articular una asistencia urgente mediante un marco claro de comunicación. Estas intervenciones irán encaminadas a mejorar la seguridad del paciente pediátrico y los resultados clínicos.

Con el presente proyecto de investigación se estudiará si el resultado positivo del VRS en lactantes ingresados por bronquiolitis influye en el deterioro clínico del niño, y la relación existente con la puntuación obtenida al aplicar la escala de alerta temprana. También resultará útil para conocer si los profesionales de la unidad de Pediatría, enfermeras y pediatras, conocen la forma de interpretar los parámetros y resultados de la escala.

OBJETIVOS

OBJETIVOS PRINCIPALES

- Valorar si el resultado del VRS (Virus Respiratorio Sincitial) realizado al ingreso influye en el deterioro clínico del lactante ingresado por bronquiolitis.
- Evaluar la relación que existe entre la puntuación máxima obtenida al aplicar la escala de alerta temprana durante el ingreso y el deterioro clínico del niño.

OBJETIVOS SECUNDARIOS

- Analizar las tasas de la correcta aplicación de la escala por parte de los profesionales en lactantes con bronquiolitis.
- Medir la relación entre puesta en marcha de diferentes actividades por parte de los profesionales y las puntuaciones de la escala.
- Comparar el valor predictivo de deterioro clínico de la escala en las primeras 24-48hr frente a los resultados de la escala de Crisis Asmática que también se utiliza en nuestra unidad de Pediatría.
- Analizar los resultados de la aplicación de la escala en lo que a puntuación se refiere (resultados globales).
- Determinar si la aplicación de la escala como herramienta predictora del deterioro clínico en los pacientes pediátricos, ha permitido la anticipación en la respuesta a situaciones de cambio o empeoramiento clínico.

MÉTODO

DISEÑO

Se realizará un estudio observacional analítico de cohortes longitudinal prospectivo de tipo dinámico sobre el impacto de la positividad del VRS en el deterioro clínico del lactante y su relación con los resultados de aplicar la Escala de Alerta Temprana o PEWS, en pacientes lactantes de 0 a 23 meses.

ÁMBITO

El emplazamiento del estudio se realizará en la unidad de Pediatría del Hospital Costa del Sol de Marbella, Agencia Pública de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. El periodo de estudio abarcará los meses de Octubre de 2018 a Marzo de 2020, abarcando así dos épocas estacionales epidemiológicas con mayor incidencia de Bronquiolitis Agudas (de octubre a marzo)

POBLACIÓN

La población diana serán los lactantes de 0-23 meses ingresados en la unidad de Pediatría del Hospital Costa



del Sol diagnosticados de Bronquiolitis Aguda.

SUJETOS O SELECCIÓN MUESTRAL

Los sujetos del estudio serán niños y niñas lactantes menores de dos años de edad, diagnosticados de Bronquiolitis Aguda, con resultados de VRS al ingreso y con inicio de clínica específica de ésta patología como sibilancias a la auscultación, antecedentes de rinorrea, febrícula y tiraje.

Se recogerán todos los pacientes que de forma consecutiva cumplan criterios de inclusión/exclusión. Se estima que se necesitarán dos anualidades para completar la muestra (110 pacientes estimados anualmente).

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Para el cálculo de la muestra se realizó un estudio piloto en la misma unidad donde se pretende realizar el proyecto de investigación. Se recogieron los datos referentes a los ingresos que se produjeron desde el mes de Octubre de 2017 a Marzo del 2018 (época estacional de bronquiolitis aguda), así como los resultados analíticos del VRS procedentes de la Historia Clínica de los pacientes lactantes. Se recogieron en total 56 episodios, de los cuales 40 episodios resultaron tener VRS POSITIVO, y 16 con resultados de VRS NEGATIVO.

A partir de los datos de este estudio piloto, se estimó un riesgo en niños expuestos a VRS al ingreso de un 40% de deterioro clínico, frente un 25% en su ausencia, para una razón 6:4 (VRS+: VRS-), para una potencia del 80%, un intervalo de confianza del 95% se precisarán a 116 pacientes en grupo expuestos a VRS+ y 77 en grupo no expuestos.

Se aumentará un 10% la muestra para minimizar posibles pérdidas, siendo la muestra final de 128 VRS+ y 85 VRS- (213 pacientes en total).

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Lactantes menores de 2 años ingresados en la unidad de pediatría con diagnóstico médico de Bronquiolitis aguda y con resultados al ingreso del VRS.
- Se incluirán aquellos pacientes lactantes cuyos padres, madres o tutores, hayan aportado el Consentimiento Informado, permitiendo así su colaboración voluntaria en el estudio, según lo establecido por Ley.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Lactantes menores de 2 años, cuya clínica de dificultad respiratoria se derive de un diagnóstico médico distinto al de la bronquiolitis aguda (Broncoespasmo, bronquitis obstructiva aguda, crisis asmática infantil, neumonía), aun teniendo en su historial de ingreso el resultado del VRS.
- Se excluirán aquellos pacientes con patología crónica de base como fibrosis quística, trastornos neuromusculares, displasias broncopulmonares congénitas y cardiopatía con alteraciones hemodinámicas.

RECOGIDA DE DATOS

Se iniciará el estudio realizando Valoraciones integrales de Enfermería mediante entrevista estructurada a los padres de todos los pacientes seleccionados, donde se reflejen las características demográficas y clínicas de los niños al ingreso. Quedarán recogidas las condiciones clínicas del paciente al ingreso así como los problemas o complicaciones derivados de su estado clínico en el Plan de cuidados de Enfermería.

Se realizará el registro del resultado del VRS (Positivo o Negativo) en la historia clínica del paciente en cuanto sea notificado por el servicio de Laboratorio.

Tras la valoración inicial del paciente, se recogerán los datos sobre parámetros fisiológicos, que valorarán la dificultad respiratoria de acuerdo a los ítems reflejados en la Escala Pediátrica de Alerta Temprana. Se utilizará



la PEWS según rango de edad de los niños (Escala para niños de edades comprendidas entre los 0-12 meses y escala para niños de entre 1-5 años).

Los datos recogidos se transcribirán al registro informatizado de la escala en la historia clínica del paciente. Estos datos son los siguientes:

- Fecha y hora del registro
- Impresión subjetiva del Riesgo: Sí o No.
- Frecuencia Respiratoria (rango distinto según la edad)
- Grado de Dificultad respiratoria: Normal, Leve, Moderada, Grave.
- Aportación de Oxígeno: Sí o No.
- Frecuencia cardíaca y Tensión arterial (rango distinto según la edad).
- Nivel de Consciencia: Normal o Disminuido.
- Temperatura Axilar.

La lectura del puntaje obtenido se interpretará según la siguiente leyenda:

Tabla 1. Puntuaciones de la Escala de Alerta temprana y Niveles de Actuación.

<div style="background-color: #2e8b57; color: white; padding: 2px; margin-bottom: 2px;">0</div> <div style="background-color: #2e8b57; color: white; padding: 2px; margin-bottom: 2px;">1</div> <div style="background-color: #2e8b57; color: white; padding: 2px;">2</div>	Continuar monitorización normal por turno (cada 8 horas).
<div style="background-color: #ffa500; color: white; padding: 2px;">3</div>	Aumentar monitorización a 2 – 4 horas, según valoración de Enfermería.
<div style="background-color: #ffa500; color: white; padding: 2px;">4</div>	Aumentar monitorización a 2 – 4 horas, según valoración de Enfermería, y valorar la consulta con el facultativo.
<div style="background-color: #ff0000; color: white; padding: 2px; margin-bottom: 2px;">5</div> <div style="background-color: #ff0000; color: white; padding: 2px;">6</div>	Avisar al facultativo.

Los datos de la Escala Pediátrica de alerta temprana se recogerán al ingreso y una vez por turno, por parte de las enfermeras encargadas de cada niño, en condiciones de estabilidad clínica y nunca tras la administración de medicación inhalatoria que haya podido enmascarar una sintomatología de base. Esto se realizará durante todo el tiempo que el niño se encuentre hospitalizado.

Se considerará el deterioro clínico mediante los marcadores de Parada Cardiorrespiratoria, Traslado a UCIP/UCIN (tanto para CPAP como Ventilación Invasiva), e Intervención temprana de cambio en la Asistencia Respiratoria (Ventilación No invasiva, como OAF).

DESCRIPCIÓN Y OPERATIVIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Tabla 2. Variables predictoras o explicativas.

VARIABLES PREDICTORAS O EXPLICATIVAS			
Variable	Tipo	Valores	
Fuente/Instrumento			
Presencia de Virus Respiratorio Sincitial (VRS)	Cualitativa dicotómica	Si/No	Historia clínica
Fecha de Ingreso	Cuantitativa	DD/MM/AA	
Sexo	Cualitativa dicotómica	Varón Mujer	
Edad Gestacional al ingreso	Cuantitativa discreta	Semanas	
Fecha de nacimiento	Cuantitativa discreta	DD/MM/AA	
Tipo de parto	Cualitativa policotómica	Vaginal no instrumental Vaginal instrumental Cesárea	
Edad	Cuantitativa discreta	Meses/Años	
Nivel de estudios de los progenitores	Cualitativa policotómica	Sin estudios Estudios primarios Estudios secundarios Estudios universitarios	
Asistencia a guardería	Cualitativa dicotómica	Si / No	
Número de hermanos	Cuantitativa discreta	Numérico	
Numero de meses con LM en el momento del ingreso	Cuantitativa discreta	Meses	



Tabla 3. Variables de Resultado.

VARIABLES DE RESULTADO			
VARIABLES REFERENTES AL PACIENTE O EPISODIO			
Variable	Tipo	Valores	Fuente
Deterioro Clínico	Cualitativa policotómica	Parada cardiorrespiratoria Traslado UCIN/UCIP Intervención temprana con OAF	Historia clínica
Número de observaciones totales realizadas	Cuantitativa discreta		
Puntuaciones Escalas Alerta Temprana	Cuantitativa discreta		
Puntuaciones del Registro de Crisis Asmática	Cuantitativa discreta		
Días totales de ingreso	Cuantitativa discreta		
Reingreso antes de 72 hrs	Cualitativa dicotómica	SI/NO	
VARIABLES REFERENTES A LA UNIDAD			
Escalas correctamente cumplimentadas	Cualitativa dicotómica	SI/NO	



PROCEDIMIENTO.

1.Solicitud de Autorización

Se solicitará la autorización a los responsables de la Unidad de Pediatría, tanto al Jefe del Servicio, el DAIG de Pediatría, así como a la Supervisora de la Unidad. También se contactará con la Dirección de Enfermería para informar de nuestra finalidad y obtener los permisos pertinentes necesarios para el inicio del Proyecto de Investigación. El estudio se llevará a cabo en la Unidad de Pediatría del Hospital Costa del Sol, donde se les aplicará la escala PEWS a todos los lactantes que cumplan los criterios de inclusión.

2.Confección de una tabla de recogida de datos

Se realizará una tabla para la recogida de datos donde quedarán reflejadas las variables del estudio y variables demográficas. La recogida de datos transcritos a la historia informatizada del paciente se realizará mediante el Servicio de Informático DOCTOR, Admisión y Documentación Clínica del Hospital Costa del Sol.La recogida de datos transcritos a la historia informatizada del paciente se realizará mediante el Servicio de Informático DOCTOR, Admisión y Documentación Clínica del Hospital Costa del Sol.

3.Transferencia y control de calidad de datos a las tablas para análisis estadístico.

4.Emitir unos resultados.

5.Elaboración de conclusiones y discusiones del estudio

ANÁLISIS DE LOS DATOS

Los datos reflejados en la hoja de recogida de datos se analizarán posteriormente mediante el programa estadístico informático Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)R versión 21 para Windows (SPSSR Sciences, Chicao, Illinois).

Los datos se someterán a:

Análisis descriptivo de las variables utilizando medidas de tendencia central, dispersión y posición, para variables cuantitativas, y distribución de frecuencias para las variables cualitativas.

Se realizarán análisis por subgrupos tanto para variable independiente principal (VRS), como la puntuación máxima en la escala de alerta temprana en las primeras 24-48h, evaluando diferencias en la distribución, utilizando test de Ji- Cuadrado (o test exacto de Fisher en caso de frecuencias esperadas inferiores a 5) y para variables independientes cualitativas, y el test de t de Student (o test de U de Mann-Whitney en caso de distribución no normal) para variables independientes cuantitativas.

Tomando como variable de resultado principal la presencia de deterioro clínico, se construirán modelos de regresión logística multivariante como regresión de Cox multivariante, ajustando en un primer paso la presencia de VRS y/o resultado superior de la escala de alerta temprana en 24h, y en un segundo paso aquellas variables desbalanceadas en análisis bivariado previo ($p < 0,1$) con método de inclusión de variables por pasos hacia atrás; describiendo odds ratio y respectivos intervalos de confianza al 95% (IC95%) en caso de regresión logística; y Hazard Ratio con IC95% para el modelo de Cox.

Para evaluar la validez de la escala PEWS en el pronóstico del deterioro clínico del niño lactante durante su ingreso hospitalario, se utilizarán las Curvas ROC. Así, se valorarán la sensibilidad, especificidad, valores predictivos positivos y negativos, junto con Likelihood ratio para selección el mejor punto de corte de la curva ROC.

Se establecerá el nivel de significación estadística en $p < 0,05$.

El análisis de los datos se llevará a cabo conforme al compromiso de confidencialidad, respetando siempre, el



anonimato de los participantes vinculados en el estudio.

ASPECTOS ÉTICOS

Este proyecto se llevará a cabo teniendo en cuenta los principios éticos y legales en la investigación. Se solicitará la autorización de la Comisión de Ética e Investigación Sanitaria del Centro. Se mantendrán en todo momento las normas de buena práctica clínica y los principios éticos establecidos para la investigación en seres humanos en la Declaración de Helsinki y revisiones posteriores.

Los datos clínicos se mantendrán segregados de los datos identificativos y las bases de datos estarán encriptadas y custodiadas en ordenadores específicos exclusivamente destinados al proyecto. Todos los registros se realizarán respetando los preceptos establecidos en la legislación vigente en materia de protección de datos de carácter personal recogidos en la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de “Protección de datos de Carácter Personal” (publicada en el BOE nº 298, de 14 de diciembre), así como en seguridad de ficheros automatizados que contengan datos de carácter personal, sobre todo en el acceso a través de redes de comunicaciones (RD 994/1999 de 11 de junio) y en acceso a datos confidenciales con fines científicos, tal y como dispone el Reglamento CE Nº 831/2002 de la Unión Europea y la Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la de Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica (publicada en el BOE nº 274, de 15 de Noviembre).

Antes de la participación en el estudio, los padres y/o tutores serán informados por escrito y oralmente de los objetivos del proyecto y su metodología. Posteriormente, se les solicitará el consentimiento informado mediante formulario correspondiente, donde expresarán su intención de participar en el proyecto de forma voluntaria.

ORGANIZACIÓN Y CALENDARIO DE ACTIVIDADES

El análisis de datos se llevará a cabo durante el año 2020, desde el uno de enero hasta finalización del mes de septiembre del mismo año. El periodo de recogida de datos será el comprendido entre el mes de Octubre de 2018 hasta final del mes de Marzo del 2020. La elección de ésta fecha en concreto es para poder estudiar los datos registrados correspondientes a dos estaciones epidemiológicas de bronquiolitis aguda.

Tabla 4. Cronograma de Actividades.



ETAPA	ACTIVIDAD	MES
<u>1ª Etapa:</u> <u>Planificación</u>	Elección del tema, consultas de asesoramiento, búsqueda y revisión bibliográfica, definición de objetivos, y elaboración del proyecto.	1 OCTUBRE A 31 OCTUBRE 2018
<u>2ª Etapa:</u> <u>Organización</u>	Obtención de recursos, formación y adiestramiento para la recogida de datos.	1 OCTUBRE A 31 OCTUBRE 2018
<u>3ª Etapa:</u> <u>Ejecución</u>	Recogida de datos definidos en el Proyecto de Investigación.	1 DE NOVIEMBRE 2108 AL 31 MARZO 2020
<u>4ª Etapa:</u> <u>Procesamiento de datos y Análisis de Resultados</u>	Preparación de bases de datos y análisis estadísticos. Procesamiento de datos y análisis de resultados.	1 ABRIL 2020 AL 30 JUNIO 2020
<u>5ª Etapa:</u> <u>Redacción del Informe Final</u>	Elaboración de informes y difusión de resultados.	1 JULIO AL 30 SEPTIEMBRE

RECURSOS Y PRESUPUESTO NECESARIOS.

Para la puesta en marcha de este proyecto de investigación se contará con la colaboración de los profesionales que trabajan en la unidad de Pediatría, y que realizarán el registro de datos en la historia informatizada del paciente. Se les dará la información adecuada para que los datos se registren de forma correcta. Siguiendo el cronograma de actividades se realizará la recogida de los datos en la hoja realizada para tal fin.

En cuanto a los recursos materiales, se necesitará material de imprenta, tales como folios, bolígrafos y rotuladores. Se utilizará también un ordenador con los programas necesarios para los análisis estadísticos, así como para la interpretación de los datos.

La identificación de los pacientes ingresados se realizará de los datos obtenidos del libro de registro de ingresos y altas, que se encuentra disponible en la unidad de Pediatría.

El lugar elegido para el acceso a los programas de Doctor, Admisión e Historia Clínica será la Biblioteca del **hospital u otra área designada por el Jefe de la Unidad para tal efecto.**

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Una de las limitaciones que se puede encontrar en la realización de éste proyecto deriva de la variabilidad en los signos clínicos de los niños, con respuestas diferentes aun tratándose de un mismo proceso de enfermedad. Las diferentes bibliografías estudiadas dan a conocer que además los signos vitales de los niños no tienen un rango normal establecido, siendo además diferente para cada grupo de edad. La inclusión en el estudio de la variable de edad (meses de vida) disminuirá en parte el efecto de ésta limitación.

Por otro lado, se desconoce si todos los profesionales que van a atender a la población de estudio conocen la utilidad de las escalas de alerta temprana y su finalidad como sistemas de detección precoz de deterioro clínico. La utilidad hace referencia a que las puntuaciones o puntajes que se derivan al aplicar la escala sirvan



para actuaciones concretas, y que el personal esté lo suficientemente entrenado en la comunicación de esas puntuaciones al equipo médico. Esto puede ocurrir sobre todo en periodos vacacionales, cuando hay personal sustituto de enfermería, que indique la necesidad de un reciclaje y formación. Para reducir el impacto de ésta limitación, se impartirá una acción formativa de recuerdo sobre el uso y aplicaciones de la escala, donde todo el personal será instruido en su aplicación correcta.

La subjetividad de los profesionales sería otro elemento a tener en cuenta, siendo además un ítem éste importante en el contenido de la escala. En él los profesionales deben expresar la impresión subjetiva del riesgo o gravedad, incluida la necesidad de atención urgente por parte de los padres. Esto puede conducir a errores en casos mal valorados, y que el resultado en el puntaje de la escala no fuese el correcto. Se contemplará también esta limitación dentro de la acción formativa a realizar, y se tendrá en cuenta en el análisis de datos el valor de este dato de forma individual.

Cabe destacar que las puntuaciones obtenidas tras la aplicación de la escala no reemplazarán el juicio clínico de los profesionales que atiendan al niño. Sobre todo cuando no exista concordancia con las valoraciones realizadas en ambos casos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rivas-Jueas C, Rius Peris JM, García AL, Madramany AA, Peris MG, Álvarez LV, et al. A comparison of two clinical scores for bronchiolitis. A multicentre and prospective study conducted in hospitalised infants. *Allergol Immunopathol (Madr)*. junio de 2017;46(1):15-23.
2. Flores-González JC, Mayordomo-Colunga J, Jordan I, Miras-Veiga A, Montero-Valladares C, Olmedilla-Jodar M, et al. Prospective Multicentre Study on the Epidemiology and Current Therapeutic Management of Severe Bronchiolitis in Spain [Internet]. *BioMed Research International*. 2017 [citado 19 de enero de 2018]. Disponible en: <https://www.hindawi.com/journals/bmri/2017/2565397/cta/>
3. Protocolos de Neumología | Asociación Española de Pediatría [Internet]. [citado 22 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://www.aeped.es/documentos/protocolos-neumologia>
4. García García ML M a L, Korta Murua, J, Callejon Callejón, A. Bronquiolitis aguda viral. 2017;18.
5. Ralston SL, Lieberthal AS, Meissner HC, Alverson BK, Baley JE, Gadomski AM, et al. Clinical practice guideline: the diagnosis, management, and prevention of bronchiolitis. *Pediatrics*. noviembre de 2014;134(5):e1474-1502.
6. Lucion MF, Juárez M del V, Viegas M, Castellano V, Romanin VS, Grobaporto M, et al. Virus respiratorio sincicial: Patrón clínico epidemiológico en niños internados en un hospital pediátrico durante los años 2000-2013. *Arch Argent Pediatría*. octubre de 2014;112(5):397-404.
7. Virus sincicial respiratorio (VSR): MedlinePlus enciclopedia médica [Internet]. [citado 27 de abril de 2018]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001564.htm>
8. Test_de_deteccion_rapida_de_virus_respiratorio_sincicial.pdf [Internet]. [citado 20 de abril de 2018]. Disponible en: https://www.aepap.org/sites/default/files/test_de_deteccion_rapida_de_virus_respiratorio_sincicial.pdf
9. Guíasmanosoms.pdf [Internet]. [citado 27 de abril de 2018]. Disponible en: <http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/guiasmanosoms.pdf>
10. García Merino A, Mora Gandarillas I. Bronquiolitis aguda: diagnóstico y tratamiento. *FAPap Monogr*.



61-9 de 2015;

11. Ravaglia C, Poletti V. Recent advances in the management of acute bronchiolitis. F1000Prime Rep [Internet]. 4 de noviembre de 2014 [citado 15 de enero de 2018];6. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4229723/>
12. Bourke KC Thomas, Geoffrey John Crimmins SC, Julian Legg BMP, Clare van Miert JM, Debra Quantrill AS. Bronchiolitis in children: diagnosis and management | Guidance and guidelines | NICE [Internet]. 2015 [citado 15 de enero de 2018]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/NG9>
13. National Guideline Clearinghouse. Bronchiolitis in children. 2015;
14. Amat F, Henquell C, Verdán M, Roszyk L, Mulliez A, Labbé A. Predicting the severity of acute bronchiolitis in infants: should we use a clinical score or a biomarker? J Med Virol. noviembre de 2014;86(11):1944-52.
15. Justicia-Grande AJ, Pardo Seco J, Rivero Calle I, Martín-Torres F. Clinical respiratory scales: which one should we use? Expert Rev Respir Med. diciembre de 2017;11(12):925-43.
16. Chong S-L, Teoh OH, Nadkarni N, Yeo JG, Lwin Z, Ong Y-KG, et al. The modified respiratory index score (RIS) guides resource allocation in acute bronchiolitis. Pediatr Pulmonol. julio de 2017;52(7):954-61.
17. Jat KR, Mathew JL. Continuous positive airway pressure (CPAP) for acute bronchiolitis in children. Cochrane Database Syst Rev. 7 de enero de 2015;1:CD010473.
18. Sinha IP, McBride AKS, Smith R, Fernandes RM. CPAP and High-Flow Nasal Cannula Oxygen in Bronchiolitis. Chest. septiembre de 2015;148(3):810-23.
19. Smith MEB, Chiovaro JC, O'Neil M, Kansagara D, Quiñones AR, Freeman M, et al. Early warning system scores for clinical deterioration in hospitalized patients: a systematic review. Ann Am Thorac Soc. noviembre de 2014;11(9):1454-65.
20. Sistemas de alarma para detección y respuesta al deterioro clínico en niños - Artículos - IntraMed [Internet]. [citado 18 de febrero de 2018]. Disponible en: <http://www.intramed.net/contenido/ver.asp?contenidoID=90817>
21. Garay-Carmona DG, Blanco-Montero A, Rendón-Macías ME, Iglesias-Leboreiro J, Bernárdez-Zapata I. Validación de apariencia de una escala de gravedad para la activación de un equipo de respuesta rápida en niños hospitalizados (EsGrAvE). Rev Mex Pediatría. 15 de abril de 2015;82(2):57-61.
22. Avilés-Martínez KI, López-Enríquez A, Luévanos-Velázquez A, Jiménez-Pérez BA, García-Armenta MB, Ceja-Moreno H, et al. Triage: instrumentos de priorización de las urgencias pediátricas. Acta Pediátrica México. febrero de 2016;37(1):4-16.
23. Balaguer M, Alejandro C, Vila D, Esteban E, Carrasco JL, Cambra FJ, et al. Bronchiolitis Score of Sant Joan de Déu: BROSJOD Score, validation and usefulness. Pediatr Pulmonol. abril de 2017;52(4):533-9.
24. Miranda J de OF, Camargo CL de, Sobrinho N, Lopes C, Portela DS, Monaghan A, et al. Accuracy of a pediatric early warning score in the recognition of clinical deterioration. Rev Lat Am Enfermagem [Internet]. 2017 [citado 12 de abril de 2018];25. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-11692017000100360&lng=en&nrm=iso&tlng=es
25. Lambert V, Matthews A, MacDonell R, Fitzsimons J. Paediatric early warning systems for detecting and responding to clinical deterioration in children: a systematic review. BMJ Open. 13 de 2017;7(3):e014497.
26. Lillitos PJ, Hadley G, Maconochie I. Can paediatric early warning scores (PEWS) be used to guide the need for hospital admission and predict significant illness in children presenting to the emergency department? An assessment of PEWS diagnostic accuracy using sensitivity and specificity. Emerg Med J. 1 de mayo de 2016;33(5):329-37.
27. van Miert C, Abbott J, Verheoff F, Lane S, Carter B, McNamara P. Development and validation of the Liverpool infant bronchiolitis severity score: a research protocol. J Adv Nurs. octubre de 2014;70(10):2353-62.



28. Panesar RS, Albert B, Messina C, Parker M. The Effect of an Electronic SBAR Communication Tool on Documentation of Acute Events in the Pediatric Intensive Care Unit. *Am J Med Qual Off J Am Coll Med Qual.* febrero de 2016;31(1):64-8.
29. Rivero-Martín MJ, Prieto-Martínez S, García-Solano M, Montilla-Pérez M, Tena-Martín E, Ballesteros-García MM. Resultados de la aplicación de una escala de alerta clínica precoz en pediatría como plan de mejora de calidad asistencial. *Rev Calid Asist.* 2016;31(supl.1):11-9.
30. Monaghan: Detecting and managing deterioration in children - Google Académico [Internet]. [citado 27 de abril de 2018]. Disponible en: https://scholar.google.com/scholar_lookup?author=A+Monaghan&title=Detecting+and+managing+deterioration+in+children&publication_year=2005&journal=Paediatric+Nurses&volume=17&pages=325#d=gs_cit&p=&u=%2Fscholar%3Fq%3Dinfo%3AOz0D7kHRq30J%3Ascholar.google.com%2F%26output%3Dcite%26scirp%3D0%26hl%3Des
31. Miranda JOF, Camargo CL de, Sobrinho CLN, Portela DS, Monaghan A. Clinical deterioration in hospitalized children: integrative review of a pediatric early warning score. *J Nurs UFPE Line.* 15 de enero de 2016;10(3):1128- 36.
32. Ortíz C, Alejandra L. Empleo del sistema de alerta temprana «Modified Early Warning Score (MEWS)». Una visión de enfermería. Revisión crítica de la literatura. 17 de octubre de 2016 [citado 27 de abril de 2018]; Disponible en: <https://addi.ehu.es/handle/10810/19312>
33. Health (UK) NCC for W and C. Bronchiolitis: Diagnosis and Management of Bronchiolitis in Children. *PubMed Health* [Internet]. junio de 2015 [citado 16 de enero de 2018]; Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0078191/>
34. Society CP. Canadian Paediatric Society [Internet]. [citado 24 de enero de 2018]. Disponible en: <https://www.cps.ca/en/documents/position/bronchiolitis>
35. PaSQ > Home [Internet]. [citado 12 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://pasq.eu/Home.aspx>
36. Agra-Varela Y, Fernández-Maíllo M, Rivera-Ariza S, Sáiz-Martínez- Acitores I, Casal-Gómez J, Palanca-Sánchez I, et al. Red Europea de Seguridad del Paciente y Calidad (European Network for Patient Safety and Quality of Care). Desarrollo y resultados preliminares en Europa y en el Sistema Nacional de Salud. *Rev Calid Asist.* 1 de marzo de 2015;30(2):95- 102.
37. Red de centros y unidades del Observatorio para la Seguridad del Paciente [Internet]. [citado 22 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/redcentrosyunidades/index.html>
38. Verjano Sanchez, F. Aplicación de una escala de alerta temprana en Pediatría. Experiencia en un Hospital de segundo nivel asistencial. En Madrid; 2015.
39. Verjano Sanchez, F. Experiencia en la Agencia Sanitaria Costa del Sol con una Escala Pediatrica de Atención Temprana. En 2016.
40. Gold, D. L., Mihalov, L. K., & Cohen, D. M. (2014). Evaluating the Pediatric Early Warning Score (PEWS) system for admitted patients in the pediatric emergency department. *Academic emergency medicine : official journal of the Society for Academic Emergency Medicine*, 21(11), 1249-56.4
41. Wood DW, Downes JJ, Leeks HI. A Clinical Scoring System for the Diagnosis of Respiratory Failure Preliminary Report on Childhood Status Asthmaticus. *Am J Dis Child.* 1972;123(3):227-228. doi:10.1001/archpedi.1972.02110090097011
42. García-Sosa, A., Orozco-Romero, D. P., Iglesias-Leboreiro, J., Bernárdez-Zapata, I., & Rendón-Macías, M. E. (2018). Escala Wood Downes-Ferrés, una opción útil para identificar la gravedad en crisis asmática. *Revista Mexicana de Pediatría*, 85(1), 11-16.



ABORDAJE ENFERMERO DIRIGIDO A LA FORMACIÓN DEL PROFESORADO PARA LA MEJORA DE HÁBITOS DE VIDA EN NIÑOS/AS: PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

AUTORES

Zhiara González Rey. Enfermera Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria. Málaga

Inmaculada González Hermosilla. Enfermera Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria. Málaga

E-mail: zhiara18@hotmail.es

No se ha recibido apoyo en forma de subvenciones, equipo o medicamento.

RESUMEN

Español:

Objetivo: el objetivo principal es evaluar el impacto de una intervención educativa en el medio escolar, a través de la formación del profesorado a cerca del sobrepeso, la obesidad y los estilos de vida del alumnado de educación primaria.

Diseño: estudio cuasiexperimental antes y después sin grupo control.

Ámbito de estudio: se seleccionarán ocho centros de Educación Primaria de Coín, Guaro y Monda para la captación de sujetos del estudio con el fin de obtener una muestra representativa de la zona del Valle del Guadalhorce.

Sujetos del estudio: niños/as de cuarto, quinto y sexto de primaria de centros de Educación Primaria adscritos al Centro de Salud de Coín, Guaro y Monda, así como profesorado de estos centros.

Instrumentalización: se impartirán seis sesiones formativas al profesorado. Posteriormente se obtendrá el IMC del alumnado y se le administrará los cuestionarios Krece Plus, KIDMED y escala de Bruni antes y después de la intervención para su posterior evaluación.

Determinación: la intervención educativa sobre el alumnado tendrá una duración de ocho meses. A través del IMC se comprobarán los cambios en la prevalencia de sobrepeso y obesidad. Con el cuestionario Krece Plus se evaluarán los cambios en la actividad física y por medio del cuestionario KIDMED los cambios en los hábitos alimenticios de los niños/as. La escala de Bruni permitirá observar posibles cambios en el sueño. Además, se analizarán variables sociodemográficas y clínicas.

Inglés:

Objective: the main purpose of this project is to evaluate the impact of an educational intervention in a school setting throughout teaching staff training on overweight, obesity, and lifestyles for Elementary Education students.

Design: before-and-after quasi-experimental study without control group.

Scope of research: eight Elementary Schools located in Coín, Guaro and Monda will be selected to recruit



subjects for the study in order to get a representative sample of the Valle del Guadalhorce.

Study subjects: children in fourth, fifth and sixth grade of Elementary School affiliated to Coín's, Guaro's, and Monda's Health Center, as well as their teaching staff.

Instrumentation: teaching staff will be provided with six training sessions. After that, students' BMI rating will be obtained and they will be provided with the following questionnaires before and after the intervention for later assessment: Krece Plus, KIDMED and Sleep Disturbance Scale for Children.

Determination: the educational intervention on the students will have a duration of eight months. BMI ratings will allow to assess changes in overweight and obesity prevalence. Krece Plus questionnaire will evaluate changes in students' physical activity and KIDMED questionnaire will evaluate changes in students' eating patterns. The Sleep Disturbance Scale for Children will allow to remark possible changes in sleep. Furthermore, sociodemographic and clinical variables will be reviewed.

Palabras clave:

Español: formación del profesorado, estilo de vida, enfermería en salud comunitaria, niño.

Inglés: teacher training, life style, community health nursing, child.

MANUSCRITO

INTRODUCCIÓN

El estilo de vida es definido por la OMS como una forma general de vida, basada en la interacción entre las condiciones de vida y los patrones individuales de conducta, determinados por los factores socioculturales y las características personales. El estilo de vida incorpora una estructura social, definida por un conjunto de valores, normas, actitudes, hábitos y conductas (1).

En las últimas décadas se han producido importantes cambios que afectan a toda la población. Estos cambios en los estilos de vida de nuestra sociedad, están teniendo repercusiones importantes en la salud de la infancia. Entre los factores fundamentales de la salud en la infancia, podemos destacar la alimentación y la actividad física (2). Además, se ha demostrado que dedicar tiempo insuficiente al sueño durante la infancia y la adolescencia, se relaciona con una menor calidad de vida (3).

Vivimos en una sociedad en la que se favorece la obesidad por el fácil acceso a alimentos hipercalóricos y la tendencia a un estilo de vida cada vez más sedentario (cambio en los modos de transporte, creciente urbanización, largos periodos de tiempo frente a televisión, ordenador, móvil y videojuegos...). En España, los cambios que se han producido en la tradicional dieta mediterránea de la población, parecen haber afectado especialmente a la alimentación de la población infantil, lo cual puede tener repercusiones en su salud (2). De hecho, la prevalencia de sobrepeso y obesidad ha aumentado considerablemente en las últimas décadas, llegando a ser definida por la OMS como "la epidemia del siglo XXI" (4).

La obesidad es una enfermedad crónica, multifactorial, socialmente determinada, fruto de la interacción entre genotipo y ambiente, que suele iniciarse en la infancia y la adolescencia. Esta enfermedad afecta a un gran porcentaje de la población de países desarrollados como el nuestro, abarcando todas las edades, sexos y condiciones sociales



(5).

Mientras que la definición de obesidad según el IMC es clara en adultos, no existe un consenso con respecto a la población infantil. En España se han utilizado clínicamente las tablas de crecimiento de la Fundación Orbe-gozo. Utilizando estas tablas como referencia, en el año 2000 se publicó el estudio enKid, realizado en pobla-ción española de 2 a 24 años, en el que se encontró una prevalencia de obesidad infantojuvenil de un 13,9% y un sobrepeso de un 12,4% (5,6). Una de las tres comunidades autónomas en las que se observaron unas tasas de prevalencia de obesidad y sobrepeso más elevadas fue Andalucía (5). De hecho, según el estudio ALADINO realizado en 2015, los menores andaluces (de 6 a 9.9 años) tienen una prevalencia de obesidad de 23,1%, una situación más desfavorable que la media de España (18,1%), ya que nuestros datos de obesidad están 5 puntos por encima.

Se han identificado una serie de factores favorecedores de la obesidad infantojuvenil, como alimentación poco saludable, bajos niveles de actividad física, costumbres sedentarias, vivir en familias con bajos ingresos y sueño insuficiente (6).

La obesidad infantil es motivo de preocupación ya que suele persistir en la edad adulta y suele estar acompaña-da de otras afecciones, como una mayor resistencia insulínica, dislipemias, hipertensión arterial, etc. que reper-cutirán en una menor calidad de vida y se asocian a una mayor probabilidad de muerte prematura. Además, la obesidad infantil puede contribuir a desarrollar dificultades emocionales y de comportamiento, problemas de autoestima, así como reducir el rendimiento académico (7).

Las enfermedades asociadas con el exceso de peso, no solo afectan a la calidad de vida del individuo, sino que también tienen un gran impacto económico sobre la sanidad pública (8).

Por todo ello, es necesario intervenir para la prevención de este problema en los primeros años de vida, que es cuando se forman las conductas y hábitos. Los resultados de numerosos estudios incluidos en una revisión sistemática publicada en el año 2017, hallaron evidencias suficientes como para apoyar las intervenciones es-colares para la prevención de la obesidad infantil (9). Además, en otro estudio llevado a cabo en España en 2016 se demostró que la práctica de actividad física recreativa durante los días lectivos reducía la adiposidad y mejora el perfil lipídico en escolares (10).

Por lo tanto, los colegios son un sitio ideal para realizar este tipo de intervenciones nutricionales y programas educativos, ya que es el lugar en el que los niños permanecen muchas horas y donde se pueden emprender ac-ciones contra la obesidad. No obstante, la implementación de programas escolares es compleja, ya que supone un entrenamiento y toma de conciencia del profesorado y la implicación de la familia (11,12). Es aquí donde se hace evidente la necesidad de un profesional cualificado para la prevención y promoción de la salud en las aulas, como la figura de la enfermera escolar.

La enfermera escolar es un profesional que realiza su labor en el ámbito escolar y cuyas funciones no solo implica la asistencial, sino que además tiene función docente, investigadora y gestora. Por tanto, la enfermera escolar actúa como educadora en salud, realizando actividades para fomentar la promoción de la salud de los escolares, padres y maestros con el fin de que consigan instaurar hábitos de vida más saludables (13).

En las distintas Comunidades Autónomas de España se encuentran leyes que promueven, favorecen y facilita-rían la existencia de la Enfermera Escolar. Entre ellas destacamos El RD 126/2014 de 28 de febrero por el que se establece el currículo básico de la Educación Primaria en su artículo 10.5 dispone que “las administraciones educativas adoptarán medidas para que la actividad física y la dieta equilibrada formen parte del comporta-miento infantil... El diseño, coordinación y supervisión de las medidas que a estos efectos se adopten en el centro educativo, serán asumidos por el profesorado con cualificación o especialización adecuada en estos ámbitos” (14). Y el 1010Decreto 97/2015 de 3 de marzo por el que se establece la ordenación y el currículo de la Educación Primaria en la Comunidad Autónoma de Andalucía, en su artículo 5.5 decreta que la Educación



Primaria contribuirá a desarrollar en el alumnado las capacidades que le permita alcanzar la adquisición de hábitos de vida saludable que favorezcan un adecuado bienestar físico, mental y social (15).

Actualmente, solo se ha legislado y aplicado el perfil de enfermera escolar en la Comunidad de Madrid y en la Comunidad Valenciana. Por tanto, ante la falta de esta figura en nuestra comunidad, proponemos suplir esta carencia a través de la formación del profesorado.

Por todo ello, nos planteamos efectuar el presente estudio realizando una intervención educativa sobre obesidad, sobrepeso y estilo de vida a través de la formación del profesorado de centros de Educación Primaria para conocer cuál es el impacto en el alumnado.

HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

Hipótesis operativa o de trabajo: la intervención educativa en niños/as de 4º, 5º y 6º de primaria a través de la formación del profesorado en estilo de vida saludable reducirá la prevalencia de obesidad o sobrepeso en un 10% (17) respecto a la prevalencia inicial de sobrepeso u obesidad a la vez que mejorará de forma significativa los hábitos de vida saludables del alumnado.

Hipótesis nula (H0): la intervención educativa a través de la formación del profesorado no reducirá la prevalencia inicial de sobrepeso ni obesidad, así como tampoco mejorará de forma significativa los hábitos de vida saludables del alumnado.

Hipótesis alternativa (H1): la intervención educativa a través de la formación del profesorado reducirá la prevalencia inicial de sobrepeso/ obesidad un 10% y mejorará de forma significativa los hábitos de vida saludables del alumnado.

• **Objetivo principal:**

Evaluar el impacto de una intervención educativa de carácter presencial llevada a cabo con el profesorado de los centros de educación primaria sobre el sobrepeso, la obesidad y los estilos de vida del alumnado.

• **Objetivos específicos:**

Conocer la prevalencia de sobrepeso y obesidad del ámbito de estudio.

Conocer el perfil de estilos de vida de los niños/as del ámbito de estudio.

Perfil sociodemográfico y clínico de los niños/as con sobrepeso u obesidad.

Analizar los factores asociados a los cambios en el sobrepeso, la obesidad y cada uno de los estilos de vida.

Comprobar en qué curso existe un mayor impacto de la intervención para establecer una recomendación de actuación.

METODOLOGÍA

Diseño:

Estudio cuasiexperimental antes y después sin grupo control. Seleccionamos 8 centros de educación primaria en las poblaciones de Coín, Guaro y Monda.

Sujetos de estudio:

La población de estudio serán niños/as de 4º, 5º y 6º de primaria de los centros de educación primaria adscritos al Centro de Salud de Coín, Guaro y Monda (Carazono, Huertas Viejas, Ximénez Guzmán, Pintor Palomo, Lope de Vega, Lourdes, Los Almendros y Remedios Rojo).

• **Criterios de inclusión:**

De los niños/as:

Niños/as de cuarto, quinto y sexto de primaria (9 a 12 años) de centros de educación primaria adscritos al



Centro de Salud de Coín, Guaro y Monda.
Sujetos cuyos tutores legales hayan firmado el consentimiento informado.
De los maestros/as:
Profesorado de los cursos 4º, 5º y 6º de los colegios anteriormente citados.
Con ejercicio profesional activo durante el periodo de estudio.
Que firmen el consentimiento informado

• **Criterios de exclusión:**

De los niños/as:
Niños/as con alguna enfermedad crónica (cardíaca, pulmonar, renal...).
Niños/as con psicopatología severa.
Niños/as con enfermedad metabólica previa.
Sujetos que estén participando o hayan participado en estudios o programas de características similares.

VARIABLES DE ESTUDIO:

VARIABLES Dependientes:

Índice de Masa Corporal (IMC) (variable cualitativa ordinal): se determinará el índice de Quetelet previo y posterior a nuestra intervención y se clasificará a los sujetos según su IMC en las siguientes categorías: delgadez, sobrepeso y obesidad (18).

Peso (variable cuantitativa continua).

Actividad física y horas de pantalla (variable cualitativa ordinal): mediante el Test Krece Plus, resumido en el Anexo 1.

Dieta (variable cualitativa ordinal): mediante el cuestionario de adherencia a la dieta mediterránea (KIDMED), desarrollado en el Anexo 2.

Sueño (variable cualitativa ordinal): a través del cuestionario Bruni, detallado en el Anexo 3.

VARIABLES Independientes:

De los niños/as:

Edad (variable cuantitativa discreta).

Sexo (variable cualitativa nominal dicotómica).

Talla (variable cuantitativa continua): Se tallará en un estadímetro.

Localidad del domicilio habitual del alumno/a.

De la familia: obtenidas mediante el formulario inicial que será entregado al alumnado en la fase preintervención.

Edad (variable cuantitativa discreta).

Talla (variable cuantitativa continua).

Peso (variable cuantitativa continua).

Índice de Masa Corporal (IMC) (variable cualitativa ordinal). Se determinará el IMC con los datos obtenidos de peso y talla de cada progenitor recogidos en el formulario inicial. Con los datos obtenidos se clasificará a cada sujeto según su IMC en las siguientes categorías: infrapeso, normopeso y exceso de peso.

Nivel de estudio: (variable cualitativa ordinal): cada sujeto señalará su nivel de instrucción, deberá elegir entre las siguientes categorías: sin estudios, estudios primarios, estudios secundarios o estudios superiores.

Situación laboral de los progenitores (variable cualitativa ordinal): quedará recogido como desempleado o empleado.



De los maestros/as: mediante formulario inicial.
 Sexo (variable cualitativa nominal dicotómica).
 Edad (variable cuantitativa discreta).
 Talla (variable cuantitativa continua).
 Peso (variable cuantitativa continua).
 Índice de Masa Corporal (IMC) (variable cualitativa ordinal).

MUESTRA Y TÉCNICA DE MUESTREO:

La muestra se formará a través de la captación de sujetos mediante listado del alumnado de 4º, 5º y 6º de los centros educativos descritos y que reúnan los criterios de inclusión.

Calcularemos el tamaño muestral para nuestro estudio usando la fórmula de contraste de proporciones. Se calculará para un intervalo de confianza del 95% y una potencia estadística del 80%.

$$n = \frac{[Z_{\alpha} \cdot \sqrt{2p(1-p)} + Z_{\beta} \cdot \sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)}]^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

$$n = \frac{[1.96 \cdot \sqrt{2 \cdot 0.38(1-0.38)} + 0.84 \cdot \sqrt{0.43(1-0.43) + 0.33(1-0.33)}]^2}{(0.43 - 0.33)^2}$$

$$n = 368 \text{ sujetos}$$

Estimaremos un porcentaje esperado de pérdidas del 11% (17) que incrementaremos sobre el tamaño muestral esperado.

Por tanto, será necesaria una muestra de 409 sujetos que obtendremos mediante un muestreo aleatorio en etapas múltiples:

- Selección de colegios.
- Selección de cursos.
- Selección de clases.
- Selección de niños/as.

La selección de las unidades de muestreo en cada una de las etapas se realizará por muestreo aleatorio simple.

RECOGIDA Y ANÁLISIS DE DATOS

Recogida de datos:

El proyecto será presentado en los centros educativos y se captará a los sujetos de la muestra sobre la que trabajaremos.

Posteriormente, concretaremos los días para las sesiones grupales con el profesorado.

La recogida de los datos se realizará a través de la cumplimentación de los cuestionarios proporcionados tanto al profesorado como al alumnado pre y post intervención y mediante la medición de las variables.

Análisis de datos:

En una primera fase se realizará un análisis estadístico descriptivo transversal de cada uno de las variables del estudio. En el caso de las variables cualitativas se calculará la frecuencia absoluta y relativa (porcentajes) y en el caso de las variables cuantitativas la media y la desviación típica. Todo ello con un intervalo de confianza



del 95%.

A continuación se realizará un análisis bivalente. Para comparar nuestras variables dependientes cualitativas con cada una de las variables independientes cualitativas utilizaremos una técnica estadística Chi Cuadrado, y para compararlas con cada una de las variables independientes cuantitativas utilizaremos un ANOVA.

Para comparar las variables dependientes cuantitativas con cada una de las variables independientes cualitativas se utilizará un ANOVA, y para compararlas con cada una de las variables independientes cuantitativas se calculará el coeficiente de correlación de Pearson.

Por último, para comprobar el posible efecto confusor de las variables independientes sobre las variables dependientes (que serán dicotomizadas) se llevará a cabo un análisis multivalente con todas aquellas variables que hayan resultado estadísticamente significativas tras la realización del análisis bivalente mediante una regresión logística múltiple.

El análisis estadístico se llevará a cabo con el programa estadístico SPSS 15.0 para Windows.

INTERVENCIÓN:

Contactaremos con los directores/as de cada uno de los centros educativos en los que será presentado el proyecto y se captará a los sujetos de la muestra.

1ª Fase de Intervención:

Se realizará una intervención grupal con los tutores de 4º, 5º y 6º de primaria de los colegios incluidos en el estudio. También acudirán aquellos maestros/as que de forma voluntaria decidan asistir, con el fin de garantizar una continuidad en la formación del alumnado en caso de ausencia del tutor/a. Se impartirá una vez por semana durante el último mes del curso escolar.

En esta intervención, se entrenará al profesorado con el fin de que puedan reproducir los talleres que se impartirán en esta primera fase. Además, se les proporcionará toda la documentación y material audiovisual que sea necesario para su realización.

Se les facilitará un teléfono de contacto mediante el cual podrán plantear dudas que surjan a lo largo de la intervención. Este teléfono estará disponible en horario de lunes a viernes de 14 a 15 horas.

2ª Fase de Intervención:

Los tutores/as de cada curso impartirán a sus alumnos/as las sesiones una hora semanal, preferiblemente durante la hora de tutoría.

Cada una de estas sesiones será una reproducción de las llevadas a cabo durante la primera fase de formación del profesorado, siguiendo el orden establecido en el cronograma.

1ª Sesión: ¿Sabemos lo que comemos?

2ª Sesión: Dieta saludable.

3ª Sesión: Azúcar oculto en los alimentos (cesta de la compra).

4ª Sesión: Actividad física y tiempo de pantalla.

5ª Sesión: Sueño.

6ª Sesión: Mitos y realidades.

Se profundizará en los contenidos tratados en esta fase de la intervención, reforzando cada uno de los temas anteriormente mencionados.

3ª Fase de Intervención



Al finalizar la intervención, en una sesión final se realizará la recogida de datos post-intervención, en la cual se obtendrán las variables del inicio. La medición del IMC y demás variables, así como la recogida de datos se realizarán por el equipo investigador en colaboración con el profesorado.

CRONOGRAMA

	2019												2020											
	MA	AB	MA	JU	SE	OC	NO	DI	EN	FE	MA	AB	MA	JU	JU	AG	SE	OC	NO	DI				
SOLICITUD DE PERMISOS	■																							
PRESENTACION DEL PROYECTO		■																						
CAPTACION DE SUJETOS			■																					
FORMACION DEL PROFESORADO			■																					
RECOGIDA DE DATOS				■																				
INTERVENCION EN ALUMNADO					■																			
RECOGIDA DE DATOS FINAL													■											
ELABORACION BASE DE DATOS													■											
ANALISIS DE LOS DATOS															■									
PUBLICACION DE RESULTADOS																	■							

DIFICULTADES Y LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Debido a que nuestro proyecto se basa en un estudio cuasi-experimental, pueden producirse una serie de errores o sesgos dependientes de su diseño metodológico, como consecuencia de no tener un grupo control, por lo que en este caso, no podremos asegurar que la relación entre la intervención y los cambios aparecidos no se deban a otras intervenciones o factores no controlados.

A continuación, se exponen los diferentes sesgos que podemos encontrar en este estudio, así como las medidas que se llevarán a cabo para asegurar la validez interna y externa del estudio:

- Efecto Hawthorne: respuesta inducida por el conocimiento de los participantes de que se les está estudiando.
- Regresión a la media: la tendencia de los individuos que tienen un valor muy elevado de una variable a obtener valores más cercanos a la media de la distribución cuando la misma variable se mide por segunda vez o de forma repetida en el tiempo.
- Evolución natural: cuando el curso habitual de una enfermedad tiende hacia su resolución, los esfuerzos terapéuticos pueden coincidir con la mejoría observada, pero no ser su causa. Este sesgo podría aparecer en el último curso y producir confusión en los resultados de este grupo.
- Sesgo de selección de no respuesta: dado el carácter longitudinal del estudio, en el tiempo de seguimiento pueden existir pérdidas de sujetos de la muestra. Para tratar de solventar este sesgo, se asume un porcentaje del 11 % de pérdidas, por lo que se aumentará el tamaño de la muestra en ese mismo porcentaje. Además, se analizarán las características de los sujetos perdidos.
- Sesgo de información ocasionado por fallos en la medición: pueden deberse a errores en la cumplimentación de los cuestionarios. Para evitarlo, se utilizarán instrumentos anteriormente validados, y se les proporcionará la información suficiente para su correcta realización.
- Sesgo de confusión: puede darse que tanto las variaciones en la prevalencia de sobrepeso y obesidad como la modificación en los estilos de vida de los participantes al final del estudio, se vean influenciados por alguna de las otras variables dependientes. Para evitarlo, se realizará un análisis multivariante recogiendo las variables que hayan obtenido significación estadística en el análisis bivariante, y aquellas que aun no habiéndola obtenido, figuren entre los objetivos o la hipótesis del estudio.

ASPECTOS ÉTICO-LEGALES DEL PROYECTO

Previo al inicio del estudio, será necesario pedir los permisos oportunos al comité de ética de Investigación Provincial al que pertenece nuestra Zona Básica de Salud y a la estructura de gestión del distrito sanitario.

Se entregará al tutor/a legal de cada sujeto antes de iniciar su participación en el estudio un documento informativo donde se realiza una descripción de este, especificando la voluntariedad del mismo, así como, la posibilidad de abandono en cualquier momento del estudio. Se recogerá el consentimiento informado por escrito, que deberá estar firmado por el tutor/a del sujeto a estudio.

Se les informará de la garantía de confidencialidad de los datos clínicos (los cuestionarios a cumplimentar serán anónimos, por lo que se utilizará un código único por participante para su identificación), insistiendo en el uso exclusivo de la información para los fines y objetivos de la investigación.

Se respetará la normativa vigente en Investigación Biomédica:

- Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- Ley 14/2007, de 3 de julio, de investigación biomédica.
- Declaración sobre principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos de Helsinki (1964).
- Código de Núremberg (1947), así como las Normas de Buena Práctica Clínica.



CONFLICTO DE INTERÉS:

Las autoras declaran no tener ningún conflicto de interés.

EXPERIENCIA DEL EQUIPO INVESTIGADOR

El presente Protocolo de Investigación será llevado a cabo por dos residentes de Enfermería Familiar y Comunitaria, pertenecientes al Centro de Salud de Coín.

Las dos componentes del grupo han realizado cursos de Metodología de Investigación en la Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria, lectura crítica de artículos científicos y curso de Investigación en salud a través de PortalEir.

Así mismo, han participado como autoras o coautoras de varias comunicaciones escritas en jornadas y congresos de carácter internacional realizados por distintas asociaciones y universidades.

Experiencia asistencial como docentes en sesiones impartidas en diversos colegios, institutos y universidad, así como participación en intervenciones comunitarias para la prevención de la obesidad y fomento de estilos de vida saludables bajo el Plan Integral de Obesidad Infantil (PIOBIN) y Forma Joven.

Cabe destacar el ejercicio asistencial en centros de atención primaria, urgencias, así como diversos servicios de especialidades hospitalarias.

APLICABILIDAD Y UTILIDAD PRÁCTICA DE LOS RESULTADOS PREVISIBLES

Diferentes estudios señalan un aumento de las tasas de sobrepeso y obesidad en las últimas décadas en nuestro país, y especialmente en Andalucía. La infancia es una etapa en la cual se empiezan a desarrollar hábitos que asientan las bases del futuro comportamiento y que afecta durante toda la vida. Por ello, es especialmente importante educar desde la base, en los colegios, que son un escenario perfecto para realizar cualquier tipo de intervención sanitaria relacionada con la promoción de hábitos de vida saludables y la prevención de enfermedades, ya que el alumnado presenta una mayor predisposición a recibir información y poder modificar pautas de conducta.

Ante la falta de una enfermera escolar, se hace imprescindible que la enfermera familiar y comunitaria desarrolle estrategias para suplir esa carencia de programas de salud involucrando a otros agentes para llevarlos a cabo, en este caso a través de la figura del maestro convirtiéndose así en el agente principal de la Educación Sanitaria en la escuela.

La enfermera asume un rol de máxima importancia como formadora de formadores, preparando al profesorado como una pieza fundamental para la mejora de la salud en el contexto escolar, ya que actúa como modelo de conducta para el alumnado, transmitiendo mensajes de salud y actuando como agente crucial para el cambio y mejora de la salud en la infancia.

Esta investigación nos permitirá conocer el estado actual de los hábitos de vida de la población infantil de nuestra zona básica, identificando factores comunes que puedan aparecer en niños/as con sobrepeso u obesidad. Esto dará pie a la aplicación de la intervención diseñada en este proyecto sobre el profesorado. Si conseguimos demostrar su efectividad se podría lograr reducir los índices de obesidad infantil y la morbimortalidad asociada previniendo las complicaciones de la sociedad obesogénica en la que vivimos. De esta manera, se reduciría la incidencia de enfermedades de carácter crónico derivadas de la obesidad infantil, disminuyendo así los costes sanitarios que generan.

Por ello, es fundamental la educación en hábitos de vida saludables, fomentando la actividad física y una correcta alimentación desde una edad temprana, estableciendo rutinas saludables desde la infancia. Esta supone la medida preventiva más eficaz para mejorar la condición de salud a lo largo de toda la vida del individuo.



También se podrían diseminar los resultados por otros colegios de la zona y así tratar de crear modelos útiles para el seguimiento y mejora de la adhesión a este tipo de programas.

Finalmente, consideramos necesario animar la investigación en este campo de intervenciones educativas a través de la formación del profesorado, y avanzar para poder establecer en qué edad las intervenciones educativas en el ámbito escolar resultan más eficaces, produciendo un mayor impacto.

ANEXOS

-ANEXO 1- TEST KRECE PLUS (19)

¿Cuántas horas de media al día dedica a TV, videojuegos y ordenadores?

0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 ó más

¿Cuántas horas semanales dedicas a actividades deportivas?

0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 ó más

Tabla 2. Preguntas y valores del test Krece Plus.

Cada pregunta ofrece un gradiente de respuestas que tiene su correspondencia con una puntuación determinada que se sitúa entre el 0 y el 5:

- En la primera pregunta el valor 0 = 5, 1 = 4, 2 = 3, 3 = 2, 4 = 1 y 5 ó más = 0.
- En la segunda pregunta es de 0 = 0, 1 = 1, 2 = 2, 3 = 3, 4 = 4, 5 ó más = 5

La valoración del test Test Krece Plus se realiza sumando la puntuación de ambas preguntas. Según la puntuación del test, el estilo de vida del niño/a se clasifica como malo, regular y bueno. A partir del resultado se propone una recomendación específica.

Interpretación del test Krece Plus	
MALO	Menor o igual a 5 en chicos y 3 en chicas <i>Debe plantearse su estilo de vida seriamente.</i>
REGULAR	Intervalo para chicos de 6-8. Intervalo para chicas de 5-7 <i>Reduce las horas de TV y haz más deporte.</i>
BUENO	Mayor o igual a 9 en chicos y mayor o igual a 8 en chicas: <i>Sigue así</i>

Tabla 3. Clasificación y recomendaciones del test Krece Plus.



-ANEXO 2-

TEST KIDMED (20)

TEST KIDMED		
1. Toma una fruta o zumo todos los días	+1	
2. Toma una segunda fruta todos los días	+1	
3. Toma verduras frescas una vez al día	+1	
4. Toma verduras frescas/cocidas más de una vez al día	+1	
5. Toma pescado 2 a 3 veces a la semana	+1	
6. Acude una vez o más a la semana a un restaurante de comida rápida		-1
7. Toma legumbres más de una vez a la semana	+1	
8. Toma pasta o arroz 5 ó más veces a la semana	+1	
9. Desayuna de cereales o derivados (pan)	+1	
10. Toma frutos secos 2 a 3 veces a la semana	+1	
11. Utiliza aceite de oliva	+1	
12. No desayuna		-1
13. Desayuna lácteos todos los días	+1	
14. Desayuna bollería industrial		-1
15. Toma dos yogures y/o 30 g. de queso al día	+1	
16. Toma varias veces al día dulces y golosinas		-1

Tabla 4. Valoración de las preguntas del Test KIDMED.

Interpretación de Calidad de la Dieta. KIDMED	
Puntuación	Nivel
= 3	Se encuentra en un nivel muy alejado del patrón de dieta mediterránea
3 a 7	Nivel medio de adecuación al patrón de Dieta Mediterránea.
= 8	Nivel alto de seguimiento de la Dieta Mediterránea.

Tabla 5. Índice de Calidad de la Dieta. Interpretación del Test KIDMED.



-ANEXO 3-

ESCALA DE ALTERACIONES DEL SUEÑO DE BRUNI (3)

ESCALA DE ALTERACIONES DEL SUEÑO DE BRUNI						Puntos
1. ¿Cuántas horas duerme la mayoría de las noches?						
Horas:	9-11	8-9	7-8	5-7	<5	
Puntos:	1	2	3	4	5	
2. ¿Cuánto tarda en dormirse?						
Minutos:	< 15	15-30	30-45	45-60	>60	
Puntos:	1	2	3	4	5	
En las siguientes respuestas, valore:						
Frecuencia	Nunca	Ocasionalmente (1-2 veces al mes)	Algunas veces (1-2 por semana)	A menudo (3-5 veces/semana)	Siempre (diariamente)	
Puntos:	1	2	3	4	5	
3. Se va a la cama de mal humor						
4. Tiene dificultad para coger el sueño por la noche						
5. Parece ansioso o miedoso cuando "cae" dormido						
6. Sacude o agita partes del cuerpo al dormirse						
7. Realiza acciones repetitivas como rotación de la cabeza para dormirse						
8. Tiene escenas de "sueños" al dormirse						
9. Suda excesivamente al dormirse						
10. Se despierta más de dos veces cada noche						
11. Después de despertarse por la noche tiene dificultades para dormirse						
12. Tiene tirones o sacudidas de las piernas mientras duerme, cambia a menudo de posición o da "patadas" a la ropa de cama						
13. Tiene dificultades para respirar durante la noche						
14. Da boqueadas para respirar durante el sueño						
15. Ronca						
16. Suda excesivamente durante la noche						
17. Usted ha observado que camina dormido						
18. Usted ha observado que camina dormido						
19. Rechina los dientes dormido						
20. Se despierta con un chillido						
21. Tiene pesadillas que no recuerda al día siguiente						
22. Es difícil despertarlo por la mañana						
23. Al despertarse por la mañana parece cansado						
24. Parece que no se pueda mover al despertarse por la mañana						
25. Tiene somnolencia diurna						
26. Se duerme de repente en determinadas situaciones						
						Total

Tabla 6. Escala de alteraciones del sueño de Bruni (SDSC).



FACTORES	PREGUNTAS	RANGO NORMAL	PUNTUACIÓN
Inicio y mantenimiento	1, 2, 3, 4, 5, 10, 11		9.9 ± 3.11
Problemas respiratorios	13, 14, 15		3.77 ± 1.45
Desórdenes del <i>arousal</i>	17, 20, 21		3.29 ± 0.84
Alteraciones transición suño/vigilia	6, 7, 8, 12, 18, 19		8.11 ± 2.41
Excesiva somnolencia	22, 23, 24, 25, 26		7.11 ± 2.57
Hiperhidrosis	9, 16		2.87 ± 1.69

Tabla 7. Interpretación de la Escala de Bruni.

Interpretación:

La línea de corte está situada en 39. Esto significa que si de la suma de las puntuaciones de todas las preguntas se alcanza esta cifra, se puede sospechar que existe un trastorno de sueño y hay que analizar las puntuaciones de cada grupo de trastorno. Para cada grupo se vuelve a indicar su puntuación de corte y el intervalo para considerar si el niño puede presentar ese trastorno.

BIBLIOGRAFÍA

- Bastías Arriagada EM, Stieповich Bertoni J. Una revisión de los estilos de vida de estudiantes universitarios iberoamericanos. *Cienc Enferm.* 2014;20(2):93-101.
- Díaz Huertas JA, Vall Combelles O, Ruiz Díaz MA, en colaboración con la Sociedad de Pediatría Social. Informe técnico sobre problemas de salud y sociales de la infancia en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006. [documento Internet]. [Acceso 1 octubre 2017]. Disponible en: <https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/maternoInfantil/ProblemasSalud.htm>
- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos del Sueño en la Infancia y Adolescencia en Atención Primaria. Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos del Sueño en la Infancia y Adolescencia en Atención Primaria. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de la Agencia Laín Entralgo. 2011; Guías de Práctica Clínica en el SNS: UETS N.º 2009/8.
- Londoño-Lemos ME. Aproximaciones farmacológicas para el tratamiento de la obesidad. *Rev Colomb Cienc Quím-Farm.* 2017 Jan 1;46(1):70-127
- Serra Majem L, Ribas Barba L, Aranceta Bartrina J, Pérez Rodrigo C, Saavedra Santana P, Peña Quintana L. Obesidad infantil y juvenil en España. Resultados del Estudio enKid (1998-2000). *Med Clin (Barc).* 2003;121(19):725-32.
- Sánchez-Martínez F, Torres Capcha P, Serral Cano G, Valmayor Safont S, Castell Abat C, Ariza Cardenal C, et al. Factores asociados al sobrepeso y la obesidad en escolares de 8 a 9 años de Barcelona. *Rev Esp Salud Pública [Internet].* 2016 [citado 23 Oct 2017];90; e40027. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1135-57272016000100428&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Navas-Carretero S. Obesidad infantil: causas, consecuencias y soluciones. *An Sist Sanit Navar.* 2016 Dec;39(3):345-6.



- 8.Soto C, White JH. School Health Initiatives and Childhood Obesity: BMI screening and reporting. *Policy Polit Nurs Pract*. 2010 May;11(2):108-14.
- 9.Bleich SN, Vercammen KA, Zatz LY, Frelier JM, Ebbeling CB, Peeters A. Interventions to prevent global childhood overweight and obesity: a systematic review. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2017 Oct 20. pii: S2213-8587(17)30358-3.
- 10.Martínez-Vizcaíno V, Sánchez-López M, Salcedo-Aguilar F, Notario-Pacheco B, Solera-Martínez M, Moya-Martínez P, et al. Protocolo de un ensayo aleatorizado de clusters para evaluar la efectividad del programa MOVI-2 en la prevención del sobrepeso en escolares. *Rev Esp Cardiol*. 2012;65(5):427-33.
- 11.Quelly SB. Influence of perceptions on school nurse practices to prevent childhood obesity. *J Sch Nurs Off Publ Natl Assoc Sch Nurses*. 2014 Aug;30(4):292-302.
- 12.Alvirde-García U, Rodríguez-Guerrero AJ, Henao-Morán S, Gómez-Pérez FJ, Aguilar-Salinas CA. Results of a community-based life style intervention program for children. *Salud Publica Mex*. 2013;55 Suppl 3:406-14.
- 13.Ortiz MM, Ávila JA, Fernández F, García-Caro Y, Medina JL, Juárez F et al. Perfil profesional de la enfermera escolar [Internet]. Valencia: sociedad Científica Española de Enfermería Escolar; 2009 [citado 3 Oct 2017]. Disponible en: <https://www.fedesp.es/bddocumentos/9/PERFIL-DE-LA-ENFERMERA-ESCOLAR.PDF>
- 14.Real Decreto 126/2014, de 28 de febrero, por el que se establece el currículo básico de la Educación Primaria. BOE [Internet] 2014 Mar 1 [citado 6 Sep 2017]; (52): 8p. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2014/BOE-A-2014-2222-consolidado.pdf>
- 15.Decreto 97/2015, de 28 de febrero, por el que se establece la ordenación y el currículo de la Educación Primaria en la Comunidad Autónoma de Andalucía. BOJA [Internet] 2015 Mar 13 [citado 6 Sep 2017]; (50): 14p. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/eboja/2015/50/BOJA15-050-00012-4617-01_00065845.pdf
- 16.Lavelle HV, Mackay DF, Pell JP. Systematic review and meta-analysis of school-based interventions to reduce body mass index. *J Public Health (Oxf)*. 2012 Aug;34(3):360-9.
- 17.Pérez Solís D, Díaz Martín JJ, Álvarez Caro F, Suárez Tomás I, Suárez Menéndez E, Riaño Galán I. Efectividad de una intervención escolar contra la obesidad. *An Pediatría*. 2015 Jul 1;83(1):19-25.
- 18.Martínez Rubio A. Plan integral de obesidad infantil de Andalucía 2007-2012. Sevilla: Consejería de Salud; 2006.[Internet]. [citado 17 de septiembre de 2017] Disponible en: http://www.unav.edu/matrimonioyfamilia/b/uploads/31749_Andalucia_Plan_Obesidad-2007.pdf.
- 19.Serra-Majem L, Aranceta J, Rodríguez-Santos F. Crecimiento y Desarrollo. Estudio enKid. *Krece Plus*. Vol. 4. Masson 2003. Barcelona.
- 20.Serra-Majem L, Ribas L, Ngo J, Ortega RM, García A, Pérez-Rodrigo C, et al. Food, youth and the Mediterranean diet in Spain. Development of KIDMED, Mediterranean Diet Quality Index in children and adolescents. *Public Health Nutr*. 2004 Oct;7(7):931-5.



PRESCRIPCIÓN DE UNA TIC DESDE LA CONSULTA DE ENFERMERÍA: CASO CLÍNICO

AUTORES

Alberto Ramírez Sánchez. Enfermero Interno Residente de Enfermería Familiar y Comunitaria. C.S. Las Delicias. Málaga.

Cristina Bandera García. Enfermera Interno Residente de Enfermería Familiar y Comunitaria. C.S. Ciudad Jardín. Málaga.

M^aJosé Sicilia Uribe. Enfermera Interno Residente de Enfermería Familiar y Comunitaria. C.S. Victoria Málaga.

RESUMEN

Descripción del caso: durante el desarrollo de una consulta del programa de seguimiento de salud infantil (consulta de niño sano), el enfermero opta por recomendar a la familia un recurso web de salud, concretamente la plataforma “Ventana Abierta a la Familia”; aplicando el uso de las TIC en la Salud.

“Ventana abierta a la familia” consiste en una plataforma de comunicación creada por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía destinada a apoyar y asesorar a padres y madres en la crianza infantil.

Conclusiones: en este caso, la recomendación de este recurso web ha ayudado a la paciente a conseguir información de calidad, resolviendo sus inquietudes y reduciendo la necesidad de acudir al centro de salud. Es una herramienta que puede contribuir a reducir los costes y a aumentar la productividad. La vivencia de la paciente respecto a la intervención ha sido satisfactoria y esta plataforma ha permitido apoyar a esta familia en la crianza de su hijo.

Palabras clave: enfermería, familia, crianza del niño, tecnología de la información, responsabilidad parental.

ABSTRACT

Description of the case: during the development of the monitoring program of child health (well child visit), the nurse chooses the recommendation of a virtual resource of health for the family, concretely the platform “Ventana abierta a la familia” (Open window for the family), applying the use of the ICTs tools in the Health.

“Ventana abierta a la familia” consists of a platform of communication created by the Health Council of the Andalusian Regional Government designed to support and advise parents in child rearing.

Conclusions: in this case, the recommendation of this virtual resource has helped the patient to get qualified information, addressing his/her concerns and reducing the necessity of visiting the Health Centre. It is a tool which can contribute to reduce the costs and increase the productivity. The life experience of the patient with regard to the intervention has been satisfactory and this platform has allowed the supporting to this family in their child rearing.



Keywords: nursing, family, child rearing, information technology, parenting.

MANUSCRITO INTRODUCCIÓN

En Atención Primaria se oferta en cartera de servicios el programa de seguimiento de salud infantil, conocido como “consulta de niño sano”. El cronograma de visitas propuestas y el profesional que debe realizarla está estipulado y se puede consultar en la web del Servicio Andaluz de Salud (1), pero no todos los centros de salud cuentan con el mismo punto de implementación.

Algunas de estas consultas son llevadas a cabo por el personal de enfermería. Es habitual que los padres planteen dudas acerca de la crianza de su bebe; sobre todo acerca de la alimentación y desarrollo psicomotor. A continuación se relata un caso clínico en el que durante una consulta de niño sano se realiza la “prescripción” de un recurso web de salud, concretamente la plataforma “Ventana Abierta a la Familia”; aplicando el uso de las TIC en la Salud.

Las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) son un conjunto de herramientas, soportes y canales para el tratamiento y acceso a la información. Procesan, registran, almacenan, resumen, recuperan y/o presentan información de la más variada forma (texto, imagen o sonido). Algunos ejemplos de estas tecnologías aplicadas a la salud son las aplicaciones móviles de app sobre salud, blogs sobre temas de salud y por supuesto, la web.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Una madre con su bebé de 6 meses acude a consulta de seguimiento infantil con su enfermero del Centro de Salud, para lo cual dispone de una cita de 20 minutos de duración. En este tiempo el enfermero debe de comprobar el estado de vacunación del niño, cumplimentar los distintos apartados de la hoja de seguimiento de salud infantil y explorar al bebé.

A continuación resumo algunos datos recogidos durante esta consulta:

-Anamnesis: alimentación artificial, toma correcta, hábito intestinal normal, no vómitos-regurgitaciones, patrón sueño normal, no reacciones vacunales previas, no ambiente de tabaco en la familia y actitud equilibrada ante el niño.

-Exploración física: desarrollo psicomotor adecuado a su edad y exploración física normal. Peso: 8.100 gr. Talla:70 cm., Perímetro Cefálico: 45 cm.

La madre aprovecha la consulta para plantear dudas sobre la incorporación de nuevos alimentos, la forma de actuar para favorecer la estimulación del niño y cuando se produce algunos avances en el desarrollo evolutivo. Debido a la limitación del tiempo en la consulta, se opta por ofrecer un recurso de internet con información de calidad que puede dar apoyo y resolver éstas y otras posibles dudas que le pueden surgir en el futuro.

Se procede a la entrega de una fotocopia donde se indica la dirección web de la plataforma, junto con una breve descripción de lo que puede encontrar en este recurso web.

Por último, se indica a la usuaria la posibilidad de volver a vernos en una nueva cita para resolver dudas y comprobar si el recurso ofrecido le ha servido. En un nuevo contacto con la paciente, nos comenta su experiencia con la plataforma. Refiere estar muy contenta con ella, le resultó fácil acceder a la información y la usa con frecuencia. Comenta que gracias a ella ha dejado de preguntar y de consultar en Google, donde anteriormente había encontrado opiniones de todo tipo.



PLATAFORMA “VENTANA ABIERTA A LA FAMILIA”; ¿QUÉ ES?

‘Una ventana abierta a la familia’ es una plataforma de comunicación creada por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía destinada a apoyar y asesorar a padres y madres en la crianza infantil, favoreciendo su confianza y eficacia en los cuidados y en la estimulación para el desarrollo saludable y el bienestar de sus hijos e hijas (2).

Esta plataforma permite que las madres y padres puedan plantear dudas y hacer consultas sobre la salud y el desarrollo infantil, siendo respondidas por profesionales expertos en la materia.

Además de preguntar, las familias pueden consultar información de calidad y con rigor científico. Tienen acceso a contenidos escritos y audiovisuales sobre distintas temáticas relacionadas con la salud infantil como embarazo y nacimiento, desarrollo evolutivo (bebés, infancia y adolescencia), vacunas, estimulación, alimentación saludable, actividad física, prevención de accidentes, juguetes, entre otras (2).

Ofrece también la opción de inscribirse para recibir regularmente mensajes informativos y recordatorios que les resultarán útiles a los padres en su labor de cuidar y atender a sus hijos.

Esta plataforma pretende ofrecer una respuesta ágil y cercana a las dudas que puedan tener padres, madres y cuidadores sobre la crianza de sus hijos e hijas desde su nacimiento hasta la adolescencia. La plataforma es accesible a través de la siguiente dirección: www.juntadeandalucia.es/salud/ventanafamilias.

CONCLUSIONES:

El uso de las TIC en el sector salud es cada vez más frecuente. En este caso, la recomendación de este recurso web ha ayudado al paciente a conseguir información de calidad, resolviendo sus inquietudes y evitando la necesidad de acudir al centro de salud. Es una herramienta que puede contribuir a reducir los costes y a aumentar la productividad.

Con la plataforma ‘Una ventana abierta a la familia’ se puede apoyar a madres y padres en la crianza de sus hijos e hijas a lo largo de las distintas etapas y ayudar así a la promoción de los vínculos afectivos y de valores y hábitos saludables.

El profesional sanitario puede utilizar herramientas como la aquí expuesta para apoyar a las familias en la crianza de sus hijos.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores manifiestan que no existe conflicto de intereses en la elaboración de este artículo.

BIBLIOGRAFÍA

[1] Junta De Andalucía. Servicio Andaluz de Salud (2017). Cartera de Servicios. [online] Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosacc.asp?pagina=gr_cartera_I_3_1 [Acceso 10 Mar. 2018].

[2] Junta De Andalucía. Consejería de Salud (2017). [online] Disponible en: <http://www.ventanafamilias.es/> [Acceso 10 Mar. 2018].



ENTREVISTA A LOS GANADORES DEL I PREMIO DE INVESTIGACIÓN COLEGIO DE ENFERMERÍA DE MÁLAGA

Categoría Proyecto de investigación. Menores de 35 años:

D. Álvaro León Campos, “Trabajo remunerado y no remunerado, Calidad de Vida, salud física y mental de cuidadores familiares de pacientes con enfermedades crónicas.”

¿Qué supone a nivel personal haber sido premiado/a por el Colegio de Enfermería de Málaga?

Este premio ha supuesto una gran satisfacción personal, tanto por el trabajo en sí, como por la visibilidad que se le da a la investigación por parte del Colegio, ya que, aunque desde que somos estudiantes, se nos hace conscientes que la investigación en cuidados es un pilar fundamental en nuestra profesión, en muchas ocasiones pasa desapercibida esta labor, por lo que el reconocimiento ayuda a visibilizar este esfuerzo por aportar resultados que pueden mejorar los cuidados en la población que atendemos.



Álvaro León recoge el premio en el acto del DIE.

¿Cómo y por qué se eligió el objeto de estudio?

Pertenezco al grupo de investigación CTS-970 de la UMA, integrado en el Instituto de Investigación Biomédica de Málaga, cuyas líneas de investigación son la cronicidad, dependencia, cuidados y servicios de salud, este proyecto es la continuación del proyecto EMPADEC llevado a cabo por la Dra. Magdalena Cuevas, en el que participé como técnico de investigación y que abrió una nueva pregunta de investigación que se pretende resolver con este estudio, siendo un proyecto financiado por la Consejería de Igualdad y Salud en 2013 (Exp. PI-0223-2013).

¿Cuánto tiempo se ha empleado?

El proyecto tuvo una duración de cuatro años, aunque aún se sigue trabajando en los resultados obtenidos.

¿Podría hacer un breve resumen, por favor?

El trabajo no remunerado que se produce en los hogares sin convertirse en un bien económico medible, es un recurso esencial en el bienestar de la sociedad, y la prestación de cuidados informales a personas dependientes forma parte de ello, con la consecuente brecha de desigualdad de género que subyace en este ámbito. Nuestro estudio pretende arrojar luz sobre el impacto en la salud, tanto física como mental de los cuidadores informales, vinculando estos resultados al tiempo invertido en esta función.

Del proceso, ¿qué ha sido lo más complejo?

Lo más complejo fue el proceso de captación de la muestra, ya que nos encontramos ante una población (cuidadores informales) muy vulnerable, tanto por la falta de tiempo debido a las tareas de cuidado que realizan, como por el perfil social de los mismos. Es una tarea que no podría haberse llevado a cabo sin un equipo in-



Iltre. Colegio Oficial de Enfermería de Málaga

creíble como el nuestro. En concreto debo agradecer la labor de Alberto Gómez, que mostró una dedicación ímproba en esta labor.

¿Y lo más satisfactorio?

A nivel personal, lo más satisfactorio que he obtenido de esta experiencia, es la culminación de mi tesis doctoral gracias a esta investigación. A nivel profesional, es que estamos dando visibilidad a un colectivo sin el cual sería muy complejo mantener el estado de bienestar social, y si estos resultados permiten que los profesionales sanitarios dediquen más tiempo y de mayor calidad a los cuidadores informales, pudiendo tratar aquellos aspectos en los que son más vulnerables, la satisfacción por ayudarlos será impagable.

¿Podría compartir algunos resultados obtenidos?

Los cuidadores de nuestra muestra son en su mayoría mujeres, casadas y con bajo nivel educativo, que además se encuentran en situación de desempleo, y que cuidan de personas con alto deterioro cognitivo y físicamente dependientes. Además, el 77,5% de los cuidadores no tienen trabajo remunerado, y sus ingresos familiares mensuales, son inferiores a los 1200 euros en el 52,9% de los casos, teniendo que dejar de trabajar en el 21,3% de los casos para dedicarse al cuidado, siendo las mujeres las que con mayor frecuencia renunciaban al trabajo respecto a los hombres ($p=0,032$), estableciéndose que ser mujer actúa como factor de riesgo ante la decisión de renunciar al empleo remunerado (OR: 0,94; 95% IC 0,91 a 0,97), esto ligado a las consecuencias para la salud mental y física, ampliamente discutidas en la literatura, hace de los cuidadores de hoy, una población muy vulnerable a ser los dependientes del mañana.

¿Siente apoyo en su labor de investigación dentro de la enfermería?

En España a día de hoy, es prácticamente imposible vivir de la investigación, es una tarea que se debe compaginar con la actividad clínica o docente, ya que los investigadores no reciben ningún tipo de retribución económica por el trabajo desarrollado, por lo que la respuesta sucinta sería que no, que no hay apoyo a nivel institucional para el desarrollo de la investigación en enfermería, pero he de decir que después de trabajar con personas que se dedican en cuerpo y alma a mejorar la calidad de los cuidados, dedicando su tiempo personal,



Álvaro León y su grupo de investigación.



me siento apoyado y motivado a seguir investigando.

¿Se encuentra actualmente en otro proyecto de investigación o tiene algo planeado? Algún avance de la línea de trabajo, que pueda compartir.

Como dije anteriormente, nuestro grupo de investigación tiene abiertas varias líneas de investigación, y en este momento soy investigador colaborador de dos proyectos de investigación financiados, uno en el que se continúa con la línea de los cuidados informales a largo plazo, y otro sobre prevención de UPP. A título personal, me gustaría continuar con la línea de dependencia y cuidados informales porque creo que aún hay mucho trabajo por desarrollar y preguntas a las que dar respuesta.

¿Cree que son necesarios más premios, recursos y medidas que reconozcan ese esfuerzo?

Me parece que es una gran iniciativa que da visibilidad a nuestra labor, el trabajo que se reconoce siempre es más grato, aunque no se haga con ese fin, por lo que es encomiable que el Colegio de Enfermería de Málaga se esfuerce por proporcionar motivación y recursos a los profesionales malagueños como la asesoría de buenas prácticas o con certámenes de este tipo, espero además que sigan apostando por la formación en investigación en cuidados, para que crezcamos como profesionales y beneficiemos a nuestra comunidad con cuidados de mejor calidad.



Categoría Proyecto de investigación. Mayores de 35 años:

D. Jesús Bujalance Hoyos, “Adherencia de los profesionales a las evidencias de las recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica en la prevención de las Ulceras por presión.”



Jesús Bujalance recoge el premio en el acto del DIE.

¿Qué supone a nivel personal haber sido premiado/a por el Colegio de Enfermería de Málaga?

A nivel personal este premio ha supuesto un gran reconocimiento y una gran satisfacción al recibirlo del Colegio de Enfermería de Málaga. Cuando salió la convocatoria, el equipo lo sintió como un reto personal y profesional, pero cuando recibimos el premio, este supuso el impulso que necesitábamos para seguir avanzando en el desarrollo del proyecto y conseguir llevarlo a cabo y finalizarlo. Por tanto, el premio fue un refuerzo muy positivo para continuar desarrollando la investigación en cuidados.

¿Cómo y por qué se eligió el objeto de estudio?

Fue debido a que tuvimos conocimiento de una publicación de la Dra. Ana Belén Moya (enfermera del Hospital Costa del Sol) en la que validaba el cuestionario “CADRUPP”: una herramienta para evaluar el grado de adherencia de las enfermeras a las recomendaciones basadas en la evidencia en la prevención de las úlceras por presión (UPP). Paralelamente, en el Hospital Regional Universitario de Málaga (HRUM) acabábamos de implantar implantada la figura de la Enfermera de Práctica Avanzada (EPA) en Heridas Crónicas (Dña. Begoña Martín) y estábamos diseñando un proyecto para mejorar los cuidados de las UPP. Partíamos del convencimiento de que antes de empezar con cualquier estrategia había que hacer un análisis riguroso de la situación, siendo este cuestionario el idóneo para medir la implementación de medidas preventivas de UPP por los profesionales. Esto nos permitiría reajustar la formación y la estrategia según los resultados que se obtuviesen.

¿Cuánto tiempo se ha empleado?

El estudio ha durado 9 meses, desde febrero a noviembre de 2018, aunque queremos seguir utilizándolo en 2019, para monitorizar si la formación que estamos realizando en el HRUM implica un aumento del grado de adherencia de las enfermeras a las recomendaciones en la prevención de las UPP.

¿Podría hacer un breve resumen, por favor?

Se enviaron los cuestionarios CADRUPP a los coordinadores de cuidados de enfermería de todas las unidades asistenciales para que se lo entregasen a sus profesionales (tanto en formato papel como a través de un formulario google). Además, tanto Jesús Bujalance, como IP del estudio, como Begoña Martín visitábamos semanalmente todas las unidades entregando y recogiendo los cuestionarios contestados.

Todos los cuestionarios se incluyeron en una base de datos para poder analizarlos posteriormente. Además



mantuvimos algunas reuniones con una profesional experta en estadística de FIMABIS que nos ayudó en el desarrollo metodológico y estadístico.

Del proceso, ¿qué ha sido lo más complejo?

Sin duda el proceso de entrega y recogida de los cuestionarios, por lo amplio de la muestra y por tener que contestarlos los profesionales en su horario laboral. Otras enfermeras decidieron llevarse el cuestionario a casa y traerlos en el turno siguiente, con lo que teníamos que pasar de nuevo a recogerlos. Mantener a los profesionales motivados para la cumplimentación también fue una tarea compleja.

¿Y lo más satisfactorio?

Por una parte, el estudio ha permitido sensibilizar y concienciar a los profesionales sobre el grave problema de las UPP. En segundo lugar, la aplicabilidad de los resultados, ya que nos ha permitido reajustar la estrategia para, en último término, bajar la incidencia de estas lesiones.

¿Podría compartir algunos resultados obtenidos?

Se han analizado los resultados de 266 cuestionarios recogidos (aunque ya tenemos 355 recogidos que aún no están analizados).

Uno de los primeros resultados que ofrece el cuestionario es que te clasifica todas las recomendaciones de mayor a menor grado de adherencia por parte de los profesionales. En nuestro caso, la de mayor adherencia fue la número 16: “Evito colocar el individuo directamente sobre dispositivos como tubos, sistemas de drenaje, etc. a menos que sea inevitable”, y la de menor adherencia la número 1: “Para valorar el riesgo de los pacientes de desarrollar úlceras por presión utilizo exclusivamente el juicio clínico enfermero (sin apoyo de instrumentos de evaluación del riesgo)”. Esto permite conocer qué aspectos tienes que reforzar en las actividades formativas. También te permite conocer qué unidades tienen un mayor y menor grado de adherencia para orientar las actividades formativas hacia esas unidades (sería muy extenso exponerlas aquí). Realizamos una agrupación de las unidades con respecto a su pertenencia al Área Médica, Quirúrgica y Cuidados Críticos y Urgencias (CCU), cuyos resultados de medias de adherencia fueron de 77,8%; 72,75% y 70,59% respectivamente, encontrando diferencias significativas entre el Área Médica con respecto al Área Quirúrgica y CCU ($p < 0,05$), es decir, pertenecer a un Área Médica tiene relación con una mayor grado de adherencia. Estos resultados nos indicaron que era en los servicios de CCU donde teníamos que potenciar la estrategia de medidas formativas y preventivas, ya que además, es donde la incidencia de UPP era superior.

Al analizar las variables sociodemográficas de la población (edad, género, años de experiencia, nivel académico y formación) con el grado de adherencia, solo encontramos diferencias significativas ($p \leq 0,05$) en la variable de formación, en el sentido que los profesionales formados en UPP en los últimos 5 años tenían un mayor grado de adherencia a las recomendaciones preventivas de la UPP.

Por último, el porcentaje de adherencia global del centro es del 80,61%, similar a otros estudios publicados.

¿Siente apoyo en su labor de investigación dentro de la enfermería?

En mi opinión, la investigación enfermera en el ámbito hospitalario es un área que ha tenido poco apoyo y ha estado olvidada en los últimos años. A nivel provincial sí es importante destacar la investigación en cuidados desarrollada por varios grupos de investigación liderados por la Facultad de Ciencias de la Salud de la Univer-



sidad de Málaga.

En la actualidad, la posibilidad del doctorado en enfermería y las nuevas competencias enfermeras, están facilitando el desarrollo de nuevos grupos de investigación generando esas sinergias, tan necesarias, entre el mundo académico y el asistencial.

Por nuestra parte, en el HRUM y promovido por la dirección de enfermería, hemos creado un grupo de Investigación en Cuidados de Málaga (INVESCUIDA) que ha sido recientemente acreditado como grupo emergente por IBIMA (AE-20), y que está compuesto por enfermeras del HRUM, del H.U. Virgen de la Victoria y del AGS Norte de Málaga. El objetivo es potenciar investigación en cuidados relacionados con la cronicidad y también investigación asociada al Programa de Centros Comprometidos en la Excelencia en Cuidados (CCEC®/BPSO®), del cual el HRUM es candidato.

¿Se encuentra actualmente en otro proyecto de investigación o tiene algo planeado? Algún avance de la línea de trabajo, que pueda compartir.

Acabamos de recibir la noticia de ser beneficiarios de un proyecto de innovación por parte de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía para el “Diseño y Validación de una app para la prevención y seguimiento de las complicaciones asociadas al uso de los dispositivos venosos”. Un proyecto multicéntrico de tres años en el que tenemos puesta una ilusión especial, ya que el objetivo es mejorar la atención sanitaria de los pacientes portadores de catéteres vasculares en domicilio, en unidades de hospitalización y hospitales de día médico. Están involucrados los seis hospitales de Málaga, la AECC, la Fundación Andrés Olivares, cinco farmacéuticos del HRUM y un informático.

Además estamos desarrollando varios artículos de investigación asociados a la implantación de las recomendaciones de las guías de práctica clínica dentro del programa de CCEC®/BPSO®

¿Cree que son necesarios más premios, recursos y medidas que reconozcan ese esfuerzo?

Totalmente. El premio nos motivó para desarrollar investigación en cuidados y creo que las organizaciones sanitarias, colegios profesionales, organizaciones sindicales y universidad deberían unirse en esta materia para potenciar e incentivar este tipo de investigación a través de premios, recursos u otras medidas, ya que es a través la investigación la que nos ayudará a mejorar la calidad de los cuidados, visibilizar la profesión enfermera y, sobre todo, mejorar los resultados de salud de la población a la que atendemos.



Categoría Protocolo de Investigación. Menores de 35 Años:

Dña. María Garrido López, “Protocolo de Adaptación Transcultural y validación Wijma Delivery Expectancy/Questionnaire A y B.”



María Garrido recoge el premio en el acto del DIE.

¿Qué supone a nivel personal haber sido premiado/a por el Colegio de Enfermería de Málaga?

Este premio supone, un gran honor y un reconocimiento al esfuerzo personal y al trabajo realizado, para todo el equipo que participamos en este proyecto

¿Cómo y por qué se eligió el objeto de estudio?

El miedo es un sentimiento normal durante el embarazo, parto y puerperio, sin embargo, cuando este es excesivo puede dar lugar a resultados adversos obstétricos y perinatales. Cuando nos pusimos a investigar sobre este tema, en otros países había numerosas publicaciones, sin embargo en España, el miedo al nacimiento rara vez

se había evaluado sistemáticamente en la práctica clínica y nunca se ha determinado con ninguna herramienta específica, válida, objetiva y fiable como tal. Contar con un instrumento específico permitiría conocer la efectividad de aquellas prácticas encaminadas para reducir el mismo como educación maternal, control de embarazo, visitas al hospital o grupos pre parto y posparto, donde la matrona tiene un papel esencial.

¿Cuánto tiempo se empleará?

La duración de la investigación será de unos 3 años, comenzamos con el diseño hace un año aproximadamente y actualmente nos encontramos en la intervención y recogida de datos, teniendo muy buen acogimiento tanto por parte de los profesionales como las usuarias del Sistema Sanitario Público de Andalucía, y por último quedará el análisis de los datos y la elaboración del documento.

¿Podría hacer un breve resumen, por favor?

La investigación consiste en la adaptación transcultural y validación de WDEQ-A instrumento que mide el miedo antes del parto y el WDEQ-B mide después. Para esto se ha diseñado con rigurosa metodología siguiendo las recomendaciones COSMIN y contaremos con alrededor de unas 300 usuarias de diferentes Centros de Salud de Málaga. Actualmente el WDEQ es el test internacional que se utiliza para medir este constructo y se encuentra validada en diferentes idiomas como sueco, inglés, italiano, japonés y turco.

Del proceso, ¿qué ha sido lo más complejo?

Por un lado la metodología de la validación puesto que tiene un alto nivel de abstracción y complejidad y por otro lado la cultura es un factor muy importante a la hora de sentir y expresar emociones que varían de una



lengua a otra, pero tengo la gran suerte de pertenecer al equipo de Clinimetría (IBIMA F14) que lleva años trabajando en la validación de instrumentos con gran éxito.

¿Y lo más satisfactorio?

Lo más satisfactorio será poder proporcionar una herramienta que pueda contribuir a la disminución de los resultados perinatales adversos relacionados con el miedo al parto como el aumento del uso de analgesia epidural, cesárea electiva, aumento de intervenciones durante el parto, estrés postraumático, desequilibrio emocional posparto (ansiedad, depresión) y alteraciones en el apego madre hijo.

¿Podría compartir algunos resultados obtenidos?

Aunque actualmente no podemos todavía mostrar resultados, sí que podemos ver en estudios de otros países donde se ha validado el WDEQ A y B, ha resultado un instrumento esencial para medir la efectividad de las acciones realizadas por matronas para disminuir el miedo.

¿Siente apoyo en su labor de investigación dentro de la enfermería?

He tenido la gran suerte de formar parte del equipo de investigación con Cristina Roldan Jiménez y Antonio I Cuesta- Vargas, que desde la UMA e IBIMA como Doctoranda, me apoyan en toda la investigación y también desde del Distrito Sanitario Málaga-Guadalhorce donde se desarrolla la investigación y actualmente estoy trabajando con todo el apoyo, tanto de las matronas de los Centro de Salud que están colaborando, como del área del Formación e Investigación y Dirección de Cuidados de Enfermería.

Se encuentra actualmente en otro proyecto de investigación o tiene algo planeado? Algún avance de la línea de trabajo, que pueda compartir.

Recientemente este trabajo has sido seleccionado dentro de los Proyectos de Investigación e Innovación en el ámbito de la Atención Primaria del Servicio Andaluz de Salud 2018 (13º Periodo) y cuando terminemos utilizaremos el WDQ para seguir contribuyendo en la mejora de la salud materno infantil.

¿Cree que son necesarios más premios,recursos y medidas que reconozcan ese esfuerzo?

La investigación en ciencias de la salud es esencial para desarrollar, evaluar y expandir el conocimiento. Constituye una parte vital de la práctica clínica y por tanto beneficia directamente a los usuarios. Estos premios y reconocimientos promueven el trabajo y la difusión de investigaciones, de prestigio y calidad entre los profesionales de la salud.



Categoría Protocolo de Investigación. Mayores de 35 años:

D. Luís Francisco Torres Pérez por “Influencia en la incidencia de eventos adversos relacionados con los accesos venosos, la duración del dispositivo, el cuidado percibido, la calidad de vida y el consumo de recursos sanitarios, de una intervención educativa con soporte digital en personas /familias con vía venosa en domicilio. Un estudio cuasi-experimental.”

¿Qué supone a nivel personal haber sido premiado/a por el Colegio de Enfermería de Málaga?

Sin duda lo más destacable es el reconocimiento entre iguales, que compañeros de profesión reconozcan tu trabajo, máxime si son desconocidos e incluso de otra comunidad, tiene una relevancia enorme a nivel personal

¿Cómo y por qué se eligió el objeto de estudio?

El empoderamiento de la persona que necesita de nuestros cuidados, el fomento de la autoeficacia y la independencia es una constatación en nuestra profesión. Si a ello sumamos la corriente de ambulatorización de la asistencia, iniciativas que unen ambas realidades se muestran necesarias



Luis Torres recoge el premio en el acto del DIE.

¿Cuánto tiempo se ha empleado?

Es difícil de aquilatar cuando realmente siempre se trabaja en red, son múltiples las incitativas que se llevan a cabo y las enfermeras que estamos implicadas en los proyectos. No es una cuestión de tiempo sino de compromiso

¿Podría hacer un breve resumen, por favor?

Una intervención educativa en las personas portadoras de catéteres venosos en domicilio mejorará los resultados en salud, y la experiencia de esta situación, a veces estresante y compleja, por parte del usuario

Del proceso, ¿qué ha sido lo más complejo?

Elegir como canalizar las múltiples ideas que teníamos y poner en valor una faceta concreta del proyecto

¿Y lo más satisfactorio?

El trabajo en equipo para el desarrollo de la idea, que se ha sumado a una iniciativa más ambiciosa que se está desarrollando en nuestro hospital, centrada en la Excelencia de los Cuidados.

¿Podría compartir algunos resultados obtenidos?

Este proyecto se ha integrado dentro de otro proyecto de investigación de mayor trascendencia, orientado al desarrollo de una app para vías venosas focalizada en la persona (usuario/familia), que ha sido a su vez finan-



ciado por la Consejería. Como resultados paralelos podemos señalar el desarrollo de herramientas de valoración de las vías venosas integradas en Diraya que nos están permitiendo monitorizar indicadores de resultados sensibles a esta práctica tan frecuente.

¿Siente apoyo en su labor de investigación dentro de la enfermería?

Nuestro centro está desarrollando una estrategia de potenciación de la investigación enfermera, ha auspiciado la creación de un grupo PAIDI emergente en Cuidados, y la creación de grupos permanentes para el abordaje de escenarios clínicos relevantes, centrado en la excelencia y la innovación.

¿Se encuentra actualmente en otro proyecto de investigación o tiene algo planeado? Algún avance de la línea de trabajo, que pueda compartir.

Participo en el desarrollo de la app en vías venosas. También en la gestión de varias GPC. Y colaboro con el PiCuida en el desarrollo de los SSII para hacerlos más sensibles a los cuidados, específicamente con la evolución de la aplicación Diraya, con objeto de generar un CMBD de Cuidados.

¿Cree que son necesarios más premios, recursos y medidas que reconozcan ese esfuerzo?

Sin duda son un acicate importante, el empoderamiento de los Cuidados y las enfermeras pasa por un reconocimiento público y una visibilidad que iniciativas como esta contribuyen a garantizar.



Accésit concedido al mejor proyecto presentado por enfermeros residentes o especialistas
Dña. María Pérez Cordón por “Evaluación de un programa grupal de deshabituación tabáquica en atención primaria.”



María Pérez recoge el premio en el acto del DIE.

población.

¿Cuánto tiempo se ha empleado?

El protocolo de investigación lo realicé durante mi último año de formación de la especialidad, dentro de la misma teníamos cursos de investigación y contábamos con tutores para resolver las dudas.

¿Podría hacer un breve resumen, por favor?

El protocolo de investigación consiste en realizar la evaluación de un programa multicomponente grupal de deshabituación tabáquica en Atención Primaria en personas fumadoras mayores de 16 años relacionada con el abandono del tabaco.

Se trata de un estudio observacional retrospectivo de seguimiento de una cohorte en el que analizamos los resultados recogidos de los participantes a los talleres grupales de deshabituación tabáquica que tienen lugar desde 2008 a 2013 en la Unidad de Gestión Clínica Las Albarizas. Estableciéndose una muestra final formada por 222 sujetos, siendo esta muestra seleccionada mediante un muestreo aleatorio sistemático.

Del proceso, ¿qué ha sido lo más complejo?

El poder continuar con el desarrollo de la investigación y quedarme solo en la elaboración del protocolo. Los motivos que me han llevado a no continuar con la investigación fueron en un primer momento el rechazo por parte del comité de bioética de mi zona a su desarrollo, solicitando numerosas modificaciones en el estu-

¿Qué supone a nivel personal haber sido premiado/a por el Colegio de Enfermería de Málaga?

Supone un verdadero reconocimiento al esfuerzo realizado en la elaboración de este protocolo de investigación en el que he invertido mucho tiempo y me ha motivado a intentar seguir con el proyecto adelante.

¿Cómo y por qué se eligió el objeto de estudio?

Durante la realización de mi formación como especialista de enfermería familiar y comunitaria realizaba junto con mi tutora el programa grupal de deshabituación tabáquica, de la que ella era responsable. En ese momento me entró la curiosidad de conocer si lo que hacíamos en estos talleres ayudaba realmente a dejar de fumar a la



dio. Y la mala situación laboral de las especialidades de enfermería, ya que a pesar de tener la especialidad de familia, actualmente mi labor asistencial se está desarrollando más en el ámbito hospitalario, motivo por el cual me resulta difícil el desarrollo del estudio.

¿Y lo más satisfactorio?

El haber recibido este premio, ya que considero que se ha valorado el esfuerzo realizado y en ningún momento pensé que lo iba a conseguir.

¿Podría compartir algunos resultados obtenidos?

Debido a que mi categoría de premio era al mejor protocolo de investigación, el estudio todavía no se ha desarrollado, por lo que no dispongo de resultados.

¿Siente apoyo en su labor de investigación dentro de la enfermería?

Si nos comparamos con otras disciplinas sanitarias, considero que la enfermería no cuenta con el apoyo suficiente para la realización de estudios de investigación, a pesar de la gran cantidad de conocimientos que podemos aportar a nuestra comunidad científica.

¿Se encuentra actualmente en otro proyecto de investigación o tiene algo planeado? Algún avance de la línea de trabajo, que pueda compartir.

Como he dicho anteriormente, me gustaría poder desarrollar este protocolo de investigación, contando con los recursos necesarios.

¿Cree que son necesarios más premios, recursos y medidas que reconozcan ese esfuerzo?

Claro que son necesarios más recursos para el fomento de la investigación en enfermería. Esto permite una mayor motivación de aquellos profesionales que quieren desarrollar su labor investigadora.

