

Entrenamiento básico en comunicación científica

Prof. Dr. Juan Diego González Sanz

Departamento de Enfermería, Universidad de Huelva



Universidad
de Huelva



JUNTA DE ANDALUCÍA
CONSEJERÍA DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL

Primera sesión

Cronograma

Hora	6 de junio, jueves
16:00	Presentación
16:20	Introducción
16:30	Nociones básicas de comunicación científica
17:00	Paso 1: seleccionar el congreso
17:30	Café
18:00	Paso 2: preparar el resumen

6 de junio, jueves

16:00 Presentación

Nombre

Situación laboral

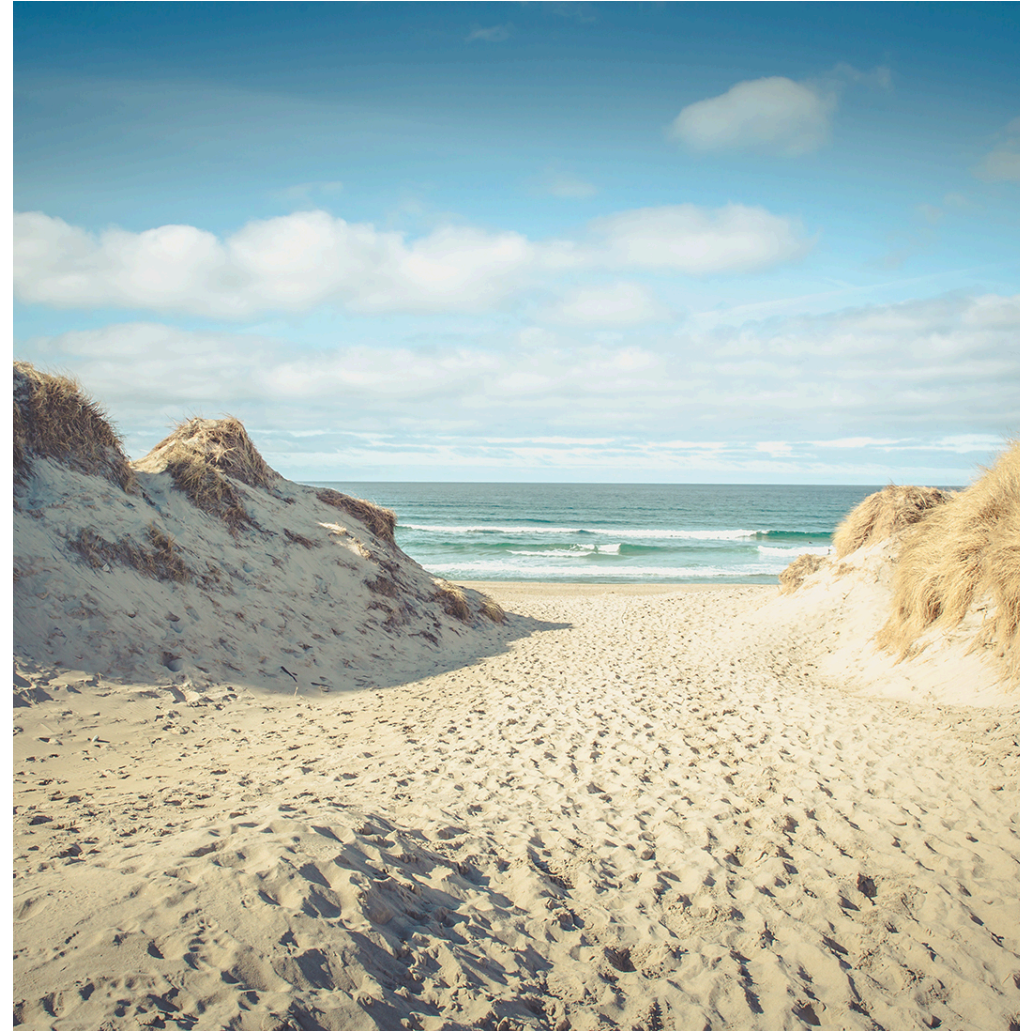
Experiencia en investigación

Necesidades concretas de cara al curso: ¿Qué quieres aprender?

Introducción

Programa

- 20 horas: 8 presenciales y 12 no presenciales.
- **Primera sesión:** 6 de junio de 2024, 16:00-20:00 hrs.
- **Segunda sesión:** 13 de junio de 2024, 16:00-20:00 hrs.
- Fecha tope para entregar la tarea no presencial: **30 de junio de 2024**



Objetivos

- Motivar a los inscritos para que investiguen y comuniquen los resultados de su investigación.
- Aportar nuevas competencias para la comunicación científica:
 - Capacidad de organización y planificación.
 - Capacidad para el diseño y gestión de proyectos.
 - Comunicación oral y escrita de la lengua materna.
 - Habilidades interpersonales y de trabajo en grupo.
 - Manejo básico de Power Point.

Metodología



Curso
práctico

- Presentación teórica.
- Trabajo práctico individual y resolución de dudas en el aula.
- Desarrollo individual autónomo de un proyecto de comunicación científica.

Nociones básicas de comunicación científica

¿Qué es investigar?

- Buscar la verdad.
- Ampliar nuestro conocimiento sobre el mundo que nos rodea.
- Utilizar el método científico para responder a nuestras preguntas.



Comunicación científica



- Compartir con otros el resultado de nuestra investigación o algunas de nuestras experiencias, especialmente valiosas por algún motivo.
- ¿Por qué quiero aprender a comunicar?
 - Para puntuar en la bolsa de trabajo.
 - Para acreditarme.
 - Para mejorar mi currículum.
 - Para difundir mis resultados de investigación.
 - Por gusto.

¿Dónde se habla científicamente sobre nuestro trabajo?

- Congresos.
- Revistas.
- Cursos.
- Diversos espacios de internet (podcast, etc.)



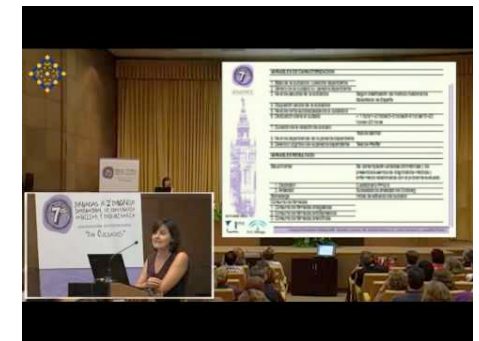
¿Dónde se habla científicamente sobre nuestro trabajo?

- Congresos.
- Revistas.
- Cursos.
- Diversos espacios de internet (podcast, etc.)



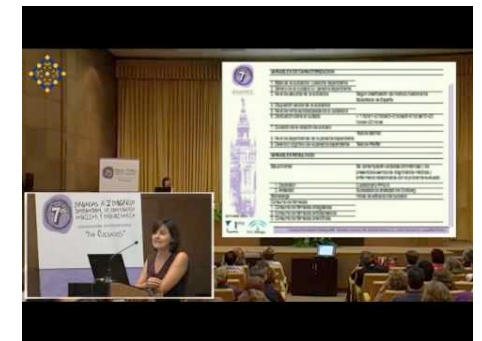
Congresos

- Oportunidad de encuentro personal entre distintos profesionales.
- Ámbito local (jornadas), regional, nacional o internacional.
- Uni o multidisciplinarios.
- Póster, vídeocomunicación, comunicación oral, mesa redonda, conferencia.



Congresos

- Oportunidad de encuentro personal entre distintos profesionales.
- Ámbito local (jornadas), regional, nacional o internacional.
- Uni o multidisciplinarios.
- Póster, vídeocomunicación, comunicación oral, mesa redonda, conferencia.



Congresos



¿Son eventos científicos o se han convertido en un negocio?



Congresos: ¿Qué nos pedirán para participar como comunicantes?

- Resumen.
- Pago de la inscripción (a menudo solo si la comunicación es aceptada o la devuelven si la comunicación no es seleccionada).

1. COMUNICACIONES ORIGINALES

TEXTO COMPLETO

 Descargar PDF  Compartir

443/524 - Perfil del paciente anticoagulado con Sintrom en el Distrito Norte (Sevilla)

Erika Domínguez Barbosa¹, Karen Domínguez Barbosa² y José Antonio Moreno Ortega³

¹Hospital Virgen Macarena. Sevilla. ²Hospital General Ríotinto. Huelva. ³Centro de Salud Los Carteros. Sevilla.

Objetivos: Conocer el perfil del paciente que acude a la medición del INR y tratamiento con Sintrom, para aportar una mayor seguridad en el paciente en la consulta.

Metodología: *Diseño:* estudio observacional, descriptivo y transversal. *Población de estudio:* la muestra de 187 pacientes, eligiendo los 25 primeros que acudieron entre el 4-11-17 y el 8-11-18 a los 8 diferentes centros de salud que se engloban dentro del Distrito Sanitario Norte (Sevilla). *Fuente de recogida de información/Instrumentos:* los datos fueron recogidos en la consulta de enfermería a los pacientes que fueron a realizarse el control del INR. *Análisis de datos:* los datos fueron analizados en el programa estadístico SPSS versión 21.

Resultados: Analizadas distintas variables de 187 pacientes en tratamiento con Sintrom, que acudieron entre el 4-11-17 y 8-11-18 a la consulta de enfermería de cualquier centro de salud del Distrito Sanitario Norte (Sevilla) para el control de INR y ajuste de tratamiento de Sintrom. Se contabilizaron los siguientes datos, el 51,3% de la muestra analizada son mujeres y el 48,7% restante corresponde a hombres. La distribución por grupos de edad de la muestra corresponde a ≤ 50 años 10 pacientes (5,3%), entre 51 y 55 años 6 pacientes (3,2%), entre 56 y 60 años 5 pacientes (2,6%), entre 61 y 65 años 12 pacientes (6,4%), entre 66 y 70 años 20 pacientes (10,6%), entre 71 y 75 años 35 pacientes (18,7%), entre 76 y 80 años 31 pacientes (16,5%), entre 81 y 85 años 39 pacientes (20,8%), entre 86 y 90 años 19 pacientes (10,1%), y ≥ 91 años 10 pacientes (5,3%). La media aritmética de la edad de la muestra estudiada es de 74,5 años. La moda de la edad de la muestra estudiada es de 75 años con un 5,88% del total de la muestra, siendo las edades de 72,81 y 82 años las siguientes que más se repitieron. Otra variable analizada fue el diagnóstico por el que se inició el tratamiento con Sintrom, contabilizando fibrilación auricular 138 pacientes (73,7%), prótesis mecánicas 17 pacientes (9%), tromboembolismo pulmonar 7 pacientes (3,7%), trombosis venosa profunda 10 pacientes (5,3%), accidente cerebrovascular 7 pacientes (3,7%) y otros 10 pacientes (5,3%).

Discusión/Conclusiones: Tras analizar estadísticamente los datos recopilados concluimos que no existe diferencia significativa de género en los pacientes tratados con Sintrom; ya que los porcentajes obtenidos corresponden a la distribución de hombres y mujeres en la población general. En cuanto a la edad el rango de población estudiada fue de 80 años (18 años hasta 98 años) encontrándose un incremento de pacientes tratados con Sintrom en el intervalo de 71 a 85 años con un 56% del total de la muestra, siendo la edad que más se repite en los pacientes 75 años. En cuanto al motivo por el que inician tratamiento con Sintrom la mayoría (73,7%) corresponde al diagnóstico de fibrilación auricular.

Palabras clave: Adenocumarol (Sintrom). INR. Fibrilación auricular.

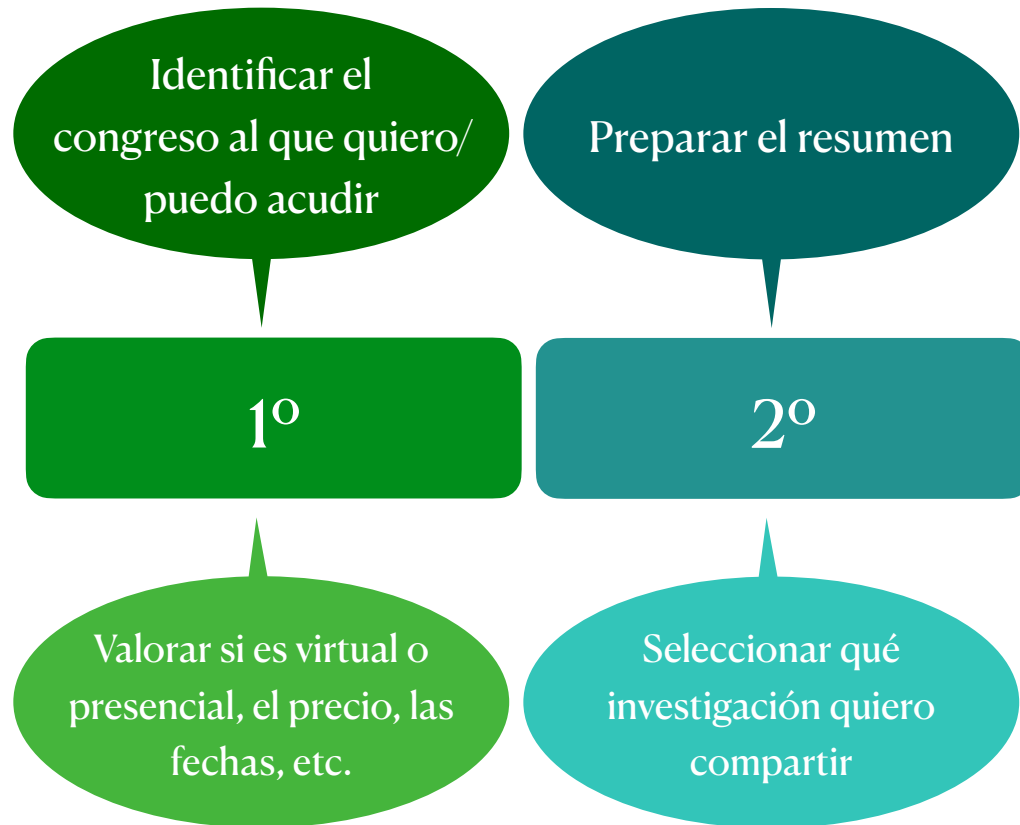
Congresos: Proceso para ser comunicante

Identificar el
congreso al que quiero/
puedo acudir

1º

Valorar si es virtual o
presencial, el precio, las
fechas, etc.

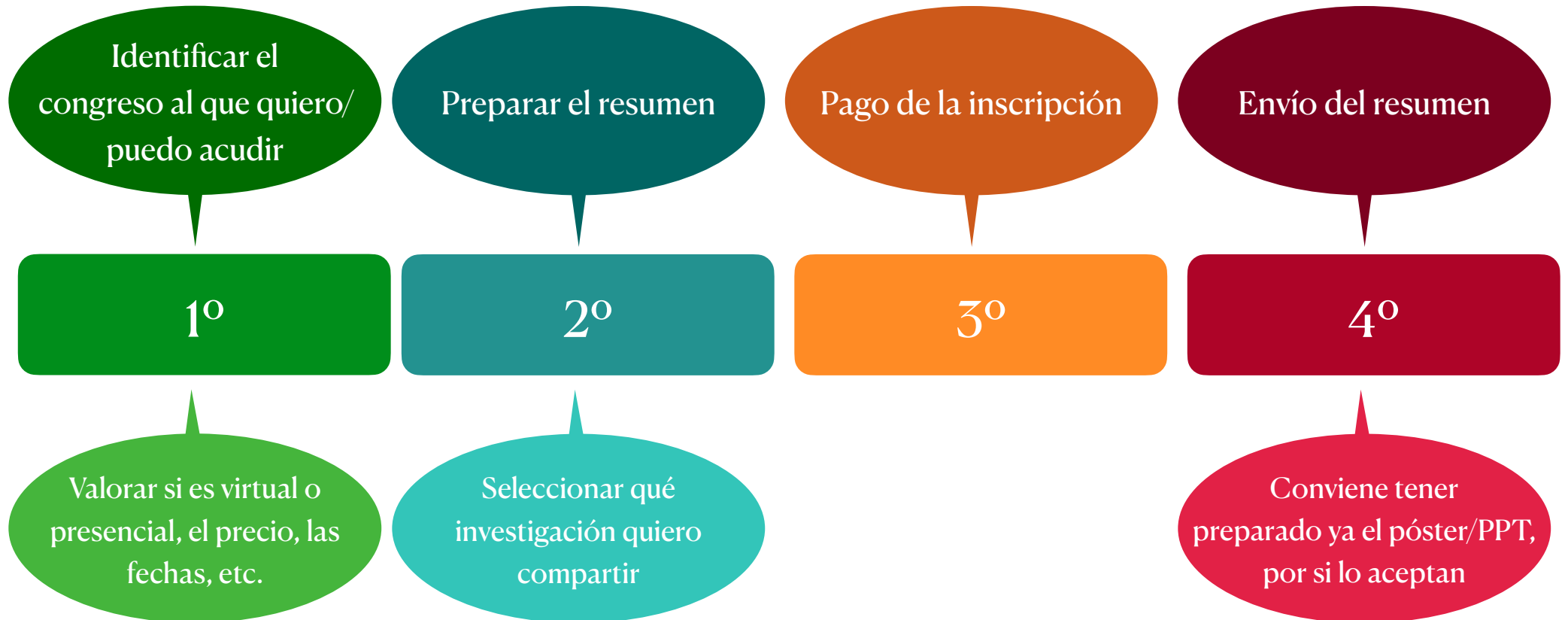
Congresos: Proceso para ser comunicante



Congresos: Proceso para ser comunicante



Congresos: Proceso para ser comunicante



Congresos: Proceso para ser comunicante



Paso 1: seleccionar el congreso

Puntos clave

- Lo ideal es que sea un congreso al que ya pensaba acudir.
- Que permitan enviar resúmenes hasta mediados de **julio**.
- Que se celebre en los próximos seis meses.
- Que devuelvan el importe si la comunicación no es aceptada.





- Selecciona un congreso y envía un correo a juan.gonzalez@denf.uhu.es en el que incluyas su denominación y enlace a su página web.

Paso 2:

preparar el resumen

Paso 2 (1)

¿De qué puedo hablar?

Estudios sobre la
literatura ya publicada
(bibliográficos)

Estudios sobre la realidad

Estudios sobre la
literatura ya publicada
(bibliográficos)

```
graph LR; A[Estudios sobre la literatura ya publicada (bibliográficos)] --- B(Revisión bibliográfica); A --- C(Revisión sistemática);
```

The diagram consists of a central dark blue rounded rectangle on the left containing the text 'Estudios sobre la literatura ya publicada (bibliográficos)'. To its right are two teal ovals. The top oval is connected to the rectangle by a line and contains the text 'Revisión bibliográfica'. The bottom oval is also connected to the rectangle by a line and contains the text 'Revisión sistemática'.

Revisión
bibliográfica

Revisión
sistemática

Estudios sobre la
literatura ya publicada
(bibliográficos)

Revisión
bibliográfica

Sobre cualquier tema
acerca del que quieras
profundizar

Revisión
sistemática

Asistencia

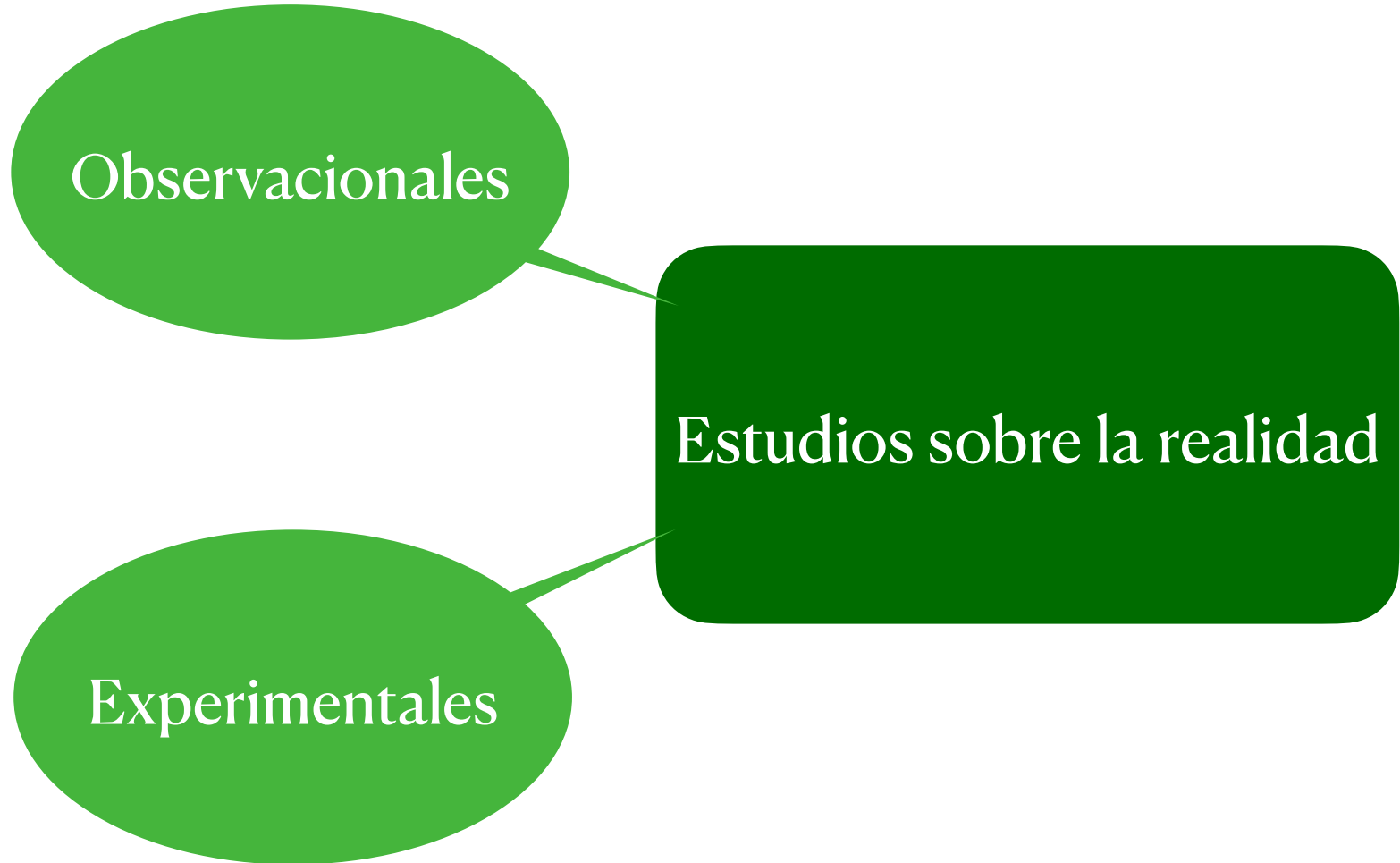
Docencia

Gestión

Observacionales

Estudios sobre la realidad

Experimentales



Observacionales

Descriptivos

Analíticos

Estudios sobre la realidad

EX



```
graph LR; A([Observacionales]) --> E[Estudios sobre la realidad]; B([Descriptivos]) --> E; C([Cuantitativos]) --> E; D([Cualitativos]) --> E;
```

Observacionales

Descriptivos

Cuantitativos

Cualitativos

Estudios sobre la realidad





- Abre un documento en *Word* y escribe cuál será el tema de tu comunicación y el tipo de estudio utilizado.

Fundamentos de la escritura científica

ARTÍCULO ESPECIAL

Cómo escribir artículos científicos fácilmente

T. Albert

Director de formación de Tim Albert Trainig.



Definir el mensaje de tu comunicación

Se debe escribir el mensaje principal del estudio en una sola frase, unas doce palabras con al menos un verbo. Esto obligará a pensar con claridad, y también servirá de ayuda para elaborar el artículo partiendo de su núcleo central.





- Describe, en tu resumen, el mensaje central de tu comunicación.

Estructurar el resumen

Escribir es una actividad lineal. Por tanto, es necesario fijar una determinada estructura para el manuscrito. En primer lugar, se debe consultar la revista en la que se desea publicar y analizar la estructura que tienen los artículos existentes. Hay que fijarse, en particular, en las diferentes secciones. En los artículos originales, generalmente, serán cuatro: Introducción (¿por qué lo hizo?), Métodos (¿qué hizo?), Resultados (¿qué encontró?) y Discusión (¿qué significado tiene todo ello?). Es conveniente observar cuántos pá-



Título

Introducción

Objetivo

Metodología

Resultados

Discusión

Conclusión

Palabra
clave 1

Palabra
clave 2

Palabra
clave 3

¿De qué
trata
este
trabajo?

<15 palabras

Título	Introducción	Objetivo	Metodología	Resultados	Discusión	Conclusión
--------	--------------	----------	-------------	------------	-----------	------------

Palabra clave 1

AkljdsIkbjoisdnlS
akjdfñslifjdñlaksjd
ñlskjlkdasñlkdjfl.

Palabra clave 2

AkljdsIkbjoisdnlS
akjdfñslifjdñlaksjd
ñlskjlkdasñlkdjfl.

Palabra clave 3

AkljdsIkbjoisdnlS
akjdfñslifjdñlaksjd
ñlskjlkdasñlkdjfl.

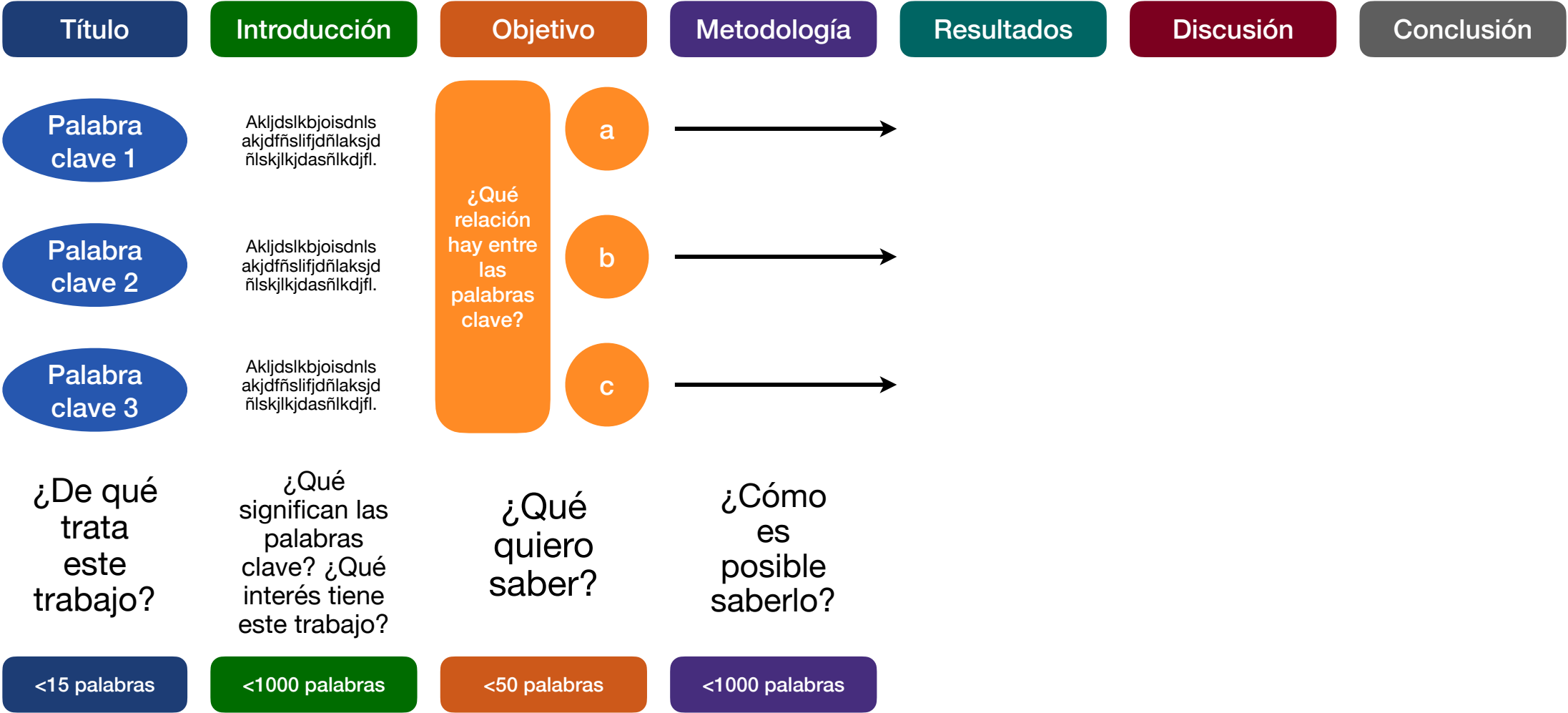
¿De qué trata este trabajo?

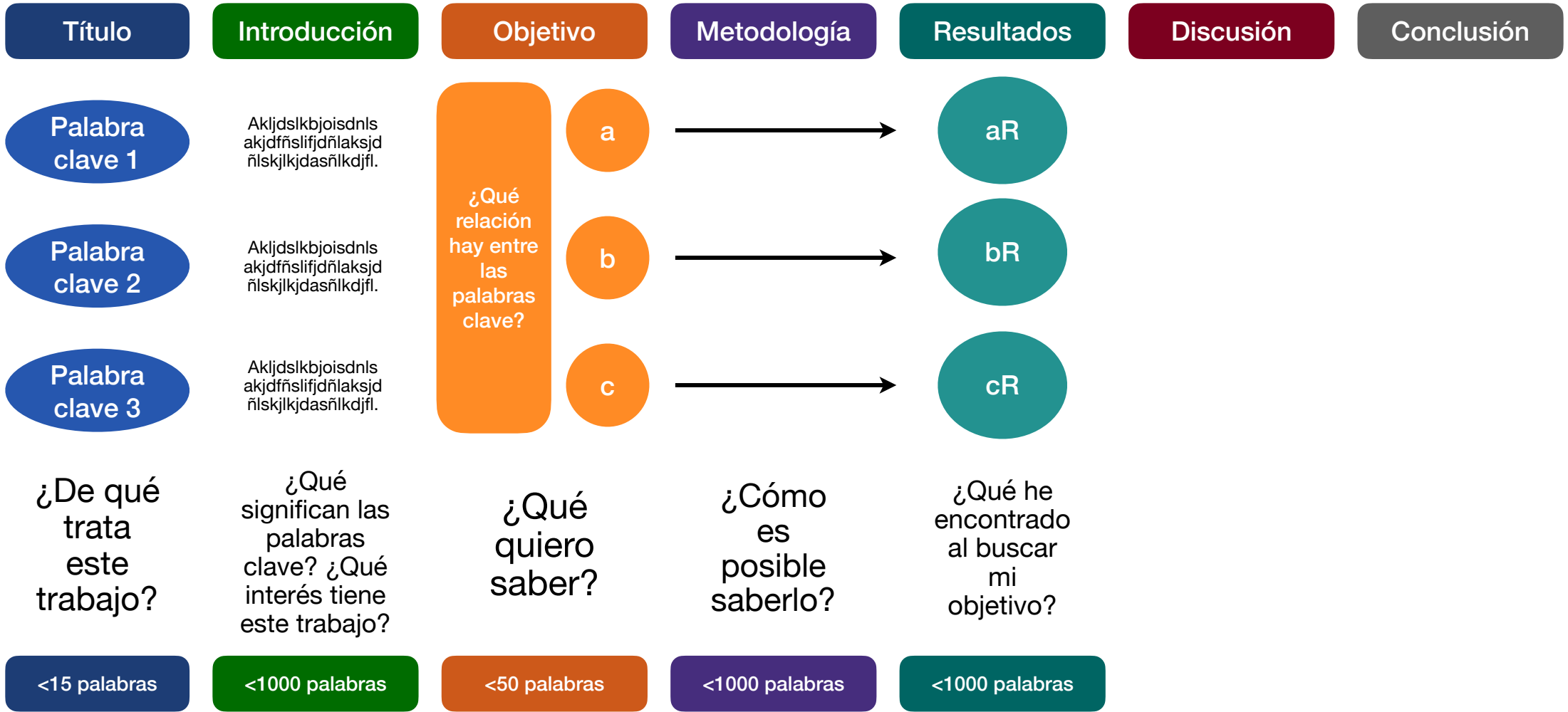
¿Qué significan las palabras clave? ¿Qué interés tiene este trabajo?

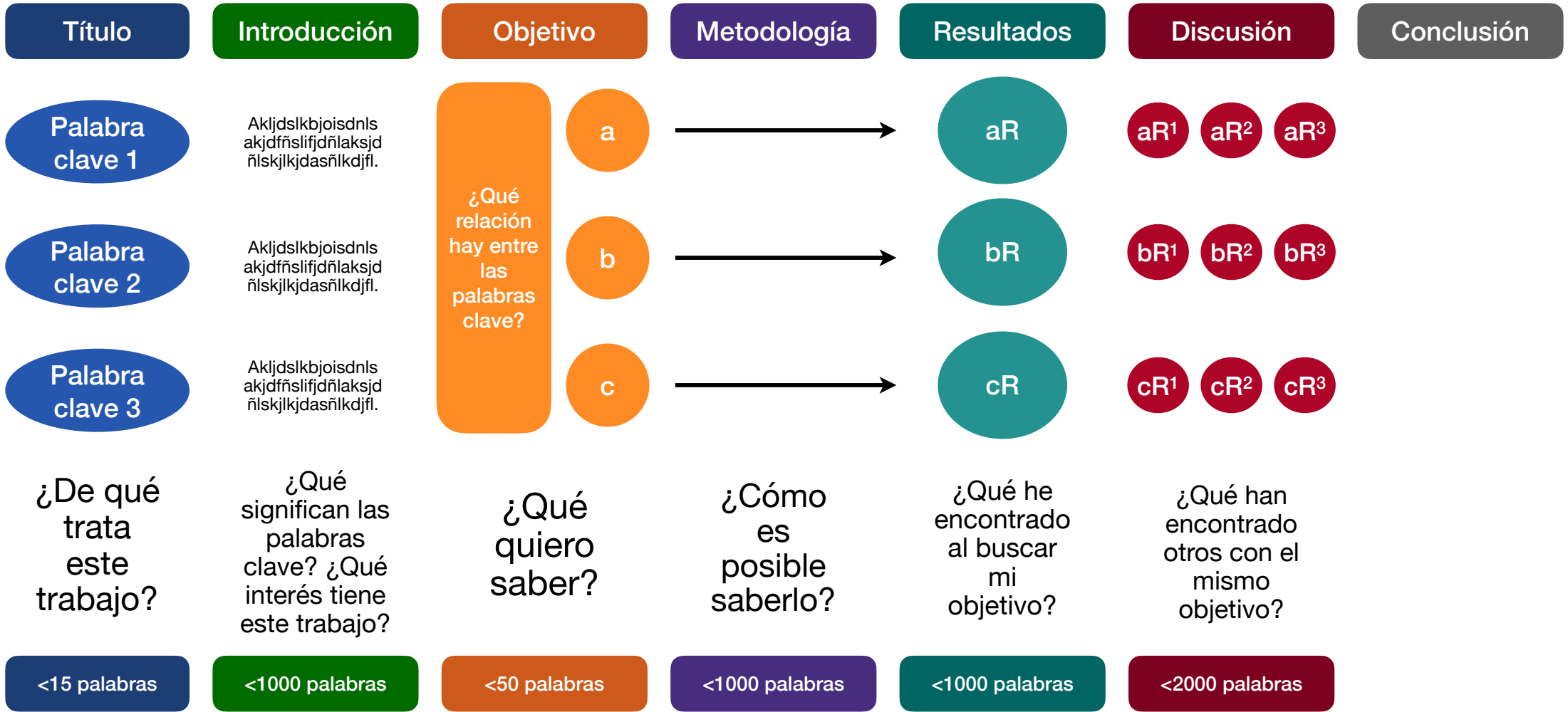
<15 palabras

<1000 palabras

Título	Introducción	Objetivo	Metodología	Resultados	Discusión	Conclusión
Palabra clave 1	AkljdsIkbjoisdnl akjdfñslifjdñlaksjd ñlskjlkdasñlkdjfl.	¿Qué relación hay entre las palabras clave?				
Palabra clave 2	AkljdsIkbjoisdnl akjdfñslifjdñlaksjd ñlskjlkdasñlkdjfl.					
Palabra clave 3	AkljdsIkbjoisdnl akjdfñslifjdñlaksjd ñlskjlkdasñlkdjfl.					
¿De qué trata este trabajo?	¿Qué significan las palabras clave? ¿Qué interés tiene este trabajo?	¿Qué quiero saber?				
<15 palabras	<1000 palabras	<50 palabras				







Título	Introducción	Objetivo	Metodología	Resultados	Discusión	Conclusión
Palabra clave 1 Palabra clave 2 Palabra clave 3 ¿De qué trata este trabajo? <15 palabras	AkljdsIkbjoisdnl akjdfñslifjdñlaksjd ñlskjlkdasñlkdjfl. AkljdsIkbjoisdnl akjdfñslifjdñlaksjd ñlskjlkdasñlkdjfl. AkljdsIkbjoisdnl akjdfñslifjdñlaksjd ñlskjlkdasñlkdjfl. ¿Qué significan las palabras clave? ¿Qué interés tiene este trabajo? <1000 palabras	¿Qué relación hay entre las palabras clave? a b c ¿Qué quiero saber? <50 palabras	→ → → ¿Cómo es posible saberlo? <1000 palabras	aR bR cR ¿Qué he encontrado al buscar mi objetivo? <1000 palabras	aR¹ aR² aR³ bR¹ bR² bR³ cR¹ cR² cR³ ¿Qué han encontrado otros con el mismo objetivo? <2000 palabras	a (breve) b (breve) c (breve) a+b+c (breve) ¿Qué significa lo que he encontrado? <500 palabras

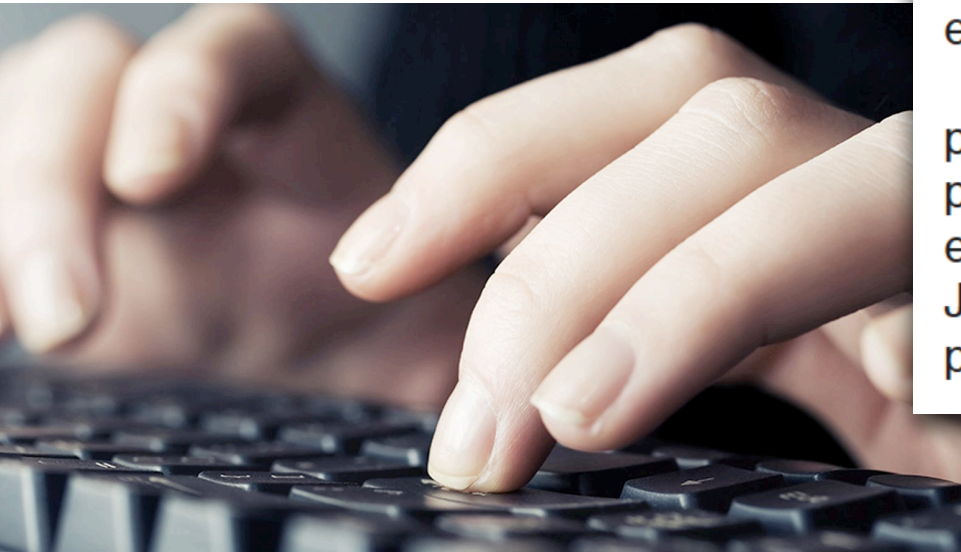


- Entra en la sección de envío resúmenes de la web del congreso.
- Copia en tu resumen las secciones solicitadas.

Escribir

Muchas personas emplean demasiado tiempo en esta etapa, principalmente porque no sólo están escribiendo, sino también estructurando y revisando al mismo tiempo. Si se ha establecido previamente la estructura del artículo (como hemos sugerido en el paso anterior) se puede escribir muy deprisa: una Introducción puede llevar no más de 10 minutos, por ejemplo.

Lo importante en esta fase es no perder el tiempo preocupándose por los detalles, y obtener sobre el papel un primer borrador claro y coherente. En esta etapa es muy útil seguir el consejo del escritor americano James Thurber: «no lo escribas bien, escríbelo simplemente»⁴.





- Completa en tu resumen las secciones solicitadas.
- Recuerda que la extensión total no debe superar las **250 palabras.**

Repasar lo escrito

Después vienen los detalles (microedición). Habrá que leer varias veces el manuscrito, centrándose en un aspecto específico cada vez. ¿Están los datos verificados y vueltos a verificar? ¿Cuadran las cifras? ¿Se han respetado las reglas básicas de sintaxis y ortografía? ¿Se han seguido los requisitos de las Instrucciones para autores? ¿Se han cometido erratas tontas, como poner «pariente» en lugar de «paciente» o «moralidad» en lugar de «mortalidad»? Es un trabajo muy tedioso, pero es necesario hacerlo.





- Revisa con calma tu resumen e introduce los datos que sean necesarios, respetando siempre la extensión máxima de **250 palabras**.

Segunda sesión

Cronograma

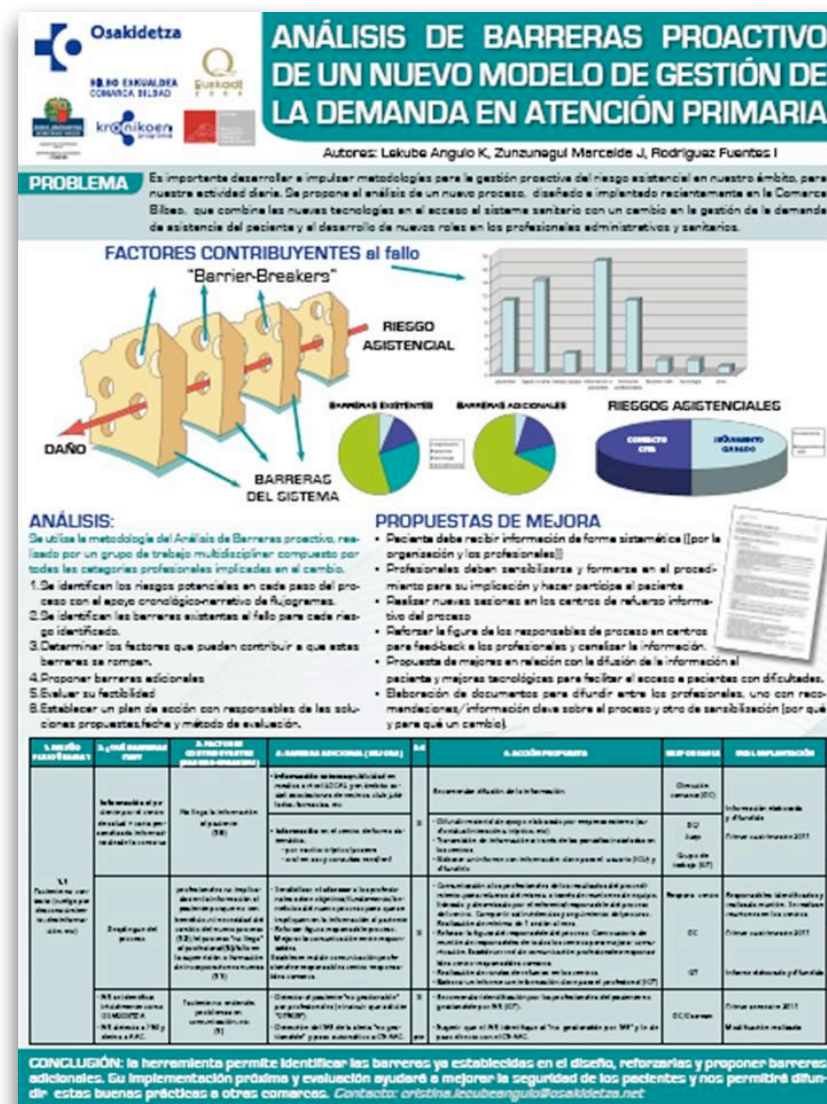
Hora	13 de junio, jueves
16:00	Paso 3: preparar el póster
17:30	Café
18:00	Paso 4: preparar la comunicación oral
19:15	Tareas y recapitulación

Paso 3:

preparar el póster

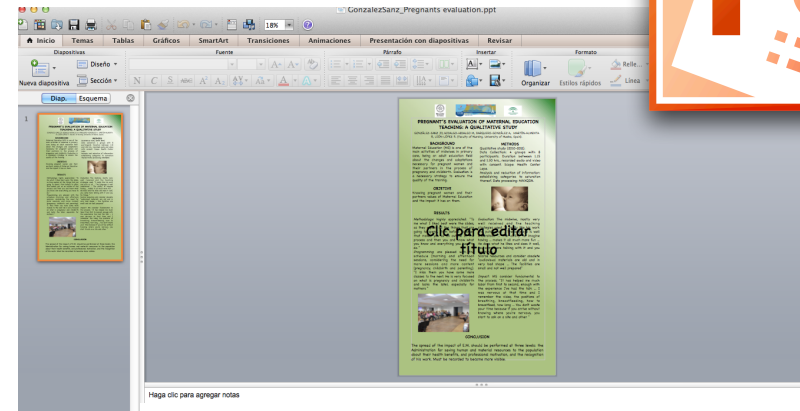
Qué es un póster

- Un cartel, en papel o formato digital, en el que se expone de forma resumida un trabajo de investigación o una experiencia profesional.



Cómo se hace

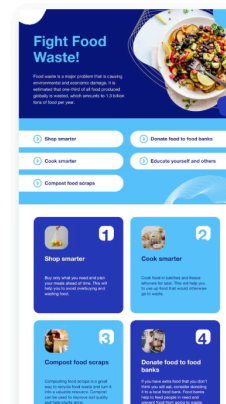
- Puede hacerse con varios programas (*Power Point, Keynote, Canva, etc.*) o con aplicaciones específicas para ello.



 PIKTOCHART

Campaign

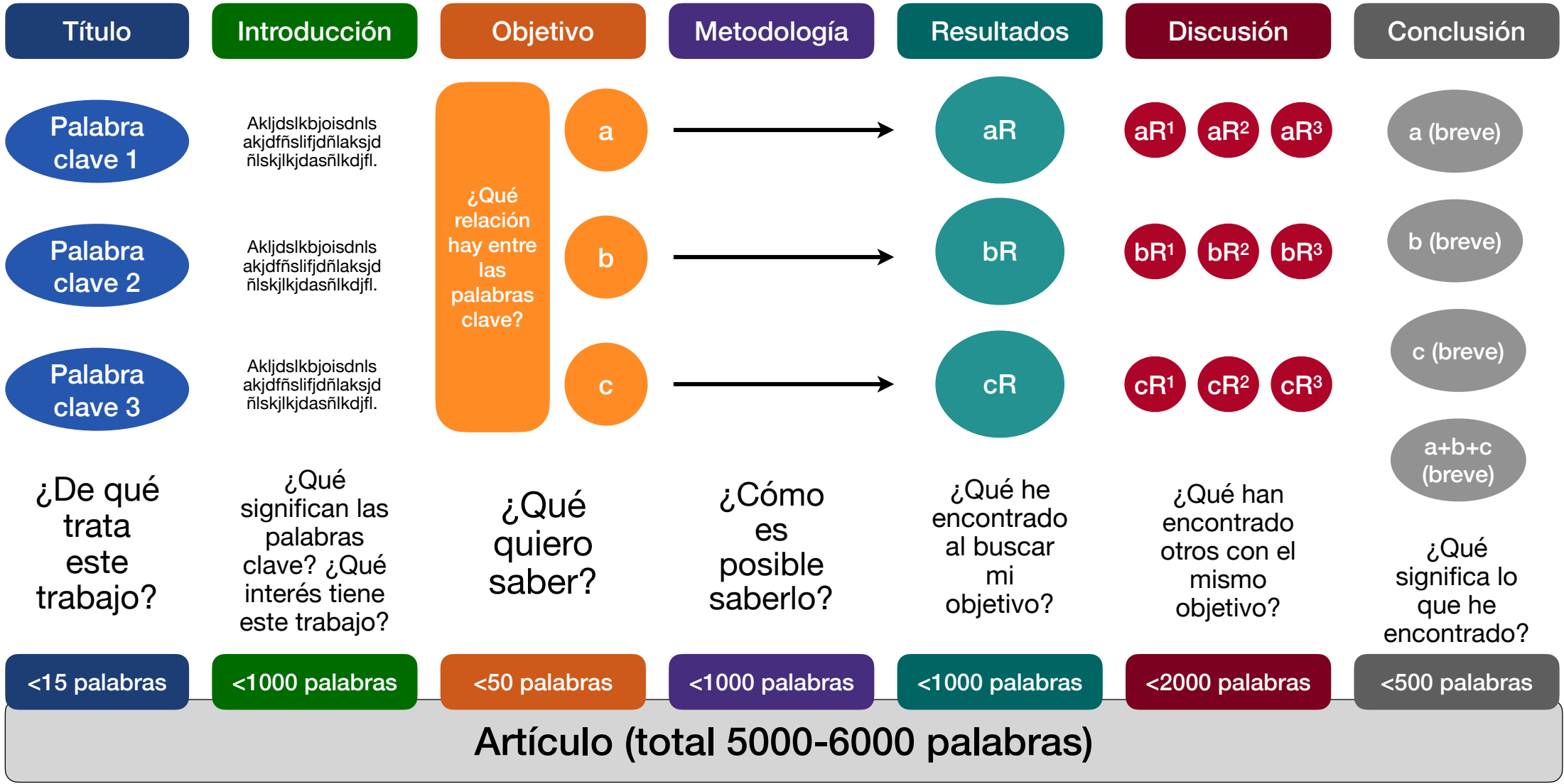
infographics

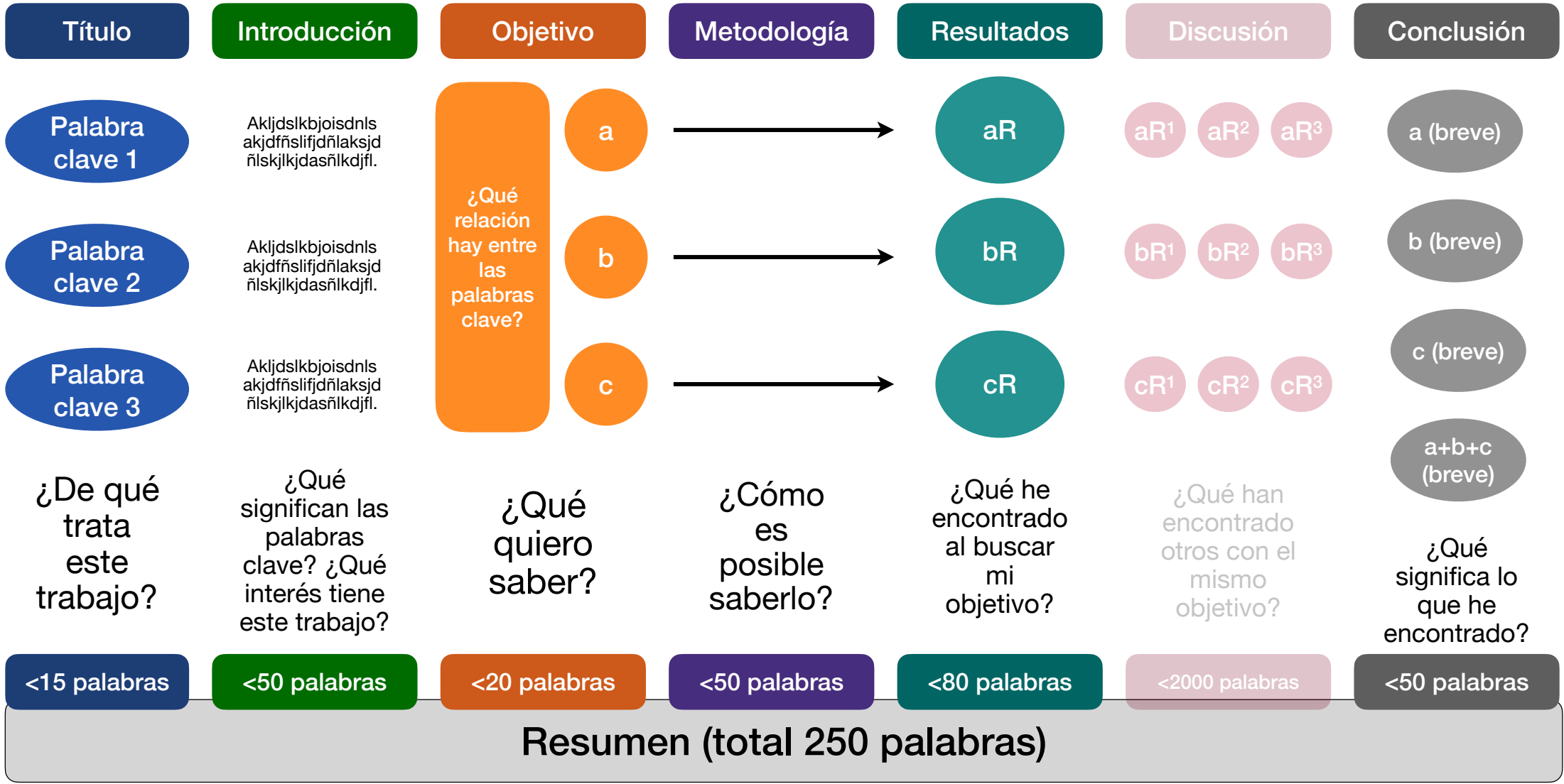


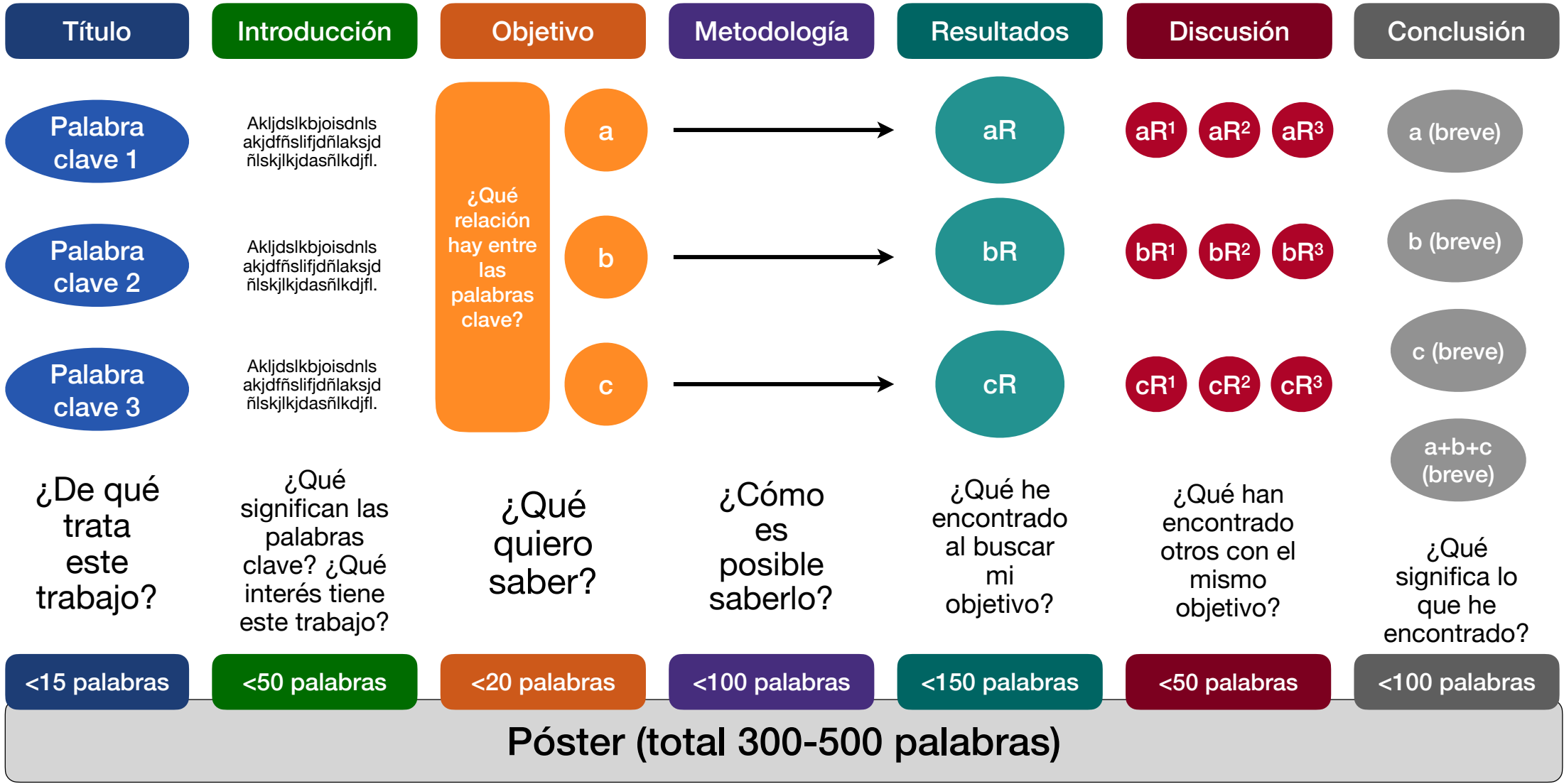
Cómo se hace : contenido

- Desarrolla, **brevemente**, el esbozo que presentaste en el resumen.





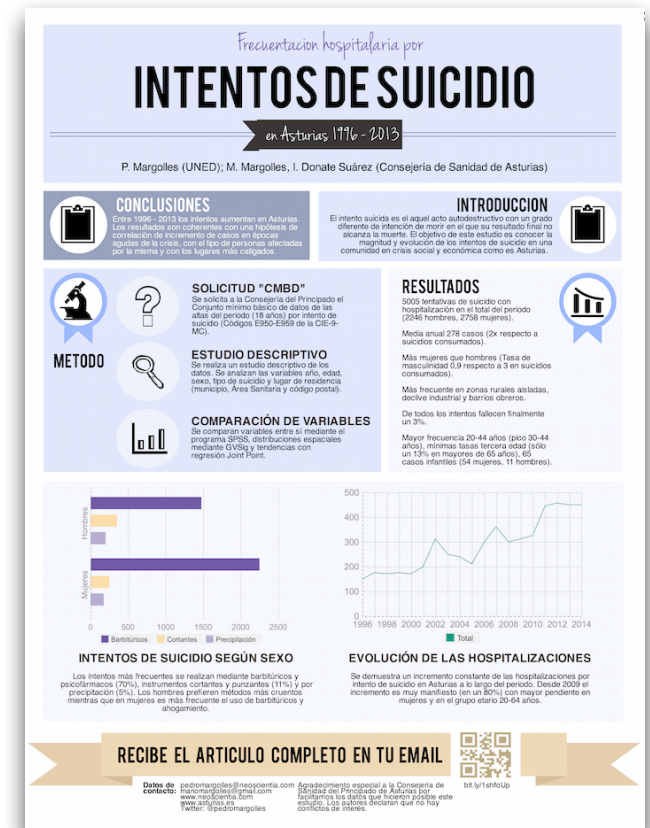






Cómo se hace : estructura

- Secciones:
- Título.
- Autores.
- Introducción.
- Objetivos.
- Metodología.
- Resultados.
- Conclusiones
- Referencias



Frecuentacion hospitalaria por

INTENTOS DE SUICIDIO

en Asturias 1996 - 2013

P. Margolles (UNED); M. Margolles, I. Donate Suárez (Consejería de Sanidad de Asturias)



CONCLUSIONES

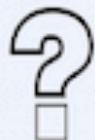
Entre 1996 - 2013 los intentos aumentan en Asturias. Los resultados son coherentes con una hipótesis de correlación de incremento de casos en épocas agudas de la crisis, con el tipo de personas afectadas por la misma y con los lugares más castigados.

INTRODUCCION

El intento suicida es el aquel acto autodestructivo con un grado diferente de intención de morir en el que su resultado final no alcanza la muerte. El objetivo de este estudio es conocer la magnitud y evolución de los intentos de suicidio en una comunidad en crisis social y económica como es Asturias.



METODO



SOLICITUD "CMBD"

Se solicita a la Consejería del Principado el Conjunto mínimo básico de datos de las altas del periodo (18 años) por intento de suicidio (Códigos E950-E959 de la CIE-9-MC).



ESTUDIO DESCRIPTIVO

Se realiza un estudio descriptivo de los datos. Se analizan las variables año, edad, sexo, tipo de suicidio y lugar de residencia (municipio, Área Sanitaria y código postal).

RESULTADOS

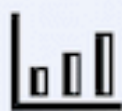
5005 tentativas de suicidio con hospitalización en el total del periodo (2246 hombres, 2758 mujeres).

Media anual 278 casos (2x respecto a suicidios consumados).

Más mujeres que hombres (Tasa de masculinidad 0,9 respecto a 3 en suicidios consumados).

Más frecuente en zonas rurales aisladas, declive industrial y barrios obreros.



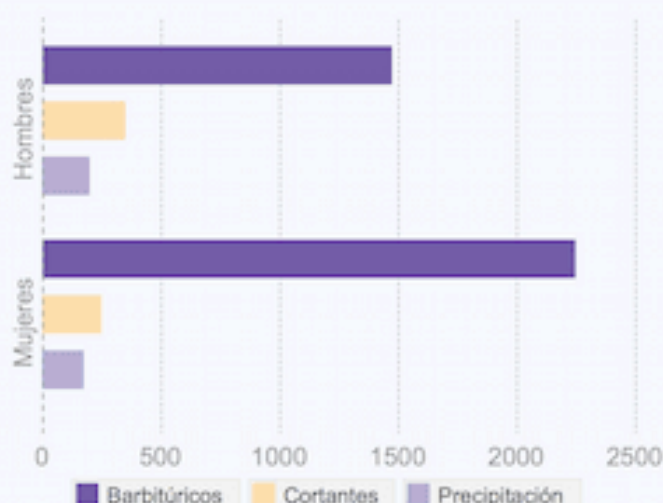


COMPARACIÓN DE VARIABLES

Se comparan variables entre sí mediante el programa SPSS, distribuciones espaciales mediante GVSig y tendencias con regresión Joint Point.

Se observó un aumento constante de las hospitalizaciones por intento de suicidio en Asturias a lo largo del periodo. Desde 2009 el incremento es muy manifiesto (en un 80%) con mayor pendiente en mujeres y en el grupo etario 20-64 años.

Mayor frecuencia 20-44 años (pico 30-44 años), mínimas tasas tercera edad (sólo un 13% en mayores de 65 años), 65 casos infantiles (54 mujeres, 11 hombres).



INTENTOS DE SUICIDIO SEGÚN SEXO

Los intentos más frecuentes se realizan mediante barbitúricos y psicofármacos (70%), instrumentos cortantes y punzantes (11%) y por precipitación (5%). Los hombres prefieren métodos más cruentos mientras que en mujeres es más frecuente el uso de barbitúricos y ahogamiento.



EVOLUCIÓN DE LAS HOSPITALIZACIONES

Se demuestra un incremento constante de las hospitalizaciones por intento de suicidio en Asturias a lo largo del periodo. Desde 2009 el incremento es muy manifiesto (en un 80%) con mayor pendiente en mujeres y en el grupo etario 20-64 años.

RECIBE EL ARTICULO COMPLETO EN TU EMAIL

Datos de contacto: pedromargolles@neoscienza.com
 mariomargolles@gmail.com
 www.neoscienza.com
 www.asturias.es
 Twitter: @pedromargolles

Agradecimiento especial a la Consejería de Sanidad del Principado de Asturias por facilitarnos los datos que hicieron posible este estudio. Los autores declaran que no hay conflictos de interés.



bit.ly/1shfoUp

Título

- Breve: no más de 15 palabras.
- Claro, que exponga con nitidez el tema del póster.

VI Congreso Nacional de Enfermería Pediátrica y
XXIII Jornadas Nacionales de Enfermería
Pediátrica

Hospital Universitario San Cecilio,
Granada.

EL SÍNDROME DE ONDINE: CASO CLÍNICO

Beatriz FERNÁNDEZ ZAPATA, Antonio GUIRAO NICOLÁS, Isabel María ROPA ESPÍN, María SANZ TURRADO

Justificación: El síndrome de Ondine consiste en un síndrome de hipoventilación central congénita secundario a un trastorno del sistema nervioso central, en el cual el control autónomo de la respiración está deteriorado sin ninguna otra enfermedad que lo justifique.

Objetivos:

- Dar a conocer la enfermedad y los medios más eficaces para su manejo.
- Establecer un plan de cuidados para los pacientes con Síndrome de Ondine.

PLAN DE CUIDADOS

Caso clínico
Varón 36+1 SG, 2360 gramos.
Ingresa en la UCI-N: dependencia de O₂ y episodios apnea + bradicardia.
Intubación.
Estudio genético -> Síndrome de Ondine.
Dos meses de vida -> traqueotomía y conexión a ventilador mecánico portátil.



Introducción



PLANES DE CUIDADOS INFORMATIZADOS: NANDA/NOC/NIC EN MUTUA UNIVERSAL

Autores

Blanco González Fernando D. – Enfermero
Colominas Balada Gemma. – Coord. Enfermería

Centro de Trabajo

Mutua Universal - Barcelona

Introducción

En la actualidad la Historia Clínica Electrónica (HCE) es una prueba más del avance y la utilidad de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) en el ámbito sanitario. El colectivo de enfermería en Mutua Universal dispone de un documento informatizado (Doc. PAE) para planificar cuidados personalizados a los pacientes, donde se registra mediante la Taxonomía Internacional NANDA/NOC/NIC.

Los planes de cuidados informatizados permiten visualizar e integrar la información del paciente, facilitando la comunicación entre profesionales para asegurar la continuidad en el proceso asistencial, evitando cometer errores y repeticiones innecesarias, garantizando además unos cuidados comunes y de calidad.

Objetivos

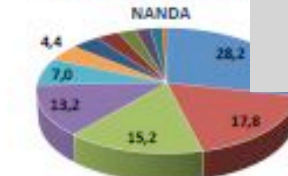
- ✓ Conocer la Tipología de cuidados de enfermería más representativos durante el 2015 en Mutua Universal

Resultados

Nº PAE INICIADOS EN MUTUA
UNIVERSAL EN 2015



% PRINCIPALES DIAGNÓSTICOS
NANDA



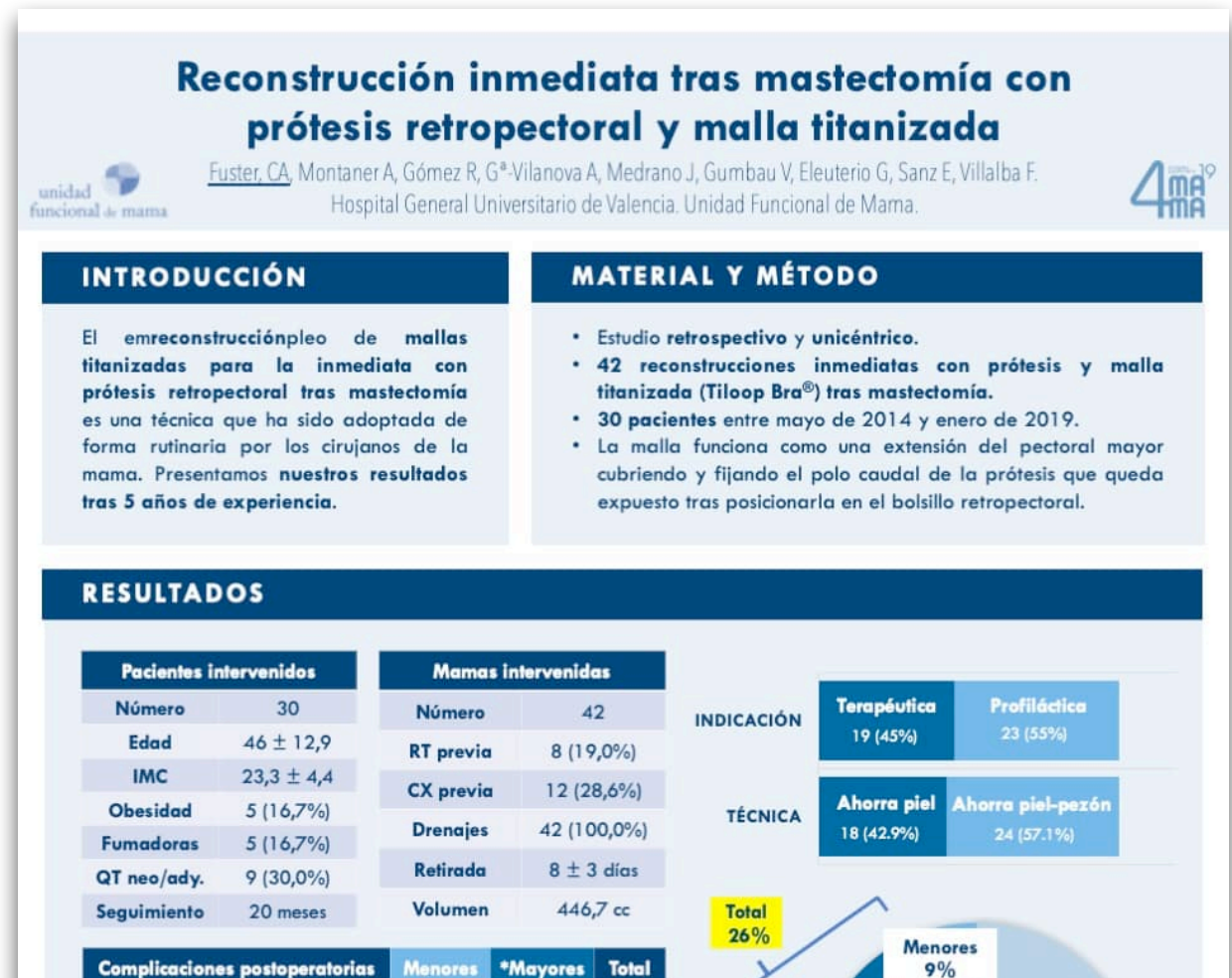
00132 • 00085 • 00046 • 00126 • 00004 • 00086
00044 • 00108 • 00047 • 00088 • 00155 • Resto

Deficiencia de la integridad cutánea, 00126
Conocimientos deficientes y 00004 Riesgo de
infección, son los más significativos, representando
más del 80% del total.

- Debe describir el estado actual de la cuestión para poder situar la aportación de tu comunicación.

Objetivos

- Breves y claros.
- Mejor si solo es uno, el objetivo general, aunque si es una investigación muy amplia hay que citar los objetivos específicos.
- Recuerda que son los objetivos de tu investigación, no los del póster.



“APRENDER A CUIDARSE PARA PODER CUIDAR”

I CONGRESO NACIONAL ENFERMERÍA CONSULTAS HOSPITALARIAS Y ATENCIÓN PRIMARIA

“Innovación en práctica asistencial. Humanización de los cuidados”

Autores: Granja Garran, C. (C. S. Delicias II, Valladolid), García Granja N. (C. S. Circunvalación, Valladolid)
Outeiriño Fernández, C (C. S. Delicias II, Valladolid)

INTRODUCCIÓN

Demostrar la importancia que tiene aplicar la inteligencia emocional para enriquecer la práctica asistencial y alcanzar una mayor satisfacción y bienestar laboral.

OBJETIVOS

- Aprender habilidades emocionales y destrezas para canalizar y utilizar las emociones ayudándonos a mitigar el desgaste que puede surgir en nuestro ejercicio profesional.
- Lograr transformar tu práctica profesional logrando resultados que permitan disfrutar de tu jornada laboral ayudando de esta manera a las múltiples exigencias diarias.

METODOLOGÍA

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en base de datos de Fistera, Google Académico, Biblioteca Metodológica de Investen utilizando palabras claves como emociones, enfermería, cuidado e inteligencia emocional.

RESULTADOS

La actividades sanitaria además de los conocimientos técnicos para el ejercicio profesional requiere de unas buenas habilidades de comunicación y de gestión emocional. Tomar conciencia de nuestras emociones para poder aceptarlas y gestionarlas posteriormente, es imprescindible, para empatizar, escuchar y comunicar exitosamente con los pacientes, familiares y otros profesionales de la salud.

“Si yo cambio, todo cambia”

CONCLUSIONES

Iniciativa

Aceptación

Optimismo

Empatía

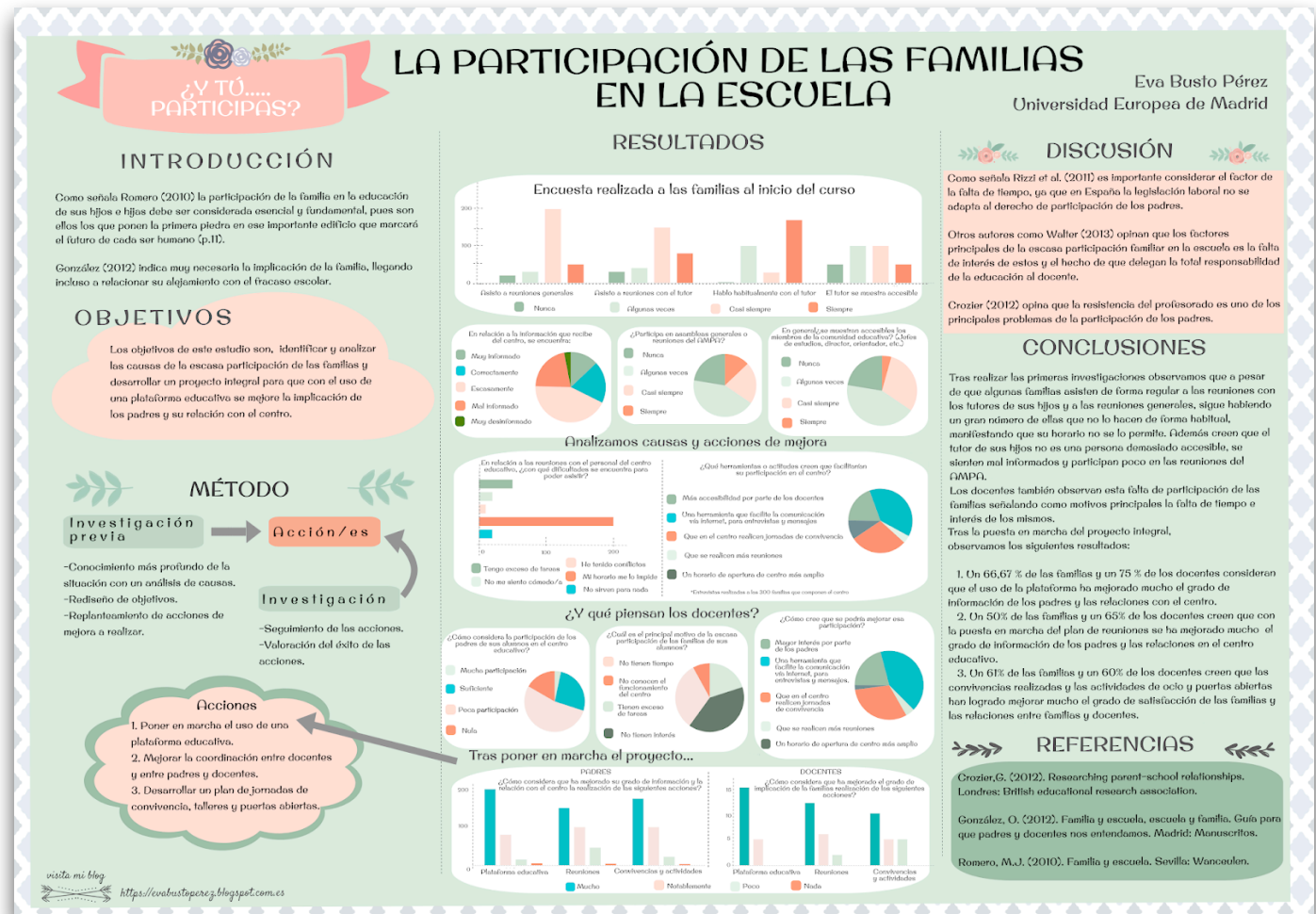
Escucha activa

Metodología

- Describir cómo se ha llevado a cabo la investigación.
- Lenguaje técnico (aprovechar la lectura de la bibliografía).
- Introducir limitaciones si son de importancia.

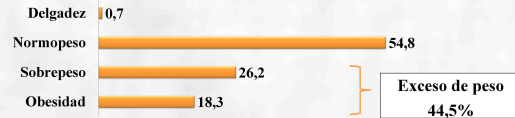
Resultados

- Exponer brevemente los datos obtenidos en la investigación, cuantitativos y/o cualitativos.
- Tamaño adecuado de letra.
- Uso de gráficos que aclaren los datos.



INTRODUCCIÓN

La obesidad infantil es uno de los problemas de Salud Pública más graves del siglo XXI. Según la OMS, en 2010 hubo 42 millones de niños obesos en todo el mundo. En España un 44,5% de los niños tienen exceso de peso.



OBJETIVOS

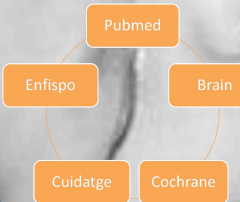
Pregunta clínica: ¿Los niños que duermen menos horas son más propensos a padecer sobrepeso u obesidad que aquellos niños que duermen más horas?

- Describir la relación existente entre el sueño y la obesidad o sobrepeso en la población infantil.
- Explicar las posibles causas de la relación.
- Elaborar un protocolo de abordaje de la relación sueño-obesidad desde una perspectiva enfermera.

METODOLOGÍA

Tipo: revisión de la literatura científica

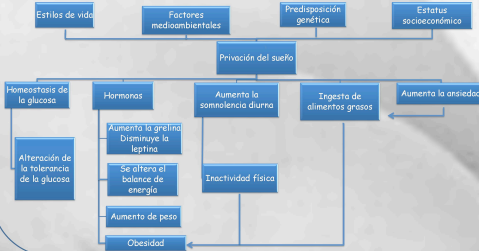
Estrategia de búsqueda: "sleep duration" AND ("childhood obesity" OR "childhood overweight").



Se utilizaron un total de 12 artículos.

RESULTADOS

Los 12 estudios muestran que existe una asociación entre dormir poco y el sobrepeso u obesidad infantil.



CONCLUSIONES Y APLICACIÓN ENFERMERA

- La falta de sueño es un **factor de riesgo** en el desarrollo del sobrepeso y la obesidad infantil.
- Hay **diferentes causas** de esta relación; el efecto de las hormonas grelina y leptina, el aumento de la posibilidad de comer al no dormir, o la ansiedad y la somnolencia producida por la privación del sueño.
- Esta influencia del sueño en la obesidad infantil, debe ser abordada desde enfermería siguiendo una **metodología enfermera**.



Abordaje en consulta

- Dx: Trastorno del patrón de sueño
- Pautas de higiene del sueño: rutina antes de irse a dormir, no TV en las habitaciones, ejercicio durante el día...



Agenda o diario de sueño

- ¿A qué hora se acuesta y a qué hora se levanta?
- Rutina antes de irse a dormir
- Calidad del sueño...



Escala de valoración del sueño

- Cuestionario BISQ
- Cuestionario BEARS
- Cuestionario O.Bruni

Conclusiones

- El aspecto más importante del póster.
- Más grandes que el resto del texto.
- Claras, separadas y numeradas.
- Relativas a los objetivos de la investigación.

Referencias

- Entre 3 y 5 referencias.
- Todas pertenecientes a los últimos 5 años.
- Al menos la mitad en inglés, salvo temas muy específicos.
- Modo de citación uniforme: Vancouver.
- Citar artículos publicados en buenas revistas.

como en los profesionales sanitarios.

RESULTADOS

Existen numerosas aplicaciones con diversas funciones entre las que se pueden destacar: ofrecer información a los profesionales para valorar el riesgo de deterioro de la integridad cutánea, mostrar videos como parte de educación para la salud con los que se persiga el fomento del autocuidado o tener fácil acceso a escalas para la evaluación de las UPP. Algunas de las mejor valoradas son:

Tiene como objetivo valorar el **RIESGO** de UPP de forma rápida y sencilla. En función del riesgo obtenido la app nos propone **RECOMENDACIONES, CUIDADOS Y PRODUCTOS** para la prevención y el tratamiento. Como ventaja principal nos permite enviar la información al e-mail para poderlo incorporar a la Historia clínica.

PrevenApp

Aplicación que ofrece la **INFORMACIÓN IMPRESCINDIBLE** tanto para la prevención como para el abordaje del deterioro de la integridad cutánea de manera interactiva y a pie de cama. Proporciona acceso a las principales **RECOMENDACIONES BASADAS EN LA EVIDENCIA CIENTÍFICA** que recogen las Guías de Práctica Clínica.

GuíaUPP

Herramienta pensada para ayudar al **SEGUIMIENTO Y CONTROL** de las UPP por parte de enfermería. Permite hacer un registro de los pacientes añadiendo el plan de tratamiento, las fechas de las curas, la exploración e incluso fotos de la herida para poder ver la evolución.

Registro de curas y heridas

Instrumento útil para la elección del **PLAN TERAPÉUTICO** a seguir en cada úlcera. Además cuenta con una base de datos en la que se incluyen productos muy utilizados tanto para el tratamiento como para la prevención de las UPP.

Trata la UPP

CONCLUSIONES

Enfermería debe tomar conciencia de la importancia que el **DESARROLLO DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS** y las herramientas como **INTERNET** van a suponer en nuestro trabajo clínico. El uso correcto de las mismas nos brinda un amplio abanico de ventajas aportando **SEGURIDAD** a la hora de tomar decisiones e **INFORMACIÓN** fiable e inmediata que mejora la **CALIDAD DE LOS CUIDADOS PRESTADOS**.

1. Ramos-Morcillo AJ Fernández-Salazar S, López-Casanova P, Ruzafa-Martínez M. E-salud en las heridas crónicas. Posicionamiento del GNEAUPP. Gerokomos. 2018 ;29(1):29-33
2. Arantón-Areosa L. App Salud- Aplicaciones móviles de utilidad sanitaria. Enfermeríadermatológica. 2013 agosto;18-19: 44-47
3. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas [Internet]. Logroño: De Azul Turquesa. 2019. Software y Apps [3]. Disponible en: <https://gneaupp.info/seccion/software-y-apps/>

Cuándo se hace

- Una vez que ha sido aceptado el resumen de la comunicación y nos han indicado que debe presentarse en formato póster.



¿Cómo saber si está bien hecho?

- Autoevaluación
(comparando con otros).
- Evaluación por pares:
 - Compañeros.
 - Comité científico del congreso (suele valorar el resumen y no el póster).



Honradez

Enfermera de Práctica Avanzada para el triage y la consulta finalista en los servicios de urgencias

AUTORES

INTRODUCCIO

La atención por una enfermera o practicante avanzada en el servicio de urgencias supone un paso adelante para una adecuada y eficiente gestión de la demanda de asistencia urgente, debido a la creciente capacidad de resolución por el aumento de competencias, así como al elevado porcentaje de motivos de asistencia que resultan ser demandas inadecuadas, lesiones menores o problemas de salud no urgentes. En los últimos años, el número de personas que demandan atención por los servicios de urgencias ha seguido una trayectoria ascendente, tanto en hospitales como en otros centros extrahospitales.

OBJETIVO

- Abordar la demanda asistencial que realizan las personas con procesos agudos leves, también patologías con frecuencia como uso inadecuado de los servicios de urgencias. Por ejemplo atender procesos agudos leves (diarrea, hipertensión arterial, odinofagia, molestias urinarias, síntomas respiratorios de vías altas, anticonceptivos de urgencias, etc.) acorde guías basadas en evidencias.
- Solicitar pruebas complementarias y la prescripción colaborativa de medicamentos como analgésicos.
- Proveer una atención ajustada a los tiempos pero segura a los pacientes, para mejorar su satisfacción.
- Liberar de tiempo al médico para que éste pueda afrontar el incremento de la sobrecarga por patologías que no puedan ser manejadas por enfermería de urgencias.

METODOLOGIA

Para llevar a cabo la metodología utilizada sería la clasificación-triaje, en la que debemos hacer una valoración clínica básica, que permita clasificar a los pacientes según su grado de urgencia, siendo atendido de manera prioritaria aquel enfermo que más lo necesite. Los sistemas de clasificación permiten realizar un orden de los pacientes, conocer el grado de urgencias de nuestros pacientes y priorizar las situaciones que más lo necesiten.

CONCLUSIONES

La implantación de competencias avanzadas en la práctica enfermera constituye una necesidad para el desarrollo de los servicios de urgencias, triage y consulta, dado el creciente volumen de demandas inadecuadas de atención urgente y la ineludible eficiencia que debe regir en los sistemas sanitarios, especialmente en los públicos. Además, la enfermera presenta un amplio enfoque en su asistencia que permite valorar el sufrimiento del paciente, más allá del accidente o de la enfermedad, ya que el sufrimiento incluye aspectos tan importantes como la necesidad de ayuda, el miedo a la enfermedad, el dolor y su somatización.

BIBLIOGRAFIA

1. López Alonso, S. R. & Linares Rodríguez, C. (2012). Enfermera de Práctica Avanzada para el triage y la consulta finalista en los servicios de urgencias. *Index Medicus*, 27(11-12), 5-6.
2. Small, V. (2010). El desarrollo de un rol de práctica avanzada en enfermería de urgencias y emergencias: reflexiones desde la experiencia en Irlanda. *Emergencias*, 22, 220-225.
3. Alpizar, C. C. (2014). Los sistemas de triage: respuesta a la saturación en las salas de urgencias. *Revista Enfermería Actual en Costa Rica*, 27(1), 8.
4. Serrano Benavente, R. A. (2014). *Sistema de triaje en urgencias generales* (Doctoral dissertation, Universidad Intercontinental de Andalucía).

EDITORIALE

Enfermera de Práctica Avanzada para el triage y la consulta finalista en los servicios de urgencias

Sergio R. López Alonso, Cecilio Linares Rodríguez
 Digestivo de Cuidados Críticos y Urgencias, Distrito Sanitario Málaga, Servicio Andaluz de Salud,
 Málaga, España

Index de Enfermería [Index Enferm] 2012; 21(1-2): 5

Cecilio, Enfermera de Práctica Avanzada para el triaje y

Cómo citar este documento

López Alonso, Sergio R.; Linares Rodríguez, Cecilio. *Enfermera de Práctico Avanzada para el triaje y la consulta triage en los servicios de urgencias*. *Índice de Enfermería [Índice Enferm]* (edición digital) 2012, 21(1-2). Disponible en: <http://www.index-de-consejos-enfermeria/21-2C506.php>. Consultado el 17 de Noviembre de 2016

La atención por una enfermera de prácticas avanzada en el servicio de urgencias supone un paso adelante para una adecuada y eficiente gestión de la demanda de cuidados urgente, debido a la creciente capacidad de resolución por el aumento de competencias, así como al elevado porcentaje de motivo de asistencia que resultan ser demandas inadecuadas, lesiones menores o problemas de salud no urgentes. En los últimos años, el número de personas que demandan atención por los servicios de urgencias ha seguido una trayectoria ascendente, tanto en hospitales como en otros centros intrahospitalarios.

una tendencia a la baja se reproduce en los Centros Comunitarios de Expertos y en otros países desarrollados.¹⁰ Las anomalías, en el ámbito nacional e internacional, este crecimiento de la demanda provoca la saturación y modificación de los servicios de urgencias.¹¹ Estas anomalías, en dichos servicios hace tiempo que fue catalogada como un síntoma que denota un fallo en los sistemas sanitarios.¹² Consecuencia de ello, se han descrito múltiples efectos adversos que recaen mayormente sobre la salud de las personas atendidas; la demora en el tiempo de respuesta que retrasa la atención del dolor, agrava la morbilidad, el incremento de errores médicos y de pobres resultados en salud e, incluso, el aumento de las muertes evitables, a la vez que se reduce la satisfacción de los pacientes.¹³

En el presente artículo se describen los factores que influyeron en los autores que han estudiado las causas del crecimiento y expansión de servicios de urgencias atendiendo a la demanda y a las características sociodemográficas de la población que acude a dichos servicios, entre otros factores. En este sentido, las personas más dedicadas han sido al aumento del volumen de pacientes tanto con problemas de salud no urgentes como con una mayor gravedad. Los cambios importantes en los servicios de urgencias, el período errático con alta tasa de giras, la falta de enfermeras y de médicos, la lentitud de atención y el menor número de camas hospitalarias.¹⁶ No obstante, los recientes estudios sobre las causas de la saturación de los servicios de urgencias en Chile, han sido escasos.¹⁷ En Chile, los datos de la encuesta de salud de 1990, en la que se incluyó a las personas que requieren atención de urgencia, se han limitado a una muestra de personas que acuden a urgencias, no a una muestra de personas que requieren atención de urgencia.

La encuesta se realizó en el primer semestre de 2004, en un hospital de tercer nivel de atención, perteneciente al sistema de salud gratuito (Sistema de Salud Gratuito) de la ciudad de Bogotá. Se seleccionó una muestra aleatoria simple de 100 médicos de la especialidad de pediatría, pertenecientes a 10 unidades de dos especialidades de los servicios de urgencias, entre las que se pueden mencionar: el incremento de personal, la apertura de nuevas unidades de observación, la mejora de los accesos a las camas hospitalarias, las derivaciones de pacientes con patologías no urgentes, la diversificación del destino de las ambulancias, a medida de los niveles de saturación, entre otros.¹⁰ Si embargo, nuevamente, las encuestas recomendadas en recientes revisiones apuntan hacia la clasificación de pacientes según su nivel de gravedad, el aumento de la capacidad de respuesta y la mejora de los circuitos (Throughput), al mismo tiempo que disminuyen los efectos de visibilidad a las personas con patologías accidentales quienes acuden a los servicios de urgencias.

su propia persona en Espirito, como si fueran sus propias energías, de grado sensible y grado consciente para paliar, crear, fortalecer y nutrir la vida de la persona enferma, en la forma de pensamientos, sentimientos, actos del hombre como de los cuerpos de salud. *Éstos* están pensados, de manera independiente o combinada, en su poder, menor el establecimiento de circuitos de atención;²⁰ la clasificación de pacientes a través de un protocolo de triaje por una enfermera o médico;²¹ la contratación de especialistas en medicina familiar y comunitaria;²² la disminución de otros prestatos en las agendas de los médicos de familia o aumento de las vistas del día;²³ o el aumento de la capacidad de resolución de las enfermeras mediante protocolos de atención a procesos agudos, leves,²⁴ entre otros.

De estas enfermedades se puede mencionar las veintiseis que presentan la atención por un enfermo tanto clasificado padeciente con riesgo de gravedad como ofreciendo una asistencia frontal a problemas de salud en gravedad, una vez concluido el programa empoderamiento polifactorial de los países desastreados y la mayor e ineludible demanda de atención de urgencias que realizan las personas mayores de 65 años.²⁵ A pesar de que, una vez concluido de la primera encuesta clínica observó una amplia variedad de criterios para detectar la inadecuación, dando lugar a un amplio rango de resultados que oscilaban entre el 32% y el 37% de las personas mayores de 65 años que se sintieron a la necesidad de acudir a la atención. Es decir, que han encontrado una alta tasa de demandas inadecuadas de atención urgente que oscila alrededor del 30% y 42%.²⁶ Entre estas demandas de atención no urgentes, se pueden advertir los siguientes grupos diagnósticos: enfermedades infecciosas (36,7%), enfermedades de piel y tejido conectivo (26,2%), síndrome depresivo y orgánico de los sentidos (5,6%), aparatos locomotores (34,2%), accidentes, lesiones e intoxicaciones (33,3%) y alirritias y alergias (además 27%).²⁶

En este sentido, las competencias de enfermería con prácticas avanzadas durante la atención urgente podrá, asimismo, abarcar la demanda asociada que realizan las personas con procesos agudos leves, también catalogados con frecuencia como uso inadecuado de los servicios de urgencia. Así, existen numerosas experiencias en ámbitos hospitalarios e internacionales como pueden ser Cataluña, donde las enfermeras de triage atienden procesos agudos leves (Díazma, "Intervención inicial, diagnóstico, molestias urinarias, síntomas respiratorios de vías altas, afecciones de urgencia aguda"), acorde a las pautas establecidas en evidencias¹⁰. Andalucía, donde las enfermeras están comenzando a liderar la clasificación avanzada que incluye las

Las pruebas complementarias y la prescripción colaborativa de medicamentos como analgésicos, entre otras prácticas innovadoras,^{27,28} o igualmente, desde el sector de un centro de enfermería para la atención urgente de procesos agudos leve, Udelin-Centro, con enfermeras para atender problemas urinarios, erupciones, otitis medias y otalgias, problemas de estomatitis, resacas, acné, alergias e infecciones cutáneas, reacciones y gripes, entre otros.²⁹

30. Socioeconómico. Dinamarca o China.^{31,32} En este sentido, el Instituto de Medicina de Estados Unidos ha recomendado el avance y liderazgo de la práctica enfermera en Atención Primaria.³³

Por todo, la impartición de competencias avanzadas en la práctica enfermera constituye una necesidad para el desarrollo de los servicios de urgencia triage y consulta, dado el creciente volumen de demandas inadecuadas de atención urgente y la inabundante eficiencia que debe regir en los sistemas sanitarios, especialmente en los públicos.

Bibliografia

Enfermera de Práctica Avanzada para el triage y la consulta finalista en los servicios de urgencias

AUTORES:

INTRODUCCION

La atención por una enfermera de práctica avanzada en el servicio de urgencias supone un paso adelante para una adecuada y eficiente gestión de la demanda de asistencia urgente, debido a la creciente capacidad de resolución por el aumento de competencias, así como al elevado porcentaje de motivos de asistencia que resultan ser demandas inadecuadas, lesiones menores o problemas de salud no urgentes. En los últimos años, el número de personas que demandan atención por los servicios de urgencias ha seguido una trayectoria ascendente, tanto en hospitales como en otros centros extrahospitalarios.

METODOLOGIA:

Para llevar a cabo la metodologías utilizada sería la clasificación-triage, en la que debemos hacer una valoración clínica básica, que permita clasificar a los pacientes según su grado de urgencia, siendo atendido de manera prioritaria aquel enfermo que más lo necesite. Los sistemas de clasificación permiten realizar un orden de los pacientes, conocer el grado de urgencias de nuestros pacientes y priorizar las situaciones que más lo necesiten.

OBJETIVOS:

- Abordar la demanda asistencial que realizan las personas con procesos agudos leves, también catalogadas con frecuencia como uso inadecuado de los servicios de urgencias. Por ejemplo atienden procesos agudos leves (diarrea, hipertensión arterial, odinofagia, molestias urinarias, síntomas respiratorios de vías altas, anticonceptivos de urgencias, etc.), acorde guías basadas en evidencias.
- Solicitar pruebas complementarias y la prescripción colaborativa de medicamentos como analgésicos.
- Proveer una atención ajustada a los tiempos pero segura a los pacientes, para mejorar su satisfacción.
- Liberar de tiempo al médico para que éste pueda afrontar el incremento de la sobrecarga por patologías que no puedan ser manejadas por enfermería de urgencias.

CONCLUSIONES:

La implantación de competencias avanzadas en la práctica enfermera constituye una necesidad para el desarrollo de los servicios de urgencias, triage y consulta, dado el creciente volumen de demandas inadecuadas de atención urgente y la ineludible eficiencia que debe regir en los sistemas sanitarios, especialmente en los públicos. Además, la enfermera presenta un amplio enfoque en su asistencia que permite valorar el sufrimiento del paciente, más allá del accidente o de la enfermedad, ya que el sufrimiento incluye aspectos tan importantes como la necesidad de ayuda, el miedo a la enfermedad, el dolor y su somatización.

BIBLIOGRAFIA:

1. López Alonso, S. R., & Linares Rodríguez, C. (2012). Enfermera de Práctica Avanzada para el triage y la consulta finalista en los servicios de urgencias. *Index de Enfermería*, 21(1-2), 5-6.

17/11/2018

Index de Enfermería



ISSN

NÚMERO ACTUAL PUBLICADOS PRÓXIMOS ESCRIBIR LA REVISTA AUTORES CANTARIDA BUSCAR BUSCAR EN LA REVISTA

EDITORIALES

Enfermera de Práctica Avanzada para el triage y la consulta finalista en los servicios de urgencias

Sergio R. López Alonso, Cecilio Linares Rodríguez
Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias, Distrito Sanitario Málaga, Servicio Andaluz de Salud, Málaga, España

Index de Enfermería [Index Enferm] 2012; 21(1-2): 5-6

Cómo citar este documento

López Alonso, Sergio R.; Linares Rodríguez, Cecilio. Enfermera de Práctica Avanzada para el triage y la consulta finalista en los servicios de urgencias. *Index de Enfermería* [Index Enferm] [edición digital] 2012; 21(1-2). Disponible en <<http://www.index-de.com/index-enfermeria/vol21n1-20506.php>> Consultado el 17 de Noviembre de 2018

La atención por una enfermera de práctica avanzada en el servicio de urgencias supone un paso adelante para una adecuada y eficiente gestión de la demanda de asistencia urgente, debido a la creciente capacidad de resolución por el aumento de competencias, así como al elevado porcentaje de motivos de asistencia que resultan ser demandas inadecuadas, lesiones menores o problemas de salud no urgentes. En los últimos años, el número de personas que demandan atención por los servicios de urgencias ha seguido una trayectoria ascendente, tanto en hospitales como en otros centros extrahospitalarios. Esta tendencia al alza se reproduce en distintas Comunidades Autónomas de España y en otros países desarrollados.^{1,2} Desafortunadamente, a nivel nacional e internacional, este crecimiento de la demanda provoca la saturación y modificación de los servicios de urgencias.^{3,4} Este fenómeno en dichos servicios hace tiempo que fue catalogado como un síntoma que denota un fallo en los sistemas sanitarios.⁵ Consecuencia de ello, se han descrito múltiples efectos adversos que recaen mayormente sobre la salud de las personas atendidas: la demora en el tiempo de respuesta que retrasa la atención del dolor y agrava la morbilidad; el incremento de errores médicos y de pobres resultados en salud e, incluso, el aumento de las muertes evitables, a la vez que se reduce la satisfacción de los pacientes.^{6,7,8,9}

En todo este tiempo, han sido numerosos los autores que han estudiado las causas del crecimiento y saturación de los servicios de urgencias, atendiendo a la asistencia y a las características sociodemográficas de la población que acude a dichos servicios, entre otros factores. Un hecho cierto, las causas más dedicadas han sido: el aumento del volumen de pacientes tanto con problemas de salud no urgentes como con una mayor gravedad; las personas hipertensas, hipertensas de los servicios de urgencias, el periodo estacional con alta tasa de gripa, la falta de enfermeras y de médicos, la lentitud del proceso de diagnóstico y el menor número de camas hospitalarias.¹⁰⁻¹² No obstante, recientes revisiones sobre las causas de la saturación de los servicios de urgencias atribuyen este fenómeno a la lentitud de los circuitos de atención (Throughput) y a la dificultad en dar salida a las personas que requieren ingreso hospitalario u observación (Output), y no al volumen de personas atendidas, independientemente de su gravedad (input).^{13,14}

Tras la identificación de las causas mencionadas, en la literatura se ha observado la implementación de distintas estrategias que tratan de dar respuesta a la saturación de los servicios de urgencias, entre las que se pueden mencionar: el incremento de personal, la apertura de nuevas unidades de observación, la mejora de los accesos a las camas hospitalarias, las derivaciones de pacientes con patologías no urgentes, la diversificación del destino de las ambulancias, la medida de los niveles de saturación, entre otros.¹⁵ Sin embargo, nuevamente, las estrategias recomendadas en recientes revisiones apuntan hacia la clasificación de pacientes según su nivel de gravedad; el aumento de la capacidad de respuesta y la mejora de los circuitos (Throughput y Output), al mismo tiempo que se descongestiona los intentos de derivar a las personas con patologías o accidentes banales que acuden a los servicios de urgencias.^{16,17}

Por su parte, en España, son similares las estrategias de gestión sanitaria empleadas para paliar este crecimiento y saturación de la demanda asistencial en los servicios de urgencias, tanto del hospital como de los centros de salud. Entre estas estrategias, de manera independiente o combinada, se pueden mencionar: el establecimiento de circuitos de atención;^{18,19} la clasificación de pacientes a través de un protocolo de triage por una enfermera o un médico;^{20,21} la contratación de especialistas en medicina familiar y comunitaria;²² la disminución de citas previas en las agendas de los médicos de familia con aumento de las visitas del día;²³ o el aumento de la capacidad de resolución de las enfermeras mediante protocolos de atención a procesos agudos leves,²⁴ entre otros.

De estas estrategias, se puede mencionar las ventajas que presenta la atención por una enfermera tanto clasificando pacientes por niveles de gravedad como ofreciendo una asistencia finalista a problemas de salud no graves, una vez conocido el progresivo envejecimiento poblacional de los países desarrollados y la mayor e inadecuada demanda de servicios de urgencias que realizan las personas mayores de 65 años.²⁵ A este respecto, una reciente revisión de la literatura científica observó una amplia variabilidad de criterios para detectar la inadecuación, dando lugar a un amplio rango de resultados, aunque se encontró una mediana del 32% de asistencias inadecuadas.²⁶ Este cifra es similar a la encontrada en España, para la que los últimos estudios han encontrado una tasa de demandas inadecuadas de atención urgente que oscila alrededor entre 30% y 40%.^{27,28,29} Entre estas demandas de atención no urgentes, se pueden atender: los siguientes grupos diagnósticos: enfermedades infecciosas (96,7%), enfermedades de piel y tejido celular subcutáneo (62,1%), sistema nervioso y órganos de los sentidos (56%), aparato locomotor (54,2%), accidentes, lesiones e intoxicaciones (53,3%) y síntomas y signos mal definidos (27%).³⁰

En este sentido, las competencias de enfermeras con prácticas avanzadas durante la atención urgente podría, sobretodo, abordar la demanda asistencial que realizan las personas con procesos agudos leves, también catalogadas con frecuencia como uso inadecuado de los servicios de urgencias. Así, existen numerosas experiencias en ámbitos nacionales e internacionales como pueden ser Cataluña, donde las enfermeras de triage atienden procesos agudos leves (Diarrea, hipertensión arterial, odinofagia, molestias urinarias, síntomas respiratorios de vías altas, anticonceptivos de urgencias, etc.), acorde guías basadas en evidencias.³¹ Asimismo, donde las enfermeras están comenzando a laborar la clasificación avanzada que incluye la solicitud de pruebas complementarias y la prescripción colaborativa de medicamentos como analgésicos,³² entre otras prácticas avanzadas.^{33,34} En Inglaterra, donde existen cerca de un centenar de centros para la atención urgente de procesos agudos leves, Walk-in Centres, con enfermeras para atender problemas urinarios, erupciones, otitis medias y obstrucciones, problemas de endometriosis, esguinces, accidentes e infecciones cutáneas, reacciones y gripa, entre otros.³⁵

Precisamente, tras la revisión sistemática aparecida en la Cochrane Library, donde se equiparaba a atención entre médicos de familia y enfermeras,³⁶ han aparecido multitud de comos a nivel internacional donde las enfermeras atienden procesos agudos leves, pudiendo mencionar Australia,³⁷ Canadá,³⁸ España,³⁹ Dinamarca o China.^{40,41} En este sentido, el Instituto de Medicina de Estados Unidos ha recomendado el avance y liderazgo de la práctica enfermera en Atención Primaria.⁴²

Además, la enfermera presenta un amplio enfoque en su asistencia que permite valorar el sufrimiento del paciente, más allá del accidente o de la enfermedad.⁴³ Así, la urgencia puede complicarse por factores culturales, emocionales o sociales, ya que el sufrimiento incluye aspectos tan importantes como la necesidad de ayuda, el miedo a la enfermedad, el dolor y su somatización.⁴⁴ La efectividad de este aproximación en la atención urgente está



- Busca dos pósters en internet y describe al menos tres aspectos mejorables en cada uno de ellos.
- Envía los pósters y tus propuestas de mejora a juan.gonzalez@denf.uhu.es

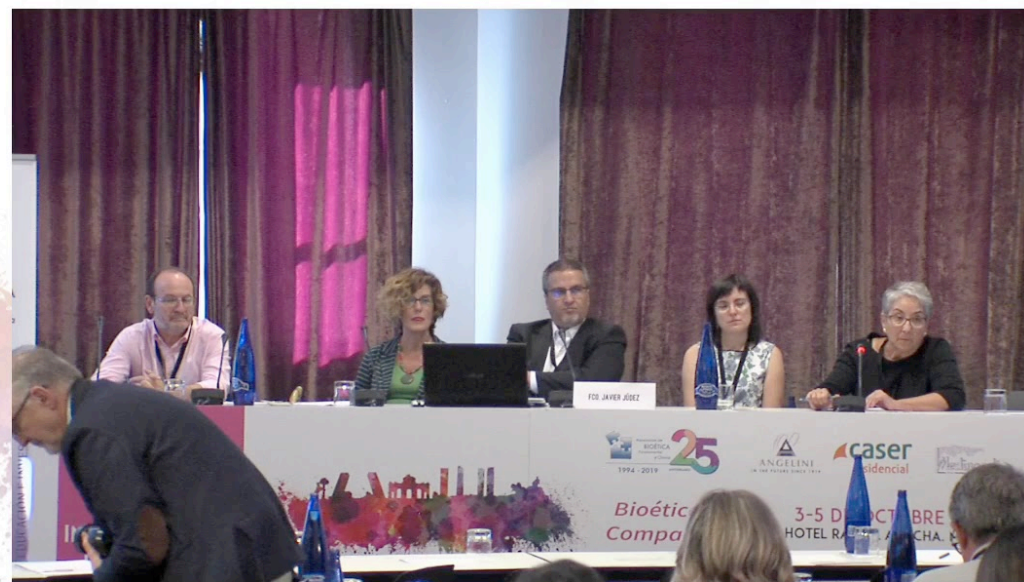


- Elige un programa o aplicación y diseña la estructura básica de tu póster.

**Paso 4:
preparar la
comunicación oral**

¿Qué es una comunicación oral?

- Es la ocasión de exponer verbalmente un trabajo científico frente al auditorio de un congreso.
- Puede ser física o virtual, en directo o en diferido.



¿Cómo se hace?



- Teniendo en cuenta dos aspectos clave:
 - Comunicación verbal, no verbal y paralingüística.
 - Soporte audiovisual.

Soporte audiovisual

- Suele utilizarse una presentación digital para apoyar nuestra comunicación.
- Es fundamental que sea un apoyo y no una distracción o un sustituto de nuestra palabra.
- Recuerda que a menudo se ve poco y mal.



¿Cuándo se hace la presentación digital?



- Cuando nos han admitido el resumen que hemos enviado a un congreso y tenemos acceso a las normas del mismo.

Normas de los congresos

- Normalmente dispones de entre 5 y 10 minutos.
- A veces limitan el nº de diapositivas o exigen una plantilla prediseñada.



Estructura

- Desarrolla, **brevemente**, el esbozo que presentaste en el resumen.



- Secciones:

- Título.

- Autores.

- Introducción.

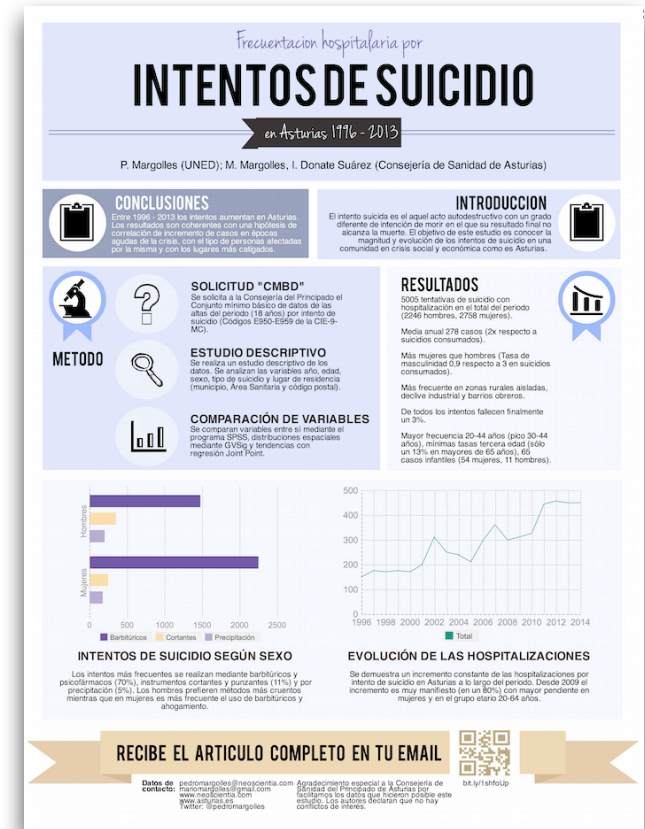
- Objetivos.

- Metodología.

- Resultados/
Discusión.

- Conclusiones.

- Referencias (a lo largo de la presentación).



INTENTOS DE SUICIDIO SEGÚN SEXO

Los intentos más frecuentes se realizan mediante barbitúricos y psicofármacos (70%), instrumentos cortantes y punzantes (11%) y por precipitación (5%). Los hombres prefieren métodos más cruentos mientras que en mujeres es más frecuente el uso de barbitúricos y ahogamiento.

EVOLUCIÓN DE LAS HOSPITALIZACIONES

Se demuestra un incremento constante de las hospitalizaciones por intento de suicidio en Asturias a lo largo del periodo. Desde 2009 el incremento es muy manifestado (en un 80%) con mayor pendiente en mujeres y en el grupo etario 20-44 años.

Portada

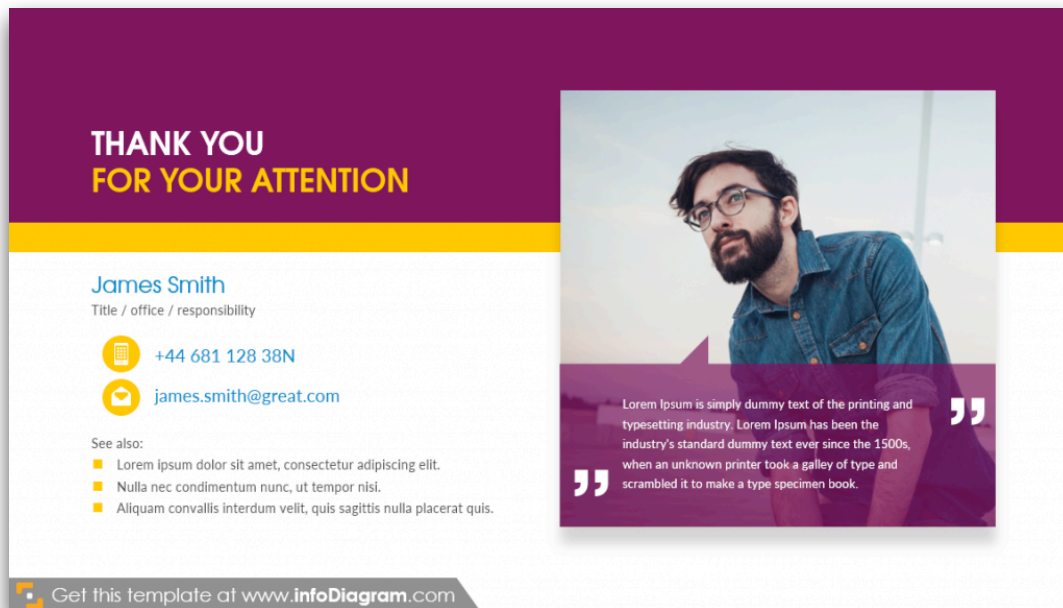
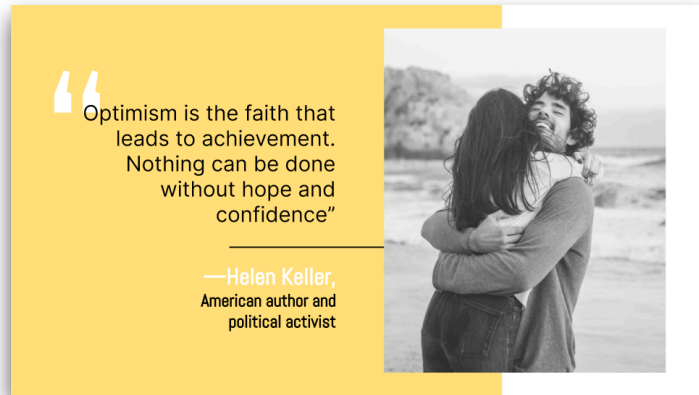


- Sencilla.
- Título.
- Autores y filiación.
- Alguna imagen de buena calidad:
 - ¿Logo del Congreso?
 - ¿Imagen de la ciudad?

Índice

- Muy básico y claro.
- El objetivo no es leerlo, sino que quien vea la comunicación sepa que está correctamente estructurada.





Final

- Agradecimiento.
- Mensaje final.
- Datos de contacto.

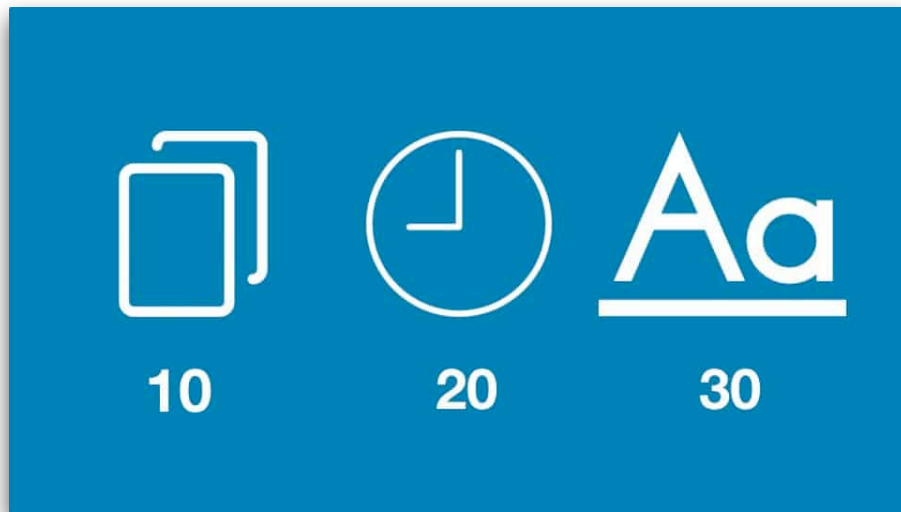


Principales retos

- Ajustarse al tiempo.
- Transmitir un mensaje claro.
- Causar buena impresión (dicción, colores, visibilidad, etc.)



Regla del 10/20/30



- 10 diapositivas, para
- 20 minutos de exposición, con un
- tamaño letra siempre >30 puntos

Kawasaki, G. (2010), "Reality Check: The Irreverent Guide to Outsmarting, Outmanaging, and Outmarketing Your Competition", *Strategic Direction*, Vol. 26 No. 11. <https://doi.org/10.1108/sd.2010.05626kae.002>

Regla del 10/20/30 (2)

- Diferenciar entre diapositivas estructurales y de contenido.
- Diferenciar entre contenido esencial y contenido estructural.



Regla del 10/20/30

- 10 diapositivas, para
- 20 minutos de exposición, con un
- tamaño letra siempre >30 puntos

Kawasaki, G. (2010), "Reality Check: The Irreverent Guide to Outsmarting, Outmanaging, and Outmarketing Your Competition", *Strategic Direction*, Vol. 26 No. 11. <https://doi.org/10.1108/sd.2010.05626kae.002>

¿Cómo saber si está bien hecha?

- Autoevaluación
(comparando con otros).
- Evaluación por pares:
 - Compañeros.
 - Comité científico del congreso (suele valorar el resumen y no el póster).



Fundamentos de la expresión corporal

Postura del cuerpo y contacto visual

Un buen comunicador

- Tiene buena postura, se ve relajado y seguro de sí mismo.
- Establece contacto visual con todos en el salón durante la presentación.



Claridad al hablar

Un buen comunicador

- Habla claramente durante su intervención, no usa muletillas y tiene una correcta pronunciación.



Respeto del tiempo

Un buen comunicador

- Termina siempre un poco antes del plazo que ha sido establecido, respetando al siguiente orador y dejando espacio para las preguntas (si están programadas).



Entusiasmo

Un buen comunicador

- Usa expresiones faciales y un lenguaje corporal que captan la atención del público y generan un fuerte interés sobre el tema.



Contenido

Un buen comunicador

- Demuestra un completo entendimiento del tema y hace una síntesis, explicando lo esencial.
- Nunca da la impresión de que no tenía tiempo suficiente para expresar sus ideas.





- Elige un programa o aplicación y diseña la estructura básica de la presentación digital para tu comunicación oral.

Tarea no presencial



Tarea

- Obligatoria:

Redacta un resumen y envíalo a un congreso real: Remite a mi correo el **justificante** de recepción tu resumen.

- Opcional:

Prepara el póster/comunicación oral y envíamelo para su revisión.

juan.gonzalez@denf.uhu.es

Evaluación del curso



- Disponible en el Moodle del curso y en este enlace:

[https://forms.gle/
MzgAW84bm7Y2kCJJ7](https://forms.gle/MzgAW84bm7Y2kCJJ7)



¡Gracias y mucho ánimo!