

IV JORNADA DE INNOVACIÓN Y EVIDENCIA EN CUIDADOS
XIII JORNADA DE ACTIVIDAD CIENTÍFICA ENFERMERA



AVANZANDO
HACIA EL FUTURO



2017

LaFe
Departament
de Salut

LIBRO

comunicaciones y pósteres

Organiza: Dirección de Enfermería. Departamento de Salud Valencia La Fe

Coordina: Subdirección de Enfermería Área del Conocimiento, Cuidados y Docencia (SEACCD)

Fecha de edición: Diciembre de 2017



Reconocimiento – No Comercial – Sin Obra Derivada (by-nc-nd)

No se permite un uso comercial de la obra original ni la generación de obras derivadas.

El libro de comunicaciones y pósteres ha sido editado con los textos íntegros que los autores han elaborado. La Dirección de Enfermería del Departamento de Salud Valencia La Fe no se hace responsable de los contenidos ni de los posibles errores en ellos.

Índice

COMITÉS.....	4
OBJETIVOS.....	6
PROGRAMA CIENTÍFICO.....	8
COMUNICACIONES ORALES.....	12
PÓSTERES.....	81

Comités

Comité Científico

Dña. Amparo Moscardó Ortiz

Presidenta del Comité. Enfermera Supervisora de la SEACCD

Dña. M^a Carmen Gozalves Manzanera

Enfermera Subdirectora de la SEACCD

Dña. M^a Ángeles Martínez Real

Enfermera Supervisora de la SEACCD

Dña. Eva M^a Rueda García

Enfermera Supervisora responsable de Investigación. SEACCD

Dña. María Isabel Mármol López

Profesora de la Escuela de Enfermería La Fe

Dña. Isabel Miguel Montoya

Profesora de la Escuela de Enfermería La Fe

D. Antonio Ruíz Hontangas

Profesor de la Escuela de Enfermería La Fe

Dña. M^a Ángeles Menéndez Salinas

Enfermera de Atención Primaria del Departament de Salut València La Fe

Dña. Soledad Giménez Campos

Enfermera. Área Atención Domiciliaria y Telemedicina

Dña. Ana M^a Perez Vera

Enfermera. Consultorio auxiliar Arquitecto Tolsá

Dña. Vicenta Bonet Escribá

Enfermera. Área Clínica Neurociencias

Comité Organizador

Presidenta del Comité

Dña. Ana M^a Vivas Broseta

Directora de Enfermería del Departamento de Salud Valencia La Fe

Dña. M^a Carmen Gozalves Manzanera

Enfermera Subdirectora de la SEACCD

Dña. Amparo Moscardó Ortiz

Enfermera Supervisora de la SEACCD

Dña. M^a Milagros Fernández Martí

Enfermera Adjunta de la SEACCD

Dña. Eva M^a Rueda García

Enfermera Supervisora responsable de Investigación. SEACCD

Dña. M^a Ángeles Martínez Real

Enfermera Supervisora de la SEACCD

Dña. Pilar Blasco Belda

Enfermera Supervisora. Área de Simulación Clínica. SEACCD

Dña. Rosario Ros Navarret

Enfermera Supervisora de la SEACCD

Objetivos de la Jornada

- **Compartir** la Actividad Científica del año 2017
- **Reconocer** el esfuerzo y la capacidad investigadora
- **Promocionar** la investigación como actividad complementaria a la asistencial
- **Disponer** de la actividad científica como parte integral de la memoria científica del Departamento de Salud Valencia La Fe en el ámbito de las disciplinas dependientes de la Dirección de Enfermería
- **Compartir** los proyectos de innovación en el cuidado
- **Conocer** la capacidad investigadora de las nuevas generaciones de enfermeras
- **Conocer** el desarrollo profesional en el Área de Investigación: Máster y Doctorado.

Programa Científico



Mesa, ponencia inaugural y proyectos innovadores



MESA INAUGURAL

Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública

D. José Antonio Ávila Olivares

Presidente del Consejo de Enfermería de la C. Valenciana (CECOVA)

Dña. Mònica Almiñana i Riqué

Gerente del Departament de Salut València La Fe

Dña. Ana M^a Vivas Broseta

Directora de Enfermería del Departament de Salut València La Fe

D. José M^a Millán Salvador

Director General del Instituto de Investigación Sanitaria La Fe

PONENCIA INAUGURAL

Dña. Ana M^a García Pozo. “Innovar en Cuidados Enfermeros a través de la Investigación”

Miembro del Comité Científico por la Comunidad de Madrid
del Centro Colaborador Español del Instituto Joanna Briggs (CCEIJB).
Jefa de Área de Apoyo a la Gestión y Desarrollo de Recursos Humanos
de Enfermería. H. G. Gregorio Marañón

MESA 1ª “INICIATIVAS ENFERMERAS”

Moderadora: Dña. Rosa Pablo Ramis. Enfermera Supervisora responsable de la Unidad de Úlceras y Heridas del Departament de Salut València La Fe.

Dña. Verónica Viera Rodríguez, Gestionando el capital venos de los pacientes.
Enfermera responsable de la Unidad de Terapia Intravenosa del Departament de Salut València La Fe.

Dña. Diana Muñoz Gómez. Atención enfermera especializada en enfermedad inflamatoria intestinal: Cuidados centrados en el paciente y la familia.
Enfermera Unidad de Enfermedad Inflamatoria Intestinal. Hospital Universitari i Politècnic La Fe.

D. Miguel Ángel Parada Sanchís. Empoderamiento tecnológico en los cuidados enfermeros.
Enfermero. Departament de Salut València la Fe

Dña. Estela García García. Carioamnionitis. Caso de codificación.
Enfermera. Documentación Clínica.

Dña. Gema Leiva Aguado. Incorporación de recomendaciones de proyecto HUCI para fomentar la humanización en una UCI médica de adultos. Actuación a nivel de pacientes, familiares y personal sanitario.
Enfermera. Área Clínica Medicina Intensiva.

Dña. Cristina Sánchez Tapia. Programa “MIH SALUD”. Un nuevo enfoque de trabajo en la comunidad.
Enfermera Centro Auxiliar Arquitecto Tolsá.

PRESENTACIÓN:

UNIDAD DE APOYO A LA INVESTIGACIÓN ENFERMERA, ACCIONES Y RECURSOS

Dña. Eva Mª Rueda García.

Enfermera Supervisora responsable de Investigación

PRÁCTICA DE VALOR EN CUIDADOS

Dña. Sonia Martínez Martínez

Enfermera Área Clínica de Urgencias

.

Comunicaciones orales

MESA 2ª ACTIVIDAD CIENTÍFICA:

Paciente y familia, eje de nuestros cuidados.

Moderadora: Carlos Rabadán Sainz. Enfermero referente. Consultorio Auxiliar Bilbao

- 1. Perfil del cuidador principal del paciente con epilepsia refractaria.**
Dña. María Palanca Cámara. Enfermera. Unidad de Epilepsia Refractaria-Neurología.
- 2. Simulación Clínica y Manejo de Recursos en Crisis (MRC)**
Dña. Pilar Blasco Belda. Enfermera responsable Área de Simulación Clínica.
- 3. Análisis de las necesidades del cuidador en la hospitalización y diseño de un programa para su atención.**
Dña. Cristina Hurtado Soler. Enfermera UHD.
- 4. Impacto de un programa de intervención educativa sobre la adherencia y hospitalizaciones en cirróticos descompensados.**
Dña Mª Begoña Husillos Tamarit. Enfermera Supervisora. Área Digestivo.
- 5. Cuidados de enfermería en paciente con Trasplante Pulmonar portador de Membrana de Oxigenación Extracorpórea intraoperatoria.**
Dña. Elena Cobo Clarí. Enfermera. Unidad Reanimación Adultos.

MESA 3ª ACTIVIDAD CIENTÍFICA:

Cuidados centrados en paciente pediátrico y su familia

Moderadora: Dña. Begoña Jiménez Jurado. Enfermera Supervisora Unidad Puerperio.

- 6. Impacto del Método Madre Canguro en la saturación cerebral del prematuro.**
D. Álvaro José Solaz García. Enfermero UCI Neonatal.
- 7. Prevención úlceras por presión en pediatría relacionadas con dispositivo de ventilación no invasiva Total Face.**
Dña. Carmen Dolz Alabau. Enfermera Supervisora. UCI Pediátrica.
- 8. Influencia del establecimiento de un banco de leche materna en la tasa de lactancia materna al alta**
Dña. Amparo Ramón Beltrán. Enfermera Neonatología.
- 9. Prevención de la obstrucción meconial en prematuros.**
Dña. Josefina Luisa Rodríguez de Dios Benlloch. Enfermera. UCI Neonatal.
- 10. Efecto de la formación interna sobre cuidados centrados en el desarrollo en los profesionales de las unidades de neonatología.**
Dña. Mª José Borrás Vaño. Enfermera. UCI Neonatal.

MESA 4ª INNOVACIÓN Y EVIDENCIA:

Presentación de Trabajos Final de Grado y Postgrado

Moderadora: Dña. Josefa Mª Monzón Soriano. Enfermera Adjunta Área Clínica Medicina Intensiva

11. **El cuidado enfermero en el postoperatorio de mujeres intervenidas de mastectomía.** *Trabajo fin de Grado.*
D. Adrián Sanchís Tortosa.
12. **Análisis de la recuperación de la marcha en el paciente hemipléjico mediante escalas funcionales y pruebas cinemáticas.** *Tesis Doctoral*
D. Miguel Matas Osa. Fisioterapeuta. Departament de Salut València La Fe.
13. **La asistencia sanitaria, los cuidados y la profesión enfermera en Valencia durante la segunda mitad del Siglo XIX.** *Tesis Doctoral*
Dña. Estefanía del Rey Corado. Enfermera Dirección de Atención Primaria. Departament de Salut València La Fe.
14. **Repercusiones del cuidar en la calidad de vida del cuidador familiar de personas con cáncer atendidas en un programa de atención paliativa domiciliario.** *Tesis Doctoral.*
Dña. Mª Soledad Giménez Campos. Enfermera Área Clínica de Atención Domiciliaria y Telemedicina.

OTRAS COMUNICACIONES

No expuestas en la Jornada

15. **Estudio prospectivo de los efectos adversos relacionados con la infusión de progenitores hematopoyéticos.**
Dña. Mª Isabel Peñalver Molla.
16. **Análisis molecular del ADN tumoral circulante en pacientes con cáncer de pulmón no microcítico avanzado. Incorporación de la biopsia líquida en la práctica asistencial.**
Dña. Gema Pérez Simó.
17. **Sobrecarga del cuidador: estudio comparativo entre cuidados de pacientes con lesión medular (LM) y pacientes pluripatológicos de medicina interna.**
Dña. Esperanza Serra Pellicer.
18. **Un país diverso.**
Dña. Asunción López Francés

1. PERFIL DEL CUIDADOR PRINCIPAL DEL PACIENTE CON EPILEPSIA REFRACTARIA

AUTORES

María Palanca Cámara, Victoria Fornés Ferrer

LUGAR DE TRABAJO

Unidad de Epilepsia Refractaria-Neurología H.U.P. La Fe (Valencia)

Unidad de Data Science, Bioestadística y Bioinformática del Instituto de Investigación Sanitaria La Fe (Valencia)

CONGRESO / JORNADA EN EL QUE FUE PRESENTADO

IV Congreso de la Sociedad Española de Epilepsia (SEEP)

INTRODUCCIÓN

La enfermedad es algo estresante para la familia y más cuando hay situaciones de dependencia. Uno de los diagnósticos de enfermería más frecuentes en la Unidad de Epilepsia, es “riesgo de cansancio del rol del cuidador”.

OBJETIVOS

OBJETIVOS GENERALES:

Establecer un perfil de cuidador principal de los pacientes con epilepsia refractaria.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Valorar el índice de sobrecarga, esfuerzo y limitación social que sufre el cuidador principal, relacionado con la dependencia del paciente con epilepsia refractaria.

MATERIAL Y MÉTODO

Es un estudio cuantitativo realizado en los pacientes con epilepsia farmacorresistente ingresados en la Unidad de Monitorización y su cuidador principal. El proyecto fue aprobado por el Comité Ético del centro. Tras la firma del consentimiento, recogimos datos sociodemográficos y realizaron unos tests estandarizados (cuidador: índice de sobrecarga Zarit, Índice de esfuerzo del cuidador y Duke-Unk; paciente: Barthel, Lowton y Escala de autonomía para el autocuidado).

RESULTADOS

Los cuidadores son mayoritariamente mujeres (73%), la mayoría entre los 45-55 años y en su mayoría trabajadores activos (54%). Comparando por parentesco, y en relación al índice de Lowton, es más probable que el cuidador principal tenga sobrecarga y un índice de esfuerzo más elevado cuando es el progenitor que cuando es la pareja ($p < 0,001$). La autonomía también se ve relacionada con los índices de esfuerzo y sobrecarga ($p \leq 0,001$). A nivel social no es tan significativo ($p = 0,431$).

DISCUSIÓN

Los cuidadores del paciente con epilepsia refractaria que ingresan la Unidad de Epilepsia Refractaria son mayoritariamente mujeres de mediana edad, de las cuales aproximadamente la mitad trabajan de manera continua, siendo un tercio de ellos las madres y los otros dos tercios corresponden a las parejas. Respecto al índice de esfuerzo, nivel de sobrecarga del cuidador y limitación social, medido todo mediante las escalas correspondientes, en datos brutos se podría decir que no hay sobrecarga.

Cuando dividimos el grupo de cuidadores en función del parentesco con el paciente, encontramos que hay mayor esfuerzo y sobrecarga en el grupo de padres/madres, y siendo dependiente este valor de la dependencia para actividades instrumentales de la vida diaria o del nivel de autonomía para el autocuidado de los pacientes.

CONCLUSIONES

La epilepsia farmacorresistentes puede producir alteraciones en la autonomía tanto para las actividades instrumentales como para el propio autocuidado, y todo ello afectar a la figura del cuidador principal, tan importante para estos pacientes por su dependencia en diferentes grados

Debemos pensar en nuestros pacientes como un binomio paciente-cuidador y pensar en tratamientos integrales que mejoren la calidad de vida de ambos, sobre todo en los que viven con sus padres.

BIBLIOGRAFÍA

1.J. Campos-Castelló, V. San Antonio-Arce "Capítulo 3. Mecanismos básicos implicados en al génesis de la epilepsia. Fisiopatología". Mar Carreño Martínez, Carlos Casas Fernández, Antonio Gil-Nagel Rein, Javier Salas Puig, José María Serratosa Fernández, Vicente Villanueva Haba. "Tratado de epilepsia" En Luzán 5 S.A, 2011.

2.E. García-Albea Ristol, J. García-Albea Martín "Capítulo 1. Historia de la epilepsia". Mar Carreño Martínez, Carlos Casas Fernández, Antonio Gil-Nagel Rein, Javier Salas Puig, José María Serratosa Fernández, Vicente Villanueva Haba. "Tratado de epilepsia" En Luzán 5 S.A, 2011.

3.D. M. Campos Blanco, M.R. Querol Pascual "Capítulo 47. Epilepsia: aspectos sociales y laborales". Mar Carreño Martínez, Carlos Casas Fernández, Antonio Gil-Nagel Rein, Javier Salas Puig, José María Serratosa Fernández, Vicente Villanueva Haba. "Tratado de epilepsia" En Luzán 5 S.A, 2011.

4. Paz-Rodríguez F., Sánchez-Guzmán M.A "Identificación de variables predictoras de violencia en díadas paciente-cuidador de cuatro enfermedades neurológicas" Rev. Mex. Neuroci. 2012, 13(4): 205-214A.
5. Rojas Martínez M.V. "Asociación entre la habilidad de cuidado del cuidador, el tiempo de cuidado y el grado de dependencia del adulto mayor que vive situación de enfermedad crónica, en la ciudad de Girardot" av. enferm., XXI (1): 33-45, 2007
6. R. ScRhindwein-Zanini, M. Wetters Portugués, D.I. Costa, et al. "Epilepsia refractaria: repercussões na qualidade de vida da criança e de seu cuidador" J. epilepsy clin. neurophysiol. vol. 13 nº4 Porto Alegre Dec. 2007
7. A.C. Westphal, N. Barreira Alonso, T. Indelicato Da Silva, A. Mauro Acevedo, et al. "Comparação da qualidade de vida e sobrecarga dos cuidadores de pacientes com epilepsia por esclerose mesilla temporal e epilepsia mioclônica juvenil" J. Epilepsy Clin. Neurophysiol. 2005; 11 (2): 71-76
8. Pérez Peñaranda, L. García Ortiz, E. Rodríguez Sánchez, A. Losada Baitar, N. Porrás Santos, M.A. Gómez Marcos "Función familiar y salud mental del cuidador de familiares con dependencia" Aten Primaria. 2009; 41 (11): 621-628
9. J. G. Burneo, L. C. Mayor, C. A. Quijano "Psiquiatría y epilepsia" Rev. Neuro-psiquiat. 68 (1-2) 2005
10. San.gva.es (internet) Valencia, Conselleria de Sanitat. Direcció General de Salut Pública. En: <http://www.san.gva.es/documents/246911/251004/V.3785-2004.pdf>
11. R. Toledano "Capítulo 42. Indicaciones de la cirugía de epilepsia. Síndromes tratables quirúrgicamente" En: M. Carreño Martínez, C. Casas Fernámdez, A. Gil-Nagel Rein, J. Salas Puig, J.M. Serratos Fernández, V. Villanueva Haba "Tratado de epilepsia" Editorial Luzan 5, S.A Madrid 2011. 643-663.

2. SIMULACIÓN CLÍNICA Y MANEJO DE RECURSOS EN CRISIS (MRC)

AUTORES

Blasco, Pilar.1 Sánchez, M^a Ángeles.2 Broch, M^a Jesus. 2 Fuset, M^a Paz. 2 Castellanos, Álvaro. 2 Dolz, José Francisco.1

LUGAR DE TRABAJO

1 Área de Simulación Clínica y Seguridad del Paciente. 2 Servicio Medicina Intensiva

Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia

CONGRESO / JORNADA EN EL QUE FUE PRESENTADO

V Congreso Nacional de la Sociedad Española de Simulación y Seguridad del Paciente

INTRODUCCIÓN

El error es muy frecuente en medicina, especialmente en situaciones de riesgo vital. Una proporción significativa de eventos adversos pueden ser atribuidos a una inadecuada formación en habilidades de trabajo en equipo. El entrenamiento basado en el MRC utilizando la Simulación de Alta Fidelidad ha sido nuestra propuesta para mejorar la eficacia del equipo y la seguridad del paciente.

OBJETIVOS

OBJETIVOS GENERALES:

Formar en MRC a médicos y enfermeras de Medicina Intensiva.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Valorar la efectividad de la formación mediante examen tipo test y encuesta post-escenarios.

Reevaluar el impacto con encuesta focalizada a objetivos en la práctica clínica.

MATERIAL Y MÉTODO

Se impartieron 2 cursos de 5 horas de duración. Se realizó valoración inicial sobre concepto de MRC mediante brainstorming. Se preparó escenario de unidad de críticos con robot intubado conectado a respirador. Se desarrollaron 6 casos de actuación multidisciplinar, con briefing, debriefing y resumen de los protocolos de actuación. Se realizó evaluación mediante examen tipo test al finalizar la formación y encuesta de calidad percibida. Ocho meses después se realizó encuesta normalizada, focalizada a objetivos de aprendizaje en la práctica asistencial.

RESULTADOS

10 médicos y 10 enfermeras de Medicina Intensiva se formaron en MRC.

La valoración inicial sobre conocimientos concretó 7 de los 15 puntos clave del MRC.

El índice de satisfacción global inmediato fue del 97.75%

El examen tipo test al finalizar el curso fue superado por el 100% de los alumnos.

La evaluación en la práctica clínica describe niveles de mejora: Escaso 5,56%, Moderado: 35,19% Sustancial: 55,9% y Extenso 4,17%.

DISCUSIÓN

Los resultados tanto de las encuestas de calidad percibida como de las pruebas de valoración inicial, el examen al finalizar el curso y la valoración de conocimientos adquiridos en la práctica clínica han sido muy satisfactorios debemos admitir que la muestra es pequeña por lo que se precisaría mayor casuística así como implementar instrumentos de valoración observacional en la práctica clínica en futuros estudios sobre resultados en formación en MRC.

CONCLUSIONES

La simulación de alta fidelidad ha sido percibida de utilidad para la adquisición de habilidades específicas, asunción de roles y efectividad del equipo en el MRC.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sancho, R. Maestre, JM. Del Moral, I. Manejo de las crisis. Papel de la simulación en la seguridad del paciente. Rev. Españ Anest Rean, 2011;58 (supl. 3): S50-S56
2. Stuart Gillon, S et al. Crisis Resource Management, simulation training and the medical emergency team. Critical care and resuscitation: journal of the Australasian Academy of Critical Care Medicine September 2012
3. Rall, M. Dieckmann, P. Crisis Resource Management to improve Patient Safety 17rc1 Euroanesthesia 2005 Vienna, Austria 28-31 may 2005
4. Weaver SJ, et al. Team-training in healthcare: a narrative synthesis of the literature. BMJ Qual Saf 2014;23:359-372. doi:10.1136/bmjqs-2013-001848

3. ANÁLISIS DE LAS NECESIDADES DEL CUIDADOR EN LA HOSPITALIZACIÓN Y DISEÑO DE UN PROGRAMA PARA SU ATENCIÓN

AUTORES

Hurtado Soler C, Fernández Garrido J, Pinazo Herandis S

LUGAR DE TRABAJO

UHD HUP La Fe/Facultad de Enfermería y Podología de la UV/Facultad de Psicología de la UV

CONGRESO / JORNADA EN EL QUE FUE PRESENTADO

20 Congreso Nacional de Hospitales y Gestión sanitaria, ¿Cómo continuamos progresando? Sevilla 29, 30 y 31 de marzo de 2017

INTRODUCCIÓN

La hospitalización del paciente afecta a la calidad de vida de la familia, surgiéndoles unas necesidades diferentes en algunos aspectos a las del entorno comunitario, debido a las características específicas del cuidado, de limitación de tiempo y espacio, del contexto de la hospitalización.

OBJETIVOS

OBJETIVOS GENERALES:

Analizar las necesidades del cuidador no profesional en el contexto de la hospitalización de agudos.

Diseñar un programa de atención al cuidador en la hospitalización (PACH) con derivación a comunitaria para dar continuidad a los cuidados.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Describir las necesidades autopercebidas por los cuidadores en la hospitalización.

Detallar las necesidades del cuidador en la hospitalización percibidas por los pacientes.

OE1.3. Especificar las necesidades del cuidador en la hospitalización percibidas por los diferentes profesionales de dicho entorno.

Detectar las necesidades existentes o no cubiertas del cuidador en la hospitalización.

Diseñar los materiales necesarios para el desarrollo del programa de atención al cuidador en la hospitalización.

MATERIAL Y MÉTODO

Proyecto de investigación con dos fases:

1. Análisis de las necesidades del cuidador en la hospitalización. Metodología mixta cualitativa y cuantitativa.
 - Población: cuidadores, pacientes y profesionales, HUP La Fe de Valencia.
 - Muestra: mínimo 50 cuidadores, parte cuantitativa, y mínimo 45 (15 cuidadores, 15 pacientes y 15 profesionales), parte cualitativa.
 - Muestreo: Por conveniencia.
 - Instrumentos: cuestionarios estandarizados, entrevistas y grupos focales.
 - Análisis resultados: Atlas-Ti y SPSS v22.
2. Diseño de un programa de atención al cuidador en la hospitalización (PACH) con derivación a comunitaria para continuidad de cuidados.
 - Basado en los resultados de la primera fase y la opinión de un grupo de expertos de atención primaria y especializada.
 - El programa utilizará cuestionarios para valorar características sociodemográficas del cuidador y del cuidado en la hospitalización, necesidades del cuidador en dicho entorno, dependencia del paciente, calidad de vida de cuidador y paciente, y satisfacción del usuario.
 - Incluirá también la realización de las actividades derivadas de las necesidades detectadas para disminuir el deterioro de la calidad de vida o su riesgo de aparición.
 - Se realizará evaluación completa del programa.

RESULTADOS

Proyecto de Tesis en desarrollo, actualmente en la fase 1. Esperamos poder compartir los resultados próximamente.

CONCLUSIONES

Esperamos dar respuesta a los objetivos, diseñando un PACH basado en la detección de las necesidades del cuidador y que contribuya a mejorar la calidad de vida de cuidador y paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ley orgánica 15/1999. (última modificación 5 de marzo de 2011). de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal. BOE núm 298 de 14 de diciembre de 1999 Referencia: BOE-A-1999-23750.
2. Álvarez E, Gallegos S, Romero E,y Moraga C. (2011). Impacto de intervención temprana a cuidadores de pacientes secuestrados de un accidente cerebro vascular. Estudio piloto. Rev. chil. ter. ocup., 11(2), 23-33.

3. Abad-Corpa A, Meseguer-Liza C, Martínez-Corbalán JT, Zarate-Riscal L, Caravaca-Hernández A, Paredes-Sidrach de Cardona A y Carrillo-Alcaraz A. (2009). Estudio descriptivo sobre resultados de salud de pacientes oncohematológicos e intervenciones enfermeras. *Enferm Clin*, 19(4), 184-90.
4. Amezcua M y Gálvez Toro. (2002). Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva clínica y reflexiones en voz alta. *Rev Esp Salud Pública*, 76(5), 423-436.
5. Amezcua, M. (2003). La entrevista en grupo. Características, tipos y utilidades en investigación cualitativa. *Enfermería Clínica*, 13(2), 112-17.
6. Aparisi Quispe O. (2013). Efectividad del programa educativo “Cuidando con amor” en los conocimientos, actitudes y prácticas sobre prevención de úlceras por presión de los cuidadores de pacientes adultos mayores del Hospital San Isidro. *Revista Científica de Ciencias de la Salud* 6:2.
7. Bireme. (2015). DeSC. Recuperado el 5 de Julio de 2015, de <http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>
8. Bradway C, Trotta R, Bixby MB, Mc Partland E, Wollman MC, Kaputska H, Mc Cauley K and Naylor MD. (Junio de 2012). A Qualitative Analysis of an Advanced Practice Nurse–Directed Transitional Care Model Intervention. *Gerontologist*, 52(3), 394-407.
9. Burns N & Grove S. (2012). Revisión de la literatura científica sobre los estudios publicados. En *Investigación en enfermería* (5 ed., págs. 194-233). Madrid: Elsevier.
10. Cabral Gallo MC, Delgadillo Hernández AO, Flores Herrera EM y Sánchez Zubieta FA. (2014). Manejo de la ansiedad en el paciente pediátrico y su cuidador durante la hospitalización a través de musicoterapia. *Psicooncología*, 11(2-3), 243-258.
11. CASPe. (2015). Lectura crítica. Recuperado el 17 de Julio de 2015, de <http://www.redcaspe.org/drupal/>
12. Collière MF. (1993). *Promover la vida*. Madrid: Mc Graw-Hill Interamericana.
13. Consellería de Sanitat. (2014). *Estrategia para la atención a pacientes crónicos en la Comunidad Valenciana*. Valencia: Generalitat Valenciana.
14. De Haro Fernández F y Flores Antigüedad ML. (2012). Evaluación de las sesiones educativas a personas cuidadoras realizadas por Enfermería Gestora de Casos Hospitalaria. *Gerokomos*, 23(4), 1561-61.
15. Declaración de Helsinki AMM. (1964, revisión de octubre de 2013). Principios éticos para las investigaciones en seres humanos.
16. Fernández Vilches JM, Gutiérrez Guevara F, Ramírez Crespo B, Garrido Díaz I, Romero Hidalgo MA, Cañero Vera J y Rodríguez Salguero D. (2012). Diseño, implantación y valoración de un programa de educación para la salud dirigido a pacientes y cuidadoras familiares que van a ser valorados para su inclusión en un programa de trasplante hepático. *Biblioteca Lascasas*, 8(2). Recuperado el 29 de Julio de 2015, de Biblioteca Lascasas 8 (12): <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0660.php>
17. Fernández-Álvarez R, Rubinos-Cuadrado G, Cabrera-Lacalzada C, Galindo-Morales R, Gullón-Blanco JA y Gonzalez-Martín I. (2009). Ventilación mecánica domiciliar: dependencia y carga de cuidados en el domicilio. *Arch Bronconeumol*, 45(8), 383-6.
18. García Calvente M, Del Rio Lozano M y Marcos Marcos J. (2011). Desigualdades de género en el deterioro de salud como consecuencia del cuidado informal en España. *Gac Sanit*, 25(supl 2), 100-7.
- 19.

20. Garcia Calvente M, del Rio Lozano M, Castaño López E, Mateo Rodriguez I, Maroto Navarro G y Hidalgo Ruzzante N. (2010). Análisis de género de las percepciones y actitudes de los y las profesionales de atención primaria ante el cuidado informal. *Gac Sanit*, 24(4), 293-302.
21. Generalitat Valenciana. (2014). Guía de atención a las personas cuidadoras familiares en el ámbito sanitario. Valencia: Consellería de Sanitat.
22. González Guerrero L, Alcántara Díaz C , Rivas Campos A, Calle García MJ, Nieto Poyato RM, Quiñoz Gallardo MD, Vellido González D, Vellido González C, Corral Rubio C y Vega López S. (2013). Plan funcional de personas cuidadoras H.U. Virgen de las Nieves de Granada. Granada: Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud.
23. Gorlat Sánchez B, García Caro MP, Peinado Gorlat P, Campos Calderón C, Mejías Martín Y y Cruz Quintana F. (2014). Efectividad de un plan de apoyo a cuidadores en dos hospitales públicos de Granada (España). *Aquichan*, 14(4), 523-536.
24. Gort AM, March J, Gómez X, de Miguel M, Mazarico S y Ballesté J. (2005). Escala de Zarit reducida en cuidados paliativos. *Med Clin (Barc)*, 124(17), 651-3.
25. Gómez-Gallego M, Gómez-Amor J y Gómez García J. (2012). Validación de la versión española de la escala QoL-AD en pacientes con enfermedad de Alzheimer, cuidadores y profesionales sanitarios. *Neurología*, 27(1), 4-10.
26. H. U. Virgen de la Macarena. (s.f.). Recuperado el 10 de Julio de 2015, de <http://www.hospital-macarena.com/es/hospital-area/participacion-ciudadana>
27. Henderson V. (1994). La naturaleza de la enfermería: reflexiones 25 años después. Madrid: Mc Graw-Hill Interamericana.
28. Hospital Guadarrama. (s.f.). Recuperado el 10 de Julio de 2015, de http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1191579828216&language=es&pagename=HospitalGuadarrama%2FPage%2FHGUA_contenidoFinal
29. Hospital Virgen de la Torre. (s.f.). Recuperado el 10 de Julio de 2015, de http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1354342406767&language=es&pagename=HospitalVirgenTorre%2FPage%2FHVTO_pintarContenidoFinal
30. Kundu A, Dolan-Oves R, Dimmers MA, Towle CB and Doorenbos AZ. (Febrero de 2013). Reiki training for caregivers of hospitalized pediatric patients: A pilot program. *Ther Clin Pract*, 19(1), 50-54.
31. Kuo DZ, Sisterhen LL, Sigrest TD, Biazio JM, Aitken ME and Smith CE. (Agosto de 2012). Family Experiences and Pediatric Health Services Use Associated With Family-Centered Rounds. *Pediatrics*, 130(2).
32. (s.f.). Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas. BOE nº 299, de 15 de diciembre de 2006.
33. Li H, Powers BA, Melnyk BM, McCann R, Koulouglioti C, Anson E, Smith JA, Xia Y, Glose S and Tu X. (2012). Randomized Controlled Trial of CARE: An Intervention to Improve Outcomes of Hospitalized Elders and Family Caregivers. *Rev Nurs Health*, 35(5), 533-49.

4.IMPACTO DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE LA ADHERENCIA Y HOSPITALIZACIONES EN CIRRÓTICOS DESCOMPENSADOS

AUTORES

Husillos Tamarit, M. B.(2), Silgo Gauche, E.(2), López Matoses, R.(2), Carbonell Payá, C.(2), Sangüesa Monterde, L.(2), Durá Gómez, L.(2), Bernabeu Pérez, R.(2), José Fernández Megía, M. J.(3), Benlloch Pérez, S.(1, 2), Vinaixa Aunes, C.(1, 2), Martínez Gómez,E.(2), Prieto Castillo, M(1, 2).

LUGAR DE TRABAJO

1- CiberEHD-Centro de Investigación Biomédica en Red Enfermedades Hepáticas y Digestivas. 2- Hospital Univeritario y Politécnico La Fe . Sección Hepatología. 3- Hospital Univeritario y Politécnico La Fe . Servicio Farmacia.

CONGRESO / JORNADA EN EL QUE FUE PRESENTADO

1. 42 Congreso Anual Asociación Española para el Estudio del Hígado (AEEH). 15-17 febrero 2017. Fue la única comunicación oral de enfermería. La segunda en la historia de la Asociación Española para el Estudio del Hígado.

2. XXIV Congreso Nacional Asociación Española de Enfermería de Patología Digestiva (AEEPD). 1-3 junio 2017. Premio a la mejor comunicación oral.

INTRODUCCIÓN

En la cirrosis descompensada, las complicaciones derivadas de la hipertensión portal son una importante causa de ingresos hospitalarios con el consecuente coste sanitario. La falta de adherencia al tratamiento o la desinformación sobre su enfermedad constituyen las principales causas de descompensación. En nuestro medio, no existen estudios que evalúen la influencia de un programa de intervención educativa sobre dicha adherencia o sobre la tasa de ingresos hospitalarios en pacientes con cirrosis descompensada.

OBJETIVOS

OBJETIVOS GENERALES: Evaluar el impacto de una intervención educativa sobre la adherencia en las necesidades de ingreso y visitas a urgencias en pacientes con cirrosis descompensada.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS: Evaluar la eficacia de la implementación de una intervención educativa enfermera en pacientes atendidos en la Unidad de la Hepatología del Hospital Universitario y Politécnico La Fe en relación a: Conocer el nivel de conocimientos sobre su enfermedad y del cuidador principal. Conocer el nivel de autocuidados. Averiguar la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico. Valorar la satisfacción percibida. Disminuir del número de reingresos hospitalarios. Mejorar la calidad de vida. Valorar los factores que influyen en la no adherencia al tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio de cohortes prospectivo aleatorizado en pacientes con cirrosis descompensada (ambulatorios y hospitalizados), desde junio 2015 a octubre 2016. Se reclutaron pacientes y se distribuyeron en dos grupos: grupo intervención (se realizaron seis sesiones educativas) y grupo control (sin sesiones educativas). Ambos grupos siguieron el mismo protocolo de visitas enfermeras. Se analizaron en ambos grupos variables sociodemográficas, clínicas, y de resultado, utilizando cuestionarios de calidad de vida validados (SF-36 2v, CLDQ) y de adherencia (Morisky). El grado de conocimiento del paciente y de autocuidados se medirá con un cuestionario ad hoc.

Consideraciones éticas: Para la realización del estudio se obtuvo la aprobación del Comité de Ética del IIS La Fe.

Los análisis se efectuaron por tratamiento asignado. Se presentarán de forma tabular las medias, medianas, desviaciones tipo y rangos de las variables cuantitativas y los porcentajes de las variables cualitativas. Se contrastarán las diferencias entre ambos grupos respecto de la proporción de reingresos mediante el test de Chi-cuadrado. Las diferencias respecto a los resultados de los cuestionarios se contrastarán mediante test de Wilcoxon. De todos los efectos contrastados se estimarán intervalos de confianza al 95%. Se realizará un modelo de regresión de poisson en el que se incluirá como variable respuesta el número de reingresos y como variables explicativas el grupo de tratamiento y otras posibles covariables de interés como el estadio de la enfermedad, la ausencia de cuidador, nivel de estudios, etc. La evolución en los resultados de los cuestionarios de calidad de vida se evaluará mediante un modelo de regresión lineal mixto con el individuo como factor aleatorio para tener en cuenta el diseño de medidas. Todos los análisis estadísticos se han realizado mediante el software R (versión 3.2.3).

RESULTADOS

Se observaron resultados significativamente mejores en el grupo de pacientes que recibieron la intervención de enfermería, que en el grupo control. Se incluyeron 103 pacientes (52 del grupo intervención y 51 grupo control). Los pacientes cirróticos que siguieron el protocolo educativo, la tasa de reingreso fue del (9,4%), de asistencia a Urgencias (18,8%) y a Hospital de día (6,2%) a los 3 meses fue significativamente menor que en los pacientes que no recibieron esta formación: (47,5%) tasa de reingreso, y de asistencia a Urgencias y (17,5%) visitas a Hospital de Día con una $p < 0.05$. Además, el test de Morisky reveló mayor adherencia al tratamiento en el grupo de intervención ($p=0.024$), lo que se correlacionó con mejor puntuación en la escala de calidad de vida SF36.

DISCUSIÓN

El diseño de un estudio experimental comparativo aleatorizado permitió valorar la eficacia de la intervención educativa enfermera en pacientes con cirrosis en el momento agudo de la descompensación de la enfermedad, momento en el cual el paciente y el cuidador asumen la importancia de la situación. El seguimiento y sucesivas intervenciones educativas han favorecido la continuidad, consolidación de esta práctica educativa y la excelencia en los autocuidados, mejorando sustancialmente su calidad de vida. Además se han solventado dudas de forma telefónica. Todo ello ha sido propicio para disminuir la tasa de ingresos, visitas a Urgencias y a Hospital de Día.

Ha quedado patente que este tipo de intervenciones educativas son fundamentales en este tipo de pacientes con enfermedad crónica. Esta evidencia ha servido para implementar una consulta de enfermería que hace esta labor educativa.

CONCLUSIONES

La implementación de una sencilla intervención educativa en pacientes cirróticos descompensados reduce los ingresos hospitalarios, las visitas a Hospital de Día y Urgencias, a la vez que mejora la satisfacción, la calidad de vida de los pacientes y en la disminución de costes sanitarios.

BIBLIOGRAFÍA

1. García Buey L, González Mateos F, y Moreno-Otero R, Cirrosis hepática, *Medicine*. 2012;11(11):625-33
<http://www.elsevierinstituciones.com/ficheros/pdf/62/62v11n11a90135129pdf001.pdf>. Visitada 30-III-15.
2. Anthony PP, Ishak KG, Nayak NC, Poulsen HE, Scheuer PJ, Sobin LH. The morphology of cirrhosis. Recommendations on definition, nomenclature, and classification by a working group sponsored by the World Health Organization. *J Clin Pathol*. 1978;31:395-414.
3. Lefton HB, Rosa A, Cohen M. Diagnosis and epidemiology of cirrhosis. *Med Clin North Am*. 2009;93:787-99.
4. Consejo Ejecutivo de la OMS (2009) Hepatitis virales. Informe de la Secretaría. EB126/15, 12 de noviembre de 2009: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB126/B126_15-sp.pdf. Consultado 24-III-2015.
5. Perz JF et al. The contributions of hepatitis B virus and hepatitis C virus infections to cirrhosis and primary liver cancer worldwide. *Journal of Hepatology*, 2006, 45: 529–538.
6. El Khourya AC, Wallaceb C, et al. Economic burden of hepatitis C-associated diseases: Europe, Asia Pacific, and the Americas. *Journal of Medical Economics*. *J Med econ*. 2012; 15 (5): 887-96. doi: 10.3111/13696998.2012.681332. Epub 2012 el 24 de mayo.
7. Su J, Brook RA, Kleinman NL, Corey-Lisle P. The impact of hepatitis C infection on work absence, productivity, and healthcare benefits costs. *Hepatology* 2010; 52(2):436–42.
8. OMS, Prevención y control de las hepatitis virales. Marco para la acción mundial, Organización Mundial de la Salud, 2012, en WHO/HSE/PED/HIP/GHP 2012.1. Visitada 25-III-2015.
9. OMS, Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. Organización Mundial de la Salud, 2004, 1-202, en <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/nc-adherencia.pdf>. Visitada 24-III-15.
10. Instituto Nacional de salud y atención de excelencia (NICE) guidelines [Cg5] marzo de 2015, ISBN: 978-1-4731-1057-1. En nice.org.uk/guidance/ng5 (visitada 23 marzo 2015).
11. Medicines adherence: involving patients in decisions about prescribed medicines and supporting adherence. Clinical guideline 76. National Institute for Health and Clinical Excellence;

2009. Disponible en:

<http://translate.google.es/translate?hl=es&sl=en&u=https://www.nice.org.uk/guidance/cg76&prev=search>. Visitada 29-III-15.

12. Morinsky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care* 1986; 24: 67-74.

13. Nogués Solán X, Sorli Redó ML, Villar García J, Instrumentos de medida de adherencia al tratamiento, *An. Med. Interna (Madrid)* v.24 n.3 Madrid mar.2007, en http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-71992007000300009&script=sci_arttext (visitada 24-III-15).

14. Nogués Solán X, Sorli Redó ML, Villar García J, Instrumentos de medida de adherencia al tratamiento, *An. Med. Interna (Madrid)* v.24n.3Madrid mar. 2007, en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-71992007000300009&script=sci_arttext (visitada 24-III-15).

15. Araujo PJ, Hernández Falcón JC. La adhesión al tratamiento de los pacientes con insuficiencia cardiaca. *Rev. Educare* 21 2012; 10(9). Disponible en: <http://www.enfermeria21.com/publicaciones/educare/> Visitada 10-II-2015.

5.CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON TRASPLANTE PULMONAR PORTADOR DE MEMBRANA DE OXIGENACIÓN EXTRACORPÓREA INTRAOPERATORIA

AUTORES

Cobo Clarí E, Fortea García E, Bartolomé Bueno C, Muñoz García M.

LUGAR DE TRABAJO

Hospital Universitari i Politècnic la Fe. Unidad de Reanimación de Adultos

CONGRESO / JORNADA EN EL QUE FUE PRESENTADO

28 Congreso de la Asociación Española de Enfermería de Anestesia-Reanimación y Terapia del Dolor.

INTRODUCCIÓN

Analizamos el caso clínico en el postoperatorio inmediato de una mujer de 66 años sometida a Trasplante Unipulmonar izquierdo que ingresa en la unidad de Reanimación con terapia ECMO (membrana de oxigenación extracorpórea) intraoperatorio, que entró en lista de espera por insuficiencia respiratoria terminal tras fibrosis pulmonar. La ECMO es un sistema de asistencia circulatoria temporal que proporciona apoyo hemodinámico y respiratorio en situación de shock cardiogénico y/o insuficiencia respiratoria. Dicha terapia permitió una extubación precoz a las 8h del ingreso con una buena estabilidad hemodinámica y una estancia en la unidad de 3 días. A su llegada a Reanimación se sigue protocolo de monitorización. La paciente se encuentra intubada y sedoanalgesiada con Propofol y Remifentanilo. Pupilas isocóricas y normoreactivas. Se conecta a ventilación mecánica en modo SIMV. Portadora de 2 drenajes pleurales en Y conectados a aspiración de -40 mmHg y con fuga aérea presente. Canalizada vía yugular de alto flujo con catéter de Swan-Ganz conectado a monitor de Gasto Cardíaco. 2 vías periféricas y arteria radial derecha. Sonda vesical.

Consideramos que es estrictamente necesario el desarrollo de planes de cuidados específicos y la implicación máxima del equipo multidisciplinar, así como la interacción con el paciente para garantizar un mayor confort físico como emocional, favoreciendo el alta precoz y el máximo bienestar posible del paciente en este tipo de unidades.

OBJETIVOS

OBJETIVOS GENERALES:

Elaborar un plan de cuidados individualizado

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Favorecer al paciente garantizándole un mayor confort tanto físico como emocional. Detectar posibles complicaciones. Fomentar alta precoz. Formar, estandarizar cuidados, para lograr una capacitación adecuada del equipo multidisciplinar

MATERIAL Y MÉTODO

El plan de cuidados se elaboró con las taxonomías NANDA, NIC y NOC destacando los diagnósticos, intervenciones y criterios de resultado que interpretamos como más importantes. Se realizó una búsqueda bibliográfica en Pubmed, Cochrane y Cuiden y llegó al consenso entre enfermeras expertas de la Unidad de Reanimación del H.U.P La Fe.

RESULTADOS

Elaboramos un plan de cuidados según la taxonomía NANDA, NIC y NOC. Este tipo de pacientes dado su complejidad, requiere un plan de cuidados amplio y específico, destacando los siguientes diagnósticos principales:

- Riesgo de shock (00205): riesgo de disminución de volumen de sangre que puede comprometer la salud. NOC: Signos vitales (0802). NIC: Monitorización de signos vitales (6680). Manejo de líquidos (4120). Manejo de medicación (2380).
- Riesgo de sangrado (00206): riesgo de disminución de volumen de sangre que puede comprometer la salud. NOC: Coagulación sanguínea (0409). Severidad de la pérdida de sangre (0413). NIC: Prevención del shock (4260). Control de hemorragias (4160). Análisis de laboratorio a pie de cama (7610).
- Deterioro de la respiración espontánea (00033) NOC: Intercambio gaseoso (0402). NIC: Ayuda a la ventilación (3390). Monitorización respiratoria (3350). Oxigenoterapia (3320).
- Dolor agudo (00132) NOC: Control del dolor (01605). NIC: Manejo del dolor (1400). Manejo de la medicación (6040).
- Ansiedad (00146) NOC: Autocontrol de la ansiedad (1402). NIC: Apoyo emocional (5270).
- Riesgo de deterioro de la integridad cutánea (0046): alteración de la epidermis, la dermis o ambas. NOC: Perfusión tisular periférica (0407). NIC: Cuidados de las heridas (3660). Prevención UPP (3540)

DISCUSIÓN

Tras analizar la evolución y las posibles complicaciones, el equipo de expertos consideró los 6 diagnósticos descritos, las intervenciones y criterios de resultado como los más relevantes, para el cuidado del paciente y velar por el máximo bienestar, confort del paciente y su pronta recuperación. En el último año, el 30% de los trasplantes unipulmonares que se llevan a cabo en nuestro centro, se han realizado bajo la terapia de ECMO intraoperatorio en lugar de circulación extracorpórea, tras situaciones de hipoxia o hipertensión pulmonar, obteniendo así mejorías importantes en el postoperatorio inmediato (dosis de heparina menores, mejor hemodinámica, menos transfusiones). En nuestro caso, durante el proceso de destete y extubación en Reanimación, fue de especial importancia la atención de enfermería, debido al nivel de ansiedad que mostró en el momento de despertar. La aplicación del plan de cuidados consensuado facilitó la pronta mejoría

del paciente de este modo se consiguió una extubación precoz y una corta estancia en Reanimación.

CONCLUSIONES

Tras la consulta de la bibliografía referenciada concluimos que existe la necesidad de elaborar un plan de cuidados estandarizado para consensuar la elaboración por parte del equipo multidisciplinar de un futuro protocolo de cuidados de enfermería lo cual permitirá una estandarización de los cuidados. En este caso concreto, la elaboración del Plan de Cuidados individualizado facilitó la labor de las enfermeras, la estandarización de cuidados y posiblemente la mejora y recuperación del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Renart I, Olmedo A, Galán J, Aragón S. Manejo y cuidados postoperatorios en el trasplante cardíaco y pulmonar. En: Gallego JM, Soliveres J. Cuidados críticos postquirúrgicos. Valencia: Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA); 2003. P. 173-82.
2. Torregrosa S, Fuset MP, Castelló A, Mata D, Heredia T, Bel A et al. Oxigenación de membrana extracorpórea para soporte cardíaco o respiratorio en adultos. *Cir Cardiov*. 2009; 16 (02): 163-77.
3. Luis MT. Los diagnósticos enfermeros. Elsevier. 2008.
4. NANDA Internacional. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y clasificación. 2009-2011. Barcelona: ELSEVIER; 2010.
5. Buisán Garrido F, Herrero Gento E, Ruíz López N, Páez Hospital M. Manual de cuidados críticos postquirúrgicos: pautas de actuación clínica. Madrid: Arán.
6. Bharat.A, DeCamp. MM. La oxigenación de la membrana extracorpórea venoarterial sin anticoagulación terapéutica para el soporte cardiopulmonar intraoperatorio durante el trasplante pulmonar. *J.Thorac Dis*. 2017 Jul; 9 (7): E629 - E631. doi: 10.21037 / jtd.2017.06.11.
7. López Maldonado, MD; Vicente Guillén, R; Ramos Briones, F. Extubación precoz en el trasplante unipulmonar. Importancia de la técnica anestésica. Cuadernos de casos clínicos en anestesiología y reanimación. 2007 (Monográfico 1) 27-31.
8. Johnson, M; Bulechek, G; Butcher, H; McCloskey Dochterman, J; Maas, M; Moorhead, S; Swanson, E. Interrelaciones. NANDA, NOC y NIC. Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones. Elsevier Mosby. 2ª ed. 2007.

6. IMPACTO DEL MÉTODO MADRE CANGURO EN LA SATURACIÓN CEREBRAL DEL PREMATURO

AUTORES

Álvaro Solaz García 1, Ilham Mimón Rahal 1, Iris Gimeno Ferrandis 2, M^aCarmen Montaner Bosch 1, Lidia Talaya Molina 3, Julia García García 1.

LUGAR DE TRABAJO

Hospital Universitari i Politècnic La Fe

1: UCI Neonatal H.U. i P. La Fe

2: UCI Neonatal Hospital Quirón Valencia.

3: Supervisora Consultas Externas H.U. i P. La Fe

CONGRESO / JORNADA EN EL QUE FUE PRESENTADO

XXXVIII Congreso Nacional de la Asociación Nacional de Enfermería de Cuidados Intensivos Pediátricos y Neonatales. Santander 2017.

INTRODUCCIÓN

Las tasas de nacimientos prematuros están aumentando en casi todos los países, especialmente en los desarrollados. Cada año, según la OMS, alrededor de 15 millones de niños nacen prematuros, suponiendo la principal causa de morbi-mortalidad neonatal¹.

Datos históricos demuestran que las muertes por complicaciones de nacimiento prematuro pueden reducirse a más de las tres cuartas partes, incluso sin la necesidad de recurrir a los servicios de cuidados intensivos neonatales, siendo así que la mayoría de éstas pueden prevenirse o tratarse mediante una intervención simple, eficaz y de bajo coste, en el hogar o en la propia comunidad^{1, 2}.

Sin embargo, en el entorno de cuidados intensivos, los prematuros están expuestos a un ambiente anormal en los que se encuentran sometidos a numerosos y repetidos procedimientos invasivos con una estancia hospitalaria prolongada. Por ello, son muy susceptibles de desarrollar diversas afecciones, entre ellas, lesiones cerebrales como la hemorragia intraventricular o leucomalacia periventricular tras una hipoperfusión cerebral debido a la inmadurez de sus cerebros³.

La inclusión del cuidado Método Madre Canguro (MMC) podría salvar 450.000 bebés cada año². El Método Madre Canguro (MMC), también conocido como “Cuidado Madre Canguro” o “Contacto piel a piel”, va ganando espacio en la actualidad como una alternativa al cuidado neonatal que convencionalmente era destinado a los bebés de bajo peso al nacer.

Este método fue creado, en 1978, por los doctores Edgar Rey Sanabria y Héctor Martínez e implantado en el Instituto Materno-Infantil de Bogotá, Colombia, en 1979, como alternativa a los cuidados en incubadora, inadecuados e insuficientes, dispensados a recién nacidos prematuros que

habían superado dificultades iniciales y que necesitaban únicamente alimentarse y crecer. En un primer momento, el MMC se creó por falta de recursos materiales y financieros, cosa que impedía que los bebés permanecieran mucho tiempo en incubadoras. Posteriormente, se comprobó que la aplicación de este método proporcionaba beneficios en el desarrollo de los bebés 2, 4.

Así pues, según la OMS2, El MMC es la atención a los niños prematuros manteniéndolos en contacto piel con piel con su madre. Es un procedimiento eficaz y fácil de aplicar que fomenta la salud y el bienestar tanto de los recién nacidos prematuros como de los a término. Este conlleva abundantes beneficios, entre ellos, favorecer la lactancia materna, controlar la temperatura, disminuir el número de infecciones, fomentar el vínculo paterno-filial, evitando así una separación prolongada entre padres-hijo, ayudando, por tanto, al desarrollo psicomotor del recién nacido y en consecuencia, permitir una reducción de la estancia hospitalaria4.

En las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales, para monitorizar cambios en el metabolismo cerebral de oxígeno se utiliza la oximetría cerebral, una técnica no invasiva. El método se basa en la tecnología NIRS (“near infrared spectroscopy”), donde se emiten fotones de luz cercanos al infrarrojo (“NIR”) en la piel de la frente del paciente. Después de dispersarse por el interior del cuero cabelludo, cráneo y cerebro, parte de estos fotones vuelven a la piel por reflectancia. Al medir la cantidad de fotones que regresa se puede inferir la absorción espectral del tejido subyacente y extraer conclusiones sobre su oxigenación media. Se utilizan dos detectores situados a dos distancias diferentes del punto emisor: el más cercano recibe la señal del haz superficial, que corresponde a piel, tejido celular subcutáneo y cráneo; el más alejado recibe la señal de estos tejidos más la del tejido cerebral subyacente. Los sensores se colocan en la frente del paciente, a ambos la línea media, intentando evitar el seno sagital superior. La zona que se monitoriza es la región perfundida por las arterias cerebrales media y anterior ya que son regiones particularmente vulnerables a las deficiencias de aporte de oxígeno, siendo los valores normales entre 60-80% 5.

Con todo lo expuesto, nuestra experiencia en el servicio de la UCI neonatal y viendo la poca evidencia científica que existe con respecto al tema, el objetivo general de dicho estudio será comprobar el impacto que podría tener el MMC sobre la perfusión cerebral del prematuro y así obtener las conclusiones pertinentes para generar, en consecuencia, un mayor conocimiento científico que nos permita actuar con las estrategias apropiadas para mejorar la calidad de vida y desarrollo de todos los prematuros que se encuentran en la unidades de cuidados intensivos.

OBJETIVOS

OBJETIVOS GENERALES:

Analizar la relación existente entre la saturación cerebral del recién nacido prematuro, ingresado en la UCI neonatal del H.U.i P. La Fe, durante la realización del método madre canguro.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Determinar los efectos beneficiosos (saturación periférica, frecuencias cardiaca y respiratoria, mejoría en la tolerancia y eliminación alimenticia) de la realización del método madre canguro en los recién nacidos. Cuantificar el índice de saturación cerebral durante la realización del método madre canguro. Valorar el grado satisfacción de los padres con la realización del método madre canguro.

MATERIAL Y MÉTODO

En el presente trabajo se llevará a cabo un estudio experimental, prospectivo y transversal. La recogida de datos se realizará desde el 01/02/2017 hasta el 31/12/2017.

En primer lugar se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos: PubMed, Cuiden, Lilacs, Cochrane Plus, Cuidatge y SciELO. Para conocer el estado actual del tema y elaborar el marco teórico de la investigación. Se empleó el tesoro DeCS para la obtención de términos. En PubMed se utilizaron únicamente los descriptores MeSH “Kangaroo-Mother Care Method” y “Hypoxia, Brain” organizados, en ocasiones, con el operador booleano AND. Para el resto de bases de datos se utilizaron términos similares a los de PubMed en inglés y español, como “método canguro” “madre canguro” “oxigenación” “kangaroo-mother care method” organizados, igualmente, con el operador booleano AND.

El ámbito de estudio es la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Universitari i Politècnic La Fe (Valencia); el cual pertenece al Departamento de Salud Valencia La Fe. Este departamento es responsable de la atención sanitaria de 300.000 habitantes, a la que se suman los pacientes de otros departamentos que acuden al hospital por su carácter de referencia. De hecho, la atención de estos pacientes supone el 60% de la actividad anual. El número de pacientes que ingresan en la UCI neonatal en el año 2016 fue de 365. El equipo sanitario que trabaja en el servicio está formado por 50 enfermeras, 5 pediatras, 6 residentes y 27 auxiliares.

La población diana son los recién nacidos en la UCI neonatal de H. U. i P. La Fe y que se les aplique el método canguro. Para la selección de la población de estudio se han fijado los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión:

- Recién nacido prematuro > 28 SEG independientemente del peso.
- Todos los niños de la unidad que salgan a método canguro y lleven monitorizada la saturación cerebral.
- Hemodinámicamente estable, tolera la manipulación sin presentar alteraciones de sus signos vitales y no presente episodios de apnea.
- Normotérmicos.
- Con la previa obtención del consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Que requiera soporte respiratorio con Ventilación Mecánica Invasiva o VAFO.
- Que sean portadores de catéter umbilical, venoso o arterial.
- La no obtención previa del consentimiento de sus padres o representantes.
- Portador de drenajes.

Una vez fijados estos criterios, se realizó el cálculo muestral para determinar el tamaño de la muestra y que esta fuera significativa. Para ello se aplicó la fórmula adecuada para este tipo de estudios, partiendo de la población total de RN con estos criterios ingresados en la UCI del H.U. i P.

La Fe, que en el año 2016 fue de 365, se estableció un nivel de confianza del 95% y se asumió un error no superior al 5%. Obteniendo una muestra de 183 pacientes.

El material empleado durante el estudio será, el equipo de medición de la saturación cerebral INVOS, los monitores de signos vitales, el material sanitario que se requiera para el cuidado del recién nacido durante el método madre canguro. Además para el tratamiento estadístico de los datos se empleará el programa SPSS IBM.

Para la recogida de datos, en primer lugar se expondrá el proyecto a la jefa del servicio y a la supervisora y posteriormente a la aceptación del mismo por el comité de ética de investigación clínica del hospital se nombrará una enfermera responsable de cada turno, que explicará el proyecto al resto de compañeras y se les entregarán las hojas de recogida de datos y la documentación con la información y consentimiento informado. Para que todas las enfermeras puedan recoger datos y una vez recogidos entregarlos a la encargada de cada turno que los hará llegar al equipo investigador.

Una vez detectado el paciente que cumpla con los criterios de inclusión se procederá a explicar a sus padres la opción de participar en el estudio y se le entregará la documentación. Una vez leída la hoja información resuelto toda las dudas y firmado el consentimiento informado la enfermera realizará una breve encuesta sobre datos clínicos y la satisfacción. La hoja de recogida de datos se rellenará in situ; el resto de datos se completará consultando la historia clínica. Posteriormente, los datos se incorporarán a la base de datos creada mediante el programa SPSS 20.

En cuanto al análisis de los resultados se emplearan pruebas de estadística descriptiva. En primer lugar se compararán los resultados de las variables dependientes en toda la muestra y en segundo lugar se estratificará la muestra en función del sexo, edad gestacional, tipo soporte respiratorio, saturación cerebral, patología; estableciendo así diferentes subgrupos muestrales. Posteriormente se aplicarán las pruebas estadísticas descriptivas como son medidas de tendencia central y medidas de dispersión. Una vez segmentada la muestra se llevara a cabo una prueba de normalidad en el caso de las paramétricas ANOVA. Además se llevarán a cabo pruebas de asociación, dependiendo de si son ambas variables categóricas (ji-cuadrado de Pearson); cuantitativas (coeficiente de correlación de Pearson) o una de cada (d de Cohen).

RESULTADOS

Del total de resultados obtenidos en la búsqueda bibliográfica, la mayoría de estudios y revisiones se centran en los efectos y beneficios del MMC tanto para el prematuro como para la madre o padre. Entre ellos y como se indica anteriormente, se encuentran el fomento de la lactancia materna, estrechamiento del vínculo materno-filial, la termorregulación del neonato o la menor incidencia de infecciones. Sin embargo, sólo se han encontrado 4 artículos recientes que estén relacionados con el efecto que produce el MMC sobre la hemodinámica y perfusión cerebral del prematuro que concluyen que, efectivamente, el MMC mejora la oxigenación del mismo. El recién nacido prematuro, por su propia condición, padece una bien definida patología isquémico-hemorrágica, ligada a la inmadurez, objeto de profuso estudio en las últimas décadas. Por ello, uno de los grandes retos de la Neonatología moderna es el manejo óptimo de niños progresivamente

más inmaduros, y es en esta población donde se debe investigar el efecto que producen las diferentes estrategias e intervenciones terapéuticas, como bien podría ser el MMC, 6-7.

Debido a que el presente trabajo es un proyecto de investigación y se está llevando a cabo en estos momentos la de recogida de datos, actualmente no disponemos de resultados. Pero continuamos en proceso de recogida para obtener así los datos necesarios para completar la investigación con los resultados y la discusión que nos permitan aceptar o rechazar la hipótesis planteada y así realizar las conclusiones oportunas. Esperamos estar con vosotros en el próximo congreso para exponer los resultados de este proyecto que con tanta ilusión empezamos hace casi 1 año.

DISCUSIÓN

Debido a que el presente trabajo es un proyecto de investigación y se está llevando a cabo en estos momentos la de recogida de datos, actualmente no disponemos de discusión. Pero continuamos en proceso de recogida para obtener así los datos necesarios para completar la investigación con los resultados y la discusión que nos permitan aceptar o rechazar la hipótesis planteada y así realizar las conclusiones oportunas.

CONCLUSIONES

Debido a que el presente trabajo es un proyecto de investigación y se está llevando a cabo en estos momentos la de recogida de datos, actualmente no disponemos de conclusiones. Pero continuamos en proceso de recogida para obtener así los datos necesarios para completar la investigación con los resultados y la discusión que nos permitan aceptar o rechazar la hipótesis planteada y así realizar las conclusiones oportunas.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.Organización Mundial de la Salud. Nacimientos prematuros. Página web. [Consultado el: 08-01-2016]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/es>
- 2.Organización Mundial de la Salud (OMS). Método madre canguro. Guía práctica. Página web. 2004. [Consultado el: 08-01-2017]. Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9243590359.pdf?ua=1>
- 3.Korra A, El Nagger A, Ragga Abd M, Helmy N Impact of kangaroo mother care on cerebral blood flow of preterm infants. Italian Journal Of Pediatrics. [artículo on-line] 2014. [acceso 9 de Febrero de 2017]; 40 (1) ; Disponible en: <http://www.ijponline.net/content/40/1/83>
- 4.Closa Monasterolo R, Moralejo Benéitez J, Ravés Olivé M, Martínez Martínez MªJ, Gómez Papí A. Método canguro en recién nacidos prematuros ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal. Medicina Fetal y Neonatología [artículo on-line] 1998. [acceso 9 de enero de 2017]; 49(5) [495-498]. Disponible en: <http://www.aeped.es/sites/default/files/anales/49-5-12.pdf>
- 5.Cabañas F, Pellicer A, Valverde E, Quero J. Monitorización no invasiva de la hemodinámica cerebral en el recién nacido con encefalopatía hipóxico-isquémica. Unidad de Neuroultrasonografía y Hemodinámica Cerebral Neonatal. Servicio de Neonatología. Hospital Universitario La Paz.

Madrid. [artículo on-line] 2005. [acceso 9 de enero de 2017]; 10 (3) [159-162]; Disponible en: <http://www.se-neonatal.es/Portals/0/monitorizacion.pdf>

6.Rellán Rodríguez S, García de Ribera C, Aragón García MP. El recién nacido prematuro. Asociación Española de Pediatría. [artículo on-line] 2008. [acceso 9 de enero de 2017]; Disponible en: http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/8_1.pdf

7.Rivera Vázquez P, Lara Murillo D, Herrera Rodríguez A, Salazar Urbina E, Castro García R, Maldonado Guzmán R. Cuidado del desarrollo en recién nacidos prematuros en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales en Cd. Victoria. Enfermería Neurológica. [artículo on-line] 2011. [acceso 9 de enero de 2017]; 10 (3) [159-162]; Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2011/ene113i.pdf>.

7. PREVENCIÓN ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PEDIATRÍA RELACIONADAS CON DISPOSITIVO DE VENTILACIÓN NO INVASIVA TOTAL FACE

AUTORES

Dolz Alabau, C.; Martínez Dolz, J. y Soriano Prats, MA.

LUGAR DE TRABAJO

UCI Pediátrica del Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia.

CONGRESO / JORNADA EN EL QUE FUE PRESENTADO

XXXVIII Congreso de la Asociación Nacional de Enfermería de Cuidados Intensivos Pediátricos y Neonatales (ANECIPN). Celebrado en mayo de 2017 en Santander.

INTRODUCCIÓN

La primera causa de úlceras por presión (UPP) en la población pediátrica, son las provocadas por dispositivos diagnósticos y terapéuticos, siendo la ventilación no invasiva uno de los principales factores de riesgo, debido principalmente a la presión ejercida por la interfaz, que es el dispositivo que se utiliza para conectar la vía aérea del paciente con el respirador. En nuestra unidad de cuidados intensivos pediátricos ingresan niños que precisan de ventilación no invasiva mediante el interfaz Total Face para mejorar su estado ventilatorio ineficaz y para prevenir las UPP en la zona de apoyo de la máscara facial, los profesionales de enfermería colocábamos un apósito hidrocólico alrededor de la cara del niño, sin embargo, percibimos que este apósito, debido a la humedad constante, se maceraba y quedaba adherido a la piel, provocando observándose un aumento en la incidencia de úlceras por presión relacionadas con este dispositivo. Ante esta problemática realizamos esta investigación con la finalidad de actualizar conocimientos y poder disponer de pautas de intervención basadas en la evidencia científica, en la prevención de úlceras por presión, relacionadas con la interfaz total face, en el niño/a con terapia de ventilación mecánica no invasiva.

OBJETIVOS

OBJETIVOS GENERALES:

Optimizar la práctica de los cuidados que ofrecen los profesionales de enfermería, mediante intervenciones, basadas en la evidencia científica, en la prevención de úlceras por presión relacionadas con el dispositivo de ventilación mecánica no invasiva total face, a los niños/as ingresados en la UCI pediátrica del Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Incrementar la calidad de los cuidados con prácticas seguras durante nuestra atención, manteniendo la piel íntegra para evitar o reducir complicaciones durante nuestra asistencia.
2. Evitar daños altamente prevenibles y proporcionar el mayor confort posible al paciente.

3. Normalizar la práctica enfermera en los cuidados y en nuestra atención entre los profesionales de enfermería .

4. Mejorar la seguridad del paciente en las unidades de cuidados intensivos pediátricos ofreciéndole una práctica asistencial responsable, segura y de calidad.

MATERIAL Y MÉTODO

- Información bibliográfica para la investigación: Con el fin de conocer la evidencia científica actualizada sobre úlceras por presión en pediatría relacionadas con el dispositivo de ventilación mecánica no invasiva total face, se realizó una revisión bibliográfica en bases de datos Medline, Scielo y Lilacs, además en la biblioteca del Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia, hemos accedido al portal bibliográfico Dialnet, PubMed, Instituto Joanna Briggs y revisado artículos en revistas (Evidentia, Elsevier, Anales de Pediatría, Pediatría integral, Calidad asistencial y Cuiden). La estrategia de búsqueda se desarrolló con los descriptores: ventilación no invasiva, interfaces, total face, máscara facial, úlceras por presión, dispositivos terapéuticos, prevención, pediatría, cuidados y enfermería; y se combinaron con los boléanos and, or y xor. El periodo de búsqueda se limitó a los últimos 10 años, seleccionando los artículos publicados en lengua española e inglesa que disponían de metodología y rigor científico, cuya información era útil y pertinente para la práctica enfermera. También consultamos a expertos con experiencia en los cuidados durante esta terapia.
- Posteriormente realizamos un estudio retrospectivo y analítico mediante revisión de historias clínicas para evaluar la eficacia de las medidas de prevención llevadas a cabo por los profesionales de enfermería.
- Diseño: Estudio retrospectivo y analítico por cohortes.
 - Muestreo: Pacientes con terapia de ventilación mecánica no invasiva mediante interfaz Total Face de noviembre de 2015 a marzo de 2017.
 - Ámbito: Hospital de III nivel de atención. Unidad de cuidados intensivos pediátricos del Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia.
 - Criterios de inclusión: Niños de ambos sexos entre 1 mes y 14 años con terapia de ventilación mecánica no invasiva mediante interfaz Total Face ingresados en la UCI Pediátrica del Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia de noviembre de 2015 a marzo de 2017.
 - El análisis estadístico se realizó mediante la aplicación informática SPSS para la gestión y el análisis descriptivo de datos.
 - Responsabilidades éticas. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales (Protección de personas y animales), se han seguido los protocolos establecidos por nuestro hospital para acceder a los datos de las historias clínicas para poder realizar este tipo de publicación con la finalidad de investigación / divulgación para la comunidad científica (Confidencialidad de los datos), en este artículo no aparecen datos de pacientes (Derecho a la privacidad) y no existen conflictos de interés.

RESULTADOS

Tras la lectura crítica de los documentos, consulta a expertos y el aporte de nuestra práctica profesional, elaboramos un protocolo de actuación enfermera mediante intervenciones de prevención de UPP relacionadas con el dispositivo de ventilación mecánica no invasiva total face en el niño/a que precisa esta terapia, que se fundamentan en:

1. Situar al paciente en posición cómoda semi-incorporado para mejorar la ventilación.
2. Colocar la mascarilla total facial del tamaño adecuado según la edad y fisionomía de la cara del niño/a, evitando que tenga fugas.
3. Acoplar el gorro/arnés de fijación de la máscara en la cabeza del paciente de forma simétrica y que no produzca dolor.
4. Mantener vigilancia exhaustiva sobre las zonas de roce y de presión.
5. Proporcionar períodos de descanso cortos c/4 h y unificar cuidados.
6. Realizar una adecuada higiene de ojos, fosas nasales y boca del niño/a.
7. Ejecutar un masaje en la zona de presión con solución de ácidos grasos oxigenados para fortalecer y proteger la piel.
8. Hidratar y colocar vaselina o pomadas hidratantes liposolubles en labios, nariz y mucosa nasal para mitigar la sensación de sequedad. *Prevenir la aparición de conjuntivitis mediante la administración de lágrimas artificiales o lavado con suero fisiológico y pomada epitelizante.
9. Limpiar y secar la mascarilla total face. 6. Recolocar la mascarilla y el arnés al terminar las actividades, hasta que el paciente se encuentre cómodo y sincronizado con el respirador. Posteriormente realizamos un estudio retrospectivo y analítico por cohortes para evaluar la eficacia de las medidas de prevención llevadas a cabo tras la implantación de este protocolo.

Los datos de la muestra estudiada se recogieron mediante la revisión de las historias clínicas de 34 pacientes pediátricos que habían recibido terapia de ventilación mecánica no invasiva mediante interfaz Total Face y habían estado hospitalizados en la UCI Pediátricos del Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia de noviembre de 2015 a marzo de 2017.

El 62% fueron hombres y el 38% mujeres con edades comprendidas entre 1 mes y 14 años, todos ellos diagnosticados de insuficiencia respiratoria por diferentes causas.

El motivo de ingreso en UCI Pediátrica fue por patologías respiratorias (59%), cardiopatías tras cirugía extracorpórea (32%), procesos oncológicos (3%), accidentes por semiahogamiento (3%) y post-trasplante (3%).

El período de permanencia del interfaz total face fue de 3 días de media.

Se detectaron 2 casos de UPP en la zona de sujeción del arnés debido a sujeciones excesivamente apretadas para evitar fugas.

DISCUSIÓN

La bibliografía actual muestra numerosos estudios sobre las indicaciones, complicaciones y pautas terapéuticas de la ventilación mecánica no invasiva y la utilización de las distintas interfaces en

pediatría, sin embargo, no encontramos investigaciones publicadas sobre las actuaciones enfermeras en la prevención de úlceras por presión relacionadas con la interfaz total face. No obstante, existen suficientes recomendaciones, opiniones y experiencias de expertos enfermeros/as que nos han permitido conocer cómo se están aplicando los cuidados de enfermería en estos pacientes.

CONCLUSIONES

Según los resultados obtenidos se evidencia que la enfermería de UCI Pediátrica desempeña un papel primordial en la aplicación de estrategias de prevención, ya que, tiene la posibilidad de detectar y evitar que aparezcan las úlceras por presión en el niño/a con terapia de ventilación mecánica no invasiva mediante interfaz Total Face, administrando los cuidados expuestos en el protocolo presentado, mejorando con ello el bienestar y la seguridad del niño/a.

BIBLIOGRAFÍA

1. Vivanco Allende, A. Medina Villanueva, A. y Mayordomo Colunga., J. Ventilación no invasiva en Pediatría. Boletín de la sociedad de pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León. Sección de Cuidados Intensivos e Intermedios Pediátricos. Área de Gestión de Pediatría. Hospital Universitario Central de Asturias. BOL PEDIATR 2012; 52: 4-13.
2. Morley, SL. Non-invasive ventilation in paediatric critical care. Paediatr Respir Rev. 2016; 20:24-31.
3. Pons-Òdena, M.; Gili Bigatà, T.; Medina Villanueva, A. y Mayordomo-Colunga, J. Ventilación no invasiva en pediatría. 3ª Edición del Manual de Ventilación Mecánica Pediátrica y Neonatal. En: Alberto Medina y Javier Pilar Orive. Madrid: Ergon, 2015. pp 231-246. ISBN: 978-84-16270-12-5
4. Martin, S. and Boit, P. Noninvasive ventilation in children. J Paediatr Child Health 2007;17:167-173.
5. Acorda, DE. Nursing and Respiratory Collaboration Prevents BiPAP-Related Pressure Ulcers. Journal of Pediatric Nursing, 30(4), 620-623. (2015, April 25).
6. Murray, J.; Noonan, C.; Quigley, S. and Curley, M. Medical Device-Related Hospital-Acquired Pressure Ulcers in Children: An Integrative Review. Journal of Pediatric Nursing, Volume 28, Issue 6, Pages 585-595. November–December, 2013
7. Maruccia, M.; Ruggieri, M. and Onesti, MG. Facial skin breakdown in patients with non-invasive ventilation devices: report of two cases and indications for treatment and prevention. International Wound Journal. Int Wound J. 2015 Aug;12(4):451-5.
8. Muñoz Bono, J.; Curiel Balsera, E. y Hernández Sierra, B. Interfase en pediatría. Selección y tipos de máscaras. En Antonio M. Esquinas Rodríguez. Cuidados de enfermería en ventilación mecánica no invasiva. Asociación y Escuela Internacional de Ventilación Mecánica No Invasiva. 2010. Sec 3. 73-80.
9. Mondéjar García, N.; Roch Lapuente, Y.; Torres Figueiras, M. y Torregrosa Marco, M. Interfase en ventilación mecánica no invasiva. Cuidados básicos de enfermería. En Antonio M. Esquinas

Rodríguez. Cuidados de enfermería en ventilación mecánica no invasiva. Asociación y Escuela Internacional de Ventilación Mecánica No Invasiva. 2010. Sección 2. Pag. 21-30

10. Noizet-Yverneau, O.; Leclerc, F.; Santerne, B. et al. Interfaces for pediatric non-invasive ventilation. Arch Pediat 2008; 15:1549-1559.

11. López Esteban, EC.; Cachón Pérez, JM. y Álvarez López, C. Complicaciones de la ventilación no invasiva. Prevención de complicaciones. En Antonio M. Esquinas Rodríguez. Cuidados de enfermería en ventilación mecánica no invasiva. Asociación y Escuela Internacional de Ventilación Mecánica No Invasiva. 2010. Sección 5. Pág. 93-101.

12. Cullen Gill, E. Reducing hospital acquired pressure ulcers in intensive care. BMJ Quality Improvement Reports. 2015;4(1).

13. Peterson, J.; Adlard, K.; Walti, Bl.; Hayakawa, J., McClean, E. and Feidner, SC. Clinical Nurse Specialist Collaboration to Recognize, Prevent, and Treat Pediatric Pressure Ulcers. Clin Nurse Spec. 2015 Sep-Oct;29(5):276-82.

14. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Guía de práctica clínica para el cuidado de personas con úlceras por presión o riesgo de padecerlas. Capítulo IV. Guía para la prevención y el tratamiento en pediatría. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. 2012. Pag. 129-152.

8. INFLUENCIA DEL ESTABLECIMIENTO DE UN BANCO DE LECHE MATERNA EN LA TASA DE LACTANCIA MATERNA AL ALTA

AUTORES

Ramón Beltrán A, Parra Llorca A, Gormaz Moreno M, Lázaro Beixer S, Gimeno Navarro A, Izquierdo Macián I, Brugada Montaner M, Torres Martínez E, Gazquez Ortega A, Cuchillo Cañavate F, Segovia Lopez P

LUGAR DE TRABAJO

HOSPITAL LA FE /NEONATOLOGÍA

CONGRESO / JORNADA EN EL QUE FUE PRESENTADO

II ENCUENTRO SOBRE LACTANCIA MATERNA PARA PROFESIONALES SANITARIOS Y COLECTIVOS RELACIONADOS

INTRODUCCIÓN

La leche humana, particularmente la leche materna de madre propia ofrece a los recién nacidos prematuros beneficios tanto a corto como a largo plazo. Cuando la leche materna de madre propia no está disponible, la leche materna donada pasteurizada es la mejor elección para los recién nacidos de muy bajo peso. La disponibilidad de leche humana donada procedente de un banco de leche en una unidad neonatal puede interferir en la actitud de las madres respecto a la lactancia materna y la extracción de leche materna. El banco de leche humana (BLH) se abrió en la unidad de neonatología del Hospital Universitario y Politécnico La Fe en marzo del año 2010.

OBJETIVOS

OBJETIVOS GENERALES: Analizar el impacto del establecimiento del Banco de Leche Humana (BLH) en la tasa de lactancia materna al alta hospitalaria. OBJETIVOS ESPECÍFICOS: Analizar el impacto del establecimiento del BLH en la tasa de lactancia materna, lactancia parcial y lactancia materna exclusiva en los subgrupos de recién nacidos prematuros con peso al nacimiento inferior a 1500 gramos y 1000 gramos.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo, retrospectivo, de cohortes, comparando dos períodos, antes y después del establecimiento del BLH desde el 1 de Enero del 2005 al 31 de Diciembre del 2009 y desde el 1 de Enero del 2011 hasta el 31 de Diciembre del 2015, excluyendo el período de transición intermedio.

RESULTADOS

Se muestra un aumento en la tasa de lactancia materna al alta hospitalaria (lactancia materna, exclusiva o parcial) en todos los neonatos ingresados, y en subgrupos de menores de 1500 gramos y menores de 1000 gramos de peso al nacimiento.

DISCUSIÓN

El establecimiento de un banco de leche materna en una unidad neonatal o disponer de este recurso puede influir en la actitud de las madres hacia la lactancia. En nuestro trabajo se ha objetivado que el impacto ha sido positivo, traduciéndose en unas tasas de lactancia al alta mayores en todos los subgrupos. Arslanoglu et al analizaron el impacto en las tasas de lactancia al alta en unidades de cuidados intensivos neonatales que disponían de banco de leche comparándolo con aquellas que no, con similares resultados. Recientemente, Kantarowska comparando el período pre y post disponer de leche materna donada en 22 unidades también encuentra este impacto positivo.

CONCLUSIONES

El establecimiento del BLH en nuestra Unidad de Neonatología ha aumentado la tasa de lactancia materna al alta hospitalaria de forma global. El impacto positivo se presenta también en los subgrupos que constituyen los principales receptores de LMD, aquellos menores de 1500 gramos y los menores de 1000 gramos de peso al nacimiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Agata Kantorowska, Julia C. Wei, Ronald S. Cohen, Ruth A. Lawrence, Jeffrey B. Gould, and Henry C. Lee. Impact of Donor Milk Availability on Breast Milk Use and Necrotizing Enterocolitis Rates. *Pediatrics* 2016 ;137 (3):e20153123.
2. Arslanoglu S, Moro GE, Bellu R, Turoli D, De Nisi G, Tonetto P, Bertino E. Presence of human milk bank is associated with elevated rate of exclusive breastfeeding in VLBW infants. *J Perinat Med* 2013;41(2):129-31.
3. Utrera Torres MI, Medina López C, Vázquez Román S, Alonso Díaz C, Cruz-Rojo J, Fernández Cooke E, Pallás Alonso C R. Does opening a milk bank in a neonatal unit change infant feeding practices? A before and after study. *International Breastfeeding Journal* 2010; 5:4.

9. PREVENCIÓN DE LA OBSTRUCCIÓN MECONIAL EN PREMATUROS

AUTORES

Josefina Luisa Rodríguez de Dios Benlloch" Dolores Yolanda castilla Rodríguez, Luis Benavent Taengua, Lorena ,Segovia Navarro, M^a Ángeles Company Morenza.

LUGAR DE TRABAJO

UCI NEONATAL. Hospital Universitari i Politècnic La Fe.

CONGRESO / JORNADA EN EL QUE FUE PRESENTADO

XXXVIII CONGRESO DE LA ASOCIACIÓN NACIONAL DE ENFERMERÍA DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS Y NEONATALES 17, 18 y 19 de mayo de 2017, Santander (España).

INTRODUCCIÓN

El retraso en la expulsión del meconio se ha convertido en una reconocida causa de obstrucción intestinal en el recién nacido extremadamente prematuro y - 1500gr de peso al nacimiento.

Esta situación clínica ha sido llamada "Síndrome de obstrucción de meconio".

La obstrucción intestinal puede producir íleo meconial, íleo funcional transitorio y síndrome de tapón de meconio (1-2) y complicaciones graves como necrosis o perforación.

El tratamiento puede ser conservador o quirúrgico.³

OBJETIVOS

OBJETIVOS GENERALES:

Controlar al máximo la expulsión del meconio

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Evitar el tratamiento quirúrgico

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio retrospectivo observacional. Población: Todos los ingresados en la Unidad de cuidados intensivos Neonatal del Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia nivel III, entre 1de agosto del 2016, hasta 31 de enero de 2017. Número (N) de ingresos 201

Datos de inclusión: prematuros extremos y de bajo peso <de 1500 de peso, con enema, y sin enema. Datos de exclusión: prematuros de >1500 de peso, malformaciones, éxitus.

RESULTADOS

N= 201. N. niños incluidos en el estudio—42-----20,9% del total de los ingresos.

Expulsión de meconio de forma espontánea a las 24/36h—24-----57,14%

Enema de suero fisiológico con deposición a las 48/72h—18-----42,85%

De estos últimos precisaron enema con Acetilcisteína—5-----27,8%

Y de estos 5 últimos -----1 precisó TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

DISCUSIÓN

La incidencia de obstrucción meconial está creciendo al igual que lo hace la supervivencia de los recién nacidos prematuros de muy bajo peso al nacer³. Ésta es más común en recién nacidos prematuros que en recién nacidos a término⁶ ya que estos últimos realizan meconio dentro de las primeras 48 horas de vida⁷ mientras en los otros varía desde 1 a 27 días⁸. De hecho, 24 (57'1%) de los recién nacidos prematuros del estudio expulsaron el meconio de forma espontánea dentro de los 3 primeros días.

Es cierto, que es difícil distinguir entre una OMP y un retraso en la expulsión de meconio . La estimulación rectal con suero fisiológico después del nacimiento ayudan en la prevención de la OMP ⁸, constituyendo esta la primera línea de tratamiento que llevamos a cabo en nuestra unidad .⁵. En cambio estudios como el de Hatanaka, y col. ¹⁰ y el de Arnoldi, Leva, y col.¹¹ no lo emplean como primera línea de tratamiento , en cambio en el estudio de Kim, y col.¹² sí se hace. En nuestro estudio de los 18 RNMBP que lo recibieron tuvieron efecto en 13 (72'2%) y en el estudio de Kim, y col.¹² de los 22 tuvo efectos beneficiosos en 5 (22'7%). ⁸

En los 5 RNP de muy bajo peso que no tuvo efectos beneficiosos se realizó una estimulación rectal con N-Acetilcisteína teniendo efecto en 2 de ellos. Esta segunda línea de tratamiento, se empleó en el estudio de Arnoldi, y col.¹¹ como primera línea obteniendo resultados beneficiosos en todos los casos, mientras que en el estudio de Kim, y col.¹² se empleó como tercera línea y de forma oral. Varios autores^{6,9,10,12} consideran la administración de un enema con Gastrografin como el mejor tratamiento para la OMP pues administrado precozmente aumenta la posibilidad de éxito, disminuye la posibilidad de intervención quirúrgica y también la morbilidad y la mortalidad. Aunque bien es cierto que dicha administración debe realizarse en pacientes hemodinámicamente estables ya que no está recomendada en pacientes inestables⁹. Estudios como el de Copeland, y col.³ observan un descenso en el éxito del enema de contraste para aliviar el íleo meconial. En nuestro estudio sólo requirieron enema con Gastrografin 3 RNP de muy bajo peso, teniendo efecto en 2 de ellos.

Con lo que respecta al tratamiento quirúrgico, de toda la muestra de nuestro estudio sólo en 1 RNP de muy bajo peso (2'4%) no tuvo efecto el tratamiento conservador, por lo que tuvo que ser intervenido. En el estudio de Hatanaka, y col.¹⁰ el 14'3% (2/14) lo requirió, en el de Arnoldi, y col.¹¹ un 4'5% (4/89), y en el de Kim, y col.¹² un 22'7%

CONCLUSIONES

El tratamiento conservador es efectivo en la prevención de la obstrucción meconial, ayuda en la expulsión del meconio y evita complicaciones. Enfermería es parte importante en la aplicación del tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gorter RR, Karimi A, Sleeboom C, Kneepkens CMF, Heij, HA. Clinical and genetic characteristics of meconium ileus in newborns with and without cystic fibrosis. *J Pediatr Gastroenterol.* 2010;50:569–572.
2. Garza-Cox S, Keeney SE, Angel CA, Thompson LL, Swischuk LE. Meconium Obstruction in the Very Low Birth Weight Premature Infant. *Pediatrics.* 2004;114:285-290.
3. Kim H-Y, Kim S-H, Cho Y-H, Byun S-Y, Han Y-M, Kim A-Y. Meconium-related ileus in very low birth weight and extremely low birth weight infants: immediate and one-year postoperative outcomes. *Annals of Surgical Treatment and Research.* 2015;89(3):151-157.
4. Domínguez-Morales J, Orozco-chávez EG, Arce-García, IE. Manejo médico conservador del íleo meconial en recién nacido prematuro extremo. *Rev Esp Méd Quir.* 2014;507–11.
5. Driller C, Gormaz M, Llorens R, Torres B, González L. Obstrucción meconial de la prematuridad. Protocolo servicio cirugía, neonatología y radiología. Valencia: Hospital Universitari i Politècnic La Fe; 2016.
6. Shinohara T, Tsuda M, Koyama N. Management of meconium-related ileus in very low-birthweight infants. *Pediatr Int.* 2007;49(5):641–4.
7. Haiden N, Jilma B, Gerhold B, Klebermass K, Prusa AR, Kuhle S, et al. Small volume enemas do not accelerate meconium evacuation in very low birth weight infants. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2007;44(2):270–3.
8. Siddiqui MMF, Drewett M, Burge DM. Meconium obstruction of prematurity. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.* 2012;97(2):F147-50.
9. Koshinaga T, Inoue M, Ohashi K, Sugito K, Ikeda T, Tomita R. Therapeutic strategies of meconium obstruction of the small bowel in very-low-birthweight neonates. *Pediatr Int.* 2011; 53(3):338–44.
10. Hatanaka A, Nakahara S, Takeyama E, Iwanaka T, Ishida K. Management of extremely low birth weight neonates with bowel obstruction within 2 weeks after birth. *Surg Today.* 2014 Dec 11; 44(12):2269–74.
11. Arnoldi R, Leva E, Macchini F, Di Cesare A, Colnaghi M, Fumagalli M, et al. Delayed Meconium Passage in Very Low Birth Weight Infants. *Eur J Pediatr Surg.* 2011 Dec 14; 21(6):395–8.

12. Kim YJ, Kim EK, Kim ES, Kim HS, Choi JH, Cheon JE, et al. Recognition, diagnosis and treatment of meconium obstruction in extremely low birth weight infants. *Neonatology*. 2012; 101:172–178.
13. Copeland DR, St. Peter SD, Sharp SW, Islam S, Cuenca A, Tolleson JS, et al. Diminishing role of contrast enema in simple meconium ileus. *J Pediatr Surg*. 2009;44(11):2130–2.

10.EFECTO DE LA FORMACIÓN INTERNA SOBRE CUIDADOS CENTRADOS EN EL DESARROLLO EN LOS PROFESIONALES DE LAS UNIDADES DE NEONATOLOGIA

AUTORES

Ángel Selfa M^a J, Borrás Vaño M^a J, Montejano Lozoya R, Ros Navarret R.

LUGAR DE TRABAJO

Hospital La Fe/UCI Neonatal/ /Escuela Enfermería / Unidad de Docencia.

CONGRESO / JORNADA EN EL QUE FUE PRESENTADO

XXXVIII CONGRESO DE LA ASOCIACIÓN NACIONAL DE ENFERMERÍA DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS Y NEONATALES

INTRODUCCIÓN

Los Cuidados Centrados en el desarrollo (CCD) son un modelo de atención que pretenden mejorar el desarrollo neurosensorial y emocional del recién nacido (RN) a través de intervenciones y con apoyo de la familia. Varios estudios han confirmado que los niños que reciben esta atención en las Unidades Neonatales (UN) obtienen mejor resultado neuroconductual, mejor tolerancia enteral y precisan menor soporte respiratorio 1-5. La formación y la motivación de los profesionales que trabajan en las (UN) son clave para mejorar resultados.

OBJETIVOS

Analizar y actualizar los conocimientos de los profesionales sanitarios sobre CCD y su evolución tras realizar un curso de formación.

Describir el nivel de satisfacción del curso.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una intervención con diseño de grupo único. La población de estudio comprende los profesionales sanitarios que actualmente trabajan en el servicio de Neonatología. Se valoró el nivel de conocimientos mediante cuestionario ad-hoc se distribuyó el primer día previo al inicio y el segundo cuestionario se pasó el último día al finalizar la clase. También se valoró el curso y el profesorado repartiendo una encuesta anónima y voluntaria.

RESULTADOS

En dos ediciones del curso asisten un total de 58 profesionales (38 enfermeras y 20 auxiliares). 94,8% son mujeres y un 45,1% tienen una antigüedad profesional entre 10- 20 años. Se reconocen un total de 88 evaluaciones, 56,8% previas al curso y 43,2% al finalizarlo. La nota media de la

evaluación previa es de 8,6 aunque finalmente es de 10,5 existiendo entre ambas una diferencia estadísticamente significativa (<0.001). La satisfacción del curso por parte de los asistentes ha sido muy alta a los ítems evaluados tanto por los temas tratados como su profesorado.

CONCLUSIONES

La valoración y la satisfacción general de los asistentes al curso ha sido muy alta en relación a los temas tratados y al profesorado que los ha impartido. Los profesionales que trabajamos en estas unidades debemos adaptarnos a los cambios y estar formados para ofrecer mejores cuidados.

BIBLIOGRAFÍA

1. González de Dios J. Programa NIDCAP y proyecto Hera: la humanidad y la tecnología pueden y deben convivir en la atención del prematuro. *Pediatría Basada en pruebas*, 2009 [acceso 10 marzo 2017]. Disponible en <http://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2009/12/programa-nidcap-y-proyecto-hera-la.html>

2. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Unidades de Neonatología. Estándares y Recomendaciones de Calidad. 2014.

Disponible

en:https://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/NEONATOLOGIA_Accesible.pdf

3. López Maestro M, Melgar Bonis A, de la Cruz-Bertolo J, Perapoch López J, Mosqueda Peña R, Pallás Alonso C. Developmental centered care. Situation in Spanish neonatal units. *An Pediatr*, 2014; 81 (4):232-240.

4. Pallas Alonso R. Cuidados centrados en el desarrollo en las unidades neonatales. *An Pediatr Contn*, 2014; 12 (2):62-67.

5. Trajkovski S, Schmied V, Vickers M, Jackson D. Neonatal nurses`perspectives of family-centred care: a qualitative study. *J Clin Nurs*, 2012, sep;21(17-18):2477-2487.

6. Ohisson A, Jacobs SE. NIDCAP: a systematic review and meta-analyses of randomized controlled trials. *Pediatric*, 2013, mar;131 (3):e881-893.

7. Perapoch J, Pallás CR, Linde MA, Moral MT, Benito M, López M et al., Cuidados centrados en el desarrollo. Situaciones en las unidades neonatales en España. *An Pediatr*, 2006; 64:132-139.

8. Mosqueda-Peña R, Lora-Pablos D, Pavón-Muñoz A, Ureta-Velasco N, Moral-Pumarega MT, Pallás-Alonso CR. Impact of a Developmental Care Training Course on the Knowledge and Satisfaction of Health Care Professionals in Neonatal Units: A Multicenter Study. *Pediatr Neonatol*. 2016;57(2):97-104.

9. Marqués Andrés S. Formación continuada: herramienta para la capacitación. *Enfermería Global*. 2010; 21: 1-11.

10. Martí Ejarque MM. La formación continuada en enfermería; necesidades y expectativas del personal de enfermería de un hospital universitario de primer nivel. Revista Enfermería docente. 2015; julio-diciembre (104):12-15.

11.EL CUIDADO ENFERMERO EN EL POSTOPERATORIO DE MUJERES INTERVENIDAS DE MASTECTOMÍA

AUTORES

Adrián Sanchis Tortosa

LUGAR DE TRABAJO

Egresado de la Escuela Universitaria de Enfermería La Fe en 2017.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama se define como el crecimiento y desarrollo anormal de células poco diferenciadas en el tejido mamario con la capacidad de migrar a otros tejidos. Es el tipo de neoplasia que más incidencia presenta en las mujeres de España y uno de los más incidentes en el mundo.

Sus tratamientos, en especial la mastectomía, originan una alta tasa de supervivencia; sin embargo tienen un gran impacto en la vida de las mujeres, afectando a su calidad de vida en todas sus dimensiones y ocasionando graves trastornos psicosociales.

OBJETIVOS

OBJETIVOS GENERALES:

Identificar la evidencia existente que demuestre cuál es el efecto de las intervenciones enfermeras en el período postoperatorio de mujeres mastectomizadas.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Conocer de forma específica las necesidades de cuidados de las mujeres intervenidas de mastectomía, describir qué tipo de cuidados deben ser llevados a cabo para satisfacer esas necesidades y determinar cómo afectan dichos cuidados en la vivencia de la persona tras la intervención quirúrgica.

MATERIAL Y MÉTODO

Para este trabajo se llevó a cabo una revisión bibliográfica a partir de la pregunta de investigación ¿Cuáles son los efectos del cuidado enfermero llevado a cabo en el postoperatorio de mujeres sometidas a mastectomía?”. Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos PubMed, Cuiden, LILACS, IBECs, Biblioteca Virtual de Salud, y en el metabuscador Google Académico; se utilizaron los descriptores DeCS “cáncer de mama”, “mastectomía”, “cuidados de enfermería”, “período postoperatorio” y “calidad de vida”, así como sus homónimos MeSH; de esta búsqueda se obtuvieron 45 artículos. Finalmente, las variables que se analizaron en el trabajo fueron las necesidades de cuidados que presentaban las mujeres mastectomizadas, la tipología de cuidados que se llevaba a cabo en la atención de este tipo de mujeres y el efecto que estos cuidados tenían, midiéndose según la satisfacción de las mismas con ellos así como sus experiencias.

RESULTADOS

En cuanto a las necesidades de cuidados de las mujeres mastectomizadas, en torno al 80-90% tenían riesgo de infección, mientras que otros problemas físicos como el dolor (60-80%) y el deterioro de la movilidad se daban en menor medida. La ansiedad también estuvo muy presente en estas mujeres (75-80%) así como el trastorno de la imagen corporal y la afectación sexual. En cuanto a los tipos de cuidados a ofrecer, algunos autores proponen modelos taxonómicos mientras que otros abogan por técnicas como la educación, la terapia grupal y el uso de modelos enfermeros filosóficos. Finalmente, en cuanto al efecto de los cuidados en las mujeres mastectomizadas se observó que sus opiniones varían en gran medida desde "muy satisfactoria" a "nada satisfactoria".

DISCUSIÓN

Existe una relación entre ser intervenida de mastectomía y sufrir afectaciones en todas las esferas de la calidad de vida, aunque a nivel general se observa que las que más preocupan a las mujeres son las psicosociales. Se encuentra una correlación en diversos estudios entre la aplicación de terapias grupales o la educación con una mayor satisfacción con los cuidados ya que se abordan desde un punto de vista más fenomenológico, mientras que los modelos taxonómicos resultan muy encorsetados para tratar de forma holística a las mismas. Por otra parte, está presente la diferencia en la satisfacción y el efecto de los cuidados en las mujeres según el centro donde son atendidas, resultando más satisfactorios los centros especialistas en oncología ya que su atención es más individualizada.

CONCLUSIONES

- La mastectomía afecta a todas las dimensiones de la calidad de vida de las mujeres mastectomizadas, especialmente a las esferas psicológica y social.
- La educación, la comunicación y las terapias grupales resultan clave para el tratamiento de sus afectaciones biopsicosociales y espirituales.
- Las mujeres esperan recibir cuidados centrados en todas las dimensiones de su ser, basados en la escucha activa y la relación de ayuda.
- La atención en instituciones generalistas suele ser más tecnicista que en las instituciones específicas oncológicas, donde se tiene una visión más holística de la persona y su cuidado.

BIBLIOGRAFÍA

Abrantes, K., Gomes, M.B., Costa, M., Pereira, S., Costa, E.J. y Diógenes, I. (2016). Sentimentos de mulheres sobre as alterações causadas pela mastectomia. Revista pesquisa: Cuidado é Fundamental (Online), 5032-5038.

Asociación Española Contra el Cáncer (AECC). (2014). Cáncer de Mama. Madrid: Asociación Española Contra el Cáncer. Recuperado de www.aecc.es

Baena, M.H., Alves, A., Raso, S., Giovanelli, T. y Silva, M.A. (2013). Diagnósticos de enfermagem no pós-operatório de mastectomia. Revista Escola Anna Nery, 17(2), 354-360.

Bordallo, F.R., Teixeira, E.R., Silvino, Z.R., Pompeu, B. & Lavoyer, C. (2013). The education as a facilitator practice of the process of care to mastectomized women: an integrative review. Journal

of Nursing UPFE On Line, 7(spe), 7107-7117. DOI: 10.5205/reuol.ISSN: 1981-8963 4767-42136-1-ED.0712esp201319

Cândido, P., Félix, C., Carvalho, A.F. y Batista, V.A. (2011). Indentificação do estresse e sintomatologia presente em mulheres mastectomizadas. *Revista Rene*, 12(2), 351-357. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324027975010>

Canıçali, C., Nunes, L.R., Pires, P.C. de A., Costa, F.M. y Costa, M.H. (2012). Ansiedad en mujeres con cáncer de mama. *Enfermería Global*, 28, 52-62.

Corsino, L., Dantas, D.N., Batista, F., Corsino, E. & Gonçalves, A.K. (2013). Body image and sexuality of women who underwent a radical mastectomy: integrative review. *Journal of Nursing UPFE On Line*, 7(spe), 4209-4216.

Carvalho, A.F., Melo, I., de Almeida, I.M., Magalhaes, R., Falcao, I.C. y Lavinias, M.C. (2012). Significado do cuidado familiar à mulher mastectomizada. *Revista Escola Anna Nery*, 16(1), 27-33.

Cho, H. S. M., Davis, G. C., Paek, J. E., Rao, R., Zhao, H., Xie, X. J., Yousef, M.G., Fedric, T., Euhus, D.H. & Leitch, M. (2013). A randomised trial of nursing interventions supporting recovery of the postmastectomy patient. *Journal of clinical nursing*, 22(7-8), 919-929. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2012.04100.x

Cho, H. S. M. & Paek, J. (2006). U.S. Patent No. 7.010.812. Washington, DC: U.S. Patent and Trademark Office.

Chopra, I. & Kamal, K. M. (2012). A systematic review of quality of life instruments in longterm breast cancer survivors. *Health and Quality of Life Outcomes*, 10(1), 14.

Da Assunção, P., Fernandes, A.M. y Oliveira, L. (2011). Implicaciones de la mastectomía en la sexualidad y en la imagen corporal de la mujer y la respuesta por parte de la enfermería perioperatoria. *Revista de Enfermería de Referencia*, 3(5), 163-172. Recuperado de <http://www.index-f.com/referencia/2011/35-163.php>

Da Silva, D., Pinheiro, T. y Muniz da Costa, O. (2013). A Vivência do Câncer de Mama na Percepção de Mulheres Submetidas a Mastectomia: Uma Análise a Partir de Publicações Científicas. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental*, 5(5, n. esp.), 8-19.

De Almeida, I.M., Magalhaes, R., Melo, I. y Carvalho, A.F. (2010). La comunicación de la enfermera en la asistencia de enfermería a la mujer mastectomizada. Un estudio de Grounded Theory. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(1), 1-7. Recuperado de www.eerp.usp.br/rlae

Dematteis, M.B., Grill, S.S. y Posada, M.C. (2012). SENTIDO DE COHERENCIA Y RESILIENCIA: CARACTERÍSTICAS SALUGÉNICAS DE PERSONALIDAD. IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XIX Jornadas de Investigación VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Universidad de Buenos Aires: Facultad de Psicología, Buenos Aires.

Falbjörk, U., Rasmussen, B.H., Karlsson, S. & Salander, P. (2013). Aspects of body image after mastectomy due to breast cancer – A two-year follow-up study. *European Journal of Oncology Nursing*, 340-345. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejon.2012.09.002>

- Fallbjörk, U., Salander, P. & Rasmussen, B.H. (2012). From “No Big Deal” to “Losing Oneself”: Different meanings of mastectomy. *Cancer Nursing*, 35(5), E41-E48.
- Fernandes-Taylor, S., Adesoye, T., & Bloom, J. R. (2015). Managing psychosocial issues faced by young women with breast cancer at the time of diagnosis and during active treatment. *Current opinion in supportive and palliative care*, 9(3), 279-284. DOI:10.1097/SPC.0000000000000161
- Freyinsteinson, W.M., Deutsch, A.S., Lewis, C., Sisk, A., Wuest, L. & Cesario, S.K. (2012). The experience of viewing oneself in the mirror after a mastectomy. *Oncology Nursing Forum*, 39(4), 361-369.
- Gallegos, M., Rodríguez, A., Murillo, E., Esquivel, E. y Alvarado, M.A. (2012). Propuesta de cuidado de enfermería domiciliario en personas mastectomizadas: Adaptación-afrontamiento. *Revista CUIDARTE*, 3(1), 326-333.
- Gallegos, M. y Pérez, C.L. (2013). Corporeidad de la mujer mastectomizada por cáncer de mama, enfoque desde su historia de vida. *Parainfo digital*, 7(19).
- Generalitat Valenciana. (2011). Plan Oncológico de la Comunitat Valenciana 2011-2014. Valencia: Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Recuperado de <http://publicaciones.san.gva.es/publicaciones/documentos/V.4223-2011.pdf>
- Gold, M., Dunn, L.B., Phoenix, B., Paul, S.M., Hmolsky, D., Levine, J.D. & Miaskowski, C. (2015). Co-occurrence of anxiety and depressive symptoms following breast cancer surgery and its impact on quality of life. *European Journal of Oncology Nursing*, 1-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejon.2015.06.003>
- Gondim, N., Magalhaes, T.M., Bezerra, A.K., Vieira, J. y de Melo, A.V. (2015). Qualidade de vida e cuidado de enfermagem na percepção de mulheres mastectomizadas. *Revista de Enfermagem UFSM*, 5(4), 607-617. DOI: 10.5902/2179769217103
- Guirao-Goris, J.A., Olmedo Salas, A. y Ferrer Ferrandis, E. (2008). El artículo de revisión. *Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria*, 1(6), 15. Recuperado de <http://revista.enfermeriacomunitaria.org/articuloCompleto.php?ID=7>

12. ANÁLISIS DE LA RECUPERACIÓN DE LA MARCHA EN EL PACIENTE HEMIPLÉJICO MEDIANTE ESCALAS FUNCIONALES Y PRUEBAS CINEMÁTICAS.

AUTORES

Miguel Matas Osa

LUGAR DE TRABAJO

Hospital Universitari i Politècnic La Fe.

CONGRESO / JORNADA EN EL QUE FUE PRESENTADO

Facultad de Fisioterapia (Tesis Doctoral).

INTRODUCCIÓN

El ictus es la enfermedad neurológica más prevalente y la principal causa de discapacidad grave en el adulto. La mayoría de las personas que sufren un ictus, presentan alteraciones motoras y sensoriales que afectan a la capacidad para caminar. Distintos trabajos publicados, basados en pruebas instrumentales, han descrito los principales cambios que se producen tras el ictus sobre el patrón normal de movimiento de los miembros inferiores y su repercusión en la marcha. Respecto a la recuperación de estos déficits, la mayoría de los autores coinciden al afirmar, que las principales ganancias, se consiguen hasta los tres primeros meses de evolución tras el episodio. A pesar de ello, hay pocas referencias en cuanto a la secuencia temporal en que se alcanza cada una de estas ganancias y las variables de las que depende su recuperación.

OBJETIVOS

OBJETIVOS GENERALES:

El objetivo principal de este estudio es analizar el proceso de recuperación de la marcha del paciente hemipléjico tras un ictus agudo, utilizando escalas clínico-funcionales y pruebas cinemáticas.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Describir los principales patrones de recuperación de la marcha de las personas que presentan una hemiplejía como consecuencia de un ictus.

Analizar la dinámica de recuperación de la marcha del paciente hemipléjico desde la fase aguda inmediata hasta los seis meses de evolución.

Estudiar los principales factores biomecánicos que condicionan la recuperación de la capacidad de caminar tras sufrir un ictus y su repercusión sobre ésta.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio de seguimiento de treinta y ocho personas durante seis meses tras sufrir un ictus y se valoró la marcha, el equilibrio y las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) en ocho fases temporales: al alcanzar la estabilidad hemodinámica, al alcanzar la bipedestación, al inicio de la tratamiento rehabilitador ambulatorio, un mes después y cada uno de los meses desde los tres a los seis. Los instrumentos de medida utilizados fueron escalas clínico-funcionales y pruebas cinemáticas de la marcha utilizando Unidades Inerciales de Medida (IMUs). Además, se valoró la velocidad de marcha mediante un pasillo dotado con fotocélulas. Para analizar los datos, se utilizaron, además de otros test estadísticos, el Análisis por componentes principales (PCA) y los árboles borrosos de decisión, con el fin de definir las relaciones entre las variables analizadas.

RESULTADOS

Las escalas clínicas que valoran la marcha (FAC y FACHS), indican que los cambios más significativos se desarrollan durante los tres primeros meses tras el ictus. Ambas muestran una fuerte correlación con el equilibrio (FAC $R > 0,6$, $p < 0,01$. FACHS $R > 0,8$, $p < 0,01$) y la fuerza muscular (FAC $R > 0,3$, $p < 0,01$. FACHS $R > 0,4$, $p < 0,01$).

Tres son los componentes principales (PC), que explican la mayor parte de la varianza de las variables empleadas para analizar la marcha. Están constituidos por la flexo-extensión de la rodilla y de la cadera del miembro sano (FE.RodillaS y FE.CaderaS), para el primer PC, por la flexo-extensión del tobillo y el control-pelvis (FE.TobilloP y Control-Pelvis) para el segundo PC y por la variable que hace referencia al control postural durante la transferencia de cargas entre los miembros (Control-Pelvis), para el tercero de los PC.

El Control-Pelvis, la FE.TobilloP y FE.RodillaP, muestran diferencias significativas entre fases para las FAC y FACHS. Además tanto la FE.TobilloP y como la FE.RodillaP muestran diferencias entre fases respecto a la fuerza y el tono muscular.

Una mayor velocidad al caminar se relaciona tanto con mayores niveles de recuperación funcional como con un mayor tiempo transcurrido desde el ictus, además, se mostró como la variable más predictora de la recuperación funcional, cuando se analizaron los datos mediante árboles borrosos de decisión.

DISCUSIÓN

Para el desarrollo de esta discusión seguiremos el siguiente esquema: en primer lugar efectuaremos la discusión general de la tesis y de los resultados que son de difícil clasificación y posteriormente la de las variables asociadas a una buena recuperación de la marcha.

5.1. Discusión general de la tesis y de los resultados de difícil clasificación.

En este apartado discutiremos respecto a la edad de la muestra estudiada, la forma de realizar el análisis estadístico, el perfil temporal de la recuperación de la marcha y algunos comentarios sobre la velocidad de la marcha.

5.1.1. Características de la muestra estudiada.

Nuestra muestra está integrada por hombres y mujeres de manera equitativa, siendo la edad media de la misma en torno a los 64 años. En relación a los datos publicados en el Plan de atención al Ictus de la Comunidad Valenciana, donde se especifica que la incidencia es mayor en hombres y la prevalencia por encima de los 75 años, la muestra de nuestro trabajo es más joven y con mayor proporción de mujeres. Del mismo modo la proporción de ictus de origen isquémico sobre los hemorrágicos es muy superior a la descrita en el mismo informe.

Muchos de los trabajos consultados que analizan aspectos biomecánicos en el paciente hemipléjico (174–177), presentan muestras en torno a los 60 años. Posiblemente porque los diseños de las investigaciones y los protocolos de valoración biomecánica imponen unas condiciones que restringen la participación de personas de mayor edad.

En nuestro caso, consideramos, que el hecho de que uno de los criterios de exclusión fuera el de presentar, previamente al ictus, alguna dificultad para caminar, haya podido introducir un sesgo en la selección de los individuos más mayores.

5.1.2. La forma de realizar el análisis estadístico.

En la literatura científica son numerosos los trabajos que señalan que los métodos empleados para el análisis de la marcha, generan un volumen de datos tan grande que dificulta su manejo y la extracción de conclusiones a partir de los mismos (71,175,178). Para resolver este problema, los investigadores han utilizado distintos métodos estadísticos (71). En nuestro caso dada la cantidad de datos obtenidos durante las sesiones de medida, hemos realizado siguiendo las experiencias de otros autores (179–181), un análisis multivariante por Análisis de componentes principales para el estudio del conjunto de las variables, evitando así, los problemas derivados de la interpretación de variables muy correlacionadas.

5.1.3. Perfil temporal de la recuperación de la marcha tras ictus.

Tal y como se muestra en las tablas 4.7. y 4.8. y en las figuras 4.4. y 4.5., los cambios más significativos en la recuperación de la marcha del paciente hemipléjico, aparecen durante los tres primeros meses tras el ictus. La misma dinámica de recuperación se aprecia en los datos obtenidos con las escalas que miden la fuerza muscular, el equilibrio o las ABVD (figuras 4.2., 4.6. y 4.8.). Durante este periodo se observa una recuperación rápida y al unísono de tales variables. A partir de este tiempo no hemos encontrado cambios significativos, lo cual está en consonancia con los hallazgos de otros investigadores (70,130,132). No obstante, si observamos las representaciones gráficas de los valores medidos, se puede apreciar cómo, de forma general, la recuperación describe una curva de progresión ascendente que continúa hasta el sexto mes, bien alcanzando niveles funcionales superiores (FAC, FACHS, BBS, BI), bien realizando la tarea encomendada con mayor rapidez (TUG). Incluso no podemos descartar que continúen mejorando pasado este tiempo.

Coincidimos con Newman (182), en que el perfil temporal tiene una primera fase de recuperación rápida y global durante los tres primeros meses tras el ictus, que coincide con la verdadera recuperación neurológica del daño cerebral producido. Este hecho ha sido confirmado por estudios más recientes basados en pruebas avanzadas de neuroimagen (183-184).

Tras este tiempo, nuestros resultados difieren ligeramente de las conclusiones de los estudios de Jørgersen y se muestran más en consonancia con lo descrito por otros autores como Kollen y De Quervain, apreciando una recuperación más lenta, mantenida en el tiempo hasta los seis meses, con cambios más sutiles, que pensamos se corresponden con la recuperación funcional y con el proceso de readaptación.

5.1.4. Consideraciones sobre la velocidad de la marcha.

Como ya se explicó en el apartado de material y métodos, en nuestro estudio se evaluó la marcha solamente a las velocidades espontáneamente adoptadas por los pacientes. A pesar de ello, los resultados obtenidos han sido muy variables. La misma variabilidad ha sido señalada por otros autores, como Kinsella (75) que midió velocidades de marcha entre 0,10 m/s y 0,58 m/s, Kramers de Quervain (33), que obtuvo valores entre 0,08 m/s y 1,05 m/s y Olney (44), que en un trabajo de revisión, reporta valores entre 0,20 m/s y 0,55 m/s.

Clínicamente está ampliamente aceptado que la velocidad de marcha es un parámetro simple, fiable y sensible de evaluación de la marcha humana (78,128,164). Son numerosos los autores que consideran que la velocidad está relacionada con la capacidad funcional de la misma (45,49,123). En nuestro trabajo, una mayor velocidad al caminar se relaciona tanto con mayores niveles de recuperación funcional como con mayor tiempo transcurrido desde el ictus. Por otra parte, la velocidad de marcha se mostró como la variable más predictora de la recuperación funcional cuando se analizaron los datos mediante árboles de decisión.

Sin embargo, dada su gran variabilidad y baja repetitividad (64), no parece que pudiera ser un buen indicador de recuperación funcional. Hoy pensamos que esto se debe a que solo se registró la velocidad confortable, pero que el resultado habría sido diferente si se hubiera medido a velocidad lenta, rápida y a la velocidad libre espontáneamente adoptada (161,182,183).

5.2. Discusión de las variables asociadas a una buena recuperación de la marcha.

Vamos a discutir estas variables siguiendo el modelo jerárquico de organización que surge tras efectuar el Análisis de componentes principales (PCA), que al poder identificar la importancia que cada variable tiene sobre la varianza total del fenómeno estudiado, no sólo nos sirve para simplificar el análisis estadístico, sino que también nos ayuda a hacer una interpretación del significado clínico de dichas variables, a jerarquizar el orden de su importancia y a entender la dinámica de recuperación de la marcha tras ictus.

5.2.1. Variables asociadas a la recuperación y/o compensación inherentes al miembro inferior sano.

Las más significativas vendrían definidas por los recorridos articulares de FE de cadera y rodilla del miembro inferior sano, que conforman el PC1. El conjunto de estas variables nos informan de los mecanismos de compensación puestos en juego desde el miembro inferior sano para superar los déficits neurológicos que se expresan en el hemicuerpo contralateral afecto y poder mantener la marcha.

El hecho de que la mayor parte de la varianza dependa de variables propias del miembro sano indicaría, según nuestra interpretación y en consonancia con otros autores (62,71,130,184), que en

la recuperación de la deambulaci3n pudiera ser m1s determinante el desarrollo de estrategias de compensaci3n procedentes del miembro inferior sano (el 1nico que est1 bajo control voluntario), que la propia recuperaci3n de los d1ficits neurol3gicos del lado afecto.

5.2.2. Variables asociadas a la recuperaci3n y/o compensaci3n del miembro inferior afectado por el ictus.

Estas variables nos hablan de la recuperaci3n de los d1ficits neurol3gicos sufridos.

Respecto a la recuperaci3n de la marcha basada en la recuperaci3n de los d1ficits neurol3gicos del miembro afecto, tanto los resultados de las correlaciones que se muestran en la tabla 4.13. como las pruebas Anova realizadas para las variables biomec1nicas en relaci3n con las escalas de valoraci3n funcional, indican que la recuperaci3n de la capacidad para caminar, se asocia fundamentalmente con los rangos articulares de flexo-extensi3n del tobillo y la rodilla del miembro pl1jico. As1, rangos mayores en estas articulaciones se relacionan con niveles funcionales m1s altos registrados con la FAC y la FACHS. Del mismo modo, ambas variables se muestran relacionadas positivamente con el MMT (implica mayor fuerza muscular) y de forma negativa respecto al MAS (supone menor espasticidad).

La interpretaci3n es f1cil y l3gica: cuanto mayor control tengamos del movimiento articular del miembro afecto, mayor recuperaci3n de la funci3n de la marcha humana tendremos.

Respecto a la contribuci3n de cada una de estas variables en la recuperaci3n de la marcha, disentimos parcialmente de las conclusiones publicadas por Little (177) cuando considera que la principal dificultad para caminar se debe a la falta de flexi3n en la rodilla y no en el rango articular del tobillo. Los resultados del PCA de nuestro trabajo, nos muestran que se debe a la FE.TobilloP como variable contenida en el PC2 y que explica una gran proporci3n de la variabilidad total. Adem1s es la 1nica variable que ha mostrado significaci3n respecto al BI.

Tampoco podemos afirmar, como lo hace Dorsch (185), que la flexo-extensi3n del tobillo patol3gico, sea la variable m1s significativa en la recuperaci3n de la marcha. Nuestra explicaci3n, atendiendo a los resultados tanto del PCA como de los Anovas, es que la principal dificultad para caminar, se relaciona con la alteraci3n de la coordinaci3n entre la rodilla y el tobillo afectados, sin poder establecer una mayor o menor contribuci3n, de una u otra articulaci3n en la recuperaci3n de la marcha.

5.2.3. Otras variables de nueva creaci3n.

En nuestro trabajo describimos dos variables cinem1ticas que hasta la fecha no hemos encontrado referenciadas en la literatura cient1fica revisada para la elaboraci3n de esta Tesis.

Son variables definidas por nosotros a partir de otros registros efectuados en nuestro trabajo. Hacen referencia a la posici3n relativa de un f1mur respecto al opuesto. Las hemos denominado "Desfase" (cuando nos referimos al plano sagital) y "Control-Pelvis" (cuando se trata del plano frontal). De alguna manera, aunque sea de forma parcial e indirecta, estas variables nos hablan de un elemento fundamental y b1sico para que se establezca la locomoci3n bipodal humana, ya que afecta al "soporte" o pilar fundamental de la misma, sobre el que pueden asentar y desarrollarse

los mecanismos de recuperación y compensación. Nos referimos al control postural y al equilibrio en bipedestación.

Respecto a la variable denominada “Control-Pelvis” (tabla 4.13.), los resultados revelan que puede condicionar (señalar o anunciar) de manera importante la recuperación de la marcha, puesto que se correlaciona con aquellas escalas que evalúan la marcha (FAC, FACHS), las que valoran el equilibrio (BBS), con el TUG y con la fuerza muscular medida mediante el MMT.

Tal como se ha definido la variable Control-Pelvis, a nivel funcional se aproxima a poder evaluar la capacidad del paciente para realizar una transferencia eficaz del peso corporal, de forma alternante, entre ambos miembros inferiores, de uno al otro, con el objetivo de conseguir suficiente altura libre bajo el pie contralateral al de apoyo, durante la fase de oscilación y una adecuada propulsión por el miembro que se apoya. Pensamos que la posibilidad de registrar esta variable supone disponer de una medida de gran potencial y trascendencia práctica. De alguna manera estamos registrando con ella una parte de un mecanismo fisiológico básico e imprescindible para que se desarrolle de forma segura y eficaz, la alternancia entre apoyo y oscilación. En cierta manera podríamos decir que la variable Control-Pelvis es una variable que está subrogada a algo más global, como es el control de la postura, y donde el equilibrio en bipedestación y en apoyo monopodal sobre cada miembro inferior, en la fase de apoyo, es imprescindible para realizar una marcha funcional.

CONCLUSIONES

La dinámica de recuperación de la marcha en las personas que presentan una hemiplejía como consecuencia de un ictus, se desarrolla en dos fases: una primera de recuperación neurológica rápida, donde se producen los cambios más significativos y que ocupa los tres primeros meses y una fase de recuperación más lenta, con cambios funcionales más sutiles, que se mantiene en el tiempo hasta los seis meses.

No existe un patrón común en la recuperación de la marcha tras sufrir el ictus. Cada paciente, adopta una estrategia individual determinada por dos componentes:

- Primero: Los mecanismos de compensación procedentes del miembro sano, que son los rangos articulares de flexo-extensión de la cadera y la rodilla sana.
- Segundo: La coordinación de la flexo-extensión de la rodilla y el tobillo del lado afecto.

3. El análisis cinemático de la marcha en el paciente hemipléjico mediante sensores inerciales nos ha permitido objetivar el grado de oposición de un miembro inferior con respecto al otro en el plano frontal (Control-Pelvis). Variable que está muy relacionada con el control postural dinámico durante la transferencia de cargas, siendo un buen indicador de la recuperación de la marcha.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bohannon RW, Horton MG, Wikholm JB. Importance of four variables of walking to patients with stroke. *Int J Rehabil Res Int Z Für Rehabil Rev Int Rech Réadapt.* 1991;14(3):246–50.
2. Kim CM, Eng JJ. Magnitude and pattern of 3D kinematic and kinetic gait profiles in persons with stroke: relationship to walking speed. *Gait Posture.* 2004 Oct;20(2):140–6.

3. Duncan PW, Sullivan KJ, Behrman AL, Azen SP, Wu SS, Nadeau SE, et al. Protocol for the Locomotor Experience Applied Post-stroke (LEAPS) trial: a randomized controlled trial. *BMC Neurol.* 2007;7:39.
4. Chen C-L, Chen H-C, Tang SF-T, Wu C-Y, Cheng P-T, Hong W-H. Gait performance with compensatory adaptations in stroke patients with different degrees of motor recovery. *Am J Phys Med Rehabil Assoc Acad Physiatr.* 2003 Dec;82(12):925–35.
5. Sánchez Blanco, I., Irimia, P., Martínez-Vila, E, John Meyer, M, Teasell, R. Pronóstico de recuperación funcional en personas supervivientes de un ictus. *Neurologia.* 2010;25(03):189–96.
6. Kinsella S, Moran K. Gait pattern categorization of stroke participants with equinus deformity of the foot. *Gait Posture.* 2008 Jan;27(1):144–51.
7. Huitema RB, Hof AL, Mulder T, Brouwer WH, Dekker R, Postema K. Functional recovery of gait and joint kinematics after right hemispheric stroke. *Arch Phys Med Rehabil.* 2004 Diciembre;85(12):1982–8.
8. Nakamura R, Handa T, Watanabe S, Morohashi I. Walking cycle after stroke. *Tohoku J Exp Med.* 1988 Mar;154(3):241–4.
9. Jørgensen HS. The Copenhagen Stroke Study experience. *J Stroke Cerebrovasc Dis.* 1996 Sep;6(1):5–16.
10. Kollen B, Kwakkel G, Lindeman E. Time dependency of walking classification in stroke. *Phys Ther.* 2006 May;86(5):618–25.
11. Kwakkel G, Kollen B, Lindeman E. Understanding the pattern of functional recovery after stroke: facts and theories. *Restor Neurol Neurosci.* 2004;22(3-5):281–99.
12. Plan de atención al Ictus en la Comunidad Valenciana. Generalitat.Consellería de Sanitat.; 2011. 131 p. (PE).
13. Duarte E, Alonso B, Fernández MJ, Fernández JM, Flórez M, García-Montes I, et al. Rehabilitación del ictus: modelo asistencial. Recomendaciones de la Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física, 2009. *Rehabilitación.* 2010 Jan;44(1):60–8.
14. Kollen B, van de Port I, Lindeman E, Twisk J, Kwakkel G. Predicting improvement in gait after stroke: a longitudinal prospective study. *Stroke J Cereb Circ.* 2005 Dec;36(12):2676–80.
15. Kaczmarczyk K, Wit A, Krawczyk M, Zaborski J. Gait classification in post-stroke patients using artificial neural networks. *Gait Posture.* 2009 Aug;30(2):207–10.
16. De Quervain IA, Simon SR, Leurgans S, Pease WS, McAllister D. Gait pattern in the early recovery period after stroke. *J Bone Joint Surg Am.* 1996 Oct;78(10):1506–14.
17. Jørgensen HS, Nakayama H, Raaschou HO, Olsen TS. Recovery of walking function in stroke patients: The copenhagen stroke study. *Arch Phys Med Rehabil.* 1995 Enero;76(1):27–32.

18. Collado Vázquez, Susana. Análisis de la marcha humana con plataformas dinamométricas. Influencia del transporte de carga. [Madrid]: Universidad Complutense de Madrid; 2002.
19. Vilaseca JC, Figuera RG, Müller B. Técnicas instrumentales de diagnóstico y evaluación en rehabilitación: estudio de la marcha. *Rehabil Madr.* 2005;39(6):305–14.
20. Rueterbories J, Spaich EG, Larsen B, Andersen OK. Methods for gait event detection and analysis in ambulatory systems. *Med Eng Phys.* 2010 Jul;32(6):545–52.
21. Thorvaldsen P, Kuulasmaa K, Rajakangas A-M, Rastenyte D, Sarti C, Wilhelmsen L. Stroke Trends in the WHO MONICA Project. *Stroke.* 1997 Mar 1;28(3):500–6.
22. Silverman IE, Rymer MM. Ischemic stroke an atlas of investigation and treatment [Internet]. Oxford; Ashland, OH: Clinical Pub.; 2009 [cited 2012 Aug 16]. Available from: <http://public.eblib.com/EBLPublic/PublicView.do?ptilID=434063>
23. Castillo J, Chamorro A, Dávalos A, Díez-Tejedor E, Galbán C, Matías-Guiu J, et al. Atención multidisciplinaria del ictus cerebral agudo. *Med Clin Barc.* 2000;114:101–6.
24. Bonita R, Solomon N, Broad JB. Prevalence of stroke and stroke-related disability. Estimates from the Auckland stroke studies. *Stroke J Cereb Circ.* 1997 Oct;28(10):1898–902.
25. Gubitz G, Sandercock P. Acute ischaemic stroke. *BMJ.* 2000 Mar 11;320(7236):692–6.
26. Feigin VL, Lawes CMM, Bennett DA, Anderson CS. Stroke epidemiology: a review of population-based studies of incidence, prevalence, and case-fatality in the late 20th century. *Lancet Neurol.* 2003;2(1):43–53.
27. Hsu A-L, Tang P-F, Jan M-H. Analysis of impairments influencing gait velocity and asymmetry of hemiplegic patients after mild to moderate stroke. *Arch Phys Med Rehabil.* 2003 Aug;84(8):1185–93.
28. Akay M, Sekine M, Tamura T, Higashi Y, Fujimoto T. Fractal dynamics of body motion in post-stroke hemiplegic patients during walking. *J Neural Eng.* 2004 Jun;1(2):111–6.
29. Belda Lois J-M, Mena del Horno S, Bermejo Bosch I, Moreno JC, Pons JL, Farina D, et al. Rehabilitation of gait after stroke: a review towards a top-down approach. *J Neuroengineering Rehabil.* 2011;8:66.
30. Cano de la Cuerda R, Collado Vázquez S. *Neurorrehabilitación: métodos específicos de valoración y tratamiento.* Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2012.
31. Harrison TR, Kasper DL. *Harrison : principios de medicina interna.* México: McGraw-Hill; 2006.
32. Murie-Fernández M, Irimia P, Martínez-Vila E, John Meyer M, Teasell R. *Neurorrehabilitación tras el ictus.* *Neurología.* 2010 Apr;25(3):189–96.

13. TESIS DOCTORAL: LA ASISTENCIA SANITARIA, LOS CUIDADOS Y LA PROFESIÓN ENFERMERA EN VALENCIA DURANTE LA SEGUNDA MITAD DEL SIGLO XIX.

AUTORES

ESTEFANIA DEL REY CORADO

LUGAR DE TRABAJO

DIRECCIÓN ATENCIÓN PRIMARIA. DPTO VALENCIA LA FE

INTRODUCCIÓN

Se plantea una introducción al trabajo que nos va a permitir responder a dos preguntas fundamentales: ¿desde cuándo existen los cuidados de la salud?, ¿y las personas que cuidan?.

OBJETIVOS

El trabajo de investigación realizado persigue recoger entre sus líneas, las principales características de la asistencia sanitaria que se prestó a los valencianos durante la segunda mitad del siglo XIX: dónde se producía, cuales son los principales protagonistas de los cuidados de la salud, sus diferentes denominaciones y su previsible relación con el género femenino.

MATERIAL Y MÉTODO

Como método de trabajo se ha utilizado el analítico-sintético, basado principalmente en el análisis de los sucesos históricos descomponiéndolos en todas sus partes, con el objetivo de conocer las raíces económicas, sociales, políticas y religiosas que nos puedan conducir a la reconstrucción y explicación del hecho histórico a estudiar.

Y como sub-método, el cronológico, ya que en él, como en nuestra tesis, el conocimiento de la cronología de los acontecimientos estudiados constituye un fin en si misma.

DISCUSIÓN

LA INFLUENCIA DEL CONTEXTO EN EL DESARROLLO DE LOS CUIDADOS

Hemos podido comprobar a lo largo del documento cómo efectivamente se constata que el desarrollo de la profesión enfermera es un acontecimiento absolutamente ligado al desarrollo de la sociedad. Avanzar en el camino de la profesión de los cuidados y la evolución de los mismos es avanzar en el desarrollo del ser humano. Cuidados que tienen como ámbito de aplicación la familia más próxima y la tribu, pero que van extendiendo su campo de acción hacia la atención y cuidados de toda la población.

LA PROFESIÓN ENFERMERA EN EL SIGLO XIX

Es un siglo extremadamente rico en acontecimientos históricos y políticos, tanto a nivel mundial como nacional. Pero también es un siglo extremadamente duro, confuso y conflictivo tanto en lo que a la asistencia sanitaria que se presta atañe como a la gran diversidad de profesionales que la prestan. Hemos visto la continua competición existente entre médicos y cirujanos, así como la multitud de términos utilizados para referirse a los diferentes protagonistas de la asistencia sanitaria. Todos estos acontecimientos dificultan la adquisición de esa identidad tan necesaria para el auto reconocimiento de una profesión.

Posiblemente el mayor logro profesional del siglo sea la consolidación del título de practicante con la Ley Moyano y las consiguientes normativas que regulan sus contenidos y organización docente, iniciándose así la profesionalización de la profesión.

INFLUENCIA DE GÉNERO: LA MUJER COMO PROTAGONISTA DE LOS CUIDADOS

Como hemos visto a lo largo del documento, y citando a Donahue, “en nuestros inicios como no profesión, fue nuestro amor maternal y nuestra dedicación desinteresada lo que nos hacía perfectas candidatas para la puesta en práctica de los cuidados. Pero el paso del tiempo puso de manifiesto que no sólo el amor y la dedicación eran suficientes por si mismos para fomentar la salud o vencer a la enfermedad (Donahue, 1985)”, sino que el desarrollo de la enfermería como profesión necesitaba otros aspectos imprescindibles: hablamos de la experiencia y de los conocimientos.

Hemos visto cómo Estos orígenes marcaron nuestro recorrido, identificando la enfermería con la figura de la mujer, de la madre que por instinto y de forma desinteresada cuidaba de sus hijos y por extensión, de los más desvalidos. De hecho, son las mujeres, las Hermanas de la Caridad, las máximas responsables de los cuidados durante todo el siglo.

LA ORIENTACIÓN CRISTIANA DE LOS CUIDADOS Y SU INFLUENCIA EN LA ENFERMERÍA

Observamos cómo la iglesia está presente a lo largo de todos los momentos de la historia que hemos visto, los monasterios no son sólo centros religiosos, sino que también son centros de cultura y poder, apareciendo de hecho en ellos los primeros manuales enfermeros.

La iglesia está tanto presente en la asistencia a reyes y personas con poder, como en la asistencia a los más desfavorecidos, siendo durante gran parte de la historia la principal protagonista de los cuidados a esta población necesitada, con la beneficencia como principal estructura de trabajo.

Beneficencia que como hemos podido constatar supone la base de la asistencia a la mayor parte de la población durante el tan próximo siglo XIX.

EL APRENDIZAJE DEL PASADO

Al principio de nuestro trabajo recogíamos de Siles una de sus reflexiones en la que hacía alusión a la importancia que el conocimiento del pasado supone para la comprensión del presente, y también nos hacíamos a nosotros mismos la pregunta de si habíamos sido capaces de aprender de nuestra historia. Y en este punto es donde a lo mejor nos quedamos con un sabor agrí dulce, porque

al finalizar el documento nos ha quedado la sensación de no haber sido capaces, en cierto modo, como profesión y profesionales, de aprender de los errores cometidos en el pasado.

Hemos visto pasar todas las etapas de los cuidados, desde el principio de los tiempos, donde ya entonces eran considerados como una actividad de suma importancia; hasta el siglo XIX, con una profesión que ya está establecida y empieza a consolidarse.

La historia de nuestra profesión transmite una historia de continua lucha por demostrar nuestro lugar y defender nuestras competencias. Una lucha con los cirujanos, una lucha de términos, de funciones y de competencias, que nunca parecían quedar definidas. Durante esta lucha se han ganado muchas batallas, se han ganado responsabilidades y reconocimiento, pero también hemos perdido algunas importantes, como con la creación de los cirujanos dentistas.

EL LUGAR DE LOS CUIDADOS

Son tres los centros asistenciales en los que hemos visto que se atendía a los ciudadanos: la Casa de la Misericordia, la Casa de la Beneficencia y el Hospital Provincial, que dan cobertura a toda la población valenciana en lo que a asistencia médica se refiere. En todos hemos contado su historia y sus funciones.

Es cierto que a lo largo de la historia hay momentos en los que se nombran y es cierto que en algunos documentos de los revisados y citados se deja constancia de la asistencia en el domicilio de aquellas personas de clase social alta, con medios económicos, que se podían permitir recibir asistencia en sus propios domicilios, en lugar de acudir a los hospitales.

Hospitales que son reflejados en algunos documentos como lugares de hacinamiento y enfermedad, lugares a los que no era deseable llegar, ya que muchas veces significaba no volver a salir del mismo.

Y también hemos encontrado mención a la asistencia domiciliaria en las diferentes normas de la beneficencia a lo largo del siglo, y de hecho se define como la forma de asistencia de elección para los habitantes del barrio, pero sin profundizar en ella.

LA PROFESIÓN ENFERMERA COMO PROFESIÓN MANUAL

Hay un aspecto que nos ha llamado mucho la atención, y es el “menosprecio”, que hemos podido constatar y recoger en varios momentos de la revisión realizada, hacia los trabajos manuales y su adjudicación a personas o profesionales de inferior categoría.

Vemos como, en el recorrido histórico de los cuidados por las diferentes civilizaciones, ya en la civilización griega, en la edad antigua (5000 años ac), se hace explícito su desprecio hacia el trabajo manual, dejándolo en su caso en mano de esclavos, sirvientes y el entorno doméstico..

Históricamente, la profesión enfermera es considerada una profesión manual, de trabajo con el enfermo, tocándolo y actuando directamente sobre él, incluso añadiríamos, mirándole a los ojos, aspectos que nos hace muchas veces estar orgullosos de ser enfermeras.

Ya en el siglo XIX vemos cómo esta concepción del mundo clásico sigue ejerciendo una gran influencia, repercutiendo directamente en este caso en la organización de las universidades, en las

que se siguen considerando las ocupaciones manuales como “serviles”, en oposición al cultivo de las ciencias teóricas. Esta distinción posiciona los estudios de medicina en las universidades: “hombres de saber”, y la de los cirujanos o ciencias auxiliares, en los colegios, como “ocupación artesanal”.

LAS DENOMINACIONES DE LOS PROFESIONALES

Hemos asistido a un verdadero festival de términos relacionados con los profesionales de la salud. No sólo con los profesionales relacionados con el cuidado, si no con todos los profesionales relacionados con la salud.

En todos los textos consultados este aspecto ha sido considerado como algo negativo y poco facilitador para la profesión, por la indefinición que produce y la falta de estabilidad.

Si nos ha sido verdaderamente complicado llegar a recoger sobre el papel todos los términos utilizados, sus normas de regulación e incluso sus denominaciones, si en muchas ocasiones no hemos estado seguros de si estábamos hablando de profesionales médicos o de las denominadas ciencias auxiliares, nos es fácil entender la imposibilidad que existiría en el día a día durante el siglo estudiado en diferenciar un profesional de otro, su nombre, y sobre todos sus competencias.

CONCLUSIONES

Es constatable la importante y decisiva influencia que tienen los acontecimientos políticos y sociales del siglo XIX sobre la orientación de los cuidados y el progreso de la profesión enfermera.

La inestabilidad que caracteriza al siglo XIX dificulta el progreso de las ciencias de la salud, entre ellas la profesión enfermera, dificultando la formación de una identidad propia que ayude al autoreconocimiento.

Es la beneficencia la protagonista del siglo XIX en lo que a asistencia sanitaria se refiere.

Son las Hermanas de la caridad las principales protagonistas de los cuidados durante el siglo.

Son tres los centros asistenciales en los que se presta la asistencia socio-sanitaria a la población de Valencia durante este siglo: la Casa de Misericordia, la Casa de Beneficencia y el Hospital Provincial de Valencia.

BIBLIOGRAFÍA

A., P. R., & FJ., R. C. (2014). "La Pepa" y la mejora de la salud. La sanidad española desde la constitución de Cádiz hasta el fin del trienio liberal (1812-1823). Apuntes de ciencia. Boletín científico del HGU CR.

Aguilar Hendrickson, M. (2010). La huella de la beneficencia en los Servicios Sociales. Zerbitzuan, 9-16.

Alba Pagán, E. (2006). Papel de la Iglesia en la historia y construcción de una institución asistencial valenciana: el caso de la Casa de Misericordia. En F. J. Sevilla, La Iglesia española y las instituciones de caridad (págs. 395-426).

Alba Pagán, E. (Desconocido). Papel de la Iglesia en la historia y construcción de una institución asistencial valenciana: el caso de la Casa de Misericordia. Valencia: Universidad de Valencia.

Alba Pagán, E. (s.f.). Papel de la Iglesia en la historia y construcción de una institución asistencial valenciana: el caso de la Casa de Misericordia. Valencia: Universidad de Valencia.

Albarracín Teulón, A. (1985). Revolución y medicina: una interpretación de la tardía ordenación de la asistencia médica en la España del Siglo XIX. En A. Albarracín Teulón, Acta Hispánica ad Medicinae Scientiarumque. Historiam Illustrandam. Vol 5-6 (págs. 269-278). Madrid.

Alicante, D. d. (2007). Estudio de la documentación de beneficencia. Alicante: Diputación de Alicante.

Álvarez Caperochipi, J. (2010). Barberos-cirujano.

Antiguo Hospital General.mht. (s.f.).

Archivo de la Diputación de Valencia, S. I. (1864). Reglamento para el Departamento de Dementes del Hospital General. Valencia: Imprenta de Ferrer de Orga.

Archivo Diputación de Valencia Caja D.1.6. (Mayo de 1833). Reglamento de la Real Casa Hospicio de Pobles de Nuestra Señora de la Misericordia y todos los Santos de Valencia. Ciudad, Valencia, España: Imprenta de D. Benito Monfort.

Archivo General y fotográfico de la Diputación de Valencia. (22 de junio de 2015). Obtenido de archivo.dival.es.

Archivo Histórico Universidad de Valencia Caja 670. (1861). Reglamento para la enseñanza de Practicantes y Matronas. Madrid.

Ávila Olivares, J. (Octubre de 2011). Tesis Doctoral: Evolución Histórica del Movimiento Colegial de Enfermería: El Colegio de Alicante. Alicante, España.

-Ávila Olivares, J.A. (2010). ¿Existió realmente una titulación oficial con el nombre de ministrante? Cultura de los cuidados.

Ballestero Álvaro, A.M. (2002). Manual del practicante y de partos normales (1906): Contenido y curiosidades. Cultura de los cuidados.

Barona Vilar, C. (2006). Las políticas de la salud. La sanidad valenciana entre 1855 y 1936. Valencia: Universidad de Valencia.

Barona Vilar, J. (1985). La fisiología humana en la universidad española en el siglo XIX. La Universidad de Valencia. En M. Báguena Cervellera, J. Barona Vilar, & J. Fresquet Febrer, Estudios sobre la medicina y la ciencia valencianas. Siglos XVI-XIX (págs. 45-58). Valencia: Cátedra de Historia de la Medicina, Universidad de Valencia.

Barreiro Pereira, P., & Bermejo, J. (2009). El Colegio de Enfermería de Madrid. Cien años de historia. Madrid: Colegio de Enfermería de Madrid.

Barrios Flores, LF. (2002). El internamiento psiquiátrico en España: de Valencia a Zaragoza (1409-1808). Revista Cubana Salud Pública.

Bautista Peset, J. (1876). Medicina de Valencia. Valencia: Imprenta de Ferrer de Orga.

14. REPERCUSIONES DEL CUIDAR EN LA CALIDAD DE VIDA DEL CUIDADOR FAMILIAR DE PERSONAS CON CÁNCER ATENDIDAS EN UN PROGRAMA DE ATENCIÓN PALIATIVA DOMICILIARIO

AUTORES

M^a Soledad Giménez Campos

LUGAR DE TRABAJO

Área clínica de Atención Domiciliaria y Telemedicina.

CONGRESO / JORNADA EN EL QUE FUE PRESENTADO

UNIVERSITAT DE VALÈNCIA

INTRODUCCIÓN

La experiencia de los cuidados familiares es un tema de interés creciente que ha sido objeto de muchas investigaciones, especialmente en personas con dependencia de larga evolución y desde las perspectivas de la psicología y sociología. Sin embargo, la investigación desde distintas perspectivas profesionales y en otros contextos como el cáncer al final de la vida es todavía una cuestión a explorar. La perspectiva enfermera permite valorar de forma integral todas las dimensiones de la persona que pueden verse afectadas por el hecho de asumir los cuidados de un familiar, enriqueciendo las aportaciones que hasta ahora se han realizado desde otras disciplinas. Asumir la responsabilidad de los cuidados en el domicilio puede comportar una serie de consecuencias en la salud del familiar que cuida, especialmente cuando se afronta el final de la vida. Por tanto, desde el paradigma de los cuidados paliativos, procurar por el bienestar del cuidador familiar es un objetivo fundamental.

Así pues, es necesario explorar la experiencia del cuidado familiar en este entorno y determinar los factores que repercuten en la calidad de vida de la persona que asume los cuidados desde una perspectiva integral de la persona.

OBJETIVOS

Los objetivos generales de la investigación fueron:

1. Conocer la experiencia de la familia como cuidadora de personas con enfermedad oncológica que reciben cuidados paliativos en el domicilio y,
2. Evaluar los factores relacionados con la calidad de vida de los cuidadores familiares de personas con enfermedad oncológica que reciben cuidados paliativos en el domicilio a través de la determinación de las repercusiones del cuidar en su salud y de la auto percepción del estado de salud en el último año.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio con diseño descriptivo, observacional de tipo transversal. Llevado a cabo entre julio de 2015 y diciembre de 2016, en el Área Clínica de Hospitalización a Domicilio y Telemedicina del Hospital Universitari i Politècnic La Fe, perteneciente al Departament de Salut València-La Fe de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. Para la determinación de la calidad de vida se utilizaron dos variables resultado: autopercepción del estado de salud en el último año y el Cuestionario de Calidad de Vida de los Cuidadores Informales ICUB97-(2ª parte/repercusiones).

Análisis: Se procedió a realizar un análisis descriptivo de los resultados (frecuencias, medias, medianas y desviación estándar). Posteriormente un análisis de correlación bivariante (chi-cuadrado de Pearson, Índice de correlación de Pearson, Índice de correlación de Spearman, ANOVA). Por último, para el análisis de regresión se utilizó la regresión múltiple y modelo de ecuaciones estructurales (este último solo con fines preliminares, sin pretensión de conclusión, dado el tamaño de la muestra).

RESULTADOS

El perfil de la persona cuidadora fue el de una mujer, con edad próxima a los sesenta años, casada, con estudios primarios, con vínculo conyugal con el paciente y jubilada. Percibe como regular su estado de salud en el último año y presenta síntomas de ansiedad y depresión. En la muestra estudiada mayores repercusiones en la calidad de vida se relacionaron de forma positiva con la edad del cuidador familiar, las horas dedicadas a cuidar, cuidados básicos y técnicos asumidos, especialmente cuando se desarrollaban en las necesidades de nutrición, eliminación, descanso y sueño, termorregulación, higiene y protección de la piel. Asimismo, mayores repercusiones en la calidad de vida se relacionaron positivamente con la percepción de carga subjetiva de cuidados y las repercusiones asociadas al cuidar, siendo especialmente significativo cuando las repercusiones se identificaron en las necesidades de: nutrición, movimiento, descanso y sueño, higiene y protección de la piel y, evitar peligros.

En este estudio, las variables predictivas de afectación de la calidad de vida del cuidador familiar fueron: edad de la persona cuidadora, número de síntomas de depresión, número de procedimientos técnicos realizados por el familiar, carga total de cuidados, cuidados relacionados con las necesidades de: movimiento, vestirse y desvestirse y oxigenación y, las repercusiones asociadas a cuidar identificadas en las necesidades de oxigenación y de nutrición.

(Nota: para la denominación de necesidades se ha tomado como referencia la escala ICUB97)

DISCUSIÓN

[La discusión y conclusiones de la investigación puede consultarse en su totalidad en el repositorio de Tesis Doctoral de la Universitat de València. No obstante, de forma resumida, se subrayan dos aspectos de relevancia en esta investigación].

La repercusión de las tareas de cuidados (tiempo dedicado, tareas realizadas, tipo de tareas,...) en la calidad de vida de las personas que asumen los cuidados coincide con las hipótesis planteadas

por otros autores enfocadas a explicar los procesos de cuidados familiares en personas con cáncer (Schumacher et al., 2008; B. S. Swore Fletcher et al., 2012).

A la vista de los resultados, las personas cuidadoras que percibían una mayor carga de cuidados e identificaron un mayor número de repercusiones en su vida asociadas a cuidar refirieron peores percepciones del estado de salud. Además, estos hallazgos permiten identificar las dimensiones en las que repercute asumir los cuidados de un familiar al final de la vida suponiendo esto una oportunidad para poder plantear la atención a la familia, por ejemplo a través de intervenciones adecuadas y personalizadas. Al interpretar esta información, se aprecia que estas repercusiones se corresponden con cambios en el estilo de vida, coincidiendo esto con los resultados de otros estudios (Cameron, Franche, Cheung, & Stewart, 2002; Beesley et al., 2011; Mosher, Bakas, & Champion, 2013; Ross, Sundaramurthi, & Bevans, 2013).

Asimismo, la posibilidad de explorar qué factores tienen capacidad predictiva de una mayor afectación de la calidad de vida de las personas que cuidan al final de la vida permite planificar cuidados de forma proactiva a la familia, ampliando el enfoque (reactivo) de la atención en torno a constructos conceptuales como el de sobrecarga del cuidador.

CONCLUSIONES

Hasta nuestro conocimiento, no existen estudios previos que analicen los cuidados y las repercusiones en la calidad de vida del cuidador familiar de personas que reciben atención paliativa en el domicilio desde una perspectiva enfermera. Como se aprecia en la presentación de los resultados obtenidos, ha sido posible la consecución de los objetivos propuestos. No obstante, la utilización de una muestra por conveniencia y el número de sujetos que la conforman son una limitación en el alcance y generalización de las conclusiones. Son necesarias más investigaciones que amplíen los conocimientos en torno a la experiencia de la familia como cuidadora de personas con enfermedad oncológica que reciben cuidados paliativos en el domicilio que, como se alcanza en este estudio, proyecten las repercusiones del cuidar desde una perspectiva integral.

BIBLIOGRAFÍA

Beesley, V. L., Price, M. A., Webb, P. M., Australian Ovarian Cancer Study Group, & Australian Ovarian Cancer Study—Quality of Life Study Investigators. (2011). Loss of lifestyle: health behaviour and weight changes after becoming a caregiver of a family member diagnosed with ovarian cancer. *Supportive Care in Cancer*, 19(12), 1949-1956. <https://doi.org/10.1007/s00520-010-1035-2>

Cameron, J. I., Franche, R.-L., Cheung, A. M., & Stewart, D. E. (2002). Lifestyle interference and emotional distress in family caregivers of advanced cancer patients. *Cancer*, 94(2), 521-527. <https://doi.org/10.1002/cncr.10212>

Mosher, C. E., Bakas, T., & Champion, V. L. (2013). Physical health, mental health, and life changes among family caregivers of patients with lung cancer. *Oncology Nursing Forum*, 40(1), 53-61. <https://doi.org/10.1188/13.ONF.53-61>

Ross, A., Sundaramurthi, T., & Bevans, M. (2013). A labor of love: the influence of cancer caregiving on health behaviors. *Cancer Nursing*, 36(6), 474-483. <https://doi.org/10.1097/NCC.0b013e3182747b75>

Schumacher, K. L., Stewart, B. J., Archbold, P. G., Caparro, M., Mutale, F., & Agrawal, S. (2008). Effects of caregiving demand, mutuality, and preparedness on family caregiver outcomes during cancer treatment. *Oncology Nursing Forum*, 35(1), 49-56. <https://doi.org/10.1188/08.ONF.49-56>

Swore Fletcher, B. S., Miaskowski, C., Given, B., & Schumacher, K. (2012). The Cancer Family Caregiving Experience: An Updated and Expanded Conceptual Model. *European journal of oncology nursing : the official journal of European Oncology Nursing Society*, 16(4), 387-398. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2011.09.001>

OTRAS COMUNICACIONES

No expuestas en la Jornada

15. ESTUDIO PROSPECTIVO DE LOS EFECTOS ADVERSOS RELACIONADOS CON LA INFUSION DE PROGENITORES HEMATOPOYETICOS

AUTORES

Peñalver Molla, M. I., Muñoz Castellote A.K., Navarro Cava M., Perez Lopez A.I., Navarro Cuenca L., Arnau Lopez M.J., Vaquero Baltuille I., Marti Trotonda R.M., Solves Alcaina P., Carpio Martinez N.

LUGAR DE TRABAJO

H. Universitario y Politécnico La Fe

CONGRESO / JORNADA EN EL QUE FUE PRESENTADO

28º Congreso de la Sociedad Española de Transfusión Sanguinea y Terapia Celular (SETS) Porto (Portuga). Del 1 al 3 de Junio 2017l

OBJETIVOS

Analizar la incidencia de efectos adversos causados por la infusión de progenitores hematopoyéticos (PH) autólogos y alogénicos en todos los pacientes pediátricos y adultos en nuestro hospital

MATERIAL Y MÉTODO

Realizamos un estudio prospectivo de los efectos adversos ocurridos en las primeras 24 horas tras la infusión de PH en nuestro hospital.

Se revisaron las historias clínicas de los Trasplantes de PH (TPH) en los pacientes pediátricos en la primera semana post-trasplante. En los adultos se realizó una entrevista al paciente en la primera semana post-trasplante para recoger los efectos adversos que presentaba el paciente al TPH, excepto aquellos que realizaron seguimiento domiciliario y se revisó la historia clínica. Se analizaron; edad, sexo, diagnóstico, tipo de trasplante, pre-medicación, tiempo de infusión, tipo de efecto adverso, así como la gravedad y datos analíticos pre y post-trasplante.

RESULTADOS

Se han evaluado 154 infusiones de progenitores durante el periodo del 01/11/2015 al 31/10/2016, de las cuales 71 han sido autólogas y el resto alogénicas. La mediana de edad de los pacientes fue de 45 años (rango 1-70). Los pacientes pediátricos fueron 21 y el resto adultos. La mediana de volumen y células CD34 infundidas fue de 274 ml y $4 \times 10^6/\text{Kg}$ respectivamente. La mediana de

tiempo de infusión de los progenitores fue de 80 minutos (rango 15-320). Se detectó la presencia de algún efecto adverso en 51 pacientes, 4 niños y 47 adultos (33.1 %, 29 autólogos, 22 alogénicos, $p=0.086$), siendo los efectos adversos más frecuentemente detectados la fiebre, los escalofríos/tiritona, las náuseas y el dolor abdominal. La mayoría de efectos adversos fueron de gravedad 1, sólo en 2 casos la gravedad fue de 2 presentando los pacientes como síntoma importante disnea que requirió oxigenoterapia. Se administró tratamiento a 21 pacientes (antitérmicos y/o analgésicos opiáceos seguido de antibioterapia). No hubo diferencias estadísticamente significativas en el volumen y celularidad de los PH infundidos entre los pacientes que sufrieron o no efectos adversos. Las características de los PH (lavados, frescos) tampoco influyeron en la aparición de los efectos adversos. Dentro de los TPH alogénicos, se detectaron más efectos adversos en los ABO idénticos que en los que presentaban incompatibilidad ABO menor y/o mayor (34.9 % y 17 % respectivamente, $p=0.013$). Cuando analizamos la premedicación administrada, los pacientes que recibieron únicamente antihistamínicos sufrieron más efectos adversos que los que recibieron antihistamínicos + corticoides (41% vs 25%, $p=0.048$). En ningún paciente se detectaron signos ni síntomas de hemólisis.

CONCLUSIONES

Aunque se ha detectado una alta incidencia de efectos adversos a la infusión de progenitores hematopoyéticos, la práctica totalidad fueron leves y se controlaron con tratamiento sintomático. La premedicación con corticoides parece disminuir el número de efectos adversos.

BIBLIOGRAFÍA

Vidula N, Villa M, Helenowski IB, Merchant M, Jovanovic BD, Meagher R, et al. Adverse events during hematopoietic stem cell infusion: analysis of the infusion product. Clin Lymphoma Myeloma leuk 2015;15(11):e157-e162.

Sauer-Heilborn A, Kadidlo D, McCullough J. Patient care during infusion of hematopoietic progenitor cells. Transfusion 2004;44:907-916.

Sanchez-Salinas A, Cabañes-Perianes V, Blanquer M, Majado MJ, Insusti CL, et al. An automatic wash method for dimetil sulfoxide removal in autologous hematopoietic stem cell transplantation decreases the adverse effects related to the infusion. Transfusion 2012;52:2382-2386.

16. ANÁLISIS MOLECULAR DEL ADN TUMORAL CIRCULANTE EN PACIENTES CON CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO AVANZADO. INCORPORACIÓN DE LA BIOPSIA LÍQUIDA EN LA PRÁCTICA ASISTENCIAL.

AUTORES

Pérez-Simó G, Pérez-Cataldo G, Correa A, Palanca S.

LUGAR DE TRABAJO

Unidad de Biología Molecular del S. Análisis Clínicos.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, la determinación de las mutaciones en el dominio tirosina quinasa (TK) del gen EGFR (exones 18-21) es necesario para establecer un tratamiento personalizado en los pacientes diagnosticados de cáncer de pulmón no microcítico (CPNM) avanzado. La presencia de mutaciones activantes en este gen permite poder tratar al paciente con inhibidores tirosina quinasa (ITKs). Sin embargo, el diagnóstico molecular a partir del tumor incluido en parafina (FFPE) presenta serias limitaciones como puede ser la escasez de muestra en calidad y cantidad suficiente. En este sentido, el estudio del ADN tumoral circulante (ADNtc) obtenido a partir de biopsias líquidas (sangre periférica) es un procedimiento no invasivo que puede permitir estudiar el estado mutacional del gen EGFR al diagnóstico de la enfermedad, realizar un seguimiento de la respuesta al tratamiento y detectar posibles resistencias al tratamiento responsables de la progresión de la enfermedad.

OBJETIVOS

El objetivo del presente trabajo es valorar la utilidad de los estudios del ADNtc obtenido a partir de biopsias líquidas en pacientes con CPNM avanzado.

MATERIAL Y MÉTODO

Se han seleccionado 41 pacientes diagnosticados de CPNM avanzado pertenecientes al Servicio de Oncología Médica del Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia. Se han obtenido biopsias líquidas en diferentes momentos de la enfermedad (24 muestras al diagnóstico, 10 en el seguimiento y 7 a la progresión). Todas las muestras han seguido un exhaustivo protocolo de pre-análisis para asegurar la preservación del ADNtc.

El estudio del estado mutacional del gen EGFR a partir de las biopsias líquidas, se ha realizado sobre ADNtc extraído mediante el kit comercial Cobas cfDNA Sample Preparation (Roche) y para la determinación de las mutaciones se ha empleado el kit comercial Cobas EGFR Mutation Test v2 en la plataforma Cobas® 4800 (Roche Diagnóstica).

RESULTADOS

Los estudios en biopsia líquida han permitido realizar el estudio mutacional de EGFR en 24 pacientes con CPNM avanzado al diagnóstico. En siete pacientes no se dispuso de muestra de tejido FFPE en dicho momento y el análisis del ADNtc identificó una mutación activante en uno de ellos. Por la tanto, el estudio de la biopsia líquida ha permitido que un paciente más de nuestra serie haya podido beneficiarse de la administración de una terapia dirigida con inhibidores tirosina quinasa (ITKs).

El estudio de las 10 muestras al seguimiento nos ha permitido identificar en dos pacientes la mutación p.T790M, de resistencia al tratamiento con ITKs, anticipándonos a la progresión radiológica. Asimismo, de las siete muestras en el momento de la progresión, se identificó la mutación p.T790M como mecanismo molecular de resistencia al tratamiento. En total, tres pacientes de la serie podrían beneficiarse de nuevas terapias aprobadas, como son los ITKs de tercera generación, activos frente a esta mutación.

CONCLUSIONES

La biopsia líquida desempeña un complementario e importante papel en el CPNM avanzado, especialmente en el caso de no disponer de muestra de tejido FFPE al diagnóstico. Además, el estudio de marcadores moleculares a partir del ADNtc permite realizar un seguimiento de la efectividad del tratamiento y poder detectar una posible progresión de la enfermedad.

17. SOBRECARGA DEL CUIDADOR: ESTUDIO COMPARTIVO ENTRE CUIDADOS DE PACIENTES CON LESIÓN MEDULAR LM Y PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS DE MEDICINA INTERNA

AUTORES

Serra Pellicer E; Dolz Ferrer P; Zanón Miguel C; Nuñez Angulo I; Martínez Buenaventura C; Cantero Granados B.

LUGAR DE TRABAJO

Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Lesionados Medulares/ Medicina Interna

CONGRESO/ JORNADA EN EL QUE FUE PRESENTADO

XXIII Simposio Nacional ASELME.

INTRODUCCIÓN

Queremos mostrar la visión de nuestra realidad.

OBJETIVOS

Comparar la sobrecarga de trabajo y la repercusión en la calidad de vida de los cuidadores de estos dos tipos de pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio prospectivo comparativo de una muestra de 30 cuidadores, 15 en cada grupo. Analizamos y comparamos los 2 grupos en la escala Zarit durante su hospitalización.

RESULTADOS

Analizando los resultados de la encuesta, se observa más sobrecarga en los cuidadores de pacientes de MI que en los cuidadores de los pacientes LM.

DISCUSIÓN

A pesar que en un primer momento la mayoría de los cuidadores de pacientes LM, viven la experiencia como de no sobrecarga, creemos debido a la idiosincrasia de nuestra cultura y al concepto de familia que tenemos como el mediterráneo, a la larga, manifiestan un cambio significativo a sobrecarga intensa. Cambio que experimentan más rápidamente los cuidadores de pacientes de MI. Por todo ello, creemos importante trabajar con los cuidadores y es en ello que estamos.

CONCLUSIONES

Existe más sobrecarga en los cuidadores de los pacinets de MI que en los de Lm, debido a la edad avanzada de estos pacients, su pluripatología y su mal pronóstico a coarto palzao y a la escasa perspectiva de mejoría afrent a los cuidadores de pacientes LM mucho más jóvenes y con mejores pronósticos, debido a la la edad de los pacientesa, a la rápida respesta familiar tras el impacto de la lesión y a la esperanza de una mejoría.

18. UN PAÍS DIVERSO

AUTORES

Asunción López Francés, Elisa Sisteró Sala y Isabel Nuñez Angulo.

LUGAR DE TRABAJO

Hospitalización F6 (medicina Interna y Lesión Medular).

CONGRESO / JORNADA EN EL QUE FUE PRESENTADO

Congreso Nacional de Lesión Medular 2016.

INTRODUCCIÓN

La cultura entendida como parte importante de la identidad de cada persona debe ser reconocida en los cuidados de enfermería. La necesidad de adquirir nuevos conocimientos a cerca de la diversidad cultural nos compromete a ejercer nuestra profesión de manera sensible y competente.

OBJETIVOS

OBJETIVOS GENERALES:

Suministrar cuidados de enfermería a través de diversas culturas.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Valorar las diferentes respuestas a las necesidades detectadas en los pacientes y sus familias derivadas de las connotaciones culturales.

MATERIAL Y MÉTODO

Revisión de los pacientes con LM extranjeros hospitalizados en nuestra unidad en los últimos 5 años.

RESULTADOS

No se han hallado diferencias en los cuidados prestados dependiendo de la cultura, sin embargo se han detectado diferencias significativas en las respuestas a las necesidades de estos pacientes.

CONCLUSIONES

La cultura, el conocimiento de la diversidad cultural es la clave que permite un acoplamiento óptimo de las prácticas sanitarias a las necesidades de la sociedad contemporánea.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cultura y cuidados de enfermería. Juliene G.Lipson. Index de enfermería 2000; 28-29; 19-25.
2. Metodología cualitativa. Index enfermería. v 13 nº44-45 Granada 2004.
3. "El cuidado del otro". Diversidad Cultural y enfermería transcultural. Sol Torres Chamorro. Gazeta de Antropología, 2001, 17, artículo 15.
4. Aspectos epidemiológicos de la lesión medular de la población del centro nacional de rehabilitación. Dr. Ramiro Pérez, Dra. Susana Montero del Campo, Dr. Raúl Renau, Dr. Sergio Durán Ortiz. Revista Mexicana de medicina Física 2008;
5. Mirando el Cuidado desde la óptica Leininger. Lucy Muñoz Rodríguez, Marta Lucía Vásquez. Colombia Médica 2007, vol 38 nº 4.
6. R.D. 1030/2006, del 15 de septiembre por el que establece la cartera de servicios comunes del sistema nacional de salud. (art. 12,1)
7. D. 74/2007, de 18 de mayo, por el que se aprueba el reglamento sobre la estructura, organización y funcionamiento de la Atención Sanitaria en la Comunidad Valenciana (art. 6.7)
8. Entrevista clínica con el inmigrante. M.A Sirur-Flores Bates, M.C. Alvarez Herrero. Manual de atención al inmigrante 2009.

Pósters



1. **Cirugía reconstructiva en el miembro superior del tetrapléjico, «Transposición nerviosa».**
Pinazo Asensi, L., Martín Manjarrés, S., Fernández Maestra, A., Fernández Ureña, A.
2. **Efectos de la terapia acuática sobre la marcha y el equilibrio en un paciente con Síndrome medular central.**
Pinazo Asensi, L., Fernández Maestra, A., Martín Manjarrés, S., Bravo Cortés, P., Roig Casasús, S.
3. **Evidencia sobre el uso del método de los anillos de Bad Ragaz. Revisión de la bibliografía.**
Pinazo Asensi, L., Fernández Maestra, A., Martín Manjarrés, S., Fernández Maestra, Y., Fernández Ureña, A.
4. **Protocolo de tratamiento según la técnica de los anillos de bad ragaz en pacientes con lesión medular incompleta. Aplicación en un Síndrome de cauda equina.**
Pinazo Asensi, L., Fernández Maestra, A., Martín Manjarrés, S., Fernández Maestra, Y., Fernández Ureña, A., Bravo Cortés, P.
5. **Recuperación temprana y óptima del paciente intervenido de cirugía colorectal.**
Husillos Tamarit, MB., Beldad Gómez, MT.
6. **Hospitalización a domicilio en el seguimiento de pacientes en fase de aplasia tras trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos de sangre periférica. Revisión de casos desde una perspectiva enfermera.**
Giménez Campos, MS., Soriano Melchor, E., Martínez Gascó, A., Torrego Giménez, A., Viera Rodríguez, V., Ruiz García, V., Redón Pérez, AM., Amor Bort, E., Valdivieso Martínez, B.
7. **Simulación clínica: 5 años de experiencia en formación sobre terapia intratecal en pediatría.**
Blasco Belda, P., Ortí Martínez, P., Escobar Cava, P., García Robles, A., Fernández Navarro, JM.
8. **Cuidando de la familia en la unidad neonatal. Los hermanos también cuentan.**
Jaijo Sanchis, C., Pérez López, M.A., Martínez García, S., Moya Lacasa, GA., Nicasio Traver, ML.
9. **Grupos de deshabitación tabáquica en UCA Campanar.**
Jiménez Altaver, N., Borrull Guardañó, J., Civera Arjona, M., Fernando Abril, B., González Cordero, P.
10. **Uso del cribado de cáncer de cérvix en mujeres con depresión.**
Borrull Guardañó, J., Merizalde Torres, MH., Jiménez Altaver, N., González Romero, MF., Cañada Pérez, Y.
11. **Jornada de puertas abiertas del centro de salud Economista Gay (Departamento Valencia-La Fe).**
Esteve Tello, S., Menéndez Salinas, MA., Cutillas Carbonell, E.
12. **Experiencia en el seguimiento en la consulta de enfermería del paciente con patología reumática con tratamiento intravenoso.**
Nájera Herranz, C., Cánovas Olmos, I., Ivorra Cortés J., Grau García, E., Alcañiz Escandell, C., Arévalo Ruales, K., Chalmeta Verdejo, I., Feced Olmos, C., Fragio Gil, JJ., González Mazario, R., González Puig, L., Labrador Sánchez, E., Martínez Cordellat, I., Negueroles Albuixech, R., Oller Rodríguez, JE., Ortiz Sanjuán, FM., Vicens Bernabeu, E., Hervás Marín, D., Román Ivorra, JA.
13. **Bebe colodión: cuidados en la UCI neonatal.**
Martínez Molina, FS., Martí Moreno, S., Dolz Alabau, C.
14. **Habitación individual en UCI Neonatal, Rooming-in”.**
López-Godínez Tudela, L., y Dolz Alabau, C.
15. **Intervenciones enfermeras en la cetoacidosis diabética pediátrica.**
Romá Bataller, C., y Dolz Alabau, C.

16. **Evaluación de la transición a una nueva formulación de epoprostenol intravenoso en pacientes con hipertensión arterial pulmonar.**
Menéndez Salinas, MA., Sanjuán Raimundo, R., López Fornás, C., Silvestre Antón, I., Martínez Pérez, S., García Ortega, A., López Reyes, R., Climent Amorós, M.
17. **Uso clínico de los maletines de paradas y emergencias en las unidades de hospitalización de un hospital terciario.**
Ausina Ausina, MJ., Bermúdez Medina, S., Solana Altabella, A., Estrela Guardiola, A., Martínez Gómez, P., Poveda Andrés, JL.
18. **Incidencia de eventos detectados en dispositivos de estimulación cardíaca en seguimiento remoto antes de la primera visita presencial.**
Pimenta Fermisson-Ramos, P., Moreno Blanco, V., Ferrer Pardo, C., Donoso Trenado, V., Pérez Roselló, V., Alonso Fernández, P., Andrés Lahuerta A., Sancho-Tello de Carranza, MJ.
19. **Conocimiento y valoración de las voluntades anticipadas del personal sanitario de unidades de hospitalización a domicilio, oncología médica y servicios de urgencias.**
García Salvador, M., Garrido Rodríguez, N., Ribes Gadea, V., Gómez Royuela, L., Forcano San Juan, S., Ruiz García, V., Roig Campos, JC.
20. **Colocación de termómetro esofágico: ¿Dormido o despierto?** García Orts, A., Reina De La Torre, S., Pimenta Fermisson-Ramos, P., Díaz Cambronero, JI., Jimenez Cordero, S.
21. **Evaluación de la satisfacción de las enfermeras con los planes de cuidados estandarizados en un servicio de cirugía ortopédica y traumatológica.**
Correoso Rodenas, R., Fuentes Matalí, N.
22. **Valoración nutricional en consulta de enfermería a pacientes oncológicos en hospital de día de adultos.**
Navarro Forés, R., Sancho Martínez V., Marí Arques, P., Carot Aznar, I., Graullera Agustí, N., Franco Arnal, A.
23. **¿Existen diferencias en características clínicas y sociodemográficas entre ensayos aleatorizados de fármacos de pacientes con insuficiencia cardíaca con FEVI reducida y el proyecto ETIFIC?**
Oyanguren Artola, J., Latorre, P., García Garrido, LL., Faraudo, M., Lekouna, I., Nebot, M., Marichal, M., Husillos, I.
24. **Diabetes que debuta con tiña en el pie.**
Pérez Ruiz, MD., Rivero Sanz, A., Herrero Marco, J., Torres Rodríguez, FJ., Blasco Romeu, R., Cortés Fuster, S., Cebrián García, C.
25. **Elaboración robotizada de citostáticos: la formación de enfermería punto clave para la implantación.**
Gisbert Villanueva, A., Giner Chisvert, I., Bermudez Medina, S., Algaba Osambela, N., Valero García, S.
26. **Estudio de efectividad de los sistemas cerrados Phaseal® para la preparación de quimioterapia en un hospital de tercer nivel.**
Belda Furio, M., Valero García, S., López Briz, E., Vila Clérigues, N., Lleo Sapena, MJ., Poveda Andrés, JL.
27. **Cargas de trabajo de enfermería en técnicas continuas de depuración extrarrenal (TCDE): heparina sódica vs citrato.**
Moreno Vicente, MT., Blesa Luengo, ME., Oliva Chinchilla, F., Sanchez López, MA., Bonora Bastante, S.
28. **Protocolo de actuación integrado centros de salud Departamento Valencia La Fe – Grupo Gama de la Policía Local de Valencia.**
Del Rey Corado, E., Company Lladró, MJ., Lloria Cremades, MJ., Escribano Martínez, A., Navarrete Ibañez, E.
29. **Comisión de sensibilización contra la violencia de género: de la utopía a la realidad.**
Lloria Cremades, MJ., Del Rey Corado, E., Company Lladró, MJ., Escribano Martínez, A.
30. **Plan de cuidados estandarizado: anciano/a con movilidad reducida.**
Company Lladró, MJ., Lloria Cremades, MJ., Del Rey Corado, E., Esteve Tello, S., Millan Rubio, M., Arias Jorda, T.

31. **Intervención de salud con apoyo didáctico en pacientes hospitalizados por neumonía adquirida en la comunidad.**
Gimeno Cardells, A., Piró Dorado, A., Méndez Ocaña, R., Aldás Criado, I., Menéndez Villanueva, R., Orts Cortés, MI.
32. **Plan de cuidados de enfermería en pacientes con dispositivo de asistencia ventricular de media duración Centrimag.**
Cobo Clari, E., Fortea García, E., Bartolomé Bueno, C., Muñoz García, M.
33. **Valoración de la dispensación diaria de medicación a demanda como estrategia de optimización del tiempo de preparación de dosis unitarias.**
Ausina Ausina, MJ., Zamora Ferrer, E., Ruiz Caldes, MJ., Sempere Ripoll, E., Martínez Cercos, L., Romá Sánchez, E., García Pellicer, J., Poveda Andrés, JL.
34. **Factores relacionados con la adherencia al tratamiento antibiótico nebulizado en pacientes con bronquiectasias no Fibrosis Quística.**
Piró Dorado, A., Gimeno Cardells, A., Montull Veiga, B., Méndez Ocaña, R., Amara Elori, I., Reyes Calzada, S., Menéndez Villanueva, R.
35. **Impacto del absentismo involuntario no programado del personal de enfermería en la gestión de Recursos Humanos.**
Sosa Palanca, EM., Campos Delgado, C., Tomás Bartrina, G., Martinez Real, MA.
36. **Implantación de la secuenciación masiva para la detección de mutaciones en los genes brca1/2.**
Aranda, A., Fortea, A., Correa A., de Juan, I.
37. **Detección cuantitativa de reordenamiento aml1_eto en la leucemia mieloide aguda mediante pcr en tiempo real.**
López, P., Martín, N., Sargas, C., Barragán E.
38. **La visita perfecta: cómo visitar a los bebés en UCIN.**
Andrés Perales, MT., García Martínez, C., Gómez Tejero, R., Hurtado Bataller, R., Llimiñana Gresa, B., Tomás Bartrina, G.
39. **Manejo transfusional de pacientes diagnosticados de Síndrome mielodisplásico.**
Vaquero, I., Peñalver, MI., Pous, A., Moreno, D., Ramos, I., Rodríguez, R., Ovejero, MA., Martí, R., Solves, P., Carpio, N.

1. CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA EN EL MIEMBRO SUPERIOR DEL TETRAPLÉJICO, “TRANSPOSICIÓN NERVIOSA”

AUTORES

Pinazo Asensi, L(1); Martín Manjarrés, S (2) ; Fernández Maestra, A(2); Fernández Ureña, A(2)

LUGAR DE TRABAJO

1 Hospital La Fe. Servicio de Rehabilitación. Fisioterapeuta de la Unidad de Lesión Medular

2 Hospital Nacional de Paraplégicos (Toledo). Fisioterapeuta

CONGRESO / JORNADA EN EL QUE FUE PRESENTADO

XXII Simposio de la Asociación Española de Enfermería especializada en Lesión Medular (ASELME), 16, 17 y 18 de noviembre de 2016

INTRODUCCIÓN

La transposición nerviosa consiste en suturar un nervio donante (por encima de la lesión) a un nervio receptor responsable de una importante función ausente. La transferencia debe involucrar ramas motoras, que tengan su recorrido próximo anatómicamente, minimizando así el tiempo de reinervación del músculo y optimizando los resultados esperados.

OBJETIVOS

Identificar los distintos tipos de transposición nerviosa y su eficacia en la recuperación del miembro superior en el tetraplégico.

MATERIAL Y MÉTODO

Búsqueda de la literatura publicada referente a la transposición nerviosa en diferentes fuentes y bases de datos: Medline, PubMed, Cochrane y PEDro.

Los términos de búsqueda utilizados fueron: Nerve transfer, nerve transposition, tetraplegia, spinal cord injury, upper extremity, y upper limb.

Criterios de inclusión: Artículos originales, artículos en inglés o español, tetraplejía, miembro superior, desde 1960 a la actualidad. Criterios de exclusión: estudios en cadáver, transferencias tendinosas, estudios en animales.

RESULTADOS

Se seleccionan inicialmente 37 artículos, 10 quedan excluidos, 9 por irrelevantes y 1 por duplicado. Siguiendo los criterios de selección de artículos, se excluyen por no cumplir con los criterios de inclusión 17 y 2 más por criterios de exclusión. El total de artículos seleccionados para el estudio son 8.

CONCLUSIONES

La transposición nerviosa, puede ser una opción viable en la restauración funcional, de la extremidad superior en pacientes con tetraplejia, donde se puede mejorar su independencia y calidad de vida.

BIBLIOGRAFÍA

Bertelli, J., Ghizoni, M. and Tacca, C. (2011). Transfer of the teres minor motor branch for triceps reinnervation in tetraplegia. *J Neurosurg*, 114.

Bertelli, J., Tacca, C., Ghizoni, M., Kechele, P. and Santos, M. (2010). Transfer of supinator motor branches to the posterior interosseous nerve to reconstruct thumb and finger extension in tetraplegia. *The Journal of hand surgery*.

Fox IK, Davidge KM, Novak CB, Hoben G, Kahn LC, Juknis N, Ruvinskaya R, Mackinnon SE. Nerve Transfers to Restore Upper Extremity Function in Cervical Spinal Cord Injury: Update and Preliminary Outcomes. *Plast Reconstr Surg*. 2015 Oct;136(4):780-92.

Fridén J, Gohritz A. Tetraplegia Management Update. *J Hand Surg Am*. 2015 Dec;40(12):2489-500. doi: 10.1016/j.jhsa.2015.06.003. Review.

Fridén, J. and Gohritz, G. (2012). Brachialis to extensor carpi radialis longus selective nerve transfer to restore wrist extension in tetraplegia. *The Journal of hand surgery*.

Mackinnon SE, Yee A, Ray WZ. Nerve transfers for the restoration of hand function after spinal cord injury. *J Neurosurg*.2012;117:176–185.

Senjaya F, Midha R. Nerve transfer strategies for spinal cord injury. *World Neurosurg*. 2013 Dec;80(6):e319-26. doi: 10.1016/j.wneu.2012.10.001. Review.

Van Zyl, N. Hahn, J. Cooper, A. Weymouth, M. Flood, S. and Galea, M. (2014). Upper Limb reinnervation in C6 tetraplegia using a triple nerve transfer. *J Hand Surg Am*, 39(9):1779e1783

2. EFECTOS DE LA TERAPIA ACUÁTICA SOBRE LA MARCHA Y EL EQUILIBRIO EN UN PACIENTE CON SÍNDROME MEDULAR CENTRAL

AUTORES

Pinazo Asensi, L (1);. Fernández Maestra, A (2); Martín Manjarrés, S (2); Bravo Cortés, P (2).

LUGAR DE TRABAJO

1 Hospital Universitario La Fe. Servicio de Rehabilitación. Fisioterapeuta de la Unidad de Lesión Medular

2 Hospital Nacional de Paraplégicos (Toledo). Fisioterapeuta

CONGRESO / JORNADA EN EL QUE FUE PRESENTADO

XXXIII Jornadas Nacionales de la Sociedad Española de Paraplejia (SEP) en Bilbao el 16, 17 y 18 de Noviembre 2016.

INTRODUCCIÓN

El síndrome medular central se manifiesta con la pérdida de la actividad motora en miembros, con mayor afectación de los superiores. Además se acompaña de déficit sensitivo y disfunción vesical.

OBJETIVOS

Valorar la efectividad de la terapia acuática sobre la marcha y el equilibrio en el tratamiento de un paciente con síndrome medular central.

MATERIAL Y MÉTODO

Paciente diagnosticado de síndrome medular central en los niveles vertebrales C5 derecho y C6 izquierdo, ASIA D. Se aplicaron las técnicas de Halliwick, Ai-Chi y Bad Ragaz, durante 40 minutos, 3 sesiones por semana, 12 semanas.

Se realizó la valoración al inicio y al final del tratamiento mediante los test de los 10 metros, 6 minutos, TUG, WISCI II para la marcha, el SCIM III para la independencia funcional y el test de Berg y el sistema de valoración NedSVE/IBV para el equilibrio.

RESULTADOS

Marcha: test 10 metros: 57,49 vs 13.07 segundos; test 6 minutos: 126.8 vs 369.7 metros; TUG: 40.41 vs 13.50 segundos; WISCI II: 8 vs 13/20; SCIM III: 23 vs 30/40; test de Berg 29 vs 42/56; NedSVE/IBV.: 66% vs 88%.

CONCLUSIONES

La terapia acuática con las técnicas de Halliwick, AiChi y Bad Ragaz, ha conseguido mejoras significativas en la capacidad de marcha, el equilibrio y la independencia funcional en un paciente con síndrome medular central

BIBLIOGRAFÍA

1. Harvey L. Management of spinal cord injuries. A guide for Physiotherapists. Sydney, Churchill Livingstone. 2008
2. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría General de Asuntos Sociales. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO). Madrid Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. 2001
3. Güeita Rodríguez J, Alonso M, Fernández de las Penas C. Terapia acuática: Abordajes desde la fisioterapia y la terapia ocupacional. Madrid, Elsevier. 2015
4. Tripp F, Krakow K. Effects of an aquatic therapy approach (Halliwick-Therapy) on functional mobility in subacute stroke patients: a randomized controlled trial. Clin Rehabil. 2014 May;28(5):432-9
5. Bayraktar D, Guclu-Gunduz A, Yazici G, Lambeck J, Batur-Caglayan HZ, Irkec C, Nazliel B. Effects of Ai-chi on balance, functional mobility, strength and fatigue in patients with multiple sclerosis: a pilot study. NeuroRehabilitation, 2013;33(3):431-7

3. EVIDENCIA SOBRE EL USO DEL MÉTODO DE LOS ANILLOS DE BAD RAGAZ. REVISIÓN DE LA BIBLIOGRAFÍA

AUTORES

Pinazo Asensi, L (1); Fernández Maestra, A (2); Martín Manjarrés, S (2); Fernández Maestra, Y (2); Fernández Ureña, A (2).

LUGAR DE TRABAJO

1 Hospital Universitario La Fe. Servicio de Rehabilitación. Fisioterapeuta de la Unidad de Lesión Medular

2 Hospital Nacional de Paraplégicos (Toledo). Fisioterapeuta

CONGRESO / JORNADA EN EL QUE FUE PRESENTADO

XXII Simposio de la Asociación Española de Enfermería especializada en Lesión Medular (ASELME). Bilbao 2016

INTRODUCCIÓN

La lesión medular espinal se caracteriza por un déficit en la fuerza muscular y la alteración de la sensibilidad y de la propiocepción. (REF).

El uso de la terapia en el agua presenta muchas posibles ventajas en el tratamiento de la lesión medular por la disminución del peso de los segmentos corporales, el efecto de la flotación, la resistencia que ofrece el agua al movimiento y el efecto de la temperatura entre otros.

Método de los anillos de Bad Ragaz (6) es una terapia acuática individual de ejercicio contra resistencia por medio de patrones de movimiento en posición supina, con ayuda de flotación en el cuello, la pelvis y tobillos. Este método está basado en el concepto de la facilitación neuromuscular propioceptiva (FNP) que se compone de patrones tridimensionales siguiendo las diagonales del cuerpo. Los movimientos comienzan distalmente y se irradian hasta proximales. El terapeuta adapta la resistencia al paciente y la velocidad se decide en función de la resistencia adicional que ofrece el agua y del tipo de fibras musculares que se activarán durante el movimiento.

OBJETIVOS

El objetivo de este trabajo es realizar una búsqueda de la evidencia en el uso de la terapia acuática, y más en concreto del Método de los Anillos de Bad Ragaz, en el tratamiento de la lesión medular espinal.

MATERIAL Y MÉTODO

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos: Pubmed, Cochrane, Pedro y Scielo con los siguientes términos: nervous system diseases, aquatic therapy y otros términos adaptados a las diferentes bases de datos.

Criterios de exclusión: terapia en tierra, patología no neurológica, sujetos con trastorno cognitivo, menores de 18 años.

RESULTADOS

Tras aplicar al estrategia de búsqueda se obtuvieron 28 estudios, de los cuales se excluyeron 22 por no cumplir con los criterios de inclusión. De los 6 artículos seleccionados dos de ellos son de revisión, tres ensayos clínicos aleatorizados y un caso clínico.

CONCLUSIONES

La terapia acuática es útil en patología neurológica para mejorar parámetros relacionados con movilidad, equilibrio y marcha.

Existe escasa evidencia del uso de la terapia acuática en lesionados medulares

El método de los anillos de Bad Ragaz ha mostrado ser eficaz en ACV y Guillain Barre mejorando marcha, equilibrio y fuerza muscular en miembros inferiores.

Sería necesario realizar un ensayo clínico aleatorizado para comparar la eficacia de Bad Ragaz frente a otras técnicas de tratamiento en el agua o fuera de ella en pacientes con LM en fase subaguda o crónica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Marinho-Buzelli AR(1), Bonnyman AM(2), Verrier MC(2). The effects of aquatic therapy on mobility of individuals with neurological diseases: a systematic review. Clin Rehabil. 2015 Aug;29(8):741-511.
2. Kim EK, Lee DK, Kim YM. Effects of aquatic PNF lower extremity patterns on balance and ADL of stroke patients. J. Phys. Ther. Sci. 2015;27: 213–215.
3. Kim K, Lee DK, Jung SI. Effect of coordination movement using the PNF pattern underwater on the balance and gait of stroke patients. J. Phys. Ther. Sci. 2015;27:3699–3701.
4. Nascimento V, Borba G, Barros C, Garabini MC. Protocolo Hidroterápico na Síndrome de Guillain-Barré – Estudo de Caso. Rev Neurocienc 2012;20(3):392-398.

4. PROTOCOLO DE TRATAMIENTO SEGÚN LA TÉCNICA DE LOS ANILLOS DE BAD RAGAZ EN PACIENTES CON LESIÓN MEDULAR INCOMPLETA. APLICACIÓN EN UN SÍNDROME DE CAUDA EQUINA

AUTORES

Pinazo Asensi, L (1); Fernández Maestra, A (2); Martín Manjarrés, S (2); Fernández Maestra, Y(2); Fernández Ureña, A (2); Bravo Cortés, P (2).

LUGAR DE TRABAJO

1 Hospital Universitario La Fe. Servicio de Rehabilitación. Fisioterapeuta de la Unidad de Lesión Medular.

2 Hospital Nacional de Paraplégicos (Toledo). Fisioterapeuta.

CONGRESO / JORNADA EN EL QUE FUE PRESENTADO

XXII Simposio de la Asociación Española de Enfermería especializada en Lesión Medular (ASELME). Bilbao, 16, 17 y 18 de noviembre de 2016

INTRODUCCIÓN

La terapia acuática presenta muchas ventajas en el tratamiento de la lesión medular por la disminución del peso corporal, la flotación, la resistencia del agua y el efecto térmico.

Método de los anillos de Bad Ragaz (BRRM) utiliza ejercicio contra resistencia con patrones de movimiento basado en la facilitación neuromuscular propioceptiva donde la resistencia y la velocidad se adaptan al paciente según la resistencia adicional del agua y el tipo de fibras musculares

OBJETIVOS

Establecer un protocolo de terapia acuática basada en BRRM y valorar su eficacia en un paciente con Síndrome de Cauda Equina (SCE).

MATERIAL Y MÉTODO

Se presenta un programa de tratamiento siguiendo el método de los (BRRM) y su aplicación a un SCE por hernia discal L4-L5, L5-S1, que incluye patrones de tronco y MMII simétricos y asimétricos, 6 semanas, 3 veces/semana, 30 minutos.

Se realiza valoración al inicio y al final del tratamiento de marcha (10MM, 6MM, TUG y WISCI II); equilibrio (Berg); dolor (EVA); independencia (SCIM III), fuerza muscular (Daniels).

RESULTADOS

Marcha (10MM: 19,41 vs 12,20 segundos; 6: 297 vs 171 metros; TUG: 17,30 vs 24,70 segundos; WISCI II: 19 vs 16/20), equilibrio (Berg: 50 vs 46/ 56), dolor lumbar (EVA 7 vs 3/10), independencia funcional (SCIM III: 92 vs 87/100), fuerza dorsiflexores tobillo (4+/5 vs 3-/5)

CONCLUSIONES

La BRRM puede resultar un tratamiento útil en lesión medular.

Su aplicación en un SCE ha mostrado eficacia en fortalecimiento muscular, capacidad de marcha, equilibrio, independencia funcional y dolor lumbar

BIBLIOGRAFÍA

1. Güeita JR, Alonso MF, Fernández CP. Terapia acuática. Abordajes desde la fisioterapia y la terapia ocupacional. 1ª ed. Barcelona: Editorial Elsevier; 2015.
2. Kim EK, Lee DK, Kim YM. Effects of aquatic PNF lower extremity patterns on balance and ADL of stroke patients. J Phys Ther Sci, 2015;27;213-215.
3. Kim K, Lee DK, Jung SI. Effect of coordination movement using the PNF pattern underwater on the balance and gait of stroke patients. Journal of Physical Therapy Science. 2015; 27(12): 3699–3701.
4. Wajchemberg M, Leonardo LP, Rodrigues RC, Mano KS, de Sá Sottomaior M, Cohen M, et al. Reabilitação precoce de atletas utilizando hidroterapia após o tratamento cirúrgico de hérnia discal lombar: relato preliminar de 3 casos. Acta Ortop Bras. 2002; 10(2): 48-57.
5. Nascimento VLS, Borba GS, Leite CMB, Garabini MC. Protocolo Hidroterápico na Síndrome de Guillain- Barré – Estudo de Caso. Revista de Neurociencia. 2012; 20(3): 392-398.
6. Bad Ragaz Ring Method [homepage on the Internet]. Lambeck J, Gramper U. [citado Abril 2016]. Disponible en: <http://www.badragazringmethod.org/es>

5. RECUPERACIÓN TEMPRANA Y ÓPTIMA DEL PACIENTE INTERVENIDO DE CIRUGÍA COLORECTAL

AUTORES

Husillos Tamarit, M. B.(1); Beldad Gómez, M. T.

LUGAR DE TRABAJO

1- Hospital Univeritario y Politécnico La Fe . Sección Gastroenterología, Cirugía Colorrectal y Esofagogástrica

CONGRESO / JORNADA EN EL QUE FUE PRESENTADO

XXIV Congreso Nacional Asociación Española de Enfermería de Patología Digestiva (AEEPD). 1 al 3 de junio de 2017

INTRODUCCIÓN

En la cirugía colorrectal las complicaciones derivadas de la cirugía son una importante causa de estancias hospitalarias más largas con la consecuente baja satisfacción del paciente y aumento del coste sanitario. Un protocolo unificado multidisciplinar ayuda en el plan de cuidados y toma de decisiones de todos los estamentos implicados, favoreciendo un mejor pronóstico, alta temprana y mayor satisfacción del paciente. Existen estudios que evalúan la influencia de una información previa al paciente de su proceso de enfermedad y quirúrgico, apoyo de un psicólogo, nutrición temprana, prerrehabilitación cardiorespiratoria, con analgesia que evita los opiáceos y con un procedimiento que promueva la bacteriemia cero.

OBJETIVOS

La recuperación temprana y óptima del paciente intervenido de cirugía colorrectal tras la implementación de un protocolo multidisciplinar

MATERIAL Y MÉTODO

En el preoperatorio los pacientes que tienen que llevar estoma, la estomaterapeuta le marcará el punto de ubicación del estoma en la sala si está ingresado o en la consulta si viene de su casa y se realiza educación sobre ostomías. Si el paciente tiene Enfermedad Inflamatoria Intestinal se realiza un abordaje educacional previo para minimizar el impacto que supone afrontar la cirugía y los nuevos cuidados postquirúrgicos. Los pacientes tendrán apoyo de un/a psicólogo/a. Se les informará sobre la nutrición saludable, preoperatoria y postoperatoria inmediato y tardío, no hábitos tóxicos, la rehabilitación cardiorespiratoria previa y posterior a la cirugía con ejercicios específicos respiratorios, sedestación y deambulación temprana. La analgesia se controlará por el equipo de anestesiólogos desde la intervención quirúrgica. En todo el proceso intra y postoperatorio se controlarán los ítems necesarios para lograr la bacteriemia cero. Se evaluará la escala de satisfacción y complicaciones postoperatoria.

BIBLIOGRAFÍA

1. Crespo Villazán, L. Plan de cuidados de enfermería estandarizados en el paciente colostomizado. Trabajo fin de Grado. Universidad Cantabria 2013.
2. Grocott, M. P. W. and R. Pearse, M., Perioperative medicine: the future of anaesthesia, British Journal of Anaesthesia 108 (5): 723–6 (2012).
3. Guía para la planificación y el registro del cuidado del paciente ostomizado. Coloplast. Madrid 2015.
4. Instituto Antae, Estudio Coste-Efectividad de la Atención Especializada en Ostomía. España 2014.
5. Morán López, J. M., Piedra León, M., García Unzueta , M. T., Ortiz Espejo , M., Hernández González , M., Morán López, R. y Señaris, J. A., Soporte nutricional perioperatorio, ciresp.2014; 92(380 6):379 – 386.

6.HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO EN EL SEGUIMIENTO DE PACIENTES EN FASE DE APLASIA TRAS TRASPLANTE AUTÓLOGO DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS DE SANGRE PERIFÉRICA. REVISIÓN DE CASOS DESDE UNA PERSPECTIVA ENFERMERA.

AUTORES

Giménez Campos, MS; Soriano Melchor, E; Martínez Gascó, A; Torrego Giménez, A; Viera Rodríguez, V; Ruiz García, V; Redón Pérez, AM; Amor Bort, E; Valdivieso Martínez, B.

LUGAR DE TRABAJO

Área clínica de Atención Domiciliaria y Telemedicina.

CONGRESO / JORNADA EN EL QUE FUE PRESENTADO

XX Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados. ICIII. Coruña

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, el seguimiento por parte de las unidades de Hospitalización a Domicilio (HaD) de los pacientes en fase de aplasia tras la infusión de células se afianza como una alternativa asistencial a la hospitalización convencional. El uso de células madre procedentes de sangre periférica y la optimización en el tratamiento de soporte han disminuido la toxicidad y mortalidad asociadas.

Estudios publicados plantean la atención en domicilio como una alternativa segura. En concreto, la HaD es un recurso asistencial capaz de asumir estas situaciones de alta complejidad clínica y han demostrado tener un impacto positivo en la calidad de vida de los pacientes, en la disminución del riesgo de infecciones nosocomiales y en la gestión de los recursos hospitalarios. Así pues, aun considerándose un procedimiento de alto riesgo, los resultados motivan la necesidad de investigar en estas opciones asistenciales (Ringdén O, 2013; Holbro A, 2013; Preussler JM, 2012; Fernández-Avilés F, 2006).

OBJETIVOS

Describir la experiencia de una Unidad de Hospitalización a Domicilio (UHD) en el seguimiento de pacientes en fase de aplasia tras trasplante autólogo de células hematopoyéticas de sangre periférica.

Determinar las implicaciones para enfermería en términos de problemas identificados, y actividad asistencial requerida.

MATERIAL Y MÉTODO

Diseño: estudio retrospectivo y descriptivo mediante la revisión de casos atendidos entre enero de 2008 y diciembre de 2015 a través del acceso a la historia clínica hospitalaria.

Criterios de inclusión: pacientes en fase de aplasia posterior a TACH de sangre periférica atendidas en la UHD del Hospital Universitari i Politècnic la Fe.

Se empleó la Taxonomía NANDA para a codificación de problemas de enfermería y la Taxonomía NIC para la codificación de las intervenciones realizadas. EL análisis estadístico descriptivo se realizó con Microsoft Office Excel®.

RESULTADOS

Se identificaron un total de 27 episodios asistenciales bajo el esquema de seguimiento domicilio post TACH. El 63% de la muestra fueron hombres y la media de edad fue de 51 años.

La mediana de tiempo desde el TACH hasta el ingreso en HaD fue de 1 día. Los diagnósticos tratados fueron Mieloma Múltiple (51%), Linfoma No Hodgkin's (26%), Leucemia Agua Mieloide (7%), Linfoma Hodgkin's (3,7%), Linfoma del Manto(3,7%), Linfoma Folicular (3,7%), y Linfoma Primario Mediastínico (3,7%). La estancia media en HaD fue de 18 días. 19 pacientes (70%) completaron el seguimiento en domicilio, 7 (26%) precisaron reingresar de forma urgente por fiebre neutropénica y 1 paciente reingresó por fallo del injerto. Ningún paciente falleció durante el seguimiento.

La tasa de visitas de enfermería programadas por día fue de 2,1. A continuación se comentan las principales implicaciones en el proceso de cuidados: relacionado con el riesgo de infección se precisó administración de medicación por vía intravenosa (74%), obtención de muestra de sangre venosa para hemocultivos (60%); relacionado con el riesgo de sangrado. administración de productos sanguíneos (96%) y administración de medicación por vía subcutánea (66%); relacionado con deterioro de la mucosa oral por mucositis (67%) se precisó administración de medicación por vía tópica bucal (60%), alimentación parenteral (55%) y fluidoterapia (55%).

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos se muestran en rangos similares a los publicados en estudios en lo que se refiere al perfil de la muestra, supervivencia, reingresos hospitalarios y complicaciones clínicas (Fernández-Avilés F,2006; Ringdén O, 2013) .

Con respecto al segundo objetivo, no se han encontrado estudios con los que comparar directamente los resultados. No obstante, los estudios de referencia en la materia subrayan las implicaciones a nivel organizativo y asistencial que supone la atención en el domicilio de estas condiciones clínicas donde las enfermeras son un recursos fundamental y común con independencia del país y sistema sanitario que se trate (Fernández-Avilés F,2006; Ringdén O, 2013; Bergkvist K, 2013; Johnson W, 2006) .

Como limitaciones, cabe considerar principalmente la pérdida de información por omisión en historia clínica.

CONCLUSIONES

El seguimiento en la UHD de pacientes en aplasia posterior a TACH se confirma como una alternativa de atención segura y viable desde el punto de vista clínico que podría reducir el gasto sanitario y ayuda a descargar la ocupación hospitalaria.

La atención en el domicilio de este perfil de pacientes supone un impacto a nivel organizativo en las UHD a la vez que implica a las enfermeras en el desarrollo procedimientos y competencias avanzadas en el entorno domiciliario.

BIBLIOGRAFÍA

Bergkvist, K.Larsen, J., Johansson, U.-B., Mattsson, J., & Svahn, B.-M. (2013). Hospital care or home care after allogeneic hematopoietic stem cell transplantation--patients' experiences of care and support. *European Journal of Oncology Nursing: The Official Journal of European Oncology Nursing Society*, 17(4), 389–395. <http://doi.org/10.1016/j.ejon.2012.12.004>

Fernández-Avilés F, Carreras E, Urbano-Ispizua A, Rovira M, Martínez C, Gaya A, et al. Case-control comparison of at-home to total hospital care for autologous stem-cell transplantation for hematologic malignancies. *J Clin Oncol*. 2006 Oct 20;24(30):4855–61.

Holbro A, Ahmad I, Cohen S, Roy J, Lachance S, Chagnon M, et al. Safety and cost-effectiveness of outpatient autologous stem cell transplantation in patients with multiple myeloma. *Biol Blood Marrow Transplant*. 2013 Apr;19(4):547–51.

Johnson, W., Kerridge, I., Milton, C., Carr, D., Enno, A., Bray, L., & Booth, A. (2006). Hospital in the home (HITH) care following autologous stem cell transplantation for lymphoma and multiple myeloma. *The Australian Journal of Advanced Nursing: A Quarterly Publication of the Royal Australian Nursing Federation*, 23(4), 34–39.

Preussler JM, Denzen EM, Majhail NS. Costs and cost-effectiveness of hematopoietic cell transplantation. *Biol Blood Marrow Transplant*. 2012 Nov;18(11):1620–8.

Ringdén O, Remberger M, Holmberg K, Edskog C, Wikström M, Eriksson B, et al. Many days at home during neutropenia after allogeneic hematopoietic stem cell transplantation correlates with low incidence of acute graft-versus-host disease. *Biol Blood Marrow Transplant*. 2013 Feb;19(2):314–20.

7. SIMULACIÓN CLÍNICA: 5 AÑOS DE EXPERIENCIA EN FORMACIÓN SOBRE TERAPIA INTRATECAL EN PEDIATRÍA

AUTORES

Blasco Belda, P (2); Ortí Martínez, P (1); Escobar Cava, P (3); García Robles, A (3); Fernández Navarro, (1); HUIP La Fe, Valencia.

LUGAR DE TRABAJO

(1) Oncología Pediátrica (2), Unidad de Simulación Clínica (3), Farmacia

CONGRESO / JORNADA EN EL QUE FUE PRESENTADO

X Congreso Nacional de la Sociedad Española de Hematología y Oncología Pediátricas

INTRODUCCIÓN

La Simulación Clínica aumenta la seguridad del paciente y profesionales implicados. Presentamos resultados del programa formativo de punción lumbar (PL) y administración de quimioterapia intratecal (QIT), tras cinco años de experiencia.

OBJETIVOS

OBJETIVOS GENERALES: Desarrollar habilidades técnicas y no técnicas en la práctica del procedimiento.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS: Asegurar la administración correcta de medicación al paciente.

Asegurar la comunicación efectiva del equipo.

Aumentar la cultura de la seguridad en el entorno clínico.

Valorar la metodología docente mediante encuestas normalizadas

MATERIAL Y MÉTODO

Solución hidroalcohólica con fluoresceína y lámpara de luz ultravioleta. Simuladores y material de PL, hojas de prescripción electrónica simuladas y medicación correspondiente. Medios audiovisuales. Encuesta normalizada de percepción sobre la formación.

Diez alumnos por sesión. Evaluación por observación directa y videofilmación, para realización posterior del debriefing.

Contenido:

1-Introducción (metodología de la simulación).

2- Exposición teórica sobre el procedimiento, medicación, materiales, indicaciones y cuidados al paciente.

RESULTADOS

Se han realizado 10 acciones formativas a un total de 111 profesionales, 59 residentes, 48 enfermeras y 4 auxiliares

En todas las actuaciones se han cotejado las órdenes de prescripción con la medicación y realizado una correcta identificación de los pacientes previa al procedimiento.

La comunicación del equipo ha aumentado su efectividad en el segundo procedimiento de cada pareja.

Los participantes valoran la actividad muy positivamente (índice de satisfacción global del 98,14%, media ponderada de las 10 ediciones).

CONCLUSIONES

Los resultados indican que el entrenamiento basado en la simulación es un método efectivo para fortalecer las habilidades técnicas, como punción lumbar, extracción de muestras y administración de medicación y las no técnicas, como integración de la cultura de la seguridad, comunicación, coordinación, confianza y compromiso.

La comunicación del equipo ha mejorado y se ha valorado la importancia de cada rol en particular y en conjunto.

BIBLIOGRAFÍA

Yasuharu Okuda, Ethan O. Bryson, Samuel DeMaria Jr, Lisa Jacobson, Joshua Quinones, Bing Shen, and Adam I. Levine, The Utility of Simulation in Medical Education: What Is the Evidence? Mount Sinai Journal of Medicine. 76:330–343, 2009.

Rajesh Aggarwal, Oliver T Mytton, Milliard Derbrew, David Hananel, Mark Heydenburg, Barry Issemberg, Catherine MacAulay, Mary Elizabeth Mancini, Takeshi Morimoto, Nathaniel Soper, Amitai Ziv, Richard Reznick. Training and simulation for patient safety. Qual Saf Health Care 2010;19(2):34-43.

Vídeo sobre el procedimiento de punción lumbar <http://www.youtube.com/watch?v=iy4JgXTaj28>

8.CUIDANDO DE LA FAMILIA EN LA UNIDAD NEONATAL.

LOS HERMANOS TAMBIÉN CUENTAN.

AUTORES

Jaijo Sanchis, C; Pérez López, M.A; Martínez García, S; Moya Lacasa, G.A; Nicasio Traver, M.L.

LUGAR DE TRABAJO

Hospital La Fe. Servicio de Neonatología.

CONGRESO / JORNADA EN EL QUE FUE PRESENTADO

VI Congreso de enfermería neonatal. Zaragoza. 27-29 de septiembre 2017.

INTRODUCCIÓN

El ingreso de un recién nacido (RN) en la unidad neonatal (UNeo) afecta a toda la familia. Hasta ahora, los hermanos han sido los grandes olvidados en las unidades neonatales, pero a estos niños también les afecta el ingreso de su hermano pequeño y pueden experimentar miedo y confusión ante esta situación. Basándonos en los principios de los cuidados centrados en la familia parece razonable que la práctica involucre también a los hermanos.

OBJETIVOS

OBJETIVOS GENERAL:

Favorecer la formación del vínculo entre el núcleo familiar y el RN y disminuir la ansiedad de los hermanos en sus visitas al hospital.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Diseñar un programa de apoyo a los hermanos en nuestra UNeo .

Evaluar la efectividad del programa.

Evaluar la satisfacción de las familias con el programa.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio transversal y descriptivo entre los meses de noviembre de 2016 a mayo de 2017 con una muestra de 29 Hermanos de RN ingresados. El programa se diseñó en base a revisión bibliográfica y experiencias previas de otros hospitales. Se evaluó el programa mediante entrevistas personales y encuesta de respuesta múltiple tipo likert elaborada ad hoc. Se pregunta sobre la estructura del taller (espacio, horario y desarrollo), grado de satisfacción y consecución de los objetivos del programa.

RESULTADOS

Se realizó un taller para hermanos previo a la visita a la unidad. Se incorporó material de apoyo (diploma de asistencia y recomendaciones al ingreso para padres) y se habilitó un espacio de entretenimiento dentro de la unidad. Se recogieron 15 encuestas. El 90% de los padres valoran con un 10 (de 0 a 10) este programa. El 50% expresó que el horario de visita debería individualizarse. En las entrevistas expresaron su satisfacción con el programa. En ningún caso manifestaron efectos negativos.

DISCUSIÓN

Las actividades para los hermanos son habituales desde hace años en países como EEUU,UK., y sus resultados refrendados por la bibliografía consultada. Al igual que en este estudio, donde no hubo ningún efecto negativo, y las familias acogieron el programa con gran entusiasmo. Ahora, con la puesta en marcha de este programa se abren aún más las Uneo a las familias. Quizá, la única pregunta sea ¿por qué hemos tardado tanto tiempo en hacerlo?

CONCLUSIONES

Las Uneo deberían contar con programas específicos para los hermanos y sus visitas deberían ser guiadas.

Acciones futuras: Actualmente, seguimos recogiendo datos, valorando cada actividad por separado, esperando relacionarlas con la edad del hermano y el tiempo del ingreso, para adaptar el programa de apoyo de forma individualizada.

BIBLIOGRAFÍA

González, María A. Programa de ingreso de familiares a unidades de internación neonatológicas. Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá, vol. 26, núm. 1, 2007, pp.28-36 Hospital Materno Infantil Ramón Sardá Buenos Aires, Argentina.

Levick, Judy & Quinn, Marie & Holder, Amanda & Nyberg, Amy & Beaumont, Ed & Munch, Shari. (2010). Support for Siblings of NICU Patients: An Interdisciplinary Approach. Social work in health care. 49. 919-33.

Beavis A. What about brothers and sisters? Helping siblings cope with a new baby brother or sister in NICU: Neonatal intensive care unit patient information [leaflet] Cambridge: Addenbrookes Hospital NHS Trust. 2006.

Helman V, Salomone V, Freyre C, Armendáriz L, La importancia de tomar en cuenta a los hermanos en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) . Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá 200120163-167.

Dailey, Amy M., "Sibshops: How Effective Are They in Helping Siblings?" (2013).Master of Social Work Clinical Research Papers.Paper 165.

Munsch, S. & Levick, J. (2010). "I'm Special, Too": Promoting Sibling Adjustment in the Neonatal Intensive Care Unit". Health & Social Work, 26, (1), 58-64.

KARL, BETHANY C., M.S., August 2015, Child and Family Studies . The Importance of Child Life within the Neonatal Intensive Care Unit (NICU) .Director of Thesis: Jenny Chabot .

Faulkenberg A.Supporting siblings of premature babies in the nurseries. 1999. www.preemiel.org/siblings.htm (21 September 2006)

Camhi C.Siblings of premature babies: Thinking about their experience. *Infant Observation*2005; 8(3): 209-33.

Ahmann, E., Abraham, M.R., & Johnson, B.H. (2003). *Changing the Concept of Families as Visitors: Supporting Family Presence and Participation*. Bethesda, MD: Institute for Family-Centered Care.

Schwab, F., Tolbert, B., Bagnato, S., & Maisels, M.J. (1983). Sibling visiting in a neonatal intensive care unit. *Pediatrics*, 71(5), 835–838.

Ministerio de Sanidad y Política Social. *Cuidados desde el nacimiento. Recomendaciones basadas en pruebas y buenas prácticas*. Sanidad 2010.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. *Unidades de Neonatología. Estándares y recomendaciones de calidad. Informes, estudios e investigación* 2014.

reemiebabies101.com(Internet).Texas:hand to hold ;2012(actualizado 30 marzo 2017;consultado mayo 2017). Disponible en:<http://www.premiebabies101.com/nicu-sibling-support/>

Premiebabies101.com(Internet).Texas:hand to hold;2012(actualizado 17 diciembre 2014:consultado abril 2017). Disponible en:<http://www.premiebabies101.com/including-sibling-nicu-stay/>

March of Dimes Foundation. (2007). *Siblings and the NICU: Helping Your Children Cope*. White Plains, NY. March of Dimes. (2010). Website: marchofdimes.com. White Plains, NY.

9.GRUPOS DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA EN UCA CAMPANAR

AUTORES

Jimenez Altaver, N; Borrull Guardañó, J; Civera Arjona, M; Fernando Abril, B; González Cordero, P.

LUGAR DE TRABAJO

Hospital Universitario y Politécnico La Fe.

CONGRESO / JORNADA EN EL QUE FUE PRESENTADO

XXXIV CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL.

INTRODUCCIÓN

El tabaquismo es un trastorno adictivo que continúa siendo el principal factor de riesgo prevenible de enfermedad, invalidez y muerte en nuestro medio. Según la última Encuesta Europea de Salud en España (ESEE) realizada en 2014, el 23% de la población ≥ 15 años fuma a diario.

La terapia grupal ha adquirido una gran relevancia, hasta el punto de considerarse un tratamiento de primera elección por su eficiencia y efectividad.

OBJETIVOS

Conocer el perfil de pacientes y la efectividad a corto plazo de los grupos de deshabituación tabáquica realizados en la Unidad de Conductas Adictivas (UCA) de Campanar, Valencia.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo del total de grupos realizados por enfermería en la UCA de Campanar entre enero de 2015 y diciembre de 2016.

RESULTADOS

Se realizaron 10 grupos a lo largo de los dos años, con un total de 112 pacientes (67% mujeres y 33% hombres) con una edad media de 51,2 años. Al finalizar las 6 sesiones, un total de 43 pacientes (38,4%) consiguieron dejar de fumar. En total hubieron 45 abandonos (40,2%), de los cuales 9 (20%) se produjeron en la primera sesión y 5 (11%) en la sexta sesión. Un total de 33 pacientes tomaron tratamiento con vareniclina 1mg/12h y 4 utilizaron parches de nicotina. Uno de los grupos estaba formado únicamente por mujeres, con una media de edad de 52,6 años. De estas 12 participantes, 6 comenzaron tratamiento farmacológico con vareniclina, abandonando el hábito de fumar 3 de ellas (25%). Las 9 mujeres restantes abandonaron la terapia grupal, produciéndose el 55,5% de estos abandonos en las primeras tres sesiones.

CONCLUSIONES

Las intervenciones educativas de carácter intensivo sobre deshabituación tabáquica realizadas en UCA son efectivas, contribuyendo a la reducción del tabaquismo si se realizan sobre fumadores motivados para dejar de fumar. Sería conveniente para futuras investigaciones, el seguimiento a largo plazo de estos pacientes con el fin de evaluar la abstinencia al tabaco un año después del abandono del consumo.

BIBLIOGRAFÍA

Gallardo-Doménech, MA; Grasa-Lambea, I; Beni-Ruiz, D; Esteban-Herrera, A. Intervención en tabaquismo desde atención primaria de salud. Unidad de Coordinación del Plan de Drogas para Asturias. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. Gobierno del Principado de Asturias.

Ministerio de Sanidad, Servicio Sociales e Igualdad. Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Encuesta Europea de Salud en España 2014. Disponible:

en:https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/Tend_salud_30_indic.pdf

10. USO DEL CRIBADO DE CÁNCER DE CÉRVIX EN MUJERES CON DEPRESIÓN

AUTORES

Borrull Guardado, J; Merizalde Torres, MH; Jiménez Altaver, N; González Romero, MF; Cañada Pérez, Y.

LUGAR DE TRABAJO

Hospital Universitario y Politécnico La Fe.

CONGRESO / JORNADA EN EL QUE FUE PRESENTADO

XXXIV CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de cérvix es el cuarto más frecuente en las mujeres a nivel mundial, la morbi-mortalidad asociada ha logrado disminuirse en algunos países mediante la detección temprana por citología cérvico-vaginal (CDC, 2017). Según la última Encuesta Europea de Salud de España (EESA) en 2014, el 63.26% de las mujeres se realizó una citología en los últimos cinco años y el 25.76% no se la había realizado nunca (INE, 2015). Las prácticas de cribado en personas con enfermedad mental son inferiores a la población general según algunos estudios (Aggarwal A, Pandurangi A, Smith W, 2013; Mo et al., 2014). En mujeres con depresión, los datos son contradictorios (Weitlauf et al., 2013; Vigod, 2011).

OBJETIVOS

Medir la proporción de mujeres con diagnóstico de depresión clínica que se han realizado el cribado de citología cérvico-vaginal en los últimos cinco años en la USM Catarroja de Valencia.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó la estimación puntual de la proporción de mujeres con diagnóstico de depresión que acuden a la USM de Catarroja con edades comprendidas entre 25 y 65 años, que se han realizado citología cérvico-vaginal en los últimos cinco años. La muestra poblacional se registró de abril a junio de 2016 y los datos se accedieron mediante el sistema electrónico sanitario Orion Clinic y Abucasis. Se utilizó el paquete estadístico R.

RESULTADOS

Se registraron un total de 106 mujeres con una edad media de 49,71 años. Una media del 39% con IC 30.1-49.1 ($p \leq 0.005$) tenían alguna citología registrada en los últimos 5 años, un 3% ($n=3$) no habían sido cribadas por tener una histerectomía previa y un 57% ($n=61$) de las mujeres con depresión no tenían registradas ninguna citología en los últimos cinco años. Los profesionales que

realizaron el cribado eran ginecólogos (tanto de Unidades de Salud Sexual y Reproductiva como de consultas externas de ginecología) y matronas de zona.

CONCLUSIONES

La proporción de mujeres con depresión que accede al cribado secundario de cáncer de cérvix por citología cérvico-vaginal es más baja que en la población general. De esta manera estarían expuestas a un exceso de riesgo oncológico que podría evitarse mediante intervenciones por parte de enfermería de salud mental.

BIBLIOGRAFÍA

Aggarwal A, Pandurangi A, Smith W. Disparities in breast and cervical cancer screening in women with mental illness: a systematic literature review. *Am J Prev Med.* 2013 Apr;44(4):392-8. doi: 10.1016/j.amepre.2012.12.006.

Centres of Disease of Control. (HPV)-associated cancers. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, CDC. Disponible en: <http://www.cdc.gov/cancer/hpv/>

Instituto Nacional de Estadística, 2017 [Internet]. Encuesta Nacional de Salud 2013-2014. Ficheros de microdatos. [Acceso 03 de febrero de 2017]. Disponible en: http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176784&menu=resultados&idp=1254735573175

Mo PKH, Mak WWS, Chong ESK, Shen H, Cheung RYM. The prevalence and factors for cancer screening behavior among people with severe mental illness in Hong Kong. *PloS one.* 2014 9(9): e107237. doi:10.1371/journal.pone.0107237

Vigod SN, Kurdyak PA, Stewart DE, Gnam WH, Goering PN. Depressive symptoms as a determinant of breast and cervical cancer screening in women: a population-based study in Ontario, Canada. *Arch Womens Ment Health.* 2011 Feb 11; 14(2), 159-168. doi: 10.1007/s00737-011-0210-x

Weitlauf JC, Jones S, Xu X, Finney JW, Moos RH, Sawaya GF, y Frayne SM. Receipt of cervical cancer screening in female veterans: impact of posttraumatic stress disorder and depression. *Womens Health Issues.* 2013 ; 23(3): e153–e159. doi:10.1016/j.whi.2013.03.002.

11. JORNADA DE PUERTAS ABIERTAS DEL CENTRO DE SALUD (C.S.) ECONOMISTA GAY (DEPARTAMENTO VALENCIA-LA FE)

AUTORES

Esteve Tello S; Menéndez Salina M; Cutillas Carbonell E.

LUGAR DE TRABAJO

Centro de Salud Economista Gay.

CONGRESO / JORNADA EN EL QUE FUE PRESENTADO

Congreso Nacional de Hospitales y Gestión Sanitaria. Sevilla 29, 30 y 31 de marzo de 2017.

INTRODUCCIÓN

Con motivo del 25 Aniversario del C.S. “Economista Gay” se ha llevado a cabo una Jornada de Puertas Abiertas donde, trabajadores de todas las categorías profesionales se han implicado para dar a conocer diversas charlas informativas y talleres, dirigidos tanto a usuarios como al propio personal del centro.

A través de estas jornadas se da la oportunidad a los usuarios de conocer más de cerca aquellos recursos que su centro de salud puede ofrecerles.

OBJETIVOS

Fomentar el “empoderamiento” de nuestros usuarios en el manejo de su salud.

Dotar a los profesionales de nuevas herramientas en educación para la salud con técnicas grupales.

MATERIAL Y MÉTODO

La difusión de estos talleres se realizó a través de carteles informativos.

Se informó a los usuarios a través de los profesionales del centro.

Se realizaron dos charlas informativas y siete talleres, con duración de 30-60 minutos.

La jornada comenzó a las 9h con el taller “Cuidados de la piel” y finalizó a las 19.30h con un taller sobre “Alimentación Saludable”.

Se acondicionaron las zonas comunes con mobiliario facilitador de la comunicación y material audiovisual.

RESULTADOS

Al finalizar cada taller se les proporcionó una encuesta donde se valoraron diferentes ítems, como idoneidad y satisfacción.

Los resultados obtenidos muestran la buena acogida de esta jornada por parte de todos los participantes.

CONCLUSIONES

Con los resultados obtenidos en las encuestas de valoración realizadas a los asistentes a la jornada, evidenciamos la importancia y la necesidad de realizar actividades de este tipo de manera habitual.

Con estas intervenciones los profesionales han empleado las herramientas de técnicas grupales en educación para la salud con gran satisfacción, lo que les motiva para seguir utilizándolas en su práctica diaria.

BIBLIOGRAFÍA

Plan de Salud de la Comunidad Valenciana 2016-2020

<http://es.slideshare.net/giacowingroad13/tecnicas-de-comunicacion-grupal- marco-bellotto>

<http://www.habilidades-sociales.comtecnicas-y-dinamicas-para-reforzar-el-aprendizaje-aprender-mejor/7>.

Antons, K. Práctica de la dinámica de grupos. Herder. Barcelona. 1989.

12.EXPERIENCIA EN EL SEGUIMIENTO EN LA CONSULTA DE ENFERMERÍA DEL PACIENTE CON PATOLOGÍA REUMÁTICA CON TRATAMIENTO INTRAVENOSO

AUTORES

Nájera Herranz C; Cánovas Olmos I; Ivorra Cortés J; Grau García E; Alcañiz Escandell C; Arévalo Ruales K; Chalmeta Verdejo I; Feced Olmos C; Fragio Gil JJ; González Mazario R; González Puig L; Labrador Sánchez E; Martínez Cordellat I; Negueroles Albuixech R; Oller Rodríguez JE; Ortiz Sanjuán FM; Vicens Bernabeu E; Hervás Marín D; Román Ivorra JA.

LUGAR DE TRABAJO

Servicio de Reumatología. HUP La Fe.

CONGRESO / JORNADA EN EL QUE FUE PRESENTADO

Congreso europeo EULAR y Congreso Nacional de la Sociedad Española de Reumatología.

INTRODUCCIÓN

En el manejo del paciente en tratamiento con fármacos intravenosos, es recomendable su monitorización periódica para garantizar su seguridad.

La Consulta de Enfermería de pacientes con patología reumática en tratamiento intravenoso supone un gran apoyo, en ella se monitoriza al paciente cuando acude a la consulta antes de la administración del tratamiento y previo a la consulta médica.

OBJETIVOS

Analizar el número y tipología de las incidencias detectadas por la Consulta de Enfermería previamente a la administración de tratamiento intravenoso.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio observacional transversal, con recogida de datos del protocolo de actuación de la Consulta de Enfermería de pacientes con patología reumática en tratamiento intravenoso del Servicio de Reumatología del HUP La Fe, que se inicia en el 2012. En dicho protocolo, el día anterior se contacta telefónicamente con el paciente recabando información de su estado para detectar cualquier incidencia que sea susceptible de ser tratada y/o que pueda afectar al mismo. Con esto se asegura la correcta cumplimentación del tratamiento, mejorando la adherencia.

Los datos recogidos han sido sexo y diagnóstico del paciente, tratamiento intravenoso administrado, si la enfermera ha detectado alguna incidencia previa a la administración, si se ha detectado de forma presencial o mediante llamada telefónica y el tipo de incidencia.

El análisis bioestadístico de los datos se realizó mediante el software R versión 3.3.2.

RESULTADOS

Se han analizado 7809 registros correspondientes a 545 pacientes, siendo mujeres el 73%. Del total de pacientes, el 48,25% eran osteoporosis (OP), 30,1% artritis reumatoide (AR), 5,7% espondilitis anquilosante (EA), 4,2% lupus eritematoso sistémico (LES), el 2,9 artritis psoriásica (APS) y el 8,3% otros diagnósticos.

Los tratamientos administrados son por un lado terapias antirresortivas (7,8% de los tratamientos administrados) y por otro terapias biológicas e inmunosupresoras, siendo los tratamientos más numerosos tocilizumab (38,89%), infliximab (31,9%) y abatacept (18,05%). De los 7809 registros, se registraron 477 incidencias (6,1%), correspondiendo a la terapia antirresortiva solo 33 de ellas y las 444 restantes a terapias inmunosupresoras. El 63,7% de las incidencias fueron detectadas de forma telefónica.

De las 477, tan solo 33 de ellas corresponden a pacientes con osteoporosis, siendo la mayoría (93%) propias de enfermedades autoinmunes.

El análisis bioestadístico muestra que en los pacientes con LES hay mayor probabilidad de incidencias (4,8% de las incidencias corresponden a 392 registros de LES; $P=0,026$) que en el resto de enfermedades autoinmunes. Por otro lado, en los pacientes con AR y EA las incidencias detectadas son mayoritariamente por vía telefónica ($p=0,047$ y $0,029$ respectivamente). También se observa un mayor número de incidencias en las administraciones intravenosas con TCZ ($p=0,009$).

CONCLUSIONES

La Consulta de Enfermería de pacientes con patología reumática en tratamiento intravenoso ha realizado el seguimiento de más de 500 pacientes con solo un 6% de incidencias, contribuyendo a mejorar el estado de salud del paciente y facilitando su monitorización. Además al identificar las incidencias, se reduce el número de consultas médicas presenciales, se evita la preparación de medicación que no se va a administrar y en resumen se mejora la gestión de los recursos sanitarios hospitalarios.

13. BEBE COLODIÓN: CUIDADOS EN LA UCI NEONATAL

AUTORES

Martínez Molina FS.; Martí Moreno S. y Dolz Alabau C.

LUGAR DE TRABAJO

UCI PEDIÁTRICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO Y POLITÉCNICO LA FE DE VALENCIA.

CONGRESO / JORNADA EN EL QUE FUE PRESENTADO

XXXVIII CONGRESO NACIONAL DE LA ASOCIACIÓN NACIONAL DE ENFERMERÍA DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS Y NEONATALES. Celebrado en mayo de 2017 en Santander.

INTRODUCCIÓN

El vocablo “bebé colodión” define una rara dermatosis del recién nacido cuya característica principal es la presencia de una membrana gruesa, adherente, brillante y transparente que recubre casi en su totalidad la superficie del mismo. La compresión mecánica de dicha membrana provoca alteraciones dismórficas de los rasgos faciales, así como pseudocontracturas. Todo ello, junto con las complicaciones derivadas de la alteración de la función barrera de la piel hace que sea una ictiosis congénita severa con alto riesgo neonatal. Sin embargo, debido a los avances en cuidados intensivos neonatales y el trabajo conjunto multidisciplinar han mejorado mucho el pronóstico de estos pacientes.

Su identificación clínica, curso evolutivo y enfoque terapéutico son de gran importancia debido a su alta morbimortalidad. Dada la naturaleza rara de este trastorno, los profesionales de enfermería disponemos de escasa experiencia en el cuidado del bebe colodión y es por ello, que decidimos realizar esta investigación y poder disponer de información suficiente para proporcionar una atención óptima y de calidad a estos pacientes.

OBJETIVOS

OBJETIVOS GENERAL:

Elaborar una pauta de cuidados enfermeros basados en la mejor evidencia, en el manejo del bebe colodión en las unidades de cuidados intensivos neonatales para mejorar la calidad de su atención.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Facilitar información actual al personal de enfermería, sobre los cuidados necesarios que se le deben proporcionar al bebé colodión.

Optimizar el cuidado de la piel y reducir las posibles infecciones.

Mejorar la calidad de vida del paciente reduciendo las posibles complicaciones. Educar a los padres sobre el cuidado de su hijo/a.

MATERIAL Y MÉTODO

Método Información bibliográfica para la investigación: Para la elaboración de esta revisión bibliográfica fueron recorridas las siguientes etapas: identificación del tema, búsqueda en la literatura, extracción de los resultados de los estudios incluidos, interpretación de los resultados y síntesis del conocimiento o presentación de la revisión integradora.

La planificación de la estrategia de la búsqueda, la realización de la misma y la determinación de la pertinencia y relevancia de la documentación encontrada fue realizada por dos revisores. Con el fin de dar respuesta a la pregunta de investigación y, con ello, a los objetivos planteados, se realizó una búsqueda bibliográfica durante los meses de diciembre del 2016 a febrero del 2017 en las siguientes bases de datos: SCIELO, como base de datos en ciencias de la salud hispano-portuguesa; DIALNET, como base de datos de la literatura científica hispana; LILACS, como base de datos de la literatura científica y técnica en salud de América Latina y Caribe. De igual modo, se empleó Google académico como buscador de artículos. Fueron varios los descriptores empleados (bebe colodión, ictiosis, enfermedades de la piel. cuidados, unidad de cuidados intensivos, enfermería) en las diferentes bases de datos para la realización de la búsqueda, que se combinaron mediante el operador booleano [AND]. Los criterios de inclusión para la selección de material a estudio fueron que se trataran de artículos publicados entre un periodo de tiempo comprendido entre el 2007 y el 2017 que obtuvieran información acerca de los cuidados de enfermería del bebe colodión en las unidades de cuidados intensivos neonatales. Los criterios de exclusión, artículos que estuviesen duplicados, publicados en un periodo superior a 10 años y que no trataran el tema abordado. Método sistemático y organizado mediante un póster: Elaboración de un poster científico donde se muestran las intervenciones y cuidados enfermeros que precisa el bebé colodión durante su hospitalización en la UCI Neonatal.

RESULTADOS

Los avances de la terapia neonatal han sido claves para mejorar el pronóstico de las ictiosis congénitas severas como es el caso del bebé colodión. Por ello, es necesario trasladarlo a una unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN) ubicando al neonato en la incubadora, con humedad alta constante y sin variaciones en la temperatura, para proporcionar los cuidados del sistema tegumentario inapelables. De igual modo se requiere realizar una monitorización minuciosa de las pérdidas hídricas y electrolíticas y del estado nutricional, y una vigilancia estrecha para la detección y tratamiento precoz de las infecciones. Por último, no hay que olvidarse de la importancia de una buena educación y comunicación con la familia.

DISCUSIÓN

En la presente revisión se aborda el significado de bebé colodión, así como sus cuidados requeridos puesto que esta enfermedad constituye un riesgo para la vida del paciente ya que la piel pierde su función de barrera normal, produciéndose alteraciones en la regulación térmica y un mayor riesgo de infección. Como bien expone el artículo “Ictiosis laminar” se trata de una enfermedad que no posee ningún tratamiento curativo específico, pero si podemos contar con una serie de medidas que ayudan a mejorar los síntomas. Del mismo modo, en la ASIC (Asociación Española de Ictiosis) existen guías para padres y niños con consejos generales para aprender a vivir con la ictiosis.

CONCLUSIONES

Dado que esta patología es una entidad de presentación muy rara y que tiene un gran impacto en la calidad de vida de los pacientes y familias, el profesional de enfermería tiene una gran responsabilidad en la atención integral del bebé colodión y debe estar capacitado para aplicar todas las intervenciones relaciones con el cuidado de la piel, así como prevenir, disminuir o solucionar complicaciones. El pronóstico de este grupo de pacientes ha mejorado considerablemente en los últimos años debido a un mayor conocimiento de esta patología. No se trata de una enfermedad curable, pero se puede realizar una intervención enfermera adecuada con la finalidad de poder disminuir al mínimo las secuelas. De igual modo, la enfermera juega un papel importante en el abordaje psicológico, ofreciendo apoyo y educación a la familia, transmitiéndoles seguridad y confianza para disminuir sus preocupaciones y ansiedad, y de esta manera poder enfrentarse de la mejor manera posible a esta enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pérez Elizondo, AD, y Del Pino Rojas, GT. Ictiosis graves del recién nacido: una patología infrecuente. Arch Inv Mat Inf 2010; II (2):56-59.
2. Velásquez Arbaiza, I. La representación de la ictiosis en el discurso familiar y su relación con la calidad de vida de quienes la padecen. Ternativas. ISSN: 1390-1915 • VOL. 15 (3) 46-55. Agosto 2014.
3. Martínez, T. Dpto. Dermatología. Hospital General Valencia. ASIC, Asociación Española de Ictiosis. [Internet]. Consultado el 1 de marzo 2017. Disponible en URL:http://www.ictiosis.org/sobre_ictiosis/Info_ictiosis/info.htm#
4. Fonseca Capdevila E. Ictiosis. Asociación española de pediatría. Aeped. 2007 5. Ecured. Ictiosis laminar. [Internet]. Consultado el 1 de marzo 2017. Disponible en URL: https://www.ecured.cu/Ictiosis_laminar
6. González Sabin, M. Bebé colodión: Buscando respuestas bajo el “papel celofán”. Proyecto Lumbre: Revista Multidisciplinar de Insuficiencia Cutánea Aguda, ISSN-e 2255-3487, Mes 8 (febrero), 2015, págs. 17-21.
7. Sánchez Monterrey, I.; Sarmiento Portal, Y.; Crespo Campos, A. y Portal Miranda ME. Ictiosis congénita grave. Revista Cubana Pediatr v.81 n.1 Ciudad de la Habana ene.-mar. 2009.
8. Medline Plus. Ictiosis laminar. Versión en inglés revisada por: Richard J. Moskowitz, MD, dermatologist in private practice, Mineola, NY. Review provided by VeriMed Healthcare Network. Also, reviewed by David Zieve, MD, MHA, Isla Ogilvie, PhD, and the A.D.A.M. Editorial team. Última revisión diciembre 2014.
9. Alfageme Roldán, F.; Ciudad Blanco, C.; Hernanz Hermosa, JM. y López Sanz, E. Bebé colodión: manejo y proceso diagnóstico. Servicios de Dermatología y UCI Neonatal. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. Acta Pediatr Esp. 2007.

10. Vega Almendra, N. y Aranibar Duran, L. Ictiosis hereditaria: desafío diagnóstico y terapéutico. Revista Chilena de Pediatría, Volume 87, Issue 3, Pages 213-223. Elsevier.

11. Batalla, A.; Flórez, A.; Posada, C.; Rodríguez-Pazos, L.; Rosón, E. y De La Torre, C. Bebé colodión: su evolución. Presentación de tres casos. Dermatología Pediátrica Latinoamericana. Volumen 11, nº 1. Enero/Abril 2013.

14. HABITACIÓN INDIVIDUAL EN UCI NEONATAL, ROOMING-IN

AUTORES

López-Godínez Tudela L y Dolz Alabau C.

LUGAR DE TRABAJO

UCI PEDIÁTRICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO Y POLITÉCNICO LA FE DE VALENCIA.

CONGRESO / JORNADA EN EL QUE FUE PRESENTADO

XXXVIII CONGRESO NACIONAL DE LA ASOCIACIÓN NACIONAL DE ENFERMERÍA DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS Y NEONATALES. Celebrado en mayo de 2017 en Santander.

INTRODUCCIÓN

Actualmente en las unidades de cuidados intensivos neonatales (UCIN) se ha extendido la necesidad de realizar intervenciones dirigidas a favorecer el bienestar del prematuro o neonato crítico y su familia, entendiéndolos a ambos como una unidad. La estructura y organización de la UCI neonatal debe favorecer un ambiente tranquilo que apoye la comodidad de los padres y favorezca la proximidad y vinculación con su hijo enfermo. Y es por ello, que se están desarrollando programas de humanización de la asistencia con iniciativas, como el modelo Rooming-in de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del “St.Joseph Krankenhaus, Berlín- Tempelhof” en Alemania o del Magee-Womens Hospital de UPMC, Pittsburgh, Pennsylvania en Estados Unidos, donde se dispone de habitaciones individuales para los niños y sus familias. El profesional de enfermería ocupa un lugar fundamental para llevar a cabo tanto los avances técnicos como de humanización en los cuidados durante su atención, siendo su principal preocupación el bienestar del niño y su familia. El presente trabajo de investigación consiste en fomentar la reestructuración de las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales y pediátricos en los hospitales de España, implementando habitaciones individuales para los niños en estado crítico y su familia. En inglés Rooming-in.

OBJETIVO GENERAL

Promover la reestructuración de las unidades de cuidados intensivos neonatales en los hospitales de España describiendo las características del diseño de una UCI neonatal con habitaciones individuales de otros países y determinar las ventajas y limitaciones de este tipo de unidades para los neonatos en estado crítico, su familia y los profesionales de la salud.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Individualizar los cuidados.

Mejorar la atención del paciente crítico neonatal y familia.

Optimizar la vinculación neonato-familia

Favorecer la comunicación y relación entre familia-enfermería.

Preservar la intimidad del neonato, la familia y el trabajo de enfermería

Aportar seguridad a los padres en el cuidado de su hijo en la unidad, facilitando así los cuidados en el hogar.

Disminuir el coste de los servicios prestados a largo plazo.

MATERIAL Y MÉTODO

Método de Información bibliográfica para la investigación: Se llevó a cabo una revisión del modelo Rooming-in de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del “St. Joseph Krankenhaus, Berlín-Tempelhof” Alemania y del Magee-Womens Hospital de UPMC, Pittsburgh, Pennsylvania, Estados Unidos. Además, se ha realizado una búsqueda de información en bases de datos (Medline, PubMed, LILACS, Scielo) y artículos de investigación relacionados con el tema. La estrategia de búsqueda se ha desarrollado combinando los términos de las palabras clave/descriptores: Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal, habitación individual, reestructuración, cambio, humanización, prematuro, familia y enfermería, con los operadores booleanos and, or, not y with y el periodo de búsqueda se ha limitado a 10 años, seleccionando artículos publicados en inglés, alemán y español. En ambos modelos Rooming-in las variables analizadas fueron la eficacia y eficiencia de los cuidados de enfermería y resultados de los mismos en el paciente, el tiempo de recuperación del niño, la unidad y privacidad familiar, el vínculo afectivo madre/padre-hijo, el cambio en la rutina de trabajo de los profesionales y el coste de los servicios prestados.

Método sistemático y organizado mediante un póster: Elaboración de un póster científico donde se exponen los beneficios e inconvenientes de las habitaciones individuales en la UCI neonatal.

RESULTADOS

Existe una base legal que reconoce el derecho del niño a estar acompañado por su padre, madre o tutor: “La Carta Europea de los Derechos del Niño Hospitalizado, adoptada en 1986 por unanimidad del Parlamento Europeo, Consejo de Europa, UNICEF y la OMS, proclama entre otros especialmente, el derecho a estar acompañado por su madre, padre o persona que los sustituya, el máximo tiempo posible, como cuidadores principales y no como meros espectadores pasivos. Así como, a recibir tratamiento o la realización de exploraciones y pruebas clínicas con la información previa, el consentimiento y la participación de la madre o padre siempre que su estado no lo contraindique”. En ambos estudios revisados se demuestra una notable reducción de la hospitalización de los grandes prematuros, lo cual justifica la inversión en la infraestructura a largo plazo y se evidencia que el diseño de una UCIN, que apoya el desarrollo y está centrado en la familia, tiene un impacto positivo en la inversión económica de un hospital tras la apertura de una nueva unidad.

DISCUSIÓN

Estas unidades individuales han supuesto una mejora para el paciente y su familia, sin embargo, existe poca información sobre su proceso de diseño. La mayoría de las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales de España, no cuentan con este servicio debido a que este proyecto precisa de un presupuesto importante y supondría un gran cambio para el personal sanitario. Por este motivo, surge la necesidad de desarrollar estudios de investigación, en los cuales, se identifiquen

los beneficios e inconvenientes de esta reestructuración. Estas unidades individuales han supuesto una mejora para el paciente y su familia, sin embargo, existe poca información sobre su proceso de diseño. La mayoría de las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales de España, no cuentan con este servicio debido a que este proyecto precisa de un presupuesto importante y supondría un gran cambio para el personal sanitario. Por este motivo, surge la necesidad de desarrollar estudios de investigación, en los cuales, se identifiquen los beneficios e inconvenientes de esta reestructuración.

CONCLUSIONES

En el modelo Rooming-in se individualiza la atención al neonato y su familia, además se facilita y mejora la comunicación enfermera-familia, en un ambiente libre de ruidos y/o interrupciones, respetando escrupulosamente la unidad y privacidad de la familia. La implicación de los padres en los cuidados del neonato en estado crítico, evidencia grandes beneficios y aumenta la confianza que la familia tiene en los profesionales, potenciando así la seguridad de los padres en el cuidado de su hijo durante su hospitalización, influyendo positivamente con ello en los cuidados posteriores al alta. El profesional de enfermería responsable del cuidado y bienestar del neonato crítico requiere de habilidad y sensibilidad para ofrecer una atención humanizada y de calidad al bebe y a su familia, desarrollando intervenciones que facilitan la interacción dinámica entre recién nacido, familia y profesional de enfermería.

BIBLIOGRAFÍA

1. Consejo interterritorial del sistema nacional de salud. Impulsar y armonizar la humanización de la asistencia en las unidades de cuidados intensivos pediátricas y neonatales del sistema nacional de salud. Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad, 2013.
2. Erdevé, O.; Kanmaz, G. y Dilmen, U. Efectos de la Implementación de Habitaciones Individuales en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales como Parte de un Programa Sanitario Centrado en la Familia. Segunda edición. Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC). Salud i Ciencia. Jun 2012, 19(2):148-51.
3. Zamora Pasadas, M.; Martínez Arcos, C.; Sánchez Guerrero, L.; Crespillo García, E.; Perea Milla, E. y Reyes Alvarado, S. Percepciones de los padres y las madres de recién nacidos ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos neonatales y su opinión sobre la hospitalización compartida. Ética de los Cuidados. 2010 ene-jun; 3(5).
4. Van Enk, RA. and Steinberg, F. Comparison of Private Room With Multiple-Bed Ward Neonatal Intensive Care Unit Environments. HERD Volumen 5, Número 1, pp 52-63. 2011 Vendome Group, LLC.
5. Domanico, R.; Davis, DK.; Coleman, F. and Davis,BO. Documenting the NICU design dilemma: parent and staff perceptions of open ward versus single family room units. Journal of Perinatology. 2010. Vol. 30, 343-351

6. Shahheidari, M. y Homer, CSE. Impact of the design of Neonatal Intensive Care Units on neonates, staff, and families: A systematic literature review. *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*. 2012. Vol.26 (3):260-276.
7. Escudero, D.; Viña, L. y Calleja, C. Por una UCI de puertas abiertas, más confortable y humana. *Es tiempo de cambio. Med. Intensiva*. 2014. Vol. 38(6):371---375
8. St. Joseph Krankenhaus Berlin Tempelhof. Leidenschaft fürs Leben Helfen und Heilen im St. Joseph Krankenhaus. Redaktion Almut Wiedenmann, Corinna Riemer. St. Joseph Krankenhaus Berlin Tempelhof. Berlin GmbH 2015.
9. Web St. Joseph Krankenhaus, Berlín Tempelhof. Perinatalzentrum Level 1. Consultado el 16 de enero de 2017. Disponible en: <https://www.sjk.de/de/kliniken/klinik-fuer-kinder-und-jugendmedizin/neonatologie.html>
10. Blog de Parra-Müller, arquitectura de maternidades. Impact of the design of Neonatal Intensive Care Units on neonates, staff, and families: A systematic literature review Muller A. Visita a la Unidad de Cuidados neonatal y pediátrica del Hospital St. Joseph en Berlín- Tempelhof. 2014. Alemania. Consultado el 16 de enero de 2017. Disponible en: <http://www.arquitecturadematernidades.com/es/blog/visita-la-unidad-de-cuidados-intensivos-neonatal-y-pediatrica-del-hospital-st-joseph-en-berlin>
11. Milford, CA.; Zapalo, BJ. and Davis, G. Transition to an individual-room NICU design: process and outcome measures. *Neonatal Netw*. 2008 Sep-Oct; Vol. 27(5):299-305.
12. Herranz Rubia, N. La transición hacia una UCIN de habitaciones individuales: Procesos y Resultados. *Sociedad Española de Enfermería Neonatal*. Consultado el 17 de enero de 2017. Disponible en: <http://www.seen-enfermeria.com/index.php/component/content/article/57-articulo-del-mes/neonatal-network/144-la-transicion-hacia-una-ucin-de-habitaciones-individuales-procesos-y-resultados?showall=1&limitstart=>

15. INTERVENCIONES ENFERMERAS EN LA CETOACIDOSIS DIABÉTICA PEDIÁTRICA

AUTORES

Romá Bataller, C. y Dolz Alabau, C.

LUGAR DE TRABAJO

UCI PEDIÁTRICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO Y POLITÉCNICO LA FE DE VALENCIA

CONGRESO / JORNADA EN EL QUE FUE PRESENTADO

XXXVIII CONGRESO NACIONAL DE LA ASOCIACIÓN NACIONAL DE ENFERMERÍA DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS Y NEONATALES. Celebrado en mayo de 2017 en Santander.

INTRODUCCIÓN

La cetoacidosis diabética (CAD) es un trastorno metabólico agudo que ocurre cuando el cuerpo no puede utilizar la glucosa como fuente de energía y es considerada la causa principal de morbimortalidad en los niños diabéticos, pudiendo aparecer como manifestación del debut diabético o en el niño/a ya diagnosticado por omisión o errores del tratamiento en la administración de insulina, infecciones, estrés emocional, cirugía o trauma, gastroenteritis con vómitos persistentes y dificultad para mantener la hidratación.

Los pacientes presentan poliuria, polidipsia, pérdida de peso, cefalea, dolor abdominal y vómitos, y pueden estar letárgicos, taquipnéicos, con respiración acidótica y deshidratación. Dado que la morbilidad está relacionada no solamente con la gravedad de las alteraciones ácido-base y de electrolitos sino también con el adecuado manejo de estos, el tener unos parámetros claros para las diferentes intervenciones es fundamental para el éxito de tratamiento.

Durante la atención al niño/a con cetoacidosis diabética grave, los profesionales de enfermería debemos vigilar continuamente su estado y evolución, además de estar alertar ante cualquier complicación derivada de la propia enfermedad o del tratamiento administrado. Asimismo, debemos ejecutar numerosas intervenciones como realizar cambios de fluidos y medicación de forma continua, pruebas de laboratorio en poco tiempo y de forma repetitiva,

Por estos motivos, las autoras consideramos necesario realizar esta investigación con el fin de establecer las actuaciones de enfermería necesarias en el cuidado de los pacientes pediátricos con cetoacidosis diabética.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Establecer intervenciones y actuaciones de enfermería basadas en la evidencia científica en el cuidado del paciente pediátrico que presenta cetoacidosis diabética para ofrecer una atención de calidad al niño/a y a su familia.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Unificar criterios de actuación en la atención de enfermería a pacientes pediátricos con cetoacidosis diabética.

Identificar signos y síntomas urgentes y de mala evolución clínica para mejorar la evolución clínica y evitar complicaciones y secuelas irreversibles en el niño/a.

Implicar al niño/a y su familia para garantizar la continuidad de los cuidados en el autocontrol de su diabetes durante el ingreso, cuando la mejoría clínica lo permita, y posteriormente proporcionando la educación necesaria para el autocuidado de la enfermedad en el hogar, facilitando la normalización de la vida familiar.

MATERIAL Y MÉTODO

Método Información bibliográfica para la investigación mediante una revisión bibliográfica de las intervenciones que debe planificar y ejecutar el personal de enfermería en relación al cuidado del niño/a con cetoacidosis diabética. Los documentos para la realización de este trabajo han sido extraídos de la Biblioteca Virtual en Salud España (BVS) y a través de esta herramienta hemos podido obtener artículos de diferentes bases de datos como LILACS, SciELO, IBECS y MEDLINE Plus. Los descriptores utilizados han sido diabetes, cetoacidosis diabética, acidosis metabólica, edema cerebral, niño, cuidados, enfermería y pediatría. Además, en la base de datos PubMed hemos recurrido a la búsqueda avanzada “Advanced” y en el “Builder”, hemos ubicado los descriptores en el aparatado “All fields”, traducidos a la lengua inglesa “diabetic cetoacidosis and pediatrics”. Finalmente, el último recurso utilizado en la búsqueda de información ha sido Google Académico. Método sistemático y organizado mediante un póster: Elaboración de un poster científico donde se muestran las intervenciones y cuidados enfermeros que precisa el niño/a con cetoacidosis diabética y el manejo de las complicaciones más comunes.

RESULTADOS

Mediante la revisión bibliográfica se ha obtenido la información necesaria para la realización de un poster sobre los cuidados de enfermería e intervenciones en pacientes pediátricos con cetoacidosis diabética.

Ante este tipo de trastorno metabólico es importante actuar de forma precisa, rápida y efectiva, ya que la salud del niño depende de ello.

Las intervenciones del profesional de enfermería se basarán en la anamnesis básica, la monitorización de ingresos y pérdidas del niño/a, controlaremos las constantes vitales, canalizaremos vías venosas periféricas, administraremos la medicación y fluidos pautados por el pediatra, realizaremos las pruebas diagnósticas y terapéuticas necesarias, valoraremos continuamente el nivel de conciencia del paciente, mantendremos la permeabilidad de vía aérea y una buena oxigenación si precisa, realizaremos los cuidados básicos del cuidado de la piel, la higiene corporal y bucal del niño/a, manteniendo la asepsia en cada una de nuestras intervenciones, ofreceremos educación diabética y atenderemos las necesidades del niño/a y su

familia. Además, debemos ofrecer una adecuada actuación en la prevención y resolución de complicaciones.

DISCUSIÓN

Todos los artículos consultados remarcan el importante papel de enfermería en la vigilancia del paciente, en la observación de su evolución y reconocimiento de signos y síntomas de alerta, así como, en la calidad de las intervenciones y actuaciones realizadas con eficacia y eficiencia.

CONCLUSIONES

En la UCI Pediátrica, los niños sufren graves problemas de salud que ponen en peligro su vida, y requieren de nuestra vigilancia y cuidados continuos para mejorar su evolución, prevenir complicaciones y restablecer su estado de salud. La recuperación y buena evolución del paciente pediátrico con cetoacidosis diabética (CAD) se fundamenta en el trabajo conjunto de un equipo interdisciplinar, siendo de vital importancia los cuidados eficaces y eficientes que ofrecen los profesionales de enfermería en la atención integral del niño/a y es por ello que deben estar capacitados para actuar en todas las intervenciones relacionadas en el cuidado del niño/a con cetoacidosis diabética, así como ofrecer apoyo y educación al niño/a y a su familia.

Los profesionales de enfermería realizamos un trabajo esencial, motivo por el cual se precisa de nuestra formación continua y reciclaje de los conocimientos para aportar y realizar el mejor cuidado posible a los niños/as diagnosticados de cetoacidosis diabética.

BIBLIOGRAFÍA

1. Anderson, B. Ayudar y educar a niños con diabetes: necesidades concretas, atención especial. *Diabetes voice*. 2007; (52): 37-40.
2. Jin, H. et al. Factors associated with the presence and severity of diabetic ketoacidosis at diagnosis of type 1 diabetes in Korean children and adolescents. *J Korean Med Sci*. 2017 Feb; 32(2): 303–309.
3. Ballesteros, AL.; Meneses, AP.; Ríos, D.; Darío, I. y Quevedo, A. Características epidemiológicas y clínicas y hallazgos de laboratorio de los niños menores de 15 años con cetoacidosis diabética atendidos en el hospital universitario San Vicente Fundación Medellín, Colombia, entre enero de 2001 y diciembre de 2010. *IATREIA*. 2013; 26(3): 278 – 290.
4. Fabiola, C.; Anzoátegui, R.; De Souza, C. y Rolón, MA. Consenso de Diagnóstico y Tratamiento de la Cetoacidosis Diabética en Niños y Adolescentes. *Pediatr. (Asunción)*. 2011; 38(2): 130-137.
5. Quiroga, SM.; Mendoza, VC. y Pradilla, GL. Cetoacidosis diabética en población pediátrica. *Protocolo de manejo. rev.univ.ind.santander.salud*. 2013; 45 (2): 57-63.
6. Wolfsdorf, JL. et al. Diabetic Ketoacidosis and hyperglycemic hyperosmolar state. *Pediatric Diabetes*. 2014; 15(Suppl. 20): 154–179.

7. Belda, S.; Del Villar, P. y Palacios, A. Cetoacidosis diabética. *An Pediatr Contin.* 2014; 12(2): 55-61.
8. Monroy, S. y Altamirano, JS. Paciente con cetoacidosis diabética y riesgo de síndrome de desuso. *CuidArte “El arte de cuidar”.* 2013; 2(4): 50-71.
9. Garrido, R. y Torres, M. Urgencias endocrinas: diabetes. En: Asociación Española de Pediatría. *Protocolos diagnóstico – terapéuticos de urgencias pediátricas SEUP – AEP.* Vol 2. España; 2010. 75-81.
10. Céspedes, C.; Otálora, MA.; Alfonso, SC. y Granados, C. Guía para el manejo inicial de la cetoacidosis diabética en niños y adolescentes. Pontificia Universidad Javeriana. (Sin fecha).
11. Aguirre, M. et al. Manejo de cetoacidosis diabética en niños y adolescentes: Protocolo del Servicio de Endocrinología del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes. *Rev. Venez. Endocrinol. Metab.* 2012; 10(1).

16.EVALUACIÓN DE LA TRANSICIÓN A UNA NUEVA FORMULACIÓN DE EPOPROSTENOL INTRAVENOSO EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR

AUTORES

Menéndez Salinas M A; Sanjuán Raimundo R; López Fornás C; Silvestre Antón I; Martínez Pérez S; García Ortega A; López Reyes R; Climent Amorós M.

LUGAR DE TRABAJO

C.S.Economista Gay. Departamento 7- La Fe, Valencia.

AGC Enfermedades Respiratorias del Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia.

CONGRESO / JORNADA EN EL QUE FUE PRESENTADO

50º CONGRESO SEPAR(SOCIEDAD ESPAÑOLA DE NEUMOLOGÍA Y CIRUGÍA TORÁCICA), MADRID.

INTRODUCCIÓN

El Epoprostenol iv en infusión continua es el tratamiento de elección para la HAP en estadio IV.

Epoprostenol con los excipientes ARGININA y SACAROSA (AS) es una nueva formulación que aporta una mejora en las condiciones de conservación por su mayor estabilidad, aumentando el intervalo de tiempo entre las preparaciones de medicación.

OBJETIVOS

Describir nuestra experiencia en la transición de Epoprostenol GM a Epoprostenol AS en dos pacientes con HAPI.

MATERIAL Y MÉTODO

Población de estudio: 2 Pacientes diagnosticados de HAP en tratamiento con Epoprostenol GM en situación estable y satisfactoria.

Diseño estudio: Estudio prospectivo observacional.

Se recogieron variables clínicas (CF NYHA), TM6M, biomarcadores, datos hemodinámicos y calidad de vida(CV) (SF-36), previo al cambio, a los 3 meses y al año.

Análisis resultados: Valorar datos de eficacia, efectos adversos, cambios en calidad de vida.

RESULTADOS

ASPECTOS PRÁCTICOS:

Ingreso hospitalario para realizar la transición. Se suspendió Epo GM y al día siguiente se inició Epo AS con dosis ligeramente inferiores que se subieron hasta la habitual de 2ng/kg/min en 2 ng/kg/min cada 10 minutos.

No se identificaron AAs inesperados. 1 paciente refirió episodios de enrojecimiento facial al inicio de la infusión.

La diferencia clínicamente relevante en el T6MM es de 44 m.

En la valoración de la CV mediante el Cuestionario de salud SF-36: en la paciente 1 hay mejoría en la mayoría de ítems, mientras que en la paciente 2 la mejoría es en todos los ítems.

CONCLUSIONES

La transición de Epoprostenol GM a Epoprostenol AS (nueva formulación) ha sido favorable en nuestras dos pacientes a los 3 meses:

1. No ha empeorado el perfil de eficacia.
2. No ha requerido ajuste de dosis.
3. No han aparecido acontecimientos adversos inesperados.
4. La mayor termoestabilidad de la dilución permite a las pacientes la posibilidad de almacenarlo, aumentando el intervalo de tiempo entre las preparaciones de medicación.
5. MAYOR COMODIDAD DE USO.
6. Mejoría común en las dos pacientes en varios ítems del cuestionario de CV SF-36.

BIBLIOGRAFÍA

Alonso J, Prieto L, Anto JM. La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. Med Clin (Barc). 1995;104:771-6.

Alonso J, Regidor E, Barrio G, Prieto L, Rodríguez C, De La Fuente De Hoz L. Valores poblacionales de referencia de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36. Med Clin (Barc). 1998;111:410-6.

Ruiz de Velasco I, Quintana J, Padierna J, Aróstegui I, Bernal A, Pérez Izquierdo J, et al. Validez del cuestionario de calidad de vida SF-36 como indicador de resultados de procedimientos médicos y quirúrgicos. Rev Calidad Asistencial. 2002;17:206-12

Ficha técnica de Veletri, recuperado a partir:

https://www.aemps.gob.es/cima/pdfs/es/ft/57757/FichaTecnica_57757.html.pdf (citado día 1 marzo de 2017).

17.USO CLÍNICO DE LOS MALETINES DE PARADAS Y EMERGENCIAS EN LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN DE UN HOSPITAL TERCIARIO

AUTORES

Ausina Ausina, M.J.; Bermúdez Medina, S.; Solana Altabella, A.; Estrela Guardiola, A.; Martínez Gómez, P.; Poveda Andres, J.L.

LUGAR DE TRABAJO

Servicio de Farmacia.

CONGRESO / JORNADA EN EL QUE FUE PRESENTADO

11 CONGRESO ENFERMERÍA ANECORM BURGOS

INTRODUCCIÓN

Tras la implementación del Protocolo de Medicación en Situaciones de Paradas y Emergencias (PMSPE), a mediados de 2016, se crearon los Maletines de Emergencia (ME). Los cuales sustituyeron los Botiquines de Urgencia de los carros de Dosis Unitaria (DU) y complementaron los Maletines de Paradas (MP) ya existentes en un circuito de dispensación desde el Servicio de Farmacia.

OBJETIVOS

Analizar el uso clínico de la medicación de los maletines (ME y MP) en las unidades de hospitalización (UH) y comparar con los datos obtenidos antes de la implementación del PMSPE.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio prospectivo observacional realizado en el Servicio de Farmacia de un hospital terciario entre octubre de 2016 y septiembre de 2017. Población y tamaño de muestra: 24 ME correspondientes a 24 UH de 35 camas, en un hospital con 1.000 camas de hospitalización, 99 MP repartidos entre UH, Consultas Externas y Centros de Atención Primaria. Cada tipo de maletín incluye distintos medicamentos: el MP 7 medicamentos (39 unidades) y el ME 35 (79 unidades). El número de total de maletines es de 123 (ME:24, MP:99) con 5.757 unidades de medicación (ME:1.896, MP:3.861). Determinaciones: Se repuso los maletines utilizados por nuevos maletines preparados en DU y se registró como administrado todos los medicamentos repuestos salvo en los que se especificó rotura o caducidad. Estudio descriptivo de variables analizadas.

RESULTADOS

El número total de maletines repuestos fue de 314 (ME:168, MP:146). El número de unidades de medicamentos revisadas y repuestas en el período estudiado fue de 1.358, de las cuales 1 estaba rota y 24 caducadas. Las UH que más maletines enviaron a reponer fueron, Medicina Interna 38 (12%) Neumología 37 (12%) y Urología 32 (10%). Las UH que más presentaciones repusieron fueron

Neumología (13%) Urología (12%) y Medicina Interna (8%). Del total de principios activos repuestos, amiodarona presentó la mayor reposición 246 (18%), seguida de adrenalina 200 (15%) y midazolam 190 (14%).

DISCUSIÓN

Se redujo a un 0.01% las unidades revisadas (de 1.332.615 a 1.358 unidades). Se redujo a un 53% el número de medicamentos existentes en botiquines/maletines de emergencia (de 3.591 a 1.896 unidades). Se redujo a un 2,6 % las unidades repuestas por caducidad (de 908 a 24 unidades).

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos muestran que la sustitución de los botiquines por maletines es una opción eficiente y segura en el circuito de dispensación de Medicamentos en situaciones de Paradas y Emergencias, aumentando la calidad asistencial, mejorando la gestión de recursos y reducción de costes.

18. INCIDENCIA DE EVENTOS DETECTADOS EN DISPOSITIVOS DE ESTIMULACIÓN CARDIACA EN SEGUIMIENTO REMOTO ANTES DE LA PRIMERA VISITA PRESENCIAL

AUTORES

Pimenta Ferrisson-Ramos P; Moreno Blanco V; Ferrer Pardo C; Donoso Trenado V; Pérez Roselló V; Alonso Fernández P; Andres Lahuerta A; Sancho-Tello De Carranza MJ.

LUGAR DE TRABAJO

Hospital Universitari i Politècnic La Fe (Unidad de arritmias). Instituto de Investigación Sanitaria La Fe.

CONGRESO / JORNADA EN EL QUE FUE PRESENTADO

3ª Reunión conjunta de la sección de electrofisiología y arritmias y de la sección de estimulación cardiaca de la Sociedad Española de Cardiología. Madrid (1-3 de marzo de 2017)

INTRODUCCIÓN

El actual documento de consenso de 2015 recomienda que el primer seguimiento presencial se realice entre 6-12 semanas tras el implante. En algunos centros españoles se incluye a los pacientes en seguimiento remoto aprovechando la primera visita. En nuestro centro, la monitorización se inicia

inmediatamente después del implante.

OBJETIVOS

El presente trabajo pretende poner de manifiesto el número y naturaleza de las transmisiones en el periodo previo a la primera visita presencial.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio retrospectivo basado en historia clínica y en base de datos "ad hoc". El periodo observado fue de 6-09-2013 al 1-02-2017. Se calcularán los valores absolutos y relativos (porcentajes), así como las medidas de tendencia central y dispersión para cada una de las variables estudiadas.

RESULTADOS

Un total de 437 pacientes han realizado 712 transmisiones antes de la primera visita postimplante. Un total de 97 se consideraron relevantes (13,6 %). La mediana de días fue de 24 (mínimo 2- máximo 90) entre el implante y el evento relevante. En la tabla se puede observar la distribución de eventos por tipo, aquellos con terapia y la acción tomada.

Destacan eventos de potencial gravedad, en el que el contacto fue iniciado desde la unidad de arritmias:

Paciente con DAI-TRC que es dado de alta con terapias de taqui en OFF.

Paciente con DAI DR con dos episodios con ATP + choque inapropiado por punto de corte bajo + falta de adherencia tratamiento frenador.

Paciente con DAI VR con un episodio con choque inapropiado por taquicardia sinusal.

Paciente con DAI VR con un episodio con 2 choques inapropiados por FA.

CONCLUSIONES

La monitorización de dispositivos desde el implante permite la detección precoz de eventos que, aunque poco frecuentes, son potencialmente graves. Además existe literatura que avala la inclusión en seguimiento remoto desde el implante.

19. CONOCIMIENTO Y VALORACIÓN DE LAS VOLUNTADES ANTICIPADAS DEL PERSONAL SANITARIO DE UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO, ONCOLOGÍA MÉDICA Y SERVICIOS DE URGENCIAS

AUTORES

García Salvador M; GarridoRodriguez N; Ribes Gadea V; Gómez Royuela L; Forcano San Juan S; Ruiz García V; Roig Campos JC.

Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Hospital Universitario La Ribera.

LUGAR DE TRABAJO

UHD adultos

CONGRESO / JORNADA EN EL QUE FUE PRESENTADO

SECPAL

INTRODUCCIÓN

Actualmente sólo el 0'46% de la población española tiene cumplimentado un Testamento Vital o Documento de Voluntades Anticipadas (DVA). Este documento permite al paciente mantener el empoderamiento sobre el manejo de su salud/enfermedad cuando no pueda expresar sus deseos. Creemos que existe un alto nivel de desconocimiento de este documento entre el personal sanitario, por lo que se limita su uso y la capacidad de asesoramiento hacia los pacientes.

OBJETIVOS

Averiguar el conocimiento del personal sanitario sobre el DVA y su Registro Nacional. Conocer cómo valoran su uso y si lo consultan habitualmente.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio multicéntrico, transversal descriptivo, mediante cuestionario anónimo cumplimentado por personal médico y de enfermería de tres centros hospitalarios. Se recogieron un total de 160 cuestionarios entre el periodo de marzo a mayo del 2017, correspondientes a 58 médicos y 102 enfermeros, pertenecientes a Unidades de Hospitalización a Domicilio, Hospital de día, Oncología y Urgencias. Análisis de datos programa SPSS.

RESULTADOS

Las medias de edad de la muestra son de 42 años, y la experiencia profesional de 17 años.

Aunque el 83'1% de los encuestados afirmaron conocer el DVA y el 53'8% que sabrían cumplimentarlo, sólo el 8'1% de ellos contestaron correctamente a la pregunta control de donde

localizar dicho documento. El 92'5% de los encuestados no lo consultan nunca. Los 2 encuestados que afirman consultarlo habitualmente, no supieron contestar correctamente a la pregunta control

CONCLUSIONES

Existe un desconocimiento generalizado del DVA, siendo éste independiente tanto de la categoría profesional, como de los años de experiencia o del servicio en el que se trabaja. Incluso en los casos que dicen conocerlo, sus respuestas no corroboran tal afirmación.

20.COLOCACIÓN DE TERMÓMETRO ESOFÁGICO:¿DORMIDO O DESPIERTO?

AUTORES

García Orts A; Reina De La Torre S; Pimenta Fermisson-Ramos P; Díaz Cambronero JI; Jimenez Cordero S

LUGAR DE TRABAJO

Hospital Universitari i Politècnic La Fe (Unidad de arritmias). Instituto de Investigación Sanitaria La Fe.

CONGRESO / JORNADA EN EL QUE FUE PRESENTADO

3ª Reunión conjunta de la sección de electrofisiología y arritmias y de la sección de estimulación cardiaca de la Sociedad Española de Cardiología. Madrid (1-3 de marzo de 2017).

INTRODUCCIÓN

El riesgo de lesiones térmicas en el esófago asociadas a procedimientos de ablación de venas pulmonares invita a monitorizar la temperatura local mediante termómetro esofágico.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

El objetivo del presente estudio es determinar las diferencias existentes entre la colocación de la sonda de temperatura con el paciente despierto (solicitando su colaboración) y con el paciente bajo sedación consciente (vía aérea controlada con mascarilla facial + cánula de güedel).

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Medición de los tiempos de colocación según aproximación.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio prospectivo aleatorizado. Los pacientes serán asignados a colocación de termómetro previa a la sedación o posterior a esta. Se incluirán todos los pacientes sometidos a ablación de venas pulmonares.

La variable de interés es el tiempo transcurrido entre el inicio de la colocación del termómetro y el posicionamiento final. Se obtendrán estadísticos descriptivos para las variables continuas (media y desviación típica) así como para las variables categóricas (proporción). Para el contraste de hipótesis se utilizará el estadístico t de Student.

El análisis estadístico se realizará con el programa IBM SPSS Statistics 20 ® (SPSS Inc, Chicago, Estados Unidos).

RESULTADOS

Se estudiaron 56 casos.

La edad media fue de 57,09 años (DE 9,106). El 71,4 % fueron varones. El 62,5 % fueron FA paroxística, y un 16,1 % de pacientes presentaron cardiopatía estructural.

La media de tiempo de colocación del termómetro esofágico en los pacientes despiertos fue de 28,34 s. (DE: 20,08). La media de tiempo de colocación del termómetro esofágico en los pacientes dormidos fue de 86,42 s. (DE: 117,57). Se hallaron diferencias significativas entre los grupos ($p < 0,000$; IC 95%).

CONCLUSIONES

La hipótesis de partida, a saber, que la colaboración del paciente despierto facilitarían la inserción del termómetro, se ha visto confirmada en nuestra muestra. Para pormenorizar el análisis en base a otras variables debemos ampliar el número de casos.

21. EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DE LAS ENFERMERAS CON LOS PLANES DE CUIDADOS ESTANDARIZADOS EN UN SERVICIO DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLÓGICA.

AUTORES

CORREOSO RODENAS, ROLANDA; FUENTES MATALÍ, NURIA

LUGAR DE TRABAJO

HOSPITAL UNIVERSITARI I POLITECNIC LA FE.

CONGRESO / JORNADA EN EL QUE FUE PRESENTADO

JORNADAS NACIONALES DE ENFERMERÍA EN TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORTOPÉDICA. DONOSTIA/SAN SEBASTIAN.

INTRODUCCIÓN

Para proporcionar cuidados de enfermería de calidad, las enfermeras deben ser capaces de aplicar de forma independiente el Proceso de Enfermería.

En la fase de intervención, un plan de cuidados estandarizado (PCE) es la protocolización de las actuaciones de enfermería según las necesidades de cuidados que presentan grupos de pacientes con un mismo diagnóstico médico, que una vez implantados y monitoreados permiten consolidar la evaluación como eje de mejora de las intervenciones. Según Carpenito, una óptima gestión de la atención de cuidados, debe incluir tanto PCE como individuales

OBJETIVOS

Mediante este estudio se pretende valorar el nivel de satisfacción de las enfermeras sobre los PCE implantados en un servicio de traumatología.

MATERIAL Y MÉTODO

Se trata de un estudio descriptivo transversal. La información se recoge mediante un cuestionario anónimo de 5 preguntas elaborado "ad hoc" y administrado a los profesionales de enfermería de los servicios de Cirugía Ortopédica y Traumatología (COT) del Hospital Universitari i Politècnic La Fe.

La muestra total es de 30 enfermeras (15 de la Unidad de Tumores y Sépticos y 15 de Unidad de Raquis), con más de 6 meses de experiencia en este servicio y que aceptaron participar voluntariamente.

Se tratarán los datos mediante análisis estadístico descriptivo de porcentajes y medias, utilizando Microsoft Excel 2010.

RESULTADOS

Se recogieron 26 de las 30 encuestas entregadas.

En la pregunta 1, el 65% están de acuerdo respecto a la mejora de conocimientos y habilidades. En la pregunta 2, el 88% está muy de acuerdo y de acuerdo en que genera mayor agilidad en el desempeño.

En la pregunta 3, el 61%, respondió que estaba de acuerdo con que aporta beneficio en el funcionamiento de la unidad. Respecto a si los planes de cuidados están adaptados a los pacientes el 65% está de acuerdo.

Y en cuanto a si se obtienen mejores resultados en la evolución del paciente el 53% se mostró de acuerdo.

CONCLUSIONES

Según los resultados obtenidos, podemos decir que la mayoría de las enfermeras están de acuerdo con la implantación de los planes de cuidados estandarizados, ya que consideran que generan mayor agilidad en el desempeño de su trabajo, en la mejoría de sus conocimientos y habilidades y que están adaptados a las necesidades de sus pacientes. Por ello, se considerará la implementación de nuevos PCE en el servicio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alfaro-LeFevre, R. Aplicación del proceso enfermero: guía paso a paso. (1998). Springer Science & Business Media.

2. Factors and Conditions that Influence the Implementation of Standardized Nursing Care Plans. Jansson I, Bahtsevani C, Pilhammar-Andersson E, Forsberg A - Open Nurs J - January 1, 2010; 4 (); 25-34.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3024554/pdf/TONURSJ-4-25.pdf>

3. Standardized nursing care plan: a case study on developing a tool for clinical research.

Vizoso H, Lyskawa M, Couey P - West J Nurs Res - August 1, 2008; 30 (5); 578-87

4. Effectiveness of standardized Nursing Care Plans in health outcomes in patients with type 2 Diabetes Mellitus: a two-year prospective follow-up study. Cárdenas-Valladolid J, Salinero-Fort MA, Gómez-Campelo P, de Burgos-Lunar C, Abánades-Herranz JC, Arnal-Selfa R, Andrés AL - PLoS ONE - January 1, 2012; 7 (8); e43870

5. The quality of paper-based versus electronic nursing care plan in Australian aged care homes: A documentation audit study .Ning Wang, Ping Yu y David Hailey International Journal of Medical Informatics, 2015-08-01, Volúmen 84, Número 8, Páginas 561-569, Elsevier Ireland Ltd

6. Evaluation of electronic nursing documentation—Nursing process model and standardized terminologies as keys to visible and transparent nursing Kristiina Häyrinen, Johanna

22.VALORACIÓN NUTRICIONAL EN CONSULTA DE ENFERMERÍA A PACIENTES ONCOLÓGICOS EN HOSPITAL DE DÍA DE ADULTOS

AUTORES

Navarro Forés R; Sancho Martínez V; Marí Arques, P; Carot Aznar I; Graullera Agustí N; Franco Arnal, A.

LUGAR DE TRABAJO

Hospital La Fe. Servicio Hospital de Día de Adultos

CONGRESO / JORNADA EN EL QUE FUE PRESENTADO

XVI Congreso Sociedad Española de Enfermería Oncológica. Innovando en cuidados. La enfermería oncológica en el eje del cambio.

INTRODUCCIÓN

La desnutrición forma parte de todo el proceso de enfermedad del cáncer, desde el momento del diagnóstico que en muchas ocasiones ya ha debutado con una pérdida de peso, y a lo largo de los tratamientos que lo acompañan. Según el informe ejecutivo de la Estrategia en cáncer del Sistema Nacional de Salud los cánceres más prevalentes son en primer lugar el de colon, pulmón y mama.

La escala NRS es un cribado aplicable a la mayoría de pacientes ingresados, es sencillo y rápido de completar. Este método de cribado nutricional está recomendado por la ESPEN para los pacientes hospitalizados.

El objetivo de la Enfermería del Hospital de Día es ofrecer una atención integral al paciente, aumentando la calidad de sus cuidados. Tiene un papel fundamental en la detección del riesgo nutricional porque es quien recibe al paciente tras informarle su oncólogo de su enfermedad y de que debe recibir tratamiento con antineoplásicos.

El estudio que se plantea, definirá si la escala de cribado de desnutrición Nutricional Risk Screening (NRS 2002) que utiliza enfermería en el cribado de desnutrición, es válida para tal fin, ya que se compararan los resultados con la valoración nutricional que realiza el servicio de Nutrición con la escala VSG-GP (Valoración Global Subjetiva generada por el paciente).

OBJETIVO

OBJETIVO GENERAL:

Evaluar los resultados del cribado de desnutrición con la escala de Riesgo de Desnutrición NRS-2002 y los resultados posteriores con la escala de Valoración Global Subjetiva (VSG-GP)

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Describir las características sociodemográficas (sexo, edad) y clínicas (tipo cáncer, estado nutricional)

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo, retrospectivo. Se revisan historia clínica de 84 pacientes diagnosticados de cáncer y que acuden a Hospital de Día para su primera visita enfermera, entre abril a junio de 2016. En esta primera visita se realiza el screening para detección de desnutrición con la escala NRS-2002 (que está inserta en el soporte informático que es la historia del paciente (Orion); posteriormente los casos positivos son valorados por un Nutricionista con la escala VSG-GP.

El NRS 2002, definido como el cribado de riesgo nutricional, incluye una valoración nutricional encaminada a detectar la desnutrición (pérdida de peso, índice de masa corporal y disminución de ingesta) y una valoración de la gravedad de la enfermedad. La edad también se considera un factor de riesgo añadido cuando es superior a 70 años. Cuando la puntuación global del cribado es ≥ 3 indica la valoración nutricional para diagnóstico.

La valoración global subjetiva (VGS), es un cribado nutricional dinámico, estructurado y sencillo, que engloba parámetros de la historia clínica (cambios de peso, en la ingesta, síntomas gastrointestinales, capacidad funcional) de la enfermedad actual y de la exploración física (perdida de grasa, de masa muscular, edemas y ascitis). No hay una valoración numérica del resultado final del cribado, por ello el resultado es subjetivo identificando a pacientes bien nutridos, moderadamente desnutridos o con riesgo de desnutrición, y gravemente desnutridos.

Los datos de los pacientes son tratados conforme a la Ley de Protección de Datos LO 15/99, de 13 de diciembre, de protección de carácter personal.

Muestra o unidad de análisis: pacientes oncológicos mayores de edad, que acuden a primera visita de Enfermería en Hospital de Día para programar inicio de tratamiento con antineoplásicos, entre abril y junio del 2016.

Criterios de inclusión: Paciente oncológico, mayor de edad, que van a iniciar tratamiento con antineoplásicos

Criterios de exclusión: Que no cumplan los criterios de inclusión

En el análisis estadístico se utilizó SPSS 22.0. Los resultados se expresan como media(DE) o porcentaje(%).

RESULTADOS

El 52,4% de la muestra eran mujeres. La media de edad de la muestra era de 59,3 (13,9) años

Los tumores más frecuentes fueron cáncer colo-rectal (22,6%), cáncer de mama (16,7%) y cáncer de pulmón (11,9%).

El 40,5% referían pérdida de peso, con una diferencia de 6,7 (4,7)kg con respecto a su peso habitual. El IMC en el momento de la valoración fue de 27,0 (5,1)kg/m² para los hombres y de 25,1 (4,7)kg/m² en las mujeres.

El NRS 2002 señaló que el 20,2% presentaban desnutrición al diagnóstico del cáncer, que se confirmó en el 14,4% al emplear la VGS-GP.

El 40% de los pacientes desnutridos presentaba un cáncer gástrico, el 20% un cáncer de páncreas o colo-rectal y el 10% un cáncer de zona ORL o pulmonar.

DISCUSIÓN

La escala NRS-2002 para detección de riesgo de desnutrición, detecta un número mayor de positivos precisamente porque tiene una alta sensibilidad como buen método de screening. También demuestra cierta especificidad ya que solo el 6% eran falsos positivos, como demuestra la escala VSG- GP de diagnóstico de desnutrición.

Los tres tipos de cáncer más frecuentes coincide con la bibliografía publicada, en nuestro estudio el cáncer más frecuente es el de colón, sigue el de mama y pulmón. Estos dos últimos se alternan en frecuencia en las distintas publicaciones

CONCLUSIONES

La NRS- 2002 es una escala sensible para la detección de riesgo de desnutrición en pacientes oncológicos ambulatorios que deberá ser confirmada con una escala más específica, como la VSG-GP, para una valoración nutricional diagnóstica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Khan S, Alibay TA, Merad M, DiPalma M, Raynard B, Antoun S. Detection and evaluation of malnutrition in oncology: What tools, what type of cancer and for what purposes?. 2016 Sep. Bull Cancer;103 (9):776-85.
2. Dibyendu Sharma, Ravi Kannan, Ritesh Tapkire, Soumitra Nath. Evaluation of Nutritional Status of Cancer Patients during Treatment by Patient-Generated Subjective Global Assessment: a Hospital-Based Study. 2015. Asian Pac J Cancer Prev .16 (18), 8173-8176
3. Abe Vicente, M., Barão, K., Donizetti Silva, T., and Manoukian Forones, N. What are the most effective methods for assessment of nutritional status in outpatients with gastric and colorectal cancer?. 2013 Nutr Hosp;28:585-591
4. Håkonsen SJ, Pedersen PU, Bath-Hextall F, Kirkpatrick P. Diagnostic test accuracy of nutritional tools used to identify undernutrition in patients with colorectal cancer: a systematic review. JBI Database System Rev Implement 2015 May 15;13 (4):141-87
5. Álvarez Hernández, J., León Sanz, M., Planas Vilá, M., Krysmarú Araujo, García de Lorenzo, A., Celaya Pérez, S., on behalf of the PREDyCES® researchers. Prevalence and costs of malnutrition in hospitalized dysphagic patients: a subanalysis of the PREDyCES® study. 2015. Nutr Hosp;32:1830-1836)
6. Illa P, Tomiskova M, Skrickova J. Nutritional Risk Screening Predicts Tumor Response in Lung Cancer Patients. 2015 May 5, J Am Coll Nutr;34(5):425-9

7. Evaluación de la práctica asistencial oncológica. Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud Informe Ejecutivo.(Internet) Ministerio de Sanidad. Madrid 2013. (citado marzo 2015).

Disponible:

<http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/EvaluacionAsistencialOncologica.pdf>

8. Reunión del Comité de Seguimiento y Evaluación de la Estrategia en Cáncer del SNS. Presentación de los resultados del proyecto europeo de Acción contra el Cáncer EPAAC.(Internet) Ministerio de Sanidad y Asuntos Sociales. Enero 2014. (citado abril 2015). Disponible en:

http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/EPAAC_2014.pdf

23. ¿EXISTEN DIFERENCIAS EN CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y SOCIODEMOGRÁFICAS ENTRE ENSAYOS ALEATORIZADOS DE FÁRMACOS DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA CON FEVI REDUCIDA Y EL PROYECTO ETIFIC?

AUTORES

Juana Oyanguren Artola (1), Pedro Latorre (2), Lluisa García Garrido (3), Mercé Faraudo (4), Iñaki Lekouna (1), Magdalena Nebot (5), Marta Marichal (6), Inmaculada Husillos Tamarit (7)

LUGAR DE TRABAJO

1 . Hospital de Galdakao, Vizcaya. 2. Unidad de Investigación Atención Primaria Vizcaya, Bilbao. 3. Hospital Universitario Doctor Josep Trueta, Girona. 4. Hospital Universitario Moises Broggi, Barcelona. 5. Hospital Universitario Bellvitge, Barcelona. 6. Hospital Universitario y Politécnico la Fe, Valencia.

CONGRESO / JORNADA EN EL QUE FUE PRESENTADO

Congreso SEC Madrid 2017.

INTRODUCCIÓN

Los bloqueadores beta (BB), inhibidores de la enzima de conversión de angiotensina (IECA), antagonistas de los receptores de la angiotensina (ARA) II y antagonistas del receptor mineralcorticoide (ARM) reducen los ingresos y la mortalidad y mejoran los síntomas en pacientes con insuficiencia cardíaca y fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) reducida. No se han descrito suficientemente las características clínicas y sociodemográficas de los ensayos clínicos aleatorizados (ECA) de estos fármacos, que pueden condicionar su aplicabilidad.

OBJETIVOS

Evaluar las características clínicas y sociodemográficas de los pacientes en los ECA mencionados y compararlos con los del proyecto ETIFIC.

MATERIAL Y MÉTODO

Revisión sistemática (1994-2016; PubMed, Embase, CINAHL, Cochrane Library). Dos revisores independientes. Criterios de inclusión: ECA de BB, IECA, ARA II, ARM. Variables: grupo de fármacos, características clínicas y sociodemográficas (tabla). Los resultados se comparan con los observados en 202 pacientes ETIFIC (04/2015-04/2017, pacientes con insuficiencia cardiaca de novo, FEVI < 0 =40%, inscritos en servicios de cardiología de 20 hospitales. Criterios de exclusión: contraindicaciones para BB, intervenciones quirúrgicas previstas, vivir en residencia, esperanza de vida < 6 meses. Las variables categóricas se describen como % e intervalo de confianza 95% (IC95%), las cuantitativas como media (intervalo de confianza del 95%, (IC95%)). En el caso de las variables categóricas, se empleó el procedimiento Stata Metaprop para el cálculo combinado de la proporción y sus IC95%. Para el caso de las variables cuantitativas: modelo de efectos aleatorios

(DerSimonian y Laird), e IC95%. Contraste de hipótesis: 1. Chi-cuadrado (cualitativas), 2. t de Student (cuantitativas), ponderando el resultado por el número de pacientes de cada estudio. análisis realizados con Stata v11.

RESULTADOS

Se revisan 242 artículos y se seleccionan 27 ECA (10 IECA, ARA II, ARM; 17 BB). Se observan diferencias significativas: mayor edad, TAS, FC, Cr, test 6 min. y prevalencia de IAM y menor FEVI, MLWHF y prevalencia de fumadores, HTA, DM, ACV en ECA de BB en relación a ETIFIC y mayor edad, TAS, FC y prevalencia de ACV y menor FEVI y prevalencia de fumadores e HTA en los otros ECA (tabla).

CONCLUSIONES

Prevalen algunas variables pronósticas de riesgo (edad, IAM, FEVI) en ECA y otras (DM, fumador, EPOC, test 6 min, MLWHF, TAS) en ETIFIC. Teniendo en cuenta que en ETIFIC son pacientes hospitalizados y que la diferencia en FEVI es del 2%, se podría concluir que, aún siendo diferentes las características de los pacientes, no determinan con claridad menor riesgo en ninguno de los grupos considerados.

24. DIABETES QUE DEBUTA CON TIÑA EN EL PIE

AUTORES

M. Dolores Pérez Ruiz*, Alejandro Rivero Sanz, Juan Herrero Marco, Francisco Javier Torres Rodríguez, Rebeca Blasco Romeu, Sofía Cortés Fuster, Carmelo Cebrián García**.

LUGAR DE TRABAJO

Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitari i Politècnic La Fe. València.

CONGRESO / JORNADA EN EL QUE FUE PRESENTADO

X Congreso Nacional de estudiantes de Podología. 11-12 mayo de 2017. Alicante.

INTRODUCCIÓN

Se presenta el caso de un mujer de 62 años que consulta por presentar placas ovaladas de aspecto circinado en el dorso del pie derecho.

OBJETIVOS

Aprender a diagnosticar una lesión cutánea y extraer todas las posibles repercusiones clínicas que del diagnóstico puedan derivarse.

MATERIAL Y MÉTODO

Mujer de 62 años que consulta por presentar placas ovaladas de aspecto circinado en el dorso del pie derecho.

Se toman muestras de cultivo que se envían a microbiología y una biopsia incisional tipo punch para anatomía patológica.

RESULTADOS

El cultivo informa de tinea pedis. En la anatomía patológica se informa de dermatomicosis: Piel que muestra epidermis con paraqueratosis alternante, leve permeación de linfocitos con espongiosis focal, y formación de una pústula en un infundíbulo folicular. La dermis muestra leve inflamación crónica perivascular y perianexial, superficial, a base de linfocitos. Con PAS-diestasa se observan hifas de hongos en la capa córnea y en el infundíbulo folicular.

DISCUSIÓN

Los dermatofitos son hongos del género *Trichophyton*, *Microsporum* y *Epidermophyton* que obtienen sus nutrientes del material córneo. Su distribución es mundial y según la fuente de infección pueden ser antropofílicos (humanos), zoofílicos (animales) o el geofílicos (suelo). Clínicamente se presentan como lesiones anulares eritematosas que se extienden centrífugamente, mostrando aclaramiento o curación central y fina cicatriz periférica. Tratamiento con antifúngicos

sistémicos y tópicos. Evitar la humedad ayuda a cicatrizar y prevenir infecciones. Inmunodeprimidos puede desarrollar infecciones profundas. Los diabéticos tienen infecciones crónicas y recurrentes.

CONCLUSIONES

La conclusión es que en el ejercicio profesional podemos encontrarnos con manifestaciones de una enfermedad sistémica no sospechada como la diabetes que debemos tener presente para colaborar en una detección precoz.

25. ELABORACIÓN ROBOTIZADA DE CITOSTÁTICOS: LA FORMACIÓN DE ENFERMERÍA PUNTO CLAVE PARA LA IMPLANTACIÓN

AUTORES

GISBERT VILLANUEVA, AMPARO¹; GINER CHISVERT, INMACULADA¹; BERMUDEZ MEDINA, SOFÍA¹; ALGABA OSAMBELA, NAIARA²; VALERO GARCÍA, SILVIA³.

LUGAR DE TRABAJO

Servicio de Farmacia

CONGRESO / JORNADA EN EL QUE FUE PRESENTADO

XVI Congreso de la SEEO

INTRODUCCIÓN

El personal de enfermería del área de elaboración de medicamentos alopeligrosos y citostáticos (MAP) del Servicio de Farmacia (SF) del Hospital Universitario Politécnico La Fe (H.U.P. La Fe) acondiciona MAP para su administración al paciente. La Nota Técnica de Prevención 1051 recomienda robotizar la elaboración como medida de protección y reducción de la exposición los profesionales.

El SF del H.U.P la Fe está en proceso de implantación de la elaboración robotizada de MAP con el robot KIRO Oncology® (KIRO). Para su correcto manejo, el personal de enfermería requiere una formación y capacitación específica.

OBJETIVOS

Describir los aspectos formativos necesarios para la adecuada capacitación del personal de enfermería que manejará KIRO.

MATERIAL Y MÉTODO

Plan de formación:

Formación teórica: tres módulos. Duración: 2,5 horas.

- Módulo 1: Funcionalidades y componentes de KIRO.
- Módulo 2: Elementos internos y externos de KIRO y modo de envío de órdenes.
- Módulo 3: Descripción detalla del uso de KIRO.

Formación práctica. Duración: 8 horas.

- Primera sesión (4 horas): realización de preparaciones utilizando agua.
- Segunda sesión (4 horas): realización de preparaciones utilizando fármaco.

Método de evaluación:

- Módulos teóricos: test de 20 preguntas. Se consideraba aprobada la fase teórica cuando todos los conceptos quedaban claros.
- Módulos prácticos: evaluación subjetiva y cualitativa por el formador. Valoración de técnica aséptica: elaboración de productos finales con medio de cultivo (metodología Media Fill Test).

RESULTADOS

Se desarrolló la formación completa para cinco usuarios.

Todos superaron los tests de los módulos teóricos con la máxima puntuación.

Los resultados de los cultivos de productos con medio de cultivo fueron negativos.

El formador evaluó positivamente la técnica de elaboración y manejo de los elementos del robot y del material durante la carga y descarga de los mismos.

DISCUSIÓN

La incorporación de nuevas tecnologías al proceso de elaboración de MAP requiere de una cualificación y capacitación específicas del personal de enfermería.

CONCLUSIONES

La definición de un plan de formación específico y de una metodología objetiva de evaluación resulta imprescindible para asegurar el correcto uso de este tipo de dispositivos, la calidad del preparado final y la seguridad del elaborador.

26. ESTUDIO DE EFECTIVIDAD DE LOS SISTEMAS CERRADOS PHASEAL® PARA LA PREPARACIÓN DE QUIMIOTERAPIA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.

AUTORES

MIRIAM BELDA FURIO; SILVIA VALERO GARCÍA; EDUARDO LÓPEZ BRIZ; NIEVES VILA CLÉRIGUES; M^a JOSE LLEO SAPENA; JOSE LUIS POVEDA ANDRÉS.

LUGAR DE TRABAJO

Servicio de Farmacia

CONGRESO / JORNADA EN EL QUE FUE PRESENTADO

XVI Congreso de la SEEO

INTRODUCCIÓN

El Área de Elaboración (AE) del Servicio de Farmacia del Hospital Universitario y Politécnico La Fe acondiciona antineoplásicos y otros medicamentos alopeligrosos (MAP) previamente a su administración. Los profesionales sanitarios integrantes del AE están en riesgo de exponerse a dichos MAP.

Se recomienda el uso de sistemas cerrados (SC) en las manipulaciones de MAP, para proteger al profesional de los efectos nocivos que, exposiciones a bajas dosis pero crónicas, podrían provocar en su salud

OBJETIVOS

Confirmar que la utilización de SC Phaseal® (Beckon-Dickinson) reduce la contaminación de superficies del AE junto con medidas específicas de descontaminación
OBJETIVOS GENERALES:

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio prospectivo experimental pre-postimplantación. Se seleccionaron tres fármacos como marcadores para cuantificar sus niveles: 5-fluoracilo (5FU), ciclofosfamida (CIC) e ifosfamida (IFO), que se determinaron en 30 puntos del AE.

Se establecieron 4 tiempos de muestreo: tiempo cero (nivel basal), tiempo 1 (tras descontaminar el área con agua jabonosa, NaOH 0,3M y agua jabonosa.),

tiempo 2 (tras cuatro meses utilizando SC Phaseal® para la manipulación de 5FU y CIC) y tiempo 3 (tras ocho meses utilizando SC Phaseal® para la manipulación de 5FU y CIC y un mes para IFO).

El protocolo de descontaminación se repitió semanalmente.

Se utilizó un kit de muestreo de superficies (Cyto Wipe Kit®) para la recogida de muestras y posterior análisis por un laboratorio independiente (Exposure Control Sweden AB).

El personal recibió formación para la manipulación de SC Phaseal®.

RESULTADOS

La mediana (1erQ-3erQ) de los niveles basales (ng/cm²) de CIC, IFO y 5FU fue de 1,01 (0,24-3,02); 3,02 (1,39-10,52) y 0,09 (0,09-0,09) respectivamente. Tras descontaminar, se produjo una disminución del 86,14%; 81,79 % y 0% en los niveles de CIC, IFO y 5FU, respectivamente. En el tiempo 3, la mediana (1erQ-3erQ) de contaminación (ng/cm²) de CIC, IFO y 5FU fue de 0,06 (0-0,25); 1,96 (0,62-19,5) y 0,09 (0,09-0,09) respectivamente. En el tiempo 4, la mediana (1erQ-3erQ) de contaminación (ng/cm²) de CIC, IFO y 5FU fue de 0,01 (0-0,06); 0,06 (0,02- 0,47) y 0,09 (0,09-0,09) respectivamente.

Las reducciones en los niveles de contaminación del AE respecto al nivel basal para CIC, IFO y 5FU fueron del 99,01%, 98,01% y 0% respectivamente.

DISCUSIÓN

El uso de SC Phaseal®, junto con la implementación del protocolo semanal de descontaminación, reduce significativamente los niveles de contaminación en superficie del AE de MAP,.

CONCLUSIONES

El uso de SC Phaseal®, junto con la implementación del protocolo semanal de descontaminación, reduce significativamente los niveles de contaminación en superficie del AE de MAP, mejorando la seguridad del personal de enfermería expuesto.

BIBLIOGRAFÍA

1. Yoshida J, Kosaka H, Nishida S, Kumagai S. Actual conditions of the mixing of antineoplastic drugs for injection in hospitals in Osaka prefecture, Japan. J Occup Health. 2008;50(1):86-91.
2. Humphrey MJ, McLaughlin C, Haven S. Reducing Exposure of Antineoplastic drugs to Healthcare Workers. Disponible en:
<http://www.acestar.uthscsa.edu/institute/su11/documents/thrus/48%20Humphrey,%20Mary%20.pdf>.
3. Dranitsaris G, Johnston M, Poirier S, Schueller T, Milliken D, Green E, et al. Are health care providers who work with cancer drugs at an increased risk for toxic events? A systematic review and metaanalysis of the literature. Journal of Oncology Pharmacy Practice 2005;11(2):69-78.
4. Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales
5. RD 486/1997, de 14 de abril, por el que se establecen las disposiciones mínimas de seguridad y salud en los lugares de trabajo
6. RD 665/1997 sobre protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición laboral a cancerígenos, modificado por el RD 1124/2000, de 16 de junio, es el resultado de la transposición de las Directivas 90/394/CEE de 28 de junio, 97/42/CE, de 27 de junio y 1999/38/CE, de 29 de abril

7. NTP 740: Exposición laboral a citostáticos en el ámbito sanitario
8. NTP 1051: Exposición laboral a compuestos citostáticos: sistemas seguros para su preparación.
9. Guía de buenas prácticas de preparación de medicamentos en servicios de farmacia hospitalaria. Dirección Genral de Cartera Básica de Servicios del SNS y Farmacia. Subdirección General de Calidad de Medicamentos y Productos Sanitarios. Junio 2014.
10. Guía de buenas prácticas para trabajadores profesionalmente expuestos a agentes citostáticos. Instituto de Salud Carlos III. Madrid. Febrero 2014.

27.CARGAS DE TRABAJO DE ENFERMERÍA EN TÉCNICAS CONTINUAS DE DEPURACIÓN EXTRARRENAL (TCDE): HEPARINA SÓDICA VS CITRATO

AUTORES

M^o Teresa Moreno Vicente; M^a Estrella Blesa Luengo; Francisca Oliva Chinchilla; M^a Angeles Sanchez López; Sandra Bonora Bastante.

LUGAR DE TRABAJO

UCI adultos Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia.

CONGRESO / JORNADA EN EL QUE FUE PRESENTADO

XLIII Congreso Nacional de la SEEIUC del 18 al 21 de Junio de 2017.

INTRODUCCIÓN

Para el correcto funcionamiento de la TCDE es necesario garantizar que los circuitos de sistema estén continuamente funcionando, sin obstrucción y sin que se produzca coagulación de la sangre. La sangre que pasa a través de los circuitos del sistema de depuración tiende a coagularse y a formar trombos que impiden su correcta circulación y el retorno al paciente una vez depurada. Para ello, en nuestra Unidad (UCI adultos Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia) se utiliza como anticoagulante la Heparina Na, que se administra en solución de fisiológico prefiltro, y debe ser manejada con precaución para evitar que el paciente desarrolle una hemorragia interna por ser una anticoagulación sistémica.

El desarrollo de módulos de anticoagulación regional con Citrato integrados en las propias máquinas han disminuido considerablemente las complicaciones hemorrágicas de los pacientes, a la vez que permiten que estas técnicas duren el tiempo programado, hasta 72 horas continuadas. El citrato es un anticoagulante que secuestra las moléculas de calcio de la sangre y que son necesarias para que se formen los coágulos. Por tanto, si introducimos Citrato en la sangre que entra en el circuito no se produce coagulación y trombos al pasar por el sistema arteriovenoso.

El citrato actúa inactivando el calcio iónico. Es una anticoagulación regional porque el citrato se infunde a la entrada del circuito y actúa sobre el filtro. Su efecto se neutraliza, administrando calcio antes de llegar la sangre al paciente, por lo que se evita la anticoagulación sistémica e hipocalcemia, pudiendo así utilizar la dosis adecuada de citrato para evitar la coagulación del filtro y, lo que es más importante, sin riesgos hemorrágicos para el paciente:

- Solución de anticoagulación regional --> Citrato sódico 4% (136mmol/l)
- Solución de reposición descenso calcio iónico --> Cloruro Cálcico (94-98 mmol/l).

En la anticoagulación con Citrato se realiza gasometría cada 8 horas para control del:

- Calcio iónico postfiltro,
- Calcio iónico paciente,
- Equilibrio ácido-base.

En la actualidad trabajamos con los dos tipos de anticoagulación descritos, dejando la anticoagulación con Citrato para aquellos pacientes sin fallo hepático en los que la heparina esté contraindicada, o bien para aquellos pacientes en los que se coagule el filtro de forma reiterada, antes de las 72hs.

En las terapias con heparina la modalidad de tratamiento que utilizamos es la Hemodiafiltración Venovenosa Continua (HDFVVC) necesitándose para la depuración de moléculas líquido de diálisis y de sustitución.

En las terapias con citrato la modalidad de tratamiento es la Hemodiálisis Venovenosa Continua (HDVVC) por lo que solo se necesita líquido de diálisis para la depuración de moléculas

Al utilizar ambos sistemas de anticoagulación, la percepción de los Enfermeros de la Unidad es que las cargas de trabajo aumentan considerablemente cuando se utiliza la Heparina Na, lo que nos llevó a plasmarlo de forma objetiva

OBJETIVOS:

OBJETIVOS GENERALES:

Verificar objetivamente que tipo de anticoagulación representa más cargas de trabajo para Enfermería.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Cuantificar las intervenciones de Enfermería hasta el cambio de circuito (72hs) en ambas terapias,

Identificar las cargas de trabajo según el tipo de anticoagulación utilizada.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio observacional retrospectivo (Enero – Diciembre 2016) centrado en las primeras 72horas de terapia, de una muestra de 68 pacientes ingresados en la UCI de adultos del Hospital La FE de Valencia, con diagnóstico médico de Insuficiencia Renal Aguda (IRA) a los que se les sometió a TCDE:

En 48 pacientes se anticoaguló el circuito con Heparina Na, y de esta muestra:

- En 27 pacientes la terapia se finalizó antes del tiempo establecido para el cambio de circuito por diversos motivos,
- Y en 21 pacientes se mantuvo el tratamiento más de las 72 horas

En 20 pacientes se anticoaguló el circuito con Citrato, de esta muestra:

- En 6 pacientes la terapia finalizó antes de las 72 horas,
- Y en 14 pacientes se mantuvo el tratamiento.

Nos basamos para el estudio en un determinado tratamiento (Tto estándar):

- HDVVC Ci – Ca
- HDFVVC con heparina

RESULTADOS

Según los cálculos realizados en una muestra de 68 pacientes las intervenciones reales con heparina superan las estándar, mientras que en las intervenciones con Citrato o hay diferencias

DISCUSIÓN

A pesar de que el gráfico de tiempo estimado nos diga, que el utilizado en la terapia con citrato es mayor, los datos reales nos dicen que el tiempo total empleado es superior en la terapia con heparina , debido a que el nº de intervenciones en el cambio de filtro es considerablemente mayor. Recordemos que en la anticoagulación con Heparina Na hay que utilizar dosis muy bajas para evitar complicaciones hemorrágicas en el paciente , esto supone la coagulación temprana del filtro en muchos casos

CONCLUSIONES

Las cargas de trabajo en la anticoagulación con Heparina Na, superan a las cargas de trabajo con Citrato, marcando la diferencia el aumento del nº de intervenciones en el cambio de filtro y, en consecuencia, del tiempo empleado durante la terapia con Heparina Na .

BIBLIOGRAFÍA

1. Equipo Multifiltrate Versión de software: 5.2, Fresenius Medical Care.
2. Kutsogiannis DJ, Gibney RT, Stollery D, Gao J, Regional Citrate Versus Systemic Heparin Anticoagulation for continuous renal replacement in critically ill patients. *Kidney Int* 2005;67: 2361-2367

28. PROTOCOLO DE ACTUACIÓN INTEGRADO CENTROS DE SALUD DEPARTAMENTO VALENCIA LA FE – GRUPO GAMA DE LA POLICÍA LOCAL DE VALENCIA

AUTORES

DEL REY CORADO, E. (Enfermera Técnico de Programas. Dirección Atención Primaria Departamento Valencia La Fe); COMPANY LLADRÓ, MJ. (Enfermera. Consultora SIA Departamento Valencia la Fe); LLORIA CREMADES, MJ. (Directora Enfermera Atención Primaria Departamento Valencia La Fe); ESCRIBANO MARTÍNEZ, A. (Técnica en Violencia de Género de la D.G. Salud Pública); NAVARRETE IBAÑEZ, E. (Inspectora Coordinadora Operativa GAMA).

LUGAR DE TRABAJO

DIRECCIÓN ATENCIÓN PRIMARIA DPTO VALENCIA LA FE.

CONGRESO / JORNADA EN EL QUE FUE PRESENTADO

CONGRESO HOSPITALES 2017

INTRODUCCIÓN

La violencia de género es un problema de alta prevalencia y graves consecuencias para todas las dimensiones de la salud (física, psicológica, sexual, reproductiva y social), con un alto coste sanitario y social. Para su correcto abordaje se considera prioritaria la detección precoz desde los servicios sanitarios, agilizar el diagnóstico y realizar una intervención temprana.

OBJETIVOS

Establecer una pauta de actuación normalizada y homogénea ante la detección de un caso de presunta violencia de género por los profesionales de los Centros de Salud de Valencia del Departamento La Fe y los integrantes del grupo Gama de la Policía. OBJETIVOS GENERALES:

MATERIAL Y MÉTODO

Celebración de una Jornada de trabajo entre los Referentes de violencia de Género de los Centros de Salud y los miembros del grupo Gama, durante la que se debaten y acuerdan los principales aspectos necesarios a tener en cuenta para la elaboración de un protocolo integrado de funcionamiento.

RESULTADOS

Elaboración de un protocolo consensuado e integrado de actuación entre profesionales sanitarios atención primaria y policías del grupo Gama. Inicio del registro de casos de violencia de género detectados y tratados siguiendo el protocolo.

CONCLUSIONES

La Violencia de Género es un problema de salud pública que afecta a las mujeres a lo largo de todas las etapas de su ciclo de vida. Los y las profesionales de Atención Primaria se encuentran estratégicamente en una situación privilegiada ante la detección de estas situaciones, por ser este nivel asistencial el que cubre la asistencia a la población durante todas sus etapas vitales.

29. COMISION DE SENSIBILIZACION CONTRA LA VIOLENCIA DE GÉNERO: DE LA UTOPIA A LA REALIDAD

AUTORES

LLORIA CREMADES, M.JOSE (Directora Enfermería Atención Primaria Departamento Valencia La Fe); DEL REY CORADO, ESTEFANIA (Enfermera Técnica de Programas. Dirección Atención Primaria Departamento Valencia La Fe); COMPANY LLADRÓ, M^a JESÚS (Enfermera. Consultora SIA Departamento Valencia la Fe); ESCRIBANO MARTÍNEZ,A. (Técnica en Violencia de Género de la D.G. Salud Pública);

LUGAR DE TRABAJO

DIRECCIÓN ATENCIÓN PRIMARIA DPTO VALENCIA LA FE

CONGRESO / JORNADA EN EL QUE FUE PRESENTADO

CONGRESO DE HOSPITALES SEVILLA 2017

INTRODUCCIÓN

La Comisión para la Sensibilización contra la violencia de Género, tiene su soporte legal en la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, así como en el Plan nacional de sensibilización y prevención de violencia de género.

OBJETIVOS

El objetivo de esta Comisión es el diseño y la planificación de acciones para sensibilizar a los profesionales del Departamento Valencia la Fe en la detección y en su caso atención a víctimas de este tipo de violencia.

MATERIAL Y MÉTODO

- Formación y sesiones de sensibilización de profesionales en materia de violencia de género.
- Criterios comunes para la atención sanitaria a la violencia de género.
- Coordinación y seguimiento en los diferentes niveles de salud.

RESULTADOS

A las sesiones han asistido un total de 532 profesionales del Departamento Valencia La Fe, de los cuales un 81% son mujeres y un 19% varones. Por categoría profesional el 53% de los asistentes son A1, el 27 % A2, el 9% B, el 11% C y ningún asistente del grupo D.

Se pasan 237 Encuestas de Satisfacción de las cuales un 96.6 % de los encuestados “recomendaría la asistencia a estas sesiones” , con un indicador promedio global de satisfacción del 93,1 %.

CONCLUSIONES

La violencia ejercida contra las mujeres constituyen en primera instancia un atentado contra su salud física y psicológica; los y las profesionales sanitarios cobran un protagonismo muy relevante tanto en la detección del fenómeno como en la atención a las víctimas.

30.PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO: ANCIANO/A CON MOVILIDAD REDUCIDA

AUTORES

COMPANY LLADRÓ, MJ. (Enfermera. Consultora SIA Departamento Valencia la Fe); LLORIA CREMADES, MJ. (Directora Enfermera Atención Primaria Departamento Valencia La Fe); DEL REY CORADO, E. (Enfermera Técnico de Programas. Dirección Atención Primaria Departamento Valencia La Fe); ESTEVE TELLO,S. (Coordinador Enfermero CS Economista Gay-Tendetes); MILLAN RUBIO, M. (Coordinadora Enfermera CS Miguel Servet-Azucena); ARIAS JORDA,T. (Coordinadora Enfermera C.S. Alcasser).

LUGAR DE TRABAJO

DIRECCIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA DPTO VALENCIA LA FE.

CONGRESO / JORNADA EN EL QUE FUE PRESENTADO

CONGRESO DE HOSITALES - SEVILLA MAYO 2017.

INTRODUCCIÓN

Estandarizar los cuidados siempre es una apuesta por la disminución de los riesgos y la garantía de calidad asistencial.

En este Plan se hace hincapié en los puntos básicos del proceso de cuidados. Esfuerzos posteriores se concentrarán en la formación de pacientes y cuidadores, con el objetivo de fomentar la máxima autonomía de los mayores en el desempeño de sus autocuidados y en la prevención de riesgos evitables.

OBJETIVOS

Mejorar la calidad asistencial estableciendo un modelo metodológico común en las actuaciones enfermeras que incluya criterios para su evaluación. Este plan deberá suponer un consenso de cuidados mínimos imprescindibles para este tipo de pacientes mayores.

MATERIAL Y MÉTODO

Creación de un grupo de trabajo enfermero compuesto por Coordinadoras de los centros de salud, de la Dirección de Atención Primaria y del Area del Conocimiento, Cuidados y Docencia, del Departamento Valencia La Fe. Se procede al diseño y elaboración del Plan de Cuidados adaptándolo al entorno de nuestro Departamento.

RESULTADOS

Elaboración y puesta en práctica del Plan de Cuidados Estandarizado del Anciano/a con movilidad reducida en todos los centros de salud del Departamento, adaptándolo a cada situación particular.

CONCLUSIONES

Las acciones incluidas en este Plan constituyen un mínimo estandarizado de acciones a poner en marcha para todo aquel paciente anciano con movilidad reducida de cada una de las zonas básicas de salud.

BIBLIOGRAFÍA

1. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y Clasificación 2012-2014 de la NANDA. (North American Nursing Diagnosis Association).
2. Clasificación Intervención de Enfermera (NIC). Bulechek, GM; Butcher, H.K; McCloskey y Dochterman, J. 2013
3. Continuidad de cuidados: Coordinación entre Atención Primaria y Atención Especializada en la zona de salud de la Rioja Baja. Revista: Nursing. Año: 2003. Volumen 21, Nº 9.
4. Plan de cuidados al paciente en situación de encamado prolongado (> 72 horas). Hospital General Universitario Alicante. 2010
5. Planes de cuidados estandarizados. Junta de Andalucía. 2001. Ed: Distrito Sanitario Costa del Sol. Servicio Andaluz de Salud

31. INTERVENCION DE SALUD CON APOYO DIDACTICO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS POR NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD

AUTORES

Gimeno Cardells A, Piró Dorado A, Méndez Ocaña R, Aldás Criado I, Menéndez Villanueva R, Orts Cortés MI.

LUGAR DE TRABAJO

Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Instituto Investigación Sanitaria La Fe (Grupo de Investigación de Infecciones Respiratorias-Neumología)

CONGRESO / JORNADA EN EL QUE FUE PRESENTADO

50º Congreso Nacional de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR)

INTRODUCCIÓN

La neumonía adquirida en la comunidad (NAC) es una enfermedad con una importante morbi-mortalidad asociada. Se han descrito factores de riesgo de la NAC relacionados con los hábitos de salud como el tabaquismo y la salud bucodental. El objetivo de este estudio fue analizar la efectividad de una intervención de salud del paciente hospitalizado con NAC con recomendaciones al alta.

OBJETIVOS

El objetivo de este estudio fue analizar la efectividad de una intervención de salud del paciente hospitalizado con NAC con recomendaciones al alta.

MATERIAL Y MÉTODO

Se diseñó un estudio cuasiexperimental (antes-después) en pacientes hospitalizados por NAC. La intervención constaba de una valoración inicial de los hábitos de salud (tabaquismo, salud bucodental, vacunación, alimentación, ejercicio físico y control de comorbilidad y tratamientos) realizada el día del alta hospitalaria y realizada por una enfermera especializada. Además, se incluyó una guía general de recomendaciones al alta para los pacientes con NAC realizada ad-hoc y se recomendaba en un función de los factores de riesgo de cada paciente. Se recogieron variables sociodemográficas, clínicas y evolutivas a los 30 días y al año. Se realizó un análisis a los 30 días del alta hospitalaria de los cambios realizados con respecto a los hábitos de salud. Para la comparación de muestras pareadas se realizó la prueba Mc Nemar en variables cualitativas y T Student en cuantitativas.

RESULTADOS

Se incluyeron 76 pacientes: edad media 67 ± 18 , hombres 48(63,2%). Vivían en residencia 5 (6,6%). Actividad laboral: jubilado 53 (69,7%), activo 21 (27,6%), estudiante 2 (2,6%). Independencia ABVD 65 (85,5%), independencia AIVD 64 (85,3%). Durante la valoración, se constató las necesidades de educación de los pacientes, siendo: 0-2 necesidades 40 (52,6%), 3-4 necesidades 26 (34,2%) y >5 necesidades 10 (13,2%). Se realizó intervención educativa en: hábito tabáquico 21(27,6%), alcoholismo 2 (2,6%), vacunación 54 (71,1%), dieta y alimentación 32 (44,4%), ejercicio físico 26 (38,2%), higiene dental 41 (64,1%), adherencia al tratamiento 23 (30,3%). Acudieron a la visita al mes 70 (92,1%), reingreso al mes 8 (10,5%), complicaciones 11 (14,7%), éxitus 2 (2,6%). Las diferencias en hábitos de salud durante la hospitalización y a los 30 días fueron: tabaquismo 21 (27.6%) Vs 9(11.8%) $p=0.002$; alcoholismo 2 (2.6%) Vs 2 (2.6%) $p=1$; vacunación neumococo 5 (6.6%) Vs no procede; vacunación gripe 25 (32.9%) Vs no procede; alimentación - IMC 27.2 ± 5.6 Vs 27.1 ± 5.3 $p=0.195$; higiene dental 41 (53.9%) Vs 44 (57.9%) $P=0.021$; adherencia al tratamiento 58 (76,3%) Vs 66 (86,8%) $p=0.5$.

CONCLUSIONES

Casi la mitad de los pacientes que ingresan por NAC tienen más de 2 necesidades de educación en hábitos de salud. El hábito tabáquico disminuyó y la higiene dental mejoró tras la intervención. Es necesario continuar el seguimiento hasta el año para confirmar la eficacia de la intervención general.

BIBLIOGRAFÍA

- Estrada Reventos, D., Lara Pulido A., Robau Gassiot M., Casals Font E., Fernández Martínez A., Rosell Marti M. Eficacia de un programa educativo al paciente ingresado con neumonía. *Enfermería global*. 2009 Jun (16).
- Fuenzalida CI, Ferró I, Siches C, Ambrós A, Sánchez M, Cabrera J, Coll-Vinent B. Una intervención educativa de enfermería al alta de urgencias disminuye complicaciones e ingresos a corto plazo en pacientes con fibrilación auricular. *Emergencias*. 2015;27:75-81
- Hamishehkar H, Vahidinezhad M, Mashayekhi SO, Asgharian P, Hassankhani H, Mahmoodpoor A. Education alone is not enough in ventilator associated pneumonia care bundle compliance. *J Res Pharm Pract*. 2014 Apr; 3(2):51-5.
- Brozek J, McDonald E, Clarke F, Gosse C, Jaeschke R, Cook D. Pneumonia Observational Incidence and Treatment: A Multidisciplinary Process Improvement Study. *Am J Crit Care* 2007; 16:214-219
- M. Musher D, M. Rueda A, S. Kaka A, M. Mapara S. The Association between Pneumococcal Pneumonia and Acute Cardiac Events. *CID* 2007; 45:158-65

32. PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON DISPOSITIVO DE ASISTENCIA VENTRICULAR DE MEDIA DURACIÓN CENTRIMAG

AUTORES

Cobo Clari E, Fortea García E, Bartolomé Bueno C, Muñoz García M.

LUGAR DE TRABAJO

Hospital Universitari i Politècnic la Fe. Unidad de Reanimación de Adultos

CONGRESO / JORNADA EN EL QUE FUE PRESENTADO

28 Congreso de la Asociación Española de Enfermería de Anestesia-Reanimación y Terapia del Dolor.

INTRODUCCIÓN

El dispositivo Centrimag es un tipo de asistencia ventricular de media duración que permite asistir al ventrículo izquierdo, derecho o ambos, dependiendo del emplazamiento de las cánulas. Se puede mantener hasta 30 días. Está indicado para pacientes con disfunción ventricular severa e insuficiencia cardiaca refractaria a tratamiento médico, únicamente como puente a trasplante cardiaco. El papel de la enfermera es fundamental en el cuidado de este tipo de pacientes, la ausencia de un plan de cuidados establecido para este tipo de pacientes genera variabilidad en la práctica clínica y va en detrimento de la calidad de los cuidados. Por este motivo consideramos que se debe realizar un entrenamiento del personal de Enfermería debido también a la novedad de la técnica.

OBJETIVOS GENERALES

Desarrollar un plan de cuidados para estandarizar los cuidados enfermeros en pacientes dispositivo ventricular CentriMag

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Dar a conocer el dispositivo y realizar un protocolo específico.

MATERIAL Y MÉTODO

Se basará en la realización de un plan de cuidados específico que permita identificar problemas y planificar intervenciones. Se elaboró un plan de cuidados estandarizado empleando las taxonomías NANDA, NIC y NOC. Se realizó una búsqueda bibliográfica en PubMed, TripDatabase y Cochrane así como un brain-storming entre enfermeras expertas en el cuidado de pacientes portadores de asistencia ventricular CentriMag de la Unidad de Reanimación del H.U. i Politècnic La Fe. Se determinaron los cuidados básicos de este tipo de pacientes en función de la bibliografía y se llegó

al consenso en el grupo de expertas. Se creó un grupo de trabajo y para definir los diagnósticos NANDA más frecuentes, así como las intervenciones NIC y los NOC más relevantes.

RESULTADOS

Elaboramos un plan de cuidados según la taxonomía NANDA, NIC y NOC. Por su complejidad, requiere un plan de cuidados amplio y específico, destacando los siguientes diagnósticos principales:

1. Riesgo de shock (00205): NOC: Signos vitales (0802). NIC: Monitorización de signos vitales (6680) Manejo de líquidos (4120). Manejo de medicación (2380).
2. Riesgo de sangrado (00206): riesgo de disminución de volumen de sangre que puede comprometer la salud. NOC: Coagulación sanguínea (0409). Severidad de la pérdida de sangre (0413). NIC: Prevención del shock (4260) Control de hemorragias (4160). Análisis de laboratorio a pie de cama (7610).
3. Dolor agudo (00132). NOC: Control del dolor (01605).NIC: Manejo del dolor (1400). Manejo de la medicación (6040).
4. Ansiedad (00146).NOC: Autocontrol de la ansiedad (1402).NIC: Apoyo emocional (5270).
5. Riesgo de infección (00004).NOC: Integridad tisular de piel y membranas (1101). NIC: Cuidados de las heridas (3660). Control de las infecciones (6540)

DISCUSIÓN

Ante la falta de desarrollo de protocolos en la unidad se decide elaborar este póster informativo para posteriormente desarrollar un plan de cuidados por parte del equipo multidisciplinar. Debido a la complejidad de la técnica y por lo novedoso no hemos encontrado planes de cuidados para poder comparar. Hemos considerado de vital importancia el desarrollo de un plan de cuidados por parte de todo el equipo multidisciplinar con consenso con los expertos del servicio de Reanimación. Consideramos que estos 6 diagnósticos son los más importantes para este tipo de pacientes porque garantizan el confort físico y psíquico en un momento de tan crítico de su vida.

CONCLUSIONES

Debido a la complejidad de la técnica se considera fundamental la formación del personal de enfermería tanto en el funcionamiento del dispositivo como en los cuidados específicos que requiere, ya que realiza un papel fundamental junto con el resto de equipo multidisciplinar. Es de especial importancia el apoyo psicológico al paciente durante este proceso. La elaboración de un plan cuidados permitirá estandarizar los cuidados enfermeros, disminuir la variabilidad en la práctica clínica y en definitiva mejorar la calidad de nuestros cuidados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pajares.A., Zarragoikoetxea. I.Protocolo de Anestesia y Reanimación para el implante dispositivo de asistencia ventricular (VAD) de corta duración CentriMag. (2017)
2. Argiriou, M., et al., Right heart Failure post left ventricular assist device implantation. J. Thorac Dis, 2014.6. Suppk 1:p. S52-9
3. Bhama, J.K et al, Clinical experience using the levitronix CentriMag System for temporary suport.J Heart Lung Transplant 2009. 28(9):p.971-6
4. Aranda M. Asistencias Ventriculares de corta duración, revisión bibliográfica y cuidados de Enfermería. Trabajo Fin de Grado. 2016.

33. VALORACIÓN DE LA DISPENSACIÓN DIARIA DE MEDICACIÓN A DEMANDA COMO ESTRATEGIA DE OPTIMIZACIÓN DEL TIEMPO DE PREPARACIÓN DE DOSIS UNITARIAS

AUTORES

Ausina Ausina, MJ; Zamora Ferrer, E; Ruiz Caldes, MJ; Sempere Ripoll, E; Martínez Cercos, L; Romá Sánchez, E; García Pellicer, J; Poveda Andrés, JL;

LUGAR DE TRABAJO

Servicio de Farmacia

CONGRESO / JORNADA EN EL QUE FUE PRESENTADO

62 Congreso Nacional de la SEFH

INTRODUCCIÓN

El Servicio de Farmacia (SF) de nuestro hospital cuenta con 7 armarios dispensadores automatizados para la preparación de carros en el área de Dosis Unitaria (DU). Sin embargo, debido a la carga asistencial, de 13.00-15.00h se genera un cúmulo de trabajo que puede implicar errores de dispensación. Por tanto, resulta necesario revisar los tiempos asignados a cada función en esta franja horaria.

Actualmente, la mayor parte de medicación prescrita a demanda (PRN), es decir, cuya administración se ve condicionada por el estado clínico del paciente, está predefinida en el programa de prescripción electrónica para descargarse con el carro y dispensarse diariamente a las Unidades de Hospitalización (UH).

OBJETIVOS

Evaluar si resulta eficiente incluir la medicación PRN en la carga de carros de manera rutinaria.

MATERIAL Y MÉTODO

Se escogió una UH al azar y se registraron durante 3 meses (febrero-abril 2017) las dispensaciones y devoluciones de la medicación PRN incluida en la descarga de carros. Se consideró que la medicación no devuelta había sido administrada. Se revisó la medicación pactada en el botiquín de la UH. Sin embargo se consideró que en caso de no haberla dispensado con el carro, esto habría supuesto una reclamación al SF.

RESULTADOS

El 99% de las devoluciones de los tratamientos PRN las comprendían 14 principios activos, indicados en caso de hipertensión, dolor, náuseas/vómitos e insomnio, de los cuales el 37,5% estaban incluidos en el pacto de la UH. El 10,66% de la medicación era PRN. El 87,05% de esta medicación fue devuelta al SF. La media de líneas diarias de medicación PRN de las 21 UH con DU del hospital son 351. Según los estudios llevados a cabo con la introducción de los armarios automatizados, el tiempo de llenado es de 9,6 segundos por cada línea del carro. Se estima que el tiempo empleado en la preparación del total de líneas PRN es de 56,16 minutos diarios.

Se administró el 12,95% de la medicación PRN. En caso de no haberla dispensado con el carro, se habrían generado 45,45 líneas de reclamaciones al SF en horario de tarde, que correspondería aproximadamente a 7,27 minutos de preparación.

CONCLUSIONES

El paciente constituye el centro del proceso farmacoterapéutico y resulta comprensible que las prescripciones PRN vayan en aumento. Sin embargo, según los resultados del estudio, esta medicación no llega a administrarse en la mayoría de casos. Por tanto, es razonable valorar su no inclusión en la carga de carros como estrategia para optimizar el tiempo de preparación en hora punta en el área de DU. El impacto de esta medida aparecería en horario de tarde, donde el volumen de trabajo es menor y además el tiempo de preparación de las reclamaciones generadas sería inferior en cualquier caso. También se vería reducido el tiempo empleado en procesar las devoluciones.

No obstante, para valorar este cambio resulta necesario un periodo de estudio más prolongado, un consenso con las partes implicadas, y una actualización de botiquines incluyendo los principios activos no pactados y más frecuentemente prescritos a demanda, para reducir al máximo las reclamaciones al SF.

34. FACTORES RELACIONADOS CON LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIBIOTICO NEBULIZADO EN PACIENTES CON BRONQUIECTASIAS NO FIBROSIS QUÍSTICA

AUTORES

Piró Dorado A, Gimeno Cardells A, Montull Veiga B, Méndez Ocaña R, Amara Elori I, Reyes Calzada S, Menéndez Villanueva R.

LUGAR DE TRABAJO

Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Servicio de Neumología

CONGRESO / JORNADA EN EL QUE FUE PRESENTADO

50º Congreso de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica

INTRODUCCIÓN

Las bronquiectasias no asociadas a fibrosis quística (BQ) son una patología de la vía aérea que se caracteriza por la presencia de dilataciones bronquiales crónicas e infecciones respiratorias recurrentes. La adherencia al tratamiento es uno de los problemas asociados a las enfermedades crónicas influyendo en el pronóstico de las mismas.

OBJETIVO GENERAL

Analizar los factores relacionados con la adherencia al tratamiento antibiótico nebulizado en pacientes con bronquiectasias.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio observacional prospectivo de pacientes con BQ atendidos en consulta de enfermería monográfica que recibían tratamiento nebulizado con colistimetato sódico mediante el dispositivo Ineb durante un periodo de 1 año. Se recogieron datos demográficos, clínicos y pronósticos (escala FACED), así como un registro de la adherencia mediante el software Insight. Se consideró adherencia al tratamiento, realizar la pauta c/12h y duración menor a 10 min. Realizamos un estudio univariado mediante un test no paramétrico de U-Mann Whitney para las variables cuantitativas y Chi-cuadrado para las cualitativas

RESULTADOS

Se incluyeron 37 pacientes con una edad media de 67 +/-14 años; hombres 17 (45,9%). Nivel de estudios: primarios 27 (73%), medios 9 (24,3%), superiores 1 (2,7%). Situación laboral: activo 10 (27%), jubilado 27 (73%). Se vacunaron contra la gripe 29 (78,4%) y contra el neumococo 19 (51,4%). El motivo de prescripción fue por primoinfección de Pseudomona Aeruginosa en 12 (32,4%) y colonización intermitente-crónica en 25 (67,6%). Los datos de adherencia fueron: pauta correcta (c/12h) 28 (75,3%), dosis completas 32 (86,5%) y tiempo de nebulización 8,5+/-5,3 minutos. 29 (80,6%) tuvieron al menos una agudización durante el primer año de tratamiento, con 2,1+/-1,8 agudizaciones. El tiempo hasta la primera agudización tras el inicio del tratamiento fue 4,3+/-3,4 meses. No se encontraron diferencias significativas respecto al FEV1 predicho relacionado con la adherencia al tratamiento ni se correlacionó con el tiempo de nebulización (r^2 : 0,019; $p=0,914$). En

cuanto a los factores relacionados con la adherencia al tratamiento antibiótico nebulizado 10 pacientes no fueron adherentes al tratamiento, con una edad media de 56 +- 19 años, 4(40%)eran jubilados y 6 (60%) estaban en activo. Obtuvieron una puntuación en la escala FACED de 2+1 puntos, tardaron 12 +- 8 minutos en nebulizar el tratamiento, 3 (50%) realizaron la fisioterapia respiratoria y 4 (66,7%) hacían una higiene adecuada del dispositivo. Por otro lado, tuvimos 27 pacientes si adherentes al tratamiento antibiótico nebulizado, con una edad media de 71+-10 años, 23(85,2%) estaban jubilados y 4 (14,8%) en activo. Obtuvieron una puntuación en la escala de FACED de 3+-1 puntos, el tiempo de nebulización fue de 7+-3 minutos. 16(84,2%) pacientes realizaron fisioterapia respiratoria y 17(100%) hicieron una correcta higiene del dispositivo.

CONCLUSIONES

Los pacientes de mayor edad y con mayor puntuación en la escala FACED presentan una mejor adherencia al tratamiento. El tiempo de nebulización es mayor en los pacientes no adherentes. Los pacientes con buena adherencia al tratamiento realizan una mayor higiene del dispositivo Ineb frente a los no adherentes

BIBLIOGRAFÍA

1. Navas Bueno, B. Monitorizació del tatameitno antibiótico benulizado en bronquiectasias no Fibrosis Quística colonizadas por Pseudomonasaeruginosa.Estudio multicentrico. Rev Esp Patol Torac 2016; 28 (1):9-15.
2. Martínez García M, Máiz Carro L, Catalán Serra P. Tratamiento de las bronquiectasias no debidas a fibrosis quística. Archivo de Bronconeumología 2011; 47(12): 599-609.

35. IMPACTO DEL ABSENTISMO INVOLUNTARIO NO PROGRAMADO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LA GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS

AUTORES

Sosa Palanca, E.M.; Campos Delgado, C.; Tomás Bartrina, G.; Martínez Real, M.A.

LUGAR DE TRABAJO

Subdirección Enfermería RRHH

CONGRESO / JORNADA EN EL QUE FUE PRESENTADO

CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERAS GESTORAS. CACERES OCTUBRE 2017

INTRODUCCIÓN

Entre los motivos de ausencia al trabajo del personal estatutario, podemos diferenciar entre el absentismo involuntario y justificado como la incapacidad temporal por enfermedad o el permiso de maternidad, y el absentismo derivado del contrato de trabajo regulado para todos los trabajadores estatutarios, tales como el permiso por traslado de domicilio, asistencia a exámenes o matrimonio entre otros.

OBJETIVOS

Identificar las causas y los factores involucrados en el absentismo involuntario no programado del personal de Enfermería del Departamento de Salud Valencia La Fe.

Examinar las diferentes estrategias empleadas para afrontar la cobertura del puesto de trabajo

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo observacional y retrospectivo realizado en el Departamento de Salud Valencia La Fe.

Los datos se obtuvieron del registro de los Supervisores de Enfermería de guardia correspondientes al periodo comprendido entre enero y diciembre de 2016.

Las variables a estudio fueron el día de la semana, el servicio, el turno, el motivo de la ausencia y la cobertura del puesto.

RESULTADOS

- Se registraron 496 situaciones de absentismo involuntario no programado.
- Las ausencias se distribuyeron 29% en días festivos, 22% en sábados y 46% en días laborables.
- El 53% de ausencias se ocasionó en Servicios Especiales y 46% en Hospitalización.
- El 43,5% de ausencias ocurrieron en turno nocturno y el 56,5% en turno diurno.

- Las principales causas registradas fueron:
 - Motivos de salud del trabajador 65%
 - Fallecimiento de familiares 4,4%
 - Enfermedad/ingreso de familiares 12,5%
 - Causas no justificadas 2,8%
- La cobertura de los puestos de trabajo se realizó en el 46% de ocasiones localizando otros trabajadores para cubrir la ausencia, un 5% con movilidad de profesionales localizados en el centro, el 40% no se consideró necesaria la cobertura, y el 5% de las veces no se consiguió personal para cubrir el puesto.

DISCUSIÓN

Las ausencias no programadas del personal de enfermería dificultan enormemente la gestión eficiente de los Recursos Humanos en los centros hospitalarios.

CONCLUSIONES

La principal causa de absentismo involuntario no programado ha sido la enfermedad del trabajador seguida del ingreso/enfermedad de familiares.

Se ha valorado que no era necesaria la cobertura en menos de la mitad de los casos, asumiendo la ausencia el propio servicio y respetando ratios enfermera/paciente. El resto de ocasiones se ha cubierto la ausencia con profesionales que estaban disponibles en su día de descanso.

Puntualmente no ha sido posible conseguir cobertura, recurriendo a la movilización de personal.

BIBLIOGRAFÍA

3. Malo MA, Cueto B, García Serrano C, Pérez Infante JI. La medición del absentismo: estimaciones desde la perspectiva de las empresas y vidas laborales. Ministerio de empleo y seguridad social. 2012. URL disponible en: <http://www.seg-social.es/prdi00/groups/public/documents/binario/174212.pdf>
4. Blasco de Luna FJ et al. VI Informe ADECO sobre absentismo. URL disponible en: <http://adecco.es/wp-content/uploads/informes/VI-Informe-de-Absentismo.pdf>
5. Moscoso N, Gómez P, Montangie P, Zenobi B. Absentismo en el sector Enfermería: Estudio de Caso en un Hospital Privado de Argentina. Tesela (Rev. Tesela) 2010;8. URL Disponible en: <http://www.index-f.com/tesela/ts8/ts7333.php>
6. Cabo Salvador J. Gestión Sanitaria Integral: Pública y Privada. España: CEF; 2010.
7. Antequera JM, Arias E. Sistema sanitario y recursos humanos. España: Ed Díaz de Santos; 2005.
8. Pérez E, Oteo LA. Función Directiva y Recursos Humanos en Sanidad. España: Ed. Díaz De Santos; 2006.
9. Pérez J. Los planes de Ordenación de Recursos Humanos del Personal Estatutario de los Servicios de Salud. España: Ed. Bomarzo; 2014.

36. IMPLANTACIÓN DE LA SECUENCIACIÓN MASIVA PARA LA DETECCIÓN DE MUTACIONES EN LOS GENES BRCA1/2.

AUTORES

Amparo Aranda, Alicia Fortea, Amparo Correa, Inmaculada de Juan.

LUGAR DE TRABAJO

Unidad de Biología Molecular. Servicio de Análisis Clínico. Hospital Universitari i Politècnic La Fe (Valencia)

INTRODUCCIÓN

La presencia de mutaciones en los genes BRCA1/2 se relaciona con la susceptibilidad de desarrollar cáncer de mama (CM) y/o cáncer de ovario (CO) a lo largo de la vida. Se ha visto que la presencia de mutaciones en BRCA1 aumenta el riesgo de desarrollar CM entre un 75-80% a los 70 años, y alrededor de un 40% de CO a la misma edad. Mientras que las mutaciones en BRCA2, aumentan el riesgo de desarrollar CM entre un 45-84% y el desarrollo de CM en el varón, y 11-27% de CO.

El aumento de solicitudes para el cribado de mutaciones patogénicas en los genes BRCA1/2 nos ha obligado a la implantación de nuevas técnicas como es la secuenciación masiva (Next Generation Sequencing, NGS).

OBJETIVOS

El objetivo de nuestro estudio es comparar la técnica de cribado empleada hasta ahora, PCR en tiempo real con HRM y Secuenciación capilar con una técnica innovadora como es la NGS.

MATERIAL Y MÉTODO

Desde enero de 2016 hasta mayo de 2017 se recibieron 926 pacientes (casos Índice) con cáncer de mama u/y ovario hereditario y agregación familiar, remitidos por las diferentes Unidades de Consejo Genético (UCG) de la Comunidad Valenciana. La extracción del ADN genómico se realizó a partir de sangre periférica con el Qiasymphony. 440 (48%) pacientes fueron procesados por HRM y 486 por NGS (52%). Un 5% de estos pacientes fue procesado por ambos métodos.

Las librerías de los pacientes se prepararon con el Kit Oncomine™ BRCA Research Assay (Chef-Ready Library Preparation) compuesto por dos pools de primers. La amplificación y PCR en emulsión se realizó automáticamente en el Ion Chef con Ion AmpliSeq™ Kit for Chef DL8 y Ion PGM Hi-Q View Chef, respectivamente. La secuenciación fue realizada en la plataforma Personal Genome Machine (PGM) de Ion Torrent.

RESULTADOS

La técnica NGS nos permite amplificar la secuencia codificante y regiones colindantes de los genes BRCA1/2 en 16-32 pacientes, simultáneamente. En cambio, con el HRM era necesario realizar 114 PCRs para estudiar los dos genes. Además, los resultados de HRM se tienen que confirmar por secuenciación capilar. El cambio del HRM a la NGS agiliza el trabajo y reduce el tiempo de entrega de los resultados (Tabla 1).

La técnica de HRM no nos permite obtener información de los grandes reordenamientos, de gran interés para el diagnóstico clínico, por lo que debemos realizar el estudio complementario de los mismos por amplificación de sondas dependientes de ligandos (MPLA). En cambio, con la técnica de NGS podemos obtener la información de los grandes reordenamientos.

La NGS es una técnica más sensible que el HRM, el 13% de los pacientes procesados por NGS (63/486) presentaron una alteración patogénica mientras que de los procesados por HRM se identificó mutación en el 10.6% de los mismos (47/440).

CONCLUSIONES

La incorporación de la NGS con el Ion Chef, en el laboratorio, ha permitido optimizar el tiempo de trabajo, aumentar el número de pacientes que se estudian, agilizar la lista de espera y poder dar resultados en un menor tiempo. Estos logros han sido de gran utilidad para los clínicos a la hora de tomar decisiones en cuanto al tratamiento y/o posible cirugía.

37. DETECCIÓN CUANTITATIVA DE REORDENAMIENTO AML1_ETO EN LA LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA MEDIANTE PCR EN TIEMPO REAL

AUTORES

Pilar López, Nuria Martín, Claudia Sargas, Eva Barragán

LUGAR DE TRABAJO

Unidad de Biología Molecular. Servicio de Análisis Clínicos. Hospital Universitario i Politècnic La Fe (Valencia).

INTRODUCCIÓN

La Leucemia Mieloblástica Aguda (LMA) es el subtipo de leucemia aguda más común en pacientes adultos, con una incidencia de 3 a 4 casos nuevos/año por cada 100.000 habitantes. Se trata de una entidad heterogénea, caracterizada por la presencia de múltiples lesiones genéticas.

La t (8;21)(q22;q22) fue la primera alteración cromosómica descrita en la LMA presentándose en un 5-12% de los casos. Los pacientes que presentan esta alteración tienen una buena respuesta a la quimioterapia y presentan largas remisiones completas.

Como consecuencia de esta alteración cromosómica, a nivel genético se produce el gen de fusión AML1-ETO. Este reordenamiento es específico de las células leucémicas. Por consiguiente, su detección tiene un claro interés diagnóstico y para control de enfermedad mínima residual (EMR) en el seguimiento evolutivo..

OBJETIVOS

Validar un método de PCR en tiempo real para detectar el reordenamiento AML1-ETO en una serie de pacientes con LMA al diagnóstico y durante el seguimiento evolutivo

MATERIAL Y MÉTODO

Para probar la utilidad del sistema de PCR en tiempo real, se incluyeron 77 LMAs diagnosticadas en el HUyP La Fe. La detección de AML1-ETO se realizó de manera cuantitativa con los cebadores descritos por Gabert et al., 2003 en el LightCycler 2.0 Instrument (Roche). La extracción del RNA se realizó de forma automatizada en el QIASymphony SP/AS Instrument (Qiagen). Para la síntesis del cDNA se utilizó el kit High-Capacity cDNA Reverse Transcription Kit (Applied Biosystems). La calidad de la muestra se evaluó a través de la amplificación de un gen control (GUS). Las curvas estándar utilizadas para determinar el número de copias de AML1-ETO y GUS fueron ipsogen RUNX1-RUNX1T1 standards (Qiagen) e ipsogen GUS standards (Qiagen), respectivamente. El seguimiento de la EMR se evaluó mediante el ratio copias AML1-ETO/copias GUS.

RESULTADOS

Se detectaron 4/77 (5%) pacientes con reordenamiento AML1-ETO. Los resultados de biología molecular fueron comparados con las técnicas de referencia (cariotipo y Fluorescencia e Hibridación In Situ (FISH)). En los 4 casos AML1-ETO positivos se confirmó la presencia de la t (8;21) y en los negativos su ausencia (Especificidad 100%;Sensibilidad 100%).

En los 4 casos positivos para el reordenamiento AML1-ETO se realizó el seguimiento de EMR con la finalidad de evaluar la respuesta al tratamiento. Estos 4 pacientes presentaron un ratio de AML1-ETO/GUS entre 6.000-31.000 en el momento del diagnóstico. En los 4 pacientes se observó una disminución del número de copias hasta negativizarse en el momento de la remisión completa. Sin embargo, un año y medio después del diagnóstico uno de los pacientes experimentó un aumento del número de copias (Ratio AML1-ETO/GUS= 39.47), confirmándose en el examen morfológico de médula ósea la recaída hematológica. El paciente fue sometido a tratamiento de rescate y tres meses más tarde, el reordenamiento AML1-ETO se negativizó y el paciente alcanzó nuevamente remisión completa.

CONCLUSIONES

El método molecular puesto a punto permite detectar de forma específica, sensible y reproducible el reordenamiento AML1-ETO en la LMA. Esta técnica constituye una herramienta muy útil para el hematólogo para identificar un subtipo concreto de LMA y para monitorizar EMR con una técnica más sensible que las convencionales.

38. LA VISITA PERFECTA: COMO VISITAR A LOS BEBÉS EN UCIN

AUTORES

ANDRÉS PERALES M, GARCÍA MARTINEZ C, GÓMEZ TEJERO R, HURTADO BATALLER R, LLIMIÑANA GRESA B, TOMÁS BARTRINA G.

LUGAR DE TRABAJO

HOSPITAL LA FE. UCI NEONATAL

CONGRESO / JORNADA EN EL QUE FUE PRESENTADO

CONGRESO DE ANECIPN (SANTANDER)

INTRODUCCIÓN

Nuestra unidad de UCI Neonatal puede resultar extraña y sobrecogedora para la mayoría de los padres y familia (al menos en sus primeras visitas). Desenvolverse en este ambiente poco o nada conocido debe de hacerse de una manera “especial” que no siempre es bien entendida /asimilada por una familia preocupada por su bebé. Con la elaboración de este póster se pretende crear una ayuda fácil y rápida para que la asimilación de la forma correcta de adentrarse en este entorno desconocido sea menos difícil. Para ello se ha elaborado un “Decálogo de la visita perfecta”, un resumen lo más visual posible de los diez puntos más relevantes para visitar a un prematuro ingresado en UCI que colocaremos en la entrada (en la zona de lavado de manos) para su lectura antes de entrar a la unidad.

OBJETIVOS GENERALES:

Acercar/humanizar la UCI Neonatal a los padres y familia de nuestros pacientes.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Fomentar la autonomía y seguridad de las familias durante su visita.

Crear/Integrar los estímulos más adecuados a lo requerido por nuestros pacientes.

MATERIAL Y MÉTODO

Búsqueda en fuentes bibliográficas y protocolos de la unidad.

RESULTADOS

Tras una búsqueda bibliográfica en PubMed, OVID, y Clinicalkey se indexaron un total de 9 artículos. Si bien, se encuentran gran cantidad de artículos que versan sobre el estrés y los roles de los padres de bebés ingresados en UCIN, no se ha encontrado evidencia sobre las recomendaciones básicas y adecuadas en las visitas a la unidad.

No obstante, sí que se encuentran recomendaciones generales sobre como interactuar con el recién nacido, el cual era uno de los objetivos principales de nuestro estudio, y que se detallan a continuación.

1. Antes de visitarme, silencia el móvil
2. Lavado de manos, mi enfermera te enseñará
3. Protégeme de la luz
4. Abre despacio y no dejes que me enfríe
5. Salúdame
6. Arrópame, déjame que te coja
7. Cántame nanas y cuéntame cuentos
8. No tengas miedo de mimarme, pregunta a mi enfermera (vías, tubos,...)
9. Pregunta a mi enfermera si puedes colaborar en mis cuidados.
10. Despidete, dejándome cómodo y confortable.

DISCUSIÓN

Crear un ambiente adecuado minimizando los estímulos estresantes inherentes a la UCIN y fomentar aquellos más beneficiosos, protege el neurodesarrollo de los recién nacidos ingresados en la unidad.

No obstante, después de este trabajo, nos planteamos en vistas a futuro, una segunda fase que completen nuestros objetivos planteados, la realización de una encuesta entre los padres sobre la utilidad, pertinencia y posibles mejoras de este póster.

CONCLUSIONES

Cualquier tipo de información o apoyo gráfico resulta útil para disminuir el estrés en las primeras visitas de padres/familiares, y todo ello favorece un ambiente de colaboración y colaborativo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Varendi, et al. Does the newborn baby find the nipple by smell? Lancet. 1994 Oct 8; 344(8928);889-890;
2. Mizuno et al. Mother skin to-skin contact after delivery result in early recognition of own mother milk's odour. Act Paediatr .2004Dec; 93(12):1640-1645
3. Bergman et al. Randomized controlled trial of skin-to-skin contact from birth versus conventional incubator for physiological stabilization. Acta. Paediatr. 2004.93; (6):779-785
4. Chwo et al. A randomized controlled trial of early kangaroo care for preterm infants: effects on temperature, weight, behavior and acuity. Journal of Nursing Research.2002;(10):129-142
5. Recomendaciones del Ministerio de Sanidad 2010.
6. Información y Normas dirigidas a los padres y las visitas de los ingresados en UCI Neonatal
7. JH.Kennell & MH.Klaus (1976). Caring for parents of a premature sick infant. Klaus& Kennell (Eds.), Maternal Infant Bonding: the impact of early separation or loss family development;99-166. Saint Louis: CV Mosby Co.

8. H. Als A Synactive model of neonatal behavioral organization: Framework for the assesment and support of the neurobehavioral development of the premature infant and his parents in the environment of the neonatal intensive care unit. In: Sweeney JK (ed.), the high risk neonate: Developmental therapy perspectives,(pp3-53-9.New York, NY: Haworth Press;1986
9. M. López-Maestro et al. Developmental centered care. Situation in Spanish neonatal units. An. Pediatr. 2014; 81(4)232-40.

39.MANEJO TRANSFUSIONAL DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE SÍNDROME MIELODISPLÁSICO

AUTORES

I. Vaquero¹, Ml. Peñalver¹, A. Pous ¹, D. Moreno ¹, I. Ramos ¹, R. Rodríguez ¹, MA. Ovejero ¹, R. Martí¹ P. Soves ², N. Carpio ²

LUGAR DE TRABAJO

Banco de sangre/Calidad y Hemovigilancia

CONGRESO / JORNADA EN EL QUE FUE PRESENTADO

14th International Symposium on Myelodysplastic Syndromes y 2º congreso Hispano-Portugues de medicina transfusional y terapia celular

INTRODUCCIÓN

Los síndromes mielodisplásicos (SMD) son un grupo heterogéneo de enfermedades de origen clonal que se caracterizan por fallo medular y evolución a leucemia aguda. Por las citopenias crónicas que presentan, se trata de pacientes con altos requerimientos transfusionales prolongados en el tiempo. A consecuencia de ello, tienen mayor probabilidad de sufrir algún efecto adverso relacionado con la transfusión. La tasa de aloinmunización oscila entre 15 % y 30 % en los diferentes estudios publicados.

OBJETIVOS

Nuestro objetivo es revisar los requerimientos transfusionales en pacientes diagnosticados de SMD en nuestro hospital, así como analizar la tasa de aloinmunización.

MATERIAL Y MÉTODO

Revisamos la ficha transfusional de los pacientes diagnosticados de SMD en nuestro hospital en el periodo de febrero de 1998 hasta septiembre de 2016. Se realizó grupo ABO y Rh y escrutinio de anticuerpos irregulares (EAI) a todos los pacientes que requirieron transfusión en algún momento. La identificación de los EAI positivos se realizó utilizando diferentes paneles (Ortho Clinical and Diagnostics, Diamed y Makropanel).

RESULTADOS

Total de casos revisados 405 pacientes (239 hombres y 166 mujeres) diagnosticados de SMD durante el periodo estudiado. El 80 % de los pacientes (n=326) recibieron una mediana de 21.5 concentrados de hematíes (CH) con rango entre 2 y 719. Se detectó aloinmunización transfusional en 47 pacientes (14.4 %). El anticuerpo más frecuentemente detectado fue el anti-K (n=14), seguido del anti-E (n=9). Otros aloanticuerpos detectados fueron anti-D, anti-C, anti-Fya, anti-Jka, anti-Kpa,

anti-Lua y anti-N. Los pacientes aloimmunizados habían recibido una mediana de 20 CH (rango 2-115) hasta la detección del aloanticuerpo. Sólo 6 pacientes de 47 (12.7 %) desarrollaron más de 1 aloanticuerpo. Del total de los pacientes, 186 (46 %) recibieron una mediana de 12 transfusiones de plaquetas (rango 1-527) y únicamente 45 pacientes (11.1 %) recibieron transfusiones de plasma fresco congelado, mediana de 2 (rango 1-16). El 12.3 % de los pacientes (n=50) recibieron un trasplante de progenitores hematopoyéticos.

CONCLUSIONES

Los SMD son pacientes con altos requerimientos transfusionales, fundamentalmente de concentrados de hematíes. La tasa de aloimmunización en nuestros pacientes está en el rango bajo de los resultados publicados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sanz C et al, Transfusion 2013; 53:710-715

Redes sociales: #CuidadosLaFe



LaFe
Hospital
Universitari
i Politècnic



Instituto de
Investigación
Sanitaria LaFe



Colegio de
Enfermería
de Valencia



CECOVA



Colaboran:



Wolters Kluwer



greiner bio-one

