

III JORNADA DE INNOVACIÓN Y EVIDENCIA EN CUIDADOS

XII JORNADA DE ACTIVIDAD CIENTÍFICA ENFERMERA

INVESTIGANDO

EN CUIDADOS

DEFINIENDO EL FUTURO ENFERMERO



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 2016



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.....	5
OBJETIVOS.....	7
PROGRAMA CIENTÍFICO.....	8
COMUNICACIONES ORALES.....	11
PÓSTERES.....	87

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. Rosario Ros Navarret

Enfermera Supervisora de la 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

D. Israel Díaz Cambronero

Enfermero. Área de Gestión Clínica (AGC) de la Imagen Médica

Dña. Eugenia Trigoso Arjona

Enfermera Responsable de Investigación del AGC de Enfermedades del Niño

D. Rubén Alfaro Blázquez

Enfermero Matrón, Responsable de Investigación del AGC de la Mujer

Dña. M^a José Ausina Ausina

Enfermera Supervisora Responsable de Docencia del AGC del Medicamento

Dña. Eva Sosa Palanca

Enfermera Supervisora de la Subdirección Enfermera de RRHH

Dña. M^a Ángeles Menéndez Salinas

Enfermera de Atención Primaria del Departamento de Salud Valencia La Fe

D. Pedro Pimenta Ferrisson-Ramos

Enfermero del Instituto de Investigación Sanitaria La Fe

Dña. Alicia Villanueva Pla

Enfermera Supervisora de Cirugía General. AGC Enfermedades Digestivas

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 de la SEACCD, Responsable de Investigación

Dña. Manuela Monferrer Pablo
Enfermera Supervisora Responsable de Docencia del AGC de Enfermedades del Niño

Dña. M^a Ángeles Martínez Real
Enfermera Supervisora de la SEACCD

Dña. Pilar Blasco Belda
Enfermera Supervisora del Área de Simulación Clínica. SEACCD

Dña. Rosario Ros Navarret
Enfermera Supervisora de la SEACCD

Dinamizadora

Dña. Verónica Viera Rodríguez

Enfermera responsable de la Unidad de Equipo de Terapia Intravenosa

Objetivos de la Jornada

- **Compartir** la Actividad Científica del año 2016.
- **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



Ponencia Inaugural y proyectos innovadores



PONENCIA INAUGURAL

Dña. Anna Falcó Pegueroles: *Investigación e innovación. Reflexiones desde la bioética enfermera para una práctica clínica avanzada.*

Profesora del Departamento de Enfermería Fundamental y Medicoquirúrgica de la Escuela Universitaria de Enfermería (EUI) de la Universidad de Barcelona. Máster en Bioética y Derecho y Doctora en Ciencias Enfermeras.

MESA 1ª “PROYECTOS INNOVADORES: MIRANDO AL FUTURO”

Moderadora: Dña. Eva Mª Rueda García. Enfermera Supervisora responsable de Investigación.

Dña. Patricia Conejero Ferrer: *El rol de la enfermera coordinadora de anestesia ventricular en España: el futuro ya ha llegado.*

Enfermera coordinadora de Asistencia Ventricular. Hospital U i P La Fe.

Dña. Inmaculada Husillos Tamarit: *Efectividad de la titulación de fármacos por la enfermera especializada en pacientes de IC. Proyecto EFITIC.*

Enfermera responsable de la Unidad de Insuficiencia Cardíaca del Hospital U i P. La Fe.

Dña. Eugenia Trigos Arjona: *Proyecto One Million Global Catheter*

Enfermera Unidad Asistencial Trasplante Infantil.

Dña. Rosa Pablo Ramis: *Unidad Enfermera de Úlceras y Heridas”.*

Enfermera Supervisora responsable de la Unidad de Úlceras y Heridas del Hospital U i P La Fe.

Dña. África Camilleri Cuñat: *Valoración del conocimiento y la aplicación práctica del Código Ético de Enfermería de la Comunitat Valenciana.*

Enfermera Supervisora del Hospital U i P. Máster en Bioética.

Dra. Isabel Miguel Montoya.

Estudio Delphi para identificar las competencias que debe tener el Directivo de Enfermería La Fe.

Profesora de Enfermería Comunitaria. Escuela de Enfermería La Fe.

PRESENTACIÓN:

GRUPO DE INVESTIGACIÓN EN ARTE Y CIENCIA EN CUIDADOS ENFERMEROS

Dra. Esperanza Ferrer Ferrándiz.

Directora de la Escuela de Enfermería La Fe.

Comunicaciones orales

MESA 2ª ACTIVIDAD CIENTÍFICA:

Buenas prácticas para la mejora de los cuidados en pediatría.

Moderadora: Dña. Ana Mª Pérez Vera. Enfermera del Consultorio Auxiliar Arquitecto Tolsá

- 1. Cuidados enfermeros en neonatos con hipotermia inducida. Una experiencia de 5 años.**
D. Rubén Gómez Tejero. Enfermero UCI Neonatal
- 2. Grado de satisfacción laboral en Cuidados Intensivos Neonatales.**
Dña. Josefa Luisa Rodríguez de Dios Benlloch. Enfermera UCI Neonatal.
- 3. Impacto del Blog de Enfermería ‘Cuidando neonatos’ en las redes sociales**
Dña. Rosario Ros Navarret. Enfermera Supervisora de la SEACCD.
- 4. Administración en perfusión extendida de antibióticos Betalactámicos en UCI Pediátrica.**
Dña. Carmen Dolz Alabau. Enfermera Supervisora Reanimación /UCI Pediátrica.
- 5. Neumonía/Bacteriemia Zero: 12 meses, 12 causas. Intervención en UCI Pediátrica.**
Dña. Mª José Albiach San Ambrosio. Enfermera UCI Pediátrica

MESA 3ª ACTIVIDAD CIENTÍFICA:

Avances en la calidad de los cuidados

Moderadora: Dña. Mercedes Roselló Rendón. Enfermera Supervisora de Unidad Asistencial Puerperio.

- 1. Estudio de la eficacia y seguridad del caolín en la compresión de la arteria radial tras cateterismo cardíaco.**
Dña. Nuria Villalva Lizandra. Enfermera Hemodinámica Adultos.
- 2. Utilidad de la Simulación de Alta Fidelidad para la adquisición de competencias en el manejo del paciente con ECMO.**
Dña. Pilar Blasco Belda. Enfermera Supervisora Área de Simulación Clínica.
- 3. Estudio de la autoimagen corporal en escolares de población urbana mediterránea.**
Dña. Dolores Escrivá Peiró. Enfermera UCI Adultos. Dra. en Enfermería Integral.
- 4. Unidad de insuficiencia cardíaca basada en enfermería**
Dña. Inmaculada Husillos Tamarit. Enfermera responsable de la Unidad de Insuficiencia Cardíaca.
- 5. Análisis retrospectivo de la aparición de hematoma en el postimplante de dispositivos de estimulación cardíaca”.**
D. Samuel Reina de la Torre. Enfermero. Laboratorio Electrofisiología

MESA 4ª INNOVACIÓN Y EVIDENCIA:

Presentación de Trabajos Final de Grado y Postgrado

Moderador: Dr. Antonio Ruíz Hontangas. Profesor de Enfermería Comunitaria. Escuela de Enfermería La Fe.

- 1. Cuidados enfermeros en la hipotermia terapéutica en neonatos con encefalopatía hipóxico-isquémica.**
D. Álvaro José Solaz García. Enfermero UCI Neonatal. Trabajo Fin de Grado
- 2. El cuidado invisible. Necesidades psicoemocionales del paciente crítico en UCI.**
Dña. Lara del Valle Fayos. Trabajo fin de Grado.
- 3. Impacto de la donación de órganos en familiares que han vivido la experiencia: Estudio fenomenológico.**
Dña. Purificación Gironés Guillem. Tesis Doctoral.
- 4. Evaluación de dos técnicas de trasplante de córnea: Queratoplastia penetrante versus Lamelar en pacientes con Queratocono”.**
D. Tomás Luján Ruipérez. Trabajo fin de Grado.
- 5. Características multidimensionales del cuidado paliativo y cuidados enfermeros eficaces para su abordaje.**
D. Francisco José Martínez Tomás. Trabajo fin de Grado.

OTRAS COMUNICACIONES

No expuestas en la Jornada

- 1. Trasplante cardiaco.**
Villalba Lizandra, N., Iglesias Puente, P., Sanchís Hernández. A.
- 2. ¿Qué hacemos con la DMAE? Actuación de Enfermería.**
García Marín, N., Andreu Fenoll, M., Jiménez Requena, MC.
- 3. Eficacia de la estimulación oral en la transición de nutrición enteral a nutrición oral en el recién nacido prematuro. Resultados preliminares.**
León Castro, JC., Aguilar Rodríguez, M., Álvarez Rodríguez, M., Aledón Andújar, N., Rodríguez de Dios Benlloch, ML., Escrig Fernández, R.
- 4. Técnicas y actuación de enfermería en el tratamiento de las pacientes con TCAE.**
Borrull Guardado, J., Beltrán Checa, M.
- 5. Perfil sociodemográfico de los pacientes con crisis psicógenas monitorizados en la Unidad de Epilepsia Refractaria.**
Palanca Cámara, M.

6. **Estudio de la calidad de vida en los escolares valencianos.**
Escrivá, D., Benet, I., Barrios, C., Moreno, E.
7. **Antropometría y Composición Corporal en Escolares entre 11 y 17 años en Población Mediterránea Española.**
Escrivá, D., Benet, I., Barrios, C.
8. **Eficacia de la Petidina como analgésico materno en el parto y trabajo de parto, su relación con la madre y el recién nacido.**
Alfaro Blázquez, R., Girbés Llopis, MS., Ferri Herrero, E.
9. **Terapia física en el parkinsonismo inducido por fármacos: una revisión de las necesidades en Salud mental.**
Beltrán Checa, M., Borrull Guardado, J., Sebastiá Laguarda, MC., Sánchez Martínez, V.

MESA 2ª ACTIVIDAD CIENTÍFICA:

Buenas prácticas para la mejora de los cuidados en pediatría.

1.CUIDADOS ENFERMEROS EN NEONATOS CON HIPOTERMIA INDUCIDA. UNA EXPERIENCIA DE 5 AÑOS.

AUTORES

Rubén Gómez Tejero, Álvaro José Solaz García, Raimunda Montejano Lozoya, María José José Ángel Selfa, María José José Borrás Vañó, María Isabel Parra Sáiz.

LUGAR DE TRABAJO

UCI Neonatal

CONGRESO / JORNADA EN EL QUE FUE PRESENTADO

XXXVII Congreso de la Asociación Nacional de Enfermería de Cuidados Intensivos Pediátricos y Neonatales, celebrado en Ávila los días 18,19 y 20 de mayo de 2016.

INTRODUCCIÓN

La hipotermia neonatal inducida es un tratamiento neuroprotector que ha supuesto un gran avance en el ámbito de la Neonatología en los últimos años. Este tratamiento consiste en disminuir la temperatura corporal central entre 3-4°C en las primeras 6 horas de vida, manteniéndose durante las siguientes 72 horas y posteriormente producir un recalentamiento progresivo (aumentando 0.1°C cada 30 minutos). (Fernández Tuñas, Prego Boente, Couce Pico y Pérez Muñuzuri, 2015).

Esta terapia se está llevando a cabo, principalmente, en neonatos con Encefalopatía Hipóxico Isquémica (EHI) obteniendo mejoras en la morbimortalidad de estos niños puesto que disminuye el metabolismo cerebral, la apoptosis y la formación de radicales libres. Este tratamiento puede producir complicaciones graves como alteraciones en la coagulación, arritmias, hipotensión, hiperglucemia, entre otras. (Fernández Tuñas et al., 2015). Todo ello conlleva y requiere de cuidados enfermeros muy complejos y específicos siendo estos, una pieza fundamental para la evolución y pronóstico de estos niños ingresados en la UCI neonatal. (Parra Sáiz y Cuesta Miguel, 2013).

OBJETIVOS

Objetivo general:

Describir y evaluar la experiencia enfermera respecto a la aplicación del protocolo de hipotermia inducida durante los últimos 5 años en la UCI neonatal del Hospital Universitari i Politècnic La Fe.

Objetivos específicos:

Evaluar el protocolo de cuidados enfermeros aplicado a niños con hipotermia inducida y los resultados obtenidos durante su periodo de aplicación.

Describir los cuidados y las competencias enfermeros en el tratamiento de la hipotermia inducida neonatal.

Valorar la vigencia de dicho protocolo respecto a la evidencia científica.

MATERIAL Y MÉTODO

Para llevar a cabo este trabajo se realiza un estudio descriptivo retrospectivo, realizando una revisión de los registros de enfermería de todos los recién nacidos con EHI tratados con hipotermia inducida e ingresados en la UCI neonatal del Hospital Universitari i Politècnic La Fe durante el periodo de estudio (may2010- dic 2015).

Además, se ha llevado a cabo una revisión de la literatura científica mediante una búsqueda en las siguientes bases de datos: PubMed, Lilacs, IBECs, Cinhal, OvidSP, Cuiden, Embase y Cochrane Plus. Los tesauros empleados han sido MeSH y DeCS, de los cuales los descriptores utilizados fueron: “Newborn”, “hypotermia induced”, “nursing care”, “premature”, “nurse’s role”, “cuidado”, “hipotermia inducida”, “cuidado”, “neonato”, “Encefalopatía”, e “hipotermia”. La búsqueda se llevó a cabo en los meses de enero y febrero de 2016. Además se han incluido algunos artículos de años anteriores por su relevancia con el tema de la revisión..

RESULTADOS

De los 62 recién nacidos ingresados diagnosticados de encefalopatía hipóxico-isquémica en la UCIN del Hospital Universitari i Politècnic La Fe en el periodo estudiado, durante los años 2011-2013 ingresaron 14, mientras que en 2014 lo hicieron 13, y en el último año, en 2015 fueron 7 ingresos. De estos 62 neonatos, el número de fallecimientos que se produjeron fueron 15.

Los cuidados de enfermería ante un neonato sometido a hipotermia inducida, estarán orientados según la fase en la que se encuentre de dicha terapia. Así, durante la fase de enfriamiento, el objetivo fundamental será la preparación del material y del RN para favorecer la efectividad del tratamiento. En la fase de mantenimiento, los cuidados irán encaminados a la monitorización continua de los signos vitales, vigilancia de los parámetros de ventilación-oxigenación, diuresis y sobre todo, signos de estrés térmico o disconfort. Y por último, durante la fase de recalentamiento, la enfermera vigilará los signos vitales así como la detección de signos y síntomas de complicaciones de forma precoz

DISCUSIÓN

Se realiza una discusión de los resultados según se van mostrando en el trabajo, no como un apartado diferente.

CONCLUSIONES

Los profesionales de enfermería tienen un papel importante en el establecimiento y mantenimiento de la hipotermia así como en la detección de signos y síntomas de complicaciones

de forma anticipada, contribuyendo de manera importante a mejorar el pronóstico y disminuir las secuelas neurológicas que presentan estos neonatos.

Los principales hospitales españoles (Gregorio Marañón, Sant Joan de Déu, La Paz, Clinic y La Fe) mantienen una guía de estándares de aplicación común desde el 2011 a partir de la cual se han elaborado los protocolos de cada hospital que actualmente mantienen en vigor, por lo que en el año 2013 se amplió el protocolo del Hospital La Fe, aportando mayor importancia a los cuidados enfermeros en las diferentes fases del tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

Alberola, A., Boronat, N., Escrig, R., Gimeno, A., y Vento, M. (2010). Protocolo de hipotermia terapéutica. Hospital Universitari i Politècnic La Fe.

Alberola, A., Boronat, N., Escrig, R., Gimeno, A., y Vento, M. (2013). Protocolo de hipotermia terapéutica. Hospital Universitari i Politècnic La Fe.

Blanco, D., García-Alix, A., Valverde, E., Tenorio, V., Vento, M., y Cabañas, F. (2011). Neuroprotección con hipotermia en el recién nacido con encefalopatía hipóxico-isquémica. Guía de estándares para su aplicación clínica. *An Pediatr (Barc)*, 75(5), 341.e1-341.e20. Recuperado de: http://www.se-neonatal.es/portals/0/publicaciones/guia_hipotermia_sen-2011.pdf

Chrinian, N., & Mann, N. (2011). Therapeutic Hypothermia for Management of Neonatal Asphyxia: What Nurses Need to Know. *Critical Care Nurse*, 31(3). Recuperado de: <http://ccn.aacnjournals.org/content/31/3/e1.full.pdf+html>

Cooper, D.J. (2011). Induced hypothermia for neonatal hypoxic-ischemic encephalopathy pathophysiology, current, and nursing considerations. *Neonatal Netw*, 30(1), 29-35. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21317095>

Fernández Tuñas, M.C., Prego Boente, R., Couce Pico, M.L., y Pérez Muñuzuri, A. (2015). Cuidados al paciente neonato con hipotermia inducida. *Metas enferm*, 18(5), 56-59. Recuperado de: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/ibc-140257>

Jerez Calero, A., Ruiz López, A., y Quesada Moreno, A. (2014). Protocolo para enfermería de hipotermia en recién nacidos. *Bol. SPAO*, 8(1-2), 100-105. Recuperado de: <http://www.spao.es/documentos/boletines/pdf-boletin-seccion-34-secciones-65417.pdf>

Laptook, A.R., Kilbride, H., Shepherd E., McDonald, S.A., Shankaran, S., Truog W., Das, A., y Higgins, R.D. (2014). Temperature control during therapeutic hypothermia for newborn encephalopathy using different Blanketrol devices. *Ther Hypothermia Temp Manag*, 4(4), 193-200. Recuperado de: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/mdl-25285767>

Martínez Galiano, J.M., y Rus Díaz, M. (2015). Hipotermia inducida como tratamiento en la asfixia neonatal. *Evidentia*, 12(50). Recuperado de: <http://www.index-f.com/evidentia/n50/ev9653r.php>

Parra Sáiz, M.I., y Cuesta Miguel, M.J. (2013). Cuidados de enfermería en la hipotermia neonatal inducida. *Enfermería Integral*, 103, 15-19. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4867866>

2.GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES

AUTORES

Josefina luisa Rodríguez de Dios Benlloch, Yolanda Castilla Rodríguez, M José Riera Torres, Ana Cebrián Jorge, Amelia Monedero Valero, M^a Ángeles Company Morenza

LUGAR DE TRABAJO

UCI Neonatal

CONGRESO / JORNADA EN EL QUE FUE PRESENTADO

Congreso ANECIN

INTRODUCCIÓN

La satisfacción laboral ha sido ampliamente estudiada desde que Hoppock, en 1935, abarcando amplios grupos de población desarrollara los primeros estudios sobre esta temática.(1)

El personal sanitario contribuye a preservar, a través del cuidado, la vida y la salud de las personas.

Para realizar su labor desempeña sus actividades dentro de una organización o estructura institucional donde pueden darse condiciones de trabajo intensas en carga física y mental. (2)

En la actualidad se considera que la satisfacción laboral es un factor que influye en la calidad en la asistencia sanitaria. (3)

OBJETIVOS

Determinar el grado de satisfacción laboral en la uci neonatal

MATERIAL Y MÉTODO

Material del estudio:

Estudio trasversal observacional.

La muestra: Profesionales de enfermería y auxiliares de enfermería que trabajan en nuestra unidad

Se utilizó la encuesta de satisfacción Font Roja

Método del estudio:

con 26 items en total, agrupados en 8 Dimensiones y valorados por escala Likert evaluados entre 0 y 5 de menor grado a mayor grado de acuerdo, siendo 0 igual a “nunca” y 5 igual a “siempre”

El programa estadístico utilizado fue SPSS Versión 22

RESULTADOS

Dimensiones de la satisfacción (Según escala utilizada 0-5)

Resultados globales

Media Mediana moda

D1 Satisfacción por el puesto de trabajo 3,23 4 4,00

D2 Tensión relacionada con el trabajo 2,17 2 2,00

D3 Competencia profesional 0,86 1 0,00

D4 Presión en el trabajo 2,17 2 2,00

D5 Promoción profesional 1,84 2 1,00

D6 Relaciones interprofesionales 3,47 4 4,00

D7 Relaciones interprofesionales 3,46 4 4,00

con los compañeros

D8 Monotonía laboral 1,64 1 0,00

2,18 2,00 1,00

Enfermería

D1 Satisfacción por el puesto de trabajo 3,43

D2 Tensión relacionada con el trabajo 2,02

D3 Competencia profesional 0,88

D4 Presión en el trabajo 2,22

D5 Promoción profesional 1,94

D6 Relaciones interprofesionales 3,45

D7 Relaciones interprofesionales 3,44

con los compañeros

D8 Monotonía laboral 1,34

Auxiliares

D1 Satisfacción por el puesto de trabajo 2,75

D2 Tensión relacionada con el trabajo 2,64

D3 Competencia profesional 0,79

D4 Presión en el trabajo 2,01

D5 Promoción profesional 1,50

D6 Relaciones interprofesionales 3,50

D7 Relaciones interprofesionales 3,50

con los compañeros

D8 Monotonía laboral 2,59

DISCUSIÓN

Nuestros resultados respecto a las dimensiones evaluadas en el cuestionario “Font Roja”, indican que los profesionales evaluados puntúan de forma satisfactoria en las dimensiones: relaciones interprofesionales, relaciones interpersonales con los compañeros y la satisfacción por el puesto de trabajo; siendo las menos puntuadas: competencia profesional, la monotonía laboral y la promoción profesional. Como hemos indicado, anteriormente no podemos contrastar estos datos

con estudios realizados a profesionales de otras UCIs Neonatales. En la revisión bibliográfica realizada, en estudios con profesionales del ámbito hospitalario, observamos que los estudios de

Hernández y col.3, Molina y col.7 y López y col.8 coinciden con nuestros resultados en que la dimensión mejor valorada es la relación interpersonal, y en el estudio realizado en Murcia8. Respecto a las dimensiones peor valoradas, competencia profesional y promoción profesional coincidimos con investigación realizadas por Hernández y col.3, y respecto a la promoción profesional con Molina y col.7 y con Fernández y col.10

CONCLUSIONES

No se observan problemas a nivel de satisfacción general. Los profesionales se sienten competentes y capaces, les gusta lo que hacen y tienen buena relación entre todo el equipo. Sin embargo, como punto negativo, tienen poca esperanza en promocionar en su trabajo.

Se observa a su vez que el colectivo de Auxiliares está algo menos satisfecho y considera su trabajo más monótono de lo que lo hace Enfermería

BIBLIOGRAFÍA

1. www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/301a400/ntp_394.pdf
2. Enfermería Universitaria ENEO-UNAM • Vol 9. • Año. 9 • No. 1 • Enero-Marzo 2012
- 3 Rev ESsp Salud Pública(1995:69:487-597)

Tipo de Presentación: Comunicación Oral

3.IMPACTO DEL BLOG DE ENFERMERÍA “CUIDANDO NEONATOS” EN LAS REDES SOCIALES

AUTORES

Rosario Ros Navarret

LUGAR DE TRABAJO

Subdirección de Enfermería del Área del Conocimiento, Cuidados y Docencia

CONGRESO / JORNADA EN EL QUE FUE PRESENTADO

Congreso de la Asociación Nacional de Enfermería de Pediatría y Neonatología (Ávila)

INTRODUCCIÓN

El uso de las nuevas Tecnologías de la Información y Comunicación para acceder a la información y formación sanitaria se ha convertido en una necesidad tanto para profesionales, como para pacientes y ciudadanos. En 2014, detectando un vacío de estos recursos en el área de neonatología, se crea el blog Cuidando neonatos y sus redes sociales (Facebook, Twitter e Instagram) dirigido principalmente a enfermeros neonatales y padres, pero con el propósito de servir de plataforma de comunicación de todos los profesionales que trabajan en esta área, tratando de impulsar el aporte científico y basado en la evidencia.

OBJETIVOS

Evaluar la repercusión de las publicaciones del blog “Cuidando neonatos” y sus redes sociales.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo transversal mediante encuesta anónima online distribuida a través del blog y redes sociales de Cuidando neonatos con una población total de 3.474 lectores.

La encuesta constaba de 17 preguntas relacionadas con el perfil de conectividad a la red de sus seguidores y su interacción con el blog y redes sociales que representa. La encuesta fue publicada el 1 de febrero del 2016 mediante un post en el blog Cuidando neonatos en el que se indicaba la finalidad de la misma y su carácter anónimo y se distribuyó a través de sus redes sociales (Facebook, Twitter e Instagram). Se obtuvieron respuestas hasta el 10 de marzo del 2016.

Se realizó un estudio descriptivo de las variables mediante el programa SPSS Statistic 20.

RESULTADOS

Resultados: Se analizaron 353 cuestionarios. El perfil de seguidores de Cuidando neonatos es variado destacando por su número, enfermeras 59,5% y padres 19,3%. Los usuarios acceden por primera vez a través de las redes sociales o por consejo de otro profesional sanitario. El 82,2% siguen las publicaciones vía Facebook. Respecto a la sección del blog con mayor interés destaca

“Cuidados centrados en el desarrollo” (53%) seguida por la de “Protocolos” e “Información padres”. Un 83% de los encuestados afirma que su lectura ha aumentado sus conocimientos o les ha permitido estar más al día sobre neonatología. El 94,4% recomendaría Cuidando neonatos y sus redes.

DISCUSIÓN

Los objetivos planteados en cuanto a la población a la que se dirige Cuidando neonatos son los adecuados pues no sólo es seguido por personal de enfermería sino también por padres y otros profesionales como pediatras, residentes de pediatría (vía MIR y EIR), auxiliares de enfermería, estudiantes, educadores sociales, ONG y asociaciones del área de pediatría...

Las secciones del blog que más interés han despertado son cuidados centrados en el desarrollo, protocolos y lactancia. Estos datos junto el perfil de los usuarios analizados orientarán las nuevas líneas de trabajo y plan de contenidos del blog y sus redes.

El mayor porcentaje de usuarios sigue Cuidando neonatos a través de Facebook (82,2%) lo que parece coincidir con estudios similares relacionados con otros blogs de enfermería, preferencias en cuanto a redes sociales de la población española y otros grupos profesionales sanitarios. A la vista de estos resultados cabría abrir un nuevo foco de investigación y actuación que ayude a mejorar la difusión de los contenidos del blog Cuidando neonatos en Twitter e Instagram.

CONCLUSIONES

Como conclusión, los datos obtenidos en el presente estudio ponen de manifiesto la utilidad y el impacto del blog Cuidando neonatos y sus redes sociales a la hora de difundir conocimientos sobre neonatología y facilitar la comunicación, no sólo entre los profesionales que trabajamos en esta área sino que también con los padres, favoreciendo así, la construcción de un puente conocimiento y aprendizaje colectivo .

BIBLIOGRAFÍA

1. Observatorio Nacional de las Telecomunicaciones y de la Sociedad de la Información. La sociedad en red. Informe anual 2014. Madrid: Ministerio de Industria, Energía y Turismo, Secretaría del estado de telecomunicaciones y para la sociedad de la información; 2015 [citado 14 de marzo 2016]. Disponible en: <http://www.mecd.gob.es/cultura-mecd/dms/mecd/cultura-mecd/areas-cultura/libro/mc/observatoriolect/redirecte/estudios-e-informes/otros-informes-externos/nuevas-tecnologias/sociedad-en-red2014.pdf>
2. March J C. La salud 2.0, los blogs y las revistas científicas. Revista de Calidad Asistencial. 2014; 29(1), 1-2.
3. Marín Torres V, Valverde Aliaga J, Sánchez Miró I, Sáenz del Castillo Vicente MI, Polentinos Castro E, et al. Internet como fuente de información sobre salud en pacientes de atención primaria y su influencia en la relación médico-paciente. Atención Primaria. 2013 [citado 14 agosto 2016]; 45(1).

Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-internet-como-fuente-informacion-sobre-S0212656712003782?redirectNew=true>

3. McElligott J. Carta de Bangkok para la Promoción de la Salud en un Mundo Globalizado. In ; 2005; Bangkok. [citado 14 de marzo de 2016]. Disponible en:

http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_es.pdf

4. Brito-Brito P R , Rodriguez-Alvaro M , Romero-Sánchez J M , Santillán-García A, Paloma-Castro O, Fernández-Gutiérrez D A. Blogged Nursing: Analysis of the Phenomenon and Contextualization in the Spanish Setting. CIN: Computers, Informatics, Nursing. 2015; 33(2), 63-70.

5. Ros Navarret, R. Nace un blog de enfermería "Cuidando neonatos". Enfermería Integral. 2015 [citado 14 marzo de 2016]; (111): 17-20. Disponible en:

<http://www.enfervalencia.org/ei/111/ENF-INTEG-111.pdf>

6. Santillán García A. Impacto a través de Facebook del blog de Enfermería Basada en la Evidencia. Rol de Enfermería. 2013; 36(5): 36-40.

4."ADMINISTRACIÓN EN PERFUSIÓN EXTENDIDA DE ANTIBIÓTICOS BETALACTÁMICOS EN UCI PEDIÁTRICA"

AUTORES

Carmen Dolz Alabau, Jesús Martínez Dolz y M^a Ángeles Soriano Prats

LUGAR DE TRABAJO

UCI PEDIÁTRICA del Hospital Universitario y Politécnico La Fe

CONGRESO / JORNADA EN EL QUE FUE PRESENTADO

XXXVII Congreso de la Asociación Nacional de Enfermería de Cuidados Intensivos Pediátricos y Neonatales, los días 18, 19 y 20 de mayo de 2016 en Ávila .

INTRODUCCIÓN

Los antibióticos betalactámicos son agentes bactericidas y su actividad es dependiente del tiempo y a medida que se incrementa la concentración de antibiótico se produce un aumento de su actividad bactericida, hasta llegar a un determinado valor de concentración, en el que se consigue la máxima actividad bactericida que se mantendrá constante en el tiempo a pesar de aumentar la concentración de antibiótico. Actualmente la estrategia terapéutica que se ha ido implantando como tratamiento habitual es la administración de antibióticos betalactámicos en infusión extendida, que consiste en administrar cada dosis en períodos de entre 3 y 4 horas con el objetivo de evitar favorecer el desarrollo de la resistencia bacteriana y porque se han publicado diversos estudios de investigación que demuestran la utilidad de esta forma de administración en la mejoría clínica de los pacientes. En junio de 2015, en nuestra unidad de cuidados intensivos pediátricos se inició la administración de antibióticos betalactámicos en perfusión extendida, por prescripción médica, y aunque hay evidencias científicas que demuestran su eficacia, nos preguntamos si en el contexto de nuestra unidad y los pacientes pediátricos en estado crítico que atendemos, ¿la administración de antibióticos betalactámicos mejora la eficacia del tratamiento al administrarla de forma extendida?. Por ello, consideramos necesario investigar sobre la efectividad de este tratamiento, ya que, la implicación enfermera es fundamental durante todo el proceso y seguimiento de estos pacientes.

PALABRAS CLAVE: antibióticos betalactámicos, infusión continua, resistencia antimicrobiana, farmacodinamia, farmacocinética, pediatría y cuidados intensivos pediátricos.

OBJETIVOS

Objetivo general: Evaluar la eficacia de la administración en perfusión extendida de antibióticos betalactámicos en la UCI Pediátrica del H. Universitario y Politécnico La Fe de Valencia. Objetivos específicos: 1. Fomentar la optimización en el manejo de los antibióticos betalactámicos. 2. Mejorar la calidad de los cuidados con prácticas seguras durante nuestra atención

MATERIAL Y MÉTODO

Material: Pacientes. **Diseño:** Cohortes prospectivos. **Muestreo:** Consecutivo en 2 períodos Pre–Post la administración de antibióticos betalactámicos en perfusión extendida. 1. Cohorte Control: Pacientes con terapia en perfusión intermitente de antibióticos betalactámicos de marzo/2011 a mayo/2015. 2. Cohorte Experimental: Pacientes con terapia en perfusión extendida de antibióticos betalactámicos de junio/2015 a marzo/2016. **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 día y 14 años diagnosticados de infección por microorganismos y que habían recibido tratamiento terapéutico con antibióticos betalactámicos y habían estado ingresados en la UCI Pediátrica del Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia de marzo/2011 a marzo/2016.

Método Estadístico. Las variables categóricas se describen con % y el análisis bivariable se realiza con el test de Ji-Cuadrado. Las variables continuas si son normales (Test de Kolmogorov-Smirnov, $P > 0,05$) se describen con la media \pm desviación estándar y el análisis bivariable se hace con el test de T-Student y el Anova. Si no son normales (Test de Kolmogorov-Smirnov, $P \leq 0,05$) se describen con Medianas (P25: P75) y el análisis bivariable se hace con las correspondientes pruebas no paramétricas. Los tiempos de supervivencia se describen con el método gráfico de Kaplan-Meier. Para evitar la confusión se han ajustado modelos multivariados en base al modelo lineal general, decidiendo el modelo final con el criterio informativo de Akaike (AIC). En todos los análisis se ha elegido un nivel de significación estadístico $P \leq 0,05$.

RESULTADOS

Los datos de la muestra estudiada se recogieron mediante la revisión de las historias clínicas de 823 pacientes pediátricos que habían recibido tratamiento con antibióticos betalactámicos, estaban diagnosticados de infección por microorganismos y habían estado hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia.

Cohorte Control: Los pacientes a los que se les administró antibióticos betalactámicos con carácter terapéutico mediante terapia en perfusión intermitente fueron, el 66% hombres y el 34% mujeres. La media de edad fue de 2,9 años (25 días y 14 años). El motivo de ingreso en la UCI Pediátrica fue principalmente por patologías respiratorias (55%) y cardiopatías (22%), seguidas de procesos oncológicos (8%), traumatismos (6%), patologías renales (3%), enfermedades hepáticas (3%) y tras cirugía abdominal (3%). Se les administró Piperacilina/Tazocel al 36%, Cefotaxima al 25%, Meropenem al 27% y Ceftazidima al 12% de los pacientes.

- **Cohorte Experimental:** Los pacientes a los que se les administró antibióticos betalactámicos con carácter terapéutico, mediante terapia en perfusión extendida fueron, el 62% hombres y el 38% mujeres. La media de edad fue de 3,1 años (1 mes y 14 años). El motivo de ingreso en la UCI Pediátrica fue principalmente por patologías respiratorias (49%) y cardiopatías (20%), seguidas de enfermedades hepáticas (11%), post-cirugía (9%) procesos oncológicos (6%), traumatismos (3%) y patologías renales (2%). Se les administró Piperacilina/Tazocel al 32%, Cefotaxima al 18%, Meropenem al 40% y Ceftazidima al 10% de los pacientes.

Al realizar el análisis estadístico obtuvimos los siguientes resultados: Tanto los pacientes del grupo control como los del grupo experimental presentaron temperatura rectal mayor de 38,5 ° C durante 1 día de media. En el grupo control la Procalcitonina fue mayor de 1 nanogr/mL durante 6 días de media y en los que se les administró en perfusión extendida la Procalcitonina fue mayor de 1 nanogr/mL durante 7 días de media. Los pacientes del grupo control, recibieron una terapia de antibióticos betalactámicos durante 10 días de media y los que la terapia se administró en perfusión extendida precisaron el tratamiento durante 8 días de media.

DISCUSIÓN

La escasa eficacia en la mejoría clínica de nuestros pacientes de las medidas instauradas, nos hace replantearnos la continuidad de este tipo de administración de los antibióticos betalactámicos, no obstante, consideramos que sería conveniente desarrollar nuevos estudios para disponer de mayor evidencia científica en la toma de decisiones de la forma de administración más eficaz.

CONCLUSIONES

Al realizar el análisis estadístico no se han obtenido resultados determinantes sobre la forma de administración más eficaz de antibióticos betalactámicos, sin embargo, los datos analizados muestran que la perfusión extendida es igual de eficaz que la perfusión intermitente y hemos podido identificar la reducción de la duración del tratamiento en los niños/as a los que se les ha administrado los antibióticos betalactámicos en perfusión extendida, lo cual indica una mejora en la salud de estos niños/as.

BIBLIOGRAFÍA

1. Suarez, C. y Gudiol, F. Antibióticos betalactámicos. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2009;27(2):116–129
2. Nicolau, DP. Pharmacodynamic optimization of β -lactams in the patient care setting. *Critical Care* 2008, 12(Suppl 4): S2 (doi:10.1186/cc6818)
3. López, E.; Soy, D.; Miana, MT.; Codina, C. y Ribas, J. Algunas reflexiones acerca de la administración de antibióticos betalactámicos en infusión continua. López, E.; Soy, D.; Miana, MT.; Codina, C. y Ribas, J.
4. Canut Blasco, A. et al. 2013 Análisis farmacocinético-farmacodinámico en microbiología: herramienta para evaluar el tratamiento antimicrobiano. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2015;33(1):48–57
5. De Waele, JJ.; Lipman, J.; Carlier, M. and Roberts, JA. Subtleties in practical application of prolonged infusion of β -lactam antibiotics. *Int J Antimicrob Agents.* 2015 May;45(5):461-3. doi: 10.1016/j.ijantimicag.2015.01.007. Epub 2015 Feb 16.
6. Álvarez Lerma, F. et al. Prevención de la Emergencia de Bacterias Multiresistentes en el Paciente Crítico. Proyecto resistencia zero. Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC) y Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias (SEEIUC) 2013.

7. Shawn, H.; MacVane, JL.; Kuti and Nicolau, DP. Prolonging β -lactam infusion: A review of the rationale and evidence, and guidance for implementation. *International Journal of Antimicrobial Agents*. 2014; 43:105-113.
8. Tamma et al. Does prolonged b-lactam infusions improve clinical outcomes compared to intermittent infusions? A meta-analysis and systematic review of randomized, controlled trials. *BMC Infectious Diseases* 2011, 11:181. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2334/11/>.
9. Falagas ME, Tansarli GS, Ikawa K, Vardakas KZ. Clinical outcomes with extended or continuous versus short-term intravenous infusion of carbapenems and piperacillin/tazobactam: a systematic review and meta-analysis. *Clin Infect Dis* 2013; 56:272-82.
10. Pelkonen, T.; Roine, I.; Pitkäranta, A.; Kataja, M. and Peltola, H. Slow initial β -lactam infusion and oral paracetamol to treat childhood bacterial meningitis: a randomised, controlled trial. *The Lancet*. Volume 11, No. 8, p613–621, August 2011

5.NEUMONÍA/BACTERIEMÍA ZERO: 12 MESES 12 CAUSAS, INTERVENCIÓN EN UNA UCI PEDIÁTRICA

AUTORES

M^a José Albiach San Ambrosio, Andrés J Ascó Gironés, Vicente García Cárcel, Amparo Gil Medina, Susana Panach Beltrán.

LUGAR DE TRABAJO

Uci pediátrica hospital La Fé

CONGRESO / JORNADA EN EL QUE FUE PRESENTADO

Congreso Anecipn de ávila , mayo de 2016.

INTRODUCCIÓN

De todos es conocido que la Seguridad del paciente es un componente clave de la calidad asistencial, ha adquirido gran relevancia en los últimos años tanto para los pacientes y sus familias que necesitan tener una confianza plena en los cuidados que reciben como para los profesionales que asimismo desean prestar una asistencia sanitaria segura, efectiva y eficiente.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), diferentes agencias y organismos internacionales han desarrollado estrategias en los últimos años para implantar las mejoras que se propongan en el trabajo diario que permitan controlar los eventos adversos evitables en la práctica clínica.

En nuestro medio se crean el “Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud” (SNS) y el “Plan de Gestión de la Seguridad del paciente de la Comunitat Valenciana 2009-2013”, en el que una de las iniciativas clave son la disminución de las infecciones nosocomiales.

Según la Guía Práctica de la OMS para prevención de infecciones nosocomiales, la

infección nosocomial o infección relacionada con la asistencia sanitaria, es “una infección que se presenta en un paciente ingresado en un hospital u otro establecimiento de atención sanitaria en quien la infección no se había manifestado ni estaba en periodo de incubación en el momento del ingreso.

Los proyectos Neumonía Zero (NZ) y Bacteriemia Zero (BZ)) nacen dentro del Plan de Calidad que promovió el Ministerio de Sanidad patrocinado por la Agencia Estatal de Calidad en colaboración primeramente con las Comunidades Autónomas (CCAA) para la BZ y posteriormente con la SEMICYUC(Sociedad Española de Medicina Intensiva, crítica y Unidades coronarias),la SEEIUC(Sociedad Española de enfermería Intensiva y Unidades coronarias), para la NZ a la hora de revisar las tasas de incidencia de la neumonía asociada con la ventilación mecánica (NAV).

OBJETIVOS

OBJETIVOS GENERALES:

- Mejorar la Seguridad de los niñ@s que ingresan en la Uci pediátrica del Hospital Univeritari i Politècnic La Fé.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Elaborar mensualmente una serie de posters (“12 meses 12 causas”), que representen toda la serie de actuaciones en que se basan los programas Neumonía/Bacteriemia Zero.
- Conocer y recordar todo el “paquete de recomendaciones” en que se basan los programas de Neumonía y Bacteriemia Zero.
- Implicar a todo el personal sanitario de La Unidad en el proyecto de realización de los pósters “12 meses 12 causas”.
- Dar a conocer y promocionar el proyecto “12 meses 12 causas” a nivel de nuestro propio Hospital y Comunidad.

MATERIAL Y MÉTODO

Bases de datos en Internet: Pubmed (Medline), Biblioteca Cochrane, Cuiden.

Publicaciones de Revistas científicas de enfermería.

Guías clínicas y manuales de atención enfermera relacionados con el tema a estudio.

El proyecto se ha desarrollado en una Rea-Cip polivalente de tercer nivel, con capacidad para 14 camas y 2 cubículos independientes repartidas en 3 boxes, separados por tabiques no transparentes y con luz natural.

Está situada en la torre F, 1ª planta, del Hospital Univeritari i Politècnic La Fé. Es la unidad de referencia de Reanimación y Cuidados Intensivos Pediátricos de la Comunidad Valenciana, y en ella se encuentran ingresados los niños/as que por sus patologías quirúrgicas o médicas, necesitan de un tratamiento y de unos cuidados o vigilancia muy especiales.

El proyecto “12 meses 12 causas” se ha realizado desde Enero del año 2015 hasta Diciembre del año 2015 y ha sido llevado a cabo por un equipo multidisciplinar (auxiliares de enfermería, enfermeros/as, médicos residentes y médicos intensivistas).

RESULTADOS

Descripción de la intervención:

A-Planificación: En primer lugar se tuvo de tener en cuenta con qué recursos materiales se contaba y si era posible la realización de los 12 posters mensuales.

En cuanto a los recursos humanos lideró el proyecto el Grupo de Seguridad del paciente formado por el Jefe médico más Supervisor de la Unidad, una médico intensivista y una enfermera referente

de Neumonía /Bacteriemia Zero ayudadas por 4 enferme@s responsables de cada turno de enfermería, enlaces de la enfermera referente.

B-Realización: Durante cada mes se realizaron fotografías siendo protagonistas el personal sanitario de la Unidad realizando las acciones en que se basan los programas de Neumonía/Bacteriemia Zero, buscando el momento más adecuado según la presión asistencial de la Unidad y respetando la intimidad y privacidad de los pacientes.

C-Implantación: Una vez realizadas las fotografías y escogido el contenido teórico se realizaba el montaje en power point del póster, se enviaba a la imprenta y se recogían y colgaban los dos posters en zonas de paso de la Unidad para que tanto personal sanitario como padres de los niños ingresados pudiesen verlos.

D-Difusión: Durante la realización del proyecto “12 meses 12 causas” se contacta con el CECOVA (Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana), que se muestran interesados en éste , viniendo a realizar un vídeo divulgativo a la Unidad y mostrándolo en su tv online.

También se publica un artículo en su revista trimestral hablando del proyecto y divulgándolo entre todos los profesionales de Enfermería de la Comunidad Valenciana.

Asimismo la ONG “Latiendo Juntos” acepta colaborar en la difusión de dicho proyecto costeadando la realización de unos calendarios donde aparecen cada mes los 12 posters y cuyos beneficios de la venta se dedican a la ONG.

El resultado de las tasas de Incidencia durante el año 2015 ha sido:

1-La Tasa total de Incidencia de NAV fue de 4'74 por 1000 días de VM*.

2-La tasa total de Incidencia de Bacteriemias fue de 4'95 por 1000 días de CVC*.

(*)-Datos pertenecientes al estudio Envin-helics año 2015 relativos a nuestra Unidad.

DISCUSIÓN

Recientemente hemos podido ver publicaciones en las que “Europa ha visto en el 'Proyecto BZ', destinado a reducir las bacteriemias por catéteres venosos centrales en las UCI del Sistema Nacional de Salud (SNS), un ejemplo en el que fijarse. Así queda constatado en el informe emitido tras la reunión de un grupo de trabajo el pasado 11 de febrero, y que lleva el título de ‘Marcando las casillas o mejorando la asistencia sanitaria: Optimización de los CPD sanitarios europeos’(Redacción Médica, Jueves 21 de Abril de 2016).

Dentro de este marco de referencia el grupo de trabajo de Seguridad del paciente de la Uci Pediátrica del Hospital Universitari i Politècnic La Fé, decide iniciar un proyecto que englobe una serie de intervenciones para mejorar la seguridad de los niños que ingresen en la Unidad.

El proyecto consiste en la realización de una serie de pósters (protagonizados por los propios trabajadores del Servicio), que mes a mes (12 meses 12 causas), inciden y dan relevancia a cada una de las actuaciones concretas en que se basan los programas de Neumonía y Bacteriemia Zero.

CONCLUSIONES

1-El proyecto ha contribuido a aplicar efectivamente los programas NZ y BZ.

2-Ha habido una disminución importante de las tasas de Incidencia de la NZ (anteriormente en 38%) y la BZ posiblemente debida a la puesta en marcha del proyecto “12 meses 12 causas”.

3-Ha supuesto una experiencia muy enriquecedora para el equipo multidisciplinar y un ejemplo de trabajo en equipo para llevar a la práctica los programas de NZ y BZ.

4-La evaluación posterior de éste proyecto deja la puerta abierta a futuros trabajos que demuestren si la mejora de la calidad de los cuidados percibida por el personal sanitario ha sido real.

BIBLIOGRAFÍA

1-Raurell Torredá, M. (2011), Impacto de los Cuidados de Enfermería en la incidencia de la neumonía asociada a la ventilación mecánica invasiva. *Enfermería Intensiva*, 22(1), pp-31-38.

2-T. García Araguas, I. Irigoyen Aristorena, C. Zazpe Oyarzun, B. Baztán Madoz , J. Barado Hugalde. Evaluación de un programa de prevención de neumonía asociada a ventilación mecánica (NAVM): resultados al año. (2012). *enfermería intensiva*, pp.23(1):4-10.

3-Seguridad del paciente. Proyecto Bacteriemia Zero. Ministerio de Sanidad. Plan de calidad para el Sistema Nacional de Salud [Internet]. Disponible en: <http://www.seguridadelpaciente.es/index.php/proyectos/financiacionestudios/proyecto-bacteriemia-zero.html>

4-Módulo de formación «Neumonía Zero». Ministerio de Sanidad y Política Social. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud [Internet]. Disponible en : <http://hws.vhebron.net/formacion-NZero/index.html>

5-Palomar Martínez M, Alvarez Lerma F, Riera Badía MA, León Gil C, López Pueyo MJ, Díaz Tobajas C, et al. Prevención de la bacteriemia relacionada con catéteres en UCI mediante una intervención multifactorial. Informe del estudio piloto. *Med Intensiva*. 2010;34:581-9.

6-Llauradó M, Labeau S, Vandijck D, Rello J, Rosa A, Riera A, et al. Grado de conocimiento de las guías de prevención de la neumonía asociada a ventilación mecánica de las enfermeras de Cuidados Intensivos del Sur de Europa. *Med Intensiva*. 2011;35:6-12.

7- Ramón Ibáñez J. Instauración del protocolo de prevención Neumonía Zero en una nueva Unidad de Cuidados Intensivos [Trabajo fin de grado]. Facultad Universitaria de Ciencias de la Salud; 2013.

8-Lisboa T, Rello J. Prevención de infecciones nosocomiales: estrategias para mejorar la seguridad de los pacientes en la Unidad de Cuidados Intensivos. *Med Intensiva*. 2008;32:248-52.

9-SEMICYUC [Internet]. Semicyuc.org. 2016 [citado 18 Abril 2016]. Disponible en: <http://www.semicyuc.org/>

10- Vincent C, Taylor-Adams S, Stanhope N. Framework for analysing risk and safety in clinical medicine BMJ 1998;316:1156 (modif por Aibar et al).

11-Pronovost P. Improving patient safety. Department of Anaesthesiology and Critical Care Medicine. Johns Hopkins University. Disponible en: <http://hws.vhebron.net/envin-helics/Pronovost/videogran.html>.

12-Lorente Ramos. Cuidados de la vía aérea para la prevención de la NAVM. En: Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica. Madrid: ENTHEOS; 2009. p. 35-45.

13-Ibarra Fernández AJ. Tratado de enfermería cuidados críticos pediátricos y neonatlaes. Temario. Procedimientos respiratorios. Cuidados del neumotaponamiento [Internet]. [citado 29 Abr 2011]. Disponible en: <http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion5/capitulo75/capitulo75.htm>

14-Ministerio de Sanidad y Consumo. Gobierno de España. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. 2006. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pncalidad.htm>

MESA 3ª ACTIVIDAD CIENTÍFICA:

Avances en la calidad de los cuidados

1. ESTUDIO DE EFICACIA Y SEGURIDAD DEL CAOLÍN EN LA COMPRESIÓN DE LA ARTERIA RADIAL TRAS CATETERISMO CARDIACO.

AUTORES

Villalba Lizandra N., Perez Rodriguez A., Palomar LLatas J., Martí Bononad R., Iglesias Puente P., Sanchez Lacuesta E.

LUGAR DE TRABAJO

HEMODINÁMICA ADULTOS

CONGRESO / JORNADA EN EL QUE FUE PRESENTADO

37 CONGRESO DE LA ASOCIACION ESPAÑOLA DE ENFERMERIA EN CARDIOLOGÍA

INTRODUCCIÓN

El nuevo dispositivo de compresión radial está basado en la liberación de caolín. Es un material inerte, actúa sobre el factor XII de la coagulación, acelerando el proceso de hemostasia natural.

OBJETIVOS

Demostrar la eficacia y seguridad del parche de caolín como hemostático, en la compresión de la arteria radial tras cateterismo cardiaco.

MATERIAL Y MÉTODO

Se trata de un estudio observacional, no aleatorizado y abierto en el que se han incluido 50 pacientes no consecutivos sometidos a cateterismo cardiaco. Se incluyeron pacientes a los que se les realizó cateterismos cardiacos diagnósticos e intervencionismos coronarios. Se utilizaron introductores de 5 y 6 French. Se excluyeron pacientes ingresados en otros hospitales; los que presentaron perforación de arteria radial; cross-over a arteria femoral y aparición de hematoma previo uso del dispositivo. Se registró la situación de la punción radial basal, a la hora, a las dos horas y 24 horas. Se comprobó la presencia de pulso radial tras su colocación y signos de buena perfusión.

RESULTADOS

El 73 % de los pacientes fueron hombres; 72 % fueron cateterismos cardiacos diagnósticos y el 28 % angioplastias; 56 % presentaban HTA; 16 % llevaban en el momento del cateterismo AAS, otro antiagregante y HBPM; 20 % llevaban AAS y otro antiagregante; 16 % HBPM. Obtuvimos una tasa de éxito del 94% en la primera hora. Y 6% de fracasos. A las dos horas y 24 horas se mantuvieron estos porcentajes. Se constató presencia de pulso radial en el 100 % de los pacientes.

CONCLUSIONES

El parche radial de caolín resultó seguro como hemostático. Ninguna complicación mayor. Aporta confortabilidad al paciente. Por las características de su compresión asegura la correcta perfusión de la arteria radial. Facilita el trabajo de enfermería de hospitalización por su fácil manejo y control.

BIBLIOGRAFÍA

Effect of Short-Time Compression with Kaolin-Filled Pad on Radial Artery Occlusion

After Transradial Access Catheterization

Ming-Ting Chou*¹, Chun-Yuen Chiang¹

¹Cardiology, Chi-Mei Medical Center, Tainan, Taiwan, Province of China

2.UTILIDAD DE LA SIMULACIÓN DE ALTA FIDELIDAD PARA LA ADQUISICIÓN DE COMPETENCIAS EN EL MANEJO DEL PACIENTE CON ECMO

AUTORES

Blasco, P., Fuset, MP., Dolz, JF., Sánchez, MA., Oliva, F. , Robles, C. , Cerrada, I.

LUGAR DE TRABAJO

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

Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia

CONGRESO / JORNADA EN EL QUE FUE PRESENTADO

IV Congreso de la Sociedad Española de Simulación Clínica y Seguridad de Paciente.

MADRID, del 10 al 12 de marzo de 2016.

INTRODUCCIÓN

El ECMO (Extracorporeal Membrane Oxigenation) es un dispositivo temporal de soporte circulatorio y/o respiratorio capaz de sustituir las funciones de ventilación, oxigenación y bombeo cardíaco. La complejidad de los cuidados enfermeros en un paciente con ECMO implica la comprensión del mecanismo de la técnica, la fisiología, los cuidados específicos y sobre todo la actuación frente a complicaciones potencialmente mortales. La simulación clínica facilita la adquisición de competencias en esta situación clínica.

OBJETIVOS

Adquirir competencias en el manejo del paciente con ECMO respecto a cuidados de cánulas, parámetros a controlar, manejo de consolas y respuesta ante complicaciones del paciente y del sistema.

Valorar la efectividad de la formación mediante test pre-escenarios, encuesta post-escenarios y encuesta focalizada a objetivos docentes en el desarrollo de la práctica clínica.

MATERIAL Y MÉTODO

Se impartió 1 curso con formación teórica inicial, 2 talleres de manejo de consolas y cuidados de enfermería respecto a cánulas y sistemas. Se realizó evaluación formativa con preguntas multiopción, previo a la realización de los escenarios. Se preparó el escenario como una unidad de críticos, con robot intubado, conectado a respirador y con sistema ECMO. Se desarrollaron 6 casos de actuación de enfermería. Se realizó briefing, debriefing y resumen de los protocolos de actuación. Se cumplimentó encuesta de calidad percibida inmediata a la formación. Cinco meses tras la formación se realizó encuesta normalizada, focalizada a objetivos de aprendizaje en la práctica asistencial.

RESULTADOS

22 enfermeras se formaron en el manejo del paciente sometido a ECMO.

El índice de satisfacción global inmediato fue del 98,8%.

La evaluación en la práctica clínica tras atención a 12 pacientes con ECMO, indicó mucha mejora en el 51,33% y bastante mejora en el 48,67%.

DISCUSIÓN

Aunque los resultados muestran una mejoría significativa, para ver el alcance de la formación será necesario la realización de estudios traslacionales para valorar indicadores de resultados en la asistencia clínica.

CONCLUSIONES

La simulación de alta fidelidad utilizando escenarios reales ha sido percibida de utilidad para la adquisición de habilidades específicas, asunción de roles y efectividad del equipo en el manejo del paciente sometido a ECMO.

BIBLIOGRAFÍA

1. Oxigenación de membrana extracorporea para soporte cardiaco o respiratorio en adultos. Torregrosa, S. Fuset, MP. Castello, A. Daniel Mata, Heredia, T. Bel, A. Perez, M. Montero, JA. Cir. Cardio. 2009; 16 (2):163-177.
2. ECMO: UN CASO CLÍNICO Moreno FV, Pérez MT, Poza A Enfermería en Cardiología N.º 55-56 / 1.er - 2.o cuatrimestre 2012 91.
3. Infección nosocomial en pacientes con terapia de Oxigenador Mediante Membrana Extracorpórea. Papel de enfermería en la prevención. Sara Becerra Morán. Proyecto fin de Grado. Facultad Enfermería y Podología. A Coruña, 15 de Mayo de 2013

3. ESTUDIO DE LA AUTOIMAGEN CORPORAL, EN ESCOLARES DE LA POBLACIÓN URBANA MEDITERRÁNEA

AUTORES

Escrivá, D., Benet, I., Barrios, C.

LUGAR DE TRABAJO

Hospital la Fe , Hospital Clinico de Valencia y Universidad Catolica de Valencia

CONGRESO / JORNADA EN EL QUE FUE PRESENTADO

V Congreso Internacional de Enfermería de la Infancia y XXI Jornadas Nacionales de Enfermería de la Infancia.

INTRODUCCIÓN

Los resultados indican que la insatisfacción corporal es una realidad en la vida de los escolares, y los cambios morfológicos que ocurren durante la adolescencia, el sexo y el estado nutricional son factores relacionados con tales sentimientos negativos de la imagen corporal. Parece importante, por tanto, identificar los factores que pueden influir en la insatisfacción en la imagen corporal de los adolescentes. Los estudios epidemiológicos, especialmente de salud escolar, son esenciales para proporcionar información sobre la dinámica de los adolescentes, educadores y profesionales de la salud con el tema.

OBJETIVOS

Analizar la autoimagen corporal en diferentes momentos de la adolescencia.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio transversal de 809 escolares (413 niños y 396 niñas) entre 10 y 17 años, de una población mediterránea. Se utilizó el Body Shape Questionnaire (BSQ). Las fases de la adolescencia se clasifican de acuerdo a las edades de los sujetos. El peso y la talla se midieron con el fin de calcular el índice de masa corporal y el estado nutricional. Los resultados se analizaron por regresión logística.

RESULTADOS

La edad media fue de $15,6 \pm 2,2$ años. Los escolares con sobrepeso presentaron mayor insatisfacción (BSQ: OR 3,66, $p < 0,001$; SST: O 4.108, $p < 0,001$).

Utilizando el nivel de corte de 81 puntos en el BSQ, la prevalencia de insatisfacción corporal fue globalmente baja: 17,3% para los varones y 22,7% para las mujeres. Los escolares con preocupación moderada (111-140 puntos) o extrema (>140) fue también muy baja: 4,1% para los varones y 5,1% para las mujeres. Aunque la prevalencia es superior en las mujeres, las diferencias no fueron estadísticamente significativas. Sin embargo, analizando la serie por edades, se observó un

incremento significativo en las puntuaciones medias del BSQ a medida que aumentaba la edad. El incremento fue mayor en las mujeres, pero también se daba en los varones.

CONCLUSIONES

Las mujeres obtuvieron puntuaciones más alta en el BSQ, siendo las diferencias con los varones estadísticamente significativas. Las puntuaciones aumentaron a medida que aumentaba la edad. El incremento fue mayor en las mujeres. En nuestra serie, un 30,8% las mujeres entre 15 y 17 años presentaron preocupación por la imagen corporal, frente a un 18% en el grupo de edad 11-14 años.

La prevalencia de insatisfacción corporal en nuestra serie fue globalmente baja: 17,3% para los varones y 22,7% para las mujeres. La proporción de adolescentes con preocupación moderada (111-140 puntos) o extrema (>140) fue también muy baja: 4,1% para los varones y 5,1 % para las mujeres.

Las puntuaciones del BSQ se correlacionaban positivamente con algunos parámetros antropométricos como: peso total, IMC, diámetros de brazo y perna, porcentaje y peso graso, IMG, peso magro y muscular y grosor de pliegues (excepto el subescapular) y por tanto en nivel de Ectomórfia.

Los alumnos que provenían de un colegio exclusivamente masculino presentaron más preocupación por su imagen corporal que los varones de colegios mixtos.

4. UNIDAD DE INSUFICIENCIA CARDÍACA BASADA EN ENFERMERÍA

AUTORES

Inmaculada Husillos Tamarit

LUGAR DE TRABAJO

Hospital Universitario y Politécnico la Fe/ consultas externas. Cardiología

CONGRESO / JORNADA EN EL QUE FUE PRESENTADO

Primera Reunión de Insuficiencia Cardíaca para Atención Primaria y Cardiología

INTRODUCCIÓN

La insuficiencia cardíaca es un síndrome complejo de alta prevalencia e incidencia. La falta de adherencia al tratamiento constituye la principal causa de descompensaciones y reingresos. Las Unidades de Insuficiencia Cardíaca basadas en enfermería (UIC) establecen un seguimiento precoz y exhaustivo del paciente tras el alta hospitalaria.

OBJETIVOS

1. Dar a conocer la UIC basada en enfermería y los resultados del primer año.
2. Dar a conocer el programa de seguimiento exhaustivo al paciente con insuficiencia cardíaca (IC) tras un ingreso hospitalario por descompensación de IC.
3. Reconocer signos y síntomas de descompensación

MATERIAL Y MÉTODO

Se expondrá charla educativa utilizando una presentación Power Point.

En la presentación se definirá una UIC basada en enfermería, sus objetivos, grupos de pacientes que se incluyen, qué profesionales la integran, ámbitos de actuación de la enfermera de la UIC (hospitalización, consultas externas, hospital de día) y protocolo de intervención: cronograma, tipos de consulta (presencial: educativa, seguimiento, conjunta con cardiólogo; telefónica), contenido de charlas educativas, valoraciones y técnicas .

Se utilizarán ejemplos y casos, se presentarán resultados del primer año de implementación. Se comentará la relación de la UIC con otros profesionales del hospital y recomendaciones a enfermeras de atención primaria.

RESULTADOS

Se incluyeron 51 pacientes en el programa de UIC. El número de ingresos/paciente se redujo: de 1,82 a 0,70 en pacientes de LTC (n=17), de 1,46 a 0,46 en pacientes con FEV1r (n=26) y de 2 a 0,1 en pacientes con FEV1p (n=8).

El número de visitas a urgencias/paciente se redujo de 1,82 a 0,82 en LTC, de 1,57 a 0,84 3n FEV1r y de 2 a 0,25 en FEV1p.

CONCLUSIONES

Un paciente adiestrado en el manejo de la insuficiencia cardíaca reconoce una descompensación, sabe qué ha de hacer, contacta con su médico de atención primaria o con la UIC, conoce la importancia de la adherencia al tratamiento, cambia hábitos, presenta menos ingresos y visitas a puertas de urgencia por descompensación.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.. Anguita M, Ojeda S, Atienzab F, Ridoccib F, Almenar L, Vallés F el al. El Análisis de coste-beneficio de los programas de prevención de reingresos en pacientes hospitalizados por insuficiencia cardíaca. Impacto económico de las nuevas formas de asistencia a la insuficiencia cardíaca. Rev Esp Cardiol. 2005;58(Supl 2):32-6
2. Guerra-Sánchez L, Martínez Rincón C y Fresno-Flores M. Cribado nutricional en pacientes con insuficiencia cardíaca: análisis de 5 métodos. Nutr Hosp. 2015;31 (2): 890-899.
3. Bonilla-Palomas JL el col. Influencia de la desnutrición en la mortalidad a largo plazo de pacientes hospitalizados por insuficiencia cardíaca. Rev Esp Cardiol. 2011;64(9):752-758
4. Marquez J, Suárez G. Beneficios del ejercicio en la insuficiencia cardíaca. Rev Chil Cardiol.2013; 32 (1)
5. Alvarez de Mon, Santiago, "Desde la adversidad. Liderazgo, cuestión de carácter", Madrid: Prentice Hall; Pearson Educación, 2003.

5. ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE LA APARICIÓN DE HEMATOMA EN EL POSTIMPLANTE DE DISPOSITIVOS DE ESTIMULACIÓN CARDÍACA

AUTORES

Díaz Cambronero, JI., García Orts, A., Reina de la Torre, S., Hernández Martínez, JC., Husillos Tamarit, I., Ferrer Pardo, C., Conejero Ferrer, P., Pimenta Ferrisson Ramos, P.

LUGAR DE TRABAJO

AC de Imagen Médica / C.Ext. Cardiología

CONGRESO / JORNADA EN EL QUE FUE PRESENTADO

Alboraia, 37º Congreso Nacional de la Asociación Española de Enfermería en Cardiología, del 4 al 6 de mayo de 2016.

INTRODUCCIÓN

La presencia de hematoma de bolsillo tras el implante de dispositivos de estimulación cardíaca se ha asociado a complicaciones importantes en el postoperatorio, como el drenaje quirúrgico del hematoma, la prolongación de la hospitalización o infecciones del implante.

OBJETIVOS

El objetivo del presente estudio es describir la frecuencia de aparición de hematoma de bolsillo en los pacientes con riesgo de sangrado aumentado.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio retrospectivo basado en historia clínica. Se describirá únicamente a pacientes anticoagulados y/o antiagregados sometidos a implante de dispositivo de estimulación cardíaca entre el 21-07-2009 y el 3-11-2013.

Se obtendrán estadísticos descriptivos para las variables continuas (media y desviación típica) así como para las variables categóricas (proporción).

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

RESULTADOS

Se estudiaron un total de 1103 casos consecutivos de pacientes con riesgo de sangrado aumentado. La edad media fue de 71,6 años (DE 11,53). El 66,3 % fueron varones. El 35,4 % estaban anticoagulados y el 6,8 % anticoagulados y antiagregados. El 41,9 % de los implantes fueron DAI, DAI-TRC o MCP-TRC. En 8 casos apareció infección del sitio quirúrgico (0,7 %).

El hematoma de bolsillo apareció en el 5,6 % (62 casos): 34 de ellos correspondieron a DAI, DAI-TRC o MCP-TRC (54,84%); en 12 fue preciso prolongar la hospitalización (19,35%); 13 requirieron evacuación quirúrgica (20,97%). Únicamente en un caso se produjo infección del implante (1,61%).

DISCUSIÓN

En nuestra serie, a diferencia de la literatura publicada, el tamaño del dispositivo no parece asociarse con la aparición de hematoma. Tampoco parece existir asociación entre hematoma e infección.

La prolongación de la hospitalización y la evacuación quirúrgica se ha observado en 1 de cada 5 pacientes con hematoma, lo que a nuestro juicio justifica seguir investigando para reducir su incidencia.

CONCLUSIONES

Con el seguimiento de un estricto protocolo quirúrgico la incidencia de hematoma de bolsillo en pacientes anticoagulados y/o antiagregados es notablemente baja.

Cuando aparece el hematoma de bolsillo, las complicaciones se presentan en un número inaceptablemente alto de pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Wiegand UK, LeJeune D, Boguschewski F, Bonnemeier H, Eberhardt F, Schunkert H, et al. Pocket hematoma after pacemaker or implantable cardioverter defibrillator surgery: influence of patient morbidity, operation strategy, and perioperative antiplatelet/anticoagulation therapy. *Chest*. 2004;126(4):1177-86.
2. Birnie DH, Healey JS, Wells GA, Verma A, Tang AS, Krahn AD, et al. Pacemaker or defibrillator surgery without interruption of anticoagulation. *The New England journal of medicine*. 2013;368(22):2084-93.
3. Przybylski A, Derejko P, Kwasniewski W, Urbanczyk-Swic D, Zakrzewska J, Orszulak W, et al. Bleeding complications after pacemaker or cardioverter-defibrillator implantation in patients receiving dual antiplatelet therapy: Results of a prospective, two-centre registry. *Netherlands heart journal : monthly journal of the Netherlands Society of Cardiology and the Netherlands Heart Foundation*. 2010;18(5):230-5.
4. Martin-Casanas FV, Caballero-Estevez N, Dominguez-Rodriguez A, Abreu-Gonzalez P, Laynez-Cerdena I. Cardiac device infections is associated with pocket hematoma and diabetes mellitus: the role of the cardiovascular nurse. *International journal of cardiology*. 2014;171(1):e5-7.
5. Aguado C, Mateos MD. Utilidad del vendaje compresivo en la prevención de hematomas post-implante de marcapasos. *Enferm Cardiol*. 2004;11(32-33):54-7.

6. Poole JE, Gleva MJ, Mela T, Chung MK, Uslan DZ, Borge R, et al. Complication rates associated with pacemaker or implantable cardioverter-defibrillator generator replacements and upgrade procedures: results from the REPLACE registry. *Circulation*. 2010;122(16):1553-61.

7. Kutinsky IB, Jarandilla R, Jewett M, Haines DE. Risk of hematoma complications after device implant in the clopidogrel era. *Circulation Arrhythmia and electrophysiology*. 2010;3(4):312-8.

MESA 4ª INNOVACIÓN Y EVIDENCIA:

Presentación de Trabajos Final de Grado y Postgrado

1. CUIDADOS ENFERMEROS EN LA HIPOTERMIA TERAPÉUTICA EN NEONATOS CON ENCEFALOPATÍA HIPÓXICO-ISQUÉMICA

AUTORES

Autor: Álvaro José Solaz García. Tutora: Dra. M^a José Alemany Anchel

LUGAR DE TRABAJO

Graduado por la escuela de enfermería La Fe en 2016 y trabajo en UCI Neonatal

OBJETIVOS

General:

Valorar la evidencia científica disponible sobre los cuidados enfermeros a neonatos tratados con hipotermia terapéutica.

Específicos:

Analizar la eficacia de la hipotermia terapéutica en neonatos con encefalopatía hipóxico isquémica.

Describir los cuidados enfermeros al neonato con hipotermia terapéutica.

MATERIAL Y MÉTODO

Revisión de la literatura científica mediante una búsqueda en las siguientes bases de datos: PubMed, Lilacs, IBECs, Cinhal, OvidSP, Cuiden, Embase y Cochrane Plus que se llevó a cabo en los meses de enero y febrero de 2016. Las variables que se han estudiado en la revisión han sido la eficacia de la hipotermia inducida, métodos de hipotermia, las necesidades de los neonatos con encefalopatía hipóxico isquémica sometidos a hipotermia inducida, la eficacia del tratamiento y los cuidados enfermeros durante la hipotermia inducida.

RESULTADOS

Se han empleado un total de 31 artículos de los seleccionados en la búsqueda; de los cuales 9 eran revisiones bibliográficas, 1 revisión sistemática Cochrane, 2 metanálisis, 1 estudio cualitativo, 6 estudios cuantitativos, 7 protocolos y guías clínicas y 4 artículos científicos publicados en revistas de enfermería intensiva pediátrica. Se evidenció que la hipotermia terapéutica es un tratamiento

efectivo al reducir las secuelas y la mortalidad de los recién nacidos con encefalopatía hipóxica isquémica; requiriendo de los cuidados enfermeros durante todas las fases del tratamiento tanto para el recién nacido como para sus familiares.

CONCLUSIONES

La hipotermia terapéutica es el único tratamiento efectivo actualmente para los RN a término con EHI; siendo las enfermeras quien tienen un papel fundamental aportando cuidados enfermeros integrales que incluyen al recién nacido y a su familia, para mejorar la supervivencia y disminuir las secuelas neurológicas.

BIBLIOGRAFÍA

Abbot, R. & Lupton, M.D. (2009). Uso de hipotermia terapéutica en recién nacidos a término con encefalopatía hipóxica-isquémica. *Pediatr Clin N Am*, 56, 601-616. Recuperado de http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13156343&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=501&ty=116&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=501v56n03a13156343pdf001.pdf

Alberola, A., Boronat, N., Escrig, R., Gimeno, A., y Vento, M. (2013). Protocolo de hipotermia terapéutica. Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia.

Arnáez, J., Vega, C., García-Alix, A., Gutiérrez, E.P., Caserío, S., Jiménez, M.P., Castañón, L., Esteban, I., Hortelano, M., Hernández, N., Serrano, M., Prada, T., Diego, P., Barbadillo, F. & Grupo ARAHIP. (2015). Multicenter program for the integrated care of newborns with perinatal hypoxic-ischemic insult (ARAHIP). *An Pediatr (Barc)*, 82(3), 172-182. Recuperado de http://ac.els-cdn.com/S1695403314002951/1-s2.0-S1695403314002951-main.pdf?_tid=3a5c7012-e092-11e5-8075-00000aab0f6b&acdnat=1456935615_bb3710717a94804956eb317a48ff5f6a

Blanco, D., García-Alix, A., Valverde, E., Tenorio, V., Vento, M., & Cabañas, F. (2011). Neuroprotección con hipotermia en el recién nacido con encefalopatía hipóxica-isquémica. Guía de estándares para su aplicación clínica. *An Pediatr (Barc)*, 75(5), 341.e1-341.e20. Recuperado de http://www.se-neonatal.es/portals/0/publicaciones/guia_hipotermia_sen-2011.pdf

Casas Estévez, M.C., Jarana Boy, D. & García Casanueva, M. (2012). Cuidados de enfermería en la hipotermia por encefalopatía hipóxica isquémica. *Evidentia*, 10(41). Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4625395>

Chrinian, N., & Mann, N. (2011). Therapeutic Hypothermia for Management of Neonatal Asphyxia: What Nurses Need to Know. *Critical Care Nurse*, 31(3). Recuperado de: <http://ccn.aacnjournals.org/content/31/3/e1.full.pdf+html>

Cooper, D.J. (2011). Induced hypothermia for neonatal hypoxic-ischemic encephalopathy pathophysiology, current, and nursing considerations. *Neonatal Netw*, 30(1), 29-35. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21317095>

Del Busto Naval, C. (2013). Hipotermia en el recién nacido a término. Una nueva técnica para cuidados de enfermería. (Tesina de Máster). Universidad de Oviedo. Centro Internacional de Posgrado. Oviedo.

Fernández Medina, I.M. y González Fernández, C.T. (2013). Tecnología y neuroprotección neonatal: Eficacia de la hipotermia en el tratamiento de la encefalopatía hipóxico-isquémica. INDEX. Recuperado de <http://www.index-f.com/para/n19/pdf/026d.pdf>

Fernández Medina, M.I. (2015). Encefalopatía hipóxico isquémica e hipotermia cerebral. Metas Enferm, 18(1), 13-17. Recuperado de <http://www.enfermeria21.com/revistas/metas/articulo/80692/>

Fernández Tuñas, M.C., Prego Boente, R., Couce Pico, M.L., & Pérez Muñuzuri, A. (2015). Cuidados al paciente neonato con hipotermia inducida. Metas enferm, 18(5), 56-59. Recuperado de <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/ibc-140257>

Figueras, J. (2010). Guía clínica: Guía de hipotermia terapéutica para neonatos con encefalopatía hipóxico isquémica. Hospital Universitari Clínic de Barcelona.

Flores, G. (2015). Protocolo de hipotermia terapéutica neonatal en encefalopatía hipóxico isquémica moderada a severa. Hospital de Puerto Montt. Recuperado de http://www.neopuertomontt.com/Protocolos/protocolo_hipotermia_neonatal.pdf

García Alix, A. & Alarcón Allen, A. (2013). Hipotermia terapéutica en el recién nacido a término o casi término con encefalopatía hipóxico-isquémica. An Pediatr Contin,11(4), 210-215. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/259164734_Hipotermia_terapeutica_en_el_recien_nacido_a_termino_o_casi_termino_con_encefalopatia_hipoxico-isquemica

García-Álix, A. & González de Dios, J. (2010). Hipotermia terapéutica en la encefalopatía hipóxico isquémica del recién nacido. Evid Pediatr, 6(27). Recuperado de <http://www.sarda.org.ar/content/download/924/6905/file/144-146+garcia.pdf>

Gerstl, N., Youssef, C., Cardona, F., Klebermass-Scherhof, K., Grill, A., Weninger, M., Berger, A. y Olischar, M. (2015). Management of hypothermia for perinatal asphyxia in Austria - a survey of current practice standards. Klin Pediatr, 227, 10-14.

Jacobs, S.E., Berg, M., Hunt, R., Tarnow-Mordi, W.O., Inder, T.E. & Davis, P.G. (2013). Cooling for newborns with hypoxic ischaemic encephalopathy. Cochrane Database Syst Rev. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23440789>

Jerez Calero, A., Ruiz López, A., & Quesada Moreno, A. (2014). Protocolo para enfermería de hipotermia en recién nacidos. Bol. SPAO, 8(1-2), 100-105. Recuperado de: <http://www.spao.es/documentos/boletines/pdf-boletin-seccion-34-secciones-65417.pdf>

Jiménez González, R. & Molina Morales, V. (2008). Bases éticas en Neonatología. Decisiones de tratamiento selectivo en recién nacidos. Normas básicas de actuación. Asociación Española de Pediatría

Kokkonen Nassef, S., Blennow, M. & Jirwe, M. (2013). Experiences of parents whose newborns undergo hypothermia treatment following perinatal asphyxia. JOGNN, 00(0), 1-10. Recuperado de [http://www.jognn.org/article/S0884-2175\(15\)31252-1/pdf](http://www.jognn.org/article/S0884-2175(15)31252-1/pdf)

Laptook, A.R., Kilbride, H., Shepherd E., McDonald, S.A., Shankaran, S., Truog W., Das, A., & Higgins, R.D. (2014). Temperature control during therapeutic hypothermia for newborn encephalopathy using different Blanketrol devices. *Ther Hypothermia Temp Manag*, 4(4), 193-200. Recuperado de: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/mdl-25285767>

López Ponce, O. & Quesada Vargas, A. (2010). Hipotèrmia Induïda en asfíxies neonatals. *Hospital Vall d`Hebron*.

Macarro Ruiz, D., Sánchez Sánchez, J., Toledano Luna, M., Martínez Martín, E., Martínez Galán, P. & García Rebollo, M.A. (2015). Hipotermia terapéutica en la asistencia al neonato con encefalopatía hipóxico isuémica. *Metas Enferm*, 18(7), 6-12. Recuperado de http://www.index-f.com/new/cuiden/extendida.php?cdid=692475_1

Martínez Galiano, J.M., & Rus Díaz, M. (2015). Hipotermia inducida como tratamiento en la asfíxia neonatal. *Evidentia*, 12(50). Recuperado de: <http://www.index-f.com/evidentia/n50/ev9653r.php>

Novoa, J.M., Milad, M., Fabres, J., Fasce, J.A., Toso, P.A., Arriaza, M., Gandolfi, M.C., Samamé, M.M. & Aspillaga, C. (2012). Consenso sobre manejo integral del neonato con encefalopatía hipóxico isquémica. *Rev Chil Pediatr*, 83(5), 492-501. Recuperado de <http://www.scielo.cl/pdf/rcp/v83n5/art12.pdf>

Parra Sáiz, M.I., & Cuesta Miguel, M.J. (2013). Cuidados de enfermería en la hipotermia neonatal inducida. *Enfermería Integral*, 103, 15-19. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4867866>

Peliowski-Davidovich, A. & Canadian Paediatric Society. (2012). Hypothermia for newborns with hypoxic ischemic encephalopathy. *Pediatr Child Health*, 17(1), 41-43. Recuperado de <http://www.cps.ca/documents/position/hypothermia-for-newborns-with-hypoxic-ischemic-encephalopathy>

Puebla Molina, S., Aparicio Sánchez, J.L. & Modesto i Alapont, V. (2010). Uso de hipotermia terapéutica en recién nacidos a término con encefalopatía hipóxico-isquémica. *Evid Pediatr*, 6:33. Recuperado de <http://archivos.evidenciasenpediatria.es/files/41-10821-RUTA/33AVC.pdf>

Susan, E., Jacobs, M.D., Colin, J., Morley, M.D., Terrie, E., Inder, M.D., Michael, J., Stewart, M.D., Katherine, R., Patrick, J., Namara, M.D., Ian, M.R., Wright, M.D., Haresh, M., Kirpalani, M.D., Brian, A., Darlow, M.D., Lex, W. & Doyle, M.D. (2011). Whole-Body Hypothermia for Term and Near-Term Newborns With Hypoxic-Ischemic Encephalopathy. A Randomized Controlled Trial. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 165(8), 692-700. Recuperado de <http://archpedi.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1107569>

Tagin, M.A., Woolcott, C.G., Vincer, M.J., Whyte, R.K. & Stinson, D.A. (2012). Hypothermia for neonatal hypoxic ischemic encephalopathy: an updated systematic review and meta-analysis. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 166(6), 558-566. Recuperado de <http://archpedi.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1149494>

Taylor S.G. & Kolcaba, K. (2007). La teoría del confort. En Marriner, A. y Raile, M. (Eds.), Modelos y teorías en enfermería (pp. 706-719). España: Elsevier.

Tenorio, V., Alarcón, A., García-Álix, A., Arca, A., Cmprubí, M., Agut, T. & Figueras, J. (2012). Hipotermia cerebral moderada en la encefalopatía hipóxico-isquémica. Experiencia en el primer año de su puesta en marcha. *An Pediatr (Barc)*, 77(2), 88-97. Recuperado de http://ac.els-cdn.com/S1695403312000112/1-s2.0-S1695403312000112-main.pdf?_tid=b7bbe388-d40f-11e5-96a5-00000aacb362&acdnat=1455560147_0d64619fff7ca307960ddadcfb6f5300

2. EL CUIDADO INVISIBLE. NECESIDADES PSICOEMOCIONALES DEL PACIENTE CRÍTICO EN UCI.

AUTORES

Autora: Lara del Valle Fayos. Tutora: Dra. D^a Josefa Palop Muñoz.

LUGAR DE TRABAJO

Grado en Enfermería promoción 2016. En la Escuela Universitaria de Enfermería "La Fe" de Valencia.

INTRODUCCIÓN

En los últimos años, la humanización de los cuidados se ha convertido en una de las principales líneas de investigación. Este auge también ha llegado a las Unidades de Cuidados Intensivos, lugares que desde un enfoque tradicional parecían permanecer al margen profundamente influenciadas por la hegemonía del paradigma biomédico. Por ello, creemos que es un buen momento para valorar, a través de la literatura científica existente sobre el tema, la importancia que se le concede a la asistencia de las necesidades psicoemocionales del paciente crítico en este tipo de unidades.

OBJETIVOS

Objetivo general: Determinar si las enfermeras proporcionan una atención humanizada dirigida a satisfacer las necesidades psicoemocionales del paciente crítico en UCI.

Objetivos específicos:

Explorar las necesidades psicoemocionales del paciente crítico a través de las experiencias, vivencias y satisfacción percibida (1).

Identificar qué actitudes y comportamientos creen las enfermeras que deben guiar su práctica, si realmente las aplican para lograr un cuidado humanizado y en su caso, los motivos que podrían dificultar la implementación en la práctica (2).

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una revisión bibliográfica narrativa mediante la búsqueda en las bases de datos Cuiden, PubMed, SciELO, EMBASE, IBECs, LILACS, ENFISPO, CUIDATGE, La Biblioteca Cochrane Plus y Dialnet durante los meses de enero, febrero y marzo del 2016. Los descriptores utilizados fueron "humanism", "intensive care", "intensive care unit", "cuidados intensivos", "unidad de cuidados intensivos", "paciente crítico", "cuidado humanizado", "humanización", "humanización de la atención", "enfermería", "necesidades psicológicas" y "vivencias". Asimismo, para combinarlos se usó el operador booleano "and". Las variables estudiadas fueron por un lado, las experiencias, vivencias, necesidades psicoemocionales y satisfacción con el cuidado recibido desde la perspectiva del paciente crítico, y por otro, la perspectiva de la enfermera acerca del cuidado humanizado en la UCI.

RESULTADOS

Se evidenció que los pacientes hospitalizados en la UCI presentan necesidades de comunicación, personalización, seguridad y espirituales. En cuanto al significado otorgado por las enfermeras que trabajan en este tipo de unidades al cuidado humanizado, se constata que tienen una comprensión correcta definiéndose como un cuidado basado en la comunicación, la actitud profesional, el confort, el apoyo espiritual y la incorporación de la familia como red de apoyo y receptores de cuidados. Sin embargo, se pone de manifiesto la existencia de una dicotomía entre la teoría y la práctica.

Algunas de las causas, aunque no están con exactitud identificadas, que podrían justificar esta dicotomía son que la asistencia de las necesidades psicológicas, emocionales y espirituales se deja en manos de la "buena voluntad" de las enfermeras sin entenderse como algo inherente al cuidado, el establecimiento de una barrera psicológica para evitar su propio desgaste emocional, el exceso de trabajo y la presión asistencial, el papel secundario de estos asuntos frente a la prioridad de realizar procedimientos dirigidos a salvar la vida del paciente, la creencia de que este tipo de cuidado es difícil y costoso de brindar o el hecho de no saber cómo llevarlo a cabo.

CONCLUSIONES

Los resultados de esta revisión sugieren que sigue existiendo una hegemonía del paradigma biomédico que lleva a una fragmentación del cuidado. Parece que la satisfacción de este tipo de necesidades adopta un papel secundario respecto a las tareas más técnicas y tecnológicas, formando parte de lo que se conoce como "cuidado invisible" y dificultando que la sociedad visualice la aportación específica de las enfermeras. Ahora bien, son necesarias investigaciones originales, que confirmen nuestros hallazgos.

BIBLIOGRAFÍA (resumida)

Acosta Revollo, A. C., Mendoza Acosta, C. A., Morales Murillo, K., y Quiñones Torres, A. M. (2013). Percepción del paciente hospitalizado sobre el cuidado humanizado brindado por enfermería en una IPS de tercer nivel (Tesis de Pregrado). Facultad de Ciencias de la Salud. Cartagena. Recuperado de

<http://siacurn.curnvirtual.edu.co:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/617/PERCEPCI%C3%93N%20DEL%20PACIENTE%20HOSPITALIZADO%20%20SOBRE%20EL%20CUIDADO%20HUMANIZADO%20BRINDADO%20POR%20ENFER.pdf?sequence=s>

Almerud, S., Alapack, R. J., Fridlund, B., y Ekebergh, M. (2007). Of vigilance and invisibility-being a patient in technologically intense environments. *Nursing in Critical Care*, 12 (3), 151- 158. Recuperado de la base de datos EMBASE. Traducción mía.

Amorós Cerdá, S. M., Arévalo Rubert, M. J., Maqueda Palau, M., y Pérez Juan, E. (2008). Percepción de la intimidad en pacientes hospitalizados en una Unidad de Cuidados Intensivos. *Enferm Intensiva*, 19 (4), 193-203. Recuperado de la base de datos PubMed.

Aparecida Marosti, C., y Spadoti Dantas, R. A. (2006). Relación entre estresores y características sociodemográficas y clínicas de pacientes internados en una unidad coronaria. *Rev Latino-am Enfermagem*, 14 (5). Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n5/es_v14n5a12.pdf

Archury Saldaña, D. M., Pinilla Alarcón, M., y Alvarado Romero, H. (2015). Aspectos que facilitan o interfieren en el proceso comunicativo entre el profesional de enfermería y el paciente en estado crítico. *Invest Educ Enferm*, 33 (1), 102-111. Recuperado de la base de datos Cuiden.

Ayllón Garrido, N., Montero Rus, P., Acebes Fernández, M. I., y Sánchez Zugazua, J. (2013). Unidad de cuidados intensivos de puertas abiertas: perspectiva de los profesionales. *Enfermería Intensiva*, 25 (2), 72-77. Recuperado de la base de datos IBECS.

Baena Zapata, V. A., y Leon, S. M. (2007). El temor y la experiencia del paciente adulto críticamente enfermo hospitalizado en la unidad de cuidado intensivo (Tesis de Maestría). Universidad de Antioquia. Medellín. Recuperado de <http://tesis.udea.edu.co/dspace/handle/10495/42>

Barbero López, V. M. (2013). Atributos del cuidado humanizado de enfermería en personal asistencial (Tesis de Maestría). Facultad de Ciencias de la Educación, Enfermería y Fisioterapia. Universidad de Almería. Recuperado de <http://repositorio.ual.es:8080/jspui/bitstream/10835/2601/1/Trabajo.pdf>

Barbosa de Pinho, L., y Azevedo dos Santos, S. M. (2008). Dialética do cuidado humanizado na UTI: contradições entre o discurso e prática profissional do enfermeiro. *Rev Esc Enferm*, 42 (1), 66-72. Recuperado de la base de datos Cuiden.

Barlem, E. L. D, Rosenhein, D. P. N, Lunardi, V. L., y Lunardi Filho, W. D.(2008). Comunicação como instrumento de humanização do cuidado de enfermagem: experiências em unidade de terapia intensiva. *Rev Eletr Enf*, 10 (4), 1041-1049. Recuperado de la base de datos LILACS.

Beltrán Salazar, O. A. (2006). Factores que influyen en la interacción humana del cuidado de Enfermería. *Invest educ enferm*, 24 (2). Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072006000200016

Beltrán Salazar, O. A. (2007). Significado de la experiencia de estar críticamente enfermo y hospitalizado en UCI (Tesis de Maestría). Universidad de Antioquia. Medellín. Recuperado de <http://tesis.udea.edu.co/dspace/bitstream/10495/153/1/SignificadoExperienciaCr%C3%ADticamenteEnfermo.pdf>

Beltrán Salazar, O. A. (2009). La experiencia de estar hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo. *Aquichan*, 9 (1), 23-37. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74111465004>

Bettinelli, L. A., Pomatti, D. M., y Brock, J. (2010). Invasão da privacidade em pacientes de UTI: percepções de profissionais. *Revista Bioethikos*, 4 (1), 44-50. Recuperado de la base de datos Cuiden.

Boff, L. (2002). El cuidado esencial. Ética de lo humano, compasión por la tierra. Madrid: Trotta. Recuperado de <http://www.uv.mx/veracruz/cosustentaver/files/2015/09/12.el-cuidado-esencial-leonardo-boff.pdf>

Boleda, F., y de Carvalho Jericó, M. (2006). Unidades de terapia intensiva: considerações da literatura acerca das dificuldades e estratégias para sua humanização. Esc Anna Nery REnferm, 10 (2), 301-308. Recuperado de la base de datos Cuiden.

Blanca Gutiérrez, J. J., Blanco Alvariño, A. M., Luque Pérez, M., y Ramírez Pérez, M. A. (2008). Experiencias, percepciones y necesidades en la UCI: Revisión sistemática de estudios cualitativos. Enfermería Global, 12, 1-14. Recuperado de la base de datos Dialnet.

Cañadas-Núñez, F., Ferre-Pérez, M. A., Fernández-García, G. A., Plaza-del Pino, F. J., Jiménez-García, J. F., y Subirá-Imbernón, A. (2007). La Humanización del cuidado. Un imperativo en cuidados intensivos. Rev Tesela, 2. Recuperado de la base de datos Cuiden.

Cecilia Vanegas, B., Liliana Vega, S., Barbosa, M. F., González, G. M., y Jahandra Montoya, J. (2006). Experiencias de profesionales de enfermería en el cuidado psicoemocional a pacientes en la unidad de cuidados intensivos. Revista Colombiana de Enfermería, 3 (3), 21-31. Recuperado de la base de datos Cuiden.

Chamorro, C., y Romera, M. A. (2015). Dolor y miedo en la UCI. Medicina Intensiva, 39 (7), 442-444. Recuperado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0210569115001163>

Consejo Internacional de Enfermería. (1973). Código Deontológico de la Enfermería Española. Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA). Recuperado de http://portalcecova.es/files/deontologia_cas.pdf

Cristilde Schneier, C., Machado Bielemann, V. L., Suelene de Sousa, A., Muniz de Quadros, L. C., y de Prado Kantorski, L. (2009). Comunicação na unidade de tratamento intensivo, importância e limites- visão da enfermagem e familiares. Cienc Cuid Saude, 8 (4), 531-539. Recuperado de la base de datos Cuiden.

Cruz Costa, S., Burg Figueiredo, M. R., Schaurich, D. (2009). Humanização em Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTI): compreensões da equipe de enfermagem. Comunic., Saude, Educ., 13 (1), 571-580. Recuperado de la base de datos Cuiden.

Domingo Pozo, M., y Gómez Robles, J. (2003). El concepto de Necesidad Humana Básica como aproximación a la definición del cuidado. Index de Enfermería, 43. Recuperado de <https://www.infermeravirtual.com/files/media/file/377/el%20concepto%20de%20necesidad.pdf?1359992223>

Escudero, D., Viña, L., y Calleja, C. (2013). For an open-door, more comfortable and humane intensive care unit. It is time for change. Medicina Intensiva, 38 (6), 371-375. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24680386>

Fernandes da Cruz Silva, L., Regimar Machado, C., Fernandes da Cruz Silva, V. M., y Salazar Posso, M. B. (2013). Estrés del paciente en UCI: visión de los pacientes y del equipo de enfermería. Enfermería Global, 12 (32), 88-103. Recuperado de la base de datos Cuiden.

3. IMPACTO DE LA DONACIÓN DE ÓRGANOS EN FAMILIARES QUE HAN VIVIDO LA EXPERIENCIA: ESTUDIO FENOMENOLÓGICO

AUTORES

Purificación Gironés Guillem

LUGAR DE TRABAJO

Jubilada. Ex Coordinadora de Trasplantes

CONGRESO / JORNADA EN EL QUE FUE PRESENTADO

Tesis Doctoral. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Alicante

INTRODUCCIÓN

Continuación de la pérdida de un ser querido. Se pretende valorar los significados que tienen los acontecimientos para ellos. España continua siendo el país del mundo con mayor tasa de donantes por millón de población, sin embargo mantiene una negativa familiar de 15,56%. lo que significarian muchos pacientes trasplantados. Este es uno de los puntos de mejora que tenemos los Coordinadores de Trasplantes, con la hipótesis de que " Acercarnos a lo que sienten los familiares en el momento en que se les informa de la muerte de su familiar y se le ofrece la opción de donación de los órganos, nos permitirá comprender sus intereses y poder acercarnos para ayudarles a realizar su duelo y ejercer una relación de ayuda efectiva".

OBJETIVOS

GENERAL

Percibir lo que viven los familiares en el momento en que se les informa de la muerte de su pariente y se le ofrece la opción de donación de órganos.

ESPECÍFICOS O SECUNDARIOS

- Averiguar lo más reciente en la producción científica respecto de los sentimientos y las percepciones de las familias cuando se solicita la donación de órganos.
- Detectar las unidades de sentido más importantes para la familia en nuestro ámbito.
- Observar los factores que intervienen en la reacción de las familias.
- Identificar las coincidencias entre las familias.
- Detectar y explicar las rutas más frecuentes.
- Entender cómo han vivido con ello.

MATERIAL Y MÉTODO

“Sentido vivido” a cierta distancia. La realidad que importa es lo que perciben las personas como importante . La reducción fenomenológica dirige a uno a dar un paso atrás y describir y analizar el hecho. Es necesario simplemente contemplar la descripción ante mí como perteneciente al sujeto

que lo describió. Habría que emplear primero la descripción, en segundo lugar la reducción fenomenológica para luego buscar los significados más invariables en un contexto. Concretamente en este trabajo se utilizó el Metodo Giorgi: Se refiere a la totalidad de las experiencias vividas pertenecientes a una sola persona según se presentan en la conciencia. Es el medio de acceso a esas experiencias. El objetivo es llegar a conocimiento de una persona individual con el fin de intervenir más adecuadamente con ella. Lo que se consiguen son partes conocidas como "unidades de significado". La actitud y la actividad del investigador son las que conforman esas "unidades de significado". "Están orientadas al descubrimiento" por lo que es necesaria una actitud lo suficientemente abierta como para que surjan significados inesperados. El proceso tiene que ser sistemático, metódico y crítico. Los Informantes : Fueron familiares de donantes habidos en el Hospital La Fe de 2005 a 2011. La selección de la muestra fue intencionado, por conveniencia o por criterios. Total 11 familias a las que se les realizó una "entrevista en profundidad".

RESULTADOS

Se confeccionan 24 categorías de entre las unidades de significado que expresan los familiares durante las entrevistas: Duelo, premonición, donación, muerte, aceptación, necesidades, apoyo, recuerdos, cambio, afecto, colaboración, sentimientos, consuelo, motivación, evitación, Relación de ayuda, Sistema Sanitario, cuestiones pendientes, aprendizaje, consecuencias, futuro, receptores, familia, agradecimiento.

Se destacan 387 Esencias o Unidades de Significado descritas en un gráfico, en las que abordamos las tres dimensiones: Afectividad, conducta y pensamiento.

DISCUSIÓN

HALLAZGOS : • La pérdida del ser querido es el problema fundamental en esta situación. • Eclipsa cualquier otra cuestión, inclusive la donación. • La muerte, anteriormente ausente de sus vidas, se hace presente y toma especial protagonismo. • Se separa claramente de la donación de órganos. • La familia no está en las mejores condiciones para tomar la decisión. • La donación de órganos, en general es una escapatoria a sus sentimientos. • Suele ser en su mayoría un aliciente para superar de duelo. • En el caso de nuestras familias la donación, a largo plazo, es un consuelo • La aceptación tarda en surgir. • El acompañamiento es valorado como muy importante para la familia. • Necesitan tiempo. Apoyo, afecto, compartir la presión. • Suelen magnificar los recuerdos. • Afloran sentimientos de impotencia y rabia. El algunos casos hay una cierta evitación. • Se siente resentida su salud. • Toma especial relevancia el apoyo de la familia. • Hay cambios en su manera de afrontar la vida. • Hay conciencia de aprendizaje y crecimiento. Hemos sacado cuatro evidencias que pueden suceder en el momento de la entrevista: • Evidencia 1.- La pérdida del ser querido es el problema fundamental en esta situación, eclipsando cualquier otra cuestión. • Evidencia 2.- El acompañamiento es valorado como muy importante para la familia. • Evidencia 3.- La muerte encefálica es difícil de comprender por la familia. • Evidencia 4.- El trato recibido con anterioridad a la muerte, concretamente las deficiencias del Sistema Sanitario, afecta muchas veces a la respuesta hacia la donación. La principal limitación del método es la selección de la muestra, ya que los informantes que se prestaron a participar tenían necesidad de hacerlo o en cualquier caso tenían una experiencia positiva. Todas ellas son un canto de amor.

CONCLUSIONES

El acercamiento a los significados de las experiencias vividas por las familias puede ayudar a descubrir unos argumentos (esencias) a tener en cuenta en el momento de acercarnos a ellas para abordar la donación de órganos. • La comprensión de la muerte encefálica, desconocer cuál era la opinión de su familiar sobre la donación, el tiempo para la toma de la decisión, son los factores más destacados en la literatura consultada. • Se han detectado 24 Categorías de Unidades de Sentido más importantes para la familia en nuestro ámbito. • En nuestros informantes, la relación de ayuda ejercida por los Coordinadores de Trasplantes fue fundamental en la aceptación de la donación. • Las familias coinciden en hablar sobre la donación, el duelo, la muerte, el consuelo que les produce la donación y la importancia del apoyo recibido. Manifiestan sus sentimientos y necesidades. • Falta más entrevistas para poder detectar las rutas más frecuentes.

BIBLIOGRAFÍA (resumida)

- Adanir, T. et al., (2014) "The effect of psychological support for the relatives of intensive care unit patients on cadaveric organ donation rate" en *Transplant Proc.* Dec, 46(10), pp. 3249-52.
- Albert, P.L., (2001) "Grief and loss in the workplace" en *Prog Transplant.* Sep, 11(3), pp.169-73.
- Alencar, S., (2006) "Doação de órgãos e tecidos: a vivência dos familiares de crianças e adolescentes doadores". Trabajo fin de Master. Basil, Curitiba; xii, pp. 148.
- Alvaro, E.M., et al., (2005) "Predictors of organ donation behavior among Hispanic Americans" en *Prog Transplant.* Jun, 15(2), pp. 149-56.
- Amezcuca, M. y A. Gálvez Toro, (2002) "Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta". *Rev Esp de Salud Publica*, 76(5) pp. 423-436.
- Andres, A., et al., (2009) "Lower rate of family refusal for organ donation in nonheart-beating versus brain-dead donors". *Transplant Proc.* Jul-Aug, 41(6), pp. 2304-5.
- Angoitia, V., (1996) *Extracción y Trasplante de Órganos y Tejidos Humanos Problemática Jurídica. Monografías Jurídicas.* Madrid. Marcial Pons Ed. Jurídicas y Sociales.
- Apraz, I., (2006) *El duelo. Como Ayudar a los niños/as a afrontarlo.* 3º Curso de Psicoterapia de Familia y de Pareja Escuela Vasco Navarra de Terapia Familiar.
- Arenas, R., (2006) "Introducción a la Fenomenología" en *Noemagico* [En Línea] disponible en <http://noemagico.blogia.com/2006/033001-introduccion-a-lafenomenologia.php> [Accesado el 2 de julio de 2009].
- Arriola, K., et al., (2010) "Project ACTS: an intervention to increase organ and tissue donation intentions among African Americans" en *Salud Educ Behoy.* Apr, 37, 2, pp. 264-74.
- Ashkenazi T., Klein M. (2013) "A practical Israeli strategy for appealing for organ donation" en *Prog Transplant.* Jun, 23(2), pp.173-9.
- Atkins, L., et al. (2003) "Family discussion about organ donation among African Americans" en *Prog Transplant.* Mar;13(1), pp. 28-32.
- Ayala-Carabajo, R., (2008) "La Metodología Fenomenológico-hermenéutica de M.Van Manen en el campo de la Investigación Educativa. Posibilidades y primeras experiencias" en *Revista de Investigación Educativa*, Vol. 26, n.º 2, pp. 409-430.
- Azevedo, L., et al. (2009) "Factores de Estrés en la asistencia de enfermería al potencial donador de órganos" en *Rev Latino-am Enfermagem* noviembre-diciembre, 17(6).
- Baldinazzo, S., (2008) "Coping with relatives during end-of-life decisions" en *Eur J Anaesthesiol.* Suppl. 42, pp. 164-6.

- Barber, K., (2006) "Potential for organ donation in the United Kingdom: audit of intensive care records" en BMJ, 332, pp. 1124.
- Barker, P., (2007) "El modelo de la marea en la recuperación de la salud mental" en Marriner, A. (comp.), Modelos y teorías de enfermería. Madrid, Elsevier Mosby, pp. 700-729.
- Bas-Sarmiento, P., (1998) "Análisis psicosocial de la donación de órganos" en Intervención Psicosocial. Vol. 7, N.º 3, pp. 397-406.
- Beaulier, D., (1999) "Organ donation: the family's right to make an informed choice" en J Neurosci Nurs, Feb, 31(1), pp. 37-42.
- Bellali, T. y D. Papadatou, (2006) "Parental grief following the brain death of a child: does consent or refusal to organ donation affect their grief?" en Death Stud, Dec, 30(10), pp. 883-917.
- Bellali, T.; Papazoglou, I. y D. Papadatou, (2007) "Empirically based recommendations to support parents facing the dilemma of pediatric cadaver organ donation" en Epub Intensive Crit Care Nurs, Aug, 23(4), 216-25.
- Bendassolli, P.F., (2001) "Percepção do Corpo, Medo da Morte, Religião e Doação de Órgãos" en Psicología. Reflexão e Crítica, 14(19), pp. 225-240.
- Bennett R. y S. Savani, (2004) "Factors influencing the willingness to donate body parts for transplantation" en J Health Soc Policy, 18(3), pp. 61-85.

4. EVALUACIÓN DE DE DOS TÉCNICAS DE TRASPLANTE DE CÓRNEA: QUERATOPLASTIA PENETRANTE VERSUS LAMELAR EN PACIENTES CON QUERATOCONO"

AUTORES

Autor: Tomás Luján Ruipérez. Tutora: Cristina Peris Martínez

LUGAR DE TRABAJO

Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Consultas Externas de Técnicas de Cardiología no invasiva.

CONGRESO / JORNADA EN EL QUE FUE PRESENTADO

III JORNADA DE INNOVACIÓN Y EVIDENCIA EN CUIDADOS. XII JORNADA DE ACTIVIDAD CIENTÍFICA ENFERMERA

INTRODUCCIÓN

La córnea, al ser la primera lente que conforma nuestro sistema óptico, es muy propensa a enfermar y tornarse opaca a causa de enfermedades que distorsionan su translucidez. Una de estas patologías es el queratocono, una ectasia corneal que consiste en un adelgazamiento progresivo del espesor corneal con aumento de su curvatura, que provoca una protrusión de la córnea, miopía y astigmatismo irregular. A priori esta patología es corregida mediante gafas o lentes de contacto, pero llegada a una fase avanzada se opta por el trasplante de córnea o queratoplastia, técnica quirúrgica en la cual se reemplaza una córnea enferma por otra sana con la finalidad de recuperar la transparencia de la córnea. Dentro de esta técnica distinguimos dos tipos principales: la queratoplastia lamelar, en la que se reemplaza el tejido dañado de la córnea, y la queratoplastia penetrante, en la que se reemplaza todo el tejido corneal. Inicialmente, se empleaba la técnica lamelar para su tratamiento, pero se observó que era una técnica demasiado larga que provocaba problemas de irregularidad y cicatrización en la entrecara, dejando a los pacientes con una agudeza visual corregida de 0,6 o menor que conducía a un astigmatismo irregular. Los tiempos de la cirugía fueron acortados pero no mejoraron la calidad de visión final, por ello a mediados del siglo XX esta técnica fue sustituida por la queratoplastia penetrante, la cual ofrecía una mejor calidad de visión a priori. Sin embargo, esta técnica presentaba el inconveniente de que se producía una pérdida celular endotelial progresiva, que conducía a un fallo del injerto con una elevada presión intraocular. Es por ello que hoy en día existe mucha controversia en cuanto a qué técnica es la idónea, ya que con los nuevos avances tecnológicos han visto favorecida la técnica lamelar, ya que al ser menos invasiva proporciona una recuperación más rápida, reduciendo así las complicaciones postoperatorias.

OBJETIVOS

Evaluar la agudeza visual corregida y no corregida, queratometría, presión intraocular, contaje endotelial y paquimetría en pacientes con queratocono intervenidos mediante una queratoplastia.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio observacional comparativo longitudinal retrospectivo. Se realiza con una muestra de 90 pacientes mayores de edad con queratocono en estadio avanzado y sin ningún tipo de patología asociada intervenidos de trasplante de córnea mediante dos técnicas, en Fisabio Oftalmología Médica (FOM) de Valencia. 42 ojos con trasplante de córnea lamelar y 48 ojos con penetrante. El periodo de seguimiento fue antes de intervenirse, al 1 mes, y a los 6 meses tras la cirugía. Las variables a estudio serán: Agudeza visual, queratometría, presión intraocular, contaje endotelial y paquimetría, obtenidas en una hoja de cálculo (Microsoft Excel), y analizadas estadísticamente mediante el programa SPSS 22.0, respetando en todo momento la confidencialidad de los datos y la privacidad del sujeto.

RESULTADOS

La agudeza visual sin y con corrección mejoró del preoperatorio a los 6 meses (en el grupo trasplante lamelar aumentó significativamente de 0,14 a 0,76, y de 0,30 a 0,99 respectivamente ($p=9,9155E-20$ y $p=3,7567E-27$), y en el grupo penetrante de 0,17 a 0,30 y de 0,31 a 0,69). ($p=0,000293102$ y $p=2,92172E-12$). La queratometría no se vio apenas afectada en el trasplante lamelar, aunque sufrió modificaciones en el penetrante a los 6 meses ($k1$ de 43 a 40,73 Dioptrías y $k2$ de 43,67 a 42,07 Dioptrías, $p=6,4038E-16$ y $p=0,01474568$). La Presión intraocular no sufre modificaciones reseñables. El contaje endotelial permanece estable en el grupo lamelar y aumenta en el penetrante (de 1017,33 a 1927,58 células/mm² $p=1,5952E-20$). En la paquimetría no se aprecian modificaciones significativas.

DISCUSIÓN

En cuanto a la agudeza visual existe mucha controversia ya que según qué autor obtuvieron mejores resultados con la técnica lamelar (Javadi y cols. y Ramju y cols.), otros con la penetrante (Richard y cols. y Watson y cols.) y otros concluyeron que no había suficiente evidencia científica para corroborarlo (Keane y cols.). En este estudio, si bien con ambas técnicas obtuvimos buenos resultados, estos fueron notablemente superiores con la técnica lamelar. En cuanto a la queratometría, Söğütlü Sarı y cols. comunican que no existen diferencias significativas entre ambas técnicas, mientras que en este estudio se produce un descenso de las dioptrías respecto al preoperatorio con la técnica penetrante. Tsubota encontró al comparar las dos técnicas una disminución progresiva de la densidad endotelial en el grupo operado con queratoplastia penetrante que no ocurrió en el operado mediante lamelar. Sin embargo en este estudio el contaje endotelial en los pacientes intervenidos con trasplante lamelar permanece estable, mientras que en el grupo penetrante aumenta.

CONCLUSIONES

La agudeza visual con corrección y sin corrección en los pacientes con queratocono mejora con ambas técnicas de trasplante (lamelar y penetrante), siendo en el grupo lamelar esta mejoría más rápida y eficaz, constatándose ya durante el primer mes de postoperatorio. La queratometría apenas presenta modificaciones en los pacientes con queratocono intervenidos con una queratoplastia lamelar. Mientras en los de queratoplastia penetrante se produce un descenso de las dioptrías respecto al preoperatorio. El contaje endotelial en los pacientes intervenidos con trasplante lamelar permanece estable, mientras que en el grupo penetrante aumenta.

BIBLIOGRAFÍA (resumida)

1. LOS OJOS: Como Vemos [Internet]. Oftalmologiapr.org. 2015 [cited 29 November 2015]. Available from: <http://www.oftalmologiapr.org/Themes1.aspx>
2. Gipson IK, Joyce NC, Zieske JD. The Anatomy and cell Biology of the human cornea, limbus, conjunctiva and adnexa. En: Foster CS, Azar D, Dohlman CH (eds). The Cornea Ed. Lippincott Williams-Wilkins, Philadelphia. 2004: 1-35.
3. Del Buey MA, Peris Martinez C. Arquitectura y Biomecanica corneal. Ed. Elsevier SL., Madrid. 2014: 1-415.
4. Barbaro V e. Reconstruction of a human hemicornea through natural scaffolds compatible with the growth of corneal epithelial stem cells and stromal keratocytes. 2009; 15: 2084-93.
5. Thoft RA, Friend J. The X, Y, Z hypothesis of corneal epithelial maintenance. Invest Ophthalmol Vis Sci 1983; 24: 1442-1443.
6. Bergmanson J. Light and electron microscopy. En: Efron N. The Cornea. Its examination in contact lens practice. Butterworth-Heinemann, 2001: 136-177.
7. Gipson IK. Cytoplasmic filaments: their role in motility and cell shape. Invest Ophthalmol Vis Sci. 1977; 16: 1081-1084.
8. Duran de la Colina J. Anatomofisiología de la Cornea. En: Duran de la Colina J (ed). Complicaciones de las lentes de contacto. Ed. Tecnimedia Editorial SL., Madrid. 1998: 13-21.
9. Maurice DM. The structure and transparency of the cornea. J Physiol 1957; 136: 263-286.
10. Sawaguchi S, Fukuchi T, Abe H, Kaiya T, Sugar J, Yue, BT. Three dimensional scanning electron microscopic study of keratoconus corneas. Arch Ophthalmol 1998; 116: 62-68.
11. Kenney MC, Nesburn AB, Burgeson RE, Butkowsky RJ, Ljubimov AV. Abnormalities of the extracellular matrix in keratoconus corneas. Cornea 1997; 16: 345-51.
12. Waring GO, Bourne BM, Edelhauser HF. The corneal endothelium: normal and pathologic structure and function. Ophthalmology 1982; 89: 531-590.
13. Cher I. Fluids of the ocular surface: concepts, functions and physics. Clin Experiment Ophthalmol 2012; 40(6): 634-43.

14. Tear Film & Ocular Surface Society. Research in dry eye: report of the Research Subcommittee of the International Dry Eye WorkShop, DEWS (2007). *Ocul Surf* 2007; 5(2): 179-193.
15. Binder PS, Lindstrom RL, Stulting RD, Donnenfeld E, Wu H, McDonnell P, Rabonowitz Y. Keratoconus and corneal ectasia after LASIK. *J Cataract Refract Surg* 2005; 31: 2035-2038.
16. Rabinowitz YS. Ectatic disorders of the cornea. Smolin and Thoft's the cornea. Scientific foundations and clinical practice. Foster CS, Azar D, Dohlman CH. 890-911.
17. Butler TH. Keratoconus posticus. *Trans Ophthalmol Soc UK* 1930; 50: 551-556.
18. Rabinowitz YS. Keratoconus. *Surv Ophthalmol* 1998; 42: 297-319.
19. Krachmer JH, Feder RS, Belin MW. Keratoconus and related non inflammatory corneal thinning disorders. *Surv Ophthalmol* 1984; 28: 293-322.
20. Sherwin T, Brookes NH. Morphological changes in keratoconus: pathology or pathogenesis. *Clin Experiment Ophthalmol* 2004; 32: 211-217.
21. Santos LN, Fernandez B, Burnier MN, Quintana Casany Q. Hallazgos histopatológicos en las ectasias corneales. E. Peris-Martinez, Menezo. *Tratamiento de la ectasia corneal Madrid: Ed McLine* 2007: 35-42.
22. Abalain JH, Dossou H, Colin J, Floch HH. Levels of collagen degradation products (telopeptides) in the tear film of patients with keratoconus. *Cornea*. 2000; 19: 474-6.
23. Teng CC. Electron microscope study of the pathology of keratoconus: Part I. *Am J Ophthalmol* 1963; 55: 19-47.
24. Tuori AJ, Virtanen I, Aine E, Kalluri R, Miner JH, Uusitalo HM. The immunohistochemical composition of corneal basement membrane in keratoconus. *Curr Eye Res* 1997; 16: 792-801.
25. Garralda A, Epelde A, Iturralde O, Compains E, Maison C, Altarriba M et al. Trasplante de cornea. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. 2006; 29: 163-173.
26. Malbran E. Lamellar keratoplasty in keratoconus. In: King JH Jr, McTigue JW, eds. *The Cornea World Congress*. London/Washington DC: Butterworth, 1965: 511-518.
27. Malbran E, Stefani C. Lamellar keratoplasty in corneal ectasias. *Ophthalmologica* 1972; 164: 59-70.
28. Anwar M. Dissection technique in lamellar keratoplasty. *Br J Ophthalmol* 1972; 56: 711-713.
29. Polack FM. Lamellar keratoplasty. Malbran's <<peeling off>> technique. *Arch Ophthalmol* 1971; 86: 293-295.
30. Barraquer JI. Lamellar keratoplasty (special techniques). *Ann Ophthalmol* 1972; 4: 437-469.
31. Richard JM, Paton D, Gasset AR. A comparison of penetrating keratoplasty and lamellar keratoplasty in the surgical management of keratoconus. *Am J Ophthalmol* 1978; 86: 807-811....

5. CARACTERÍSTICAS MULTIDIMENSIONALES DEL CUIDADO PALIATIVO Y CUIDADOS ENFERMEROS EFICACES PARA SU ABORDAJE

AUTOR

Autor: Francisco José Martínez Tomás. Tutora: María Isabel Mármol López

LUGAR DE TRABAJO

Grado en Enfermería promoción 2016. En la Escuela Universitaria de Enfermería "La Fe" de Valencia.

INTRODUCCIÓN

El cuidado paliativo mejora la calidad de vida mediante la identificación, evaluación y tratamiento de problemas de orden físico, psicosocial y espiritual. Es una de las vertientes del cuidado enfermero que más se ha desarrollado durante las últimas décadas, por lo que es importante ahondar en su conocimiento, tanto para las enfermeras como para el resto de profesionales sanitarios, ya que una de sus principales características es la multi e interdisciplinariedad.

OBJETIVO

El objetivo principal es determinar los cuidados enfermeros más eficaces en el cuidado paliativo del paciente adulto.

METODOLOGÍA

Los criterios de inclusión fueron artículos que incluían a sujetos de 18 años o más receptores de cuidados paliativos. Fueron excluidos artículos de baja calidad documental, resúmenes de conferencias y referencias que incluían a sujetos en edad pediátrica o adolescente. Se realizó una revisión de la literatura científica actual mediante una búsqueda en diferentes bases de datos: LILACS, SciELO, CUIDEN plus, EMBASE, PubMed, ENFISPO e IBECS.

RESULTADOS-DISCUSIÓN

Se recuperaron un total de 107 artículos y tras la lectura crítica se seleccionaron 30 artículos para su inclusión en la revisión bibliográfica. Los cuidados enfermeros más eficaces fueron el manejo y el control de la sintomatología; la comunicación centrada en la escucha activa y la empatía; los

cuidados culturalmente competentes; e intervenciones sobre la esfera espiritual como el *counselling*.

CONCLUSIONES

Existen múltiples factores que condicionan la situación de las personas al final de sus vidas, y para cada uno de ellos existen cuidados enfermeros eficaces. La valoración integral y la ejecución de éstos son esenciales para la mejora de la calidad de vida y el bienestar de las personas.

OTRAS COMUNICACIONES

No expuestas en la Jornada



1. TRASPLANTE CARDIACO

AUTORES

Nuria Villalba Lizandra, Pilar Iglesias Puente, Amparo Sanchis Hernandez

LUGAR DE TRABAJO

Unidad de Hemodinámica de Adultos

CONGRESO / JORNADA EN EL QUE FUE PRESENTADO

37º Congreso Nacional de Enfermería en Cardiología

INTRODUCCIÓN

Trabajo en el que se muestra el recorrido durante el Trasplante Cardíaco. Se presentó como ponencia durante dicho congreso.

OBJETIVOS

Dar a conocer en que consiste el trasplante cardiaco, tipo de pacientes. Criterios de inclusión en la lista de trasplantes cardiacos. Indicaciones y contraindicaciones. Definición de código cero.

MATERIAL Y MÉTODO

Se ha revisado el REGISTRO ESPAÑOL DE TRASPLANTE CARDIACO desde su inicio en 1984 hasta 2012. Y aquellos propios de nuestro Hospital La Fe de Valencia. Se han revisado las indicaciones y contraindicaciones del trasplante cardiaco, así como un estudio de las estadísticas en cuanto a las características de los donantes y receptores. El instrumento de evaluación para el análisis de datos utilizado es el programa IBM SPSS estadístico 19. Utilizamos el modelo de NANDA, NIC y NOC en la descripción de los cuidados e identificación de las necesidades del paciente. Se han descrito técnicas incluidas en el estudio de estos pacientes.

RESULTADOS

Se crea un trabajo de divulgación de información, de importancia para la enfermería sobre todo para aquella que presta sus cuidados en el área de cardiología.

BIBLIOGRAFÍA

Registro Español de Trasplante Cardíaco (RETC), Manual de Trasplante Cardíaco para Residentes. ISBN: 978-84-695-6803-3. , International Society for Heart and Lung Transplantation., Novedades TC (Servicio de Cardiología del Hospital La Fe . American Heart Association . Organización Nacional de Trasplantes.

2. “¿QUÉ HACEMOS CON LA DMAE? ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA”

AUTORES

Néstor García Marín, María Andreu Fenoll, M^a Carmen Jimenez Requena

LUGAR DE TRABAJO

CONSULTAS EXTERNAS DE OFTALMOLOGIA (HOSPITAL LA FE)

CONGRESO / JORNADA EN EL QUE FUE PRESENTADO

XVI CONGRESO SEEOF

INTRODUCCIÓN

¿Sabemos qué es la Degeneración macular asociada a la edad, cuáles són sus primeros signos, clínicos y subclínicos?, ¿los tipos?, ¿el tratamiento?, ¿cómo puede actuar y ayudar enfermería a estos pacientes y cuidadores?

OBJETIVOS

Explicar en qué consiste la enfermedad, su clasificación, qué pruebas permiten diagnosticarla, el tratamiento actual y su diferencia con los administrados anteriormente y cual es el papel de enfermería para con los pacientes que la padecen.

DISCUSIÓN

El papel de la enfermería en está enfermedad y el grupo multidisciplinar que hay que aglutinar para el seguimiento.

CONCLUSIONES

En una población tan envejecida como la actual en España, que cada vez la esperanza de vida es más alta, enfermedades como la DMAE, que antes no se detectaban ni trataban, ahora ya son consideradas crónicas; debemos estar preparados para saber cómo hacerle frente, teniendo los conocimientos para poder explicarla, dominar las pruebas complementarias que existen para detectarla precozmente así como, conocer los tratamientos existentes según el tipo de DMAE para poder ser tratada con rapidez y eficacia.

BIBLIOGRAFÍA

- Lam DS, Chan CK, Mohamed S, Lai TY, Lee WY, Liu DT et al. Intravitreal Triamcinolone plus sequential grid laser versus Triamcinolone or laser alone for treating diabetic macular edema. Six-month outcomes. *Ophthalmology* 2007; 114: 2162-2167
- Nguyen QD, Shah SM, van Anden E et al. Supplemental inspired oxygen improves diabetic macular edema: a pilot study. *Invest Ophthalmol Vis Sci* 2003; 45:617-624.

- Peter Hamilton AM, Gregson Richard, Fish GE. Atlas de la Retina. eds: Mayo, S.A
- Heimann H, Kellner U, Foerster M H. Atlas de Angiografía del Fondo de Ojo. eds: Amolca ed 2007
- http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272008000600004
- http://www.iqb.es/d_mellitus/medico/complica/retina/em03.htm
- <http://maculalafe.blogspot.com.es/>

3.EFICACIA DE LA ESTIMULACIÓN ORAL EN LA TRANSICIÓN DE NUTRICIÓN ENTERAL A NUTRICIÓN ORAL EN EL RECIÉN NACIDO PREMATURO. RESULTADOS PRELIMINARES

AUTORES

León Castro JC, Aguilar Rodríguez M, Álvaez Rodríguez M, Aledón Andújar N, Rodríguez de Dios Benlloch ML, Escrig Fernández R.

LUGAR DE TRABAJO

H. P i U La Fe.

CONGRESO / JORNADA EN EL QUE FUE PRESENTADO

XXXVII Congreso de la Asociación de Enfermería de Cuidados Intensivos Pdiátricos y Neonatales

INTRODUCCIÓN

Según la OMS, se considera prematuro un bebé nacido vivo antes de que se hayan cumplido 37 semanas de gestación. La tasa de nacimiento de bebés prematuros en España oscila entre un 7 y un 8%. Pese a la mejora tecnológica y a la mejor formación de los profesionales, este porcentaje está en continuo ascenso, debido a causas clínicas (infecciones, enfermedades crónicas como la diabetes y la hipertensión), y también a causas sociales, como los embarazos en edades cada vez más tardías, la inmigración o el desarrollo de técnicas de reproducción asistida que favorecen el aumento de partos múltiples. En los recién nacidos prematuros y, dependiendo de su edad gestacional, el funcionamiento coordinado entre la succión, la deglución y la respiración resulta comprometido, siendo necesario comenzar por una alimentación enteral artificial. Esta situación conlleva múltiples complicaciones derivadas del uso de sondas gástricas e implica alargar la estancia hospitalaria hasta el momento en que son capaces de responder de manera fiable a sus requerimientos nutricionales por vía oral, manteniendo un adecuado aumento diario de peso y sin compromiso de su sistema cardiorrespiratorio.

MATERIAL Y MÉTODO

Para la realización del estudio se ha requerido un cronómetro y guantes desechables. El resto de material necesario es el derivado del cuidado habitual de estos pacientes durante su ingreso.

Método:

Diseño del estudio:

El presente proyecto es un estudio experimental, prospectivo, ciego y aleatorizado.

Muestra:

Se han reclutado por el momento y de manera aleatoria, un total de 20 bebés prematuros (11 casos y 9 controles), de un total de 44 pacientes necesarios para completar el estudio. Todos ellos cumplían con los criterios de inclusión establecidos previamente.

Intervención:

Al grupo experimental (GE) se le aplicó un protocolo de estimulación oral manual diseñado ad hoc para este estudio, durante 2 semanas, dos veces al día, en el momento en que cumplían las 30 semanas de edad gestacional. Una enfermera de la UCIN del hospital, ciega a la asignación de los bebés al GE o al GC, realizó el seguimiento diario de la alimentación de los bebés.

Variables explicativas:

1. Variables Sociodemográficas:

edad gestacional (semanas + días), sexo (hombre, mujer)

2. Variables clínicas:

peso (gramos), talla (centímetros), parto: único/múltiple, parto espontáneo normal/ parto espontáneo instrumentalizado/cesárea, Apgar (al minuto y a los cinco minutos), Días de CPAP (días), Días de nutrición parenteral (días), Tolerancia de la succión nutritiva a las 32 semanas (si/no)

Variables resultado:

1. Eg_30: Edad gestacional a la que consiguen una ingesta, mediante succión nutritiva, del 30% del total de la toma que le corresponde por peso y talla.

2. Eg_ AOC: Edad gestacional a la que consiguen una alimentación oral completa, definida como la ingesta, mediante succión nutritiva, de una cantidad de leche \geq de 150 ml/Kg/día, durante tres días consecutivos.

3. DH: Días de hospitalización.

RESULTADOS

Los resultados preliminares muestran que ambos grupos son homogéneos al inicio del estudio en todas las variables explicativas, excepto en peso y talla, en las que el grupo control presenta valores mayores.

En cuanto a las variables resultado, se obtiene que el GE alcanza la succión del 30% de la toma, una media de 2,68 días antes que el GC. Así mismo, alcanza la alimentación oral completa una media de 2,22 días antes que el GC. Finalmente, el GE permanece ingresado en el hospital una media de 0,51 semanas menos que el GC

CONCLUSIONES

A falta de completar el estudio, se puede afirmar que: La estimulación oral del bebé prematuro acorta el tiempo de transición de la nutrición enteral a la nutrición oral completa, reduciendo el tiempo de hospitalización.

BIBLIOGRAFÍA

Amaizu, N., Shulman, R., Schanler, R. (2008). Lau C. Maturation of oral feeding skills in preterm infants. *Acta Paediatrica*, 97:61–7.

Arvedson, J., Clark, H., Lazarus, C., Schooling, T., Frymark, T. (2010). Evidence-based systematic review: effects of oral motor interventions on feeding and swallowing in preterm infants. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 19(4):321-40.

Bache, M., Pizon, E., Jacobs, J., Vaillant, M., Lecomte, A. (2014) Effects of pre-feeding oral stimulation on oral feeding in preterm infants: A randomized clinical trial. *Early human development*, 90(3): 125-129

Barlow, SM., Finan, DS., Lee, J., Chu, S. (2008). Synthetic orocutaneous stimulation entrains preterm infants with feeding difficulties to suck. *Journal of Perinatology*, 28:541–8.

Bauer, MA., Yamamoto, RC de C., Weinmann, ARM., Keske-Soares, M. (2009). Avaliação da estimulação sensório-motora-oral na transição da alimentação enteral para a via oral plena em recém-nascidos pré-termo. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 9(4), 429-434. Retrieved March 06, 2016, from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292009000400007&lng=en&tlng=es.

Boiron, M., Nobrega, LD., Roux, S., Henrot, A., Saliba, E. (2007) Effects of oral stimulation and oral support on non-nutritive sucking and feeding performance in preterm infants. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 49(6):439-44.

Chang, Y., Lin, C., Lin, Y., Lin, C. (2007). Effects of single-hole and cross-cut nipple units on feeding efficiency and physiological parameters in premature infants. *The Journal of Nursing Research*, 15:215–223.

Fucile, S., Gisel, E., Lau, C. (2002) Oral stimulation accelerates the transition from tube to oral feeding in preterm infants. *The Journal of Pediatrics*, 41(2):230-6.

Fucile, S., Gisel, E., McFarland, D. (2011). Oral and non-oral sensorimotor interventions enhance oral feeding performance in preterm infants. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 53(9): 829-835.

Garber, J. (2013) Oral-motor function and feeding intervention. *Physical and Occupational Therapy in Pediatrics*, 33(1): 11-38

Gardner, SL., Hagedorn, MI. (1991). Physiologic sequelae of prematurity: the nurse practitioner's role: Part V. Feeding difficulties and growth failure. *Journal of Pediatric Health Care*, 5:122-34.

Goldenberg, RL., Culhane, JF., Iams, JD., Romero, R. (2008). Epidemiology and causes of preterm birth. *Lancet*, 371: 75-84.

Greene, Z., Walshe, M., O'Donnell CPF. (2012). Effects of oral stimulation for oral feeding in preterm infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3. Art. No.: CD009720. DOI: 10.1002/14651858.CD009720

Guido-Campuzano, MA., Ibarra-Reyes, MP., Mateos Ortiz, P., Mendoza Vásquez, N. (2012). Eficacia de la succión no nutritiva en recién nacidos pre término). *Perinatología y Reproducción Humana*, 26 (3): 198-207.

Harding, CM., Law, J., Pring, T. (2006). The use of non-nutritive sucking to promote functional sucking skills in premature infants: an exploratory trial. *Infant*, 2: 238-43.

Harding, CM. (2009). An evaluation of the benefits of non-nutritive sucking for premature infants as described in the literature. *Archives of Disease in Childhood*, 94(8):636–40. DOI: 10.1136/adc.2008.144204.

Lau, C. (2006). Oral feeding in the preterm infant. *NeoReviews*, 7:e19–27.

McGrath, J., Medoff-Cooper B. (2002). Alertness and feeding competence in extremely early born preterm infants. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 2(3):174–186.

Medoff-Cooper, B., Bilker, W., Kaplan, J. (2001). Suckling behavior as a function of gestational age: a cross-sectional study. *Infant Behavior and Development*, 24(1):83–94.

Mitchell, A., Brooks, S., Roane D. (2000). The premature infant and painful procedures. *Pain Management Nursing*, 1: 58-65

Neiva, FCB., Leone, CR. (2006). Sucking in preterm newborns and the sucking stimulation. *Pró-Fono Revista de Atualização Científica*, 18(2), 141-150. Retrieved March 06, 2016, from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-56872006000200003&lng=en&tlng=en.

Pinelli, J., Symington A. (2005). Non-nutritive sucking for promoting physiologic stability and nutrition in preterm infants. *Cochrane Database Systematic Review*, 19:CD001071.

Poore, M., Zimmerman, E., Barlow, SM., Wang, J., Gu, F. (2008). Patterned orocutaneous therapy improves sucking and oral feeding in preterm infants. *Acta Paediatrica*, 97(7): 920-7.

Stumm, S., Barlow, SM., Estep, M., Lee, J., Cannon, S., Carlson, J., Finan, D. (2008). Respiratory distress syndrome degrades the fine structure of the non-nutritive suck in preterm infants. *Journal of Neonatal Nursing*, 14:9–16.

Sumi, S., Ruby, N. (2009). Risk and benefits of pacifiers. *American Family Physician*, 79: 681-5.

Younesian, S., Yadegari, F., & Soleimani, F. (2015). Impact of Oral Sensory Motor Stimulation on Feeding Performance, Length of Hospital Stay, and Weight Gain of Preterm Infants in NICU. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 17(7), e13515. [http://doi.org/10.5812/ircmj.17\(5\)2015.13515](http://doi.org/10.5812/ircmj.17(5)2015.13515).

4. TÉCNICAS Y ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN EL TRATAMIENTO DE LAS PACIENTES CON TCA.

AUTORES

Borrull Guardado J, Beltrán Checa M.

LUGAR DE TRABAJO

Hospital Universitario y Politécnico La Fe.

CONGRESO / JORNADA EN EL QUE FUE PRESENTADO

X Jornadas Internacionales sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA). Actualización y avances. Universidad Internacional Menendez y Pelayo.

INTRODUCCIÓN

El equipo de enfermería es el personal encargado de la supervisión y cuidados continuos de una sala de hospitalización. Mediante la presente comunicación, se pretende compartir en qué consiste el proceso de cuidados enfermeros aplicado a las pacientes con Trastornos de la Conducta Alimentaria (UTCA). Así mismo se aportará los datos actualizados referidos a los ingresos que ha tenido esta unidad de referencia desde sus inicios en 1999.

OBJETIVOS

Conocer una de las unidades de referencia de este hospital, la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria así como los principales protocolos con los que trabaja enfermería en la misma.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realiza una descripción de la organización y funcionamiento de la Unidad, de la evolución del perfil de paciente ingresado a lo largo de los años, y de la metodología enfermera utilizada para llevar a cabo el proceso de cuidados enfermeros.

RESULTADOS

La UTCA es unidad de referencia desde el año 2000 por la Conselleria de Sanidad. Desde su apertura en 1999, han pasado 789 pacientes en un total de 1254 ingresos. El diagnóstico de enfermería más utilizado es el de "Trastorno de la Imagen Corporal" y por tanto, las actividades que se llevan a cabo principalmente va en relación con la intervención enfermera "Manejo del trastorno de la conducta alimentaria".

CONCLUSIONES

La función de enfermería es clave dentro del equipo multidisciplinar. Por las características de la patología y del manejo de la misma, ha de lidiar con diferentes roles durante el proceso de cuidados.

BIBLIOGRAFÍA

- Ballesta-López FJ., Blanes-Compañ F V., Castells-Molina M., Domingo Pozo M., & Fernández-Molina MA. Guía de Actuación de Enfermería: manual de procedimientos generales. Valencia: Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat; 2007.
- Bobes J., Bousoño M., González M., López J L., & Sáiz, P A. Enfermería psiquiátrica. Madrid: Síntesis; 2002.
- Rojo L., Cava G. (Eds.). Anorexia nerviosa. Ariel; 2003.

5. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE LOS PACIENTES CON CRISIS PSICÓGENAS MONITORIZADOS EN LA UNIDAD DE EPILEPSIA REFRACTARIA

AUTORES

Palanca Cámara M.

LUGAR DE TRABAJO

Hospital Universitari i Politècnic La Fe (Unidad de Epilepsia Refractaria)

CONGRESO / JORNADA EN EL QUE FUE PRESENTADO

Congreso de Investigación en Enfermería y Fisioterapia: Acercando la investigación a la práctica asistencial

INTRODUCCIÓN

Dentro de las Unidades de Epilepsia Refractaria, es habitual ver pacientes que presentan crisis no epilépticas (CNE). Son eventos que se pueden confundir con crisis epilépticas, pero que, mediante una monitorización electroencefalográfica, se ve que no va acompañada la CNE de la descarga neuronal de las crisis epilépticas. Estos pacientes, suelen tener unas características propias comunes a sufrir este tipo de eventos no epilépticos.

OBJETIVOS

El objetivo es valorar cómo fueron las características sociodemográficas de los pacientes monitorizados en nuestra Unidad en el periodo comprendido entre 2012-2015, y compararlo con ese perfil que aparece en la literatura.

MATERIAL Y MÉTODO

Se trata de un estudio descriptivo observacional retrospectivo, mediante la revisión de historias clínicas, tratando los datos mediante estadística descriptiva. Todos los pacientes firman un consentimiento al ingreso en la Unidad, autorizando su uso con fines médico-educacionales y se siguieron una serie de criterios para la inclusión o exclusión de los pacientes al estudio.

RESULTADOS

Los resultados obtenidos, son bastante coincidentes con lo revisado en la literatura, pero, vemos un aumento de hombres en la proporción por sexos, y a nivel laboral, vemos que hay un elevado índice de paro en comparación con la población general a lo largo de esos años, siendo más significativos los empleados sanitarios, de la construcción, banca/administración y hostelería.

DISCUSIÓN

DISCUSIÓN Y/O CONCLUSIONES:

A la vista de los resultados, vemos una diferencia con la generalidad vista en la literatura, donde los datos laborales coinciden con una situación económica de crisis, sufriendo la misma con mayor dureza los empleados de los sectores más representativos en nuestra serie, pudiendo esto mismo explicar el aumento de pacientes en el sexo masculino, que es el grupo donde, por género, más empleo se destruyó. Por ello, la situación sociodemográfica, como dato dinámico, nos va a influir y hacer que el perfil sociodemográfico de los pacientes con CNE sea cambiante.

BIBLIOGRAFÍA

1. B. Giagante, L. D'Alessio, W. Silva, S. Kochen "Crisis no epilépticas psicógenas" Rev. Colomb. Psiquiat., vol. XXXVI, suplemento Nº. 1/2007
2. A. James Rowan. Capítulo 10 "Crisis no epilépticas" Publicado en Temis Pharma S.L "Epilepsias 2" de R. Poter, D. Chadwick pag. 201-2014
3. M. Lacman, C. Lambrakis, L. Myers Capítulo 19 "Crisis no epilépticas" En McGraw-Hill/Interamericana de España S.A.U "Tratado de epilepsia" pag. 195-205
4. N. De Oliveira Santos, G.R. Guerra Benute, A. Santiago, et al. "Psychogenic non-epileptic seizures an psychoanalytical treatment: results" Rev Assoc Med Bras 2014; 60(6): 577-584
5. Espinosa ZJP et al. "Pseudocrisis epilépticas en niños y adolescentes" Rev Mex Pediatr 2001; 68(6); 260-263
6. Delclaux Arana M., Fabra Florit M^a E., Tesis doctoral "La crisis como desencadenante de la transformación del trabajo en Europa" Universidad Pontificia Comillas Madrid, Junio 2015.
7. J. Stone, A. Carson, M. Sharpe "Functional symptoms in neurology: Management" J Neurol Neurosurg Psychiatry 2005;76 (Suppl I):i13-i21
8. Anxo Lugilde. "Las profesiones en destrucción" La Vanguardia 8/08/2010 <http://www.lavanguardia.com/vida/20100808/53978918587/las-profesiones-en-destruccion.html>. Consultado en Junio 2016.

6. ESTUDIO DE LA CALIDAD DE VIDA, EN LOS ESCOLARES VALENCIANOS.

AUTORES

Escrivá, D., Benet, I, Barrios, C., Moreno, E.

LUGAR DE TRABAJO

Hospital la Fe , Hospital Clinico de Valencia y Universidad Catolica de Valencia

CONGRESO / JORNADA EN EL QUE FUE PRESENTADO

I CONGRESO INTERNACIONAL “SALUD, EDUCACIÓN Y CALIDAD DE VIDA” (Universidad de Lleida)

INTRODUCCIÓN

Cada año se registra un gran número de jóvenes que sufren enfermedades, que reducen su capacidad para crecer y desarrollarse plenamente, poniendo así en peligro su salud presente y futura. Según la OMS (Montero y Moyano, 2012), casi dos tercios de las muertes prematuras y un tercio de la carga total de morbilidad en adultos se asocian a enfermedades o comportamientos que comenzaron en su juventud, entre ellas la falta de actividad física, malnutrición o consumo de sustancias perjudiciales.

OBJETIVOS

Evaluar los niveles de calidad de vida en la población a estudio.

MATERIAL Y MÉTODO

809 Escolares (413 niños y 396 niñas) de 11 a 17 años de la ciudad de Valencia escogidos aleatoriamente. Durante Septiembre 2012 a Junio 2013. Se utilizó el CVI y CCVA (Cuestionario de Evaluación de la Calidad de Vida en la Infancia y Adolescentes.)

DISCUSIÓN

Hemos analizado el Bienestar Físico (salud y estado físico) y el Bienestar Emocional (satisfacción, felicidad y bienestar general, etc.). Nuestros datos revelan que los encuestados, refieren puntuaciones altas en ambas escalas. Prueba de ello es que la puntuación máxima que podían obtener en Bienestar Emocional era de 28 puntos y el 81,4% obtuvieron puntuaciones iguales o superiores a 21. En el caso de Bienestar Físico, la puntuación más alta posible era de 21 y el 61,8% obtuvo puntuaciones iguales o superiores a 17. Nuestros datos corroboran los referidos por los diseñadores del cuestionario para escolares y adolescentes sanos.

CONCLUSIONES

Los encuestados, refieren puntuaciones altas tanto en la escala de Bienestar Emocional como Físico, de modo similar a lo referido por los diseñadores del cuestionario.

Por sexo, los varones obtuvieron puntuaciones superiores a las mujeres en la escala Bienestar Emocional y no en el Físico. El 29,4% de las adolescentes dieron puntuaciones por encima del percentil 85; en el caso de los varones, solamente el 17,9% de ellos superó puntuaciones por encima del percentil 85.

En cuanto a la edad, y de modo contrario a lo referido en la literatura, observamos que no existían diferencias en las puntuaciones de Bienestar Emocional y Físico dependiendo de los grupos de edad.

BIBLIOGRAFÍA (resumida)

Addo OY, Himes JH. Reference curves for triceps and subscapular skinfold thicknesses in US children and adolescents. *Am J Clin Nutr* 2010;91:635–42.

Alonso J, Antó JM, Moreno C. Spanish version of the Nottingham Health Profile: Translation and preliminary validity. *Am J Public Health* 1990;80:704-8.

Alonso J, Antó JM. Instrumentos de medida de calidad de vida relacionada con la salud: características generales y proceso de adaptación transcultural. *Quaderns CAPS* 1990;14:16-24.

Alonso J, Prieto L, Antó 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 T. Valoración neonatal del crecimiento fetal. Madrid: Arte graf; 2002. p. 1—176.

Alves E, Vasconcelos Fde A, Calvo MC, Neves Jd. Prevalence of symptoms of anorexia nervosa and dissatisfaction with body image among female adolescents in Florianópolis, Santa Catarina state, Brazil. *Cad Saude Publica* 2008;24:503-12.

Anderson JP, Bush JW, Berry CC. Classifying function for health outcome and quality of life evaluation. *MedCare* 1986;24: 459-69.

Araújo CL, Dumith SC, Menezes AM, Hallal PC. Measured weight, selfperceived weight, and associated factors in adolescents. *Rev Panam Salud Publica* 2010;27:360-7.

Badia X, Alonso J. Adaptación de una medida de la disfunción relacionada con la enfermedad: la versión española del Sickness Impact Profile. *Med Clin (Barc)* 1994;102:90-5.

Badia X, Roset M, Montserrat S, Herdman M, Segura A. La versión española del EuroQol: descripción y aplicaciones. *Med Clin (Barc)* 1999;112(Supl 1):79-86.

Ballester D, de Gracia M, Patiño J, y cols. Actitudes alimentarias y satisfacción corporal en adolescentes: un estudio de prevalencia. *Actas Esp Psiquiatr.* 2002; 30(4): 207-212.

Baxter-Jones D, Eisenmann JC, Sherar LB. Controlling for maturation in pediatric exercise science. *Pediatr Exerc Sci*. 2005;17(1):18-30.

Bedogni G, Luggetti L, Ferrari M, y cols. Sensitivity and specificity of body mass index and skinfold thicknesses in detecting excess adiposity in children aged 8-12 years. *Ann Hum Biol* 2003;30:132-9.

Bueno M, Moreno LA, Quintela I, Fleta J, Roda L, Giner A, Sarría A. Relationship between postprandial lipemia and body composition in obese girls. *Ann N Y AcadSci*1997; 817:375-377.

Bueno M, Sarría A, Moreno LA, Ramos FJ. Eating disorders: Nutritional aspects. En: Ballabriga A (ed). *Feeding from toddlers to adolescence*. New York: Lippincott-Rave, 1996; 37:221-230.

Bueno M. Crecimiento y desarrollo en humanos. En: Bueno M (ed). *Crecimiento y desarrollo humanos y sus trastornos*, 2ª edición. Madrid: Ergon, 1996;3-28.

Bueno M. Obesidad. En: Cruz M (ed). *Tratado de Pediatría*. 7ª ed. Barcelona: Espaxs, 1993;719-30.

Caqueo-Urizar A, Ferrer-Garcia M, Toro J, Gutierrez-Maldonado J, Penaloza C, Cuadros-Sosa Y, y cols. Associations between sociocultural pressures to be thin, body distress, and eating disorder symptomatology among Chilean adolescent girls. *Body Image*. 2011;8(1):78-81.

Carbajo G, Canals J, Fernández-Ballart J, y cols. Cuestionario de actitudes alimentarias en una muestra de adolescentes: dos años de seguimiento. *Psiquis*. 1995; 16(4): 21-26.

Carrascosa A, Audí L, Bosch-Castañé J, Gussinyé M, Yeste D, Albisu M, y cols. La talla adulta en ambos sexos no está influenciada por la edad de inicio del brote de crecimiento puberal. Datos de un estudio longitudinal de crecimiento en la población de Barcelona. *MedClin (Barc)*. 2008;130:645-9.

Carrascosa A, Fernández JM, Fernández C, Ferrández A, López- Sigüero JP, Rueda C, y cols. Estudio transversal español de crecimiento 2008: II. Valores de talla, peso e índice de masa corporal en 32.064 sujetos (16.607 varones, 15.457 mujeres) desde el nacimiento hasta alcanzar la talla adulta. *An Pediatr (Bar)*. 2008;68:552-69.

Carrascosa A, Fernández JM, Fernández M, López-Sigüero JP, López D, Sánchez E, y Grupo Colaborador. Estudios españoles de crecimiento 2010 [consultado 27/9/2010]. Disponible en: <http://www.aeped.es/noticias/estudios-espanolescrecimiento-2010>

Carrascosa A, Fernández JM, Ferrández A, López-Sigüero JP, Sánchez E. Estudio transversal español de crecimiento 2008. Barcelona. Pfizer. Ed. Hercu, Barcelona ISBN 978-84-612-3046- 4. 2008.

Carrascosa A, Ferrández A, Audi L, Sánchez E. Pubertal growth and adult height according to age at pubertal growth spurt onset. Data from a Spanish study including 540 subjects (281 boys and 259 girls). En: Preedy, V.R., editor. *Handbook of growth and growth monitoring in health and disease*. Londres: Springer.

Carrascosa A, Ferrández A, Yeste D, García- Dihinx J, Romo A, Copil A, y cols. Estudio transversal español de crecimiento 2008: I. Valores de peso y longitud en 9. 362 (4. 884 varones, 4. 478niñas) recién nacidos de 26-42 semanas de edad gestacional. An Pediatr (Barc). 2008;68:544—51.....

7. ANTROPOMETRÍA Y COMPOSICIÓN CORPORAL EN ESCOLARES ENTRE 11 Y 17 AÑOS EN POBLACIÓN MEDITERRÁNEA ESPAÑOLA

AUTORES

Escrivá, D., Benet, I, Barrios, C.

LUGAR DE TRABAJO

Hospital la Fe , Hospital Clinico de Valencia y Universidad Catolica de Valencia

CONGRESO / JORNADA EN EL QUE FUE PRESENTADO

V Congreso Internacional de Enfermería de la Infancia y XXI Jornadas Nacionales de Enfermería de la Infancia

INTRODUCCIÓN

En la actualidad la obesidad infantil, así como los problemas derivados de los hábitos de vida (anorexia, bulimia, etc.) son un factor importante y un riesgo potencialmente modificable para una serie de morbilidades concurrentes. En los últimos años existe una tendencia al aumento en los niños del índice de masa corporal (IMC) y un índice de adiposidad relativa, que se ha constatado en diferentes países.

Con este estudio se ha intentado identificar y justificar la incidencia de enfermedades asociadas a trastornos de la conducta alimentaria en jóvenes, debido a su vulnerabilidad física, psicológica y social durante sus etapas de desarrollo. También a la necesidad de disponer de información actualizada y precisa acerca de la obesidad infantil para conocer su situación y su tendencia.

De acuerdo con las búsquedas bibliográficas realizadas, no existen datos de la Comunidad Valenciana sobre los parámetros antropométricos de los escolares de primaria y secundaria, basados en grandes poblaciones.

OBJETIVOS

Principal: Analizar la composición corporal de escolares entre 11 y 17 años en una población mediterránea española.

Secundario: Establecer diferencias por sexo y edad en los distintos parámetros antropométricos, definiendo percentiles de sobre peso y obesidad.

MATERIAL Y MÉTODO

809 escolares (413 niños y 396 niñas) entre 11 a 17 años. Se midieron peso, talla y 6 pliegues cutáneos. Se calculó el índice de masa corporal, masa grasa, el índice ponderal, la masa magra, muscular, ósea y grasa. También se obtuvieron los porcentajes de grasa corporal y del tejido

muscular. Todo ello se representó mediante gráficos somatotópicos (ectomorfia, mesomorfia y endomorfia). La Ectomorfia se corrigió en relación a la altura media.

RESULTADOS

Los valores medios de IMC e IP no mostraron diferencias entre sexos. El peso, la talla y superficie corporal fueron inferiores en niñas, mostrando diferencias estadísticamente significativas. Los diámetros biestiloideo radial, epicóndilo-epitroclea humeral y bicondíleo femoral fueron inferiores en niñas que en niños ($p < 0.01$ en los tres casos). Los perímetros de brazo y pierna fueron sin embargo ligeramente más altos en niñas que en niños, siendo las diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.005$). En ambos sexos los pliegues más gruesos resultaron ser el del muslo y el abdominal. El pliegue subescapular fue el de menor grosor. Los 6 pliegues fueron más gruesos en la niñas que en los niños, aunque solo existieron diferencias estadísticamente significativas en el caso de los pliegues de pierna, muslo, subescapular y de tríceps ($p < 0.001$). No existieron diferencias entre sexos en el pliegue abdominal. Respecto a la distribución de pesos, solo existían diferencia por sexos en los pesos óseos, magros y residuales, siendo significativamente más bajos en niñas ($p < 0.001$ en todos los parámetros). Los niños presentaban menor componente endomórfico (3,49 vs 4,03; $p < 0.001$) y mayor componente mesomórfico que las niñas (2,73 vs 1,97; $p < 0.001$). Considerando el IMC por edades, los percentiles de sobrepeso y obesidad se situaron por encima de los estándares internacionales, con mayor diferencia en el caso de los niños. El IMC mostró una fuerte correlación con el % grasa corporal. A lo largo del período de crecimiento, % Grasa corporal no variaba mucho. El valor medio de los niños y niñas de 11 años fue de 14 % y 13 % a los 17 años.

CONCLUSIONES

Los valores medios de %GC fueron más altos en niñas a partir de los 13 años, y más bajos que los reportados en otras muestras similares.

La baja tasa de escolares con sobrepeso puede ser expresión de una mejor cultura nutricional en esta población.

Los percentiles de IMC para la clasificación de la obesidad varían con la edad en población escolar y han de tenerse en cuenta para efectuar una adecuada prevención de la obesidad infantil.

Los alumnos que provenían de un colegio exclusivamente masculino presentaron más preocupación por su imagen corporal que los varones de colegios mixtos.

BIBLIOGRAFÍA (resumida)

Addo OY, Himes JH. Reference curves for triceps and subscapular skinfold thicknesses in US children and adolescents. *Am J Clin Nutr* 2010;91:635–42.

Alonso J, Antó JM, Moreno C. Spanish version of the Nottingham Health Profile: Translation and preliminary validity. *Am J Public Health* 1990;80:704-8.

Araújo CL, Dumith SC, Menezes AM, Hallal PC. Measured weight, selfperceived weight, and associated factors in adolescents. *Rev Panam Salud Publica* 2010;27:360-7.

Badia X, Alonso J. Adaptación de una medida de la disfunción relacionada con la enfermedad: la versión española del Sickness Impact Profile. *Med Clin (Barc)* 1994;102:90-5.

Baxter-Jones D, Eisenmann JC, Sherar LB. Controlling for maturation in pediatric exercise science. *Pediatr Exerc Sci*. 2005;17(1):18-30.

Bedogni G, Lughetti L, Ferrari M, y cols. Sensitivity and specificity of body mass index and skinfold thicknesses in detecting excess adiposity in children aged 8-12 years. *Ann Hum Biol* 2003;30:132-9.

Bueno M, Moreno LA, Quintela I, Fleta J, Roda L, Giner A, Sarría A. Relationship between postprandial lipemia and body composition in obese girls. *Ann N Y AcadSci*1997; 817:375-377.

Bueno M, Sarría A, Moreno LA, Ramos FJ. Eating disorders: Nutritional aspects. En: Ballabriga A (ed). *Feeding from toddlers to adolescence*. New York: Lippincott-Rave, 1996; 37:221-230.

Bueno M. Crecimiento y desarrollo en humanos. En: Bueno M (ed). *Crecimiento y desarrollo humanos y sus trastornos*, 2ª edición. Madrid: Ergon, 1996;3-28.

Bueno M. Obesidad. En: Cruz M (ed). *Tratado de Pediatría*. 7ª ed. Barcelona: Espaxs, 1993;719-30.

Caqueo-Urizar A, Ferrer-Garcia M, Toro J, Gutierrez-Maldonado J, Penaloza C, Cuadros-Sosa Y, y cols. Associations between sociocultural pressures to be thin, body distress, and eating disorder symptomatology among Chilean adolescent girls. *Body Image*. 2011;8(1):78-81.

Carbajo G, Canals J, Fernández-Ballart J, y cols. Cuestionario de actitudes alimentarias en una muestra de adolescentes: dos años de seguimiento. *Psiquis*. 1995; 16(4): 21-26.

Carrascosa A, Audí L, Bosch-Castañé J, Gussinyé M, Yeste D, Albisu M, y cols. La talla adulta en ambos sexos no está influenciada por la edad de inicio del brote de crecimiento puberal. Datos de un estudio longitudinal de crecimiento en la población de Barcelona. *MedClin (Barc)*. 2008;130:645-9.

Carrascosa A, Fernández JM, Fernández C, Ferrández A, López- Siguero JP, Rueda C, y cols. Estudio transversal español de crecimiento 2008: II. Valores de talla, peso e índice de masa corporal en 32. 064 sujetos (16. 607 varones, 15. 457 mujeres) desde el nacimiento hasta alcanzar la talla adulta. *An Pediatr (Bar)*. 2008;68:552-69.

Carrascosa A, Fernández JM, Fernández M, López-Siguero JP, López D, Sánchez E, y Grupo Colaborador. Estudios españoles de crecimiento 2010 [consultado 27/9/2010]. Disponible en: <http://www.aeped.es/noticias/estudios-espanolescrecimiento-2010>

Carrascosa A, Fernández JM, Ferrández A, López-Siguero JP, Sánchez E. Estudio transversal español de crecimiento 2008. Barcelona. Pfizer. Ed. Hercu, Barcelona ISBN 978-84-612-3046- 4. 2008.

Carrascosa A, Ferrández A, Audi L, Sánchez E. Pubertalgrowth and adult height according to age at pubertal growth spurt onset. Data from a Spanish study including 540 subjects (281 boys and 259 girls). En: Preeedy, V.R., editor. *Handbook of growth and growth monitoring in health and disease*. Londres: Springer.....

8.EFICACIA DE LA PETIDINA COMO ANALGÉSICO MATERNO EN EL PREPARTO Y TRABAJO DE PARTO, SU RELACIÓN CON LA MADRE Y EL RECIÉN NACIDO.

AUTORES

Alfaro Blázquez R, Girbés Llopis M^a, Ferri Herrero E.

LUGAR DE TRABAJO

Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Área de la Mujer.

CONGRESO / JORNADA EN EL QUE FUE PRESENTADO

9º Trobada de Comares de la Comunidad Valenciana. Peñíscola. 20 Octubre 2016

INTRODUCCIÓN

El parto supone una de las experiencias más dolorosas para la mujer, siendo este dolor un fenómeno individual, subjetivo y de ahí su carácter único. Los opiáceos son extensamente usados para alivio del dolor en el parto. Son baratos, simples de usar y fácilmente disponibles. Entre ellos, la Petidina es el más utilizado globalmente. No obstante, a pesar de su amplio uso, se ha cuestionado su eficacia. Se considera que el efecto analgésico percibido se puede deber, al menos en parte, a los efectos sedantes en lugar de una reducción verdadera del dolor. Una reciente revisión sistemática concluyó que la Petidina proporciona un alivio del dolor moderado en el trabajo de parto pero causa sedación, náuseas y vómitos en la mujer y los efectos sobre el recién nacido están poco claros. Otra revisión sistemática resaltó que a pesar de las inquietudes durante treinta años o más de los efectos opiáceos sobre el comportamiento neonatal posterior, así como su influencia en la lactancia, sólo dos de cincuenta y siete ensayos recogieron la lactancia materna como un resultado.

Dada la falta de pruebas de calidad suficiente con respecto al efecto analgésico de la Petidina, la satisfacción con la analgesia y sus efectos adversos, consideramos necesario la realización de nuestro estudio. Por otro lado, la bibliografía consultada no valora el periodo prodrómico, en el que el uso de la Petidina también está extendido como analgésico, por lo que consideramos relevante estudiar sus efectos también en dicho periodo.

OBJETIVOS

Valorar el efecto analgésico de la Petidina en la gestante durante el preparto y el trabajo de parto, determinar sus efectos adversos en la madre y el recién nacido, evaluar la satisfacción materna tras la analgesia recibida e investigar su relación con el establecimiento de la lactancia materna.

MATERIAL Y MÉTODO

DISEÑO: estudio observacional, analítico, de cohortes prospectivo.

AMBITO DE ESTUDIO: departamento de Salud Valencia La Fe, España.

PARTICIPANTES: 84 gestantes ingresadas en el Hospital Universitario y Politécnico La Fe, dividiendo la muestra en dos grupos, cohorte expuesta y no expuesta, en función de si reciben o no Petidina como analgésico. En cada cohorte se establecen dos subgrupos dependiendo de la fase del proceso en el que se encuentren, parto o periodo activo de parto.

SELECCIÓN DE LA MUESTRA: muestreo intencional.

RESULTADOS PRINCIPALES:

- Nivel de dolor, medido a través de la Escala Visual Analógica.
- Efectos adversos maternos: nauseas, vómitos, nivel de sedación (Escala Sedación Ramsay).
- Efectos adversos recién nacido: APGAR, pH, destino del RN, necesidad de antídoto, reanimación.
- Interacción materna-recién nacido: reflejo de búsqueda, succión inicial efectiva (Escala Latch).
- Satisfacción materna, mediante un cuestionario de elaboración propia.

ANALISIS DE DATOS: análisis descriptivo univariante y bivariante para examinar la relación entre el grupo Petidina y el grupo control. Paquete estadístico SPSS.

CONSIDERACIONES ÉTICAS: Agencia Española de Medicamentos y Productos sanitarios, Comité Ético de Investigación Clínica y Autorización de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios de la Comunidad Valenciana.

DISCUSIÓN

Es necesario abordar el uso de Petidina desde una visión integral, analizando resultados maternos y fetales que otros estudios no han considerado y aportar pruebas de calidad con el objetivo de que las mujeres puedan tomar decisiones informadas acerca de esta forma de alivio del dolor.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.Zubizarreta RG. Monografía sobre las emociones del parto. Nuberos Científica 2012; 2(8).
- 2.Ullman R, Smith L, Burns E, Mori R, Dowswell T. Opiáceos por vía parenteral para el alivio del dolor materno durante el trabajo de parto. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010 Issue 9.
- 3.Cubillas-Rodríguez I, Linares-Cano JN, Torres-Díaz A, Ramos-Rodríguez T. El uso de la Petidina en el parto y su relación con el comportamiento del neonato y el éxito en la lactancia. Rev Paraninfo Digital 2012; 16.
- 4.Regueiro P, Bajo MR, Grimau M. Analgoanestesia Obstétrica. En: Bajo-Arenas JM, Melchor-Marcos JC, Mercé LT, Fundamentos de obstetricia, Madrid; Sociedad Española de Ginecología 2007; 395-400.

5. Morales-Muñoz C, Albadalejo-Serrano A. Estudio descriptivo de la analgesia obtenida durante el trabajo de parto con PCA de remifentanilo: modelo británico. *Revista de la Sociedad Española del Dolor* 2014; 21(6): 307-314.
6. Tsui MH, Kee N, Warwick D, Ng F, Lau TK. A double blinded randomised placebo-controlled study of intramuscular pethidine for pain relief in the first stage of labour. *BJOG: an international journal of obstetrics & gynaecology* 2004; 111(7): 648-655.
7. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Atención al Parto Normal. Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (OSTEBA). Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (Avalia-t). 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA Nº 2009/01
8. Jones L, Othman M, Dowswell T, Alfirevic Z, Gates S, Newburn M, et al. Tratamiento del dolor para las mujeres en trabajo de parto: un resumen de revisiones sistemáticas. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012 Issue 3.
9. Ortiz-Gómez JR, Palacio-Abizanda FJ, Fornet-Ruiz I. Técnicas analgésicas para el parto: alternativas en caso de fallo de la epidural. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* 2014;37(3):411-427.
10. Sosa CG, Buekens P, Hughes JM, Balaguer E, Sotero G, Panizza R, et al. Effect of pethidine administered during the first stage of labor on the acid-base status at birth. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 2006 12;129(2):135-139.
11. Ransjo-Arvidson AB, Matthiesen AS, Lilja G, Nissen E, Widstrom AM, Uvnas-Moberg K. Maternal analgesia during labor disturbs newborn behavior: effects on breastfeeding, temperature, and crying. *Birth* 2001 Mar;28(1):5-12.
12. Nissen E, Lilja G, Matthiesen AS, Ransjo-Arvidsson AB, Uvnas-Moberg K, Widstrom AM. Effects of maternal pethidine on infants' developing breast feeding behaviour. *Acta Paediatr* 1995 Feb;84(2):140-145.
13. Adams J, Frawley J, Steel A, Broom A, Sibbritt D. Use of pharmacological and non-pharmacological labour pain management techniques and their relationship to maternal and infant birth outcomes: Examination of a nationally representative sample of 1835 pregnant women. *Midwifery* 2015 4;31(4):458-463.
14. Fleet J, Belan I, Jones MJ, Ullah S, Cyna AM. A comparison of fentanyl with pethidine for pain relief during childbirth: a randomised controlled trial. *BJOG* 2015 Jun;122(7):983-992.
15. Pardo C, Muñoz T, Chamorro C. Monitorización del dolor: Recomendaciones del grupo de trabajo de analgesia y sedación de la SEMICYUC. *Medicina Intensiva* 2006;30(8):379-385.
16. Frade Mera MJ, Guirao Moya A, Esteban Sánchez ME, Rivera Álvarez J, Cruz Ramos AM, Bretones Chorro B, et al. Análisis de 4 escalas de valoración de la sedación en el paciente crítico. *Enfermería Intensiva* 2009 0;20(3):88-94.

17. Báez León C, Blasco Contreras R, Martín Sequeros E, Pozo Ayuso, M^a Luisa del, Sánchez Conde AI, Vargas Hormigos C. Validación al castellano de una escala de evaluación de la lactancia materna: el LATCH. Análisis de fiabilidad. Index de Enfermería 2008;17(3):205-209.

18. Fleet J, Jones M, Belan I. Non-axial administration of fentanyl in childbirth: a review of the efficacy and safety of fentanyl for mother and neonate. Midwifery 2011 Feb;27(1):e106-13.

9.TERAPIA FÍSICA EN EL PARKINSONISMO INDUCIDO POR FÁRMACOS: UNA REVISIÓN DE LAS NECESIDADES EN SALUD MENTAL

AUTORES

Beltrán Checa M, Borrull Guardado J, Sebastiá Laguarda MC, Sánchez Martínez V.

LUGAR DE TRABAJO

Hospital Universitario y Politécnico La Fe

CONGRESO / JORNADA EN EL QUE FUE PRESENTADO

6th International Conference on Psychotherapy in Psychiatry and Mental Health. Madrid

INTRODUCCIÓN

El tratamiento con algunos antipsicóticos lleva consigo efectos secundarios como la distonia, la acatisia, la discinesia tardía, el temblor, entre otras, en personas con enfermedad mental. Estos síntomas repercuten de manera negativa en la calidad de vida de estas personas, en su motivación, la adherencia al tratamiento, su autoestima y el estigma que ellos sufren. Aunque existe evidencia científica acerca de la eficiencia del abordaje farmacológico de estos síntomas, la influencia de las intervenciones no farmacológicas (INF) es desconocida. La fisioterapia forma parte del manejo de las disfunciones causadas por problemas neurológicos, como la Enfermedad de Parkinson, cuya clínica es similar al parkinsonismo inducido por fármacos (PIF), aunque la causa que las produce es diferente. La importancia de la figura del fisioterapeuta es indiscutible en el equipo de trabajo interdisciplinar. Sin embargo, siendo PIF una consecuencia neurológica del tratamiento, el fisioterapeuta no es considerado en el equipo de trabajo de Salud Mental.

OBJETIVOS

La respuesta a las siguientes preguntas: ¿Qué síntomas del PIF puede ser manejado por INF? ¿Cuál es la eficacia de la INF en el manejo del PIF? ¿Cuál es el rol del fisioterapeuta en la INF del parkinsonismo?

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos: Pubmed, Embase, Scopus, Science Direct, Cuiden Plus, Enfispo y Cochrane Plus. Fueron usadas como palabras clave los síntomas más representativos del PIF, combinando el operador booleano “AND” con “intervention” y con “parkinson”, ajustando cada uno de ellos según las características de la base. Fueron incluidos los trabajos clínicos publicados desde 1995 hasta la actualidad en las lenguas de español, inglés, francés, portugués e italiano.

RESULTADOS

Se encontraron 56 artículos originales accesibles desde la Biblioteca de la Universidad de Valencia. Los documentos fueron analizados y se creó una tabla para mostrar los aspectos más relevantes de cada artículo (intervención, tipo de estudio, muestra, objetivos, resultados y nivel de calidad y evidencia científica). Además, se realizó una síntesis de la evidencia encontrada para cada síntoma.

CONCLUSIONES

En relación al número de publicaciones sobre INF, destacaron aquellas encaminadas al tratamiento de problemas de equilibrio, síntomas respiratorios y el temblor. No se encontraron estudios relacionados con la sialorrea o discinesia. Todas las investigaciones consideradas en este estudio ofrecen una aproximación al tratamiento de los síntomas de la Enfermedad de Parkinson. Los artículos incluidos ofrecen diferentes niveles de evidencia para las intervenciones que proponen.

Pósters



1. **Carros de movilidad en sala cardiología.**
Ortiz Aragón M.I. , Calatayud Brotons B. , Orgelan Cini M. , Renovell Martínez M.
2. **Estudio de la eficacia y seguridad del Caolin en la compresión de la arteria radial tras cateterismo cardiaco.**
Villalba Lizandra N. , Pérez Rodríguez A. ,Palomar Llatas J. , Martí Bononad R. , Iglesias Puente P. , Sánchez Lacuesta E.
3. **Mejora del circuito de entradas y salidas de materiales en las Salas Blancas de un Hospital General Terciario.**
Valero García, S. , Font Noguera, I. , Castell Martínez, M.P. , Estrela Guardiola, A. , López Briz, E. , Poveda Andrés, J.L.
4. **Síndrome de Jeavons: Intervención enfermera en la realización de pruebas diagnósticas.**
Palanca Cámara, M
5. **Malla elástica: un recurso útil para sujeción de apósitos en pacientes quemados.**
Rodríguez Fernández, F. Sanchis Martínez, D.
6. **Manejo de Pioderma Gangrenoso en Paciente Complejo.**
Blasco Belda, P.
7. **Déficit de IGA y reacciones alérgicas y/o anafilácticas. ¿Hay evidencia científica?**
Muñoz , A.K. , Pous, A. , Cervera, C. , Moreno, D. , Navarro, M. , Peñalver, M.I. , Vaquero, I. , Martí, R.M. , López, T.D. , Solves, P. Carpio, N.
8. **Es tiempo de cambio. ¡Humaniza tu UCI Neonatal!**
Guerrero Juan, S. , García Martínez, C. , Ros Navarret, R
9. **La visita domiciliaria en el contexto de la Salud Mental.**
García García, J.E. Alonso Villar, P. López Cocera, J.A. , Pérez Vera, A.M.
10. **Aparición de eventos adversos en recién nacidos (RN) portadores de catéter epicutáneo (CE).**
Riera, M.J. , Padilla, C. , Ángel, M.J. , Montejano, R. , Benavent, L. , Monedero, A.
11. **Evolución del perfil de los pacientes ingresados en UTCA HUP La Fe (1997-2016)**
Beltrán Checa, M. , Borrull Guardado, J. , Sangüesa García M.C. , Chaves Sardina, E.
12. **Patología Dual y Salud Sexual.**
Borrull Guardado, J., Sánchez Máñez, A. , Beltrán Checa, M. , Palau Muñoz C.
13. **Trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos en hospital a domicilio. Análisis de reingresos.**
Soriano Melchor, E. , Gil Adiego, C. , Muñoz Cano, A. , Forcano Sanjuán, S. , Flors Villaverde, P. , Giménez Campos, S. , Viera Rodríguez, V. , Gómez Royuela, L. , Bahamontes Mulió, A. , Valdivieso Martínez, B.
14. **Implantación de un cuadro de mando integral en una unidad de hospital a domicilio.**
Soriano Melchor, E. ,Muñoz Cano, A. , Flors Villaverde, P. , Giménez Campos, M.S. , Marset, S. , Valdivieso Martínez, B.
15. **Reducción del volumen de leche materna donada, descartada por los resultados del cultivo microbiológico tras la modificación del Protocolo de extracción.** Ramón Beltran, A. , Gormar Moreno, M. , Parra Llorca, A. , Sirvente Coloma, R. , Correcher Medina, P. , Izquierdo Macián, I.
16. **Impacto de los procedimientos complejos de enfermería en la gestión del personal y capacidad asistencial de la Unidad de Hospitalización a Domicilio.** Gómez Royuela, L.A., Roig Campos, J.C.

17. **Talleres “Cuidando al cuidador” desde Atención Primaria.**
Cutillas Carbonell, E. , López Pérez, C. , Bonilla Balaguer, B.
18. **Actuación enfermera durante la Terapia de Depuración Extrarrenal continua en UCI Pediátrica.**
Zacarés Montalvá, V., Tudela Llinares, E. , Dolz Alabau, C. , Soriano Prats, M.Á.
19. **Cuidados y tratamiento de la Ictericia fisiológica neonatal en países con diferentes recursos.** Ruiz Ochoa, A. ,Vicente Pérez, I. , Dolz Alabau. C.
20. **Cuidados en la prevención de la hemorragia intraventricular en el recién nacido pretérmino.** Pérez Robles, C. Climent Aunés, T. , Seguí Pérez, M.P. , Dolz Alabau, C.
21. **Cuidados del niño portador de estoma de eliminación digestivo.** Mateo Grimaldos, L. , Cerdán García, E. , De la Fuente Alfar, M. , Dolz Alabau. C.
22. **Hipoxia perinatal en niños nacidos a término.**
Fuentes Paños, M.J, Dolz Alabau. C.
23. **Polisomnografía tras poligrafía respiratoria negativa.**
Díaz Román, M. , Gómez Siurana, E. , Ciopat, O. , Torres Aznar, T. , Martínez García M.A. , Rubio Sánchez, P. , Martínez Ramírez, C. , Cutillas Barberá, A.V, Barber Sánchez, A. , Blesa Leal, G.M.
24. **Valoración del área reproducción-sexualidad en mujeres con diagnóstico de trastorno por uso de sustancias.**
González Romero, M.F, Borrull Guardado, J. , Sánchez Máñez, A. , Palau Muñoz, C.
25. **¿Cómo mejorar la calidad asistencial al paciente pediátrico oncológico con fiebre y neutropenia? Una propuesta de Enfermería Pediátrica.**
Fernández Pelufo, A. , Sanchis Bueno, V. , Martínez de las Heras, B. , Berlanga Charriel, P. , Juan Ribelles, A. , Cañete Nieto, A. , Zaragoza Calomarde, L.
26. **Experiencia inicial de implementación de un Programa Multidisciplinar de Insuficiencia Cardíaca basado en enfermería, un año de recorrido.**
Husillos Tamarit, I. , Pimenta Fermisson Ramos, P. , Conejero Ferrer, P. , Almenar Bonet, L. , Sánchez Lázaro, I. , Martínez Dolz, L.
27. **Trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos en hospital a domicilio. Estudio descriptivo.**
Soriano Melchor, E. , Torrego Giménez, A. , Amor Bort, E. , Aljibe Aguilar, A. , Wollstein Lara, C. , Redón Pérez, A. , Martínez Gascó, A. , Gómez Royuela, L. , Bahamontes Mulió, A. , Valdivieso Martínez, B.
28. **Trasplante pulmonar. Recomendaciones al alta del paciente.**
Hidalgo, L. , Silvestre, I. , Aguilera, S. , Pérez, E. , Cerón, J. , Sáenz C. , Climent, M.
29. **Evaluación de los resultados en un grupo de deshabituación tabáquica en la Unidad de Conductas Adictivas de Campanar.** Civera Arjona, M. , Castro Fuentes, L. , Borrull Guardado, J. , González Cordero, P.
30. **Asistencia en el bloqueo unipulmonar con bloqueador bronquial Fuji Uniblocker® en paciente pediátrico.** Zapata Monfort, S. , García Chicano, M. , Calzada Herrera, C. , Garcés Sánchez, S. , Flores Cubel, P. , Montesa Soler, E.
31. **Prevención de la hipotermia perioperatoria en neonatos.** Calzada Herrera, C. , Zapata Monfort, S. , Garcia Chicano, M. , Montesa Soler, E. , Garces Sanchez, S. , Flores Cubel, Paz.
32. **Herramientas para evitar errores en quirófano.** García Chicano, M. , Zapata Monfort, S. , Calzada Herrera, C. , Montesa Soler, E. , Garcés Sánchez, S. , Flores Cubel, P.
33. **Gestión del conocimiento dentro de una UHD.** Ruiz García, V. , Valdivieso Martínez, B. , Torrego Giménez, A. , Forcano Sanjuan, S. , Aljibe Aguilar, A. , Gómez Royuela, L. , Viera Rodríguez, V. , Martínez Gascó, A.

34. **Actuación de enfermería en una consulta monográfica para pacientes con bronquiectasias no fibrosis quística.**
Gimeno, A. , Montull, B. , Amara-Elori, I. , Piró, A. Posadas, T. , Méndez, R. , Ansótegui, E. , Reyes, S. , Menéndez, R.
35. **La atención al cuidador no profesional durante la hospitalización del paciente. Una revisión sistemática.**
Hurtado Soler, C. , Fernández Garrido, J.
36. **Análisis retrospectivo de la aparición de hematoma en el postimplante de dispositivos de estimulación cardíaca.**
Díaz Cambroner, J.I. , García Orts, A. , Reina de la Torre, S. , Hernández Martínez, J.C. , Husillos Tamarit, I. , Ferrer Pardo, C. , Conejero Ferrer, P. , Pimenta Fermisson Ramos, P.
37. **Colocación de termómetro esofágico en ablación de venas pulmonares.**
García Orts, A. , Reina de la Torre, S. , Pimenta Fermisson Ramos, P. , Díaz Cambroner, J.I. , Jimenez Cordero, S.
38. **Efectos de la técnica de los anillos de Bad Ragaz en el tratamiento de un paciente con síndrome de cola de caballo.**
Pinazo Asensi, L. , Matas Osea, M. , Fernández Maestra, A. , Martín Manjarrés, S. , Fernández Maestra, Y.
39. **Monitorización no invasiva en sala de cardiología.**
Cólliga Calleja, A.

1. CARROS DE MOVILIDAD EN SALA CARDIOLOGIA

AUTORES

Ortiz Aragón M. I. , Calatayud Brotons B. , Orgelan Cini M. , Renovell Martinez M.

LUGAR DE TRABAJO

Sala cardiología F4

CONGRESO / JORNADA EN EL QUE FUE PRESENTADO

37º congreso nacional de enfermería en cardiología en Valencia.

INTRODUCCIÓN

Debido al avance de las nuevas tecnologías, es necesario para el personal de enfermería la continua adaptación y una buena herramienta de trabajo para la práctica diaria con el fin de garantizar los mejores cuidados al paciente.

OBJETIVOS

Mejorar los procesos de dispensación fármaco terapéutica y con toda seguridad mediante un proceso cerrado de administración de medicación a pie de cama con dosis unitarias, código de barras e identificación del paciente por dispositivo de radiofrecuencia (RFID). Quedando registradas las constantes, resultados, observaciones, alergias, modificaciones de medicación, órdenes médicas, evolución del paciente, plan de cuidados, etc. todo a tiempo real, en el programa ORION CLÍNIC (Historia Clínica). Y además, el cuidado se realice desde una perspectiva multidisciplinar.

MATERIAL Y MÉTODO

Basado en la observación, opiniones y la utilización diaria del carro de movilidad. Resultados obtenidos tras realización encuesta entre todos los compañeros. Se ha expuesto de forma descriptiva las funcionalidades de las estaciones móviles de esta unidad.

RESULTADOS

Los enfermeros del área de enfermedades cardiológicas, en general, están satisfechos con la utilización de los nuevos carros.

DISCUSIÓN

Tienen ciertas limitaciones como el retraso en dispensación de medicación modificada, su elevado peso, desconexiones de wifi y sus continuas adaptaciones. Todos los servicios encargados de su control, realizan un exhaustivo control para su mejora.

CONCLUSIONES

Los errores de medicación por su magnitud y trascendencia constituyen un problema de salud pública con una gran repercusión económica. La incorporación a la rutina diaria de la estación de trabajo móvil ha supuesto un reto para todo el personal de enfermería de nuestra unidad. Los cuidados de enfermería han de ir adaptándose a las necesidades de los pacientes y a la tecnología. Las estaciones móviles de trabajo, están permitiendo agilizar el trabajo de enfermería y rentabilizar el tiempo de atención a los pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Intranet del Hospital Universitario Nueva Fe
2. www.capsa solutions.com
3. [www. medica alexpo.es](http://www.medica alexpo.es)
4. C. Lacasaa, A. Ayestaránb y Coordinadoras del Estudio Multicéntrico para la Prevención de Errores de Medicación (EMOPEM).
5. C. Amarrante Fente, C. Gómez Villar, M.J. Suárez Caamaño, A. Fernández Ferreiro, M. Suárez Bera y M.T. Chuclá Cuevas. Hospital de Conxo. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago. Santiago de Compostela. A Coruña.
6. C. Berga Culleréa, M.Q. Gorgas Tornerb, J. Altimiras Ruizc, M. Tuset Creusa, M. Besalduch Martínc, M. Capdevila Sunyerb, M. Torres Gubertd, M.T. Casajoana Cortinase, E. Baró Sabatéb, J.R. Fernández Solàf, A. Moron i Besolíc, E. Òdena Estradéb, J. Serrais Benavented, M.T. Vitales Farreroe y C. Codina Janéa, en representación del Grupo de Trabajo de la Societat Catalana de Farmàcia Clínica

2. ESTUDIO DE EFICACIA Y SEGURIDAD DEL CAOLÍN EN LA COMPRESIÓN DE LA ARTERIA RADIAL TRAS CATETERISMO CARDIACO.

AUTORES

VILLALBA LIZANDRA N , PEREZ RODRIGUEZ A ,PALOMAR LLATAS J , MARTÍBONONAD R ,IGLESIAS PUENTE P , SANCHEZ LACUESTA E,

LUGAR DE TRABAJO

HEMODINÁMICA ADULTOS

CONGRESO / JORNADA EN EL QUE FUE PRESENTADO

37 CONGRESO DE LA ASOCIACION ESPAÑOLA DE ENFERMERIA EN CARDIOLOGÍA

INTRODUCCIÓN

El nuevo dispositivo de compresión radial está basado en la liberación de caolín. Es un material inerte, actúa sobre el factor XII de la coagulación, acelerando el proceso de hemostasia natural.

OBJETIVOS

Demostrar la eficacia y seguridad del parche de caolín como hemostático, en la compresión de la arteria radial tras cateterismo cardiaco.

MATERIAL Y MÉTODO

Se trata de un estudio observacional, no aleatorizado y abierto en el que se han incluido 50 pacientes no consecutivos sometidos a cateterismo cardiaco. Se incluyeron pacientes a los que se les realizó cateterismos cardiacos diagnósticos e intervencionismos coronarios. Se utilizaron introductores de 5 y 6 French. Se excluyeron pacientes ingresados en otros hospitales; los que presentaron perforación de arteria radial; cross-over a arteria femoral y aparición de hematoma previo uso del dispositivo. Se registró la situación de la punción radial basal, a la hora, a las dos horas y 24 horas. Se comprobó la presencia de pulso radial tras su colocación y signos de buena perfusión.

RESULTADOS

El 73 % de los pacientes fueron hombres; 72 % fueron cateterismos cardiacos diagnósticos y el 28 % angioplastias; 56 % presentaban HTA; 16 % llevaban en el momento del cateterismo AAS, otro antiagregante y HBPM; 20 % llevaban AAS y otro antiagregante; 16 % HBPM. Obtuvimos una tasa de éxito del 94% en la primera hora. Y 6% de fracasos. A las dos horas y 24 horas se mantuvieron estos porcentajes. Se constató presencia de pulso radial en el 100 % de los pacientes.

CONCLUSIONES

El parche radial de caolín resultó seguro como hemostático. Ninguna complicación mayor. Aporta confortabilidad al paciente. Por las características de su compresión asegura la correcta perfusión de la arteria radial. Facilita el trabajo de enfermería de hospitalización por su fácil manejo y control.

¡BIBLIOGRAFÍA

Effect of Short-Time Compression with Kaolin-Filled Pad on Radial Artery Occlusion

After Transradial Access Catheterization

Ming-Ting Chou*1, Chun-Yuen Chiang1

1Cardiology, Chi-Mei Medical Center, Tainan, Taiwan, Province of China

3. MEJORA DEL CIRCUITO DE ENTRADAS Y SALIDAS DE MATERIALES EN LAS SALAS BLANCAS DE UN HOSPITAL GENERAL TERCIARIO.

AUTORES

Valero García, S; Font Noguera, I; Castell Martínez, MP; Estrela Guardiola, A; López Briz, E; Poveda Andrés, JL.

LUGAR DE TRABAJO

Área del Medicamento "Salas Blancas" (SB)

CONGRESO / JORNADA EN EL QUE FUE PRESENTADO

60 Congreso Nacional de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. SEFH 2015

INTRODUCCIÓN

Situación inicial: Las SB disponían de siete puntos de almacenaje de materiales cuya gestión resultaba difícil y opaca. Asimismo, la ubicación y la comunicación del coordinador externo entre SB y farmacia y el flujo de entradas y salidas de materiales y productos finales no satisfacían a los profesionales implicados.

OBJETIVOS

Optimizar el circuito de entradas y salidas de materiales en Salas Blancas (SB) mediante la metodología Lean Seis Sigma.

MATERIAL Y MÉTODO

Metodología Lean Seis Sigma. Ámbito: Hospital general terciario de 1.000 camas. Diseño: Observacional y prospectivo. Periodo: Se desplegaron las etapas DMAIC® de noviembre de 2014 a febrero de 2015. Población: Profesionales de las SB. Muestra: Se creó un grupo de trabajo con profesionales implicados en el circuito. Se mapearon los puntos de almacenaje de materiales y se representó gráficamente el mapa de flujo de valor de la reposición de los mismos con análisis de causas de las roturas de stock. También se realizó el mapa del flujo de solicitudes de elaboración de productos. Los desplazamientos se esquematizaron con el "diagrama espagueti". Acciones: Optimizar el acceso y el puesto de coordinación externo de SB. Simplificar las entradas y salidas de prescripciones de fórmulas magistrales. Simplificar la reposición de material fungible para las SB. Variables: Número de pedidos/día, número de material fungible/día, número de llamadas diarias por peticiones urgentes, número de km recorridos/mes por el coordinador externo, su repercusión en tiempo (h) y coste (euros) de personal. Estas dos últimas variables se midieron antes y después de las acciones implementadas

RESULTADOS

Se eliminó el depósito de material fungible ubicado a la salida de productos elaborados de las SB pasando el coordinador externo a la zona de recepción de farmacia con disponibilidad de telefonía móvil. El envío y el registro electrónico de solicitudes de fórmulas magistrales redujo los desplazamientos en 63,9 km/mes (63,9 a 0 km/mes), correspondientes a 37,5 horas/mes (45 a 7,5 h/mes) y 315 euros/mes (378 a 63 euros/mes). El nuevo circuito electrónico de reposición diaria de material fungible con base de datos en red compartida suprimió los papeles y los desplazamientos. Así, disminuyó el número de pedidos de material fungible a 3 pedidos/día (14,436 \pm 8,6 materiales/día) y el número de llamadas recibidas a 8,5/día. No se disponían de datos previos por destrucción de notas de pedidos y carecer de telefonía. Asimismo, el registro electrónico de los pedidos de materiales permitió la actualización periódica de stocks de almacenes internos. Las mejoras requirieron formación de profesionales y la actualización de procedimientos normalizados de trabajo. Al cierre del proyecto se presentaron los resultados al equipo de farmacia y se aprobaron futuras mejoras.

CONCLUSIONES

La metodología Lean Seis Sigma aplicada a los procesos logísticos y asistenciales de las SB ha permitido normalizar procedimientos (reducción de variabilidad) y aumentar la eficiencia de los circuitos internos (eliminación de desplazamientos), a la vez que mejoró las condiciones de trabajo (satisfacción de los profesionales). A medio plazo, se aplicarán herramientas de Lean para mejorar la estructura y la señalización de los puntos de almacenaje de los materiales en las SB.

BIBLIOGRAFÍA

Font Noguera, I.; Edo Solsona, M.D.; Gíl Gómez, I.; Poveda Andrés, J.L.; Balasch i Parisi, S.; Ferrer Riquelme, A.J.; Hermenegildo Caudevilla, F. ¿Qué aporta la metodología Lean Seis Sigma al profesional Sanitario? 1ª Edición. Valencia. Albatros Ediciones.

4. SÍNDROME DE JEAVONS: INTERVENCIÓN ENFERMERA EN LA REALIZACIÓN DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

AUTORES

María Palanca Cámara

Hospital Universitari i Politècnic La Fe (Valencia) Unidad Epilepsia Refractaria

CONGRESO / JORNADA EN EL QUE FUE PRESENTADO

I Congreso Nacional de Investigación en Enfermería Médico-Quirúrgica

INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Jeavons es una epilepsia generalizada ideopática que cursa con mioclonías parpebrales, con o sin ausencia, que precisa de unas pruebas específicas para su correcto diagnóstico, realizadas en el laboratorio de video-EEG por el personal de enfermería de las unidades de epilepsia refractaria o neurofisiología.

OBJETIVOS

- 1.- Dar a conocer el síndrome de Jeavons y sus características
- 2.- Identificar el tipo de pruebas necesarias y cómo realizarlas para un correcto diagnóstico

MATERIAL Y MÉTODO

Se ha realizado una revisión bibliográfica revisando los buscadores Pubmed y Trip database, con palabras clave como Jeavons Syndrome, e intermittent focus stimulation.

Se expone un caso clínico real monitorizado en la Unidad de Epilepsia Refractaria del Hospital La Fe en 2016.

RESULTADOS

Los resultados obtenidos apuntan a que una correcta estimulación luminosa intermitente y una correcta observación del EEG al cierre ocular, valorando los signos, tanto físicos (mioclonías, ausencias o retropulsión cefálica) como la aparición de descargas punta-onda en el EEG, facilitan el correcto diagnóstico.

Nuestra paciente, presentaba mioclonías parpebrales y descargas epileptiformes punta-onda en el EEG al parpadeo, reproducibles cuando le pedíamos que cerrara los ojos. Era fotosensible a frecuencias de 10-20 Hz y no presentaba ausencias. En completa oscuridad con los ojos cerrados no presentaba ningún tipo de actividad epileptiforme.

CONCLUSIONES

El personal de enfermería de las Unidades de Epilepsia Refractaria debe estar familiarizados con los diferentes síndromes epilépticos, y tiene un papel importante en la realización de las técnicas de estimulación, que deben hacerse de manera correcta y mediante protocolos estandarizados para llegar a un correcto diagnóstico.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Chrysotomos P. Panayiotopoulos. Syndromes of Idiopathic Generalized Epilepsies Not Recognized by The International League Against Epilepsy. *Epilepsia*. 46(Suppl.9):57-66,2005
- 2.- Athanasios Covanis. Photosensitivity i Idiopathic Generalized Epilepsies. *Epilepsia*, 46(Suppl.9):67-72,2005
- 3.- Dorothée Kasteleijn-Nolst Trenité, Guido Rubboli, Edouard Hirsch et al. Methodology of photic stimulation revisited:Updated European algorithm of visual stimulation in de EEG laboratory. *Epilepsia*, 53(1):16-24, 2012

5. MALLA ELÁSTICA: UN RECURSO ÚTIL PARA SUJECIÓN DE APÓSITOS EN PACIENTES QUEMADOS

AUTORES

FÁTIMA RODRÍGUEZ Y DAMIÁN SANCHIS

LUGAR DE TRABAJO

UNIDAD DE QUEMADOS

CONGRESO / JORNADA EN EL QUE FUE PRESENTADO

V CONGRESO DE LA SEHER

INTRODUCCIÓN

En nuestra Unidad existe el debate entre la conveniencia del vendaje compresivo versus el uso de la malla elástica como sujeción de los apósitos.

DEFINICIÓN DE VENDAJE: Procedimiento o técnica, consistente en envolver una parte del cuerpo que está lesionada por diversos motivos. Actualmente su uso más frecuente es para cubrir las lesiones cutáneas e inmovilizar las lesiones osteo-articulares. Pero es utilizado, en general, en el tratamiento de heridas, hemorragias, contusiones, esguinces, luxaciones y fracturas.

Es una técnica específica que permite mantener cierta funcionalidad de la zona lesionada sin perjuicio de la misma.

MALLA ELÁSTICA:

Vendaje indicado para fijación de apósitos y tratamientos no compresivos.

Características

Muy elástica y no compresiva. Su estructura tubular le confiere una enorme adaptabilidad a cualquier parte del cuerpo.

OBJETIVOS

Facilitar el uso de la malla elástica por parte del personal nuevo llegado a nuestra Unidad.

Potenciar el uso de la malla frente al vendaje convencional.

Elaborar una guía de consulta rápida sobre cómo elaborar diversas prendas con la malla elástica.

MATERIAL Y MÉTODO

Se elaboró un póster con imágenes acerca de las diferentes opciones que la malla nos brinda, resaltando los beneficios y las conclusiones del uso de la misma.

CONCLUSIONES

Beneficios:

- 1.SUJECIÓN APÓSITO: presenta enorme adaptabilidad a cualquier parte del cuerpo, realiza sujeción no compresión.
- 2.FACILITA LA EXPANSIÓN DEL EDEMA: gracias a su elasticidad longitudinal y transversal.
- 3.PERMITE LA MOVILIDAD Y AUTONOMÍA DEL PACIENTE, facilitando el mantenimiento de las actividades habituales con el componente psicológico que supone.
- 4.FACILITA EL CAMBIO O SUSTITUCIÓN DEL APÓSITO SECUNDARIO, sobre todo en las primeras horas de evolución dada la presencia de gran cantidad de exudado.
- 5.REDUCE EL TIEMPO DE EXPOSICIÓN DEL PACIENTE: acotando la necesidad analgésica y disminuye el tiempo de la intervención profesional

BIBLIOGRAFÍA

- 1.Soriano Compañ, Antonio (2010). Vendajes (2ª edición). San Vicente (Alicante): Editorial Club Universitario, p.S. ISBN 8499480039.
- 2.Bessey. P.Q. (2009). Tratamiento de la herida. En: Barret Nerin, J.P. Tratamiento integral de las quemaduras. Herndon, D. (pp 95-103). Barcelona: Elsevier Massón.

6. MANEJO DE Pioderma GANGRENOSO EN PACIENTE COMPLEJO

AUTORES

Pilar Blasco Belda

LUGAR DE TRABAJO

Área de Simulación Clínica y Seguridad del Paciente

CONGRESO / JORNADA EN EL QUE FUE PRESENTADO

IX Congreso Nacional de Enfermería en Ostomías

INTRODUCCIÓN

El Pioderma Gangrenoso (PG) se considera una enfermedad neutrofílica inflamatoria, asociada con frecuencia a la enfermedad inflamatoria intestinal. La etiopatología no es bien conocida y según la clínica presenta cuatro variantes: ulcerativo, pustular, bulloso y vegetativo. Aparece en diferentes localizaciones y la histología no es específica por lo que el diagnóstico se realiza por reconocimiento de las lesiones, la evolución de la lesión y la biopsia que en ocasiones empeora el pronóstico.

OBJETIVOS

- Valoración, diagnóstico y tratamiento de complicaciones en paciente complejo.
- Difusión de resultados para evitar la variabilidad clínica en esta situación clínica.

MATERIAL Y MÉTODO

Descripción de caso clínico: Varón de 72 años, diagnosticado de colitis ulcerosa activa que ingresó por perforación contenida y le fue practicada una colectomía total con ileostomía definitiva. Cuatro días la intervención presentó evisceración contenida que se trató con terapia por presión negativa; separación mucocutánea en ileostomía entre 12h y 18h. que no evolucionó bien con tratamiento convencional de lavado con suero salino y sellado para evitar contaminación. Siete semanas tras intervención la separación mucocutánea duplicó su tamaño inicial presentando bordes irregulares excavados con halo inflamatorio, fácil sangrado y esfacelos en lecho por lo que se etiquetó de PG. Simultáneamente el paciente desarrolló una fístula de alto débito en lecho herida quirúrgica, lo que contraindicó el tratamiento general con corticoides. Se inició tratamiento del PG con inyección sublesional con corticoides y ante la evolución tórpida se decidió tratamiento tópico con Tacrolimus al 0,1% en curas oclusivas a días alternos y ajuste de dispositivos en combinación con la terapia por presión negativa. Además el paciente presentó fascitis en flanco derecho desde región escapular hasta muslo que precisó drenado y desbridamiento quirúrgico.

RESULTADOS

Se diagnosticó el PG en base a las características y la evolución de la lesión.

Tras consenso con equipo multidisciplinar se inició tratamiento con Tacrolimus 0.1%. Tres meses después la lesión cicatrizó completamente y no se ha evidenciado recidiva 1 año después.

Tras resolución del caso se realizó presentación y discusión del caso en reunión de expertos.

DISCUSIÓN

El diagnóstico del PG y tratamiento sigue siendo un desafío por la variabilidad de manifestaciones y su concomitancia con la enfermedad inflamatoria.

El confort del paciente y la atención a los aspectos psicológicos han sido esenciales para el buen abordaje de las complicaciones en este paciente.

CONCLUSIONES

El tratamiento con Tacrolimus al 0,1% ha sido efectivo en este paciente.

Cabe resaltar la importancia de tratar la enfermedad de base a la vez que un óptimo cuidado de la lesión.

La difusión y discusión de casos clínicos entre expertos disminuye la variabilidad y aumenta el conocimiento sobre esta entidad clínica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pyoderma gangrenosum: challenges and solutions. Ana Gameiro; Neide Pereira; José Carlos Cardoso; Margarida Gonçalo; Dermatology Department, Coimbra University Hospital . Clinical, Cosmetic and Investigational Dermatology 2015:8
2. Comparison of the two most commonly used treatments for pyoderma gangrenosum: results of the STOP GAP randomised controlled trial Anthony D Ormerod, 1 Kim S Thomas, 2 Fiona E Craig, et al. BMJ 2015;350:h2958 | doi: 10.1136/bmj.h2958
3. Tacrolimus: pharmacology and therapeutic uses in dermatology. Zabawski EJ, Costner M, Cohen JB, Cockerell CJ. International Journal of Dermatology 2000; 39: 721-727.

7. DEFICIT DE IGA Y REACCIONES ALERGICAS Y/O ANAFILACTICAS.

¿HAY EVIDENCIA CIENTIFICA?

AUTORES

Ana Kira Muñoz Castellote, Amparo Pous Serrano, Carmen Cervera, Dolores Moreno Ibarra, Margarita Navarro Cava,

Maria Isabel Peñalver Molla, Inmaculada Vaquero Baltuille, Rosa Maria Marti Trotonda, Teresa Dolores Lopez, Pilar Solves, Nelly Carpio

LUGAR DE TRABAJO

Hospital Universitari i Politecnic La Fe, Valencia

CONGRESO / JORNADA EN EL QUE FUE PRESENTADO

27 CONGRESO NACIONAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA Y TERAPIA CELULAR

INTRODUCCIÓN

La deficiencia de IgA se ha asociado a las reacciones transfusionales alérgicas y/o anafilácticas desde una publicación original en 1968. El déficit relativo de IgA (<5 -25mg/dL) ocurre aproximadamente en 1 de cada 400 individuos. El déficit absoluto favorece la aparición de anticuerpos anti IgA. La presencia de Ac anti IgA se ha asociado a un aumento de las reacciones alérgicas y/o anafilácticas graves, por ello el déficit de IgA se considera indicación de lavado de hemoderivados. Sin embargo según los últimos estudios publicados no hay evidencia científica de la asociación directa entre déficit de IgA y reacción alérgicas y/o anafilácticas. Si esta evidencia fuera cierta el nº de reacciones transfusionales alérgicas y/o anafilácticas sería mucho mayor.

OBJETIVOS

Realizar un estudio retrospectivo de los casos de reacciones transfusionales alérgicas y/o anafilácticas severas en

nuestro hospital y analizar su relación con el déficit o ausencia de IgA.

MATERIAL Y MÉTODO

En el periodo del 2000 al 2015, se han transfundido 578.706 componentes

sanguíneos. Revisamos las reacciones alérgicas y/o anafilácticas de gravedad 2 recogidas en nuestro sistema de hemovigilancia. Se revisaron la historia clínica y datos analíticos de IgA, así como la historia transfusional de estos pacientes. Se considera gravedad 2, signos inmediatos con riesgo vital.

RESULTADOS

En el periodo de estudio 28 pacientes, 15 mujeres y 13 hombres presentaron reacciones transfusionales de gravedad 2 (signos inmediatos con riesgo vital), en 9 de ellos no se realizó determinación de IgA. En los 19 pacientes que sí se solicitó, 3 pacientes estuvieron por debajo de 15mg/dL. El rango de valores de IgA en el resto fue de 8 a 706 mg/dL con una mediana de 155. Los 3 pacientes con valores por debajo de 25mg/dL presentaron reacción transfusional a Plaquetas. Hubo un paciente que presentó reacción transfusional grado 2 a plaquetas plasma y hematíes con valores normales de IgA. Del total de pacientes del estudio, 6 volvieron a presentar reacciones alérgicas/ anafilácticas y en 3 de ellos se requirió la transfusión de plaquetas lavadas. El resto se transfundió con plaquetas de aféresis en 5 pacientes, y en 23 de ellos se premedicó con antihistamínicos y/o corticoides. Los productos sanguíneos que provocaron las reacciones alérgicas/anafilácticas fueron 3 CH, 13 PIAM, 15 PQ y unos linfocitos alogénicos. Los síntomas más frecuentes por orden fueron: disnea, eritema, hipotensión, prurito y tiritona y los más graves: 6 presentaron broncoespasmo, 6 hipoxemia y 5 shock. No se produjo ninguna muerte.

CONCLUSIONES

En nuestro estudio no se evidencia una asociación entre el déficit de IgA y la presencia de reacciones alérgicas y/o anafilácticas severas transfusionales.

8. ES TIEMPO DE CAMBIO ¡HUMANIZA TU UCI NEONATAL!

AUTORES

Susana Guerrero Juan , Cristina García Martínez, Rosario Ros Navarret

LUGAR DE TRABAJO

UCI Neoantal y Subdirección de Enfermería Área del Conocimiento, Cuidados y Docencia

CONGRESO / JORNADA EN EL QUE FUE PRESENTADO

ongreso Asociación Española de Enfermería en Pediatría y Neonatología (Ávila)

INTRODUCCIÓN

Durante muchos años las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) fueron unidades cerradas a los padres y familias por considerarlos portadores de posibles infecciones ya que el recién nacido prematuro era considerado un ser vulnerable debido a su inmunosupresión e inmadurez.

Aunque en 1986 empiezan a surgir diferentes movimientos que intentan incluir la figura de los padres en la hospitalización así como los derechos de los niños, no es hasta 1999 cuando Levin, pediatra neonatólogo, centró sus conocimientos en el desarrollando una iniciativa sobre la Humanización de los cuidados neonatales y la integración de la familia en el desarrollo de la calidad de los cuidados. En la actualidad, el desarrollo de nuevas tecnologías y el avance en los cuidados ha hecho que sea posible la supervivencias de recién nacidos cada vez más prematuros y con peor pronóstico.

En estos momentos, se hace necesario lograr la coexistencia de esta tecnolatría con unos cuidados más humanizados, pues no sólo existen normativa y derechos que lo avalan a nivel nacional e internacional, si no también evidencia científica que lo demuestra. Algo tan sencillo como el método canguro o facilitar el contacto piel con piel puede ser más eficaz que la tecnología punta ya que disminuye la morbi- mortalidad y mejora la supervivencia de estos niños.

OBJETIVOS

Elaboración de guía básica sobre humanización para los profesionales sanitarios que trabajan en las UCIs neonatales basados en la evidencia existente y los diferentes derechos reconocidos del niño y su familia.

MATERIAL Y MÉTODO

Búsqueda bibliográfica a través de PubMed, en Medline y Cuiden.

Revisión del marco legislativo referente a los derechos del niño y familia.

RESULTADOS

Obtención de una guía con “9 pasos para la humanización” para las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales. En ella se describen los puntos más importantes a desarrollar durante nuestra práctica clínica desde una visión integral de familia-niño como un todo, permitiendo identificar fácilmente cuales son las intervenciones y cuidados esenciales en cada uno de los pasos de la guía.

CONCLUSIONES

Se hace necesario el rescate del aspecto más humano para ello debemos dotar a nuestras ucis de protocolos actualizados que incluyan estas medidas de humanización en convivencia con el desarrollo tecnológico en el que actualmente nos encontramos

BIBLIOGRAFÍA

- 1.Ministerio de Sanidad y Política Social. Cuidados desde el nacimiento. Recomendaciones basadas en pruebas y buenas prácticas. 2010.
- 2.Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidades de Neonatología. Estándares y recomendaciones de calidad. 2014.
- 3.Parlamento Europeo. Carta Europea del Niño Hospitalizado. Diario oficial de la Comunidad Europea. 148/37 y 148/38. ; 1986.
- 4.Levin A. Iniciativa para la humanización de los cuidados neonatales. Acta Paediatrica. 1999; 88.
- 5.Acuerdo del Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Impulsar y armonizar la humanización de la asistencia en las unidades de cuidados intensivos pediátricos y neonatales del Sistema Nacional de Salud ; 2013.
- 6.López M, Melgar A, de la Cruz-Bertolo, Perapoch, Mosqueda P, Pallás C. Cuidados centrados en el desarrollo. Situación en las unidades de neonatología de España. Anales de Pediatría. 2014; 81(4).

9. LA VISITA DOMICILIARIA EN EL CONTEXTO DE LA SALUD MENTAL

AUTORES

JOSE ELOY GARCIA GARCIA, PABLO ALONSO VILLAR, JOSE ANTONIO LOPEZ COCERA Y ANA MARIA PEREZ VERA

LUGAR DE TRABAJO

C.A. ARQUITECTO TOLSA/ Centro de salud Salvador Allende

CONGRESO / JORNADA EN EL QUE FUE PRESENTADO

XXXIII CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERIA EN SALUD MENTAL

INTRODUCCIÓN

La visita domiciliaria se fundamenta en la tradición que ha incluido el domicilio como lugar de la praxis médica, y que progresivamente se fue sustituyendo por el hospital a partir de la revolución francesa. La enfermera viene participando en la atención domiciliaria de forma evidente desde final del s.XIX y principio del s.XX, sobre todo en el ámbito de la salud pública¹. La visita domiciliaria es fundamental en los trastornos mentales graves, pero no ha sido suficientemente utilizada ni estudiada. Es por ello que existen escasos documentos referidos a nuestro entorno asistencial.

OBJETIVOS

1. Conocer los documentos disponibles que sobre la visita domiciliaria se han elaborado en nuestro entorno, especialmente aquellos pertenecientes a los distintos servicios de salud o asociaciones científicas/profesionales.
2. Valorar la participación y el rol de la enfermera en estas visitas.
3. Establecer las coordenadas teóricas que permitan explicar dicha actividad.
4. Definir diferencias entre diferentes programas de atención domiciliaria encontrados.

MATERIAL Y MÉTODO

La búsqueda de documentación se realiza con un enfoque cualitativo. Posteriormente se procede al análisis comparativo de los escasos documentos encontrados que permita extraer los conceptos sobre los que se articulan dichas intervenciones, en las que la enfermera y psiquiatra, fundamentalmente, se desplazan al domicilio del usuario.

RESULTADOS

Según un comité de expertos de enfermería psiquiátrica de la OMS de 1956, ya se afirma que las posibilidades de la atención a domicilio se están infrutilizando y que reducirían los ingresos en duración y número². En la visita hay actividades diferenciadas para enfermería y medicina además de la valoración psiquiátrica/funcional/social³. Las situaciones que requieren asistencia domiciliaria

son especialmente las derivadas de la dificultad de enganche y seguimiento de estos usuarios, así como los problemas de salud física, y relacionados con periodos de reagudización o con la necesidad de reducir tiempo de ingreso⁴. Se diferencia la visita convencional, para momentos puntuales, de la visita como herramienta de gestión de casos que está programada⁵. La disminución del estigma, aumentar la cultura de salud mental y potenciar la participación de la familia, son los objetivos más importantes⁶. Se busca ante todo mantener al usuario en su medio más cercano y habitual, facilitando la realización de actividades orientadas a rehabilitarse y reinsertarse⁷.

CONCLUSIONES

El domicilio es el entorno ideal para el cuidado de la persona con patología mental siempre que se respeten unas condiciones mínimas. La visita domiciliaria sigue infrautilizada aunque es un derecho del paciente y precisa de profesionales con una capacitación y soporte adecuados. Contribuye notablemente a disminuir la sobrecarga de los familiares y/o cuidadores, y esclaramente una actividad propia de enfermería.

BIBLIOGRAFÍA

1-Carracedo R, Viz Otero M, CerqueiroLandín R, Armas Barbazán C, García Álvarez M.J, Amado Mera A, PerezVillagarcía E. La visita médica en el trastorno mental severo. Disponible en: <http://www.agsm-aen.org/artigo.php?id=64> Consultado el 17/11/2015.

2 - OMS. Comité de expertos en enfermería psiquiátrica. Informe 105. Ginebra. 1956.

3 - Protocolo de asistencia domiciliaria en salud mental. Servicio de Salud del Principado de Asturias. 1998. Apuntes curso.

4 - Escuela Valenciana de Estudios de la Salud. Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana. Estudios para la Salud. Atención domiciliaria en salud mental. 2011.

5 - Fernández ML, López JA. Gestión de casos en salud mental. Dirección Regional de Salud Mental. Dirección General de Atención Sanitaria y Calidad. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. 2013.

6 - Megías F, Aguilar E. Silvestre F. Hospitalización domiciliaria. Salud mental. Escuela valenciana de valenciana; 2004.

7 - Toquero F, Zarco J. Guía de buena práctica clínica en atención domiciliaria. International Marketing and Communication SA. 2005.

10. APARICIÓN DE EVENTOS ADVERSOS EN RECIÉN NACIDOS (RN) PORTADORES DE CATÉTER EPICUTÁNEO (CE)

AUTORES

Celia padilla, M^º José Riera, M^º José Ángel, Raimunda Montejano, Luis Benavent y Amelia Monedero.

LUGAR DE TRABAJO

UCI Neonatal

CONGRESO / JORNADA EN EL QUE FUE PRESENTADO

Congreso ANECIPN

INTRODUCCIÓN

La inserción del CE, técnica realizada íntegramente por personal de enfermería, no está exenta de riesgos para el RN y puede provocar eventos adversos clasificados como problemas mecánicos o infecciosos. La asistencia de enfermería juega un papel fundamental en la gestión de líneas venosas centrales y en la prevención o reducción de la incidencia de eventos adversos

este trabajo permite conocer la situación actual en la UCIN del Hospital Universitario y Politécnico La Fe sobre el empleo del CE.

OBJETIVOS

Evaluar las características de los RN portadores de catéter epicutáneo y su relación con la aparición de eventos adversos.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio analítico, prospectivo. Se hizo un seguimiento de todos los RN portadores de CE ingresados en la UCIN del Hospital Universitario y Politécnico La Fe desde Octubre de 2014 hasta Septiembre de 2015.

RESULTADOS

Los datos recogidos fueron introducidos en una base de datos y analizados con el paquete estadístico SPSS en su versión 20. Las variables cuantitativas se exponen como media y desviación típica y las variables categóricas en frecuencias y porcentajes. Después se realizó un análisis para identificar la existencia de factores que puedan relacionarse con la aparición de complicaciones en los RN portadores de CE mediante el test Chi Cuadrado. Se asume un error alfa de 5%, considerando significativo un valor de $p < 0,05$.

CONCLUSIONES

Se ha estudiado un total de 140 epicutáneos canalizados a 116 RN. La media de EG fue de $31,08 \pm 5,39$ semanas. La media de peso fue 1723 ± 1049 . Los MMSS fueron el punto de punción más empleado (67,1%) y la localización más frecuente de la punta del catéter tras comprobación radiológica fue la vena cava (67,9%). En el 83,6% de los casos no apareció ninguna complicación, sí en el 16,4% (infección 6,2%; Obstrucción 5,4%; Extravasación 2,3%; Flebitis 2,3%; Otros 1,6%). En el análisis Chi Cuadrado no apareció ninguna relación estadísticamente significativa.

BIBLIOGRAFÍA

1Barría, MP, Santander, GM. Cateterismo venoso central de inserción periférica en recién nacidos de cuidados intensivo. Rev Chil Pediatr 2006; 77 (2): 139-146.

2Castro López F. Beneficios del catéter epicutáneo en el recién nacido. Rev Cub Enferm 2004; 20 (2).

3 Romaniello, OH. Evaluación del empleo de los catéteres percutáneos en recién nacidos. Arch. Argent. Pediatr 1999; 97(2): 82-86.

4Pérez Lafuente E, Ros Navarret R. Protocolo canalización de catéter epicutáneo en Neonatos. Enfermería Integral 2007; (79): 24.26.

5Gomes AVO, Nascimento MAL, Antunes JCP, Araújo MC. El catéter percutáneo en la unidad de cuidados intensivos neonatales: una tecnología del cuidado de enfermería. Enfermería global 2010;19.

6Dioni E, Franceschini R, Marzollo R, Oprandi D, Chirico G. Central vascular catheters and infections. Early Hum Dev 2014; 90 (14): 70017-9.

7Montes SF, Teixeira JBA, Barbosa MH, Barichello E. Aparición de complicaciones relacionadas con el uso del catéter central de inserción periférica (PICC) en los recién nacidos. Enfermería Global 2011; 24.

8 López Sastre JB, Fernández Colomer B, Coto Cotallo GD, Ramos Aparicio A. Estudio prospectivo sobre catéteres epicutáneos en neonatos. Grupo Hospitales Castrillo. An Esp Pediatr 2000; 33:138-147.

9 Franceschi AT, Cunha MLC. Eventos adversos relacionados con el uso de catéteres venosos centrales en recién nacidos hospitalizados. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2010; 18(2):[07 pantallas].

10 Giraldo-Montoya DI, Quirós-Jaramillo A, Mejía-Cadavid LA. Manejo de catéteres centrales de inserción periférica en recién nacidos. Aquichán-Col. 2008; 8 (2): 257-265.

11 Costa P, Kimura AF, Vizzotto MPS, Castro TE, West A, Dorea E. Prêvalência e motivos de remoção não eleiva do catéter central de inserção periférica em neonatos. Rev Gaúcha Enfer. 2012; 33(3): 126-133.

- 12 Paiva ED, Kimura AF, Costa P, Magalhães TEC, Toma E, Alves AMA. Complications related to the type of epicutaneous catheter in a cohort of neonates. *Online braz j nurs.* 2013; 12 (4): 942-952.
- 13 Uygun I, Hanifi M, Otcu S, Ozturk H. Peripherally inserted central catheters in the neonatal period. *Acta Cirúrgica Brasileira* 2011; 26 (5): 404-411.
- 14 Hernández Rastrollo R, Agulla Rodiño E, Martínez Tallo EM, Espinosa Ruiz-Cabal J, Mediero Almendros J. Estudio prospectivo de las complicaciones infecciosas en recién nacidos con catéteres de silicona finos utilizados para infusión de nutrición parenteral *Anales Españoles de Pediatría* 1996; 45 (6): 626-630.
- 15 Rellan Rodríguez S, García de Ribera C, Aragón García MP. El recién nacido prematuro. *Sociedad Española de Neonatología* [Internet] 2015 [Citado 10 Marzo 2015] 8: 68-77. Disponible en: <http://www.se-neonatal.es/Portals/0/Articulos/8.pdf>

11. EVOLUCIÓN DEL PERFIL DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN UTCA HUYP LA FE (1997-2016)

AUTORES

Beltrán Checa M, Borrull Guardedeño J, Sangüesa García MC, Chaves Sardina E.

LUGAR DE TRABAJO

Hospital Universitario y Politécnico La Fe

CONGRESO / JORNADA EN EL QUE FUE PRESENTADO

X Jornadas Internacionales sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA). Actualización y avances. Universidad Internacional Menendez y Pelayo.

INTRODUCCIÓN

En la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria (UTCA) del HUyP La Fe de Valencia (constituida desde 1997) el número de personas con diagnóstico de TCA que ha ingresado, así como la edad de los mismos, ha ido cambiando durante los años. La observación de estos datos permite establecer hipótesis acerca de la susceptibilidad de ingreso en la unidad así como la interpretación de los cambios producidos en estos años.

OBJETIVOS

Conocer la evolución en el perfil de pacientes ingresados en la UTCA a lo largo de los años.

MATERIAL Y MÉTODO

Se trata de un estudio descriptivo donde se recoge información de todas aquellas personas que ingresan en la sala de hospitalización UTCA del HUyP La Fe desde su apertura en 1997 hasta la actualidad (Junio de 2016). Las variables recogidas por el personal de enfermería son: datos sociodemográficos, año y número de reingresos.

RESULTADOS

Desde la apertura de la unidad se han registrado un total de 1.217 ingresos a 749 personas con diagnóstico de TCA. El número de personas atendidas en términos absolutos a lo largo del tiempo se ha visto casi duplicado desde sus inicios a la actualidad. El grupo de edad más ingresado ha sido el de mayores de 25 años hasta 2013, apareciendo en esta fecha un cambio en la tendencia por ser el grupo de edad de 15-19 años el más frecuente en los ingresos. El grupo de menor incidencia en los ingresos hospitalarios ha sido siempre el de menores de 14 años hasta 2013. Desde 2013 se observa un aumento en el número de ingresos del grupo más joven que se mantiene, a diferencia del resto de grupos de edad, con una tendencia creciente en la actualidad. En cuanto al grupo de edad que más reingresa hasta la actualidad son los mayores de 25 años, seguidos del grupo de 15-19 años. Respecto al total de ingresos se observa que un 19% precisa de reingreso, registrando personas que han precisado de hasta 17 ingresos en la unidad de hospitalización.

CONCLUSIONES

La tendencia creciente en el número de pacientes que se atienden en la UTCA, podría estar relacionado con una mayor calidad en el sistema sanitario, en cuanto a la disponibilidad de recursos para la atención de estas patologías, o bien tratarse de un aumento en la incidencia y/o prevalencia de estas patologías en la población actual. El grupo de menores de 14 años también experimenta una tendencia creciente en la necesidad de ingresos que podría asociarse con un aumento en la susceptibilidad de este grupo de población para padecer un TCA en relación al resto de grupos o bien una mejora en la detección de nuevos casos. No es determinante el grupo de edad en relación a los reingresos hospitalarios, ya que el criterio de ingreso está determinado por la situación de urgencia y camas disponibles en el momento de necesidad. Otros factores podrían interferir en las conclusiones como: la falta de diagnósticos tempranos o la falta de otros recursos extrahospitalarios que atiendan a las personas en otras fases de la enfermedad evitando el uso de este recurso como única alternativa.

12. PATOLOGÍA DUAL Y SALUD SEXUAL

AUTORES

Borrull Guardeso J, Sánchez Máñez A, Beltrán Checa M, Palau Muñoz C.

LUGAR DE TRABAJO

Hospital Universitario y Politécnico La Fe.

CONGRESO / JORNADA EN EL QUE FUE PRESENTADO

Jornadas Nacionales Patología Dual. Madrid.

INTRODUCCIÓN

El profesional de enfermería, a través de los patrones funcionales de salud, se encarga de valorar las necesidades alteradas de las pacientes que acuden a una Unidad de Conductas Adictivas (UCA). Con la evaluación del patrón sobre reproducción-sexualidad, se puede detectar comportamientos sexuales de riesgo, buenas prácticas en programas de prevención de cáncer ginecológico y utilización o no de métodos anticonceptivos.

OBJETIVOS

Definir y conocer las características reproductivas y sexuales en mujeres con patología dual admitidas a tratamiento en tres UCAs de Valencia.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo transversal. Se cumplimenta el patrón reproducción-sexualidad en mujeres con patología dual admitidas a tratamiento en la UCA de Nou Campanar, UCA Catarroja y UCA Paterna.

RESULTADOS

La muestra está compuesta por 29 mujeres (edades entre 22 y 60 años.) El 58,6 % utiliza métodos anticonceptivos siendo los más utilizados el DIU (20,7%) y los anticonceptivos orales (17,2%). Sólo dos mujeres presentaron infecciones de transmisión sexual (VIH y Trichomonas). Un 31,0 % ha tenido, alguna vez en su vida, una interrupción voluntaria del embarazo. Un 20,7 % nunca se había realizado una citología cervicovaginal y un 13,8 % nunca una mamografía, estando éstas en edades de cribado.

CONCLUSIONES

La aplicación sistemática del patrón funcional sobre reproducción-sexualidad en mujeres con problemas de adicción y trastorno mental, permitirá planificar una intervención integral y multidisciplinar en pacientes con patología dual. La enfermera de la UCA puede identificar y prevenir conductas sexuales de riesgo. Esta profesional puede asesorar, derivar y animar a las mujeres a que

acudan a las USSYR y /o matrona para favorecer la admisión a protocolos de cribado de cáncer de cuello uterino así como facilitar el conocimiento y uso de los diferentes métodos anticonceptivos.

BIBLIOGRAFÍA

- Celentano D., Latimore A. & Mehtam S. Variations in sexual risks in drug users: Emerging themes in a behavioral context. *Current HIV/AIDS Report*. 2008; 212-218. DOI: 10.1007/s11904-008-0030-4.
- Chau S., Chin M., Chang J., Luecha A., Cheng E., & Schlesinger J. Cancer risk behaviours and screening rates among homeless adults in Los Angeles country. *Cancer Epidemiol Biomarkers*. 2002;11: 431-438.
- Remy L., Narvaez J., Sordi A., Guimaires L., Von Diemen L., Surrant H., & Pechansky P. Correlates of unprotected sex in a sample of young club drug users. *Clinics (Sao Paulo)*, 2013; 68: 1384-1391. DOI: 10.6061/clinics/2013(11)01.

13. TRASPLANTE AUTÓLOGO DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS EN HOSPITAL A DOMICILIO

ANÁLISIS DE REINGRESOS

AUTORES

Soriano Melchor E, Gil Adiego C, Muñoz Cano A, Forcano Sanjuán S, Flors Villaverde P, Giménez Campos S, Viera Rodríguez V, Gómez Royuela L, Bahamontes Mulió A, Valdivieso Martinez B.

LUGAR DE TRABAJO

Área Clínica de Atención Domiciliaria y Telemedicina. Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia.

CONGRESO / JORNADA EN EL QUE FUE PRESENTADO

XIII Congreso de la SOCIEDAD ESPAÑOLA DE HOSPITALIZACION A DOMICILIO

INTRODUCCIÓN

El trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos (TACH)) se considera un procedimiento de muy alto riesgo realizado en los hospitales de agudos a pacientes con diferentes enfermedades hematológicas. Durante los últimos años, se está llevando a cabo el seguimiento de estos pacientes en el domicilio en la fase de aplasia posterior a la infusión de progenitores de sangre periférica. Los resultados publicados muestran un impacto positivo en la calidad de vida de los pacientes y, ser una alternativa segura y eficiente a la hospitalización convencional disminuyendo el riesgo de infecciones nosocomiales y el gasto de recursos hospitalarios (Fernández-Avilés F, 2006; Preussler JM, 2012; Bergkvist et al., 2015) .

OBJETIVOS

El objetivo de este estudio es analizar los casos de pacientes atendidos en la Unidad de Hospital a Domicilio (UHD) del Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia tras recibir TACH que requirieron ingreso hospitalario urgente en el servicio de Hematología.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo de series de casos de forma retrospectiva. Revisión de casos atendidos entre enero de 2008 y diciembre de 2015 a través del acceso a la historia clínica hospitalaria. Los criterios para la selección de las muestra fueron pacientes en fase de aplasia posterior a TACH de sangre periférica atendidas en la UHD del Hospital Universitari i Politècnic la Fe.

RESULTADOS

Desde enero 2008 hasta diciembre 2015, 27 pacientes recibieron un TACH con seguimiento domiciliario 2de los cuales, 7 (25,9%) precisaron ingreso urgente en sala de Hematología. La edad media de los pacientes con reingreso hospitalario fue de 50,49 años (18-67). Los diagnósticos

fueron mieloma múltiple(42,8%), linfoma no Hodgkin (42,8%) y leucemia mieloblástica aguda (14,4%).

Con respecto al análisis de los motivos de reingreso cabe subrayar que la presencia de fiebre sin foco identificado motivó el 100% de las readmisiones en Hematología. La mediana del día del reingreso fue el día +9 (6-13) desde TACH.

En el estudio se analizan también las principales complicaciones clínicas que se registraron durante el seguimiento en el domicilio, el tratamiento de soporte recibido y la necesidad de visitas en domicilio que se precisaron.

DISCUSIÓN

La tasa de reingresos hospitalarios no programados en pacientes que fueron sometidos a TACH con seguimiento posterior en la UHD muestra mejores resultados en comparación con otros resultados publicados en modelos de seguimiento extra-hospitalario (Holbro,2013;Martino,2014). La fiebre neutropénica junto con inestabilidad hemodinámica motivó la totalidad de los reingresos siendo favorable la evolución posterior en el servicio de Hematología.

CONCLUSIONES

Entendiendo la complejidad clínica de estos pacientes y las necesidades de seguimiento más frecuentes, las UHD son una alternativa segura y competente en la proporción de cuidados y realización de procedimientos complejos en el entorno domiciliario. No obstante, cabe destacar que la intensidad en la intervención exige una reorganización en la unidad debido a la sobrecarga asistencial, especialmente en cuidados de enfermería.

BIBLIOGRAFÍA

Bergkvist, K., Winterling, J., Johansson, E., Johansson, U.-B., Svahn, B.-M., Remberger, M., ... Larsen, J. (2015). General health, symptom occurrence, and self-efficacy in adult survivors after allogeneic hematopoietic stem cell transplantation: a cross-sectional comparison between hospital care and home care. *Supportive Care in Cancer: Official Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 23(5), 1273–1283.

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.

Martino M, Montanari M, Ferrara F, Ciceri F, Scortechini I, Palmieri S, et al. Very low rate of readmission after an early discharge outpatient model for autografting in multiple myeloma patients: an Italian multicenter retrospective study. *Biol Blood Marrow Transplant*. 2014 Jul;20(7):1026–32.

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

14. IMPLANTACIÓN DE UN CUADRO DE MANDO INTEGRAL EN UNA UNIDAD DE HOSPITAL A DOMICILIO

AUTORES

Soriano Melchor E, Muñoz Cano A, Flors Villaverde P, Giménez Campos MS, Marset S, Valdivieso Martinez B.

LUGAR DE TRABAJO

Área Clínica de Atención Domiciliaria y Telemedicina. Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia.

CONGRESO / JORNADA EN EL QUE FUE PRESENTADO

Sociedad Española de Hospitalización a Domicilio (SEHAD)

INTRODUCCIÓN

El Cuadro de Mando Integral (CMI) integra un conjunto coherente de indicadores y subindicadores que deben proporcionar información para facilitar la toma de decisiones y el control tanto para la Dirección del Departamento de salud como a los responsables del Área de Hospital a Domicilio y Telemedicina.

OBJETIVOS

Diseñar una herramienta de gestión que permita describir y comunicar de forma clara y coherente una estrategia (la visión de hacia dónde queremos ir, hacia dónde va el área...), de forma que desde la planificación estratégica esa visión se comunique y sea comprendida por todas las personas del área o unidad.

MATERIAL Y MÉTODO

Se ha diseñado e implantado un nuevo CMI, en colaboración con la Unidad de Documentación Clínica y Admisión y el servicio de Informática, que mediante una herramienta de inteligencia de negocio sea capaz de extraer los datos del área, cuyo origen son los diferentes sistemas de información del hospital, en un único proceso de extracción de información que evite duplicidades y el alojamiento de información integrado que permita leer esta información desde cualquier ámbito del Departamento. La información debe estar preparada para distintos roles dentro de la organización (Gerencia, Dirección, Jefes de Servicio, Unidad de Documentación Clínica y Admisión) con la posibilidad además de combinar información de distintas áreas (asistenciales, servicios y gestión).

RESULTADOS

Disponemos de un CMI accesible a los profesionales de la UHD desde la intranet del Departamento que muestra los valores de los indicadores definidos y permite el análisis de la accesibilidad, altas, contactos, efectos adversos (reingresos y mortalidad), funcionamiento y

evolució temporal. Los indicadores se actualizan diariamente y la información se puede desagregar en función de las distintas líneas (adulto, salud mental y pediatría), funciones asistenciales (consulta externa, hospital de día, hospitalización), tipos de pacientes, equipos y períodos temporales.

Este CMI presenta de una manera relevante los datos para su rápido análisis, posibilitar la detección de problemas o incumplimiento de los objetivos y poder desagregar la información en función de líneas, funciones asistenciales o tipos de pacientes.

CONCLUSIONES

El Cuadro de Mando Integral es la herramienta de gestión que permite alinear las actividades diarias con la estrategia del área a medio/largo plazo. Facilita el describir, comunicar y conocer cuáles son los objetivos estratégicos del área, los indicadores de medición y metas establecidos así como las relaciones causa-efecto.

Es fundamental su seguimiento y revisiones para ayudarnos a detectar de forma temprana y rápida las desviaciones, analizar las causas y emprender las acciones de mejora necesarias dentro del ciclo de mejora continua.

15. REDUCCIÓN DEL VOLUMEN DE LECHE MATERNA DONADA DESCARTADA POR LOS RESULTADOS DEL CULTIVO MICROBIOLÓGICO TRAS LA MODIFICACIÓN DEL PROTOCOLO DE EXTRACCIÓN.

AUTORES

Amparo Ramón Beltrán, María Gormaz Moreno, Anna Parra Llorca, Rosario Sirvent Coloma, Patricia Correcher Medina, Isabel Izquierdo Macián

LUGAR DE TRABAJO

Banco de Leche Materna del Hospital La Fe

CONGRESO / JORNADA EN EL QUE FUE PRESENTADO

VII Reunión de Bancos de Leche Humna

INTRODUCCIÓN

La donación de leche materna debe realizarse siguiendo protocolos que garanticen su calidad y seguridad. Uno de los pasos es la extracción y conservación de la leche por parte de las donantes en su domicilio, utilizando el material y siguiendo las recomendaciones proporcionadas por el banco de leche materna (BLM). Un elevado recuento bacteriano en la leche materna puede afectar a sus propiedades e indicar una mala manipulación higiénica. Los BLM establecen criterios de descarte de la leche materna en función de los controles microbiológicos establecidos. Para disminuir el volumen de leche descartada por el resultado de los cultivos bacteriológicos, se introdujeron medidas en el protocolo de extracción que mejoraran las condiciones higiénicas de la misma. Dichas medidas fueron proporcionar bolsa para esterilizar piezas del sacaleches, apósitos estériles para el secado del mismo y solución hidroalcohólica para limpieza de manos previa a la extracción, y se implementaron a partir del 1 de Julio de 2015.

OBJETIVOS

Disminuir el volumen de leche descartada por el resultado de los cultivos bacteriológico.

MATERIAL Y MÉTODO

Revisión de los cultivos microbiológicos pre y postpasteurización en dos períodos de tiempo: antes (Octubre 2014 a Febrero 2015) y después (Octubre 2015 a Febrero 2016) de la introducción del cambio en el protocolo de extracción de la leche.

RESULTADOS

La siguiente tabla recoge los resultados obtenidos en los períodos de estudio .

	PERÍODO PRE	PERIODO POST	P
Nº LOTES	203	199	
Nº LOTES RECHAZADOS (%)	39 (19,2)	34 (17)	0,58
Nº LOTES CULTIVO PRE NO APTO	27 (13,3)	18 (9)	0,18
Nº LOTES CULTIVO PRE >100.000 UFC/ml	14 (6,8%)	10 (5%)	0,43
Nº LOTES CULTIVO POST NO APTO	14 (6,8%)	21 (10,5%)	0,19
Nº LOTES BACILLUS POST (% de no apto)	14 (100% de +)	17 (80,9% de +)	0,08

DISCUSIÓN

La leche materna contiene bacterias que contribuyen al establecimiento del microbioma del recién nacido. La LM es un medio de cultivo en el que puede proliferar el crecimiento bacteriano si no se adoptan medidas higiénicas. El excesivo crecimiento bacteriano puede conducir a acidificación de la leche y ésta disminuir la calidad de la misma por sus efectos sobre la biodisponibilidad del calcio, la proteólisis y la oxidación lipídica. La extracción de LM es un paso de potencial contaminación bacteriana (1,2). Es recomendable aplicar medidas de Análisis de Peligros y Puntos Críticos de Control (APPCC) en los bancos de leche (3, 4).

CONCLUSIONES

La modificación del protocolo de extracción incluyendo el uso de solución hidroalcohólica y bolsas para esterilizar las piezas del sacaleches no se ha acompañado de una reducción estadísticamente significativa del nº de lotes rechazados global, y en función del recuento obtenido en el cultivo pre pasteurización. Se objetiva un aumento no significativo del nº de lotes con cultivo postpasteurización no apto. En ambos períodos de tiempo, en los cultivos postpasteurización el microorganismo aislado casi exclusivamente ha sido Bacillus. El protocolo del BLH permite aceptar donaciones de leche acumulada aunque no se hayan cumplido todos los puntos de este protocolo de extracción, lo que podría contribuir a la ausencia de diferencias entre ambos períodos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tyson JE, Edwards WH et al. Collection methods and contamination of bank milk. Arch Dis Child 1982;57:396-398.
2. Boo NY, Nordiah AJ. Contamination of breast milk obtained by manual expression and breast pumps in mothers of very low birthweight infants. J Hosp Infect 2001;49:274-281.
3. Cossey V et al. Expressed breast milk on a neonatal unit: A hazard analysis and critical control points approach. Am J Infect Control 2011;39:832-8.

4. PATH. Strengthening Human Milk Banking: A workshop for Developing a Hazard Analysis and Critical Control Points Plan for Your Human Milk Bank- Trainee Workbook. Version 1.1. Seattle, Washington, USA; 2016.

16. IMPACTO DE LOS PROCEDIMIENTOS COMPLEJOS DE ENFERMERIA EN LA GESTIÓN DEL PERSONAL Y CAPACIDAD ASISTENCIAL DE LA UNIDAD DE HOSPITALIAZACIÓN A DOMICILIO

AUTORES

Gómez Royuela, L.A.(1); Roig Campos, J.C.(2)

LUGAR DE TRABAJO

Unidad de Hospitalización a Domicilio

CONGRESO / JORNADA EN EL QUE FUE PRESENTADO

Gran Canarias

INTRODUCCIÓN

El día 1 de enero de 2015 la Conselleria de Sanitat de la Comunitat Valenciana realizó un cambio del mapa sanitario que afectó de lleno al Departamento de Salud Valencia - La Fe. Esto significó el aumento tanto de la cobertura poblacional (90.000 nuevos pacientes), de la dispersión geográfica (25 Km) y la presión asistencial sobre el departamento. Entre las medidas que adoptó la dirección para aplacar el impacto del inminente aumento de la demanda asistencial sobre la capacidad del hospital de agudos fue el crecimiento de la HAD. Para ello se amplió el número de camas en esquema de hospitalización de la HAD de 75 a un total de 120, con el consiguiente incremento de la plantilla de 7 a 10 facultativos y de 16 a 26 enfermeros.

OBJETIVOS

El reto organizativo consistía en determinar si las cargas asistenciales de la nueva cápita podrían ser asumidas por dichos recursos humanos, así como su correcta gestión en momentos puntuales, tales como vacaciones, aumento de la presión asistencial, etc.

MATERIAL Y MÉTODO

En el estudio se han considerado las técnicas y procedimientos de enfermería con mayor impacto (primera visita y valoración en el domicilio, terapia intravenosa, curas complejas, paracentesis, terapia transfusional y analíticas) realizadas por el personal de enfermería durante un intervalo de 6 meses. Para ello se han utilizado las indicaciones temporales del catálogo de procedimientos de la Conselleria para la HAD, así como el protocolo del tratamiento antimicrobiano domiciliario endovenoso (TADE) de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Para la auditoría de la actividad de cada profesional se han utilizado el cuadro de mandos integral para la gestión del hospital (CUIDISS), que obtiene los datos de la aplicación de información clinico-asistencial Orion Clinic, donde se registra toda la actividad asistencial prestada. Todo ello tratado en una hoja de calculo Excel ©.

RESULTADOS

Los resultados del estudio nos muestran un promedio de 87.4 visitas diarias, en el 50.4 % de las cuales se realizan alguno de estos procedimientos, llegando a un máximo de 80 % de las visitas realizadas. Además, dichas técnicas consumen una media de 1565 minutos, lo que supone que cada enfermero emplea en estos procedimientos diariamente hora y media (90 minutos) y representan el 39,3% del tiempo destinado a la ruta.

El pico máximo de estas técnicas de enfermería ha llegado a 2575 minutos, con 123 pacientes ingresados y 18 enfermeros, suponiendo un tiempo por enfermero de 143 min y representando el 62 % en la ruta del profesional. Llegando a un máximo de manera simultánea con 3 transfusiones y 1 paracentesis en un mismo día (2055 min).

CONCLUSIONES

Con los datos obtenidos podemos realizar una estimación de la necesidad de personal de enfermería, la carga asistencial soportada y el número de pacientes que podemos asumir en los diferentes períodos

BIBLIOGRAFÍA

Mirón Rubio, M.; Estrada Cusart, O.; González Ramallo, V. J. “Protocolos tratamiento antimicrobiano domiciliario endovenoso (TADE)”. SEMI, Elsevier España S.L. 2008

Conselleria de Sanitat, “Catálogo de procedimientos del hospital a domicilio”. Generalitat Valenciana. 2005

17. TALLERES “CUIDANDO AL CUIDADOR” DESDE ATENCION PRIMARIA.

AUTORES

Eva Cutillas Carbonell, Enfermera gestora de casos comunitaria en CAP Economista Gay del departamento La Fe-Valencia.

Consuelo López Pérez. Enfermera gestora de casos comunitaria en CAP Miguel Servet del departamento La Fe-Valencia.

Begoña Bonilla Balaguer. Enfermera gestora de casos comunitaria en CAP Campanar del departamento La Fe-Valencia.

CONGRESO / JORNADA EN EL QUE FUE PRESENTADO

IV Congreso internacional y X Nacional de la Asociación de Enfermería Comunitaria que se celebró en Burgos.

INTRODUCCIÓN

Desde el departamento de salud La Fe-Valencia, en cumplimiento con el plan estratégico de atención a la cronicidad que propone La Conselleria de Sanitat. Se está desarrollando una intervención grupal dirigida a cuidadores/familiares, el Taller “Cuidando al cuidador”. Desde 3 centros de Atención Primaria; Economista Gay/Tendetes, Campanar y Miguel Servet y, a cargo de las enfermeras gestoras comunitarias junto con las trabajadoras sociales de los centros. Para ello se ha creado una plataforma digital donde se comparte información, documentación, recursos y herramientas para el desarrollo de los talleres. y a la que cualquier profesional del departamento interesado en realizar estas intervenciones grupales puede acceder si lo solicita. En esta intervención de grupo se trabaja en función de las emociones y creencias de los asistentes. Se intercambian experiencias, consejos, etc. Se busca mejorar o fortalecer carencias personales a partir de las aportaciones de los otros. La experiencia se puso en marcha en Abril de 2015, contamos con 2 ediciones a las que han asistido un total de 47 cuidadoras/res.

OBJETIVOS

Se pretende que los cuidadores puedan desarrollar habilidades para afrontar su situación como cuidador y mejorar su estado emocional. Mejorar su autoestima. Mejorar su capacidad en resolución de problemas y las habilidades de comunicación.

Modificar los pensamientos disfuncionales. Disminuir la irritabilidad y el nerviosismo. Aumentar el apoyo que recibe. Programar y realizar actividades gratificantes.

MATERIAL Y MÉTODO

La captación del cuidador se realiza a través de carteles informativos y de los profesionales del Centro de Salud. Esta intervención grupal esta dirigida a cuidadores/familiares de personas dependientes, se tiene en cuenta la sobrecarga del cuidador. El taller se divide entre 6-8 sesiones de 2 horas como máximo, con grupos de 10 a 15 personas. Los contenidos están basados en las

necesidades y expectativas de los cuidadores y siempre marcando objetivos realistas y alcanzables. Se desarrollan a través de dinámicas de grupo, técnicas asertivas, de relajación, exposición, debate, etc. Para ello hemos necesitado una sala de reuniones o gimnasio, con mobiliario facilitador de la comunicación y, material audiovisual. Para la evaluación se pasaron varios test al inicio y al finalizar el taller. Usamos el test de Zarit para medir la sobrecarga del cuidador, el Coop/wonca para medir la calidad de vida y, una encuesta de satisfacción.

RESULTADOS

La evaluación nos permite valorar el efecto de la intervención, determinar la idoneidad de la misma o replantear su diseño. Contamos con 2 ediciones a las que han asistido un total de 47 cuidadores, con una edad media de 66 años (37-89 años), de los cuales el 19% eran hombres y el 81% mujeres. Como causa de la dependencia, se clasifican en 3 categorías: Enfermedades Neurodegenerativas que han representado un 77%, Enf. Oncológicas un 4% y otras un 19% (dependientes físicos/sensoriales, etc.). y sirve para profundizar en las últimas clases del taller sobre temas concretos que dependen de la causa de la dependencia.

Los resultados obtenidos, muestran una disminución en el grado de “sobrecarga intensa” que pasa de un 83% al inicio del taller a un 55% pasados 3 meses y, un aumento en el grado de “sobrecarga leve” de un 13% a un 28%, Y en el de “No sobrecarga” que pasa a ser de un 4% al inicio del taller a un 17% pasados 3 meses de la finalización. En el análisis de estos datos influyen otros factores externos, no solo la asistencia al taller, como pueden ser, cambios de situación con respecto al cuidado o incluso el propio estado de salud del cuidador. De todas maneras son útiles para detectar a los cuidadores con mayor sobrecarga para poder realizar un seguimiento más intenso junto con su médico/enfermera/trabajadora social de referencia.

Los resultados de calidad de vida varían en función de la edad de los cuidadores y de su estado de salud, que es el que se muestra más afectado (movilidad, dolor, dificultad para realizar actividades cotidianas, etc.). Otra dimensión que también se suele ver afectada en los cuidadores y en la que más puede incidir el taller, es en la de sentimientos (ansiedad, depresión, sentimiento de culpa, pensamientos negativos, etc.). En general todas las dimensiones que valora el test Coop/Wonca, (Forma física, Sentimientos, Actividades cotidianas, Sociales, Estado de salud y Dolor) evidencian una mejoría con respecto al test inicial.

Al finalizar cada taller los asistentes responden una encuesta para evaluar el grado de satisfacción de los cuidadores con respecto a los profesionales, al contenido y al desarrollo del taller. Que ha resultado de un 100% de satisfacción

CONCLUSIONES

Durante los talleres se ha tratado de que los cuidadores aprendan a cuidar, pero sobre todo lo que se pretende es que aprendan a cuidarse y, los recursos sociales de los que disponen. Durante las sesiones se han compartido problemas, preocupaciones y miedos. Han tenido la posibilidad de expresar sus emociones e intercambiar afectos. Se ha aprendido compartiendo experiencias. El taller les ha proporcionado un tiempo de respiro y, les ha servido para reducir el aislamiento. El grupo se convierte en un apoyo social importante.

Las muestras de agradecimiento a la organización de este tipo de talleres por parte de los cuidadores asistentes, es una experiencia muy gratificante y, el aliciente para organizar los siguientes talleres llenas de ilusión.

BIBLIOGRAFÍA

Guía de atención a las personas cuidadoras familiares en el ámbito sanitario.

https://www.san.gva.es/Guia_de_atencion_a_las_personas_cuidadoras_familiares_en_elambito-sanitario.pdf

Cruz Roja Española. Cuídate. Guía Básica de Autocuidado para Personas Cuidadoras.

http://www.sercuidador.es/pdf/guia_autocuidado.pdf

Cruz Roja Española. La dimensión emocional de los cuidados. Guía básica para la gestión de los pensamientos erróneos. <http://www.sercuidador.org/pensamientos/Dimension-emocional.pdf>

Guía de atención a las personas cuidadoras. 2006. Servicio de salud del Principado de Asturias. Gobierno del Principado de Asturias.

http://www.riicotec.org/InterPresent2/groups/imsero/documents/binario/guia_atencion_personas_cuidado.pdf

18. “ACTUACIÓN ENFERMERA DURANTE LA TERAPIA DE DEPURACIÓN EXTRARRENAL CONTINUA EN UCI PEDIÁTRICA”

AUTORES

Virginia Zacarés Montalvá, Elena Tudela Llinares, Carmen Dolz Alabau y M^a Ángeles Soriano Prats.

LUGAR DE TRABAJO

UCI PEDIÁTRICA del Hospital Universitario y Politécnico La Fe

CONGRESO / JORNADA EN EL QUE FUE PRESENTADO

XXVII Congreso de la Asociación Nacional de Enfermería de Cuidados Intensivos Pediátricos y Neonatales, los días 18, 19 y 20 de mayo del 2016 en Ávila

INTRODUCCIÓN

.Las técnicas de depuración extrarrenal/extracorpórea continua (TDEC) permiten el reemplazo de la función renal en el niño/a en estado crítico con fracaso renal agudo afectados con diversas patologías asociadas y cuya inestabilidad clínica imposibilita las técnicas de diálisis convencionales. Estas técnicas producen un intercambio de solutos y agua entre dos compartimentos separados por una membrana semipermeable, basándose en los mecanismos de difusión, convección o ultrafiltración y adsorción para depurar toxinas y agua del organismo en aquellos niños que lo necesiten.

Actualmente en las unidades de intensivos pediátricos y neonatales, estas técnicas se han convertido en una herramienta beneficiosa y eficaz en el manejo del niño/a crítico con insuficiencia renal, alteraciones hidroelectrolíticas y ácido-básicas severas, insuficiencia cardíaca con sobrecarga de volumen, intoxicaciones endógenas y exógenas, errores congénitos del metabolismo, hiperamonemias, shock séptico, fallo multiorgánico, post-cirugía cardíaca, post-ecmo, ...

El continuo avance de las técnicas de depuración extrarrenal y el aumento de su aplicación en los niños críticamente enfermos ha supuesto la necesidad de que el profesional de enfermería adquiera nuevas habilidades en el manejo de estos niños y el control de las posibles complicaciones, por lo que nos planteamos estandarizar los cuidados que precisan este tipo de pacientes, mediante un protocolo de actuación enfermera para garantizar una atención integral y continuada de las necesidades de cuidados del niño sometido a terapia de depuración extrarrenal continua.

OBJETIVOS

Objetivo general: Optimizar la práctica de los cuidados que ofrecen los profesionales de enfermería responsables de la asistencia al niño/a sometido a terapia de depuración extrarrenal continua, mediante un protocolo actualizado de actuación enfermera basado en la evidencia científica, proporcionando información clara y accesible a través de un poster, que sirva de guía visual de apoyo al enfermero/a responsable del cuidado del niño/a que precisa este tipo de terapia.

Objetivos específicos: 1. Contribuir en la formación de los profesionales de enfermería. 2. Normalizar la práctica enfermera y disminuir la variabilidad de los cuidados. 3. Prevenir e identificar precozmente las complicaciones derivadas de esta técnica. 4. Mejorar la calidad de nuestra atención.

MATERIAL Y MÉTODO

Información bibliográfica para la investigación mediante una revisión bibliográfica en bases de datos, así como protocolos, recomendaciones y planes de cuidados de los niños/as sometidos a terapia de depuración extrarrenal continua en webs de hospitales y trabajos científicos de profesionales de enfermería expertos en esta terapia, con el fin de conocer la evidencia científica actualizada, útil y pertinente para la práctica de las enfermeras/os al cuidado de estos pacientes. Las bases de datos consultadas fueron Medline, Embase, Cinahl y ScienceDirect, usando el motor de búsqueda por el sistema de las palabras clave: Terapias de reemplazo renal continuas, Terapias de depuración extrarrenal continuas, insuficiencia renal aguda, complicaciones, cuidados de enfermería, hemofiltración, ultrafiltración, hemodiafiltración, protocolos de enfermería, pediatría y cuidados intensivos pediátricos. Utilizamos los operadores booleanos AND, OR, NOT y WITH. El período de búsqueda de los artículos se limitó a los últimos 7 años y en los idiomas de inglés y español. Además, también se usaron libros especializados y páginas web como soporte de conocimientos y apoyo a la revisión.

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 sometido a terapia de depuración extrarrenal continua.

RESULTADOS

Tras la lectura crítica de los documentos encontrados, basándonos en los de calidad metodológica y utilidad para nuestra práctica profesional, y realizar consultas a expertos sobre el tema, hemos podido actualizar los conocimientos sobre las técnicas continuas de depuración extrarrenal continua y las modalidades más utilizadas en UCI pediátrica y hemos elaborado un protocolo actualizado de actuación enfermera en el niño/a sometido a terapia de depuración extrarrenal continua, estableciendo unos cuidados para esta terapia, mediante intervenciones dirigidas al correcto funcionamiento del equipo de depuración extrarrenal continua, la vigilancia de las posibles complicaciones derivadas de esta técnica así como, una descripción de los cuidados enfermeros en el cuidado integral del niño/a y su familia. Para su elaboración nos hemos basado en la guía metodológica para la elaboración de procedimientos de enfermería basados en la evidencia de la Dirección de Enfermería de nuestro hospital, aprobado por la Comisión de Normalización de Procedimientos de Enfermería.

Estas actuaciones enfermeras las hemos plasmado en un póster científico proporcionando información clara y accesible que sirva de guía visual de apoyo al enfermero/a responsable del cuidado del niño/a que precisa este tipo de terapia.

DISCUSIÓN

El avance en nuestra profesión es continuo y es por ello que para conseguir un buen funcionamiento de las distintas técnicas de depuración extrarrenal continua, consideramos que es indispensable actualizarnos continuamente en técnicas y procedimientos, siendo el cuidado de los niño/as durante la terapia de depuración extrarrenal continua en UCI pediátrica un gran desafío para los profesionales de enfermería durante su atención.

CONCLUSIONES

Para conseguir un buen funcionamiento de las distintas técnicas de depuración extrarrenal continua, es indispensable un amplio conocimiento en el funcionamiento del aparataje por parte del profesional de enfermería de estas técnicas, así como mantener una estrecha vigilancia del estado hemodinámico y un correcto manejo integral del niño/a, manteniendo rigurosa asepsia en todas las manipulaciones y una adecuada actuación en la prevención y resolución de complicaciones.

Las pautas de intervención enfermera protocolizadas en este procedimiento contribuyen a normalizar la práctica enfermera y disminuir la variabilidad en los cuidados, facilitan la prevención e identificación de las complicaciones durante la técnica y posteriores a ella y consideramos que la colocación de este poster en un lugar visible servirá de guía de apoyo para la toma de decisiones y una mayor seguridad en la atención, mejorando con ello la calidad de nuestros cuidados.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.Santiago Lozano, MI.; López-Herce Cid, J.; Del Castillo Peral, J. y Mencía Bartolomé, S. Técnicas de depuración extrarrenal y filtrado plasmático. En López-Herce Cid, J. et al. Manual de cuidados intensivos pediátricos. 4ª Edición. Técnicas y procedimientos. Renal. Cap. 108. Pág. 1033. Publimed. 2013.
- 2.Dolz Alabau, C. Técnicas de soporte vital ante un fallo orgánico. Tema 11. Apuntes Postgrado Curso de experto en cuidados neonatales y pediátricos de enfermería. Área Ciencias de la Salud. Universidad Europea de Valencia. 2015-2016.
- 3.Santiago Lozano, MJ Técnicas de depuración extrarrenal continua en el niño críticamente enfermo. Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Madrid. Facultad de medicina. Departamento de pediatría. 2011.
- 4.Palanca Sánchez I. (Dir.), Conde Olasagasti J. (Coord. Cient.), Elola Somoza J. (Dir.), Bernal Sobrino JL. (Comit. Redac.), Paniagua Caparrós JL. (Comit. Redac.), Grupo de expertos. Unidad de depuración extrarrenal: estándares y recomendaciones. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011.
- 5.Dorao Martínez-Romillo, P. y Schüffelmann Gutiérrez, C. Técnicas continuas de depuración renal. En Ruza, F. y cols. Manual de cuidados intensivos pediátricos. 2ª Edición. Sección 2. Técnicas. Cap.18. Pág. 406-501. Ediciones Norma-Capitel. 2010

- 6.Sánchez Martínez, MA. Et al. Protocolo de TCDE. Servicio Anestesiología y Reanimación. Hospital General Universitario Albacete. Versión 3. Noviembre 2009.
- 7.Jen-Jar Lin. Terapia de apoyo renal en pacientes pediátricos con lesión renal aguda tras cirugía cardiaca. Estado actual de los conocimientos. Rev Esp Cardiol. 2012;65(9):785–787. Elsevier España, S.L.
- 8.Moliner, S. y Rosselló, M. Terapias continuas de depuración extrarrenal. SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada 7 de enero 2014. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.
- 9.Baxter. Terapias Continuas de Depuración Extracorpórea (TCDE). Disponible en: http://www.baxter.es/profesionales_sanitarios/Terapias/insuficiencia_renal/insuficiencia_renal_aguda/tcde.html
- 10.Alaminos Romero, R. y Ortega Vega, A. Cuidados de enfermería en la Depuración extrarrenal continua (DERC). V 1.0. Hospital Universitario Virgen del Rocío.
- 11.Hospal. Manual del operador Prisma. Ed. Gambro Dasco. Italia.
- 12.Santiago Lozano, MI. y López-Herce Cid, J. Hemofiltración veno-venosa continua. Protocolos Sociedad española de cuidados intensivos pediátricos (SECIP). 2010.
- 13.Mendivelso LB, Hurtado NC. Paciente en estado crítico con hemofiltración veno-venosa continua. Intervención de enfermería. Enferm [on line]. 2009; 12:18-27

19. CUIDADOS Y TRATAMIENTO DE LA ICTERICIA FISIOLÓGICA NEONATAL EN PAÍSES CON DIFERENTES RECURSOS

AUTORES

Alba Ruiz Ochoa, Isabel Vicente Pérez y Carmen Dolz Alabau

LUGAR DE TRABAJO

UCI PEDIÁTRICA del Hospital Universitario y Politécnico La Fe

CONGRESO / JORNADA EN EL QUE FUE PRESENTADO

XXXVII Congreso de la Asociación Nacional de Enfermería de Cuidados Intensivos Pediátricos y Neonatales, los días 18, 19 y 20 de mayo de 2016 en Ávila .

INTRODUCCIÓN

A nivel mundial la ictericia neonatal o hiperbilirrubinemia afecta a 481.000 recién nacidos a término o pretermo tardío anualmente, de los cuales más de 114.000 muere y 63.000 sobreviven con discapacidades severas o moderadas. La mayoría de los niños afectados por estas complicaciones reside en países de ingresos medios, y la disponibilidad de fototerapia para niños con ictericia es obstaculizada por la falta de recursos inadecuados para adquirir o mantener el tratamiento con fototerapia convencional. Realmente estos datos resultan bastante alarmantes, pues en nuestro medio la mayoría de nuestros neonatos sobreviven sin secuelas a esta patología tan común.

El tema de la Ictericia Neonatal es un tema muy recurrente, del cual podemos encontrar numerosos estudios relacionados, que tratan sobre factores de riesgo predisponentes, prevención, tipos y tratamientos de la hiperbilirrubinemia que la provoca.

No sólo en nuestro país es una patología tan frecuente, y nos preguntamos cómo se trata en otros países dónde el vínculo del neonato con los padres se quiebra lo menos posible incluyendo a los padres y familia en cada cuidado del bebe .Del mismo modo nos preguntamos cómo se adapta el tratamiento al contexto local de países en vías de desarrollo, donde por ejemplo no tienen electricidad de forma continua o los mismos recursos que tenemos en España para el tratamiento de la ictericia con Fototerapia. En esta revisión comentaremos más profundamente terapias alternativas que se adaptan a cada contexto social y local.

OBJETIVOS

Conocer y describir los métodos, que a través de la luz se emplean en diferentes partes del mundo, independientemente de los recursos disponibles, y que han demostrado su eficacia en el tratamiento de la ictericia fisiológica neonatal y difundir los cuidados de enfermería necesarios que precisa el niño/a durante esta terapia.

MATERIAL Y MÉTODO

Información bibliográfica para la investigación. Se llevó a cabo una revisión de artículos científicos, estudios y bibliografía disponible sobre la ictericia fisiológica neonatal y sus cuidados, tratamiento y métodos diagnósticos utilizados según los recursos en diferentes países, independientemente de su nivel de desarrollo. Se seleccionaron las palabras clave: Neonatal, ictericia, fototerapia, bilirrubina, hiperbilirrubinemia neonatal, recursos, tratamiento y se combinaron con los boléanos and, or y xor, seleccionando aquellos cuya publicación estaba escrita en español e inglés. El período de búsqueda se realizó de los últimos 10 años.

Método sistemático y organizado mediante un póster: Elaboración de un poster que explique cómo actúa la luz en el tratamiento de la hiperbilirrubinemia y la eficacia de los diferentes métodos de empleo basándonos en la evidencia científica disponible, resaltando los beneficios de cada uno de ellos.

RESULTADOS

La terapia de la luz ha sido aplicada para tratar diversas enfermedades desde afecciones de la piel hasta enfermedades psiquiátricas. Su uso en medicina tiene una larga historia, ya en el antiguo Egipto y Grecia, la luz solar ya se utilizaba para algunos tratamientos médicos. La fototerapia es una medida terapéutica en el tratamiento de la hiperbilirrubinemia indirecta, especialmente en aquellos casos en que la causa no es una hemólisis grave (incompatibilidad de RH o de sub. grupo). Consiste en el uso terapéutico de la luz y se empleará incluso cuando se utilicen otros procedimientos como la exanguinotransfusión. También es útil como profilaxis de la hiperbilirrubinemia en el RN pretérmino. Su objetivo es disminuir la bilirrubina mediante fotooxidación a nivel de piel, para ser excretada por la bilis, deposiciones y orina.

En EEUU y en otros países desarrollados, como España, la mayoría de los casos de ictericia fisiológica se tratan con fototerapia convencional, sin embargo, poner a un bebe bajo una lámpara que emite luz azul no es viable en lugares donde no hay electricidad constante. Lamentablemente en muchos países en vías de desarrollo esta medida terapéutica en el tratamiento de la hiperbilirrubinemia no es posible. Durante nuestra investigación encontramos un artículo muy interesante realizado en Lagos (Nigeria) en 2015, donde se explica cómo a través de unos "Cristales especiales." se trata eficazmente esta patología. Del mismo modo, en otros países, como Estados Unidos no es inusual tratar a estos neonatos con terapias de luz mediante fototerapia de fibra óptica Biliblanket.

La fototerapia es una técnica empleada en la unidad de neonatología para disminuir los niveles de bilirrubina en el recién nacido y para la cual la enfermera responsable debe conocer los cuidados que debe prestar al recién nacido sometido a ella, así como las posibles contraindicaciones y complicaciones derivadas de la misma. Todo ello se realizará con el objetivo de lograr el efecto terapéutico deseado y evitar riesgos o complicaciones derivadas del tratamiento, como el síndrome del niño quemado, deshidratación, desapego materno, lactancia materna ineficaz, etc.

DISCUSIÓN

En muchas ocasiones no nos planteamos como abordan o afrontan determinadas patologías o problemas de salud en otros medios con diferentes recursos, pero ha sido interesante conocer cómo a pesar de no disponer de recursos como los que disponemos en nuestro medio, se pueden atender y tratar patologías como la ictericia neonatal, evitando complicaciones, conociendo la etiopatogenia, aprovechando recursos naturales y económicos y adaptándolos al propio medio, como la luz/ radiación solar. Así del mismo modo reflexionamos también cómo y cuánto nos queda por avanzar, en nuestro caso, pues, aunque hemos avanzado mucho con las unidades de “puertas abiertas” en muchos hospitales, si nos comparamos con países del norte de Europa o EEUU, en cuanto a los cuidados integrales del neonato, evitando el desapego y favoreciendo el contacto y la involucración de los padres en todo el proceso, nos falta dar un paso adelante.

CONCLUSIONES

Se reconoce globalmente la importancia de que un diagnóstico, tratamiento precoz y cuidado adecuado en estos recién nacidos previene graves complicaciones, y la luz es el tratamiento más eficaz, tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo. En nuestra comparativa observamos eficacia en todos los tratamientos revisados y adaptados al contexto de cada país y sus recursos.

Concluimos, como dice el estudio de Lagos, que “no hay un tratamiento mejor que otro, simplemente el tratamiento óptimo será aquel que mejor sepa aprovechar los recursos disponibles en cada medio y adaptarlos a su contexto local”.

BIBLIOGRAFÍA

1. Guerrero Fernández, J. Manual de Diagnóstico y Terapéutica en Pediatría. Hospital infantil La Paz. 5ª Ed. 2009. Editorial Publimed. ISBN 978-84-933345-8-1
2. Iranzo, R. Alteraciones hematológicas en neonatología. Cuidados de enfermería. Apuntes Curso de Experto en Cuidados Neonatales y Pediátricos de Enfermería. Universidad Europea de Valencia. 2015-2016.
3. Rodríguez Miguélez, JM. y Figueras Aloy, J. Ictericia neonatal. Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la AEP: Neonatología. Asociación Española de Pediatría. 2008. p. 371-373.
4. Míguez Navarro, MC.; Lorente Romero, J.; Marañón Pardillo, R.; Mora Capín, A.; Rivas García, A. y Vázquez López, P. Síntomas/signos guía en Urgencias Pediátricas. 2016. ISBN: 978-84-16270-62-0
5. Blog Stanford Children’s Health. Investigación e innovación, pediatría. Erin Digitale. La luz del sol resuelve un problema de salud que ponía en peligro la vida de un recién nacido, con un poco de ayuda de los expertos de Stanford. 18 de septiembre 2015. Disponible en: <http://healthier.stanfordchildrens.org>
6. Castaño Picó, MJ. y Sánchez Maciá, M. Hiperbilirrubinemia neonatal: revisión de la situación actual. Revista Científica de Enfermería Recien Nº 2 mayo 2011.

7. Mills JF, Tudehope D. Luminoterapia de fibra òptica para la ictericia neonatal. Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas 2007, Número 4, artículo n.º: CD002060. DOI: 10.1002/14651858.CD002060.
8. Slusher, TM. and Others. A Randomized Trial of Phototherapy with Filtered Sunlight in African Neonates Engl J Med 2015; 373:1115-1124September 17, 2015DOI: 10.1056/NEJMoa1501074
9. Durán, M.; García, JA. y Sánchez, A. Efectividad de la fototerapia en la hiperbilirrubinemia neonatal. Enfermería Universitaria. Vol. 12. Núm. 01. Enero- Marzo 2015.
10. Kumar, P.; Chawla, D. and Deorari, A. Light-emitting diode phototherapy for unconjugated hyperbilirubinaemia in neonates. Cochrane.Database.Syst.Rev. 2011; (12):CD007969

20. "CUIDADOS EN LA PREVENCIÓN DE LA HEMORRAGIA INTRAVENTRICULAR EN EL RECIÉN NACIDO PRETÉRMINO"

AUTORES

Carmen Pérez Robles, Teresa Climent Aunés , M^a Pilar Seguí Pérez y Carmen Dolz Alabau

LUGAR DE TRABAJO

UCI PEDIÁTRICA del Hospital Universitario y Politécnico La Fe

CONGRESO / JORNADA EN EL QUE FUE PRESENTADO

XXXVII Congreso de la Asociación Nacional de Enfermería de Cuidados Intensivos Pediátricos y Neonatales, los días 18, 19 y 20 de mayo de 2016 en Ávila

INTRODUCCIÓN

La Hemorragia Intraventricular (HIV) es una de las principales patologías presentes en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales y aunque en los últimos años su prevalencia ha disminuido, sigue siendo la forma más frecuente de hemorragia intracraneal neonatal. En nuestra práctica profesional, las repercusiones en los niños con hemorragia intraventricular son importantes, y se observa una falta de protocolos y recomendaciones para prevenirlas y frenar su avance una vez instaurada. Así pues, mediante esta investigación pretendemos recopilar información basada en la evidencia de todos aquellos cuidados y actuaciones enfermeras encaminadas a la prevención y medidas que eviten el agravamiento de esta patología en los recién nacidos pretérmino.

OBJETIVOS

Proponer intervenciones de enfermería unificadas que sirvan de referencia a los profesionales de enfermería en la prevención y cuidados específicos de la hemorragia intraventricular en el recién nacido pretérmino, sobre la base de la mejor evidencia disponible.

MATERIAL Y MÉTODO

Para la realización del presente trabajo hemos llevado a cabo una revisión bibliográfica a través de la consulta en varias bases de datos. Para ello, en primer lugar, se seleccionaron las palabras clave: Hemorragia intracraneal, hemorragia intraventricular, recién nacido, neonato, prematuro, pretérmino, prevención y cuidados; tanto en castellano como en inglés; y se combinaron con los boléanos and, or y xor. A continuación, se seleccionaron los criterios de inclusión y exclusión de artículos.

Criterios de inclusión: se acordaron los artículos que hablaran de la hemorragia intraventricular en el recién nacido, publicados en inglés y español. En primera instancia la fecha de publicación debía ser 2010-2015, pero debido a la escasez de resultados se abrió horquilla a 1999. Se tuvieron en cuenta cuidados centrados en la prevención, pero también en el agravamiento de su evolución una vez instaurada. Criterios de exclusión: que el idioma fuera diferente a los mencionados, ausencia de

evidencia y calidad científica, así como, validez interna y externa; y la necesidad de pagar para acceder a ellos.

Una vez decididos estos ítems se consultaron las bases de datos de PubMed, Cochrane Library, Cinhal, Cuiden, IBECS, Cid Saude, LILACS, Scielo, PUBLINDEX, LATINDEX, Calster, DOAJ, ENFISPO, CUIDATGE, MEDES, IME y Dialnet. Hallamos 7857 artículos, de los que, tras aplicar los criterios anteriormente mencionados, seleccionamos diez. Posteriormente se consultó la base de datos de la AEPED y la revista Anales de Pediatría, donde se encontraron 4483 artículos, de los que se seleccionó uno. Por último, mediante la técnica de Snowball se hallaron doce artículos más. En total, se seleccionaron 23.

RESULTADOS

El número final de artículos seleccionados en el trabajo fue veintitrés. La mayoría resultaron ser estudios independientes que trataban la patología desde la vertiente farmacológica y quirúrgica; y solo hallamos tres guías de práctica clínica y tres artículos que hablaban de cuidados de enfermería propiamente dichos. Todos han coincidido en que la mejor estrategia de control de la hemorragia intraventricular es la prevención del parto prematuro. Sin embargo, se proponen medidas de abordaje antes del nacimiento, durante el alumbramiento y tras éste. Prenatales: Disminuir frecuencia de parto prematuro y administración de fármacos. Intraparto: Evitar trabajo de parto prolongado y Posnatales: Cuidados cardiorrespiratorios, en la termorregulación, hemodinámicos, en el dolor y estrés, posturales, en el pinzamiento del cordón y durante la RCP.

DISCUSIÓN

Se evidencia en este estudio, que la gran mayoría de las intervenciones a las que están sometidos los recién nacidos de forma rutinaria por el profesional de enfermería pueden influir de forma negativa, bien sea para desarrollar una posible HIV o para empeorar su pronóstico, y es por ello, que surge la necesidad de mejorar la práctica de los profesionales de enfermería mediante intervenciones unificadas y eficaces que ayuden a disminuir la incidencia de dicha patología en las Unidades Neonatales, con la finalidad de optimizar y mejorar su atención.

CONCLUSIONES

Tras la revisión realizada podemos concluir que no hay evidencias de cuidados de enfermería estandarizados en el manejo del recién nacido con hemorragia intraventricular o con riesgo de padecerla, que permitan disminuir la incidencia de hemorragia intraventricular en las unidades neonatales. Sin embargo, sí que hemos podido observar que la mayoría de autores coinciden en que la mejor prevención para evitar la aparición de esta patología, o que la agrave, es la administración de corticoides prenatales para mejorar la maduración pulmonar del feto, disminuir el tiempo de trabajo del parto y el manejo y cuidado del recién nacido en el periodo postnatal mediante medidas que ayuden a no modificar el flujo sanguíneo cerebral y la presión intracraneal, con el fin de no dañar las estructuras cerebrales.

La información recopilada en el estudio hace patente la necesidad de mejorar la práctica de los profesionales de enfermería mediante intervenciones unificadas y eficaces que ayuden a disminuir

la incidencia de dicha patología en las Unidades Neonatales, y así evitar posibles secuelas a posteriori en el niño/a.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gayoso, C. Hemorragia intracraneana del recién nacido. Guías de Tratamientos Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal. Hospital San Juan de Dios de La Serena 2012. Cap. 41: 299-304.
2. Kenet, G.; Kuperman, AA.; Strauss, T. and Boenner, B. Neonatal IVH-mechanism AND management. *Thrombosis Reserch*. 2011; 127(3): 120-122.
3. Legido, A.; Valencia, I. y Katsetos, CD. Accidentes vasculares encefálicos en neonatos pretérmino. *Rev Neurol*. 2006; 42(3):23-38.
4. Valdivieso, G. y Ramírez, JC. Factores asociados a Hemorragia Intraventricular en Neonatos Prematuros en Hospital Regional Docente de Trujillo. *Horiz Med*. 2015; 15(2): 19-26.
5. Hallaba, P. Intraventricular Hemorrhage in Premature Infants: Mechanism os Disease. *Pediatr*. 2010; 67(1): 1-8.
6. Chattás, G. Cuidados al recién nacido con hemorragias endocraneanas. *Revista Enfermería* 2012. 22-26.
7. Cabañas, F. y Pellicer, A. Lesión cerebral en el niño prematuro. *AEP*. 2008; 253-269.
8. Cervantes Ruiz, MA.; Rivera Rueda, MA.; Yescas Buendía, G.; Villegas Silva, R. y Hernández Peláez, G. Hemorragia intraventricular en recién nacidos pretérmino en una Unidad de Tercer Nivel en la Ciudad de México. *Perinatol Reprod Hum* 2012;26 (1): 17-24.
9. Goyenechea Gutiérrez, F. Hemorragia intraventricular. Ciudad de La Habana: Hospital Pediátrico Docente "Juan M. Márquez". *Neuro99* [sede Web [acceso 21 de diciembre 2015]. Disponible en: <https://www.neuroc99.sld.cu/text/hemorrsgiavent.htm>
10. Ayala, AM.; Carvajal, LF.; Carrizosa, J.; Galindo, A. y Cornejo, JW. Hemorragia intraventricular en el neonato prematuro. *IATREA*. 2005; 18(1): 71-77.
11. San Román, J.; Dovasio, F.; Kreindel, T. y Kuchrzyck, M. Hemorragia cerebral en el neonato. *Arch Arg Pediatr*. 2007; 105(1):77-80.
12. Redondo, F.; Falcó, O.; Rodríguez, A.; Contini, V. y Carande, M. Hemorragia intracraneana del prematuro. Frecuencia de presentación y factores de riesgo. *Arch Arg Pediatr*. 2003; 101(4): 256-260.
13. Castro, FW. y Urbina, O. Manual de enfermería en neonatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2007.
14. Martínez, E. et al. Manual de atención neonatal. Organización Panamericana de la Salud /Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Paraguay. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Dirección de Salud Integral de Niñez y Adolescencia. 2011.

15. Rodríguez, MC. et al. Guía rápida de cuidados de enfermería en la prevención de hemorragia intracraneal (HIC) en neonato. *Enf integ.* 2010; 90:25-26.
16. Bayram, E.; Bayram, MT.; Topcu, Y.; Hiz, S. and Kayserili, E. Long term neurodevelopmental outcome of preterm infants in periventricular- intraventricular hemorrhage. *JCEI.* 2012; 3(3):326-330.
17. Medline Plus [sede Web]. Estados Unidos: Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos; [acceso 3 de enero 2016]. Hemorragia intraventricular del recién nacido. Versión en inglés revisada en 2015 por Lee KG. Disponible en: <https://www.nlm.nih.gov/medicineplus/spanish/ency/article/007301.htm>
18. McCrea, HJ. and Ment, LR. The Diagnosis, Management and Postnatal Prevention of Intraventricular Hemorrhage in Preterm Neonate. *Clin Perinatol.* 2008; 35(4): 777-794.
19. Massip, S.; Miguel de Paz, R. y Aranda, Y. Manejo del gran inmaduro en la UCI neonatal. *Tratado de Enfermería en cuidados críticos pediátricos y Neonatales; 2014* [consultado el 4 de enero 2016]. Disponible en: <https://www.aibarra.org/temario/seccion10/capitulo151/capitulo151.htm>
20. García Muñoz, F.; Rivero, S. y Siles, C. Factores de riesgo de hipotermia al ingreso en el recién nacido de muy bajo peso y morbilidad asociada. *An pediatr.* 2014; 80(3): 144-150.
21. Aparicio, M. y Balaguer, A. El retraso en el pinzamiento del cordón umbilical en recién nacidos prematuros menores de 32 semanas puede ser un factor protector de hemorragia intraventricular y sepsis tardía. *Evid Pediatr.* 2006; 2:23.
22. Almadhoob, A. and Ohlsson, A. Sound reduction management in the neonatal intensive care unit for Preterm of very low birth weight infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2015.
23. Sánchez Torres, AM. et al. Impacto de la Reanimación cardiopulmonar avanzada en recién nacidos pretérmino de extremado bajo peso. *An Pediatr.* 2007; 66(1): 38-44.

21. “CUIDADOS DEL NIÑO PORTADOR DE ESTOMA DE ELIMINACIÓN DIGESTIVO”

AUTORES

Laura Mateo Grimaldos, Estefanía Cerdán García, María De la Fuente Alfaro y Carmen Dolz Alabau.

LUGAR DE TRABAJO

UCI PEDIÁTRICA del Hospital Universitario y Politécnico La F

CONGRESO / JORNADA EN EL QUE FUE PRESENTADO

XXXVII Congreso de la Asociación Nacional de Enfermería de Cuidados Intensivos Pediátricos y Neonatales, los días 18, 19 y 20 de mayo de 2016 en Ávila .

INTRODUCCIÓN

La ostomía digestiva de eliminación es un procedimiento quirúrgico que se realiza para crear una salida artificial del contenido fecal mediante la exteriorización, por medio de un estoma, del intestino delgado (ileostomía) o del intestino grueso (colostomía) a través de la pared abdominal. Esta técnica está indicada en pediatría en las malformaciones congénitas, como la enfermedad de Hirschsprung, el ano imperforado, la atresia rectal o el íleo meconial y en otras patologías como la enterocolitis necrotizante o la enfermedad inflamatoria intestinal, así como en las alteraciones como consecuencia de accidentes, quemaduras y traumas abdominales.

En el cuidado de los pacientes pediátricos con ostomías digestivas de eliminación es fundamental la implicación del profesional de enfermería ya que, tiene la responsabilidad del cuidado integral del niño/a ostomizado. Es por ello, que dichos profesionales deben estar capacitados para aplicar todas las intervenciones relacionadas con el cuidado del estoma, prevenir, disminuir o solucionar complicaciones, así como, ofrecer apoyo y educación al niño/a y su familia.

OBJETIVOS

Objetivo general: Establecer intervenciones que unifiquen los cuidados de enfermería en el niño/a portador de estoma digestivo de eliminación basadas en la evidencia científica, para ofrecer una atención de calidad al niño/a, sus padres y/o familia.

Objetivos específicos:

1. Unificar los cuidados de enfermería en ostomías digestivas de eliminación pediátricas.
2. Proporcionar a los profesionales de enfermería información actualizada sobre las intervenciones necesarias para realizar los cuidados de las ostomías de manera eficaz y homogénea.
3. Mantener el estoma en condiciones de higiene y mantener la piel periestomal íntegra.

4. Optimizar la calidad de los cuidados con prácticas seguras mediante medidas de prevención para evitar o reducir complicaciones durante nuestra asistencia. 5. Hacer partícipe a los padres/cuidadores en todo lo referente a los cuidados del niño ostomizado.

6. Proporcionar a los pacientes pediátricos, sus padres y/o familia la educación necesaria para el autocuidado del estoma, lo que mejorará su calidad de vida y facilitará la normalización de la vida familiar.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realiza una revisión bibliográfica con el fin de identificar los cuidados de enfermería del niño ostomizado, las complicaciones más frecuentes y la importancia de entender la familia como parte de la unidad de trabajo. Los criterios de inclusión para la selección del material a estudio, han sido artículos científicos publicados en español, portugués e inglés entre los años 2005 y 2016, guías, protocolos e información proporcionada por diferentes marcas comerciales, que se usan actualmente en diferentes centros de España y documentos centrados en cuidados de ostomías de eliminación digestiva en pediatría y neonatología. Y como criterios de exclusión se establecieron, los documentos en idiomas que no fueran inglés, español o portugués y los estudios que no se ceñían al tema de estudio. Para poder llevar a cabo esta revisión, se han empleado tanto artículos cualitativos como cuantitativos, además de guías y protocolos. También se ha consultado a varios expertos en ostomías y curas de heridas de la piel periestomal de diferentes comunidades incluyendo las empresas de Coloplast y Hollister que nos proporcionaron información relevante y de gran interés, así como conversaciones telefónicas con estomaterapeutas de diferentes hospitales nacionales. Se definieron las palabras clave según el DeCS: ostomías, piel, cuidados, periestomal, cuidadores, pediatría, neonatología, colostomía e ileostomía. Éstos fueron combinados con los operadores booleanos “and”, “or” y “not”. Se procedió a la indagación electrónica exhaustiva en Metas de enfermería y enfermería 21; se exploró en la base de datos de Fundación Index de enfermería, Lilacs, Scielo, Elsevier y Pubmed. También se procedió a la búsqueda sensible de google académico, en literatura gris. Y por último se empleó la técnica de bola de nieve. De todas las bases de datos consultadas, no en todas se seleccionaron documentos, por no cumplir criterios de inclusión, por lo que se fueron descartando sistemáticamente y se seleccionaron aquellos que se ceñían al tema de estudio. De dicha selección, se procedió a su lectura y análisis exhaustivo para concluir los resultados especificados a lo largo de este trabajo de investigación.

RESULTADOS

Tras haber realizado esta revisión bibliográfica, hemos podido desarrollar un poster científico donde se exponen las intervenciones enfermeras en el cuidado del niño/a portador de estoma digestivo de eliminación, basadas en la evidencia científica. Todas ellas se fundamentan principalmente en la correcta higiene del estoma y la piel periestomal, evitando complicaciones, la adecuada utilización de dispositivos de recolección de heces y la educación al niño/a y su familia mediante actividades docentes de capacitación en los cuidados.

DISCUSIÓN

Actualmente, existen escasos protocolos y pautas de actuación enfermera sobre el cuidado del estoma de eliminación digestivo en pediatría y neonatología, lo que provoca que el profesional de enfermería responsable del cuidado de estos niños no disponga de suficiente información al

respecto y es por lo que las autoras de este trabajo consideramos necesario realizar esta investigación para actualizar conocimientos y poder disponer de pautas de intervención basadas en la evidencia científica.

CONCLUSIONES

El profesional de enfermería tiene la responsabilidad del cuidado integral del niño/a ostomizado y debe estar capacitado para aplicar todas las intervenciones relacionadas con el cuidado del estoma, prevenir, disminuir o solucionar complicaciones, así como, ofrecer apoyo y educación al niño/a y su familia mediante actividades docentes de capacitación en los cuidados, transmitiéndoles seguridad y confianza para disminuir sus preocupaciones y ansiedad. En la práctica, además de aportar nuestros conocimientos y experiencia profesional, este documento nos va a permitir tomar decisiones con base científica y actuar de forma eficaz en el abordaje de una ostomía pediátrica mejorando así, la calidad de nuestros cuidados al niño/a portador de estoma digestivo de eliminación y a sus padres/cuidadores. Finalmente destacar la importancia de la figura del estomaterapeuta durante todo el proceso, como principal profesional de referencia, aunque a día de hoy solo en algunos centros se dispone de éste.

BIBLIOGRAFÍA

1. Espinoza G, C.; Pereira C, N.; Benavides T, J. y Rosti6n A, CG. Ostomías abdominales en pediatría: Una revisi6n de la literatura abdominal. 2008. Obtenido Rev. Ped. Elec. [en línea] Vol. 5, N° 3. ISSN 0718-0918
2. Yasola Endo Milán, J. Ostomías en la infancia. Revisi6n para profesionales de la atenci6n primaria de salud. 2009. Obtenido de Rev. Portalesmedicos.org. Elec [en línea]. [Consulta: 22/11/2015]
3. De La Torre, L. and Langer, J. Transanal endorectal pull-through for Hirschsprung. Disease: technique, controversies, pearls, pitfalls, and an organized approach to the management of postoperative obstructive symptoms. 2009.Rev. Elsevier. doi: 10.1053/j.sempedsurg. 19, 96-106.
4. Vázquez García, C. y Poca Prats, T. Manual de cuidados en ostomías. 1ª ed. Madrid. Ediciones DAE (Grupo Paradigma). 2009.
5. Juárez Ruiz, JL.; López Galiano, MC. y Rojas Aguilar, Y. Evoluci6n hist6rica de las ostomías y cuidados enfermeros en cirugía. Rev. Paraninfo Digital. 2011; 5(13).
6. Ramos Girona, MR. Problemas y soluciones más frecuentes en las colostomías. Enferm Integral. 2012 (99):12-16
7. Coca Pereira, C.; Fernández de Larrinoa Arcal, I. y Serrano G6mez, R. Complicaciones tempranas en pacientes portadores de ostomías con y sin atenci6n de enfermería especializada en ostomía. Metas Enferm. 2014; 17 (1): 23-31.

8. Ontario, A. El cuidado de su niño con ostomía. EUA: Hollister Incorporated. 2007.
9. González Gómez, IC. y Herrero Alarcón, A. Técnicas y procedimientos de enfermería. Madrid: Difusión Avances de enfermería; 2009.
10. Centro colorectal y ostomizados pediátrico del Hospital Universitario Cruces. Atención al niño ostomizado - Ileostomía / Colostomía. Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Cruces. Barakaldo, Bizkaia (España).
11. Guijarro González, MJ. Cuidados de enfermería en la ostomía digestiva pediátrica. Unidad Endoscopia Pediátrica, Madrid. An Pediatr Contin. 2012;10(5):290-4).
12. Intermountain Primary Children's Hospital. Ostomía: Cuidados en el hogar. Guía para los pacientes y sus familias. Intermountain Healthcare [en línea]. 2015 [Consulta: 28/12/2015] Disponible en: <https://intermountainhealthcare.org/ext/Dcmnt?ncid=>
13. Coloplast. Manual Práctico. Una ayuda para los padres de niños ostomizados. Programa de Ayuda en el Cuidado del Estoma. Coloplast. 2010.
14. Coloplast. Alternativas terapéuticas en ostomía. Coloplast Productos Médicos S.A. Madrid: 2016.
15. Guerrero, S. y Margareth, A. Impacto del estoma enteral en el niño y la familia. Av. Enferm. XXVIII [en línea]. 2010. [Consulta 18/12/2015] Número especial, 90 años: 99-108. Disponible en: <http://www.indexf.com/rae/28nepdf/099108.pdf>
16. Dourado, D.; Pereira da Silva, G.; Diniz Freire, DC.; Perrelli Valença, M. Vivencias dos familiares no proceso de cuidar de uma criança estomizada. Rev. Estima.2010; 8 (2): 12 – 19.
17. Hevia, H. Impacto de la enfermera enterostomal en el autocuidado del paciente ostomizado. Medwave 2009 Abr; 9(4) doi: 10.5867/medwave,2009,04,3852
18. Guijarro González, MJ. Protocolo de cuidados de enfermería en niños con colostomía e ileostomía. Hospital 12 Octubre. Madrid. 2012.
19. Zavala Busquets, A. Viviendo con una ostomía. Cirugía Pediátrica: Extensión [en línea]. 2015. Consulta: 30/12/2015] Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/deptos/cxpediat/viviendoostomia.html>
20. Guerrero Gamboa, NS. y Tobos de Álvarez, LS. Cuidado de un hijo ostomizado: cambios en la familia. Av. Enferm. 2013; XXXI (1): 59-71
21. Guerrero Gamboa, NS, Tobos de Álvarez, LS. Caracterización de las familias como agentes de cuidado a niños ostomizados. Av. Enferm. 2007; XXV (1): 101-114.
22. Albert Mallafré, C.; Jiménez Molina, M.: Torralbas Ortega J. Manejo de las ostomías. Capítulo 111. Tratado de Enfermería en Cuidados Críticos Pediátricos y Neonatales. Eccpn.aibarra.org [En línea] [actualizado 26 Feb 2014]. Disponible en: <http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion6/capitulo111/capitulo111.htm>

23. Lerín Cabrejas, P.; Lainez Pardos, PL.; Lozano Vicente, MD. y Martínez Morales, M.
Complicaciones de los estomas. Manual de cuidados de enfermería. Coloplast; 2010.
24. Gelabert, L. y López, M. Tipus de dispositius. Curs d'atenció integral al pacient ostomitzat.
Corporació Parc Taulí. Maig 2004
25. Burch, J. Caring for peristomal skin: What every nurse should know. Br J Nurs. 2010;19(3):166-170. Disponible en: <http://search.proquest.com/docview/733697115?accountid=14555>.

22. HIPOXIA PERINATAL EN NIÑOS NACIDOS A TÉRMINO

AUTORES

M^a José Fuentes Paños y Carmen Dolz Alabau

LUGAR DE TRABAJO

UCI PEDIÁTRICA del Hospital Universitario y Politécnico La Fe

CONGRESO / JORNADA EN EL QUE FUE PRESENTADO

XXXVII Congreso de la Asociación Nacional de Enfermería de Cuidados Intensivos Pediátricos y Neonatales en Ávila

INTRODUCCIÓN

A pesar de los grandes avances en la tecnología de monitorización y el conocimiento de la medicina fetal y perinatal, la hipoxia/asfixia perinatal es una de las causas importantes de mortalidad y morbilidad a largo plazo. Los datos de la base de datos Perinatal Nacional de neonatos sugiere que la asfixia perinatal contribuye a casi el 20% de las muertes neonatales en la India. En el mundo casi 1 millón de niños mueren cada año por asfixia perinatal (APN), otro millón queda con discapacidades permanentes que, cuando afectan al sistema nervioso central, constituyen la encefalopatía hipóxico-isquémica neonatal (EHIN), considerada la causa conocida más frecuente de lesión cerebral neonatal.

La OMS define como criterio para el diagnóstico de asfixia "El fracaso para iniciar o mantener la respiración después del nacimiento ". La asfixia perinatal tiene como consecuencia la lesión hipóxica de diversos órganos, como los riñones, los pulmones y el hígado, pero los efectos más graves se observan en el sistema nervioso central.

La hipoxia perinatal puede tener consecuencias graves en el niño/a y el profesional de enfermería como responsable de su atención integral, tiene un papel fundamental en la prevención de complicaciones derivadas de este proceso. Por tratarse de un tema de interés y preocupación durante nuestra atención, se realiza esta investigación para conocer la praxis de enfermería más adecuada con la finalidad de evitar y/o disminuir las consecuencias de la asfixia perinatal.

OBJETIVOS

Conocer las consecuencias de la hipoxia perinatal en partos llevados a término, asfícticos y el impacto de las prácticas de cuidado de enfermería en la evolución de estos neonatos.

Establecer recomendaciones basadas en la evidencia científica orientadas a mejorar la atención enfermera al niño/a que presenta asfixia perinatal.

MATERIAL Y MÉTODO

Método: Información bibliográfica para la investigación. Se llevó a cabo una revisión bibliográfica en las bases de datos ISI WOS (web of science), en Elsevier Science Direct y en Medline Pubmed, usando principalmente las palabras clave “perinatal hypoxia” así como “nursery practice”, además de asfixia perinatal, secuelas neurológicas, recién nacido a término, cuidados de enfermería e hipotermia.

Método sistemático y organizado mediante un póster: Elaboración de un poster que explica qué es la hipoxia perinatal, plantea cuáles son las posibles causas y las consecuencias de la hipoxia perinatal, así como, muestra las actuaciones enfermeras necesarias durante la atención al neonato con asfixia perinatal. También se muestran las principales instituciones internacionales más activas en el estudio y cuidado de la hipoxia perinatal.

RESULTADOS

Las características del cerebro en desarrollo lo hacen particularmente vulnerable a la excitotoxicidad, el estrés oxidativo, el daño inflamatorio y la inestabilidad hemodinámica. La asfixia perinatal tiene como consecuencia la lesión hipóxica a diversos órganos, como los riñones, los pulmones y el hígado, pero los efectos más graves se observan en el sistema nervioso central, siendo los criterios de Levene una herramienta clínica útil para la clasificación de la gravedad de encefalopatía hipóxico-isquémica.

Un buen cuidado de enfermería es esencial en las primeras 48 horas después de la hipoxia para prevenir la lesión cerebral. Es esencial en el neonato asfíctico la monitorización permanente de la temperatura, hemodinámica, parámetros gasométricos y actividad cerebral, así como el control frecuente de parámetros hematológicos, glucemia e iones. La rápida recuperación de la homeostasis y su preservación en la inmediata corrección de cualquier desviación son la estrategia neuroprotectora más eficaz actualmente. Debe actuarse con especial firmeza ante la aparición de convulsiones, hipocapnia, hipoglucemia, hipotensión o hipertermia.

DISCUSIÓN

Hay autores que aconsejan tratamientos con fenobarbital a dosis altas, alopurinol o magnesio prenatal y existen estudios experimentales que muestran diversos grados de neuroprotección con la administración de eritropoyetina y con cannabinoides. Sin embargo, el único tratamiento específico que ha mostrado algún beneficio clínico en neonatos asfícticos, sobre todo, en aquellos con afección electro-encefalográfica moderada ha sido la hipotermia.

CONCLUSIONES

Se logró determinar las causas y consecuencias de la asfixia/hipoxia perinatal, así como, establecer las intervenciones de enfermería que pueden promover el bienestar óptimo de los neonatos asfícticos.

Se ha realizado un poster científico que explica gráficamente qué es la asfixia perinatal, plantea cuáles son las posibles causas y las consecuencias de la hipoxia perinatal, así como, muestra las actuaciones enfermeras necesarias durante la atención al neonato con asfixia perinatal. También se

muestran las principales instituciones internacionales más activas en el estudio y cuidado de la hipoxia perinatal.

BIBLIOGRAFÍA

1. González de Dios, J.; Moya Benavent, M. y Quereda Seguí, F. Asociación entre asfixia perinatal y traumatismo obstétrico: ¿se incrementa el daño cerebral? *Progresos de obstetricia y Ginecología*; Vol. 41. Núm. 1. Enero 1998.
2. Martínez, J. y Vento, M. Manejo del recién nacido a término con asfixia perinatal. *An Pediatr Contin.* 2006; 4:380-3 - Vol. 4 Núm.6 DOI: 10.1016/S1696-2818(06)73640-X
3. Guía de práctica clínica del recién nacido con asfixia perinatal. Guía No. 07, 2013. Ministerio de Salud y Protección Social – Colciencias.
4. Agarwal, R. et al. Post-resuscitation management of asphyxiated neonates. AIIIMS- NICU protocols 2007
5. Silveira, RC.; Procianoy, RS. Hypothermia therapy for newborns with hypoxic ischemic encephalopathy. *J Pediatr (Rio J).* 2015 Nov-Dec;91(6 Suppl 1): S78-83. doi: 10.1016/j.jpmed.2015.07.004. Epub 2015 Sep 4.
6. Hilton, GD.; Nunez, JL.; Bambrick, L.; Thompson, SM. and McCarthy, MM. Glutamate-mediated excitotoxicity in neonatal hippocampal neurons is mediated by mGluR-induced release of Ca⁺⁺ from intracellular stores and is prevented by estradiol. *Eur J Neurosci.* 2006 Dec;24(11):3008-16.
7. Steining, C.; Kundi, M.; Jatzko, G.; Kiss, H.; Lischka, A. and Holzmann, H. Increased Risk of Mother-to-Infant Transmission of Hepatitis C Virus by Intrapartum Infantile Exposure to Maternal Blood. *The Journal of Infectious Diseases* Volume 187, Issue 3Pp. 345-351.
8. Tolockiene, E.; Morsing, E.; Holst, E.; Herbst, A.; Ljungh, A.; Svenningsen, N.; Hägerstrand, I. and Nyström, L. Intrauterine infection may be a major cause of stillbirth in Sweden. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2001 Jun;80(6):511-8.
9. Hofman, H. and Krzyzanowska, J. [Risk of damage to the organ of vision in low birth weight infants]. *Probl Med Wieku Rozwoj.* 1979; 9:55-61.
10. Basu, S.; Dewangan, S.; Barman, S.; Shukla, RC. And Kumar, A. Postnatal changes in cerebral blood flow velocity in term intra-uterine growth-restricted neonates. *Paediatr Int Child Health.* 2014 Aug;34(3):189-93. Epub 2014 Apr 21.
11. Cai, J.; Tuong, CM.; Zhang, Y.; Shields, CB.; Guo, G.; Fu, H. and Gozal, D. Mouse intermittent hypoxia mimicking apnoea of prematurity: effects on myelinogenesis and axonal maturation. *J Pathol.* 2012 Feb;226(3):495-508. Epub 2011 Oct 18.
12. Ponsonby, AL.; Dwyer, T. and Couper, D. Factors related to infant apnoea and cyanosis: a population-based study. *J Paediatr Child Health.* 1997 Aug;33(4):317-23.

13. Scheel Krüger, J. and Lars Christian, B. Neurosearch A/S. Tropane derivative with dopamine re-following inhibition activity for treatment of ischemic disease. Japanese Patent Applications: JP-2005511639.5 Jun 2003.
14. Japanese Granted Patents: JP-05836937 B2. New use of HIP/PAP or that derivative. Disponible en: <https://www.jpo.go.jp>
15. Japanese Patent Applications: JP-2012229215. Purine derivative as A3 and A1 adenosine receptor operative medicine. Disponible en: <https://www.jpo.go.jp>
16. Japanese Granted Patents: JP-04097395 B2 Therapeutic method of pulmonary high blood pressure. Disponible en: <https://www.jpo.go.jp>
17. Keith, IM.; Tjen-A-Looi, S.; Kraiczi, H. and Ekman, R. Three-week neonatal hypoxia reduces blood CGRP and causes persistent pulmonary hypertension in rats. *Am J Physiol Heart Circ Physiol*. 2000 Oct;279(4):H1571-8.
18. Springer Articles (French). Neonatal encephalopathy: ¿when mention a metabolic disease hereditary? Disponible en: <http://www.springer.com/>
19. Springer Articles (French). Research news in pédiatrique resuscitation. Disponible en: <http://www.springer.com/>

23. POLISOMNOGRAFÍA TRAS POLIGRAFÍA RESPIRATORIA NEGATIVA

AUTORES

Díaz Román M, Gómez Siurana E, Ciopat O, Torres Aznar T, Martínez García M.A, Rubio Sánchez P, Martínez Ramirez C, Cutillas Barberá A.V, Barber Sánchez A, Blesa Leal G.M

LUGAR DE TRABAJO

Hospital Universitari La Fe. Unidad del sueño

CONGRESO / JORNADA EN EL QUE FUE PRESENTADO

XXIV Reunión Anual de la SES

INTRODUCCIÓN

Descripción de características clínicas y resultados de la polisomnografía (PSG) en pacientes con sospecha de Síndrome de Apnea/Hipopnea de sueño (SAHS) y poligrafía respiratoria negativa (PR).

OBJETIVOS

PSG como mejor herramienta para detectar SAHS

MATERIAL Y MÉTODO

72 pacientes consecutivos de edad media 49.9; 32 mujeres y 40 hombres. Se analiza mediante entrevista clínica el ronquido. Escala Epworth (EE), apneas observadas, alteraciones de sueño, antecedentes médicos, tratamiento farmacológico, posición habitual al dormir e índice de masa corporal. Mediante PSG se analiza el índice y la gravedad de A/H basal y en supino, considerando SAHS posicional aquellos cuyo IA/H se torna positivo o se duplica en relación con la posición en supino.

RESULTADOS

En 64 (88,8%) se confirmó la sospecha diagnóstica de SAHS con un IA/H mayor de cinco, de los cuales 22 (34,3%) presentaron SAHS posicional y 47 (73,43%) índice de A/H moderado-grave. En los 8 con IA/H menor de cinco, se confirmó ausencia de SAHS, en 4,3 no presentaron sueño REM y 1 no durmió. El valor medio del IAH fue 19,70 y el índice en supino 48,8. Se observaron diferencias significativas en la EE entre pacientes confirmados de SAHS y no confirmados con mayor puntuación en la EE en pacientes no confirmados de SAHS. Se observaron diferencias significativas entre pacientes confirmado de SAHS posicional y no posicionales en el IAH en supino y en la EE, con menor puntuación en la EE en el grupo posicional, sin diferencias en el resto de parámetros valorados.

CONCLUSIONES

El PSG sigue siendo la herramienta de oro en el diagnóstico. Se recomienda realizar directamente PSG ante sospecha de SAHS sin excesiva somnolencia con posible influencia del factor posicional.

24. VALORACIÓN DEL ÁREA REPRODUCCIÓN-SEXUALIDAD EN MUJERES CON DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO POR USO DE SUSTANCIAS.

AUTORES

María Fernanda González Romero, Jessica Borrull Guardañó, Amparo Sánchez Máñez y Carmina Palau Muñoz

LUGAR DE TRABAJO

Hospital Universitario y Politécnico La Fe

CONGRESO / JORNADA EN EL QUE FUE PRESENTADO

XIX Congreso Nacional de Psiquiatría

INTRODUCCIÓN

Los pacientes dependientes a sustancias son una población compleja respecto a los comportamientos sexuales de riesgo. Se han reportado tasas elevadas de relaciones sexuales sin protección. Se sabe que en estas mujeres, las prácticas de cribado de cáncer de cuello uterino y mama son menores que en la población general.

OBJETIVOS

Valorar el área de reproducción-sexualidad en mujeres con trastorno por uso de sustancias admitidas a tratamiento en diferentes Unidades de Conductas Adictivas (UCAs).

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo transversal. Se cumplimenta en la historia clínica del paciente, en el apartado de Valoración Enfermera, el patrón funcional de salud: reproducción-sexualidad en aquellas mujeres que acuden a UCA Nou Campanar, UCA Catarroja y UCA Paterna. Se recogieron los datos entre junio y diciembre de 2015, en mujeres que acudían a la consulta de enfermería y que entendían el idioma.

RESULTADOS

La muestra está compuesta de un total de 83 mujeres que oscilan en un rango de edad de entre 18 y 60 años, con una media de 39,59 años y que acuden por dependencia a: cocaína (33,73%), alcohol (32,53%), opiáceos (19,27%) y cannabis (13,25%). Quince mujeres nunca se habían realizado una citología cérvicovaginal. El método anticonceptivo más utilizado era el preservativo. Un 36,15% de las mujeres habían tenido una o más interrupciones voluntarias de embarazo y un 18,07% tenían alguna infección de transmisión sexual.

CONCLUSIONES

La enfermera de la UCA puede identificar y prevenir conductas sexuales de riesgo. Esta profesional puede asesorar, derivar y animar a las mujeres a que acudan a las Unidades de Salud Sexual y Reproductiva y/o matrona para favorecer: la admisión a protocolos de cribado de cáncer de cuello y el conocimiento y uso de los diferentes métodos anticonceptivos.

BIBLIOGRAFÍA

- Celentano D., Latimore A. & Mehtam S. Variations in sexual risks in drug users: Emerging themes in a behavioral context. *Current HIV/AIDS Report*. 2008; 212-218. DOI: 10.1007/s11904-008-0030-4.
- Chau S., Chin M., Chang J., Luecha A., Cheng E., & Schlesinger J. Cancer risk behaviours and screening rates among homeless adults in Los Angeles country. *Cancer Epidemiol Biomarkers*. 2002; 11: 431-438.
- Remy L., Narvaez J., Sordi A., Guimaires L., Von Diemen L., Surrant H., & Pechansky P. Correlates of unprotected sex in a sample of young club drug users. *Clinics (Sao Paulo)*, 2013; 68: 1384-1391. DOI: 10.6061/clinics/2013(11)01.

25. ¿CÓMO MEJORAR LA CALIDAD ASISTENCIAL AL PACIENTE PEDIÁTRICO ONCOLÓGICO CON FIEBRE Y NEUTROPENIA? UNA PROPUESTA DE ENFERMERÍA PEDIÁTRICA.

AUTORES

Fernández Pelufo A, Sanchis Bueno V, Martínez de las Heras B, Berlanga Charriel P, Juan Ribelles A, Cañete Nieto A, Zaragoza Calomarde L.

LUGAR DE TRABAJO

Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Sala de Hospitalización de Oncología Pediátrica (G 21)

CONGRESO / JORNADA EN EL QUE FUE PRESENTADO

VII Congreso de la Sociedad Española y VII Reunión Hispanomexicana de Infectología Pediátrica (SEIP) celebrado en Valencia 3,4 Y 5 Marzo de 2016

48th Congress of the International Society of Pediatric Oncology (SIOP) taking place October 19-22 in Dublin, Ireland

INTRODUCCIÓN

La Neutropenia Febril (NF) es una complicación frecuente derivada del tratamiento quimioterápico contra el cáncer y condiciona un mayor riesgo de sufrir infección severa, shock séptico y muerte. Las infecciones son la principal causa de muerte por complicación en pacientes oncológicos.

La demora en el inicio de la antibioterapia (TAA) empírica (> 60 minutos) en pacientes oncológicos con NF se asocia con peor pronóstico y aumento de la mortalidad.

La administración temprana de antibióticos en estos pacientes se considera un estándar de la calidad asistencial.

Estudios describen la prevalencia de uso de tiempo de inicio de antibiótico como un estándar de calidad en centros de Oncología pediátrica.

OBJETIVOS

Valorar el tiempo que transcurre desde que el paciente pediátrico oncológico con fiebre y

neutropenia (F Y N) llega a nuestro hospital hasta que se le administra la primera dosis de antibiótico (TAA), como factor pronóstico y estándar de calidad asistencial. Siendo el tiempo recomendado menor de 60 minutos.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo retrospectivo (octubre de 2014-septiembre de 2015) mediante revisión de historias clínicas de los pacientes pediátricos oncológicos con fiebre y neutropenia atendidos en el Servicio de Urgencias (horario de 15 a 8 horas) o en el Hospital de Día (de 8 a 15 horas) de un hospital de tercer nivel que ingresan para antibioterapia.

Criterios de inclusión: <18 años diagnosticados desde el 01/01/2014 en la UOP La Fe, que ingresan por neutropenia febril (fiebre: una única medida de 38.3°C axilar o $\geq 38^{\circ}\text{C}$ mantenida durante 1 hora; neutropenia: $< 500/\text{mm}^3$ ó $< 1000/\text{mm}^3$ que se espera que decrezca en las siguientes 48 horas a $< 500/\text{mm}^3$).

Criterios de exclusión: pacientes post-trasplante autólogo o alogénico, y pacientes cuyo inicio de fiebre se produce durante hospitalización.

Dadas las características retrospectivas de la recogida de datos se ha considerado adecuado un TAA de 60 +/- 30 minutos.

Se analizan: sexo, edad al diagnóstico, diagnóstico oncológico, fase del tratamiento, riesgo de la neutropenia febril (Guía IDSA 2010, 2012), contacto previo con Atención Domiciliaria pediátrica, servicio de atención inicial, tiempo transcurrido desde la llegada al hospital hasta el inicio del antibioterapia, característica clínicas al ingreso, aislamiento microbiológicos, complicaciones durante el ingreso, días de fiebre y de estancia hospitalaria.

RESULTADOS

La mediana de TAA fue de 135 min (rango 30 a 360 min), siendo el TAA > 90 min en 18 de los 29 episodios de F y N (62 %). En el análisis univariante y multivariante únicamente la espera de resultado de la analítica previa se correlaciona con el retraso del inicio del TAA ($p=0.002$).

DISCUSIÓN

En el análisis de resultados, el factor principal en aquellos pacientes en los que se produjo un retraso en la administración de la primera dosis de antibiótico fue la espera de resultados de la analítica.

Según la bibliografía consultada el TAA es fundamental en la atención al paciente pediátrico oncológico y en nuestro hospital es mayor al recomendado (mayor de 60 minutos). Disminuir el TAA a menos de 60 minutos es posible y está asociado con una mejora del pronóstico.

Consideramos como propuesta inicial de mejora de TAA, administrar el antibiótico a los niños oncológicos que ingresan por fiebre y neutropenia de alto riesgo sin esperar los resultados de la analítica y agilizar la obtención de resultados (llamando al laboratorio) en el resto de pacientes.

Es responsabilidad del equipo sanitario mejorar la calidad asistencial de los pacientes pediátricos oncológicos, desarrollando un trabajo en equipo y coordinado entre todos posibilita que se mejore la asistencia.

CONCLUSIONES

1. El TAA en el paciente pediátrico oncológico en nuestro hospital es mayor al recomendado.
2. Tras la revisión de nuestros resultados se decide no esperar a los resultados de la analítica en los pacientes oncológicos pediátricos con F y N de alto riesgo.
3. Actualmente se está realizando una valoración prospectiva por parte de enfermería para identificar si se cumplen las mejoras propuestas y buscar otros puntos potenciales de mejora.

BIBLIOGRAFÍA

Paganini HR et al. A prospective, multicentric scoring system to predict mortality in febrile neutropenic children with cancer. *Cancer* 2007

I. Hann et al. A comparison of outcome from febrile neutropenic episodes in children compared with adults: results from EORTC studies. *Br J Haemato* 1997

Clinical Practice Guideline for the Use of Antimicrobial Agents in Neutropenic Patients with Cancer: 2010 Update by the Infectious Diseases Society of America, *Clinical Infectious Diseases* 2011; International Pediatric Fever and Neutropenia Guideline 2012, *J Clin Oncol*.

Matthew Fletcher, MD et al. Prompt administration of antibiotics is associated with improved outcomes in febrile neutropenia in children with cancer. *Pediatr Blood Cancer* 2013.

Proulx N et al. Delays in the administration of antibiotics are associated with mortality from adult acute bacterial meningitis. *QJM*. 2005; Lepur D, Barsic B. Community-acquired bacterial meningitis in adults: antibiotic timing in disease course and outcome. *Infection*. 2007

Meehan T et al. Quality of care, process and outcome in elderly patients with pneumonia. *JAMA*. 1997; Timing of antibiotic administration and outcomes of Medicare patients hospitalized with community-acquired pneumonia. *Arch Intern Med*. 2004.

Kumaretal. Duration of hypotension before initiation of effective antimicrobial therapy is the critical determinant of survival in human septic shock. *Crit Care Med*. 2006.

Hamandi B et al. Delay of adequate empiric antibiotic therapy is associated with increased mortality among solid-organ transplant patients. *Am J Transplant*. 2009

Rackoff W W et al. Predicting the risk of bacteremia in children with fever and neutropenia. *J Clin Oncol* 1996.

Fletcher M et al. Prompt administration of antibiotics is associated with improved outcome in febrile neutropenia in children with cancer. *Pediatr Blood Cancer* 2013

Schimpff, S et al. Empiric therapy with carbenicillin and gentamycin for febrile patients with cancer and granulocytopenia. *New England Journal of Medicine*, 1971; Wolff, L. et al. The management of fever and neutropenia. In A. J. Altman (Ed.), *Supportive care of children with cancer: Current therapy and guidelines from the children's oncology group* (3rd ed., pp.25-38). Baltimore: Johns Hopkins University Press.

Timothy L. McCavit, M. D. and Naomi Winick, M. D. Time-to-Antibiotic Administration as a Quality of Care Measure in children with Febrile Neutropenia: a Survey of Pediatric Oncology Centers. *Pediatr Blood Cancer* 2012.

26. EXPERIENCIA INICIAL DE IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA MULTIDISCIPLINAR DE INSUFICIENCIA CARDÍACA BASADO EN ENFERMERÍA, UN AÑO DE RECORRIDO

AUTORES

Husillos Tamarit I, Pimenta Fermisson Ramos P, Conejero Ferrer P, Almenar Bonet L, Sánchez Lázaro I, Martínez Dolz L.

LUGAR DE TRABAJO

Hospital La Fe/ Consultas Externas. Cardiología

CONGRESO / JORNADA EN EL QUE FUE PRESENTADO

XIII Reunión Anual de la Sección de Insuficiencia Cardíaca y Trasplante Cardíaco de la SEC,

Oviedo 16-18 de junio 2016

INTRODUCCIÓN

La Insuficiencia cardíaca es un síndrome complejo de alta prevalencia e incidencia. La falta de adherencia al tratamiento constituye la principal causa de descompensaciones y reingresos. Las Unidades de Insuficiencia Cardíaca basadas en enfermería (UIC) establecen un seguimiento precoz y exhaustivo del paciente tras el alta hospitalaria.

OBJETIVOS

El objetivo del estudio es comprobar si los pacientes incluidos en el programa multidisciplinar de UIC reducen el número de descompensaciones y reingresos.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo retrospectivo, basado en historia clínica, de pacientes incluidos en un programa de UIC desde el 15/4/2014 al 8/5/2015. Se establecen tres grupos: pacientes con fracción de eyección de ventrículo izquierdo reducida (FEVlr), con fracción de eyección de ventrículo izquierdo preservada (FEVlp), en lista de trasplante cardíaco (LTC). Se excluyeron las visitas únicas.

Se compararán número de ingresos y visitas a urgencias del año anterior y durante el seguimiento.

Se obtendrán estadísticos descriptivos para variables continuas (media y desviación típica) y variables categóricas (proporción).

RESULTADOS

Se incluyeron 51 pacientes en el programa de UIC. El número de ingresos/paciente se redujo: de 1,82 a 0,70 en pacientes de LTC (n=17), de 1,46 a 0,46 en pacientes con FEVlr (n=26) y de 2 a 0,1 en pacientes con FEVlp (n=8).

El número de visitas a urgencias/paciente se redujo de 1,82 a 0,82 en LTC, de 1,57 a 0,84 3n FEVl y de 2 a 0,25 en FEVlp.

CONCLUSIONES

La implementación de un programa multidisciplinar basado en enfermería para pacientes con Insuficiencia Cardíaca puede reducir el número de ingresos y la necesidad de asistencia a urgencias hospitalarias

BIBLIOGRAFÍA

1. Anguita M, Ojeda S, Atienzab F, Ridoccib F, Almenar L, Vallés F et al. El Análisis de coste-beneficio de los programas de prevención de reingresos en pacientes hospitalizados por insuficiencia cardíaca. Impacto económico de las nuevas formas de asistencia a la insuficiencia cardíaca. Rev Esp Cardiol. 2005;58(Supl 2):32-6
2. Paul S. Hospital Discharge Education for Patients With Heart Failure: What Really Works and What Is the Evidence?. Crit Care Nurse 2008, 28:66-82.
3. Kripalani S, Theobald CN, Anctil B, Vasilevskis EE. Reducing hospital readmission rates: current strategies and future direction. Annu Rev Med. 2014;65:471-85
4. Stewart S1, Horowitz JD. Specialist nurse management programmes: economic benefits in the management of heart failure. Pharmacoeconomics. 2003;21(4):225-40.5.
5. Hill CA. Acute heart failure: too sick for discharge teaching?. Crit Care Nurs Q. 2009 Apr-Jun;32(2):106-11.

27. TRASPLANTE AUTÓLOGO DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS EN HOSPITAL A DOMICILIO.

AUTORES

Soriano Melchor E, Torrego Giménez A, Amor Bort E, Aljibe Aguilar A, Wollstein Lara C, Redón Pérez A, Martínez Gascó A, Gómez Royuela L, Bahamontes Mulió A, Valdivieso Martínez B.

LUGAR DE TRABAJO

Telemedicina-UHD Hospital Universitario y Politécnico La Fe.

CONGRESO / JORNADA EN EL QUE FUE PRESENTADO

13º CONGRESO NACIONAL DE LA SEHAD (Del 21 al 23 de Abril de 2016).

INTRODUCCIÓN

El trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos (ATSP) se considera un procedimiento de muy alto riesgo realizado en los hospitales de agudos a pacientes con diferentes enfermedades hematológicas. Durante los últimos años se están llevando a cabo ATSP con alta temprana (tras la infusión de progenitores de sangre periférica en el hospital) para el manejo de la fase de aplasia por las Unidades de Hospital a Domicilio que demuestran la seguridad de estos programas de ATSP domiciliarios, la mejora en calidad de vida de los pacientes y la reducción en los costes hospitalarios.

OBJETIVOS

El objetivo del estudio es describir los casos de ATSP atendidos en la Unidad de Hospital a Domicilio del Hospital Universitari i Politècnic La Fe, su manejo en el domicilio, complicaciones y destino al alta.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo retrospectivo de los ingresos en la UHD tras la realización de ATSP en sala de hospitalización. Se consensuaron con el servicio de Hematología los protocolos de profilaxis, tratamiento de soporte y de las posibles complicaciones.

RESULTADOS

Desde enero 2008 hasta diciembre 2015, 27 pacientes fueron atendidos por la UHD tras ser sometidos a ATSP con seguimiento domiciliario. La edad media fue de 51 años (17-67), siendo el 65% hombres. El promedio de Índice de Barthel al ingreso fue de 97,3. Los diagnósticos que motivaron el ATSP fueron mieloma múltiple (51,8%), linfoma no Hodgkin (37,1%), leucemia

mieloblástica aguda (7,4%) y linfoma de Hodgkin (3,7%), estando en remisión completa el 63% de los casos.

Se remitieron a UHD con un promedio de 2,1 días (1-6) tras la infusión. La estancia media fue de 16,7 días (4-37). Las complicaciones asociadas más frecuentes fueron: mucositis (89,9%) y fiebre (70,4%) (gráfico 1. La aparición de la fiebre tras el ATSP se registró en el día +7,5 con una duración de 2,5 días de media. Se documentó infección bacteriana en 9 (47,4%) de los episodios febriles. La bacteria más frecuentemente aislada fue *Staphylococcus coagulasa negativo* (n=2); otros agentes infecciosos fueron: *Streptococcus mitis*, *Micrococcus luteus*, *Leptotrichia trevisanii*, *Staphylococcus aureus* resistente a metilina, *Staphylococcus haemolyticus*, *Staphylococcus hominis*, *Escherichia coli* y *Enterobacter spp.* Durante el seguimiento, 12 pacientes necesitaron nutrición parenteral y 10 fluidoterapia como tratamiento de soporte.

El 74,1% de los pacientes completó el seguimiento en el domicilio siendo alta a la Consulta Externa de Hematología. Se precisó ingreso hospitalario urgente por síndrome febril en 7 pacientes (25,9%). Un paciente precisó ingreso de forma programada en el día +21 por sospecha de fallo del trasplante. Ningún paciente falleció durante el seguimiento y la supervivencia a los 3 años era del 92,6%.

Se realizaron un total de 973 visitas a domicilio (gráfico 2), de las cuales 2,15% fueron urgentes. Los pacientes recibieron una tasa de visitas diaria elevada con más de 2 visitas de promedio al día (2,15).

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en el análisis se muestran en rangos similares a los publicados en estudios nacionales e internacionales (4,9)(12,23) en lo que se refiere al perfil de la muestra, supervivencia, reingresos hospitalarios y complicaciones clínicas (Bergkvist K, 2015; Martino M, 2014; Holbro A, 2013. Fernández-Avilés F, 2006).

CONCLUSIONES

Las Unidades de Hospital a Domicilio suponen una alternativa segura y eficiente a la hospitalización convencional en el seguimiento de pacientes sometidos ATSP tras el alta precoz desde la sala de hospitalización.

En nuestra serie, a pesar de la escasa muestra, podemos concluir que las complicaciones registradas son las esperadas en relación al proceso clínico siendo la mayoría resueltas en el mismo domicilio completando el proceso de atención con la UHD. Aún siendo variables no medidas e irreversibles al tratarse de un estudio retrospectivo, cabe hacer mención a los efectos positivos en la satisfacción y confort de los pacientes y familias así como también, en la posible reducción de los costes hospitalarios.

Así pues, se reafirma la capacidad de atención de las UHD a pacientes con procesos clínicos de alta complejidad que precisan una mayor intensidad en las visitas, especialmente por parte de enfermería.

BIBLIOGRAFÍA

Bergkvist, K., Winterling, J., Johansson, E., Johansson, U.-B., Svahn, B.-M., Remberger, M., ... Larsen, J. (2015). General health, symptom occurrence, and self-efficacy in adult survivors after allogeneic hematopoietic stem cell transplantation: a cross-sectional comparison between hospital care and home care. *Supportive Care in Cancer: Official Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 23(5), 1273–1283.

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.

Martino M, Montanari M, Ferrara F, Ciceri F, Scortechini I, Palmieri S, et al. Very low rate of readmission after an early discharge outpatient model for autografting in multiple myeloma patients: an Italian multicenter retrospective study. *Biol Blood Marrow Transplant*. 2014 Jul;20(7):1026–32.

28. TRASPLANTE PULMONAR. RECOMENDACIONES AL ALTA DEL PACIENTE.

AUTORES

Lola Hidalgo, Isabel Silvestre, Sara Aguilera, Eugenia Pérez, Jose Cerón , Carmen Sáenz y Maite Climent.

LUGAR DE TRABAJO

Hospital La Fe de Valencia

CONGRESO / JORNADA EN EL QUE FUE PRESENTADO

7ª CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA TORÁCICA (SECT)

INTRODUCCIÓN

Ante las dudas acerca del cuidado que tenían que llevar en casa los pacientes trasplantados de pulmón tras ser dados de alta , el personal de enfermería de la unidad nos planteamos elaborar un folleto de fácil comprensión que diera respuesta a sus preguntas.

OBJETIVOS

Cuando el paciente trasplantado de pulmón es dado de alta a su domicilio tiene que responsabilizarse de su autocuidado (medidas higiénico- dietéticas, tratamientos pautados, revisiones médicas, manejo de medicación...) . Al paciente le surgen dudas y enfermería puede resolverlas. Por ello, nuestro objetivo es proporcionar pautas para el correcto funcionamiento del nuevo pulmón y evitar así la aparición de determinadas complicaciones, fomentando el autocuidado del paciente trasplantado con la realización de unas recomendaciones para ganar autonomía e independencia.

MATERIAL Y MÉTODO

Se ha realizado una valoración de enfermería a los pacientes sometidos a trasplante pulmonar en la sala de hospitalización de la Unidad de Trasplante Pulmonar, según las necesidades básicas de Virginia Henderson y utilizando la metodología científica según NANDA, NIC y NOC. Favoreciendo así, la educación para la salud, analizando signos y síntomas de alarma y dando respuesta a posibles dudas que puedan ir surgiendo.

CUIDADOS RESPIRATORIOS: Manejo adecuado de aerosolterapia , medidas de limpieza y desinfección de los dispositivos más frecuentes.

ALIMENTACION: Dieta cardiosaludable teniendo en cuenta recomendaciones específicas del paciente trasplantado y previniendo en todo momento la contaminación de los alimentos.

HÁBITO INTESTINAL: Evitar estreñimiento tomando alimentos ricos en fibra y abundantes líquidos.

DESCANSO Y CONFORT: Dormir 7/8 horas diarias creando un ambiente favorable y adecuando los horarios de los medicamentos.

ACTIVIDAD FÍSICA: Se procurará incorporar paulatinamente al ejercicio físico.

HIGIENE Y CUIDADOS DE LA PIEL: Ducha diaria, uñas cortas y limpias, higiene bucal y revisiones odontológicas. Signos de cambios en la piel por la medicación o alteración de la cicatriz.

SEGURIDAD: Educación para la salud respecto a vacunas, tabaco, alcohol, viajes , caídas o lugares concurridos.

ACTIVIDAD LABORAL: Deberá reanudarse teniendo en cuenta condiciones físicas y psíquicas.

ACTIVIDAD SEXUAL: Utilización de preservativos y máxima higiene. Resolución de dudas frente al embarazo.

MEDICACIÓN: Fármacos más frecuentes: inmunosupresión y teléfonos de interés.

Se añadió un apartado de preguntas frecuentes y teléfonos de interés.

RESULTADOS

Realizamos un folleto que aporta información útil y concisa para favorecer un correcto autocuidado según las catorce necesidades básicas de Virginia Henderson, sensibilizando al paciente trasplantado con las recomendaciones de enfermería al alta.

CONCLUSIONES

Estas recomendaciones de enfermería favorecen el autocuidado del paciente dándole seguridad y mayor claridad a las dudas que van surgiendo al alta a domicilio.

Se consigue un mayor control de posibles signos de alarma y favorece la detección precoz.

Se sensibiliza de la importancia de seguir el régimen terapéutico y se responsabiliza de su cumplimiento en todas sus vertientes.

BIBLIOGRAFÍA

Desde SEPAR., en "Biblioteca para todos"(<http://www.separ.es/biblioteca-1/bibliotecaparatodos>):

- * Guía de autocuidados del paciente trasplantado de pulmón.
- * Controlando la Fibrosis Quística.
- * Controlando la Hipertensión Pulmonar.

29. EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS EN UN GRUPO DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA EN LA UNIDAD DE CONDUCTAS ADICTIVAS DE CAMPANAR.

AUTORES

Civera Arjona, Montserrat; Castro Fuentes, Leticia; Borrull Guardes, Jessica.; González Cordero, Pilar.

LUGAR DE TRABAJO

Hospital Universitario y Politécnico La Fe.

CONGRESO / JORNADA EN EL QUE FUE PRESENTADO

XIX Congreso Nacional de Psiquiatría

INTRODUCCIÓN

El tabaquismo en la actualidad supone la primera causa de morbimortalidad evitable en el mundo occidental, por lo que supone un grave problema de salud pública a nivel mundial.

OBJETIVOS

Realizar un seguimiento estrecho a un grupo de 13 pacientes con Trastorno por Uso de Tabaco a los que se realizó tratamiento de deshabituación tabáquica con vareniclina y terapia psicoeducativa grupal durante 6 semanas.

MATERIAL Y MÉTODO

Se trata de un estudio descriptivo transversal. Los pacientes fueron captados desde el 25 de enero hasta el 11 de abril de 2016. Los participantes realizaron terapia grupal impartida por Enfermería de la UCA, siendo un total de 6 sesiones, una por semana, de 2 horas de duración cada una. Además, 12 de los 13 pacientes tomaron tratamiento con vareniclina 1 mg/12h.

RESULTADOS

Se incluyeron en el grupo 13 pacientes, 7 mujeres (53,8%) y 6 hombres (46,2%) con una edad media de 57,5 años. De los pacientes, 8 (61,5 %) nunca habían realizado intentos previos para abandonar el consumo de tabaco, 3 (23%) sí lo habían intentado, manteniéndose uno de estos más de 6 meses sin fumar y 2 de estos menos de 6 meses sin fumar. De los participantes, 2 (15,4%) abandonaron el grupo en la segunda sesión, y 11 (84,6%) realizaron las 6 sesiones al completo. Al comienzo de la intervención los pacientes consumían una media de 22,3 cigarrillos día y al finalizar 11 de los 13 participantes (84,6%) habían conseguido abandonar el consumo.

CONCLUSIONES

El tratamiento conjunto de vareniclina con terapia grupal psicoeducativa resulta eficaz a corto plazo para la deshabituación tabáquica progresiva. Es necesario realizar un seguimiento posterior a largo plazo de estos pacientes para comprobar y reforzar la abstinencia. Únicamente hubo 2 abandonos (15,4%) lo que muestra una alta adherencia al abordaje farmacológico junto con el psicoterapéutico.

BIBLIOGRAFÍA

Quílez Ruiz-Rico N, Díez Piña JM, Pérez Rojo R, Bilbao-Goyoaga Arenas T, Antón Díaz E, Álvaro Álvarez D. Estudio descriptivo de los pacientes atendidos en una Unidad de Tabaquismo. Rev Patol Respir 2015;18(1):3-7.

Blanco Riopedre MC, Fernández Fernández E. Efectividad de un programa de deshabituación tabáquica llevado a cabo en el centro de salud de Tapia de Casariego (Principado de Asturias). RqR Enfermería Comunitaria (Revista SEAPA) 2015 Mayo;3(2):23-34.

30. ASISTENCIA EN EL BLOQUEO UNIPULMONAR CON BLOQUEADOR BRONQUIAL FUJI UNIBLOCKER® EN PACIENTE PEDIATRICO

AUTORES

SILVIA ZAPATA MONFORT, MAITE GARCÍA CHICANO, CRISTINA CALZADA HERRERA, SONIA GARCÉS SÁNCHEZ, PAZ FLORES CUBEL, ETELVINA MONTESA SOLER.

LUGAR DE TRABAJO

BLOQUE QUIRÚRGICO PEDIÁTRICO.

HOSPITAL UNIVERSITARI I POLITÈCNIC LA FE. VALENCIA.

CONGRESO / JORNADA EN EL QUE FUE PRESENTADO

III CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA EN ANESTESIA Y REANIMACIÓN PEDIÁTRICA

INTRODUCCIÓN

El aumento de las intervenciones quirúrgicas que requieren ventilación unipulmonar en pediatría ha motivado la necesidad de establecer un manejo anestésico especial en el que la enfermería de anestesia pediátrica tiene un papel fundamental. Para ello, la enfermería debe conocer tanto la anatomía de la vía aérea del niño como el material a utilizar y el procedimiento a seguir para conseguir que la colocación del bloqueador bronquial sea exitosa, permitiendo una exposición correcta del campo quirúrgico.

MATERIAL Y MÉTODO

Descripción de la técnica de inserción del bloqueador bronquial FUJI UNIBLOCKER® en el paciente pediátrico.

RESULTADOS

El bloqueador bronquial FUJI UNIBLOCKER® es un nuevo dispositivo de aislamiento pulmonar similar a otros del mercado pero con la peculiaridad de poseer una guía metálica con un extremo distal angulado, lo cual facilita la inserción del mismo en el paciente pediátrico. Se presenta en dos tamaños 5 Fr y 9 Fr. Posee un balón esférico de alto volumen y baja presión que se hincha con aire. La realización de esta técnica dependerá de una adecuada planificación preoperatoria basada en la edad y peso del paciente y de sus características interindividuales. Es muy importante tener en cuenta el uso del TET del máximo calibre que podamos permitirnos, con la intención de facilitar la colocación del mismo, así como del fibrobroncoscopio de tamaño adecuado para posibilitar su inserción. La monitorización hemodinámica y respiratoria, así como la vigilancia clínica continua es mandatoria en todo paciente sometido a ventilación unipulmonar.

CONCLUSIONES

La utilización del bloqueador bronquial FUJI UNIBLOQUER® nos permite el aislamiento pulmonar para la obtención de un campo quirúrgico cómodo y seguro en el paciente pediátrico. Es necesario conocer el equipamiento que tenemos disponible, así como las bases fisiológicas y anatómicas del paciente para poder realizarla con éxito.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hammer GB, Fitzmaurice BG, Brodsky JB. Methods for single-lung ventilation in pediatric patients. *Anesth Analg* 1999;89:1426-9. 2. Narayanaswamy M, McRae K, Slinger P, Dugas G et al. Choosing a lung isolation device for thoracic surgery: a randomized trial of three bronchial blocker versus double-lumen tubes. *Anesth Analg* 2009;108:1097-101. 3. Guruswamy V, Roberts S, Arnold P, Potter F. Anesthetic management of a neonate with congenital cyst adenoid malformation. *Br J Anaesth* 2005;95:240-2. 4. Wilson CA, Arthurs OJ, Black AE, Schievano S, Hunt C et al. Printed three-dimensional airway model assists planning of single-lung ventilation in a small child.

31. PREVENCIÓN DE LA HIPOTERMIA PERIOPERATORIA EN NEONATOS

AUTORES

Cristina Calzada Herrera, Silvia Zapata MOnfort, Maite Garcia Chicano, Etelvina Montesa Soler, Sonia Garces Sanchez , Paz Flores Cubel

LUGAR DE TRABAJO

Bloque quirúrgico pediátrico

CONGRESO / JORNADA EN EL QUE FUE PRESENTADO

Congreso de enfermería anestésica pediátrica

INTRODUCCIÓN

La hipotermia es una situación clínica que se presenta en la mayoría de los pacientes anestesiados produciendo numerosos efectos deletéreos. Los neonatos son los sujetos más susceptibles a la misma debido a diferentes características propias como son una mayor superficie corporal en comparación a su nivel metabólico, consecuencia de su reducida masa corporal; una escasa capacidad de producción endógena de calor (grasa parda) y una capa subcutánea de grasa delgada. A todos estos factores cabe añadir otros como son la inhibición de los

mecanismos de termorregulación por los fármacos anestésicos, la temperatura en quirófano disminuida, la desinfección de la superficie cutánea con productos a temperatura ambiente, la infusión de líquidos fríos y la evaporación desde cavidades anatómicas expuestas. Por ello, es fundamental establecer las medidas necesarias para prevenir la situación de hipotermia perioperatoria del paciente pediátrico.

MATERIAL Y METODOS

Descripción del protocolo de prevención de la hipotermia perioperatoria del neonato instaurada en nuestro hospital.

RESULTADOS

Durante el traslado del paciente:

1. Asegurar mantenimiento temperatura cuna térmica de transporte; 2. Utilizar respirador de transporte (con humidificación activa) para pacientes que requieran soporte ventilatorio. En el quirófano: 1. Mantener temperatura ambiente adecuada; 2. Monitorización de la temperatura central; 3. Cobertura de superficies expuestas y aislamiento de zonas húmedas; 4. Calentamiento de líquidos intravenosos y sangre; 5. Calentadores por convección de aire; 6. Calentamiento y humidificación de gases anestésicos.

CONCLUSIONES

Es necesaria la prevención de la hipotermia perioperatoria del neonato mediante la instauración de un protocolo de actuación conocido por la enfermería que tiene a su cargo al paciente quirúrgico neonatal.

BIBLIOGRAFÍA

1. Witt L, Dennhardt N, Eich C, Mader T, Fischer Th, Bräuer A, Sümpelmann R. Prevention of intraoperative hypothermia in neonates and infants: results of a prospective multicenter observational study with a new forced-air warming system with increased warm air flow. *Pediatr Anesth* 2013; 23:469-474.
2. Tander B, Baris S, Karakaya D, Ariturk E, Rizalar R, Bernay F. Risk factors influencing inadvertent hypothermia in infants and neonates during anesthesia. *Pediatr Anesth* 2005; 15:574-579.
3. Galante D. Intraoperative hypothermia. Relation between general and regional anesthesia, upper- and lower- body warming: what strategies in pediatric anesthesia? *Pediatr Anesth* 2007; 17:821-823.
4. Campos JM, Zaballos JM. Hipotermia intraoperatoria no terapéutica: causas, complicaciones, prevención y tratamiento (parte I). *Rev Esp Anestesiolog Reanim* 2003; 50:135-144. 5. Zaballos JM, Campos JM. Hipotermia intraoperatoria no terapéutica: prevención y tratamiento (parte II). *Rev Esp Anestesiolog Reanim* 2003;50: 197-208

32. HERRAMIENTAS PARA EVITAR ERRORES EN QUIRÓFANO

AUOTORES

García Chicano, M. , Zapata Monfort, S. , Calzada Herrera, C. , Montesa Soler, E. , Garcés Sánchez, S, Flores Cubel, P.

INTRODUCCIÓN

El objetivo de esta comunicación es fomentar la SEGURIDAD del paciente y los profesionales en el perioperatorio para EVITAR ERRORES HUMANOS, introduciendo en nuestra praxis diaria el uso de HERRAMIENTAS ESTANDARIZADAS de FÁCIL MANEJO

MATERIAL Y MÉTODOS

Etiquetado de jeringas y envases por código de colores según tipo medicación anestésica

Existencia de un armario para "medicación de seguridad".

Todos los carros de anestesia estén organizados de la misma forma, al menos los colores que diferencian los diferentes tipos de medicación Creación de "carro vía aérea difícil" (ubicación y contenido)

Realización check- list (FORMULANDO CORRECTAMENTE LAS PREGUNTAS evitando un "falso ambiente de seguridad")

Comunicación entre enfermería y anestesiólogos en "circuito cerrado"

Elaboración de protocolos estandarizados para la administración de fármacos

Comunicación activa con paciente y/o familiares,preoperatoria.

Comprobación pulsera identificativa paciente

Revisión respirador,aparatólogía y material necesarios pre-intervención

RESULTADOS

Crear un ambiente de trabajo seguro y actualizar nuestros conocimientos con regularidad, reduce al máximo la posibilidad de error ,incrementando la seguridad del paciente y los profesionales

CONCLUSIONES

Se hace imprescindible para el correcto ejercicio de nuestra profesión el preservar la integridad física del paciente y la nuestra misma,evitando errores con unas medidas de SEGURIDAD eficaces, en las que prevalezca la UNIFICACIÓN DE CRITERIOS, LA ADAPTABILIDAD a los diferentes servicios y la frecuente REVISIÓN de las mismas

BIBLIOGRAFÍA

Recomendaciones para el etiquetado de los medicamentos inyectables que se administran en anestesia. SENSAR-ISMP España 2010- 2011

Declaración de Helsinki sobre la seguridad en anestesia. Enero 2010

Committee on Identifying and Preventing Medication Errors. Aspden P, Wolcott JA, Lyle Bootman J, Cronenwett LR, editors. Preventing medication errors. Institute of Medicine.

Washington (DC): National Academy Press; 2007.

Expert Group on Safe Medication Practices. Creation of a better medication safety culture in Europe: Building up safe medication practices. Marzo 2007.

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) JCAHO Resources 2006, safety in the Operating Room. Chapter 1 Effective Communication in the OR., 2006

33. GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO DENTRO DE UNA UHD

AUTORES

Ruiz Garcia V , Valdivieso Martinez B , Torrego Gimenez A , Forcano Sanjuan S , Aljibe Aguilar A , Gomez Royuela L , Viera Rodriguez V , Martinez Gascó A

LUGAR DE TRABAJO

UHD

CONGRESO / JORNADA EN EL QUE FUE PRESENTADO

13º CONGRESO NACIONAL SEHAD .LAS PALMAS DE GRAN CANARIA

INTRODUCCIÓN

La gestión del conocimiento se define como el proceso por el que una organización crea, adquiere, valida y usa el conocimiento para ayudar y mejorar su funcionamiento.

OBJETIVOS

Implementar un sistema de gestión del conocimiento de forma especializada en la unidad

MATERIAL Y MÉTODO

Instaurar sesiones de 15 a 20 min semanales realizadas por estamentos con una metodología basada en la evidencia para profesionales, y formación a paciente y familia en cuidados básicos en procesos crónicos

RESULTADOS

Implantación del screening nutricional en los domicilios de los enfermos crónicos, de forma conjunta con el S de Endocrinología y Nutrición del Hospital de los enfermos que van a ser derivados a la UHD, o los futuros diseños de investigación en los que se compararán los algoritmos pronósticos de mortalidad de la NECPAL, con los de PROFUND y con los propios de la Unidad (VAREMO),

DISCUSIÓN

Un sistema de gestión del conocimiento especializado que implique a los profesionales del servicio permite detectar áreas de mejora de conocimiento, plantear y/o desarrollar posibles líneas de investigación y mejorar la calidad de cuidados que pueden recibir pacientes y familiares en sus domicilios.

CONCLUSIONES

La implementación de un sistema de gestión del conocimiento de forma especializada en cada servicio beneficia a la organización y mejora su funcionamiento

BIBLIOGRAFÍA

M. Bernabeu-Wittel, M. Ollero-Baturone, L. Moreno-Gaviño, B. Barón-Franco, A. Fuertes, J. Murcia-Zaragoza, C. Ramos-Cantos, A. Alemán, and A. Fernández-Moyano. “Development of a New Predictive Model for Polypathological Patients. The PROFUND Index.” *European Journal of Internal Medicine* 22, no. 3 (June 2011): 311–17. doi:10.1016/j.ejim.2010.11.012.

34. ACTUACIÓN DE ENFERMERIA EN UNA CONSULTA MONOGRÁFICA PARA PACIENTES CON BRONQUIECTASIAS NO FIBROSIS QUÍSTICA

AUTORES

Gimeno Cardells A, Montull Veiga B, Amara-Elori I, Piró Dorado A, Posadas Blazquez T, Méndez Ocaña R, Anso tégui Barrera E, Reyes Calzada S, Menéndez Villanueva R.'

LUGAR DE TRABAJO

Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Grupo de Investigación de Infecciones Respiratorias

CONGRESO / JORNADA EN EL QUE FUE PRESENTADO

49º Congreso Nacional SEPAR (Sociedad Española de Neumología y Cirujía Torácica). Granada

INTRODUCCIÓN

Las bronquiectasias no asociadas a fibrosis quística (BQ no-FQ) son una patología respiratoria crónica que se caracteriza por la presencia de infecciones respiratorias recurrentes y cursa con exacerbaciones. La atención de enfermería es fundamental para desarrollar tareas de educación en el tratamiento y medidas de salud específicas (1-2).

OBJETIVOS

El objetivo del estudio fue analizar los errores en el uso de la medicación y la adherencia al tratamiento en una consulta de enfermería monográfica y en la primera visita. Esto permitía realizar una intervención educativa más personalizada a cada paciente.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio observacional trasversal de pacientes con BQ no-FQ atendidos en una consulta de enfermería monográfica durante el primer año de su puesta en marcha. Se recogieron datos demográficos, nivel de estudios, situación laboral y cronicidad según Consellería de Sanidad. También se recogió los errores en la toma de tratamiento inhalado (TI) por observación directa, dificultades en el resto de tratamientos y adherencia (autoinformada) en la primera visita mediante anamnesis estructurada. Los componentes de la anamnesis incluían: técnica inhalada, higiene bucal posterior, manejo del nebulizador, orden de tratamientos, vacunación, fisioterapia respiratoria, ejercicio físico y estado nutricional, además de cuestiones relativas a la adherencia al tratamiento. Realizamos un estudio univariado mediante un test no paramétrico (U-Mann Whitney) para las variables cuantitativas y un test Chi-cuadrado para las cualitativas.

RESULTADOS

Se incluyeron 92 pacientes, edad media $65,9 \pm 15$ y hombres 39 (42,4%). Nivel de estudios: primarios 64 (69,6%), medios 16 (17,4%), superiores 12 (13%). Situación laboral: activo 26 (28,9%), jubilado

64 (71,1%). Nivel de cronicidad: nivel 1-verde 27(30%), nivel 2-amarillo 42 (46,7%), nivel 3-rojo 21 (23,3%). Se detectaron errores en el TI en 44 (47,8%) y dificultades en el uso de nebulizadores en 29 (31,5%). La adherencia autoinformada fue: a TI 74 (83,1%), a orden de tratamientos 41 (75,9%), a fisioterapia respiratoria 42 (45,7%). La actividad educativa realizada en la consulta de enfermería corresponde a: técnica inhalatoria 50 (54,3%), higiene bucal 42 (46,2%), manejo nebulizador 33 (35,9%), orden de tratamientos 37 (40,2%), vacunación 75 (82,4%), fisioterapia respiratoria 54 (59,3%), ejercicio físico 24 (26,1%), educación nutricional 25 (27,2%). En la tabla 1 se muestran los factores relacionados con errores en TI.

Tabla 1. Errores en la toma de tratamiento inhalado

	Sin errores	Con errores	P valor
Edad	63,3±15,9	70,3±13,2	0,039
Sexo (hombres)	12 (30,8%)	25 (56,8%)	0,017
Nivel de estudios			
• Primarios	26 (66.7%)	34 (77.3%)	0,512
• Medios	8 (20,5%)	7 (15,9%)	
• Superiores	5 (12.8%)	3 (6,8%)	
Situación laboral			
• Activo	15 (38.5%)	6 (14.3%)	0,013
• Jubilado	24 (61.5%)	36 (85.7%)	
Nivel de cronicidad			
• Nivel 1 (verde)	12 (30.8%)	10 (23.8%)	0,7
• Nivel 2 (amarillo)	17 (43.6%)	22 (52.4%)	
• Nivel 3 (rojo)	10 (25.6%)	10 (23,8%)	

CONCLUSIONES

1. La consulta monográfica de enfermería detecta un alto % de errores en pacientes BQ no-FQ y permite una intervención educativa de salud.
2. Aproximadamente el 50% de los pacientes no realizan correctamente la técnica inhalatoria y un tercio tiene dificultades con el manejo del nebulizador.
3. El porcentaje superior de errores en la toma de TI se encuentra en los mayores, varones y jubilados.

BIBLIOGRAFÍA

1. McDonnell MJ1, Ward C, Lordan JL, Rutherford RM. Non-cystic fibrosis bronchiectasis. Q J Med 2013 May;106:709-715
2. Vendrell M, de Gracia J, Oliveira C, Martínez MA, Girón R, Máiz L, Cantón R, Coll R, Escribano A, Solé A. Arch Bronconeumol. 2008 Feb;44(11):629-40

35. "LA ATENCIÓN AL CUIDADOR NO PROFESIONAL DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN DEL PACIENTE. UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA".

AUTORES

Cristina Hurtado Soler (H.U.P. La Fe) y Julio Fernández Garrido (Universidad de Valencia).

LUGAR DE TRABAJO

H.U.P. La Fe y Universidad de Valencia.

CONGRESO / JORNADA EN EL QUE FUE PRESENTADO

I Congreso nacional de investigación en enfermería médico-quirúrgica. Valencia, 14-15 de abril 2016.

INTRODUCCIÓN

La hospitalización del paciente afecta a la calidad de vida de la familia, surgiéndoles unas necesidades que deben de ser atendidas.

Dichas necesidades son diferentes en algunos aspectos a lo que ocurre en el contexto comunitario debido a las características específicas del cuidado, de limitación de tiempo y espacio, que tiene el contexto de la Hospitalización.

OBJETIVOS

Analizar la atención al cuidador durante la hospitalización del paciente, teniendo en cuenta las necesidades que cubre y el alcance que presenta como continuidad de cuidados.

MATERIAL Y MÉTODO

Revisión sistemática.

Búsqueda bibliográfica en bases de datos: Trobesplus, BVS, Pubmed y Cuiden; y en webs de las comunidades autónomas y hospitales españoles.

Términos DeSC: cuidadores, hospitalización, cuidados de enfermería, atención hospitalaria y planificación de atención al paciente.

Criterios de selección: atención al cuidador durante la hospitalización, 2010-2015, castellano o inglés, y superar evaluación de la calidad y riesgo de sesgo.

RESULTADOS

Se obtuvieron 15 entre intervenciones y programas, 8 en España y 7 en otros países.

Las intervenciones encontradas en España, cubren la necesidad de formación y alguna otra necesidad derivada de dicha formación como son la información y la participación. En otros países

son mucho más diversas: musicoterapia (Cabral Gallo et al, 2014), Reiki (Kundu et al, 2013), espacios de acogida (Pino et al, 2013), rondas centradas en la familia (Kuo et al, 2012), formación y participación (Aparisi Quispe, 2013; Mendes y Martins, 2013), cubriendo diferentes necesidades como son la satisfacción de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), el apoyo psicológico y emocional, etc.

Como programas, encontramos en España el Plan Funcional de Apoyo al cuidador con elevada sobrecarga (IES ≥ 7) de grandes dependientes evaluado en el estudio de Gorlat Sánchez et al. (2014) y propuesto en el proyecto de Molina Fuillerat (2012), ambos en Granada, y la Unidad de atención al cuidador (UAC) del HUVVM de Sevilla. En otros países, el Modelo de Cuidado de Transición del hospital al domicilio del paciente mayor con deterioro cognitivo y sus cuidadores analizado en el estudio de Bradway et al. (2012) en un Hospital de Philadelphia, EEUU. Dichos programas encontrados no cubren todas las necesidades, detectándose la falta del apoyo psicológico y emocional, la derivación a otros profesionales y/o la satisfacción de las ABVD.

El alcance de la atención al cuidador durante la hospitalización es sobretodo hospitalario, alcanzando únicamente en dos intervenciones la continuidad de cuidados con transferencia al equipo de atención comunitaria.

CONCLUSIONES

La atención al cuidador durante la hospitalización no cubre todas sus necesidades y el alcance de dicha atención no refleja una continuidad de cuidados.

Se debería de profundizar más en el estudio de las necesidades del cuidador durante la hospitalización e implementar programas que cubran dichas necesidades y enlacen la atención hospitalaria con la comunitaria como una continuidad de cuidados en la atención sociosanitaria.

BIBLIOGRAFÍA

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 .

Bireme. (2015). DeSC. Recuperado el 5 de Julio de 2015, de <http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>

Bobenrieth Astete MA. (2001). Lectura crítica de artículos originales en salud. *Medicina de Familia (And)* , 2, 81-90.

Bradway C, Trotta R, Bixby MB, Mc Partland E, Wollman MC, Kaputska H, Mc Cauley K and Naylor MD. (2012). A Qualitative Analysis of an Advanced Practice Nurse–Directed Transitional Care Model Intervention. *Gerontologist* , 52 (3), 394-407.

Bueno Abad JR. (2011). Psicología social de la inadaptación. En P. F. S, *Autonomía Personal y Dependencia. Bases teóricas y práctica social* (págs. 37-54). Valencia: Universidad de Valencia.

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.

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.

CASPe. (2015). Lectura crítica. Recuperado el 17 de Julio de 2015, de <http://www.redcaspe.org/drupal/>

Collière MF. (1993). *Promover la vida*. Madrid: Mc Graw-Hill Interamericana.

Consellería de Sanitat. (2014). *Estrategia para la atención a pacientes crónicos en la Comunidad Valenciana*. Valencia: Generalitat Valenciana.

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.

Domingo Moratalla A. (2013). *El arte de cuidar*. Madrid: Ediciones Rialp.

Fernández Garrido JG. (2009). *Determinantes de la Calidad de Vida percibida por los ancianos de una residencia de tercera edad en dos contextos socioculturales diferentes, España y Cuba [Teisis Doctoral]*. Valencia: Universidad de Valencia.

Fernández Vilches JM, Gutiérrez Guevara F, Ramirez 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).

García Calvente M, del Río Lozano M y Marcos Marcos J. (2011). Desigualdades de género en el deterioro de la salud como consecuencia del cuidado informal en España. *Gac Sanit* , 25 (Supl 2), 100-107.

García Calvente M, del Río Lozano M, Castaño López E, Mateo Rodríguez 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.

Generalitat Valenciana. (2014). *Guía de atención a las personas cuidadoras familiares en el ámbito sanitario*. Valencia: Consellería de Sanitat.

González Carrión P. (2005). Experiencias y necesidades percibidas por los niños y adolescentes con cáncer y por sus familias. *Nure Inv* , 16 (15).

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.

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.

Guirao-Goris JA, Olmedo Salas A y Ferrer Ferrandis E. (2008). El artículo de revisión. Recuperado el 1 de Agosto de 2015, de <http://revista.enfermeriacomunitaria.org/articuloCompleto.php?ID=7>

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>

Henderson V. (1994). *La naturaleza de la enfermería: reflexiones 25 años después*. Madrid: Mc Graw-Hill Interamericana.

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

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

Kundu A, Dolan-Oves R, Dimmers MA, Towle CB and Doorenbos AZ. (2013). Reiki training for caregivers of hospitalized pediatric patients: A pilot program. *Ther Clin Pract* , 19 (1), 50-54.

Kuo DZ, Sisterhen LL, Sigrest TD, Biazio JM, Aitken ME and Smith CE. (2012). Family Experiences and Pediatric Health Services Use Associated With Family-Centered Rounds. *Pediatrics* , 130 (2).

López López B, Casado Mejía R, Brea Ruiz M y Ruiz Arias E. (2011). Características de la provisión de cuidados a las personas dependientes. Recuperado el 5 de Julio de 2015, de Nure INV: http://www.fuden.es/FICHE-ROS_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/NURE56_original_provisdep.pdf

Losada Baltar A, Montorio Cerrato I, Izal Fernández de Trocóniz M y Márquez González M. (2005). Estudio e intervención sobre el malestar psicológico de los cuidadores de personas con demencia. El papel de los pensamientos disfuncionales. Premio Imsero "Infanta Cristina". Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Medavilla Durango M, Rodriguez Gonzalo A, Ocaña Colorado MA, Baquera de Micheo MJ y Morel Fernández S. (2014). Programa de Educación a Cuidadores de Pacientes Dependientes Hospitalizados para mejorar la calidad de vida. 11 (68), aprox 15 p.

Mendes MG y Martins MM. (2011). la experiencia de las madres en la participación del cuidado de sus hijos hospitalizados. *Enfermería Clínica* .

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. (2004). *Libro Blanco de la Dependencia en España*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Molina Fuillerat R. (2012). Efecto de la aplicación del Plan funcional de Personas Cuidadoras sobre la ansiedad y calidad de vida de los cuidadores familiares de personas dependientes con alteraciones neurológicas. *Nure Inv* , 9 (56), 34 p.

Molinuevo JL, Hernández B y Grupo de Trabajo del Estudio Impact: (2011). Perfil del cuidador asociado al manejo del paciente con enfermedad de Alzheimer no respondedor al tratamiento sintomático de la enfermedad. *Neurología* , 26 (9), 518-527.

NANDA. (2010). *Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2009-2011*. España: Elsevier España.

Oliva J, Vilaplana C y Osuna R. (2011). El valor social de los cuidados informales provistos a personas mayores en situación de dependencia en España. *Gac Sanit* , 25 (Supl 2), 108-114.

Orlando JJ. (1961). *The dynamic nurse-patient relationship: Function, process and principles*. New York: G. P. Putman's Sons.

Perestelo Pérez L. (2013). Standards on how to develop and report systematic reviews in Psychology and Health. *International Journal of Clinical and Health Psychology* , 13, 49-57.

Pinazo Herrandis S. (2011). Discapacidad, Dependencia y Autonomía personal. En P. H. S, *Autonomía Personal y Dependencia: Bases teóricas y práctica social* (págs. 27-36). Valencia: Universidad de Valencia.

Pino P, Monasterio C y Cox A. (2013). Diseño de un espacio de acogida como estrategia de. *Medwave* , 13 (5).

Pressler S, Gradus-Pizlo I, Chubinski S, Smith G, Wheeler S, Wu J y Sloan R. (2009). Family caregiver outcomes in heart failure. *Am J Crit Care* , 18 (2), 149-159.

Puga y Abellan. (2004). *El proceso de discapacidad. Un análisis de la Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud*. Madrid: Pfizer.

Quero Rufián A. (2007). *Los cuidadores familiares en el Hospital Ruiz de Alda de Granada*. [Tesis Doctoral]. Granada: Universidad de Granada.

Rodríguez, P. (2013). *La atención integral centrada en la persona*. Fundación Pilares para la autonomía personal.

Sarabia, A. (2007). *La Gestión de casos como nueva forma de abordaje de la atención a la dependencia funcional*. *Revista de servicios sociales*.

Servicio Andaluz de Salud . (2005). *Plan de atención a las personas cuidadoras familiares de Andalucía*. Sevilla: Consejería de Salud.

Torres Egea E, Ballesteros Perez E y Sánchez Castillo PD. (2008). Programas e intervenciones de apoyo a los cuidadores informales en España. *Gerokomos* , 19 (1), 9-15.

Urrutia G y Bofill X. (2010). Declaración PRISMA: una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y metaanálisis. *Med Clin (Barc)* , 135 (11), 507-511.

WHO Quality of life Assesment Group. (1996). Grupo de la OMS sobre la calidad de vida (Foro mundial de la salud 1996. *Journal Articles* , 17 (4), 385-387.

36. ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE LA APARICIÓN DE HEMATOMA EN EL POSTIMPLANTE DE DISPOSITIVOS DE ESTIMULACIÓN CARDÍACA

AUTORES

Díaz Cambronero JI, García Orts A, Reina de la Torre S, Hernández Martínez JC, Husillos Tamarit I, Ferrer Pardo C, Conejero Ferrer P, Pimenta Fermisson Ramos P

LUGAR DE TRABAJO

AC de Imagen Médica / C.Ext. Cardiología

CONGRESO / JORNADA EN EL QUE FUE PRESENTADO

Bilbao, Segunda Reunión Conjunta Secciones de Electrofisiología y Arritmias y Estimulación Cardíaca, 13 al 15 de abril de 2016.

INTRODUCCIÓN

La presencia de hematoma de bolsillo tras el implante de dispositivos de estimulación cardíaca se ha asociado a complicaciones importantes en el postoperatorio, como el drenaje quirúrgico del hematoma, la prolongación de la hospitalización o infecciones del implante.

OBJETIVOS

El objetivo del presente estudio es describir la frecuencia de aparición de hematoma de bolsillo en los pacientes con riesgo de sangrado aumentado.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio retrospectivo basado en historia clínica. Se describirá únicamente a pacientes anticoagulados y/o antiagregados sometidos a implante de dispositivo de estimulación cardíaca entre el 21-07-2009 y el 3-11-2013.

Se obtendrán estadísticos descriptivos para las variables continuas (media y desviación típica) así como para las variables categóricas (proporción).

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

RESULTADOS

Se estudiaron un total de 1103 casos consecutivos de pacientes con riesgo de sangrado aumentado. La edad media fue de 71,6 años (DE 11,53). El 66,3 % fueron varones. El 35,4 % estaban anticoagulados y el 6,8 % antiagregados. El 41,9 % de los implantes fueron DAI, DAI-TRC o MCP-TRC. En 8 casos apareció infección del sitio quirúrgico (0,7 %).

El hematoma de bolsillo apareció en el 5,6 % (62 casos): 34 de ellos correspondieron a DAI, DAI-TRC o MCP-TRC (54,84%); en 12 fue preciso prolongar la hospitalización (19,35%); 13 requirieron evacuación quirúrgica (20,97%). Únicamente en un caso se produjo infección del implante (1,61%).

DISCUSIÓN

En nuestra serie, a diferencia de la literatura publicada, el tamaño del dispositivo no parece asociarse con la aparición de hematoma. Tampoco parece existir asociación entre hematoma e infección.

La prolongación de la hospitalización y la evacuación quirúrgica se ha observado en 1 de cada 5 pacientes con hematoma, lo que a nuestro juicio justifica seguir investigando para reducir su incidencia.

CONCLUSIONES

Con el seguimiento de un estricto protocolo quirúrgico la incidencia de hematoma de bolsillo en pacientes anticoagulados y/o antiagregados es notablemente baja.

Cuando aparece el hematoma de bolsillo, las complicaciones se presentan en un número inaceptablemente alto de pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Wiegand UK, LeJeune D, Boguschewski F, Bonnemeier H, Eberhardt F, Schunkert H, et al. Pocket hematoma after pacemaker or implantable cardioverter defibrillator surgery: influence of patient morbidity, operation strategy, and perioperative antiplatelet/anticoagulation therapy. *Chest*. 2004;126(4):1177-86.
2. Birnie DH, Healey JS, Wells GA, Verma A, Tang AS, Krahn AD, et al. Pacemaker or defibrillator surgery without interruption of anticoagulation. *The New England journal of medicine*. 2013;368(22):2084-93.
3. Przybylski A, Derejko P, Kwasniewski W, Urbanczyk-Swic D, Zakrzewska J, Orszulak W, et al. Bleeding complications after pacemaker or cardioverter-defibrillator implantation in patients receiving dual antiplatelet therapy: Results of a prospective, two-centre registry. *Netherlands heart journal : monthly journal of the Netherlands Society of Cardiology and the Netherlands Heart Foundation*. 2010;18(5):230-5.
4. Martin-Casanas FV, Caballero-Estevez N, Dominguez-Rodriguez A, Abreu-Gonzalez P, Laynez-Cerdena I. Cardiac device infections is associated with pocket hematoma and diabetes mellitus: the role of the cardiovascular nurse. *International journal of cardiology*. 2014;171(1):e5-7.
5. Aguado C, Mateos MD. Utilidad del vendaje compresivo en la prevención de hematomas post-implante de marcapasos. *Enferm Cardiol*. 2004;11(32-33):54-7.

6. Poole JE, Gleva MJ, Mela T, Chung MK, Uslan DZ, Borge R, et al. Complication rates associated with pacemaker or implantable cardioverter-defibrillator generator replacements and upgrade procedures: results from the REPLACE registry. *Circulation*. 2010;122(16):1553-61.

7. Kutinsky IB, Jarandilla R, Jewett M, Haines DE. Risk of hematoma complications after device implant in the clopidogrel era. *Circulation Arrhythmia and electrophysiology*. 2010;3(4):312-8.

37. COLOCACIÓN DE TERMÓMETRO ESOFÁGICO EN ABLACIÓN DE VENAS PULMONARES

AUTORES

García Orts A, Reina de la Torre S, Pimenta Fermisson Ramos P, Díaz Cambronero JI, Jimenez Cordero, S. Hospital UiP La Fe (Valencia)

LUGAR DE TRABAJO

AC de Imagen Médica / C.Ext. Cardiología (Seguimiento remoto)

CONGRESO / JORNADA EN EL QUE FUE PRESENTADO

Segunda Reunión Conjunta Secciones de Electrofisiología, Arritmias y Estimulación Cardíaca, en Bilbao, del 13 al 15 de Abril de 2016.

INTRODUCCIÓN

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

OBJETIVOS

Determinar las diferencias existentes entre la colocación de la sonda de temperatura con el paciente despierto (solicitando su colaboración) y con el paciente sedado.

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 U de Mann-Whitney.

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

RESULTADOS

Se presentan resultados preliminares de los 12 primeros casos.

La edad media fue de 57,17 años (DE 5,06). El 66,7 % fueron varones. El 83,3% fueron FA paroxística, y un 25% de pacientes presentaron cardiopatía estructural.

La mediana de tiempo de colocación del termómetro esofágico en los pacientes despiertos fue de 55 segundos (Rango: 19-60). La mediana de tiempo de colocación del termómetro esofágico en los pacientes dormidos fue de 50 segundos (Rango: 19-380).

No se hallaron diferencias significativas entre los grupos (p 0.46), aunque en el grupo de despiertos el tiempo es ligeramente inferior.

DISCUSIÓN

Aunque inicialmente consideramos que la colaboración del paciente despierto facilitaría la inserción del termómetro, los resultados preliminares no lo confirman, probablemente debido al pequeño tamaño de la muestra y a la existencia de valores extremos. Debemos ampliar el número de casos para poder confirmar la tendencia mostrada por estos resultados.

CONCLUSIONES

Debemos ampliar el número de casos para poder confirmar la tendencia mostrada por estos resultados.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Gall SA, A NOVEL TECHNIQUE FOR ESOPHAGEAL MONITORING UNDER CONSCIOUS SEDATION DURING PULMONARY VEIN ISOLATION, Lancashire Cardiac Centre, Blackpool Victoria Hospital, Blackpool, United Kingdom, FY3 8NR
- 2.- Reddy et al., Esophageal Injury and Temperature Monitoring During Atrial Fibrillation Ablation., Circ Arrhythm Electrophysiol.2008; 1: 162-168.

38. EFECTOS DE LA TÉCNICA DE LOS ANILLOS DE BAD RAGAZ EN EL TRATAMIENTO DE UN PACIENTE CON SÍNDROME DE COLA DE CABALLO.

AUTORES

Pinazo Asensi, Luis¹; Matas Osea, Miguel ¹; Fernández Maestra, Araceli² ; Martín Manjarrés, Soraya²;

Fernández Maestra, Yolanda². ¹Fisioterapeuta. Hospital La Fe de Valencia; ² Fisioterapeuta. Hospital Nacional de Paraplégicos de Toledo

LUGAR DE TRABAJO

Hospital La Fe de Valencia. Hospital Nacional de Paraplégicos de Toledo

CONGRESO / JORNADA EN EL QUE FUE PRESENTADO

V CONGRESO INTERNACIONAL DE ACTIVIDADES ACUATICAS BENIDORM 2016

INTRODUCCIÓN

El síndrome de cola de caballo cursa con déficit motor y/o sensitivo, afectación de esfínteres, hipoestesia en silla de montar, y dolor radicular severo.

OBJETIVOS

El objetivo de este estudio es valorar el efecto de la técnica de los anillos de Bad Ragaz (BRRM) en el tratamiento de un paciente con un síndrome de cola de caballo.

MATERIAL Y MÉTODO

Se presenta un caso clínico de un paciente con síndrome de cola de caballo por hernia discal L4-L5, L5-S1, tratado con BRRM, con patrones de tronco y miembros inferiores simétricos y asimétricos, durante seis semanas, tres veces por semana, 30 minutos.

Se realiza valoración al inicio y al final del tratamiento, marcha con los test de los 10 metros, 6 minutos, TUG y WISCI II; equilibrio con el BBS; dolor con la EVA; independencia con el SCIM III, fortalecimiento muscular con la escala de Daniels.

RESULTADOS

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

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en este caso clínico están en la línea de los publicados por otros autores (Kim et al), que han aplicado la técnica de BRRM y evaluado con los mismos test las variables de marcha y equilibrio en ACV. También se han obtenido resultados favorables en los test de independencia funcional.

CONCLUSIONES

La terapia con BRRM puede resultar beneficiosa en el tratamiento de un síndrome de cola de caballo en su fase subaguda, para mejorar la fuerza muscular, la capacidad de marcha, el equilibrio, la independencia funcional y el dolor lumbar .

BIBLIOGRAFÍA

Güeita JR, Alonso MF, Fernández CP. Terapia acuática. Abordajes desde la fisioterapia y la terapia ocupacional.1ª _ed. Barcelona: Editorial Elsevier; 2015. 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. 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. Nascimento VLS, Borba GS, Leite CMB, Garabini MC. Protocolo Hidroterápico na Síndrome de Guillain- Barré _– Estudio de Caso. Revista de Neurociencia. 2012; 20(3): 392-398. Bad Ragaz Ring Method [homepage on the Internet]. Lambeck J, Gramper U. [citado Abril 2016]. Disponible en: <http://www.badragazringmethod.org/es/>

39. MONITORIZACIÓN NO INVASIVA EN SALA DE CARDIOLOGIA

AUTORES

ANA CÓLLIGA CALLEJA

LUGAR DE TRABAJO

F-4ª CARDIOLOGIA

CONGRESO / JORNADA EN EL QUE FUE PRESENTADO

37 CONGRESO NACIONAL DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA EN CARDIOLOGIA

INTRODUCCIÓN

El uso de monitores permite controlar la constante vital monitorizada del paciente, complementa la actuación de enfermería pero nunca la sustituye. Es fundamental comprender que los monitores no son terapéuticos.

La monitorización no tiene por qué implicar gravedad sino sólo un control riguroso de las constantes vitales medidas.

Las principales constantes vitales en la monitorización no invasiva son:

- Frecuencia cardiaca.
- Frecuencia respiratoria.
- Saturación de oxígeno.
- Temperatura corporal periférica.
- Tensión arterial.
- Registro ECG.

OBJETIVOS

- Alertar.
- Diagnostico continuo.
- Pronostico.
- Guía terapéutica.

MATERIAL Y MÉTODO

- Recursos humanos: Personal de la sala.
- Recursos materiales: Módulo de mediciones multiparamétricas InterlilVue X2 de Philips.

DISCUSIÓN

MONITORIZACION ECG.-

-Definición.

-Objetivos.

-Técnica.

-Problemas.

MONITORIZACION RESPIRATORIA.-

-Definición.

-Objetivos.

-Técnica.

-Problemas.

MONITORIZACION TENSION ARTERIAL.-

-Definición.

-Objetivos.

-Técnica.

-Problemas.

MONITORIZACION SO2.-

-Definición.

-Objetivos.

-Técnica.

-Problemas.

¿QUE HACER ANTE UNA MEDICION QUE NOS PARECE ERRONEA?

Lo primero siempre comprobar que el paciente está bien.

ALARMAS.-

Nos indican que algo no funciona bien y son una ayuda para la vigilancia de los pacientes.

CONCLUSIONES

La técnica de monitorización no invasiva muestran una baja incidencia de complicaciones.

Las aplicaciones no invasivas en la monitorización reducen el riesgo de las infecciones adquiridas en el hospital, dado que no hay que introducir ningún elemento medico en el cuerpo.

Las aplicaciones no invasivas en la monitorización pueden llevar al bienestar del paciente, evitan el dolor.

Disminuyen los costes, el paciente no precisa estancia en servicios especiales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Manual de uso módulo de ediciones multiparamétricas IntelliVue X2 Philips Numero referencia 453564208581, impreso en Alemania. 07/10.
2. Edward K Chung: diagnóstico de ECG. J.C. Ediciones medicas S.L. Barcelona 2003.
3. www.bibliotecadigitalcecova.com. Monitorización clínica.
4. www.gasmedi.com. Monitorización.
5. www.fm.edu.ar/carreras/ la enfermería y la valoración signos vitales.
6. www.edwards.com/es/productos/minivasive. Monitorización hemodinámica avanzada.
7. www.escuelasmed.puecl/paginas/publicaciones/ monitorización.html.



LaFe

Hospital
Universitari
i Politècnic



Instituto de
Investigación
Sanitaria LaFe



Colegio de
Enfermería
de Valencia



CECOVA



SÍGUENOS

EN TWITTER

@CuidadosLaFe