



Complejo Asistencial
de Zamora

NUEVO HOSPITAL

Órgano de difusión del Complejo Asistencial de Zamora

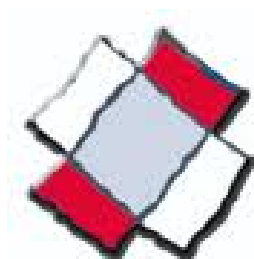
Abril 2012; Vol. VIII N° Extraordinario 2

Versión digital ISSN:1578-7516

Jornada de Investigación

Complejo Asistencial de Zamora

ZAMORA, 18 de abril de 2012



Abstracts



NUEVO HOSPITAL

Dirección

Nicolás Alberto Cruz Guerra

Secretario

Pedro Felipe Rodríguez de la Concepción

Comité Editorial

Mar Burgoa Arenales
Juan Carlos García Vázquez
Beatriz Muñoz Martín
Jesús Pinto Blázquez
Carmen Villar Bustos

Fundada en 2001 por el
Dr. José L. Pardal Refoyo

© Copyright 2011. Reservados todos los derechos.
Complejo Asistencial de Zamora
Avda. Requejo, 35
49022 Zamora (España)

Edita:

Complejo Asistencial de Zamora
Avda. Requejo, 35
49022 Zamora (España)

Diseño y realización:

Pedro Felipe Rodríguez de la Concepción

Nuevo Hospital, con ISSN 1578-7516 (versión digital), y de periodicidad cuatrimestral (3 n° al año) es el órgano de difusión del Complejo Asistencial de Zamora.
<http://www.salud.jcyl.es/hospitales/cm/CAZamora>

Correo electrónico :

revistanuevohospital@saludcastillayleon.es

Los trabajos publicados en *Nuevo Hospital* reflejan la opinión de sus autores. El Comité Editorial no se responsabiliza necesariamente de los criterios y afirmaciones expuestas.

1-1 El Estudio Colaborativo Español de malformaciones Congénitas (E.C.E.M.C.). Un trabajo de investigación grande desde un hospital pequeño

Marugán Isabel V, Ochoa Sangrador C, Hernández González N, García Martínez L, Ramos Nogueiras P, Catalina Coello M, Pinto Blázquez J, Casanueva Pascual T, Feijoo Rodríguez L, Del Valle Manteca A.

Grupo Periférico del ECEMC en Zamora.

E-mail: vmarugan@saludcastillayleon.es

Introducción: Tenemos profundamente asumida la idea, muchas veces incierta, de que sólo se puede hacer un proyecto de investigación ambicioso y de resultados importantes desde un centro terciario, de referencia o dotado de unos medios extraordinarios. Queremos presentar el Estudio Colaborativo Español de Malformaciones Congénitas (E.C.E.M.C) del que formamos parte. Nace de la mano de la Dra. María Luisa Martínez Frías en 1976 con el objetivo de investigar las frecuencias y las causas de los defectos congénitos. En el estudio han participado 155 hospitales de toda España de los que más de la mitad son hospitales con maternidad de nivel 1 ó 2.

Material y métodos: El ECEMC es un estudio de casos y controles (especialmente apropiado para el estudio de la frecuencia y etiología de los defectos congénitos). Ante cada malformación congénita de recién nacido vivo o muerto, se realizará una encuesta que recoge 312 datos ambientales, demográficos, de antecedentes familiares y muy específicamente de todos los factores que pueden incidir en el embarazo actual. La misma encuesta se realiza, por el mismo observador, al recién nacido malformado y al primer recién nacido sano y del mismo sexo que nazca en la maternidad. Con ello se pretende minimizar los posibles sesgos.

Estructuralmente el ECEMC se constituye por dos grupos multidisciplinarios. El Grupo Coordinador (ubicado en el Instituto Carlos III) y que recibe todas las encuestas de casos y controles así como la iconografía y las muestras biológicas para estudios de laboratorio y el Grupo Periférico constituido por más de 400 médicos – mayoritariamente pediatras- de los hospitales que pertenecen al estudio colaborativo. Con ello y desde siempre el ECEMC ha trabajado en Red y actualmente además forma parte del Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Raras (CIBERER).

Resultados: El registro del ECEMC lleva estudiados más de 41.000 casos de niños malformados y otros tantos niños controles sanos y se han controlado 2.700.000 nacimientos. Constituye de esta forma el mayor registro nacional y europeo de malformaciones y uno de los mayores del mundo.

Se han obtenido las frecuencias de recién nacidos con defectos congénitos globales y por comunidades autónomas, así como la frecuencia individual para cada malformación. Al recoger datos entre 1976 y 1985 el estudio tiene la frecuencia basal de malformaciones ahora casi desaparecidas por la interrupción voluntaria del embarazo.

Son numerosas las publicaciones tanto de aspectos clínicos, epidemiológicos, citogenética y genética molecular, prevención o teratogénesis. Sólo entre 2008 y 2010 se realizan 28 publicaciones en revistas internacionales y 25 en revistas españolas.

De forma directa se ha ayudado y apoyado al diagnóstico concreto del niño con defectos congénitos y realizado los estudios cromosómicos y de genética molecular necesarios.

De los datos de investigación del ECEMC se han puesto en marcha dos importantes servicios de información telefónica sobre defectos congénitos y teratogénesis. Estos son el SITE (información telefónica a la embarazada 918222436) y el SITTE (servicio de información de teratógenos en el embarazo dirigido a profesionales, 918222435).

Conclusiones: En un momento en que proliferan los grupos de trabajo en Red, estamos orgullosos de trabajar en Red desde hace 36 años. Creemos fundamental el registro de los defectos congénitos, su frecuencia y el estudio de su etiología, única clave para intentar su prevención.

1-2. Proyectos multicéntricos de atención perinatal: el proyecto ARAHIP (atención del recién nacido con agresión hipóxico-isquémica)

Hernández González N, Arnáez Solís J, Marugán Isabel V, Ochoa Sangrador C, Gil Rivas T, Bajo Delgado A F, de Castro León C, García Martínez L, Casanueva Pascual T.

Servicio de Pediatría del Complejo Asistencial de Zamora y del Complejo Universitario de Burgos.

E-mail: drnatalio@yahoo.es

Introducción: La reducción de la temperatura cerebral de 3-4° C en recién nacidos mediante un enfriamiento corporal total o selectivo de la cabeza, en las primeras seis horas de vida, constituye una intervención eficaz y segura para reducir la mortalidad y la discapacidad mayor en los neonatos que han sufrido una agresión hipóxico-isquémica perinatal (AHI).

Justificación del proyecto: la falta de entrenamiento en la exploración neurológica neonatal, el insuficiente conocimiento de los mecanismos fisiopatológicos que desencadenan la lesión cerebral y la dificultad en la adecuada interpretación de las herramientas utilizadas en el diagnóstico y pronóstico de la AHI (principalmente electroencefalograma integrado por amplitud - EEG ia- y resonancia magnética nuclear - RMN - cerebral) hacen difícil la rápida identificación y el inicio precoz del tratamiento con hipotermia en el marco temporal de la ventana terapéutica en pacientes con encefalopatía hipóxico-isquémica (EHI).

Objetivos:

- 1) Objetivo principal: prevenir y/o disminuir la mortalidad y morbilidad asociada a la AHI perinatal a través de la sistematización y homogeneización de la atención del paciente con asfixia perinatal de una forma integral desde el momento del parto hasta el alta.
- 2) Objetivos secundarios:
 - a) Detectar la presencia de encefalopatía, clasificar su gravedad e iniciar lo antes posible el tratamiento con hipotermia en los pacientes que lo requieran.
 - b) Controlar los factores agravantes de la lesión cerebral en pacientes con AHI.
 - c) Garantizar los cuidados del RN con EHI durante su traslado interhospitalario en caso de necesitar tratamiento con hipotermia.
 - d) Orientar el pronóstico del recién nacido con EHI tras el alta.

Material y métodos: Estudio multicéntrico, 14 unidades de Neonatología de nivel asistencial IIb o III de Castilla y León (13) y de La Rioja (1), prospectivo, de cohortes, cuya población diana serán todos los recién nacidos de 35 semanas o más de edad gestacional postconcepcional y más de 1800 gramos, que cumplen criterios de agresión hipóxico-isquémica perinatal:

- A) Datos perinatales compatibles con una AHI periparto (estado fetal no tranquilizador durante la monitorización fetal, existencia de un evento hipóxico centinela o distocia de parto).
- B) Estado objetivo de afectación perinatal (pH cordón o 1ª hora de vida ≤ 7.00 , Apgar al 5º minuto ≤ 5 , necesidad de reanimación con intubación y/o masaje cardíaco o necesidad de reanimación con presión positiva intermitente al 5º minuto).
- C) Encefalopatía al nacimiento (alteración del estado de vigilia asociada a alguno de los siguientes ítem: retraso en el inicio de los movimientos respiratorios o apnea tras reanimación, hipotonía, hipoactividad acusada, patrones motores estereotipados o convulsiones).

Para ser incluido en estudio se deberán cumplir los criterios A+B y/o C y haber obtenido el consentimiento informado de los padres.

Se establece una sistemática de actuación:

a) **Evaluación clínica:** se realizarán exploraciones clínicas neurológicas seriadas (1, 3, 5 y 12 horas) valorando de forma sistemática 12 ítem neurológicos, puntuando cada uno de ellos, filmándose dichas exploraciones y finalmente valorando según las escalas validadas de Thompson y García-Alix la severidad de la encefalopatía.

b) **Controles analíticos:** en función del grado de EHI se realizarán controles analíticos seriados de hemograma, gasometría, glucemia, magnesemia y coagulación (1, 3, 5 y 12 horas).

c) **Monitorización del EEGia** (sólo centros que dispongan de esta tecnología): se valorará amplitud, actividad paroxística y ciclos vigilia-sueño las primeras 12 horas siempre que exista EHI; en caso de haberse registrado crisis paroxísticas la monitorización se mantendrá al menos 48 horas tras su desaparición.

d) **Estudios de neuroimagen:** se realizarán ecografías cerebrales en las primeras 6 horas siempre que exista EHI, repitiéndose a las 48 y 72 horas en los casos de EHI moderada-grave; así mismo se realizará RMN cerebral a todos los pacientes con EHI entre los siete y los 14 días de vida.

Todos los datos serán recogidos en un cuaderno de registro, siguiendo el cronograma propuesto, específico para cada paciente y los vídeos editados en soporte DVD para su posterior evaluación por un experto en neuropediatría neonatal. Se establecen dos centros receptores de pacientes para aplicar tratamiento con hipotermia inducida (Complejo Asistencial de Burgos y Hospital Río Hortega de Valladolid).

El estudio estadístico está coordinado por el equipo de Estadística de la Fundación Burgos por la investigación de la salud. Duración dos años (Junio 2011-2013).

Resultados: En los nueve primeros meses del estudio se han incluido 84 pacientes: 13 precisaron hipotermia (por encefalopatía hipóxica-isquémica moderada o severa), cinco fallecidos (limitación de esfuerzo terapéutico) y ocho con buena evolución neurológica. Los primeros datos del proyecto se han presentado en el XXIII Congreso Nacional de Neonatología (Oviedo 2011), en la I Reunión de neonatólogos de Castilla y León (Valladolid 2011) y la Reunión de Primavera de la SCCALP (Segovia 2012).

1-3 Seguridad del paciente: investigación sobre neuromonitorización en cirugía tiroidea

Pardal Refoyo JL.

Servicio de Otorrinolaringología. Hospital Virgen de la Concha. Zamora. Complejo Asistencial de Zamora.

E-mail: jpardalr@telefonica.net

Introducción: La identificación del nervio laríngeo recurrente (NLR) es el patrón de referencia para reducir su lesión en la tiroidectomía. La neuromonitorización ayuda en la identificación y disección del NLR, proporciona información sobre su estado funcional al finalizar la cirugía y ayuda en la toma de decisiones en caso de pérdida de señal.

Objetivos: Evaluar la utilidad de la neuromonitorización en la identificación del NLR.

Material y métodos: Estudio en 259 nervios laríngeos recurrentes en riesgo durante tiroidectomía realizada con neuromonitorización (grupo A, 129 nervios) y sin neuromonitorización (grupo B de control, 130 nervios). Para la tiroidectomía se utilizó exclusivamente sistema Harmonic Ultracision Focus. Para la neuromonitorización se utilizó el equipo de Medtronic Xomed Inc. con monitor NIM-Response 2.0, caja de conexión, electrodo pareado de aguja de dos canales, dos electrodos-tierra monocanal y sonda de estimulación monopolar estándar. Se realiza técnica de neuromonitorización mediante inserción de los electrodos pareados en el músculo tiroaritenoso a través de la membrana cricotiroidea (técnica transligamentaria). El registro electromiográfico se obtiene secuencialmente mediante estímulo en el nervio vago (NV) (V1), en nervio laríngeo recurrente (NLR) al inicio de su identificación y durante su disección (R1), en NLR al finalizar la lobectomía (R2) y en el NV al finalizar completamente la intervención (V2).

Resultados: El porcentaje de nervios no identificados visualmente es del 18% en el grupo A y del 20% en el grupo B, sin diferencia estadística. A partir del momento de no identificación, en el grupo A, con neuromonitorización se consigue la identificación en el 100% de los casos. La diferencia es estadísticamente significativa. El valor predictivo positivo y negativo de la neuromonitorización es del 100%.

Conclusiones: La neuromonitorización ayuda en la identificación del nervio laríngeo recurrente, incrementa la seguridad del cirujano en la técnica y debe realizarse sistemáticamente en la cirugía tiroidea.

1-4 Seguridad del paciente: investigación sobre técnicas de hemostasia en cirugía tiroidea

Pardal Refoyo JL.

Servicio de Otorrinolaringología. Hospital Virgen de la Concha. Zamora. Complejo Asistencial de Zamora.

E-mail: jpardalr@telefonica.net

Introducción: Los avances tecnológicos en hemostasia permiten sellado vascular con mayor precisión y seguridad que la tradicional ligadura asociada a la electrocoagulación mono o bipolar. El sistema Harmonic Ultracision transfiere energía mecánica en forma de ultrasonido a 55.500 Hz a los tejidos a través de su terminal. Mediante los fenómenos físicos de cavitación, coaptación, coagulación y corte realiza disección, corte y hemostasia simultáneamente sin necesidad de otros instrumentos auxiliares.

Objetivos: Comparar las complicaciones en tiroidectomía total mediante técnicas tradicionales (ligadura, electrocoagulación, incluido Ligasure), frente al uso exclusivo de Harmonic Ultracision.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo, comparativo, no aleatorio en 887 pacientes sometidos a tiroidectomía total. Se distribuyen en grupo A (técnicas tradicionales en 468 pacientes, operados entre enero de 1997 y septiembre de 2006) y grupo B (Harmonic Ultracision en 419 pacientes, operados entre octubre de 2006 y mayo de 2010).

Resultados: En el grupo B se produjeron significativamente menos complicaciones (incidencia global de 0,95% frente al 4,06% en el grupo A): hemorragia (0,24% frente al 1,92% en grupo A), traqueotomía (0% frente al 1,28%) y estancia en UCI (0% frente al 4,06%). Hubo mejora de los parámetros de actividad: menor tiempo quirúrgico (60 minutos frente a 180 minutos), menor estancia hospitalaria (4,62 estancias frente a 8,5 estancias), incremento del número de intervenciones mensuales (9,63 frente a 4 intervenciones). Las secuelas persistentes en el grupo B (parálisis recurrencial -0,48%- e hipoparatiroidismo -0,47%-) disminuyeron pero sin diferencia estadísticamente significativa respecto al grupo A. El coste por paciente es inferior en el grupo B.

Conclusiones: El sistema Harmonic Ultracision es la técnica de elección en cirugía tiroidea.

1-5 Análisis de eficacia terapéutica tras conversión de alfa eritropoyetina a darbepoetina alfa en pacientes en hemodiálisis

Alvarez Tundidor S, Nava Rebollo A, Andrés Martín B, Santana Zapatero H, Diego Martín JV, Escaja Muga C, González López A, Díaz Molina H, Grande Villoria J.

Sección de Nefrología. Hospital Virgen de la Concha. Complejo Asistencial de Zamora.

E-mail: alvynava@hotmail.com

Introducción: Mantener niveles adecuados de hemoglobina en los pacientes de hemodiálisis (HD) es fundamental, y en la mayoría de los casos requerimos la administración de agentes estimuladores de la eritropoyesis (AEE).

Objetivos: Comparar la variabilidad de los niveles de hemoglobina y de las dosis de AEE (darbepoetina alfa y eritropoyetina alfa).

Material y métodos: Estudio observacional y retrospectivo de pacientes en programa de hemodiálisis que reciben AEE, divididos en dos grupos: grupo A: reciben darbepoetina alfa durante 12 meses. Grupo 2: reciben eritropoyetina alfa seis meses y posteriormente darbepoetina alfa. Se registraron desde los seis meses previos a la conversión, hasta los seis meses posteriores: hemoglobina (hb), dosis de AEE, ferritina, índice de saturación de transferina (IST), PCR, transfusiones, PTHi, kt/v, índice de Charlson, índice de resistencia a Eritropoyetina (IR), horas de hemodiálisis, años en hemodiálisis, toma de IECAs.

Se incluyeron 47 pacientes (66% hombres y 34% mujeres), con edad media de 66.68 ± 16.69 años.

Resultados: La dosis mediana de AEE durante los seis primeros meses antes de la conversión del grupo A fue 7000 UI y del grupo B 6000 UI. Tras la conversión, la dosis mediana del grupo A era 5000 UI, y del grupo B 8000 UI. No hubo diferencias significativas ($p=0,45$) entre ambos grupos en la evolución de los valores de las hemoglobinas a lo largo del estudio, siendo la hb media al inicio del estudio: grupo A $11,28 \pm 2,21$ g/dl y grupo B $11,43 \pm 1,13$ g/dl, y la hb media al final: grupo A $11,85 \pm 1,8$ g/dl y grupo B $11,54 \pm 1,40$ g/dl. Tampoco observamos diferencias significativas en los valores de PCR, IST, kt/v, PTHi, IR, y horas de HD. El 100% tenían un índice de Charlson ≥ 3 . Nueve pacientes requirieron transfusión de concentrado de hematíes (22,7% grupo A y 16% grupoB).

Conclusiones: Este estudio muestra que los niveles de hemoglobina son comparables entre los pacientes tratados con darbepoetina alfa y eritropoyetina alfa, y que las dosis de ambas son equivalentes.

1-6 Estudio de calidad de la preparación para la colonoscopia. Ensayo clínico con tres pautas

Fuentes Coronel AM, Fradejas Salazar P, Martín Garrido E, Bailador Andrés C, López Ramos C, Conde Gacho P, Julián Gómez L, Pérez Villoria A, Ochoa Sangrador C, Rodríguez Gómez S. *Servicio de Aparato Digestivo y Unidad de Investigación. Hospital Virgen de la Concha. Complejo Asistencial de Zamora.*
E-mail: amfcoronel@gmail.com

Objetivos: Valorar la eficacia, tolerancia y seguridad de la preparación para la limpieza del colon y la calidad de la colonoscopia.

Material y métodos: Diseño: ensayo clínico con especialidades farmacéuticas en las condiciones de uso autorizadas. Ensayo clínico en fase IV con medicamentos ya comercializados. Ensayo clínico controlado, aleatorizado, triple, con grupos paralelos y unicéntrico.

Ambito: Complejo Asistencial de Zamora, Hospital Virgen de La Concha (Zamora), en su Área de Endoscopias Digestivas (Pruebas Especiales).

Sujetos de estudio: pacientes adultos a los que se había indicado endoscopia digestiva baja programada.

Intervención en estudio: evaluación de diferentes pautas de preparación para la limpieza del colon previa a la realización de la colonoscopia. Grupo A: polietilenglicol (PEG) cuatro litros el día previo a la prueba (PEG 4). Grupo B: PEG tres litros el día anterior y un litro el día de la prueba (PEG 3+1). Grupo C: PEG + ácido ascórbico un litro el día previo y un litro el día de la prueba (PEGAA).

Resultados: No se encontraron diferencias basales entre grupos. La distensión abdominal antes de la preparación, fue mayor en los pacientes del grupo PEG 3+1 ($p=0,026$). De los pacientes que habían tomado la preparación convencional previamente (PEG 4) y tomaron una pauta diferente, la mayoría preferían la nueva pauta ($p=0,04$). Los vómitos fueron más frecuentes 11,5% en los pacientes del grupo PEG 3+1 ($p=0,047$). En colon transverso la preparación fue muy buena (8,7%, 34,6% y 26,9%), buena (30,4%, 46,2% y 53,8%) y mala (13%, 3,8% y 3,8%), en los grupos PEG 4, PEG 3+1 y PEGAA, respectivamente ($p=0,032$). En el colon derecho la preparación fue muy buena en (0%, 26,9% y 7,7%) y buena (17,4%, 53,8% y 57,7%), en PEG 4, PEG 3+1 y PEGAA, respectivamente ($p=0,000$). En el ciego la preparación fue muy buena (8,7%, 11,5% y 15,4%) y buena (17,4%, 53,8% y 53,8%) en PEG 4, PEG 3+1 y PEGAA respectivamente ($p=0,005$). En la escala global la preparación muy buena se observó en (55,6%, 50% y 4,3%), buena en (40,7%, 46,2% y 60,9%), regular en (3,7%, 3,8% y 30,4%) y mala en (0%, 0% y 4,3%); de los grupos PEGAA, PEG 3+1 y PEG 4, respectivamente ($p=0,001$).

Conclusiones: Se han encontrado diferencias en la limpieza de los segmentos proximales del colon (colon transverso, colon derecho y ciego) en relación con las pautas de preparación empleadas para la limpieza del colon, a favor de la limpieza con PEG 3+1 y PEGAA. En la escala global también se observó mayor grado de limpieza los pacientes preparados con PEG 3+1 y PEGAA que con PEG 4. El fraccionamiento de la dosis y el menor tiempo transcurrido entre la ingesta del preparado y la prueba, parecen un factor clave en la mejor limpieza del intestino ya que el mismo preparado, PEG se ha mostrado más eficaz al ser fraccionado (PEG 3+1). El PEGAA muestra la ventaja adicional según nuestros resultados de mejor tolerancia. Los pacientes en general prefieren el uso de las nuevas pautas frente a la pauta PEG 4 al ser encuestados.

2-1 Valoración del grado de dependencia de los pacientes de Neumología hospitalizados

Martín Vaquero Y, Gómez Peroy MP, Reguilón Hernandez R, García Arroyo I, Ochoa Sangrador C.

Enfermera GACELA, Sección de Pruebas Especiales, Servicio de Neumología y Unidad de Investigación.

E-mail: ymartino@saludcastillayleon.es

Introducción: Existe una clara interrelación entre la salud y las situaciones de dependencia. El nivel de dependencia de los pacientes hospitalizados ha aumentado, influido no sólo por la edad, sino por las múltiples patologías que estos pacientes tienen asociadas. Tanto la edad como el nivel de dependencia, son dos factores importantes a considerar en la gestión de los cuidados enfermeros en los centros hospitalarios. Determinar las características de los usuarios, especialmente su nivel de dependencia, es un factor determinante para establecer estas necesidades y nos permite planificar los cuidados de forma individualizada.

Objetivos: Los objetivos a analizar son: 1) Valorar y conocer la dependencia a los cuidados de Enfermería que nuestros pacientes presentaron durante el año 2011, focalizando el estudio en el grado de dependencia de los pacientes ingresados en la Sección de Neumología del Hospital Virgen de la Concha. 2) Determinar en qué actividades de la vida diaria se presentan más limitaciones en la autonomía del paciente.

Material y métodos: Estudio retrospectivo y descriptivo de una muestra aleatoria de pacientes de Neumología ingresados durante el año 2011. La recogida de datos se realiza a través de la historia de enfermería gestionada con el Aplicativo GACELA CARE. El profesional de Enfermería de Neumología realiza la valoración mediante la escala de Barthel de forma protocolaria a todos los pacientes en el momento del ingreso .

Variables analizadas: edad, sexo, días de hospitalización, diagnóstico principal ingreso, antecedentes y nivel de dependencia, medido a través del Índice de Barthel (IB). Se recogen además las variables de comorbilidad. El análisis de datos se realizó con el programa estadístico SPSS 11.2, estableciéndose la significación estadística en $p < 0.05$.

Utilidad: Los resultados pueden permitir gestionar mejor los recursos tanto humanos como materiales para la atención de los pacientes con enfermedades respiratorias que precisan hospitalización. Así mismo los resultados pueden valorar el grado de dependencia en función de la edad, comorbilidad y tipo de enfermedad respiratoria que presenta cada paciente.

2-2 Enfermería Basada en la Evidencia: por qué y para qué

González Sanz MA, Villar Bustos MC, Martín Vaquero Y, García Calderón S.
Grupo de Trabajo de Enfermería Basada en la Evidencia. Complejo Asistencial de Zamora.
E-mail: agonzalezsa@saludcastillayleon.es

Introducción: El término evidencia en castellano, se aplica a algo que no necesita probarse, pero en este caso la interpretación debe ser fiel al significado del término en inglés, que se refiere a la evidencia científica o a la evidencia aportada por la investigación, es decir, algo que se comprueba. La Enfermería Basada en la Evidencia (EBE) pretende apoyarse en el conocimiento generado por la investigación clínica, después de que se haya analizado cuál es la evidencia clínica más sólida de la que se dispone en este momento, y que ésta sea transmitida de manera eficiente.

La definición adoptada en la I Reunión sobre EBE (Granada, 2002) es “la incorporación de la evidencia procedente de la investigación, la maestría clínica y las preferencias del paciente en la toma de decisiones sobre el cuidado de salud de los pacientes individuales”.

La investigación científica no es patrimonio de ninguna ciencia ni estamento profesional, es una forma de analizar la realidad aplicable a cualquier área del conocimiento. El único requisito indispensable es el dominio de los elementos y etapas de que se compone el Método Científico. Según el FIS, la investigación científica no es una actividad de élite ni un lujo sino una necesidad. Es deber de todo profesional reflexionar sobre la realidad en la que actúa, obtener conocimiento y aplicarlo.

La práctica enfermera debe estar asentada firmemente en la investigación, ya que es el proceso mediante el cual crece la base del conocimiento para la práctica de la Enfermería. Por ello es importante para el desarrollo de esta profesión la evolución y extensión de las investigaciones en cuidados.

Objetivos: Potenciar la investigación del personal de enfermería, especialmente en la aplicación a la práctica clínica de la evidencia científica disponible en cuidados.

Resultados: La realización de un Informe sobre Evidencias en cuidados (mediante una revisión sistemática) para una de las intervenciones de Enfermería de los Planes de Cuidados Estandarizados que está elaborando el SACyL. La intervención revisada es la “INT06490 Prevención de las Caídas” en el paciente pluripatológico.

Colaboración en la elaboración de protocolos y procedimientos enfermeros normalizados Basados en Evidencia, con el fin de conseguir así su posterior registro en la Comisión de Investigación del Hospital y difusión a través de la revista Nuevo Hospital.

Presentación de candidatura del Complejo Hospitalario de Zamora al proyecto “Centro Comprometido con la Excelencia en Cuidados (CCEC) para la implantación, evaluación y difusión de Guías de Buenas Prácticas (GBP) de la Registered Nurses Association of Ontario (RNAO), que en un primer momento fue preseleccionado.

Conclusiones. La EBE está irrumpiendo con fuerza, pero sólo tendrá futuro si la Enfermería se plantea un cambio en la filosofía enfermera y busca una formación académica específica que favorezca la investigación. La implicación de los directivos y líderes de enfermería es fundamental, y las organizaciones tienen que modificar sus políticas de personal a través del apoyo, financiación e incentivación de la investigación y la difusión de los hallazgos obtenidos de la misma, ya que estos son instrumentos facilitadores para el desarrollo de la EBE.

2-3 Pacientes con cáncer de laringe sometidos a laringectomía total. Investigación práctica

Temprano Peñín MS, Hernández Hernández JA, Sánchez Cerezal JA, Ramos Pollo D, Martín González MR, Franco Martín M.

Logopedia y Servicio de Psiquiatría del Complejo Asistencial de Zamora. Unidad de Cuidados Paliativos Domiciliarios y Centro de Salud Virgen de la Concha. Zamora.

E-mail: soltemprano@yahoo.es

Introducción: Un paciente con cáncer de laringe objeto de laringectomía total experimenta cambios físicos propios de su enfermedad entre los que se encuentra la afectación de la comunicación oral. La laringectomía total consiste en la extirpación de la laringe por medio de una operación quirúrgica, y supone que la función fonatoria queda imposibilitada por la ausencia de su órgano efector. Al paciente con laringectomía total le falta la forma de expresión más humana: la voz, con lo que se produce una gran afectación en la esfera psicoemocional. Depresión y ansiedad son dos síntomas muy prevalentes en estos pacientes. Estos cánceres presentan una gran supervivencia por lo que para mejorar su calidad de vida se debe realizar una intervención basada en el aprendizaje de la voz esofágica y/o técnicas alternativas de comunicación.

Objetivos: Valorar los efectos de la implementación de una intervención interdisciplinar, a través del Servicio de Logopedia, mediante una asistencia progresiva e integral en los síntomas psicoemocionales, fonatorios y calidad de vida.

Material y métodos: La intervención se fundamenta en una asistencia psicológica preventiva, abordaje logopédico y valoración social del paciente. Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo. Muestra de 30 pacientes afectados de laringectomía total que acuden a Logopedia tras la intervención quirúrgica entre los años 1998 y 2005. A cada paciente se les pasa cuestionarios de calidad de vida y subescala de Goldberg. A los cinco meses de rehabilitación se le vuelve a pasar la subescala de Goldberg.

Resultados: El cáncer laríngeo maligno afecta más a los hombres. La media de edad es alta (60 años). El 80% son fumadores y el 13% exfumadores. Presentan disfonía en el inicio de enfermedad en un 82% de casos. Antes de iniciar la intervención logopédica tras la intervención quirúrgica, un 80% se siente con poca energía vital y enlentecido y el 66% se siente desesperanzado. Tras la intervención logopédica se observa en un 73% mayor energía vital y más actividad, así como un 86% de los sujetos manifiesta un aumento de confianza en sí mismos.

Conclusiones: Mediante este tipo de intervención mejoran la mayoría de los ítem de la Escala de Depresión de Goldberg. La astenia, pérdida de interés, disminución de la autoconfianza, son síntomas muy típicos del estado depresivo que mejoran claramente. En la asistencia a enfermos oncológicos en general y en pacientes con tumores de cabeza y cuello y a los que se les ha practicado una laringectomía total en particular, es necesaria la implementación de programas multidisciplinarios como el que presentamos en este trabajo.

2-4 Sintomatología cognitiva en el paciente oncológico avanzado

Monforte Porto JA, Severino Hernández R, García García M.

Servicio de Psiquiatría del Complejo Asistencial de Zamora. Servicio Territorial de Sanidad de Zamora.

Unidad de Cuidados Paliativos Hospitalarios del Complejo Asistencial de Zamora.

E-mail: jesusmonforte@telefonica.net

Introducción: Los trastornos cognitivos representan una patología muy frecuente en los pacientes con cáncer avanzado, y están asociados a una mayor mortalidad, incremento del estrés de la familia y cuidadores, así como a un importante impacto en la capacidad de comprensión y de decisión del paciente con cáncer.

Objetivos: Determinar la prevalencia de síntomas cognitivos y confusionales en pacientes oncológicos en estadios III y IV, y evaluar perfiles diferenciales de los mismos en relación con variables sociodemográficas, clínicas y terapéuticas.

Material y métodos: Material: datos básicos de filiación y variables sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, escolaridad, lugar de residencia, hijos y cuidador principal), clínicas (patología somática y psiquiátrica concomitante así como sus respectivos tratamientos, índice de Karnofsky, localización del tumor primario, estadiaje y existencia o no de metástasis cerebrales) y terapéuticas (tratamiento oncológico -radioterapia, quimioterapia, inmunoterapia, cirugía, otros- o paliativo). Método: estudio epidemiológico descriptivo sobre 111 pacientes con cáncer (estadios III y IV) utilizando como instrumento de detección del deterioro cognitivo el Mini-Examen Cognitivo (MEC) y del delirium el Confusional Assessment Method (CAM). Comparaciones de porcentajes mediante la prueba de ji cuadrado o la exacta de Fisher y comparaciones de medias mediante análisis de la varianza o pruebas no paramétricas. Consideraciones bioéticas: criterios de inclusión no restrictivos, respetando la competencia, capacidad y equidad en la selección (principio de justicia). Cuidado de los aspectos metodológicos del proyecto (principio de no-maleficencia). Información a los pacientes de la naturaleza y objetivos del estudio (principio de autonomía). Categorización del riesgo menor del mínimo (principio de beneficencia).

Resultados: La edad media de la muestra fue de 63,6 años, con un 62,2% de varones, predominando los casados (68%). Un 23,4% de los pacientes menores de 65 años (n=64) y un 26,6% de los que tenían 65 o más años presentaban síntomas de deterioro cognitivo (puntuaban por debajo de los puntos usualmente utilizados en sus poblaciones, MEC \leq 27 y MEC \leq 23 respectivamente). Un 7,4% de los pacientes eran posibles casos de cuadro confusional (cumplían los cuatro criterios de la CAM), existiendo diferencias en cuanto al estado civil (casados y viudos), cuidado (cónyuge e hijos) y estadiaje (estadio IV).

Conclusiones: Elevada prevalencia de síntomas cognitivos y confusionales en el paciente oncológico avanzado (estadios III-IV), lo que justifica su detección precoz, tanto por el personal médico como de enfermería, e intervención específica para mejorar el pronóstico y la calidad de vida de los mismos.

2-5 Sintomatología afectiva en el paciente oncológico avanzado

Monforte Porto JA, Severino Hernández R, García García M.

Servicio de Psiquiatría del Complejo Asistencial de Zamora. Servicio Territorial de Sanidad de Zamora.

Unidad de Cuidados Paliativos Hospitalarios del Complejo Asistencial de Zamora.

E-mail: jesusmonforte@telefonica.net

Introducción: La prevalencia de trastornos psiquiátricos en pacientes oncológicos oscila entre un 25%-50%, siendo los cuadros más frecuentes los trastornos depresivos, las reacciones adaptativas y los trastornos de ansiedad. La presencia de trastornos o síntomas psiquiátricos ha sido señalada como fuente de discapacidad, empeoramiento de la calidad de vida e incremento de la mortalidad del paciente que los padece. Por ello, sería relevante realizar una aproximación a la prevalencia de dichos problemas en nuestro medio asistencial que permita la planificación, desarrollo e implementación de estrategias de intervención multidisciplinarias específicas.

Objetivos: Determinar la prevalencia de síntomas depresivos y de ansiedad en pacientes oncológicos en estadios III y IV, así como evaluar perfiles diferenciales de los mismos en relación con variables sociodemográficas, clínicas y terapéuticas.

Material y método: Material: datos básicos de filiación y variables sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, escolaridad, lugar de residencia, hijos y cuidador principal), clínicas (patología somática y psiquiátrica concomitante así como sus respectivos tratamientos, índice de Karnofsky, localización del tumor primario, estadiaje y existencia o no de metástasis cerebrales) y terapéuticas (tratamiento oncológico -radioterapia, quimioterapia, inmunoterapia, cirugía, otros- o paliativo). Método: estudio epidemiológico descriptivo sobre 111 pacientes con cáncer (estadios III y IV) utilizando como instrumento de detección la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS). Comparaciones de porcentajes mediante la prueba de ji cuadrado o la exacta de Fisher y comparaciones de medias mediante análisis de la varianza o pruebas no paramétricas. Consideraciones bioéticas: criterios de inclusión no restrictivos, respetando la competencia, capacidad y equidad en la selección (principio de justicia). Cuidado de los aspectos metodológicos del proyecto (principio de no-maleficencia). Información a los pacientes de la naturaleza y objetivos del estudio (principio de autonomía). Categorización del riesgo menor del mínimo (principio de beneficencia).

Resultados: La edad media de la muestra fue de 63,6 años, con un 62,2% de varones, predominando los casados (68%). Un 31,6% de los pacientes presentaban síntomas de ansiedad (15,4% probables casos -HADS 8 a 10- y un 16,2% casos -HADS \geq 11-). Un 31,7% de los pacientes presentaban síntomas depresivos (19,1% probables casos -HADS 8 a 10- y un 12,6% casos -HADS \geq 11-).

Conclusiones: Elevada prevalencia media de síntomas depresivos y de ansiedad en el paciente oncológico en estadios III y IV, lo que justifica su detección precoz, tanto por el personal médico como de enfermería, e intervención específica para mejorar la calidad de vida de los mismos.

2-6 Ensayo Clínico comparando Propofol vs Propofol más Midazolam en Endoscopia Digestiva Alta Diagnóstica: Resultados preliminares

Julián Gómez L, Fradejas Salazar P, Martín Garrido E, Bailador Andrés C, López Ramos C, Conde Gacho P, Pérez Villoria A, Fuentes Coronel AM, Ochoa Sangrador C, Rodríguez Gómez S.
Servicio de Aparato Digestivo y Unidad de Investigación. Hospital Virgen de la Concha. Complejo Asistencial de Zamora.
E-mail: laurahjgo@hotmail.com

Introducción: La sedación en endoscopia digestiva alta (EDA) es ampliamente utilizada.

Objetivos: Comparar la sedación en EDA con propofol vs propofol más bajas dosis de midazolam, en términos de seguridad, eficacia, satisfacción del paciente y calidad endoscópica.

Material y métodos: Ensayo clínico, aleatorizado y doble ciego en pacientes sometidos a EDA diagnóstica, aleatorizados en dos grupos. Grupo A recibió placebo y propofol en bolos de 20 mg hasta conseguir una sedación adecuada según escala OSSA y grupo B recibió 3 mg de midazolam más propofol en bolos de 20 mg. Se monitorizaron las constantes vitales. Se determinó la recuperación del paciente según la escala Aldrete. Endoscopista y observador valoraron la calidad de la endoscopia según una escala de 18 ítem. Los pacientes respondieron a una encuesta sobre su percepción de la exploración.

Resultados: 83 pacientes incluidos (42 grupo A, 41 grupo B). El grupo A presentó más bradicardia (grupo A=17,1%, grupo B=7,5%; $p=0.093$). Se obtuvo antes la sedación en el grupo B (grupo A=4,07 minutos, grupo B=3 minutos; $p=0,001$). La dosis total de propofol fue mayor en el grupo A (grupo A=115 mg, grupo B=83 mg; $p=0,001$). No hubo diferencias en el tiempo de realización de la endoscopia ni en el de recuperación. La calidad de la endoscopia según explorador y observador fue similar en ambos grupos. Recordaban la exploración el 7,3% en el grupo A y el 0% en el grupo B. El 97,6% del grupo A y el 100% del grupo B repetirían la exploración con la sedación recibida.

Conclusiones: Bajas dosis de midazolam más propofol consiguen una sedación más rápida que el propofol en monoterapia, aunque no acorta el tiempo hasta el alta. La calidad de la exploración percibida por endoscopista y observador es similar en ambos grupos. Los pacientes que reciben el tratamiento combinado presentan mayor amnesia, aunque la satisfacción es similar en ambos grupos.

3-1 Impacto del concepto de enfermedad sobre la percepción de la salud. Estudio preliminar

Temprano Peñín MS, Hernández Hernández JA, Sánchez Cerezal JA, Ramos Pollo D, Lobo Fernández F, Franco Martín M.

Logopedia y Servicio de Psiquiatría del Complejo Asistencial de Zamora. Unidad de Cuidados Paliativos Domiciliarios y Centro de Salud Virgen de la Concha. Zamora.

E-mail: soltemprano@yahoo.es

Introducción: La salud se caracteriza por una sensación placentera de integridad, capacidad y actividad. La enfermedad cambia esa situación y supone una interrupción de la vida cotidiana. Psicológicamente ante una enfermedad grave el sujeto debe adaptarse y aprender a vivir afrontando esa situación.

Objetivos: Describir cuáles son las enfermedades incurables que producen más temor a una muestra de población sana. En el cáncer, describir el concepto percibido que produce más temor.

Material y métodos: Estudio observacional descriptivo. Se realizó una encuesta donde se realizaba una pregunta, en la que el sujeto debía indicarnos cinco enfermedades que consideraba indeseables. Este trabajo fue motivado tras el estudio del significado del cáncer y su impacto social. La muestra se seleccionó tomando como base las personas que acudían a Logopedia, con problemas de voz o disfonías, mayores de edad, y que accedieron voluntariamente a colaborar en el estudio previo. Se aplicó el análisis estadístico descriptivo para analizar los datos obtenidos respecto a variables universales como sexo, edad, profesión, medio rural/urbano y sobre las enfermedades mencionadas.

Resultados: Se recogieron cinco enfermedades que cada sujeto consideraba como más peligrosas o incurables.

30 sujetos sanos, 14 mujeres (46,67%) y 16 hombres (53,33%). Con una media de edad de 38 años.

Dentro de las enfermedades mencionadas como las que producen más temor, el cáncer fue la enfermedad más nombrada, en todos los sujetos se mencionó -100%-, y 18 sujetos (60%) la nombraron en primer lugar. En segundo lugar las cardiovasculares, infarto agudo de miocardio junto con la depresión y Sida (20%), y en tercer lugar las enfermedades neurológicas como la esclerosis lateral amiotrófica -ELA- o la esclerosis múltiple -EM- (7%). Se constata una preocupación por las enfermedades crónicas y terminales, y en las que el tratamiento es paliativo pero no curativo.

Conclusiones: 1.- El cáncer es aún la patología que más temor produce, a pesar de los tratamientos, soporte y educación poblacional. El cáncer se relaciona con términos como enfermedad, salud, psicología, depresión, cirugía, radioterapia, quimioterapia, silencio... Engloba un concepto con connotaciones negativas que habría que modificar para que no se cree la indefensión en el sujeto y darle estrategias para afrontar tal situación. 2.- La mayoría de las patologías son enfermedades crónicas, que necesitarán al final cuidados paliativos para disminuir el sufrimiento de los pacientes. 3.- El cáncer continúa teniendo un contexto semántico muy negativo por lo que es necesario a raíz de estos datos diseñar estrategias de intervención psicoemocional que ayuden a la población sana a manejar los temores e incluso disminuirlos. 4.- En la población sana es necesaria una educación sanitaria que tenga como objetivo informar bien de la naturaleza de los tumores, tratamientos y recursos asistenciales disponibles. 5.- Señalar que los problemas de voz derivados de patología vocal o disfonías crónicas, no fueron considerados como enfermedad indeseable o incapacitante.

3-2 Estudio sobre sensibilización en violencia de género, mediante intervención educativa, en población universitaria

Gallego García J, Feroso Palmero MJ, Sánchez Arnosí MS, Álvarez Mariño MA.
Escuela Universitaria de Enfermería de Zamora.
E-mail: jgallego@usal.es

Introducción: Aunque la Declaración Universal de los Derechos Humanos proclama que todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos, lo cierto es que tales condiciones resultan muchas veces vulneradas. La violencia de género (VG) ha sido declarada por las Naciones Unidas como el crimen más frecuente del mundo y por la OMS como un problema prioritario de salud pública.

Con el desarrollo del proceso implementado en el Espacio Europeo de Educación Superior, los nuevos planes de estudio incluyen materias relativas a la igualdad, la prevención de la violencia y la búsqueda de soluciones.

Objetivos: Valorar la eficacia de la intervención educativa, realizada a través de la asignatura "Enfermería en la Violencia de Género", en cuanto a sensibilización, motivación y adquisición de competencias sobre el maltrato, de los estudiantes de Grado en Enfermería.

Material y métodos: Se ha diseñado un estudio de intervención educativa cuasi-experimental en población universitaria con grupo de control. La investigación se ha llevado a cabo durante el curso académico 2010-2011. La muestra utilizada en el estudio incluye un total de 143 estudiantes, 44 de primer curso de Grado en Enfermería en la condición de grupo de pre-intervención, 57 del grupo post-intervención y 42 de segundo curso de Diplomatura en el grupo control. La edad de la mayoría de los encuestados oscila entre 19 y 25 años (84.7%), predominando ampliamente las mujeres (82.5%).

Para poder cuantificar los resultados se ha utilizado un cuestionario auto-administrado, con partes ya validadas y otras de elaboración propia, que fueron sometidas a validación antes de comenzar este estudio (alfa de Cronbach superior a 0,7). Se realizó una evaluación previa sobre el grupo de intervención y el de control en febrero de 2011 y otra post-intervención en mayo de 2011. Se incluyeron conocimientos, cuestiones sociológicas, de sensibilización y soluciones del problema, así como la importancia del trabajo de enfermería.

Para analizar los datos del estudio se ha utilizado el programa informático SPSS 11.5. Utilizamos la Chi Cuadrado, la t de Student y el análisis de la varianza. Cuando el tamaño muestral era reducido utilizamos el test exacto de Fisher y la prueba U de Mann Whitney. El nivel de significación asumido fue del 5%.

Resultados: Se han analizado los tres grupos muestrales (grupo control, grupo pre- y grupo post-intervención), con respecto al sexo. No existen diferencias significativas entre el grupo de control y el de pre-intervención. Las relaciones significativas entre el grupo pre- y post- intervención fueron las siguientes: ha aumentado significativamente en el grupo post- la asistencia a cursos sobre violencia de género ($p < 0,001$), la asistencia a actos públicos relacionados con VG ($p = 0,045$), la consideración de que la VG puede ser económica ($p = 0,018$), que la formación recibida ha completado aspectos relacionados con la VG ($p = 0,020$), el conocimiento de la existencia de centros de acogida ($p = 0,032$), del programa de información de asesoramiento jurídico ($P = 0,008$), del programa de inserción laboral ($p = 0,004$), y de la existencia de centros de igualdad ($p = 0,001$). También ha aumentado significativamente el conocimiento de que la orden de protección puede ser solicitada por el ministerio fiscal ($p = 0,002$) y aumentó la valoración del trabajo de los profesionales de enfermería en la prevención de la VG ($p = 0,009$). Ha disminuido significativamente la opinión de que el maltrato depende de la mujer ($p = 0,043$) y la opinión de que las leyes agudizan el problema ($p = 0,002$).

Conclusiones: Después de la intervención, además de una esperada mejora en conocimientos, ha aumentado significativamente la sensibilización al problema. También se otorga mayor importancia a las competencias enfermeras en VG. Destaca significativamente, que si bien para ambos sexos el primer problema actual en España es el paro, las mujeres dan más importancia a la VG que los hombres. Se corrigen opiniones como que la violencia depende de la mujer y que las leyes agudizan el problema. Se observa un importante porcentaje de varones (43%) que no contestan en los ítem relacionados con el origen del maltrato en grupo control y pre-intervención, frente al 100% que contesta después de la intervención. Está previsto continuar este estudio evaluando al grupo de intervención un año después para comprobar el grado de consistencia y fijación de los cambios observados.

3-3 Variabilidad de la medición de la presión arterial en Pediatría. Estudio de práctica clínica

González González M, Espinosa de la Iglesia M, Tesoro González R, González Viñas MI, Arribas Cano C, Pérez Rubio E, Rodríguez Arias N.
Servicio de Pediatría. Complejo Asistencial de Zamora.
E-mail: mgonzalezgonza@saludcastillayleon.es

Objetivos: Estudiar la precisión y concordancia de la medición de presión arterial en pacientes pediátricos con dispositivos aneroides y oscilométricos de uso común.

Material y métodos: Estudio transversal de evaluación de medidas repetidas con distintos dispositivos y diferentes observadores de la presión arterial en una muestra consecutiva de 121 pacientes pediátricos mayores de cuatro años ingresados. Análisis de la adecuación del tamaño del manguito empleado a las medidas de perímetro y longitud de brazo y su repercusión en la concordancia entre medidas. Estimación de medias y diferencias de medidas repetidas, coeficientes de correlación intraclase y análisis de Bland-Altman.

Resultados: Las mediciones realizadas con el dispositivo oscilométrico superaron a las del aneroide (2,6 unidades para la sistólica y 1,5 para la diastólica). La diferencia entre métodos se asociaba discretamente a un desajuste con respecto al perímetro del brazo, tanto para la presión sistólica (sobreestimación media 2,55 mmHg) como para la diastólica (sobrestimación media de 2,44 mmHg). La concordancia entre medidas repetidas fue alta y aceptable entre dispositivos. Las diferencias medias y sus intervalos de concordancia fueron para la tensión sistólica de 2,6 mmHg (-8,3 a +13,5) y para la diastólica 1,5 mmHg (-11,4 a +14,4). Todas las diferencias se adecuaban al grado A de la British Hypertension Society, salvo para el criterio de 5 mmHg de la presión arterial diastólica (grado C).

Conclusiones: Considerando la aceptable precisión, la facilidad de aplicación y la objetividad de los dispositivos oscilométricos parece recomendable su uso como método de cribado habitual, aunque, mientras no esté aclarada la validez de sus mediciones, si éstas se sitúan en valores anormales, deberían confirmarse con otros instrumentos.

3-4 Tumores Neuroendocrinos Apendiculares. Prevalencia en el Complejo Asistencial de Zamora. Aplicación de las Clasificaciones OMS 2000 y OMS 2010 en nuestros casos

Rodríguez Santiago O, Tomé Tamame I, Ballesteros López C, López Aguado R, Pinto Blázquez J, Del Valle A.

Servicio de Anatomía Patológica.

E-mail: kasantola12@yahoo.com

Introducción: Los tumores neuroendocrinos gastroenteropancreáticos comprenden aquellos originados a partir del sistema neuroendocrino gastrointestinal junto con los que surgen a partir de los islotes pancreáticos. Los originados en el apéndice cecal son infrecuentes, con una prevalencia en piezas de apendicectomía entre 0,3% y 0,9% y la localización más frecuente es en la parte distal apendicular, siendo de mayor incidencia en mujeres entre la segunda y cuarta década de la vida.

Objetivos: 1) Estimar la prevalencia de tumores neuroendocrinos en apéndice cecal en el Complejo Asistencial de Zamora. 2) Valorar prevalencia por edad, sexo y presentación clínica en estos tumores. 3) Aplicar en nuestros tumores las Clasificaciones OMS 2000 y OMS 2010, con el objetivo de reclasificar dichos tumores, para valorar su posible relación con el comportamiento y pronóstico

Material y métodos: Se realiza un estudio retrospectivo de 400 piezas quirúrgicas de apendicectomía realizadas en los años 2010 y 2011 en el Complejo Asistencial de Zamora. Se revisan las historias clínicas, los informes de Anatomía Patológica, las laminillas y la técnica de IHQ Ki 67, para aplicar las clasificaciones de la OMS 2000 y OMS 2010 en nuestros casos. Las muestras del apéndice cecal han sido fijadas en formol tamponado e incluido en parafina, cortes a tres micras desparafinado y procesado en el sistema de inmunohistoquímica automatizado Benchmark.

Resultados: En nuestro Complejo Asistencial durante los años 2010 y 2011, ha habido cuatro casos de tumores neuroendocrinos, lo que supone una prevalencia del 0,9%, en edades comprendidas entre 27 y 43 años, todos de sexo femenino. Si aplicamos la Clasificación OMS 2000 dos de los tumores son clasificados como tumores endocrinos bien diferenciados de comportamiento benigno (casos 2 y 3) y dos como carcinoma endocrino bien diferenciado (casos 1 y 4). Si aplicamos la clasificación OMS 2010 (en grado G1 a G3) los cuatro tumores son clasificados como tumores neuroendocrinos G2 (con ki 67 mayor del 3% y menor del 20%) (Tabla 1).

Tabla 1. Clasificación OMS 2000 en nuestros casos.

	CASO 1	CASO 2	CASO 3	CASO 4
Localización	Distal	Distal	Distal	Distal
Tamaño del tumor	1,3 cm	2 mm	2mm	1,2 cm
Infiltración de la pared apendicular	Subserosa y mesoapendicular	Subserosa	Submucosa	Subserosa, Meso
Invasión vascular	Sí	No	No	No
Infiltración perineural	Sí	No	No	No
Apendicitis aguda	No	Sí	Sí	No
CLASIFICADO COMO	Carcinoma endocrino bien diferenciado	Tumor endocrino bien diferenciado de comportamiento benigno	Tumor endocrino bien diferenciado de comportamiento benigno	Carcinoma neuroendocrino bien diferenciado

Conclusiones: 1) La prevalencia de tumores neuroendocrinos en el Complejo Asistencial de Zamora durante los años 2010 y 2011, ha sido del 0,9% (cuatro casos de 400 apendicectomías), similar a lo descrito en la literatura (entre 0,3% y 0,9%). 2) Los cuatro casos se han dado en mujeres de edades comprendidas entre 27 y 43 años (similar asimismo a lo descrito en otras publicaciones) y los cuatro casos acudieron al hospital por dolor abdominal en fosa iliaca derecha, por lo que fueron operados con diagnóstico clínico de apendicitis aguda. 3) Al aplicar las clasificaciones de la OMS 2000 y OMS 2010, vemos que tumores que clásicamente eran clasificados como carcinoides (de comportamiento benigno) son actualmente descritos como carcinomas endocrinos bien diferenciados (OMS 2000) y que tumores clasificados clásicamente como carcinoides (de comportamiento benigno) pasan a considerarse como tumores neuroendocrinos G2 , con Ki 67 >2% (OMS 2010).

3-5 MONITOR-CKD5 Protocolo NO. HX575-503: Evaluación multifásica del tratamiento de la anemia, de los resultados y de los factores de influencia en la insuficiencia renal crónica en la etapa 5

Nava Rebollo A, Álvarez Tundidor S, Andrés Martín B, Santana Zapatero H, Diego Martín JV, Escaja Muga C, González López A, Díaz Molina H, Grande Villoria J.
Sección de Nefrología. Hospital Virgen de la Concha. Complejo Asistencial de Zamora.
E-mail: alvynava@hotmail.com

Introducción: El MONITOR CKD5 es un estudio farmacoepidemiológico, con una duración de 12 meses, internacional, prospectivo, de grupo único, observacional y abierto a pacientes que necesitan hemodiálisis y a los cuales, según la opinión clínica de su médico, se administra por vía intravenosa BINOCRIT®, disponible comercialmente para el tratamiento de la anemia renal. El MONITOR CKD5 es el primer estudio observacional desarrollado según la nueva etiqueta europea que especifica el uso de BINOCRIT® para el tratamiento de anemia renal *moderada (con niveles de hemoglobina de 10-12g/dL)*. La combinación de los resultados de este estudio con los resultados de ensayos clínicos y de otros estudios observacionales permitirá una mejor comprensión de los factores de influencia en la respuesta clínica al BINOCRIT® y desarrollar un enfoque para el tratamiento, la toma de decisiones clínicas y el apoyo clínico basado en la evidencia.

Objetivos: 1. Primarios: describir la población de pacientes que necesitan hemodiálisis, que tengan anemia renal moderada y que sigan un tratamiento con BINOCRIT®, describir los patrones del tratamiento a base de BINOCRIT®, evaluar el nivel de hemoglobina y los resultados de variabilidad y distribución de la hospitalización, episodios tromboembólicos/vasculares, mortalidad de los pacientes que siguen un tratamiento a base de BINOCRIT® y los factores de influencia multifásicos (en cuanto al paciente y centro/médico) de los mismos.

Resultados de Eficacia: niveles de hemoglobina, proporción de pacientes que cumplen los niveles establecidos para la hemoglobina, variabilidad de hemoglobina.

Resultados de Seguridad: distribución y tiempo transcurrido hasta el momento de la primera noche de hospitalización, episodios tromboembólicos/vasculares y mortalidad general.

2. Secundarios: identificar un grupo de pacientes que sean vulnerables a una mala respuesta al tratamiento y comprender las diferencias existentes entre los pacientes que responden y los que no, al tratamiento con BINOCRIT®.

Material y métodos: 1. Evaluación: los pacientes serán evaluados *mensualmente* durante un período de *12 meses*. Se registrarán los datos sociodemográficos, así como los datos relativos a fallo renal, hemodiálisis y otro historial médico, tratamientos anteriores y concomitantes, parámetros de hemodiálisis y biológicos, acontecimientos clínicos, cumplimiento de la terapia, dosis de BINOCRIT® y nivel esperado de hemoglobina en el tratamiento con BINOCRIT®. Por ser un estudio observacional, todos los datos registrados estarán disponibles para la práctica clínica de rutina.

2. Pacientes: se incluirán en este estudio un mínimo de *1000 pacientes*: a) con edades no inferiores a 18 años, b) que necesiten hemodiálisis crónica por motivos de enfermedad renal en el último estadio (CKD5), c) a los que les haya sido diagnosticada anemia renal, d) que hayan sido tratados por vía intravenosa con BINOCRIT®, disponible comercialmente, e) que tengan un nivel de hemoglobina de 10-12 g/dL y f) que hayan firmado el consentimiento informado. Los pacientes de sexo femenino tienen que estar o en fase posmenopáusica desde al menos un año, o ser quirúrgicamente estériles, o que estén utilizando un método anticonceptivo eficaz.

Los criterios de exclusión son: sensibilidad conocida al BINOCRIT® o cualquier otro Agente Estimulante de la Eritropoyesis -ESA-, neoplasia sólida o hematológica tratada con quimioterapia, tratamiento con cualquier tipo de medicación mielosupresora, dependencia de transfusiones sanguíneas, historia de aplasia pura de células rojas, episodio hemorrágico o cirugía ortopédica en los 30 días anteriores a la admisión en el estudio, condiciones médicas que, en la opinión del investigador excluyen al paciente del estudio, pacientes que de manera intencional y negligente no cumplan el régimen de tratamiento recomendado, uso de cualquier producto experimental en los 30 días

anteriores a la admisión en el estudio, mujeres fértiles que no usen los métodos de contracepción descritos anteriormente y mujeres en período de lactancia.

3. Centros: por lo menos 75 centros de toda Europa participarán en el estudio y se solicitará a cada centro que contribuya con 10-15 pacientes que sean representativos de su población de sujetos que necesitan hemodiálisis y a los que se les administre BINOCRIT® para tratar anemia renal moderada.

4-1 Comportamiento de la presión arterial intrahemodiálisis al disminuir la concentración de calcio en el líquido de diálisis

Nava Rebollo A, Álvarez Tundidor S, Andrés Martín B, Santana Zapatero H, Diego Martín JV, Escaja Muga C, González López A, Díaz Molina H, Grande Villoria J.

Sección de Nefrología. Hospital Virgen de la Concha. Complejo Asistencial de Zamora.

E-mail: alvynava@hotmail.com

Introducción: Diferentes mecanismos fisiopatológicos avalan la asociación entre el calcio sérico y la presión arterial (PA) (contracción de la fibra muscular lisa y miocárdica, liberación de catecolaminas y regulación del SRAA). En población hemodializada (HD), la concentración de calcio en el líquido de diálisis ([CaLD]) se relaciona con los niveles de calcio iónico sérico. Por tanto, alteraciones en la [CaLD] tienen repercusión sobre la compliance arterial y estabilidad hemodinámica intradiálisis. No existe consenso acerca de la [CaLD], si bien es cierto, que la tendencia actual es usar valores de calcio más bajos (2,5-3 mEq/L) para evitar la aparición y progresión de calcificaciones vasculares asociadas a un balance cálcico positivo.

Objetivos: Analizar y cuantificar el efecto del descenso en la [CaLD] sobre la PA intrahemodiálisis en nuestra unidad hospitalaria de HD.

Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo, de 46 pacientes prevalentes en hemodiálisis. Relación Hombre/Mujer: 2.2/1. Edad media: 68.2 ± 14.3 años. La PA se midió pre-HD y horariamente, en dos sesiones consecutivas, separadas 48 horas. $PAM = (PAS + PAD \times 2) / 3$. La duración, temperatura, flujo de sangre y de líquido de diálisis, y dializador fueron similares en ambas sesiones, con el único cambio de la [CaLD] (Ca inicial 3,5 mEq/L, Ca final 2,5 mEq/L). Análisis estadístico con SPSS 17.0 mediante ANOVA de medidas repetidas con prueba de contrastes intrasujetos.

Resultados: No hay diferencias en la PAS/PAD y PAM pre-HD de ambas sesiones ($131.6 \pm 21.6 / 71.3 \pm 14.8$ y 91.6 ± 14.1 vs $132.1 \pm 17.6 / 70.1 \pm 14.3$ y 90.7 ± 12.1 mmHg; $p=0.79$, 0.27 y 0.5 respectivamente). Existe un descenso estadísticamente significativo de PAS, PAD y PAM en las tres medidas de PA intra-HD (a los **60 minutos**: 115.9 ± 17.1 , 65.15 ± 12.7 , 82.1 ± 12.7 vs 104.3 ± 17.8 , 60.4 ± 12.9 , 75.1 ± 12.1 ; $p<0,001$. **120 minutos**: 111.8 ± 20.5 , 65.32 ± 12.1 , 83.1 ± 13.1 vs 104.7 ± 16.9 , 58.4 ± 11.8 , 73.8 ± 11.9 ; $p<0,001$. **180 minutos**: 121.6 ± 20.9 , 67.9 ± 11.9 , 85.4 ± 12.2 vs 104.1 ± 16.1 , 60.4 ± 11.7 , 75.1 ± 11.4 ; $p<0,001$.) y **post-HD** (124.7 ± 23.1 , 71.1 ± 16.4 , 89.1 ± 16.2 vs 105.8 ± 24.2 , 62.1 ± 13.1 , 76.6 ± 15.4 ; $p<0,001$), al disminuir la [CaLD] de 3,5 a 2,5 mEq/l. En la figura 1 se reflejan las variaciones de la PAS, PAD y PAM. Ocho pacientes (17,3%) presentaron clínica asociada a hipotensión.

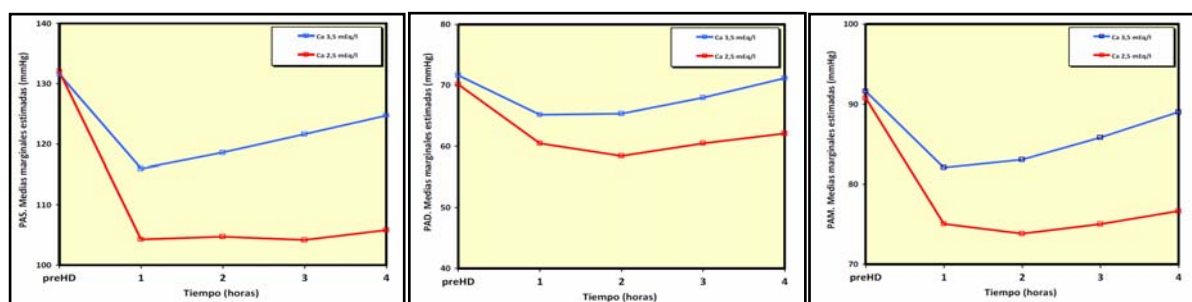


Figura 1.

Conclusiones: La reducción de la [CaLD] disminuye la PA intra-HD y post-HD. Este efecto hipotensor es mayor en la PAS que en la PAD. La utilización de diferentes [CaLD] podría ser útil para asegurar la estabilidad hemodinámica durante la diálisis. Se recomienda individualizar la [CaLD] en función de las características del paciente, valorando el riesgo/beneficio del balance global de calcio y confortabilidad de la diálisis.

4-2 ¿Debe emplearse un baño bajo en calcio de forma universal? Predictores de respuesta de la PTH al disminuir el calcio en el líquido de diálisis

Nava Rebollo A, Álvarez Tundidor S, Andrés Martín B, Santana Zapatero H, Diego Martín JV, Escaja Muga C, González López A, Díaz Molina H, Grande Villoria J.
Sección de Nefrología. Hospital Virgen de la Concha. Complejo Asistencial de Zamora.
E-mail: alvynava@hotmail.com

Introducción: El manejo de las alteraciones del metabolismo óseo-mineral en la Enfermedad Renal Crónica (ERC) ha experimentado grandes cambios durante las cuatro últimas décadas, debido a los avances fisiopatológicos, clínicos y fundamentalmente, terapéuticos. No obstante, no existe consenso acerca de la concentración de calcio en el líquido de diálisis ([CaLD]), si bien es cierto que la tendencia actual es usar valores de calcio más bajos (2,5-3 mEq/L) para evitar la aparición y progresión de calcificaciones vasculares asociadas a un balance cálcico positivo.

Objetivos: Analizar el impacto del cambio en la [CaLD] sobre marcadores séricos del metabolismo óseo-mineral en nuestra unidad hospitalaria de hemodiálisis (HD) durante los seis meses posteriores al cambio.

Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo, controlado, de 12 meses de seguimiento, en 40 pacientes prevalentes en diálisis. Relación Hombre/Mujer: 2,33/1. Edad media: 65,7 años (DT 16,6). Se determinan mensualmente niveles de PTH, Ca, P y FA séricos. A los seis meses de la recogida de datos se sustituye la [CaLD] en los 40 pacientes objeto del estudio (Ca inicial 3,5 mEq/L, Ca final 2,5 mEq/L). Posteriormente, a los ocho meses se estratifican dos subgrupos: uno de ellos que mantiene [CaLD] 2,5 mEq/l (n=33, **Grupo sin 2º cambio** a los ocho meses), y un subgrupo al que se aplica un segundo cambio, volviendo a dializarse con [CaLD] 3,5 mEq/L (n=7, **Grupo con 2º cambio** a los ocho meses), tomando como base una estimulación exagerada de PTH. Análisis estadístico con SPSS 17.0 mediante ANOVA de medidas repetidas.

Resultados: La disminución en la [CaLD] de 3,5 a 2,5 mEq/l produce una estimulación **mantenida** de PTH (**a los dos y cuatro meses**) estadísticamente significativa ($p<0,001$ y $p=0,006$ respectivamente). Asimismo, en el subgrupo con 2º cambio, a los ocho meses se observa un descenso de PTH estadísticamente significativo al volver a dializar con [CaLD] alta ($p=0,029$). De manera puntual; a los seis meses ([CaLD] de 3,5 a 2,5 mEq/L, existe un descenso de Ca ($p=0,022$), aumento de P séricos ($p=0,008$); a los ocho meses, en el subgrupo con 2º cambio hay descenso de Ca ($p=0,002$). No se producen cambios estadísticamente significativos en FA (Figura 1).

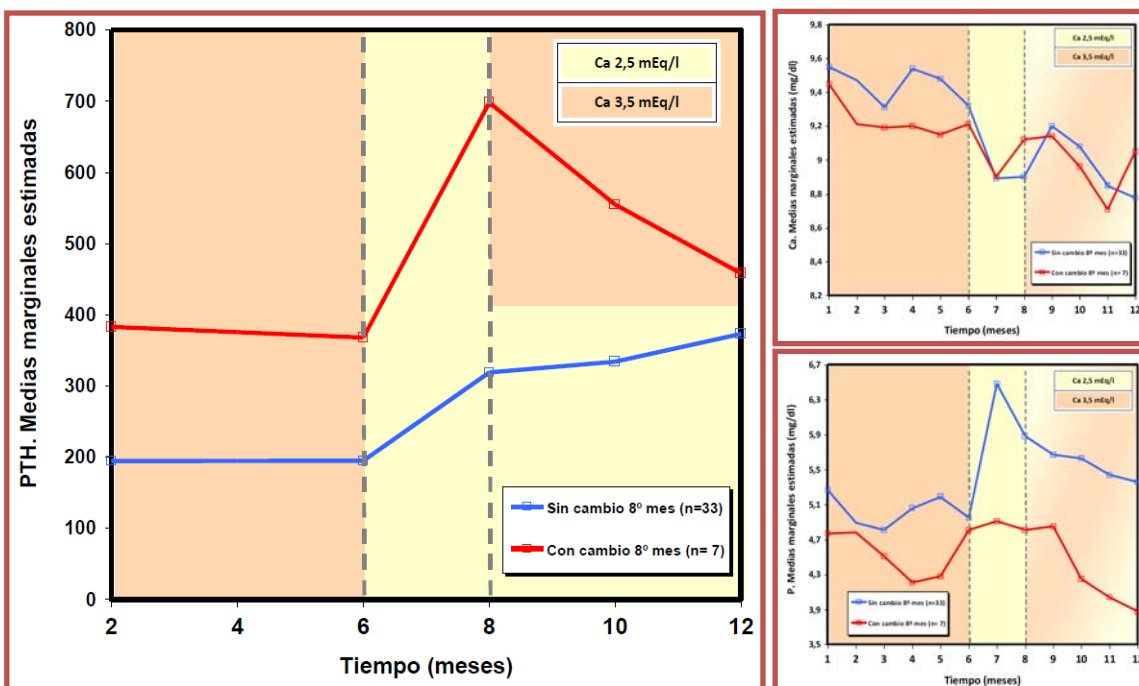


Figura 1.

Conclusiones: La estimulación exagerada de PTH se produce en aquellos pacientes con una PTH basal mayor. Se recomienda individualizar de manera sistemática la [CaLD] en función de las características de cada paciente, valorando en cada caso el riesgo/beneficio del balance global de calcio.

4-3 Evaluación e impacto del dolor crónico en una población de médicos en formación

Sánchez Tabernero A, Barrios Casas RM, Romero Rapado A, Toro Pinilla P, Sánchez Hernando VJ, Martín Martín R.

Servicio de Anestesiología y Reanimación. Complejo Asistencial de Zamora.

E-mail: alvarosanchezt@hotmail.com

Introducción: En la sociedad actual existe una gran incidencia de dolor crónico (uno de cada tres adultos lo sufre). No siempre está tratado, y cuando lo está, a veces no es con el tratamiento más indicado. La repercusión que tiene el dolor en las actividades de la vida diaria así como en el sueño y en el estado de ánimo puede llegar a ser muy importante.

Objetivos: Evaluar la incidencia de dolor crónico en una muestra de población a priori sana (médicos jóvenes en formación). Determinar la repercusión del mismo en las actividades de la vida diaria, de ocio, sueño, trabajo y estado de ánimo.

Material y métodos: Estudio descriptivo, transversal con 35 participantes adultos, médicos internos residentes (MIR) del Complejo Asistencial de Zamora. El instrumento utilizado para nuestro estudio es el Cuestionario Breve para la Evaluación del Dolor (Edición Corta) validado para Castellano; dicho cuestionario consta de nueve preguntas, la última de ellas con varios ítems, que investigan la presencia de dolor crónico y varias características del mismo como la localización, la intensidad, el tratamiento seguido, etc..., así como la repercusión que tiene en la vida diaria de los encuestados.

Resultados: El 45,7% de los participantes son mujeres. Aproximadamente el 55% de la muestra ha sentido dolor crónico alguna vez, siendo la mayoría hombres (52,6%). El 47,4% de los encuestados que han sufrido dolor reconoce no tomar tratamiento alguno, siendo los antiinflamatorios no esteroideos (AINES) (36,8%) y el paracetamol (10,5%), en el caso de los que se medican, los tratamientos más frecuentes. La intensidad media del dolor experimentado es de 3 en la escala visual analógica (EVA).

El 62,5% de los residentes R1 ha sentido dolor, principalmente en la espalda. El 50% de los R2 ha sentido dolor, sobre todo en la espalda y en los miembros inferiores. La mayoría de los R3 no ha sentido dolor (62,5%), siendo la localización más frecuente la espalda. El 85,7% de los R4 han sentido dolor, siendo la cabeza la localización más común.

Los encuestados que presentaban dolor son más altos (172,2 cm vs 170,9 cm), y ligeramente más jóvenes (32,2 años vs 33,1 años), que los que no presentaban dolor alguno.

Con respecto a la cefalea (26%), su mayor prevalencia la encontramos entre las mujeres y en los R4. La intensidad media es de un EVA de 5. El tratamiento más usado es el naproxeno y el sumatriptán, con un alivio medio del 70%. Repercute principalmente en el ocio (6/10) y en la actividad en general (7/10).

La prevalencia de cervicalgia es escasa (10%). La intensidad media es de un EVA de 5. Ninguno toma tratamiento. Su mayor repercusión se da en el estado de ánimo y en la capacidad para trabajar (4/10).

La lumbalgia es el dolor más frecuente (47,4%). Su intensidad media es de un EVA de 3. Dos tercios de los que lo sufren refieren no tomar tratamiento; y del tercio restante lo más usado es el paracetamol, con un alivio medio del 35%. Esta localización trasciende en casi todos los aspectos encuestados de forma poco intensa (3/10).

El dolor en miembros inferiores presenta su mayor prevalencia en los R2. La intensidad media es de un EVA de 4. Todos ellos toman AINES para su dolor, con un alivio medio del 80%. Presentan una repercusión para caminar de 7/10, para las actividades en general de 5/10 y para trabajar, estado de ánimo y sueño de 4/10.

Conclusiones: 1.) El porcentaje de hombres que ha sentido dolor crónico alguna vez es mayor que el de mujeres.

2.) La localización más frecuente de dolor crónico es la espalda. 3.) Los encuestados que tienen dolor son más altos, más pesados y ligeramente más jóvenes que los que no sufren dolor. 4.) Un alto porcentaje de los encuestados que sufren dolor no toma tratamiento. 5.) El dolor de cabeza es el que más repercute en la actividad en general y en el ocio. 6.) El dolor de espalda es el que repercute en más aspectos, siendo su intensidad moderada (EVA media de 3).

4-4 Morfina intradural en adenomectomía retropúbica (Millin)

Barrios Casas RM, Romero Rapado A, Toro Pinilla MP, Sánchez Tabernero A, Gómez Fernández M, Sánchez Hernando V.

Servicio de Anestesiología y Reanimación. Complejo Asistencia de Zamora.

E-mail: cadiz_rosa@yahoo.es

Introducción: El manejo efectivo del dolor está asociado a un aumento en la satisfacción del paciente, a una movilización temprana, a una estancia hospitalaria más corta y a una disminución en los costes. La adenomectomía retropúbica es uno de los procedimientos quirúrgicos más frecuentes en Urología. El control del dolor postoperatorio en este tipo de intervención ha sido poco estudiado con anterioridad.

Objetivos: Objetivo principal: evaluar la analgesia obtenida con la administración de morfina intradural, medida con la escala verbal numérica (EVN) en las primeras 24 horas del postoperatorio. Objetivos secundarios: 1) Evaluar la incidencia de efectos secundarios. 2) Estudiar la satisfacción de los pacientes. 3) Comparar, según los resultados obtenidos, la morfina intratecal con otras técnicas analgésicas en el futuro.

Material y métodos: Realizamos un estudio descriptivo prospectivo. La población incluyó pacientes programados para adenomectomía retropúbica (Millin) y con riesgo ASA I-III. Se excluyeron pacientes con antecedentes de discrasias sanguíneas, historia previa de úlcus gástrico o duodenal, asma bronquial severo, antecedentes de hipersensibilidad a AINES, mórnicos o anestésicos locales.

Bajo monitorización estándar intraoperatoria, los pacientes recibieron anestesia intradural con 10 mg de bupivacaína hiperbárica, 10 mcg de fentanilo y 0,1 mg de morfina.

Todos los sujetos del estudio recibieron analgesia intravenosa con paracetamol 1gr/6 horas + dexketoprofeno 50mg/8 horas o paracetamol 1gr/6 horas + metamizol 2g/8 horas y opioides de rescate (bolos de 2 mg iv de morfina).

A todos los pacientes se les midió la intensidad del dolor en reposo y con el movimiento (tos), mediante la Escala Verbal Numérica (EVN: de 0 a 10), a su llegada a la URPA, al alta y a las 24 horas del postoperatorio, así como el bloqueo motor según la escala de Bromage (0 = no mueve nada; 1 = sólo mueve dedos; 2 = flexiona rodillas sin levantar piernas extendidas; 4 = flexiona cadera). Se registraron los posibles efectos secundarios: náuseas, vómitos, confusión, prurito, depresión respiratoria o hipotensión.

A las 24 horas se recogió la satisfacción del paciente, mediante una escala categórica: muy mala, mala, regular, buena, muy buena.

Resultados: Nuestra muestra se compuso de 22 pacientes, de los cuales el 68,2% tenían un riesgo anestésico ASA II. La media de edad fue de 75,3 años. Todos nuestros pacientes llegaron con bloqueo completo a la REA y fueron dados de alta con recuperación del bloqueo motor. La intensidad de dolor postoperatorio se muestra en el recuadro inferior (Tabla 1). Durante el primer día la mayoría de los pacientes tuvo una intensidad de dolor menor a 3. Ningún enfermo requirió analgesia de rescate con morfina intravenosa. La satisfacción de nuestros pacientes fue en todos los casos buena o muy buena.

Tabla 1.

	LLEGADA URPA	ALTA URPA	24 HORAS
EVN REPOSO	0	0,7	0,3
EVN TOS	0	1,7	1,6

	LLEGADA URPA	ALTA URPA	24 HORAS
EVN REPOSO <=3	100%	95,5%	100%
EVN TOS <=3	100%	86,4%	90,9%

Los efectos adversos más frecuentes fueron náuseas y vómitos postoperatorios (Tabla 2):

Tabla 2.

	LLEGADA URPA	ALTA URPA	24 HORAS
NAUSEAS	4,5% (n = 1)	4,5% (n = 1)	13,6% (n = 3)
VOMITOS	0%	4,5% (n = 1)	13,6% (n = 3)
PRURITO	4,5% (n = 1)	9,1% (n = 2)	4,5% (n = 1)
CONFUSION	0%	0%	4,5% (n = 1)
DEPRESION RESP.	0%	0%	0%
HIPOTENSION	13,6% (n = 3)	0%	4,5% (n = 1)

Conclusiones: El dolor tras adenomectomía retropúbica es severo durante las primeras 24 horas del postoperatorio y necesita tratamiento analgésico intensivo. La administración de morfina intratecal para el control analgésico ha sido documentada de forma suficiente para considerarla una opción terapéutica eficaz en diversos tipos de cirugía, tras comprobar su utilidad en el tratamiento del dolor crónico. Aunque nuestro estudio, por el escaso tamaño muestral, no tiene suficiente potencia estadística para extraer conclusiones definitivas, hemos encontrado que nuestra técnica analgésica es efectiva para el alivio del dolor postquirúrgico en adenomectomía retropúbica durante las primeras 24 horas. La mayor parte de los autores refieren una importante incidencia de vómitos y náuseas postoperatorias con el empleo de morfina. La evolución de nuestros pacientes se ha regido por la cuasi-ausencia de efectos secundarios; si bien es cierto que se garantizó una adecuada profilaxis antiemética con dos fármacos distintos a todos los pacientes. Además se empleó una pauta de analgesia complementaria con antiinflamatorios no esteroideos que pudo permitir una dosis de morfina más reducida.

4-5 Efecto de la ketamina en la hiperalgesia inducida por remifentanilo

Sánchez Tabernero A, Toro Pinilla P, Romero Rapado A, Barrios Casas RM, Martín Martín R, Gómez Fernández M.

Servicio de Anestesiología y Reanimación. Complejo Asistencial de Zamora.

E-mail: alvarosanchezt@hotmail.com

Introducción: La hipótesis de que el remifentanilo intraoperatorio puede aumentar los requerimientos de morfina postoperatoria está basada en estudios que evidencian una disminución del umbral del dolor, incremento del área de hiperalgesia tanto al detener la infusión como uno a dos días después del procedimiento. Se ha investigado el papel de los receptores de N-metil-D-Aspartato (NMDA) en la modulación de esta posible hiperalgesia y el papel de los antagonistas de estos receptores. Sin embargo, la mayor parte de los resultados derivan de estudios en animales y voluntarios sanos.

Objetivos: El objetivo principal del estudio es valorar la eficacia de la ketamina como analgesia preventiva, mediante la reducción en el consumo de morfina en el periodo postoperatorio. Como objetivos secundarios, determinar el grado de analgesia obtenido con las distintas técnicas anestésicas quirúrgicas, a través del análisis de la escala visual analógica (EVA) del dolor y la escala categórica de alivio del dolor (ECAD); establecer si existe hiperalgesia en el periodo postoperatorio y la existencia de algún tipo de diferencia entre la administración de ketamina en bolo o en perfusión continua; y comprobar los efectos secundarios (náuseas o vómitos, prurito, depresión respiratoria, hipotensión, alucinaciones).

Material y métodos: Ensayo clínico en fase IV. La inclusión en el estudio será de carácter voluntario. Los pacientes serán asignados de forma aleatoria y prospectiva a uno de los tres grupos de estudio, de entre los pacientes programados para cirugía laparoscópica en los servicios de Cirugía General y Ginecología del Hospital Virgen de la Concha. Se mantendrá un enmascaramiento doble ciego. Serán excluidos los pacientes con riesgo anestésico >3, reintervención quirúrgica, alergia a antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) u opioides, terapia corticoidea en el último año, utilización de drogas de tipo recreacional y aquellos pacientes incapaces de entender el funcionamiento de una bomba de analgesia controlada por el paciente (PCA).

Todos los pacientes recibirán analgesia general balanceada con propofol y remifentanilo a la dosis de 3ng/mL con bomba de infusión controlada por objetivo (TCI). Para facilitar la intubación traqueal se administrará cisatracurio. El mantenimiento de la anestesia será con sevoflurano y oxígeno/aire, ajustando los niveles para mantener la estabilidad hemodinámica y lograr unos niveles de entropía entre el 40 y 60.

En el grupo A los pacientes recibirán una perfusión de ketamina a una concentración de 2,5 mg/mL. La infusión se iniciará un minuto después de la administración de propofol a un ritmo de 0,002 mg/kg/min hasta el cierre de la piel. Se administrará bolo de suero salino previo al inicio de la infusión.

En el grupo B los pacientes recibirán una infusión de suero salino que se iniciará un minuto después de la administración de propofol. Se administrará un bolo de 0,25 mg/kg de ketamina previo al inicio de la infusión.

En el grupo C, se administrará tanto bolo como infusión de suero salino durante la intervención.

Personal que no participe en el estudio preparará las jeringas por separado.

Treinta minutos antes del fin estimado de la cirugía, se administrará un bolo de 0,15 mg/kg de morfina intravenosa. La analgesia durante las primeras 48 horas postoperatorias se realizará mediante PCA con una solución que contenga morfina (0,3 mg/mL) y ketorolaco (0,9 mg/mL). La bomba se programará para suministrar bolos de 2 mL de la solución, con un intervalo de cierre de 10 minutos y un máximo de seis dosis horarias o 4,8 mg de morfina cada cuatro horas. Si fuese necesaria analgesia de rescate se utilizará metamizol (2 gramos iv) y morfina (2 mg iv).

Resultados: Dadas las características de este ensayo, se prevé una retirada o abandono del tratamiento casi nulo. Se retirarán del ensayo los pacientes que durante la intervención quirúrgica presenten una elevada inestabilidad

hemodinámica debido a elevadas pérdidas sanguíneas. El análisis estadístico será realizado por la Unidad de Investigación del Complejo Asistencial de Zamora.

NORMAS DE PUBLICACIÓN

La revista NUEVO HOSPITAL (ISSN 1578-7524. Edición digital), de periodicidad cuatrimestral, está abierta a todos los profesionales del Complejo Asistencial de Zamora y persigue dos objetivos:

1. Ser fuente de información actualizada ente los Hospitales del Complejo y los posibles usuarios a nivel nacional e internacional.
2. Crear un medio que sirva de estímulo a los profesionales del CAZA (Complejo Asistencial de Zamora) para que difundan los resultados de sus actividades profesionales y de investigación.

Los trabajos que se remitan para la consideración de su publicación, deberán estar relacionados con estos dos objetivos o con los específicamente propuestos por el Comité Editorial en el caso de monográficos o números extraordinarios.

NUEVO HOSPITAL aceptará trabajos inéditos o aquellos que hayan sido editados en publicaciones que no tengan difusión internacional o sean de difícil acceso (seminarios, actas de congresos, ediciones agotadas, etc.). No se publicarán trabajos que ya estén accesibles en Internet.

Formato de los manuscritos

La lengua de los trabajos será el castellano y no existirá límite en la extensión.

Los trabajos deberán editarse en formato Word, en letra Book Antiqua, de tamaño 10 y con interlineado mínimo. Constarán de las siguientes partes:

Título. Que exprese el contenido del trabajo

Autores. Se reflejarán los dos apellidos y la inicial o iniciales del nombre. Se expresará con asterisco el cargo o puesto de trabajo, servicio o departamento y el nombre completo del Centro de trabajo.

Dirección para la correspondencia. Correo electrónico del autor responsable para la correspondencia interprofesional

Resumen. No superior a las 250 palabras

Palabras clave. De 3 a 6 palabras que reflejen la temática del trabajo

Cuerpo del trabajo. Podrá contener subtítulos que deberán ir en negrita y línea aparte.

Bibliografía: Las referencias bibliográficas deberán elaborarse de acuerdo a los Requisitos de Uniformidad para Manuscritos enviados a Revistas Biomédicas (estilo Vancouver):

http://www.metodo.uab.cat/docs/Requisitos_de_Uniformidad_Ejemplos_de_referencias.pdf (Versión revisada abril 2010).

Principios éticos y legales

En ningún caso NUEVO HOSPITAL aceptará trabajos que, en alguna medida, el Comité Editorial considere que promuevan cualquier tipo de discriminación (racial, social, política, sexual o religiosa) o sean ofensivos para la Institución o para alguno de sus profesionales.

Los trabajos deben atenerse a la declaración de Helsinki, respetando las normas éticas de estudio con seres humanos o animales.

NUEVO HOSPITAL no se hace responsable de los trabajos y opiniones expresadas por los autores. El Comité Editorial entiende que los autores firmantes aceptan la responsabilidad legal del contenido publicado.

Recepción de los artículos y comunicación con los autores

El envío de los trabajos se realizará exclusivamente a través de correo electrónico como archivos adjuntos a la dirección revistanuevohospital@saludcastillayleon.es indicando en el asunto "*solicitud de publicación*". El plazo de recepción finalizará el día 15 del mes anterior a la publicación de la revista (15 de enero, 15 de mayo y 15 de septiembre). Los autores recibirán un correo electrónico acusando recibo de la recepción de los trabajos.

Todos los trabajos recibidos serán evaluados por el Comité Editorial, quien valorará la pertinencia para su publicación y, en los casos que estime necesario, indicará las modificaciones oportunas. Los autores recibirán cualquier decisión a la dirección de correo electrónico desde la que se remitió el trabajo.