



Complejo Asistencial  
de Zamora

# NUEVO HOSPITAL

Órgano de difusión del Complejo Asistencial de Zamora

Mayo 2013; Vol. IX N° Extraordinario 1

Versión digital ISSN:1578-7516

## II Jornada de Investigación

Complejo Asistencial de Zamora

*ZAMORA, 15 de mayo de 2013*



Programa y Comunicaciones



# 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](mailto: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.

# Programa

## Mañana

9:15 - 9:30h Presentación

9:30-11:15h Mesa Redonda (Salón de Actos)

- Papel de las Fundaciones en la Gestión de la Investigación.  
[M<sup>a</sup> Jesús Coma del Corral](#)  
Fundación Burgos por la Investigación de la Salud
- Investigación en Cuidados. Nuevas oportunidades  
[Xosé Manuel Mejjome Sánchez.](#)  
Hospital del Bierzo. Ponferrada
- Tipos de Diseños de Investigación.  
[Carlos Ochoa Sangrador](#)  
Unidad de Apoyo a la Investigación. Complejo Asistencial de Zamora
- De la investigación a la Publicación. El proceso editorial.  
[José Luis Pardal Refoyo](#)  
Servicio de Otorrinolaringología. Complejo Asistencial de Zamora

11:15-11:45h Pausa

11:45-13:15h

○ Sesión de Comunicaciones A (Salón de Actos) (11:45-13:15h)

- 1 **Calidad de Vida en Pacientes con Dolor Crónico.** Álvarez Gallego E, Gómez Fernández M, Sánchez Tabernero A, Barrios Casas RM, Lomo Montero FJ, Cuello Azcárate JJ, Sánchez Hernando VJ, Vega Cruz MS. *Unidad de Dolor Crónico. Complejo Asistencial de Zamora.*
- 2 **Cáncer de pulmón. Aplicación de nuevos marcadores de Inmunohistoquímica en el Complejo Asistencial de Zamora (CAZA).** Pinto Blázquez J, Del Valle Manteca A, Solera Arroyo JC, Cuesta L, Baizán García MJ, Ursúa Sarmiento I. *Servicio de Anatomía Patológica. Complejo Asistencial de Zamora.*
- 3 **Neuromonitorización intraoperatoria y pronóstico de la motilidad laríngea tras cirugía de tiroides.** Pardal-Refoyo JL, Cuello-Azcárate JJ, Ochoa-Sangrador C. *Servicios de Otorrinolaringología, Anestesiología y Reanimación y Pediatría. Complejo Asistencial de Zamora.*
- 4 **Aproximación epidemiológica a la psiquiatría de enlace: variables asistenciales.** Monforte Porto JA. *Servicio de Psiquiatría. Complejo Asistencial de Zamora.*

- 5 **Aproximación epidemiológica a la psiquiatría de enlace: variables sociodemográficas y clínicas.** Monforte Porto JA. *Servicio de Psiquiatría. Complejo Asistencial de Zamora.*
- 6 **Importancia de la hepatología en los ingresos hospitalarios de un hospital de segundo nivel.** López Ramos C, Conde Gacho P, Martín Garrido E, Ochoa Sangrador C, Bailador Andrés C, Pérez Marte A, Julián Gómez L, Fuentes Coronel A, Fradejas Salazar P, Pérez Villoria A, Rodríguez Gómez S. *Servicios de Aparato Digestivo y Pediatría. Complejo Asistencial de Zamora.*

o **Talleres simultáneos (11:45-13:15h)**

- I - **Nuevas tecnologías en Investigación de Enfermería (Sala de Informática).** [Xosé Manuel Meijome Sánchez.](#) Hospital del Bierzo. Ponferrada
- II - **Preparación de Memorias de Investigación para Personal Médico (Sala de Docencia; Planta Sótano).** [Carlos Ochoa Sangrador.](#) Unidad de Apoyo a la Investigación

**13:15-15:00h**

o **Sesión de Comunicaciones B (Salón de Actos) (13:15-15:00h)**

- 7 **Estudio sobre la destreza en el manejo de los inhaladores prescritos a los pacientes de Neumología.** Blanco García MI, Martín Vaquero Y, Matilla Vinagre A, Maya García C, Romero Moraleja F, Sánchez Santos G. *Unidad de Neumología y Unidad de Formación y Sistemas de Información de Cuidados de Enfermería.*
- 8 **Evaluación de buenas practicas en seguridad de los pacientes.** Martín Vaquero Y, Báez Marín A, Mata Sánchez C, Velasco Morillo E, Posadas Hernández E, Carrascal Gutiérrez I, de Prada García J, González Malmierca MC, Gómez Peroy MP, Sánchez Arnosí MS, Calabozo Álvarez N. *Comisión de Cuidados. Complejo Asistencial de Zamora.*
- 9 **Hábitos de vida del personal de enfermería del Hospital Virgen de la Concha.** Barroso Rodríguez F, Pichel Pichel E, Alejandro Rodríguez RM, Martín Vaquero Y. *Unidad de Enfermería de Digestivo y Cirugía y Unidad de Formación y Sistemas de Información de Cuidados de Enfermería.*
- 10 **Concordancia de la medición de temperatura corporal en la infancia con distintos dispositivos.** Prada Saez MP, Panero Martín MJ, Fernández Nieto MJ, Antón Beneitez R, Vega Alonso R, Ochoa Sangrador C. *Servicio de Pediatría. Complejo Asistencial de Zamora.*
- 11 **Utilidad clínica del índice de Fallo de Medro en la Infancia.** Ochoa Sangrador C y Grupo de Pediatras de Atención Primaria y Hospitalaria de Zamora. *Servicio de Pediatría. Complejo Asistencial de Zamora.*

o **Talleres simultáneos (13:15-15:00h) :**

- III - **Preparación de Presentaciones Científicas (Sala de Informática).** [Luis Miguel Palomar.](#) Presidente de la Comisión de Docencia
- IV – **Desarrollo del Marco Teórico de la Investigación: El artículo de revisión; La Introducción de un Proyecto o Tesis (Sala de Docencia; Planta Sótano).** [Manuel Franco Martín.](#) Jefe de Servicio de Psiquiatría

**15:00-16:00h Descanso**

## Tarde

16:00-17:30h

○ Talleres simultáneos:

V - Búsquedas Bibliográficas Orientadas a la Investigación (Sala de Informática) [Carlos Ochoa Sangrador](#). Unidad de Apoyo a la Investigación

VI – Preparación de Memorias de Investigación para Personal de Enfermería (Sala de Docencia; Planta Sótano) [M<sup>a</sup> Carmen Villar Bustos](#). Grupo de Investigación en Enfermería

○ Reunión de Grupo de Trabajo (Salón de Actos):

Objetivos de Investigación y Gestión Clínica para Residentes. Moderador: [Luis Miguel Palomar](#). Presidente de la Comisión de Docencia

17:30-18:00h Seminario (Salón de Actos)

- Consenso de Objetivos de Investigación y Gestión Clínica. Moderador: [Carlos Ochoa Sangrador](#). Unidad de Apoyo a la Investigación.

18:00-18:15h Evaluación y Clausura (Salón de Actos)

## 01 - Calidad de Vida en pacientes con dolor crónico

Álvarez Gallego E, Gómez Fernández M, Sánchez Tabernero A, Barrios Casas RM, Lomo Montero FJ, Cuello Azcárate JJ, Sánchez Hernando VJ, Vega Cruz MS.

*Unidad de Dolor Crónico. Complejo Asistencial de Zamora.*

*E-mail: mgfes@hotmail.com*

**Introducción:** El dolor crónico es uno de los síntomas más frecuentes, de más difícil tratamiento y que produce un mayor consumo de recursos sanitarios. Las estimaciones de la prevalencia del dolor crónico varían ampliamente y normalmente oscilan entre el 10 y el 30% de la población adulta, aunque han sido reportadas tasas de prevalencia que van del 2 al 55%.

En los últimos años se han publicado trabajos sobre evaluación de la calidad de vida en pacientes con dolor crónico que utilizan diferentes cuestionarios: el cuestionario SF-36, cuestionario de calidad de vida QLQ-C30, el índice de Lattinen, Brief Pain Inventory (BPI), Pain Disability Index (PDI), etc. En 1990 se comenzó el desarrollo del PECVEC (Perfil de Calidad de Vida en Enfermos Crónicos), cuestionario alemán estandarizado y autocumplimentable, adaptado al español y orientado a la medición de la calidad de vida relacionada con la salud en enfermos crónicos y en personas sanas. El objetivo principal del desarrollo del PECVEC fue propagar un instrumento de medición estandarizado, orientado a la sistematización de los aspectos de la calidad de vida que comprendiera, con idéntica extensión y profundidad, los niveles somáticos, emocionales y sociales del bienestar, y el funcionalismo.

**Objetivos:** 1) Validar un listado de síntomas para dolor crónico dentro del cuestionario PECVEC. 2) Medir la calidad de vida en una muestra de pacientes con dolor crónico. 3) Medir la correlación entre el grado de dolor, síntomas relacionados y calidad de vida. 4) Evaluar la influencia del tratamiento en la calidad de vida de los pacientes.

**Material y Métodos:** Estudio de cohortes. La población de estudio será pacientes con dolor crónico que acuden a la consulta de la Unidad de Dolor del Complejo Asistencial de Zamora entre los meses de marzo-junio de 2013. Criterios de inclusión: pacientes mayores de 18 años de edad, remitidos a la Unidad de Dolor Crónico del Complejo Asistencial de Zamora entre los meses de marzo-junio de 2013. Criterios de exclusión: negativa del paciente para realizar el test, enfermedad psiquiátrica grave, enfermos terminales o con bajo nivel de conciencia. Se solicitará la participación en el estudio a una serie consecutiva de pacientes que acudan a la consulta durante el periodo de estudio. Se administrará el cuestionario PECVEC de modo autocumplimentable o mediante entrevista por parte del investigador principal o los colaboradores durante la primera consulta en la Unidad de Dolor Crónico, a los tres meses y a los seis meses de la misma. En los mismos puntos, se recogerán el resto de las variables (especialidad remitente, diagnóstico, escala verbal analógica [EVA], tratamientos, etc.). El estudio ha sido aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica del Complejo Asistencial de Zamora. Previamente al inicio del estudio se ha solicitado autorización para el uso del cuestionario PECVEC a los autores mediante correo electrónico, mostrando su conformidad y su colaboración.

**Resultados:** Se calculará la distribución de las puntuaciones medias y la desviación estándar en todas las escalas; la proporción de individuos con la puntuación máxima (efecto techo / "ceiling effect") y la proporción de individuos con la puntuación mínima (efecto suelo / "floor effect") para cada dimensión (los valores estándares considerados son en ambos casos porcentajes de techo-suelo  $\leq 15\%$  en todas, o la mayoría de las escalas) y el porcentaje de ítem no respondidos. La fiabilidad o consistencia interna del cuestionario se evaluará mediante el coeficiente alfa de Cronbach para cada escala. Se evaluará la correlación entre las puntuaciones de dolor (EVA), de síntomas de dolor crónico y de calidad de vida (PECVEC). Se analizarán los cambios a los seis meses (análisis de la varianza para medidas repetidas) en función del tratamiento.

## 02 - Cáncer de pulmón. Aplicación de nuevos marcadores de inmunohistoquímica (IHQ) en el Complejo Asistencial de Zamora (CAZA)

Pinto Blázquez J, Del Valle Manteca A, Solera Arroyo JC, Cuesta L, Baizán García MJ, Ursúa Sarmiento I.

*Servicio de Anatomía Patológica. Complejo Asistencial de Zamora.*

*E-mail: jpintob@saludcastillayleon.es*

**Introducción:** Clásicamente la clasificación de cáncer de pulmón se había simplificado en dos grandes grupos: células pequeñas y células no pequeñas. La situación actual ha cambiado radicalmente de forma que recobra interés la morfología tumoral, hay disponibilidad de nuevos tratamientos dirigidos frente a alteraciones genéticas específicas de cada tipo histológico (EGFR, K ras y ALK en adenocarcinoma, gen del retinoblastoma en carcinoma de células pequeñas, etc.), y diferente respuesta al tratamiento en los distintos subtipos histológicos (pemetrexed es más efectivo en adenocarcinomas). De este modo, hoy en día es fundamental clasificar el tipo histológico de cáncer de pulmón de cara a plantear la actitud terapéutica de cada paciente.

Utilizando sólo la técnica de He-eosina el porcentaje de carcinomas que no se pueden clasificar (NOS) está en torno al 40% mientras que si se utilizan marcadores de IHQ aplicables al cáncer de pulmón ese porcentaje se reduce según la literatura a menos del 10%.

**Objetivos:** Clasificar histológicamente más del 90% de los casos de cáncer de pulmón del Complejo Asistencia de Zamora (CAZA), aplicando los nuevos marcadores de IHQ de cáncer de pulmón, de cara a poder aplicar tratamientos específicos para estos tipos histológicos.

**Material y métodos:** Se aplican los marcadores de inmunohistoquímica actuales (p63, CK 5, p40, Ck 7, TTF1 Napsina A, CD 56, Bcl-2, sinaptofisina, cromogranina y Ki 67) en casos diagnosticados en el CAZA, en muestras de biopsia, en material parafinado realizadas por broncoscopia y PAAF.

**Resultados:** Utilizando dichos marcadores de IHQ hemos podido subclasificar el tipo histológico de cáncer de pulmón en más del 95% de nuestros casos, facilitando el tratamiento de dichos pacientes y con ello el seguimiento y pronóstico.

**Conclusiones:** Los nuevos marcadores de IHQ son una herramienta fundamental y necesaria para el patólogo para el diagnóstico de cáncer de pulmón.

## 03 - Neuromonitorización intraoperatoria y pronóstico de la motilidad laríngea tras cirugía de tiroides

Pardal-Refoyo JL, Cuello-Azcárate JJ, Ochoa-Sangrador C.

*Servicios de Otorrinolaringología, Anestesiología y Reanimación y Pediatría. Complejo Asistencial de Zamora.*

*E-mail: jlpardal@saludcastillayleon.es*

**Introducción y objetivos:** La neuromonitorización ayuda en la identificación del nervio laríngeo recurrente (NLR) en cirugía de tiroides, informa de su función al finalizar la cirugía y apoya en la toma de decisiones. Objetivo: Calcular la validez de la neuromonitorización respecto a la motilidad laríngea postoperatoria comprobada con laringoscopia indirecta.

**Material y métodos:** Estudio prospectivo en 185 pacientes (342 NLR incluidos) sometidos a primera intervención de tiroidectomía total o parcial. Se recogieron las variables cualitativas de la neuromonitorización (presencia o ausencia de señal final tras estimulación en el nervio vago) y de las laringoscopias indirectas postoperatorias (motilidad normal o parálisis) realizadas en 1º a 3º día (laringoscopia 1) y entre 3ª a 4ª semana (laringoscopia 2).

**Resultados:** La exactitud de la prueba fue del 99,7% en laringoscopia 1 y 98,8% en laringoscopia 2. El valor predictivo positivo (100%) indica alta capacidad de la neuromonitorización para predecir parálisis en caso de pérdida de señal y el valor predictivo negativo (99,7% en laringoscopia 1 y 99,12% en laringoscopia 2) indica su capacidad de predicción de motilidad normal cuando hubo señal normal.

**Conclusiones:** La neuromonitorización tiene utilidad para planificar y decidir diferentes estrategias en caso de pérdida de la señal o si hubo parálisis laríngea previa y tiene utilidad en la gestión de la vía aérea ayudando a la prevención de la parálisis laríngea bilateral.



## 04 - Aproximación epidemiológica a la Psiquiatría de enlace: variables asistenciales

Monforte Porto JA.

*Servicio de Psiquiatría. Complejo Asistencial de Zamora.*

*E-mail: [jesusmonforte@telefonica.net](mailto:jesusmonforte@telefonica.net)*

**Introducción:** La práctica adecuada de la Psiquiatría de Enlace requiere del conocimiento de las demandas realizadas por el resto de los Servicios del Hospital. Asimismo, es aconsejable evaluar la derivación de dichos pacientes al alta hospitalaria.

**Objetivos:** Determinar las variables asistenciales en los pacientes atendidos por la Unidad de Psiquiatría de Enlace del Complejo Asistencial de Zamora durante el año 2012.

**Material y métodos:** Material: Datos filiación, variables sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, escolaridad, con quién vive, lugar de residencia, entorno residencial, situación laboral), clínicas (motivo de consulta, tipo de enfermedad somática concomitante - por aparatos y específica -, consumo de tóxicos y tipo de sustancia tóxica, antecedentes psiquiátricos, diagnóstico psiquiátrico previo, diagnóstico principal realizado desde psiquiatría de enlace y diagnósticos asociados), terapéuticas (tratamiento psiquiátrico previo, número de fármacos para su patología somática, tratamiento instaurado desde Psiquiatría de Enlace) y asistenciales (mes de solicitud, servicio de procedencia de la petición de interconsulta, tipo de petición, consideración por Psiquiatría de Enlace del tipo de petición, días desde la petición hasta ser atendida, número de visitas, derivación al alta). Método: Estudio epidemiológico sobre 264 interconsultas solicitadas desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2012. Consideraciones bioéticas: Criterios de inclusión no restrictivos (principio de justicia), cuidado de aspectos metodológicos (principio de no-maleficencia), información al paciente de la naturaleza y objetivos (principio de autonomía), y categorización del riesgo menor del mínimo (principio de beneficencia).

**Resultados:** El 78,5% de las interconsultas proceden del Hospital Virgen de la Concha, el resto del Hospital Provincial. Un 43,2% de las demandas tienen su origen en el Servicio de Medicina Interna. En un 10,6% se realizó una demanda "urgente", siendo en "el día" el 28,4% de las mismas. En el 12,5% se consideró la demanda como "poco procedente". La gran mayoría de los pacientes son valorados el mismo día de la petición (media de 0,38 días), la estancia media (entendida como el tiempo desde que se realiza la petición de interconsulta y la fecha de alta) es de 8,17 días, y las visitas medias de 5,41. El 36,7% fue derivado a su Médico de Atención Primaria, el 42,5% a su Equipo de Salud Mental y en el 5% se procedió a su ingreso en Psiquiatría (4,2% en Unidad de Hospitalización Breve, 0,8% Unidad de Convalecencia).

**Conclusiones:** Alta demanda de valoración urgente o en el día (39%) y bajo porcentaje de ingresos en Unidades de Hospitalización Psiquiátrica

## 05 - Aproximación epidemiológica a la Psiquiatría de Enlace: variables sociodemográficas y clínicas

Monforte Porto JA.

*Servicio de Psiquiatría. Complejo Asistencial de Zamora.*

*E-mail: [jesusmonforte@telefonica.net](mailto:jesusmonforte@telefonica.net)*

**Introducción:** El aumento de patología psicosomática en los servicios hospitalarios genera una creciente demanda asistencial que requiere una atención especializada por las Unidades de Psiquiatría de Enlace.

**Objetivos:** Determinar el perfil sociodemográfico y clínico de los pacientes atendidos por la Unidad de Psiquiatría de Enlace del Complejo Asistencial de Zamora durante el año 2012.

**Material y métodos:** Material: Datos filiación, variables sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, escolaridad, con quién vive, lugar de residencia, entorno residencial, situación laboral), clínicas (motivo de consulta, tipo de enfermedad somática concomitante - por aparatos y específica -, consumo de tóxicos y tipo de sustancia tóxica, antecedentes psiquiátricos, diagnóstico psiquiátrico previo, diagnóstico principal realizado desde psiquiatría de enlace y diagnósticos asociados), terapéuticas (tratamiento psiquiátrico previo, número de fármacos para su patología somática, tratamiento instaurado desde Psiquiatría de Enlace) y asistenciales (mes de solicitud, servicio de procedencia de la petición de interconsulta, tipo de petición, consideración por Psiquiatría de Enlace del tipo de petición, días desde la petición hasta ser atendida, número de visitas, derivación al alta). Método: Estudio epidemiológico sobre 264 interconsultas solicitadas desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2012. Consideraciones bioéticas: Criterios de inclusión no restrictivos (principio de justicia), cuidado de aspectos metodológicos (principio de no-maleficencia), información al paciente de la naturaleza y objetivos (principio de autonomía), y categorización del riesgo menor del mínimo (principio de beneficencia).

**Resultados:** Edad media 66,09 años, 53,8% varones, casados 46,2%, viven con el cónyuge el 45,8%, en medio rural 52,3%, la mayoría en su vivienda propia/familiar (81,1%), siendo pensionistas el 77,4%. Los motivos de consulta más frecuentes son valoración/ajuste de tratamiento (31,7%), alteraciones de la conducta (31,1%), ansiedad (31,1%), desorientación (29,2%) y ánimo depresivo (29,2%). Las enfermedades somáticas concomitantes más frecuentes son cardiovasculares (49,2%), endocrino/metabólicas (39%), respiratorias (25%) y digestivas (24,2%). Un 64,8% de los pacientes tenían antecedentes psiquiátricos previos, siendo los más frecuentes los trastornos de ansiedad y afectivos. En un 24,2% de los casos existía consumo de tóxicos, fundamentalmente alcohol y tabaco (17,8% en ambos casos). Los diagnósticos más frecuentes realizados desde la Psiquiatría de Enlace son los trastornos mentales orgánicos (31,8%), seguidos de los trastornos de ansiedad (30,4%). Uno de cada diez pacientes presentaba clínica relacionada con el consumo de alcohol.

**Conclusiones:** El perfil del paciente suele ser un varón, casado, pensionista, con pluripatología somática concomitante, siendo requerida valoración para ajuste de tratamiento por presentar sintomatología afectiva y trastornos conductuales.

## 06 - Importancia de la hepatología en los ingresos hospitalarios de un hospital de segundo nivel

López Ramos C, Conde Gacho P, Martín Garrido E, Ochoa Sangrador C, Bailador Andrés C, Pérez Marte A, Julián Gómez L, Fuentes Coronel A, Fradejas Salazar P, Pérez Villoria A, Rodríguez Gómez S.

*Servicios de Aparato Digestivo y Pediatría. Complejo Asistencial de Zamora.*

*E-mail: csramos@hotmail.com*

**Introducción:** Nuestro objetivo es conocer el impacto que las enfermedades hepáticas tienen sobre la actividad asistencial desarrollada en un hospital de segundo nivel.

**Material y métodos:** Se ha procedido al análisis de los datos de los ingresos del Hospital Virgen de la Concha en el año 2012, y se han calculado ciertos indicadores, como el porcentaje de ingresos por enfermedades hepáticas y sus complicaciones en el Servicio de Aparato Digestivo.

**Resultados:** Las enfermedades hepáticas representan el 7,3% de las altas producidas en nuestro Servicio. Las causas más frecuentes de ingreso son la descompensación hidrópica y la encefalopatía hepática (40,9 y 22,7 % respectivamente). La etiología más frecuente de enfermedad hepática es la hepatopatía crónica etílica seguida por el virus de la hepatitis C. La edad media de los pacientes hepatópatas es de 63,6 años y la estancia media de 10,3 días. La tasa de reingresos en dos meses es más frecuente en estos pacientes (30,3% frente a 13,5% en no hepatópatas), así como la mortalidad (10,8% vs 1,6%).

**Conclusiones:** Las enfermedades hepáticas siguen constituyendo una causa fundamental de ingresos hospitalarios recurrentes. Los pacientes hepatópatas que ingresan se encuentran en una fase avanzada de su enfermedad, con tasas de reingreso y mortalidad elevadas, siendo el pronóstico de estos pacientes mucho más grave.

## 07 - Estudio sobre la destreza en el manejo de los inhaladores prescritos a los pacientes de Neumología

Blanco García MI, Martín Vaquero Y, Matilla Vinagre A, Maya García C, Romero Moraleja F, Sánchez Santos G.

*Unidad de Neumología y Unidad de Formación y Sistemas de Información de Cuidados de Enfermería.  
E-mail: mbelblan@gmail.com*

**Introducción:** Desde hace tiempo los profesionales sanitarios observan que una gran parte de los pacientes con enfermedades respiratorias que precisan medicación vía inhalada no saben usar el inhalador correctamente. Las causas pueden ser varias: falta de aprendizaje correcto de la técnica y el manejo de estos fármacos, dispositivos complicados o de manejo poco sencillo, falta de información hacia el paciente, etc. La consecuencia inmediata es que la medicación no cumple su objetivo, que es aminorar y mejorar los síntomas de la enfermedad, porque no llega en cantidad suficiente al pulmón. Las consecuencias secundarias pudieran ser: mal control de la enfermedad, mayor número de agudizaciones, mayor gasto farmacéutico y sanitario. Este problema puede que haya aumentado habida cuenta del número creciente de dispositivos que han surgido en el mercado en los últimos tres años.

**Objetivos:** 1) Evaluar la destreza en el manejo de los dispositivos inhalados de los pacientes que ingresan en Neumología por enfermedades respiratorias durante un año. 2) Averiguar qué porcentaje de pacientes manifiestan haber recibido educación para el manejo del inhalador prescrito por parte de personal sanitario (médico, enfermera). 3) Contrastar la capacidad inspiratoria de los pacientes respecto al tipo de dispositivo de inhalación que habitualmente utilizan. Valorar en función de este dato si el dispositivo se adapta a las características de función respiratoria de cada paciente.

**Material y métodos:** Estudio prospectivo. Muestra: todos los pacientes, de ambos sexos, ingresados por enfermedades respiratorias en la planta de Neumología, durante un periodo de 12 meses, que tengan de forma habitual medicación inhalada como tratamiento crónico. Se utilizará el cuestionario adecuado a cada dispositivo inhalado, y se recogerán las variables relativas a datos antropométricos, tipo de enfermedad respiratoria, tiempo de evolución de dicha enfermedad y tratamiento inhalado domiciliario habitual. Se anotará si el paciente ha recibido explicaciones o información sobre la técnica de utilización de su medicación inhalada y quién le ha proporcionado la información. Así mismo, se medirá la capacidad inspiratoria de cada paciente (litros/minuto) con el medidor de resistencia al flujo aéreo In-check Dial (Clement Clarke®. HS International. Edimburg 1999). Se recogerá si el paciente sabe identificar que el dispositivo está vacío de medicación y si realiza enjuagues orales tras tomar la inhalación y con qué producto/s. Todas las variables serán recogidas en base de datos y procesadas mediante el programa estadístico SPSS. Lo realizará el personal de la Unidad de Neumología con el apoyo de la Unidad de Investigación.

**Resultados esperados:** Se evaluará si es preciso modificar actitudes a la hora de prescribir, para mejorar los parámetros de calidad y control de las dolencias respiratorias susceptibles de tratamiento con este tipo de medicación. Justificar la creación de un taller de aprendizaje continuo en el manejo de los dispositivos inhalados.

## 08 - Evaluación de buenas prácticas en seguridad de los pacientes

Martín Vaquero Y, Báez Marín A, Mata Sánchez C, Velasco Morillo E, Posadas Hernández E, Carrascal Gutiérrez I, de Prada García J, González Malmierca MC, Gómez Peroy MP, Sánchez Arnosi MS, Calabozo Álvarez N.

*Comisión de Cuidados. Complejo Asistencial de Zamora.*

*E-mail: ymartino@saludcastillayleon.es*

**Introducción:** La seguridad en la asistencia sanitaria es un componente fundamental de la calidad y un derecho de los pacientes, así como un área de interés prioritario para los profesionales. La Comisión de Cuidados, con el fin de sensibilizar a los profesionales en materia de seguridad del paciente y gestión de riesgos se propone identificar en qué situación está el Complejo Asistencial en dos prácticas habituales y protocolizadas.

**Objetivos:** Evaluar el nivel de implementación de los protocolos de identificación de los pacientes hospitalizados y la administración de oxigenoterapia. Identificar los errores y causas, tomando medidas correctoras oportunas.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo en 2012 en todas las Unidades de hospitalización. Se revisan todas las tomas de oxígeno de las habitaciones y si los pacientes ingresados tienen colocada la pulsera identificativa en una muestra de fechas, seleccionadas de forma aleatoria. Se realiza observación del flujo y pauta en el paciente, pauta prescrita médica y en hoja de enfermería. Tras la primera revisión, se difunde el protocolo de oxigenoterapia a todas las Unidades y en el segundo control se evalúa el cumplimiento.

**Resultados:** Los pacientes ingresados fueron en abril 324 y en diciembre 320. La identificación de los pacientes mejoró de un 30,6% a 61,3%: De estos reciben oxigenoterapia respectivamente 75 (23,1%) y 109 (33,2%), media 28,2%. Hubo concordancia entre pauta médica y hoja de enfermería en 41 (54,7 %) en el 1º control y en el 2º control aumentó a 68 (62,4%), media 58,5%. La concordancia entre pauta de oxigenoterapia y paciente fue del 46,2 % (pasó del 49,3% al 43,1%). La colocación de pegatina como medida de control flujo pasó del 18,7% en abril a 51,4% en diciembre, media de 35% de los pacientes. Existe una media de 7,7% de la oxigenoterapia que no está pautada en órdenes facultativas (5,3% a 10,1%).

**Conclusiones:** La identificación de pacientes mejoró tras la sesión formativa. Los fallos en la manipulación del sistema por parte del personal, paciente y/o familia mejorarán con la buena práctica de colocación y actualización de la pegatina en la cama del paciente. Protocolizar el uso de oxigenoterapia en determinadas pruebas como CPRE, post-sedación, postquirúrgicos, y actualizar la prescripción de dicho tratamiento por parte del médico y del personal de enfermería aumentarían la concordancia. Todas las mejoras son necesarias para evitar errores de identificación de pacientes, los efectos secundarios de una incorrecta administración de oxigenoterapia, costes innecesarios y mejorar la calidad de la atención prestada. La Comisión de Cuidados continuará con el seguimiento hasta que mejore el nivel de implementación, impulsando las medidas necesarias.

## 09 - Hábitos de vida del personal de enfermería del Hospital Virgen de la Concha

Barroso Rodríguez F, Pichel Pichel E, Alejandro Rodríguez RM, Martín Vaquero Y.  
*Unidad de Enfermería de Digestivo y Cirugía y Unidad de Formación y Sistemas de Información de Cuidados de Enfermería.*  
E-mail: fbarrosor@gmail.com

**Introducción:** El estilo de vida comprende los aspectos relacionados con el comportamiento individual, especialmente aquellos patrones de conducta sostenidos durante un plazo relativamente largo y una serie de actividades, rutinas cotidianas o hábitos tales como características nutricionales, horas de vigilia y descanso, el hábito de fumar, el uso de alcohol y otros estimulantes, el ejercicio físico y otros rasgos del contexto en donde se desenvuelven los individuos. Los estilos de vida en la actualidad constituyen un tema trascendental, porque a través de su conocimiento y aplicación permiten incrementar la actividad de los trabajadores en el campo de la salud. Es necesario que los profesionales se conciencien de lo importante que son los hábitos de salud, no sólo para ellos, sino también por el impacto que tienen en la salud de los pacientes al convertirse en modelo de vida. También se tendría que estudiar el porqué se tienen unos hábitos determinados, si están o no condicionados por el trabajo y sus características.

**Objetivos:** Objetivo general: Evaluar los hábitos de vida del personal de enfermería del Hospital Virgen de la Concha de Zamora. Objetivos específicos: 1) Detectar factores de riesgo que competen la salud del colectivo. 2) Conocer conductas de autocuidado que posee el personal. 3) Conocer la percepción de las enfermeras sobre la calidad de vida.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo, transversal y cuantitativo. Se pasará el Cuestionario de Prácticas y Creencias sobre Estilos de Vida validado de Salazar y Arrivillaga a los profesionales de enfermería de turno rotatorio. Para ser incluido en el estudio previamente se obtendrá el consentimiento informado del personal que acepte voluntariamente su participación, garantizando en todo momento el derecho a la intimidad, anonimato y confidencialidad de los datos obtenidos. El estudio se realiza en los meses de octubre a diciembre. Se entrega un cuestionario y se recoge dos semanas más tarde. El cuestionario, con un total de 93 preguntas, parte inicial con diez preguntas sobre identificación de los sujetos; la primera parte sobre prácticas saludables, con 57 preguntas que evalúan actividad física, tiempo de ocio, auto-cuidado, toma de medidas de bioseguridad, hábitos alimenticios, consumo de sustancias psicoactivas y tiempo de sueño y la segunda parte con 26 preguntas que evalúan las creencias sobre tiempo de ocio y consumo de sustancias psicoactivas y el abordaje biomédico de la salud y la enfermedad. Todas las escalas de respuestas corresponden a una escala Likert. El análisis estadístico de los resultados se realizará con el paquete estadístico SPSS para Windows.

En función de los resultados se estudiaría cómo incidir sobre los profesionales para conseguir que modifiquen sus hábitos hacia conductas saludables, objetivar los puntos débiles y corregirlos para poder conseguir el mejor resultado.

## 10 - Concordancia de la medición de temperatura corporal en la infancia con distintos dispositivos

Prada Saez MP, Panero Martín MJ, Fernández Nieto MJ, Antón Beneitez R, Vega Alonso R, Ochoa Sangrador C.

*Servicio de Pediatría. Complejo Asistencial de Zamora.*

*E-mail: cochoas@meditex.es*

**Introducción:** En Pediatría, la medición de la temperatura rectal con termómetros de mercurio se ha considerado el patrón de referencia clínico. Las restricciones existentes en el momento actual al empleo de instrumentos con mercurio, han planteado la necesidad de dispositivos alternativos de medición.

**Objetivos:** Con la introducción de un nuevo instrumento electrónico de medición de temperatura (Welch Allyn Sure Temps Plus 692 Thermometer) nos planteamos hacer un estudio de su precisión y concordancia con respecto a los termómetros de mercurio (TM) clásicos.

**Material y métodos:** Estudio transversal de evaluación de pruebas diagnósticas. Evaluación de medidas repetidas con distintos dispositivos (termómetro de mercurio y termómetro digital) de la temperatura corporal en una muestra consecutiva de pacientes pediátricos ingresados en el Servicio de Pediatría del Hospital Virgen de la Concha de Zamora. Análisis descriptivo y estudio de concordancia entre medidas, según edad, peso, motivo de ingreso y lugar de medida (rectal o axilar): estimación de diferencias, coeficientes de correlación y análisis de Bland-Altman.

**Resultados:** Se realizaron mediciones repetidas en 100 niños con una media de edad de 5,2 años (intervalo de confianza del 95% [IC95%]: 4,3 a 6,1), el 28% menor de dos años, con media de peso 22,5 Kg (IC95%: 19,1 a 25,9), 57% de sexo masculino, cuyo motivo de ingreso estaba relacionado con proceso infeccioso en el 51% de los casos (infecciones víricas, gastroenteritis, apendicitis, bronquitis-bronquiolitis). La temperatura se midió en el 25% de los casos en recto (la mayoría menores de dos años), mostrando una temperatura media con termómetro de mercurio de 37,4°C (IC95%: 37 a 37,7), y en un 75% de los casos en axila, con temperatura media 36,7°C (IC95%: 36,5 a 36,9). La diferencia global entre las mediciones con dispositivo de mercurio y electrónico es mínima: +0,06°C (IC95% - 0,02 a +0,14), algo mayor en localización rectal aunque sin diferencias significativas (+0,1 frente a +0,04). En los casos con fiebre el termómetro electrónico produce una infraestimación de temperatura -0,13°C (IC95%: -0,34 a +0,07; intervalo de concordancia -1,11 a +0,85), respecto los casos sin fiebre (+0,11; IC95%: +0,03 a +0,20; intervalo de concordancia -0,63 a +0,85); el efecto estimado mediante regresión lineal múltiple para casos con fiebre fue -0,58°C (IC95%: -0,32 a -0,84;  $p < 0,001$ ). Esta infraestimación se reduce a medida que aumenta la temperatura, por cada grado 0,22°C (IC 95%: 0,095 a 0,35;  $p = 0,001$ ).

**Conclusiones:** Los termómetros electrónicos producen una discreta infraestimación de la temperatura en casos con fiebre, de aproximadamente medio grado centígrado. Mediciones repetidas con distintos instrumentos pueden suponer diferencias individuales de hasta un grado centígrado. Es poco probable que estas diferencias repercutan en el manejo clínico del paciente, pero deben ser tenidas en cuenta a la hora de comparar mediciones.



## 11 - Utilidad clínica del índice de Fallo de Medro en la infancia

Ochoa Sangrador C y Grupo de Pediatras de Atención Primaria y Hospitalaria de Zamora.  
*Servicio de Pediatría. Complejo Asistencial de Zamora.*  
*E-mail: cochoas@meditex.es*

**Introducción y objetivos:** No existe un consenso sobre el criterio a emplear para diagnosticar el fallo de medro. Ninguno de los métodos propuestos ha demostrado una mayor capacidad predictiva de la existencia de problemas de desarrollo o nutrición. Nos proponemos valorar la adecuación y concordancia de los criterios más habituales en nuestro medio y su efecto en la incidencia.

**Material y métodos:** Estudio de cohortes retrospectivo a partir de registros médicos de 7663 nacidos entre los meses de noviembre de 2004 y 2011, en el área de Salud de Zamora. Exclusión de los nacidos con bajo peso. Valoración de crecimiento y diagnósticos desde el nacimiento hasta los dos años. Estimación de valores estandarizados de peso e índice de masa corporal por edad y sexo, empleando los valores y procedimientos de referencia de la OMS (macros para SPSS). Estimación de incidencia acumulada de fallo de medro a distintas edades con los criterios: peso (A) e índice de masa corporal (B) estandarizados bajo el percentil 5 (según curvas OMS), descenso de dos percentiles mayores en periodos de tres o más meses (C) e índice de medro (peso estandarizado observado - peso estandarizado estimado según sexo y pesos previos) bajo percentil 5 de la cohorte (D).

**Resultados:** El índice de medro ofrece una medición ajustada, que clasifica al 5% de los niños con menor ganancia de peso. En los primeros cinco meses de vida los valores de referencia de la OMS son más altos que los pesos medios de nuestros niños, relación que se invierte en los meses siguientes (peso estandarizado al mes, 2, 3, 4, 5, 6, 9, 12, 15, 18 y 24 meses: -0,47; -0,45; -0,32; -0,25; -0,17; +0,09; +0,22; +0,28; +0,30; +0,24). De los casos diagnosticados por Índice de Medro, sólo se detectan por peso, índice de masa corporal y descenso de percentiles: 53,4%; 54,7% y 13,8% a los tres meses; 20,9%, 30,9% y 13,8% a los seis meses; 21,1%, 27,8% y 25,7% a los nueve meses; 25,2%, 14,6% y 10,7% a los 12 meses. El criterio más asociado con incidencia de enfermedades diagnosticadas fue el Índice de Medro.

**Conclusiones:** Existe una variabilidad significativa entre criterios de fallo de medro. El criterio de descenso de dos percentiles mayores resulta poco sensible en nuestro medio. Las valoraciones estandarizadas de peso basadas en las tablas de la OMS infraestiman el peso en los primeros cinco meses y los sobreestiman en los siguientes. Las valoraciones estáticas de peso e índice de masa corporal bajo percentil 5 no detectan un importante porcentaje de casos identificados mediante Índice de Medro.



# 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](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](mailto: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.