



Complejo Asistencial
de Zamora

NUEVO HOSPITAL

Órgano de difusión del Complejo Asistencial de Zamora

Junio 2018; Vol. XIV (2 Extraordinario)

Versión digital
ISSN:1578-7516

IV Jornadas de Investigación

IV Jornada de Investigación del Área de Salud de
Zamora

ZAMORA 24 de noviembre de 2017



Sede

Hospital Virgen de la Concha
Zamora



Organizadas por la Comisión de Investigación y Biblioteca, este año las **IV Jornadas de Investigación** dejan de ser del Complejo Asistencial para dar cabida formalmente a la investigación del **Área de Salud de Zamora**. La fecha de celebración fue el día 24 de noviembre del pasado año en el salón de actos del Hospital Virgen de la Concha. Con el objetivo de mejorar los conocimientos y actitudes de los profesionales sanitarios en relación con la investigación clínica, el programa científico se desarrolló en la mañana y en la tarde.

Jornadas acreditadas con 1 crédito.

OBJETIVOS

- Promover la investigación entre los profesionales sanitarios del Complejo Asistencial de Zamora.
- Difundir la actividad investigadora realizada en el Complejo Asistencial de Zamora.
- Mejorar la formación metodológica en investigación de los profesionales sanitarios.
- Fomentar la colaboración entre grupos de investigación.

CONTENIDO

En la mañana:

- Mesa redonda sobre oportunidades de investigación. (0,3 créditos)
- Sesión de comunicaciones A, para la presentación de estudios en proyecto, ejecución o terminados en el Área de Salud de Zamora.
- Dos talleres simultáneos sobre formación metodológica. (0,3 créditos)

En la tarde:

- Sesión de comunicaciones B, para la presentación de estudios en proyecto, ejecución o terminados en el Área de Salud de Zamora.
- Dos talleres simultáneos sobre formación metodológica. (0,3 y 0,3 créditos)

PROGRAMA CIENTÍFICO

Mañana

9:15 – 9:30h Entrega de documentación

9:30 – 9:45h Presentación

9:45 – 11:45h Mesa Redonda (Salón de Actos):

Experiencias de Investigación Colaborativa: “La unión hace la fuerza”.

Moderador: **Carlos Ochoa Sangrador.** Unidad de Apoyo a la Investigación. Complejo Asistencial de Zamora

Ponentes:

- **Investigación Colaborativa en Atención Primaria.**
Luis García Ortiz.
Médico de Familia del Centro de Salud La Alamedilla de Salamanca y Responsable de la Unidad de Investigación.
- **Investigación Colaborativa en Atención Hospitalaria.**
Marta Calvo Sánchez.
Facultativa Especialista en Aparato Digestivo. Complejo Asistencial de Segovia. Grupo Español Mujeres Hepatologas (GEMHEP).
- **Investigación Colaborativa en Enfermería.**
José Ignacio Recio Rodríguez.
Doctor en Biociencias. Enfermero. Nutricionista. Investigador del Grupo REDIAPP y del IBSAL.

11:45-12:00h Pausa

12:00-14:00h

- **Talleres Simultáneos A:**

I – Elaboración de resúmenes científicos. Claves de la Comunicación Científica

Carlos Ochoa Sangrador

Unidad de Apoyo a la Investigación. Complejo Asistencial de Zamora

II – Listas Guía (EQUATOR). Herramientas de Ayuda a la Publicación.

José Luis Pardal Refoyo

Director de la Revista ORL. Complejo Asistencial de Zamora

14:00-15:00h

- **Sesión de Comunicaciones A (Salón de Actos)**

15:00-16:00h Descanso

Tarde

16:00-17:00h

- **Sesión de Comunicaciones B (Salón de Actos)**

17:00-19:00h

- **Talleres Simultáneos B:**

III – Taller de Consulta y Petición de Artículos On-line.

Beatriz Muñoz Martín

Bibliotecaria Documentalista. Complejo Asistencial de Zamora

IV – Taller de Investigación Cualitativa.

M^a Carmen Villar Bustos

Grupo de Investigación en Enfermería. Complejo Asistencial de Zamora

19:00-19:30h Clausura (Salón de Actos)

RESÚMENES

SESIÓN DE COMUNICACIONES A

1. Cuando los médicos residentes son agredidos.

Morforte Porto JA, San Román Uría A, Puerta Rodríguez S, Sevillano Benito I, Núñez Morales N, Gómez-Coronado Suárez de Venegas N.

Servicios de Psiquiatría del Complejo Asistencial de Zamora, H.C.U. de Valladolid, H.U. 12 Octubre de Madrid, C.A. de Ávila, H.U. de Álava y H.U. Virgen del Rocío de Sevilla.

Introducción. El problema de la violencia (amenazas, intimidación, agresiones físicas...), hacia médicos residentes en su periodo de formación no es nuevo, siendo más prevalente entre residentes de psiquiatría y en los servicios de urgencia. Algunas revisiones sistemáticas señalan una prevalencia de agresiones físicas en residentes del 38% en cirugía, 26% en medicina de urgencia, 16% a 40% en medicina interna, 5% a 9% en pediatría y 25% a 64% en psiquiatría.

Objetivos. Determinar la prevalencia y características epidemiológicas de las agresiones experimentadas por médicos residentes españoles, así como los sentimientos y sensaciones que éstas les provocaban.

Material y método. Se desarrolló una encuesta a través de una plataforma “web” para distribuirla a los médicos internos residentes españoles de psiquiatría y otras especialidades. La encuesta incluía preguntas en relación a si alguna vez habían sido agredidos (física, verbalmente, ambas), cuántas veces, el año/s de la residencia en el que tuvieron lugar, si existía en su hospital algún protocolo contra agresiones al personal facultativo, y si esta última es afirmativa, si incluía una sección específica para residentes Asimismo, se preguntaba sobre las sensaciones que tuvieron después del episodio (miedo, impotencia, ansiedad...).

Resultados. Se recogieron en la encuesta “web” 282 respuestas. El 68,5% eran mujeres. Un 87% se encontraban en el rango de 24-30 años. El 12,9% había sido agredido al menos una vez durante su periodo formativo. Entre estos, el 67,1% sufrieron una única agresión, el 18,8% dos y el 4,7% tres. En el 46% de las veces la agresión se produjo cuando estaban de guardia. Un 25,7% son residentes de psiquiatría, un 44,4% residentes de otras especialidades médicas, y un 8,3% de especialidades quirúrgicas. El 51,5% de las agresiones ocurren durante el primer año de residencia. Las sensaciones que tuvieron después del episodio fueron impotencia (70%), ansiedad (30%), miedo (25%), y un 12% pensó abandonar la residencia.

Conclusiones. El 12,9% de los residentes encuestados habían sido agredidos físicamente al menos una vez durante su periodo formativo. Necesidad de proteger la seguridad de los residentes y apoyar a aquellos que han sido víctimas de una agresión

2. Delirium como demanda de interconsulta psicogerátrica en el CAZA.

Morforte Porto JA, Llanes Álvarez C, San Román Uría A.

Servicios de Psiquiatría del Complejo Asistencial de Zamora y del H.C.U. de Valladolid.

Introducción. El delirium tiene una frecuencia de aparición entre el 10-56% de los pacientes mayores hospitalizados, con una etiología multifactorial resultado de la interacción de factores de vulnerabilidad y precipitantes, y se asocia con una mayor morbilidad/mortalidad, aumento de días de estancia hospitalaria e incremento de costes sanitarios, siendo predictor de institucionalización y rehospitalización.

Objetivos. Determinar la comorbilidad psiquiátrica y las diferencias de género en el paciente mayor diagnosticado de *delirium* atendido por la interconsulta psiquiátrica.

Material y método. *Población:* Estudio sobre 274 pacientes diagnosticados de *delirium* según criterios CIE-10 con una edad igual o superior a 65 años. *Material:* Variables sociodemográficas (edad, sexo, lugar de residencia, con quién vive). Variables clínicas (consumo de tóxicos y su tipo, patología somática motivo de ingreso, motivo de consulta, antecedentes psiquiátricos, diagnóstico psiquiátrico asociado). *Método:* Diseño del estudio: Estudio epidemiológico prospectivo sobre 274 pacientes diagnosticados de *delirium* (≥ 65 años) del total de las 906 interconsultas solicitadas desde el 1 de enero de 2012 hasta el 31 de diciembre de 2014. Método estadístico: Descriptivo (tablas de frecuencias, medias...) e inferencial (chi cuadrado).

Consideraciones bioéticas: El estudio cumple los principios de justicia, no-maleficencia, autonomía y beneficencia.

Resultados. La edad media es 81,2 años, mujeres el 46%, residen en medio rural el 63,9% de la muestra. Un 5,5% reconocía consumo de tóxicos, sobre todo varones ($p < 0,009$). Las patologías somáticas que motivan más frecuentemente el ingreso son la respiratoria (19,7%), infecciosa (14,2%) y cardiovascular (13,1%). Los motivos de consulta más frecuentes fueron las alteraciones de conducta, la desorientación y la presencia de síntomas psicóticos, sin que existan diferencias de género. El 31,4% tenían antecedentes de demencia/delirium. Desde la interconsulta, los diagnósticos asociados más prevalentes tanto en varones como en mujeres fueron la demencia, y en mujeres, los cuadros depresivos y de ansiedad ($p < 0,000$).

Conclusiones. El delirium sigue siendo un problema importante y frecuente debiendo ser activos en su reconocimiento precoz, en el análisis de los factores predisponentes y precipitantes, así como en el establecimiento de medidas de prevención en el anciano de riesgo, para poder reducir los efectos negativos que este cuadro clínico implica.

3. La comunicación como instrumento clave en la adherencia al tratamiento logopédico en el paciente con patología vocal.

Temprano Peñín MS, Hernández Flores F, Lobo Fernández F.

Hospital Virgen de la Concha (Complejo Asistencial de Zamora) y Centro de Salud Puerta Nueva.

Introducción: La comunicación con el paciente es una herramienta terapéutica en términos de salud que todo profesional sanitario debe preparar para poder realizar sus competencias centradas en el paciente. Los pacientes de voz deben adquirir técnicas y cambiar hábitos de higiene vocal, por lo que es necesaria la empatía con ellos para mejorar su salud vocal.

Objetivos: Conocer las necesidades de comunicación e información en el paciente de voz. Conocer los objetivos de la comunicación diferenciados por factores socioculturales y factores biomédicos.

Metodología: Es una investigación transversal y descriptiva. Se utiliza el Cuestionario sobre Necesidades de Comunicación e Información de la Universidad Autónoma de Barcelona (Navarro, Limonero, Maté, & Gómez-Romero, 2010), que evalúa la frecuencia y la importancia en 15 situaciones comunicativas, adaptado a la relación logopeda-paciente. Se realiza en los pacientes de voz que acuden a la Consulta de Logopedia del Complejo Asistencial de Zamora en los meses de noviembre y diciembre de 2015.

Resultados: Se trata de una muestra de 48 sujetos con patología vocal, siendo el 54,17% mujeres y el 45,83% hombres. La patología vocal más frecuente son nódulos en un 27,08% de la muestra total. El logopeda les resuelve todas sus dudas "casi siempre" en el 43,75% y "siempre" en el 29,17% de los casos. Entre las situaciones que consideran más importantes se destaca que "el logopeda se preocupa por que haya comprendido la información dada" y "resuelve todas mis dudas". Los pacientes con patología vocal de la muestra estudiada preguntan con libertad sobre su enfermedad, se sienten escuchados y el logopeda les proporciona confianza. Se puede mejorar la comprensión de la información dada y hacerles partícipes de las decisiones de su tratamiento. y conclusiones.

Conclusiones: Podemos decir que es destacable y sirve para una reflexión posterior una posible mejora en aspectos comunicativos del orden de: Entender sus emociones. Permitir expresar sus emociones. Preocuparse por su estado de ánimo. Existen aspectos informativos que también pueden mejorar como: Asegurarse de que ha comprendido la información dada. Informarles sobre su enfermedad con otros tipos de información aparte de la información oral.

4. Logopedia y Enfermedad de Parkinson.

Temprano Peñín MS, Hernández Flores F, Lobo Fernández F.

Hospital Virgen de la Concha (Complejo Asistencial de Zamora) y Centro de Salud Puerta Nueva.

Introducción: En la Enfermedad de Parkinson (EP) está afectado el sistema extrapiramidal quien regula el tono muscular. La emisión de la voz y de la palabra implica un acto motor y una acción sincrónica neuromuscular. En la EP las cualidades de la voz, la articulación y el ritmo de habla se hallan distorsionados por la ausencia de sinergia entre órganos respiratorios, fonatorios y de articulación. La logopedia puede ayudar a mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

Objetivos: Realizar una intervención logopédica en la EP a partir del estudio de un caso. Corregir y atenuar problemas de voz y habla secundarios a la enfermedad. Toma de conciencia de los ejercicios y generalizar lo aprendido. Mejorar la respiración, motricidad bucolingüofacial, la coordinación fonorespiratoria y voz. Orientar a la familia.

Metodología: Es un estudio de un caso con disartria e hipofonía secundaria a EP. Se realiza la entrevista logopédica para recoger los datos generales, descripción y evolución de la enfermedad, informes y análisis funcional de los sistemas implicados en la producción de la voz y el habla. Se trata a un paciente varón que acude a la Consulta de Logopedia del Complejo Asistencial de Zamora desde julio de 2015 una vez a la semana hasta diciembre de 2015.

Resultados: Paciente colaborador de 66 años con EP de 10 años de evolución. En la exploración logopédica se objetiva una respiración costal superior, bucal, frecuente, superficial, descoordinada con la fonación, capacidad vital y tiempos respiratorios y fonatorios disminuidos. Tensión muscular generalizada y localizada en cuello y cara. Las praxias y mímica bucolingüofacial son realizadas con lentitud en los movimientos. La articulación de palabras y frases es relajada. La voz es hipofónica, soplada y se debilita a lo largo de la emisión vocal, intensidad y resonancia oral disminuidas, sin inflexiones y monótona. Conserva el lenguaje. No disfagia. Escritura temblorosa.

Conclusiones: Tras realizar el plan de intervención el paciente adquiere competencia respiratoria y fonatoria, además de mejorar la articulación y entonación. Debe continuar realizando los ejercicios en casa de forma habitual además de contar con la colaboración familiar.

5. Etiología bacteriana de la otitis media aguda: Impacto de la vacunación antineumocócica universal.

Ramírez de Ocariz Landaberea I, Brezmes Valdivieso MF, Albert Hernández M, Lorenzo Vidal B, Rodríguez Hernández J.

Servicio de Microbiología, Hospital Virgen de la Concha (Complejo Asistencial de Zamora).

Introducción: La otitis media aguda (OMA) en la infancia es una de las enfermedades más frecuentes y la principal causa de prescripción de antibióticos en los países desarrollados. Los principales microorganismos implicados antes de la introducción de la vacuna antineumocócica eran *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pyogenes*, *Staphylococcus aureus* y *Moraxella catarrhalis*. Desde la introducción de la vacuna antineumocócica conjugada, la microbiología y epidemiología de esta infección se ha modificado.

Objetivo: Estudiar la etiología bacteriana de la OMA en niños menores de 6 años y ver la influencia de la vacunación antineumocócica en nuestro medio.

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo de los microorganismos aislados de exudados óticos en pacientes con edad entre 0 y 5 años durante el periodo comprendido desde el 1 de enero 2008 y el 31 de octubre 2017. Se compararon dos periodos: 2008-2012 y 2013-2017.

Resultados: De un total de 253 exudados óticos procesados 140 (55,33%; IC95%: 49 a 61,6%) fueron positivos. Los 113 restantes se catalogaron negativos, bien por la ausencia de crecimiento bacteriano o por la presencia de microbiota epitelial del oído. Los 140 exudados positivos correspondían a 93 pacientes (47 hombres y 46 mujeres) de edad media 2,13 años. Se aislaron *H. influenzae* 37,86% (53/140), *S. pyogenes* 17,86% (25/140), *S. pneumoniae* 17,14% (24/140), *M. catarrhalis* 2,85% (4/140), *S. aureus* 14,28% (20/140), *Pseudomonas aeruginosa* 7,85% (11/140), enterobacterias 5% (7/140) y *Turicella otitidis* 1,42% (2/140). Se

identificó más de un microorganismo en el 5,71% (8/140) de los casos, siendo *S. pneumoniae* y *H. influenzae* la asociación más frecuente. Por periodos (2008-2012 y 2013-2017), se observó un descenso del porcentaje de aislamientos de *S. pneumoniae* (22,97% a 9,72%; $p=0,0303$) y un aumento de *H. influenzae* (28,37% a 44,44%; $p=0,0405$) y de *S. pyogenes* (12,16% a 22,22%; $p=0,104$) del primer al segundo periodo. Por edades, se objetivó un aumento progresivo de casos por *S. pyogenes* en relación directa con la edad (5% en menores de 1 año, 25% en niños de 5 años; $p=0,0572$).

Conclusiones: En nuestro medio *H. influenzae* representa la bacteria más frecuentemente aislada. Esto permite considerar a *H. influenzae* como uno de los principales patógenos responsables de la OMA. *S. pyogenes* es una causa frecuente de la OMA en la infancia y su incidencia aumenta en relación directa con la edad. *S. pneumoniae* ha sido desplazado por *H. influenzae* y *S. pyogenes* en la etiología de la OMA, probablemente debido a la vacunación antineumocócica.

SESIÓN DE COMUNICACIONES B

1. Prevalencia de la Obesidad Abdominal y de la Hipertensión en la Infancia.

Ochoa Sangrador C y Grupo de Pediatras de Atención Primaria y Hospitalaria de Zamora.
Servicio de Pediatría del Complejo Asistencial de Zamora y Centros de Salud de Atención Primaria de Zamora.

Objetivos: Estimar la prevalencia de obesidad abdominal en la infancia usando el índice cintura-talla (ICT) y la agrupación de criterios de riesgo de síndrome metabólico (dislipemia, hipertensión arterial, resistencia a insulina). Estimar la utilidad predictiva ICT para agrupación de criterios de síndrome metabólico.

Diseño: Estudio transversal.

Ámbito de estudio: Área de salud de Zamora.

Población de estudio: Niños mayores de 4 años y menores de 14 que acuden a revisión pediátrica en los centros de salud de Zamora.

Muestra de estudio: 5000 niños.

Instrumentación: Medición somatométrica (peso, talla, índice de masa corporal [IMC], perímetro de cintura, ICT), presión arterial, diagnósticos previos. En niños mayores de 4 años con $ICT \geq 0,5$ y/o $IMC >$ percentil 97% (según tablas de Orbegozo), extracción venosa para glucemia, insulina, colesterol total, HDL y LDL colesterol y triglicéridos.

Determinación (Análisis): Prevalencia de obesidad (Criterios Orbegozo e IOTF) y obesidad abdominal ($ICT \geq 0,5$). Prevalencia de agrupación de criterios de síndrome metabólico (criterios IDF) e hiperinsulinismo en niños con obesidad global y/o abdominal. Validez predictiva del ICT como indicador de riesgo de hipertensión y en sujetos con obesidad generalizada como indicador de riesgo cardiovascular.

2. Complicaciones en la Unidad de Recuperación Postanestésica. Conocer para prevenir.

Molero Diez YB, Fuentetaja Sanz F, Ruiz Simón FA, Sanchís Dux R, Cuello Azcárate JJ, Vega Cruz MS.
Servicio de Anestesia. Complejo Asistencial de Zamora.

La labor anestésica no concluye con la finalización del procedimiento quirúrgico, sino que se continúa en la Unidad de Recuperación post-anestésica (URPA), donde ingresan los pacientes sometidos a una intervención quirúrgica con anestesia general, regional o sedación.

Se estima que el riesgo de una complicación posquirúrgica en una URPA es de aproximadamente el 23% de los pacientes atendidos en la misma.

Reconocer una complicación en este tiempo y su manejo inmediato salva vidas y ahorra tiempo y dinero. La probabilidad de que una de estas complicaciones ocurra puede depender del tipo de procedimiento realizado, la técnica anestésica empleada y las comorbilidades previas del paciente.

La falta de actualización y la disparidad de datos sobre la incidencia de complicaciones en las unidades de recuperación anestésica y saber si ésta se puede reducir mediante intervenciones previas intraoperatorias, nos ha hecho diseñar este estudio.

El objetivo principal de este proyecto es describir la incidencia de complicaciones postanestésicas presentadas por los pacientes sometidos a cirugía electiva en el Hospital Virgen de la Concha. Otro objetivo es relacionar las características demográficas (edad, sexo, peso) y el estado físico de los pacientes con las complicaciones postoperatorias y, como último objetivo, identificar si existe asociación entre un determinado tipo de cirugía y una mayor tasa de complicaciones en los enfermos intervenidos.

Se ha planteado un estudio de cohortes prospectivo, con un tamaño muestral mínimo de 273 pacientes intervenidos con cirugía programada en el Hospital Virgen de la Concha. Se incluirán todos aquellos pacientes mayores de 14 años sometidos a cirugía electiva y que presenten algún tipo de complicación postquirúrgica. Se excluirán los enfermos que presenten deterioro cognitivo. La recogida de datos se iniciará en febrero de 2018. Se ha diseñado un cuestionario para la recogida de datos y su posterior análisis estadístico. Las variables se han reunido en 10 grupos principales: complicaciones cardiovasculares, respiratorias, neurológicas, sangrado, fiebre, dolor, retención urinaria, cefalea, fallecimiento y otros.

3. Evolución de la sensibilidad a antibióticos de las bacterias más relevantes aisladas en 2010 y en 2015 en el Área de Salud de Zamora.

Brezmes Valdivieso MF, Ramírez de Ocariz Landaberea I, Lorenzo Vidal B, Rodríguez Hernández J, Albert Hernández M, López-Urrutia Lorente L, Ochoa Sangrador C.

Servicio de Microbiología y Unidad de Apoyo a la Investigación, Hospital Virgen de la Concha (Complejo Asistencial de Zamora).

Justificación y Objetivos: Los informes de sensibilidad son imprescindibles para el establecimiento de guías locales de tratamiento empírico y para el seguimiento de la evolución temporal de las tendencias de sensibilidad, siendo uno de los pilares de los programas de optimización del uso de antibióticos (PROA). Nuestro objetivo es comparar la sensibilidad a los antibióticos de primera línea de los patógenos más relevantes aislados en 2010 y en 2015.

Material y métodos: Se analizaron los datos de sensibilidad de los microorganismos aislados en 2015. Se consideraron exclusivamente aislamientos validados de muestras para diagnóstico clínico y se excluyeron duplicados (primer aislado de una especie por paciente). La sensibilidad se interpretó siguiendo los criterios del Clinical and Laboratory Standards Institute (CLSI 2015). Se compararon los resultados con los de 2010.

Resultados: Presentamos los datos de sensibilidad expresados en % de cepas sensibles de 2010/2015, referidos a *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Staphylococcus aureus*, *Enterococcus spp* y *Acinetobacter baumannii*:

E. coli (total cepas 2010/2015:1881/2003): desciende significativamente la sensibilidad a cefalosporinas de 3^o y 4^a generación (cefotaxima: 90,3%/86,3%; cefepime 92,2%/87%) y a ciprofloxacino 62,7%/57,2%. Desciende ligeramente a ampicilina 35,4%/34,2% y amoxicilina-clavulánico 68,3%/66,5%. Se mantiene a piperacilina-tazobactam 84%/84,2%, carbapenems (ertapenem *NP [no probado] /99,8% e imipenem 100%/99,9%) y gentamicina 88,9%/88%

K. pneumoniae (218/282): importante descenso del porcentaje de cepas sensibles a amoxicilina-clavulánico 83,6%/74,8%, piperacilina-tazobactam 81,6%/68,6% y en menor medida a ciprofloxacino 78,6%/74,1% y gentamicina 96,1%/94,7%. Desciende ligeramente el porcentaje de cepas sensibles a cefalosporinas de 3^o y 4^a generación (cefotaxima: 81,4%/81,6% y cefepime 81,4 %/82,6%). Destaca, a pesar de ser ligero, el descenso de sensibilidad a carbapenems (ertapenem *NP/97,9% e imipenem 99,6 %/98,6%) por deberse a la producción de carbapenemasas, previamente ausentes en nuestro medio.

P. aeruginosa (473/277): desciende significativamente la sensibilidad a carbapenems (imipenem 82,2%/68,5% y meropenem 84,1%/72,7%) y a tobramicina 81,0%/76,1%. Mejora la sensibilidad a cefepime 72,9%/85,5%, aztreonam 55,9%/63,4%, ciprofloxacino 54,1%/58,5% y ceftazidima 77,6%/79,8%. Se mantiene piperacilina-tazobactam 77,3%/73,2%.

A. baumannii (57/18): mejora ostensiblemente la sensibilidad a ampicilina-sulbactam 26,2%/77,8%, ceftazidima 19,3%/45%, imipenem 36,8%/44,4% y levofloxacin 9,5%/44,4%. Se mantiene a colistina 100%/100% y tobramicina 94,7%/94,4%. Desciende a minociclina (66,7%/55,6%).

S. aureus (618/462): incremento del porcentaje de cepas sensibles a oxacilina 63,7%/70,6%, penicilina 9,7%/14,9%, levofloxacin 60,6%/67,7%, cotrimoxazol 97,4%/99,1% y eritromicina 68,4%/69,7%. Persiste excelente sensibilidad a glucopéptidos (vancomicina 99,5%/100% y teicoplanina 100%/100%), linezolid 99,8%/100%, tigeciclina 100%/100%, daptomicina *NP/100% y rifampicina 98,7%/99,6%. Permanece igual a clindamicina 87,2%/87%.

Enterococcus faecalis (620/381): mantiene excelente sensibilidad a ampicilina 99%/99,2%, glucopéptidos (vancomicina 100%/100% y teicoplanina 100%/100%) y linezolid 96,8%/98,7%. Se mantiene baja la sensibilidad a alto nivel de estreptomina 47,7%/55,1 y de gentamicina 53,5%/44,9%.

Enterococcus faecium: (98/129): mantiene muy baja sensibilidad a ampicilina 12 %/5,5%. Gran descenso de las cepas sensibles a glucopéptidos (vancomicina y teicoplanina 100%/69,8% y 100%/70,3%) y a alto nivel de estreptomina 12,4%/6,3 y de gentamicina 80,4%/65,1%. Desciende la sensibilidad a linezolid 99,8%/94,6%. Excelente sensibilidad a tigeciclina *NP/100% y aceptable a daptomicina *NP/87,5%.

Conclusiones: En estos cinco años se constata un importante descenso de sensibilidad a cefalosporinas de 3ª y 4ª generación y ciprofloxacino en *E. coli*; a las asociaciones de penicilinas con inhibidores de betalactamasa y así como a la aparición de carbapenemasas en *K. pneumoniae*; Un importante descenso de la sensibilidad a carbapenems en *P. aeruginosa* y la fuerte emergencia de *E. faecium* resistente a glucopéptidos. Aunque permanecen bajos, mejoran ostensiblemente los niveles de sensibilidad de *S. aureus* a oxacilina y de *A. baumannii* a ampicilina-sulbactam e imipenem. En 2015, numerosas combinaciones de especie bacteriana-antimicrobiano presentan % de sensibilidad inferiores el 80%, nivel mínimo requerido para recomendarlo empíricamente.