



Complejo Asistencial
de Zamora

NUEVO HOSPITAL

Órgano de difusión del Complejo Asistencial de Zamora

Febrero 2019; Vol. XV (1 Extraordinario)

Versión digital ISSN:1578-7516

V Jornadas de Investigación

Gerencia de Asistencia Sanitaria de Zamora



*La investigación
paso a paso*

Resúmenes

Zamora, 22 de noviembre de 2018

NUEVO HOSPITAL

Dirección

Nicolás Alberto Cruz Guerra

Secretaria

Beatriz Muñoz Martín

Comité Editorial

M^a Concepción Badillo Santa Teresa
Mar Burgoa Arenales
Juan Carlos García Vázquez
Jesús Pinto Blázquez
Elvira Santos Pérez
Roberto Domingo Tabernero Rico
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)

Maquetación:
Beatriz Muñoz Martín

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

Correo electrónico :
revistanuevohospital.hvcn@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.

Bajo el título *La investigación paso a paso*, la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Zamora (GASZA) celebró el día 22 de noviembre de 2018, jueves, en el salón de actos del Hospital Virgen de la Concha, las V Jornadas de Investigación de GASZA, coordinadas y organizadas por la Comisión de Investigación y Biblioteca y por la Unidad de Formación de la Gerencia de Atención Hospitalaria.

Cien profesionales de la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Zamora y cincuenta y tres alumnos de cuarto curso de la Escuela de Grado de Enfermería se dieron cita entorno a los trabajos de investigación presentados por los profesionales del Área de Salud de Zamora.

El objetivo principal de esta Jornada fue mejorar los conocimientos y actitudes de los profesionales sanitarios en relación con la investigación y la publicación científica.

El acto fue inaugurado por Dña. Ruth Fernández Aladren, Directora Médica del Complejo Asistencial de Zamora.

Contó con dos mesas redondas, una de mañana y otra de tarde, con los títulos “la edición científica” y “la investigación paso a paso” respectivamente. En la primera, profesionales sanitarios vinculados al mundo editorial, trataron temas relacionados con la publicación científica y la ciencia abierta. En la segunda mesa, expertos en metodología científica expusieron diferentes visiones sobre la investigación cualitativa y cuantitativa. Completaron las Jornadas dos sesiones de comunicaciones libres para la exposición de trabajos científicos realizados en Atención Primaria y Hospitalaria y otra sesión para la exposición de los Trabajos de Fin de Grado de los estudiantes de la Escuela de Grado de Enfermería y de la Facultad de Medicina de Salamanca.

Se otorgó el premio a la mejor comunicación libre presentada al trabajo titulado “*Nuestra propuesta de inversión de la pirámide*”, defendido por Dña. Mónica Catalina Coello del Servicio de Obstetricia y Ginecología. Dña. Diana Monge Donaire, MIR del Servicio de Medicina Intensiva, recibió el Accésit con la comunicación “*Estudio de donante potencial en el Servicio de Medicina Intensiva del Complejo Asistencial de Zamora*”.

La clausura corrió a cargo del Presidente del Comité Científico, D. José M^a Martínez Sánchez.

Como novedad, durante la semana, se celebraron tres talleres relacionados con la investigación y su metodología:

Lunes 19 de noviembre. “*Investigación Clínica: aspectos éticos y legales*” impartido por las Dra. Teresa de Portugal, Presidente del Comité de Ética de la Investigación con medicamento (CEIm) de Zamora y Especialista en Oncología Médica del Complejo Asistencial de Zamora, y la Dra. Inés Galende Domínguez, experto-evaluador de proyectos de investigación y Jefe de Área de Bioética y Derecho Sanitario de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid

- Martes 20: “*Citas y gestores de referencias*”. Impartido por Dña. Beatriz Muñoz Martín, Bibliotecaria Documentalista de GASZA, Especialista en Organización y Gestión de la Información Documental.

- Miércoles 21: “*¿Qué sabemos sobre la vida de nuestro artículo científico*”, impartido por el Dr. José Enrique Alfonso Manzanet, Jefe del Departamento de Revistas Médicas y Coordinador General de la Red SciELO en Cuba.

Al final de este número extraordinario, incluimos la estadística proporcionada por la Supervisora de Formación y Calidad, Dña. Yolanda Martín Vaquero, miembro del Comité Organizador de las V Jornadas.

Comisión de Investigación y Biblioteca
Coordinadora de las Jornadas

Dirigido a: Todos los profesionales de la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Zamora y a estudiantes de 4º curso de Grado de Enfermería.

Coordinación de la Jornada:

Comisión de Investigación y Biblioteca de la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Zamora.

Comité de Honor:

D. Francisco J. Montes Villameriel. Gerente de Asistencia Sanitaria de Zamora

Dña. Ruth Fernández Aladren. Directora Médica del Complejo Asistencial de Zamora

Dña. M^a Ángeles Álvarez Mariño. Directora Médica de Atención Primaria de Zamora

Dña. M^a Montserrat Chimento Viñas. Subdirectora Médica del Complejo Asistencial de Zamora

Dña. Ana Belén Báez Marín. Directora de Enfermería del Complejo Asistencial de Zamora

D. Manuel Fraile Martínez. Director de Enfermería de Atención Primaria de Zamora

Dña. Magdalena Sánchez Miguel. Directora de Enfermería del Hospital de Benavente

D. Arsenio Tamerón Nieto. Subdirector de Enfermería del Complejo Asistencial de Zamora

Dña. M^a José Feroso Palmero. Directora de la Escuela de Grado de Enfermería de Zamora

Comité Organizador y secretaría técnica:

Unidad de Formación. Gerencia de Atención Hospitalaria de Zamora.

Comité Científico:

Comisión de Investigación y Biblioteca:

Presidente: D. José M^a Martínez Sánchez

Secretaria: Dña. Beatriz Muñoz Martín

Vocales:

Dña. Teresa Bordel Gómez

Dña. M^a José Feroso Palmero

Dña. Azucena González Sanz

Dña. Candelas Isidro Marcos

Dña. Ruth López González

D. Jesús Mateos Rodríguez

Dña. Teresa de Portugal Fernández del Rivero

D. Francisco A. Ruíz Simón

PROGRAMA CIENTÍFICO

Mañana

09:00-09:30. Recepción y entrega de documentación.

09:30-09:45. Inauguración de la Jornada.

- Dña. Ruth Fernández Aladren, Directora Médica del Complejo Asistencial de Zamora.
- D. Jesús Mateos Rodríguez. Presidente de la Comisión de Investigación y Biblioteca

09:45-11:45. Mesa Redonda: “La edición científica”.

Moderan: Dña. Beatriz Muñoz Martín, Bibliotecaria Documentalista y D. Jesús Mateos Rodríguez, Médico de Familia.

- REVISTA NUEVO HOSPITAL. EVOLUCIÓN 2001-18.
D. Nicolás A. Cruz Guerra. Director de la revista Nuevo Hospital.
- LA REVISTA ORL EN EL ECOSISTEMA DE LA CIENCIA ABIERTA.
D. José Luis Pardal Refoyo. Director de Revista ORL.
- INVESTIGACIÓN SANITARIA: NIVEL CERO.
D. Martín Vargas Aragón. Codirector de la revista Rehabilitación Psicosocial.
- SCIELO FRENTE AL DESAFÍO DE LA CIENCIA ABIERTA.
D. José Enrique Alfonso Manzanet. Jefe del Departamento de Revistas Médicas y Coordinador General de la Red SciELO en Cuba.

11:45-12:15. Pausa.

12:15-13:15. 1ª Sesión de comunicaciones libres.

Moderan: Dña. Teresa de Portugal, LEA de Oncología Médica y Dña. Azucena González Sanz, enfermera.

1. ¿SON EFECTIVAS LAS TERAPIAS NO FARMACOLÓGICAS EN EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER?

Antonio Jesús García Bernal, María Esteban Santos, Margarita Sogo Pérez, Eva Yañez Absolon, Silvia Coco Aguado.

2. CLASIFICACIONES DE LA VÍA AÉREA E INTUBACIÓN DIFÍCIL. ¿MÁS ES MEJOR?

Miguelina Eugenia Michel Tactuk, Francisco Antonio Ruiz Simón, Raquel Sanchis Dux, Yaiza Beatriz Molero Díez, Jesús Javier Cuello Azcárate, M^a Soledad Vega Cruz.

3. GESTION DE LA DEMANDA EN ATENCIÓN PRIMARIA.

Teresa Quijada Gil, Emilia Calvo Manzano, M^a Jesús Fermoselle-Martín, M^a Dolores Martínez-Morejón, Carmen Sánchez-Martín, Jesús Olmo Llamazares.

4. TRASTORNO POR USO DE ALCOHOL Y CONDUCTA AUTOLITICA EN EL ANCIANO.

Jesús Ángel Monforte Porto, Concepción Gelado Matellán.

5. CONSULTA DE REPRODUCCIÓN EN HOSPITAL VIRGEN DE LA CONCHA ZAMORA.

Inmaculada Herrador García, Ana Álvarez Blanco, Raquel Vázquez González, Mónica Catalina Coello, Beatriz Gómez Rodríguez, Paloma Ramos Nogueiras.

6. ANÁLISIS SOBRE RELAJACIÓN Y TIEMPO DE REGISTRO EN ELECTROENCEFALOGRAFÍA.

Ana Belén Fincias del Río.

7. MANEJO DEL DOLOR POSTOPERATORIO DE LA AMIGDALECTOMÍA EN ADULTOS EN EL COMPLEJO ASISTENCIAL DE ZAMORA.

Yaiza Beatriz Molero Díez, Francisco Antonio Ruiz Simón, Raquel Sanchis Dux, Miguelina Eugenia Michel Tactuk, Jesús Javier Cuello Azcárate, Roberto Julián González.

13:15-14:00. Sesión de TFG.

Moderan: Dña. Beatriz Muñoz Martín, Bibliotecaria Documentalista.

1. VALORACIÓN DEL CONOCIMIENTO SOBRE PRIMEROS AUXILIOS DE LOS DOCENTES DE UN CENTRO EDUCATIVO DE LA PROVINCIA DE ZAMORA.

Rebeca Caña Plata. Graduada en Enfermería. Tutora: M^a Ángeles Álvarez Mariño.

2. DIFERENCIAS EN LA PERCEPCIÓN HACIA LAS ENFERMEDADES

PSIQUIÁTRICAS EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS.

Carlos Aldasaro Frías. Graduado en Medicina. Tutor: Dr. Luis Caballero.

3. FÁRMACOS QUE PROLONGAN EL INTERVALO QT, UNA VISIÓN ENFERMERA DE LA SEGURIDAD EN EL PACIENTE.

Verónica Domínguez Fernández. Graduada en Enfermería. Tutor: Alfonso Díaz Madero.

4. CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y MOLECULAR DEL CÁNCER DE COLON Y RECTO EN PERSONAS JÓVENES.

Miguel Pérez Martín. Graduado en Medicina por la USAL. Tutor: Rogelio González Sarmiento.

5. ADHERENCIA DIETÉTICA DE LOS PACIENTES EN HEMODIÁLISIS.

Cristian Bernardo Rodríguez Graduado en Enfermería. Tutora: María del Carmen Hernández Palacios.

6. PARTICIPACIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES MEDIANTE EL USO DE PREBIÓTICOS Y PROBIÓTICOS.

Raquel Sánchez. Graduada en Enfermería. Tutora: Míriam Albert Hernández.

7. INCIDENCIA EN LA FAMILIA DE LOS FACTORES PRECIPITANTES DE LA ESQUIZOFRENIA PARANOIDE. PROYECTO DE INVESTIGACIÓN.

Raquel Alonso González. Graduada en Enfermería. Tutora: M^a Ángeles Álvarez Mariño.

M^a Soledad Temprano Peñín, Fernando Hernández Flores, M^a Dora Herrero Duque, Federico Lobo Fernández, Alberto-Javier Fidalgo Pombero, M^a Eugenia Pascual Pérez.

3. NUESTRA PROPUESTA DE "INVERSIÓN DE LA PIRAMIDE".

Mónica Catalina Coello, Ana Álvarez Blanco, Inmaculada Herrador García, Raquel Vázquez González, María Carrillo Sánchez, Paloma Ramos Nogueiras.

4. CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE ENTRE LOS PROFESIONALES DE UN HOSPITAL.

M^a Lorena Folgado Temprano, Juan José Berrocal Fernández, M^a Dolores Carrión Pérez, Yolanda Martín Vaquero, Ana Belén Báez Marín, Beatriz Muñoz Martín.

5. IMPLANTACIÓN DE LA RECORTADORA ELÉCTRICA EN LA ELIMINACIÓN DEL VELLO EN LA U. DE CIRUGÍA.

Laura Pérez Rodríguez, Sila López Macías, M^a Soledad Martínez Sáez, Ana Belén Báez Marín, Yolanda Martín Vaquero

6. PREMIOS JOSÉ MARÍA SEGOVIA DE ARANA: UNA OPORTUNIDAD LABORAL AL TÉRMINO DE LA RESIDENCIA.

Carlos Llanes Álvarez, M^a Teresa Pastor Hidalgo, Ana Isabel Álvarez Navares, Jesús A. Monforte Porto, Jesús M^a Andrés del Llano, Manuel A. Franco Martín.

7. VIDEO-HEAD IMPULSE TEST EN EL DIAGNÓSTICO DEL VÉRTIGO AGUDO.

Enrique Coscarón-Blanco, Soledad Suárez Ortega, María Martín Bailón, Raquel Yáñez González, M^a Cruz Pérez Liedo.

Tarde

16:00-17:00. 2ª Sesión de comunicaciones libres.

Moderan: Dña. Candelas Isidro Marcos, enfermera. D. Francisco A. Ruíz Simón, MIR 5º año Anestesia y Reanimación.

1. ESTUDIO DE DONANTE POTENCIAL EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA DEL COMPLEJO ASISTENCIAL DE ZAMORA.

Diana Monge Donaire, Pablo Cañizares Ortiz, Vega Losada Martínez, Gerardo Ferrigno Bonilla, Nuria Rodrigo Castroviejo, Reyes Beltrán Bernáldez.

2. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE UNA SERIE HOSPITALARIA DE DOCENTES CON PROBLEMAS DE VOZ.

17:00-17:15. Pausa.

17:15-19:15. Mesa redonda "La investigación paso a paso".

Moderan: Dña. Teresa Bordel Gómez, LEA Oncología Médica y D. José M^a Martínez Sánchez, LEA Psiquiatría

- DE LA PREGUNTA A LA MEMORIA DE INVESTIGACIÓN.

D. Carlos Ochoa Sangrador. Responsable de CERSO (*Clinical Epidemiology Research Support Office*)

- **TRABAJOS EN LA COMUNIDAD.**
Jesús Mateos Rodríguez. Médico de familia, Experto en Promoción de la Salud.
- **INVESTIGACIÓN EN LA CARRERA ACADÉMICA DE ENFERMERÍA: DECÍAMOS AYER... DIREMOS MAÑANA.**
Dña. Dolores Calvo Sánchez. Profesora Titular de Universidad y Directora de Gabinete (Vicerrectora) de la USAL.
- **LA INVESTIGACIÓN DESDE EL GRADO DE ENFERMERÍA HASTA LA ESPECIALIZACIÓN.**
D. Sergio Romero González. Enfermero Especialista en Obstetricia y Ginecología (Matrona).

19:15-19:30. Entrega del reconocimiento a la mejor comunicación oral libre.

19:30-20:00. Clausura de las Jornadas.

RESÚMENES

1ª Sesión de comunicaciones libres (mañana):

1. ¿SON EFECTIVAS LAS TERAPIAS NO FARMACOLÓGICAS EN EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER?

Antonio Jesús García Bernal*, **María Esteban Santo***, **Margarita Sogo Pérez***, **Eva Yañez Abszolon***, **Silvia Coco Aguado****.

**DUE. Cuarta planta del Hospital Provincial. Complejo Asistencial de Zamora (España), **TCAE. Centro de día "Ciudad Jardín" perteneciente a AFAZAMORA. Zamora (España)*

Introducción: La enfermedad de Alzheimer (EA) es una enfermedad neurodegenerativa progresiva con alteraciones cognitivas, conductuales y funcionales.

El objetivo de este trabajo es demostrar que tras recibir estimulación cognitiva se producen cambios en la actividad cerebral de enfermos de Alzheimer como consecuencia de su participación en un programa de estimulación denominado "Un, Dos, Tres... A recordar esta vez", basado en el popular programa de televisión "Un, Dos, Tres... Responda otra vez" y recibir estimulación en una sala de estimulación multisensorial (MS) o sala Snoezelen®.

Métodos: Para el estudio de la sala de estimulación multisensorial se ha analizado la actividad EEG de 15 enfermos de Alzheimer (2 hombres y 13 mujeres; edad = 81.40 ± 7.87 años; media \pm desviación estándar).

Las señales EEG fueron registradas en 19 derivaciones del sistema internacional 10-20 (Fp1, Fp2, Fz, F3, F4, F7, F8, Cz, C3, C4, T3, T4, T5, T6, Pz, P3, P4, O1 y O2) con una referencia promedio, mediante un electroencefalógrafo Neurofax JE-921A (Nihon Kohden).

Para el estudio del programa de estimulación Un, Dos, Tres... se ha analizado la actividad EEG de 11 enfermos de Alzheimer (4 hombres y 7 mujeres; edad = 81.18 ± 5.85 años; media \pm desviación estándar).

Las señales EEG fueron registradas con las mismas características que en el estudio anterior.

Resultados: En el estudio de la actividad cerebral de los dos grupos estudiados con métodos derivados de la teoría de grafos muestra que la terapia propuesta provoca cambios significativos en la organización de la red neuronal de los usuarios, que parecen reflejar un procesamiento más eficiente de la información.

Conclusiones: Podemos concluir que el análisis de la actividad EEG con medidas de conectividad muestra que las dos terapias de estimulación provocan beneficios asociados a esta intervención terapéutica.

2. CLASIFICACIONES DE LA VÍA AÉREA E INTUBACIÓN DIFÍCIL. ¿MÁS ES MEJOR?

Miguelina Eugenia Michel Tactuk*, **Francisco Antonio Ruiz Simón***, **Raquel Sanchis Dux***, **Yaiza Beatriz Molero Diez***, **Jesús Javier Cuello Azcárate****, **M^a Soledad Vega Cruz****.

**MIR. Servicio de Anestesiología y Reanimación. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora (España), **LES. Servicio de Anestesiología y Reanimación Complejo Asistencial de Zamora. Zamora (España)*

La vía aérea difícil (VAD) se define como "aquella vía en la que un anestesista entrenado experimenta dificultad para la ventilación con mascarilla facial, dificultad para la intubación orotraqueal (IOT) o ambas". La exploración de la vía aérea del paciente y la predicción de una intubación difícil es uno de los aspectos más importantes de la valoración preanestésica. El fallo en el manejo de la vía aérea es una de las primeras causas de morbi-mortalidad en anestesia; siendo responsable de aproximadamente 600 muertes al año, lo que supone cerca del 30% de las muertes atribuibles a la anestesia.

Existen diferentes métodos de exploración física de la vía aérea que nos pueden alertar de dificultades a la hora de la IOT permitiendo así la toma de medidas preventivas y la posibilidad de disponer de diferentes estrategias de actuación.

Entre las principales escalas de valoración de la vía aérea se encuentran el test de Mallampati-Samsoon-Young, el test de apertura bucal, la distancia tiro-mentoniana o test de Patil-Aldrete y el test de subluxación mandibular. Ninguno de los predictores clásicos de VAD posee una sensibilidad o un valor predictivo positivo absoluto, sino que estas clasificaciones presentan sensibilidades relativamente bajas con alta variabilidad.

El objetivo de este estudio es realizar una comparativa entre los diferentes test de valoración de la vía aérea y la correlación que estos presentan con la dificultad, o no, que dichos pacientes presentaron a la hora de realizar la IOT. De esta manera se demostraría una vez más que una exhaustiva evaluación preanestésica permite disponer por anticipado de estrategias ante una VAD y así reducir la incidencia de complicaciones asociadas a la misma.

Se trata de un estudio de corte transversal, descriptivo y observacional. Los criterios de inclusión en el estudio son pacientes mayores de edad sometidos a cirugía electiva en el Hospital Virgen De la Concha en el periodo comprendido entre noviembre-2018 y febrero-2019. La información se recogerá mediante un formulario estándar que se completará con la información reflejada en la hoja de valoración preanestésica y la incluida en el registro intraoperatorio, procediendo finalmente al análisis estadístico de los datos.

3. GESTION DE LA DEMANDA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Teresa Quijada-Gil*, Emilia Calvo Manzano, M^a Jesús Fermoselle-Martín*, M^a Dolores Martínez-Morejón*, Carmen Sánchez-Martín*, Jesús Olmo Llamazares*.**

**DUE. Centro de Salud Santa Elena. GAP. Zamora. **Médico, Centro de Salud Santa Elena. GAP. Zamora*

Introducción. El desconocimiento de la población sobre el uso adecuado del Sistema Sanitario repercute en el funcionamiento del mismo sobrecargando al profesional sanitario y saturando las consultas de Atención Primaria y por ende la Atención Sanitaria al paciente resulta comprometida.

Métodos. Se establece un protocolo de actuación ante pacientes que acuden al Centro de Salud en horario ordinario de atención, sin cita previa, en los que la mayoría, desde su criterio, demandan atención indemorable. Estos pacientes son citados para valoración inicial por Enfermería, posteriormente, en función de los protocolos establecidos, se derivará al profesional que precise mediante cita urgente o pospondrá la actuación mediante cita programada, favoreciendo así la gestión de las consultas de Atención Primaria

Resultados. Se estima durante el primer cuatrimestre del 2018, de este tipo de consulta, el 64% es derivado al profesional de Medicina y el 36% restante, o bien es resuelto, o es derivado al profesional de referencia mediante cita previa (fuente: MEDORACYL). Esta valoración hace que los pacientes que acuden al Centro de Salud sin cita previa y por motivos que se estime no precisen atención indemorable, acudan de manera organizada a la consulta de su profesional de referencia sin alterar la organización del mismo.

Conclusiones. La atención urgente en el Sistema Sanitario es un término muy subjetivo. La adecuada valoración de los pacientes hace que se mantenga un sistema organizado libre de repercusiones negativas a los demás usuarios y profesionales. Con esto se obtiene una mejora en la gestión y eficiencia de las consultas en Atención Primaria.

4. TRASTORNO POR USO DE ALCOHOL Y CONDUCTA AUTOLITICA EN EL ANCIANO

Jesús Ángel Monforte Porto*, **Concepción Gelado Matellán***.

**LES. Servicio de Psiquiatría. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora (España)*

Introducción: Los trastornos por uso de alcohol constituyen un fenómeno creciente entre los adultos mayores de 60 años y, sin embargo, este hecho sigue infravalorado mal identificado e infradiagnosticado. Se ha descrito cierta variabilidad con respecto a la prevalencia del abuso y dependencia del alcohol en el anciano, oscilando entre el 2% y el 4% respectivamente. Además, el consumo habitual de alcohol es uno de los principales factores de riesgo de morbilidad a nivel global, habiéndose relacionado en la población anciana, entre otros, con un riesgo aumentado de muerte por suicidio, de cardiopatías, deterioro cognitivo y mortalidad.

Objetivos: Determinar las características sociodemográficas y clínicas de las demandas por ideación/intento autolítico en el anciano hospitalizado en servicios médico-quirúrgicos.

Material y métodos: Material: Variables sociodemográficas (edad, sexo) y clínicas (motivo de la petición de interconsulta además de la conducta suicida, tipo de conducta suicida, antecedentes de consumo de tóxicos y tipo de tóxico, diagnóstico psiquiátrico realizado desde la interconsulta). Método: Diseño del estudio: Estudio epidemiológico prospectivo sobre 48 pacientes (≥ 65 años) cuya demanda de interconsulta es por ideación/intento autolítico de las 1046 interconsultas (≥ 65 años) solicitadas desde el 1 de enero de 2012 hasta el 30 de septiembre de 2017. Consideraciones bioéticas: El estudio cumple los principios de justicia, no-maleficencia, autonomía y beneficencia.

Resultados: La edad media fue de 75,90 años, mujeres el 52,1%. Los motivos de consulta más frecuentes, además de la conducta autolítica, fueron el ánimo depresivo (58,3%, $p < 0,000$), la ansiedad (37,5%, $p < 0,000$) y las alteraciones de la conducta (8,3%, $p < 0,169$). El tipo de conducta suicida más frecuente fue la intoxicación medicamentosa ($n=12$), seguido de la precipitación ($n=3$) e ingesta de cáusticos ($n=3$). Los diagnósticos más prevalentes realizados desde la interconsulta fueron los trastornos de ansiedad (60%) y los depresivos (50%). Un 8,3% de los ancianos con conducta autolítica consumía alcohol.

Conclusiones: La prevalencia de trastornos por uso de alcohol en el paciente anciano hospitalizado con conducta autolítica (ideación/intento) es del 8,3%. Necesidad de una adecuada coordinación entre Interconsulta Psiquiátrica, Salud Mental, Atención Primaria y Médicos de Residencias para el adecuado seguimiento de estos pacientes.

5. CONSULTA DE REPRODUCCIÓN EN HOSPITAL VIRGEN DE LA CONCHA ZAMORA

Herrador García Inmaculada*, **Álvarez Blanco Ana****, **Vázquez González Raquel*****, **Catalina Coello Mónica******, **Gómez Rodríguez Beatriz******, **Ramos Nogueiras Paloma*******

MIR 3º año. Servicio de Ginecología y Obstetricia. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora (España), **MIR 4º año. Servicio de Ginecología y Obstetricia. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora (España), *MIR 2º año. Servicio de Ginecología y Obstetricia. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora (España), ****LES. Servicio de Ginecología y Obstetricia. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora (España), *****LES. Jefatura en funciones. Servicio de Ginecología y Obstetricia. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora (España)*

Introducción. La consulta de reproducción del Hospital Virgen de la Concha consta de una consulta, tres días a la semana y estudia la esterilidad e infertilidad, de la pareja o mujeres sin pareja masculina con deseo gestacional. Ofreciendo como tratamiento Inseminación Artificial.

Objetivos: Explicar el funcionamiento de la consulta de reproducción.

Mostrar resultados obtenidos 2013 al 2017 en consulta.

Material y métodos. Estudio retrospectivo de pacientes que han sido sometidas a tratamiento de estimulación ovárica y posterior inseminación. El acceso a la consulta se realiza a través de su MAP, cumpliendo los criterios de acceso según BOE.

El estudio debe incluir Historia familiar, personal y reproductiva de la pareja; exploración ginecológica y ecografía vaginal junto estudio analítico, hormonal y serológico, teniendo en cuenta permeabilidad tubárica, factor masculino y reserva ovárica. Finalizado se seleccionan las pacientes aptas para tratamiento (IAC/IAD) y se derivan a Centro de referencia las subsidiarias a Fecundación In Vitro.

Resultados. Se han realizado 605 estimulaciones ováricas durante 2013/2017, 50% fueron en mujeres mayores de 35 años y el 49,5% menores de 35 años, con una tasa de éxito de embarazo similar (9% vs 10%). La mayoría de las gestaciones las obtuvimos en el primer ciclo (53%) y con un solo folículo (54%). La medicación más usada y con mayor tasa de éxito fue gonadotropina menopáusica humana altamente purificada (49%) y únicamente 7% llevó antagonistas. Se realizaron mayores IAC 99%, frente a 1% IAD pero mayor tasa de éxito IAD (13% vs 37%). Obtuvimos gestación mayoritariamente con un REM de 21-40 millones (33%). La causa más frecuente de Técnicas de Reproducción Asistida fue la Esterilidad de origen desconocido 52% y con mayor tasa de embarazo tras inseminación (48%)

Conclusiones. Número equitativo de pacientes que acuden a la consulta. Causa más frecuente de esterilidad es origen desconocido. Se ha obtenido gestación mayoritariamente en el primer ciclo de estimulación y con un solo folículo. Tratamiento más usado gonadotropina menopáusica humana altamente purificada con poca relevancia de antagonistas. Se realizan más IAC pero más tasa de embarazo IAD. La mayoría de las gestaciones se obtienen con un REM <40 Millones.

5. ANÁLISIS SOBRE RELAJACIÓN Y TIEMPO DE REGISTRO EN ELECTROENCEFALOGRAFÍA.

Ana Belén Fincias del Río.

DUE. Servicio de Neurofisiología. Hospital Provincial. Complejo Asistencial de Zamora.

El electroencefalograma constituye uno de los procedimientos diagnósticos y de control evolutivo más importante dentro de determinadas patologías, como epilepsia, encefalopatías, tumores cerebrales, procesos vasculares, entre otras.

El hecho de hacer un análisis sobre estos dos componentes viene del convencimiento de que ellos integran la base que sustenta la calidad de la técnica. Se asume, por tanto como parte integradora de la práctica enfermera.

Hay criterios comunes dentro de la bibliografía revisada, en cuanto al desarrollo de la misma, como colocación de electrodos, hay coincidencias con la base técnica y un denominador común en todas ellas, que es la relajación necesaria para llevar a cabo el trabajo. Pero hay discrepancias en cuanto al tiempo de registro, las cuales se analizan y se conceptualizan. El objetivo de este trabajo es hacer un análisis sobre los métodos de relajación publicados para esta práctica e interrelacionarlos con la duración del registro.

Métodos: para realizar esta revisión bibliográfica se ha indagado en bases de datos como Lilacs, Scielo, Dialnet y el buscador Google Académico.

A la vez se ha consultado material impreso -libros, revistas, tesis doctoral, registros de conferencias-, avalado por el rigor científico de la disciplina.

Resultados: la duración del registro que prevalece son 20-30 min. La relajación juega una parte importante en todo el proceso, porque permite visualizar la actividad libre de artefactos. Con una relajación natural se evitan sedaciones que interfieren el trazado en forma de artefactos medicamentosos. El modo de conseguirla no se basa en métodos reconocidos, como el entrenamiento autógeno de Schütz, la relajación progresiva de Jacobson, la relajación mental y física de Natalia Bernabéu Morrón... ya que éstos necesitan de un entrenamiento previo, o es necesario la contracción muscular, lo que produciría artefacto muscular y en definitiva esto lo queremos evitar.

Conclusiones: la relajación se apoya en el tiempo, los métodos utilizados para conseguirla parten de la habilidades propias del personal encargado de proporcionar los cuidados, ya que, después de haber creado un clima de confianza es el tiempo el que nos ayuda a conseguir disminución de la ansiedad, relajación, somnolencia y en definitiva un buen registro.

6. MANEJO DEL DOLOR POSTOPERATORIO DE LA AMIGDALECTOMÍA EN ADULTOS EN EL COMPLEJO ASISTENCIAL DE ZAMORA.

Yaiza Beatriz Molero Díez*, **Francisco Antonio Ruiz Simón***, **Raquel Sanchis Dux***, **Miguelina Eugenia Michel Tactuk***, **Jesús Javier Cuello Azcárate*****, **Roberto Julián González*****

*MIR. Servicio de Anestesiología y Reanimación. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora (España) **LES. Jefe de Sección. Servicio de Anestesiología y Reanimación. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora (España), ***LES. Servicio de Anestesiología y Reanimación. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora (España)

Introducción: La amigdalectomía en pacientes mayores de 16 años es relativamente frecuente en nuestro medio. El dolor postoperatorio es de intensidad severa o muy severa. Clásicamente, el control del dolor postoperatorio se ha realizado con paracetamol y fármacos antiinflamatorios. La analgesia controlada por el paciente o analgesia patient-controlled, en inglés, (PCA) es un método sencillo y eficaz para el tratamiento del dolor postquirúrgico.

Objetivo: El objetivo principal de este estudio fue comparar la eficacia analgésica de la PCA de morfina frente a la analgesia con antiinflamatorios en el paciente adulto sometido a amigdalectomía electiva. El objetivo secundario fue analizar la incidencia de efectos secundarios en ambos grupos de trabajo.

Metodología: Se realizó un estudio de cohortes retrospectivo con aquellos pacientes sometidos a cirugía de amígdalas de manera electiva durante los 6 primeros meses del año 2017. Se analizó la escala visual analógica (EVA) a las 24 horas y a las 48 horas del postoperatorio. Se registró la incidencia de efectos adversos. La información fue obtenida de la base de datos de la Unidad de Dolor Agudo de nuestro Hospital. El análisis estadístico se llevó a cabo con el programa informático SPSS®.

Resultados: De enero a junio, se operaron 28 pacientes de amigdalectomía, en 12 ocasiones se empleó analgesia convencional (paracetamol y AINES), mientras que los 16 pacientes restantes recibieron una PCA de cloruro mórfico. Las características demográficas y la clasificación del estado físico ASA no presentaron diferencias significativas entre ambos grupos. El grupo PCA presentó un mejor control del dolor postoperatorio tanto en reposo como en actividad durante las primeras 48 horas. El grupo PCA presentó una mayor incidencia de efectos secundarios que el grupo tratado con analgesia convencional.

Conclusiones: La PCA de morfina ofrece un mejor control analgésico que la analgesia convencional, tanto en reposo como en actividad, durante las primeras 48 horas del postoperatorio de la amigdalectomía en los adultos. La PCA de morfina tiene una mayor incidencia de efectos adversos que la analgesia convencional.

Sesión de Trabajos de Fin de Grado:

1. VALORACIÓN DEL CONOCIMIENTO SOBRE PRIMEROS AUXILIOS DE LOS DOCENTES DE UN CENTRO EDUCATIVO DE LA PROVINCIA DE ZAMORA.

Rebeca Caña Plata. Graduada en Enfermería. Tutora: M^a Ángeles Álvarez Mariño.

Introducción: En el último siglo ha habido un descenso de la mortalidad infantil por mala alimentación o enfermedades infecciosas, sin embargo en la actualidad, la mayor causa de mortalidad infantil son los accidentes. Dado que el colegio es el segundo lugar donde más tiempo pasan, es necesario que el personal docente este formado en Primeros Auxilios.

El objetivo de este TFG es valorar el nivel de conocimientos que tienen los docentes sobre el tema de Primeros Auxilios y si influye el haber recibido formación previa en el tema.

Método: Para ello se llevó a cabo un estudio descriptivo, de corte transversal y retrospectivo. La muestra estuvo formada por 49 docentes en activo de un colegio de la provincia de Zamora. Para la obtención de datos se realizó un cuestionario auto-administrado con 30 items, en el que se incluyeron variables cuantitativas y cualitativas, de los cuales 21 eran específicos sobre primeros auxilios. Para analizar los datos se utilizó el programa estadístico SPSS.

Resultado: Los resultados muestran que en general los docentes tienen pocos conocimientos para solventar los pequeños accidentes que puedan ocurrir en los colegios, y no hay diferencia significativa entre haber recibido formación en el tema.

Conclusiones: Las conclusiones obtenidas recomiendan que los docentes tengan más formación sobre Primeros Auxilios, en particular en el tema de Reanimación Cardio-Pulmonar, crisis hipoglucémicas, y atragantamientos. La figura del personal de enfermería en un centro educativo debería de ser esencial no solo de forma asistencial sino también como docente.

2. DIFERENCIAS EN LA PERCEPCIÓN HACIA LAS ENFERMEDADES PSIQUIÁTRICAS EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS.

Carlos Aldasoro Frías. Graduado en Medicina. Tutor: Dr. Luis Caballero Martínez.

Introducción: El estigma es un fenómeno presente en muchos ámbitos de la salud mental, siendo una barrera para la integración de las personas afectadas. Esta visión negativa puede llevar a desarrollar prejuicios sobre los pacientes psiquiátricos tales como peligrosidad, dificultad de relación e incapacidad, creencia de incurabilidad, miedo, rechazo, desconfianza y, consecuentemente, distancia social. El objetivo de este trabajo es estudiar la presencia de estigma en una muestra de estudiantes universitarios de distintas carreras y ver si se modifica con la información recibida al estudiar las enfermedades psiquiátricas en los estudiantes de medicina.

Material y métodos: La muestra está constituida por 438 alumnos de la Universidad San Pablo CEU de Madrid, seleccionados de 4 carreras diferentes: magisterio, administración y dirección de empresas (ADE), ingeniería biomédica, y medicina. Se realizó una encuesta estructurada, voluntaria y anónima que constaba de datos demográficos, 41 preguntas con respuesta a elegir entre "sí", "no" y "depende" y un comentario personal opcional.

Resultados: Se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en muchas de las comparaciones realizadas entre estudiantes de medicina y no medicina, segundo y tercero de medicina, quinto y sexto de medicina, y entre sexos. Se aprecia una mayor conciencia de estigma cuanto mayor familiaridad se tiene con la enfermedad mental. En carreras no relacionadas con la sanidad, el 62% considera que hay estigma, llegando a superar el 95% en cursos superiores de medicina.

Conclusiones: En la muestra analizada casi no existe estigma hacia las personas con enfermedad mental, aunque existe conciencia sobre el problema. Se encuentran diferencias significativas que demuestran que el estudio o la información de las patologías afectan al modo de percibir a estos pacientes.

3. FÁRMACOS QUE PROLONGAN EL INTERVALO QT, UNA VISIÓN ENFERMERA DE LA SEGURIDAD EN EL PACIENTE.

Verónica Domínguez Fernández. Graduada en Enfermería. Tutor: Alfonso Díaz Madero.

Conocer y analizar la prevalencia del riesgo de prolongación del intervalo QT en un centro de salud y establecer acciones a desarrollar por los profesionales de enfermería para prevenir y mejorar la seguridad de los pacientes.

Material y método. Estudio descriptivo, transversal en el que se seleccionaron pacientes de un Centro de Salud en tratamiento con al menos un fármaco de riesgo conocido que prolongara el intervalo QT. Se utilizó el programa Conclyia y se clasificaron los fármacos en tres niveles de riesgo. Además, se valoraron otros factores, así como las interacciones existentes. El análisis estadístico se realizó utilizando la media, la desviación estándar (DE) y el intervalo de confianza (IC) del 95% para variables continuas y porcentajes para categóricas.

Resultados. Se identificaron 366 pacientes en tratamiento con al menos un fármaco de riesgo conocido con una media de edad de 62,3. El 60,6% eran mujeres, de las cuales 50,5% eran mayores de 65 años. Un 45,3% del total se encontraba en una situación de riesgo alta ya que presentaba al menos 3 factores de riesgo. Los fármacos de riesgo conocido más frecuentes fueron escitalopram (25,1%) y azitromicina (21,9%).

Conclusión. Se puede considerar relevante la prevalencia detectada de fármacos que prolongan el intervalo QT, teniendo en cuenta la existencia además de otros factores de riesgo. Es fundamental que la enfermera conozca y valore potenciales riesgos en los pacientes, con el fin de promover y llevar a cabo, junto al resto del equipo, medidas preventivas mejorando la seguridad del paciente.

4. CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y MOLECULAR DEL CÁNCER DE COLON Y RECTO EN PERSONAS JÓVENES.

Miguel Pérez Martín. Graduado en Medicina. Tutor: Rogelio González Sarmiento.

Introducción. En Castilla y León, el síndrome de Lynch produce un 2-7% de los cánceres colorrectales, de aparición generalmente precoz (40-45 años). Este trabajo pretende:

* Estudiar la clínica, genética e historia familiar de los pacientes incluidos en el programa de cribado de CCHNP del HUSA.

* Determinar el número total de pacientes con mutación y su prevalencia en la muestra.

* Definir las características clínicas de los pacientes con mutación y la distribución de tumores y genes relacionados.

* Analizar los tipos de mutación.

* Describir la correlación gen mutado-fenotipo clínico para cada uno de los genes en estudio.

Material y métodos. Se ha realizado un estudio observacional retrospectivo de una muestra de pacientes incluidos en el programa de detección del CCHNP. El material sobre el que se ha trabajado es la información recogida en el Centro de Investigación del Cáncer asociado al HUSA. Se han incluido todos aquellos pacientes que poseyeran un estudio completo del gen, un registro de árbol genealógico y que pertenecieran a la población en que se aplicó el programa de cribado; siendo excluidos los restantes.

Resultados. Existen un total de 593 pacientes en el estudio, con una prevalencia de 6.9% de mutaciones diagnósticas de Lynch, de los cuales un 73'2% había desarrollado CCR, correspondiendo un 90% a cáncer de colon y el 10% restante a cáncer rectal. Respecto al total de mujeres con mutación, el 32% había desarrollado cáncer de endometrio. Existe un 12'2% de prevalencia de otros tumores asociados a Lynch en la muestra. La edad media al diagnóstico del primer cáncer es de 52 años, mostrando una amplia dispersión (20-80 años). Las mutaciones más prevalentes son las mutaciones nonsense (48'8%), seguidas de las missense (31'7%) y en último lugar las frameshift (19'5%) (v. figura 2). La mutación más repetida es c.676T>C/p.Arg226Stop, situada en el exón 8 de MLH1. Las mutaciones de MLH1 tienen una mayor asociación con cáncer de colon (81.9%) y las de MSH2 con cáncer de endometrio (33.3%).

Conclusiones. El programa de detección precoz del CCHNP permite identificar alteraciones asociadas al síndrome de Lynch y realizar estudios dirigidos a familiares con una notable identificación de mutaciones

5. ADHERENCIA DIETÉTICA DE LOS PACIENTES EN HEMODIÁLISIS

Cristian Bernardo Rodríguez. Tutora: M^a Carmen Hernández Palacios

Introducción: la enfermedad renal crónica tiene una importante repercusión sobre la supervivencia, la calidad de vida y el gasto sanitario. Su prevalencia aumenta con la edad, alcanzando el 40% en personas mayores de 80 años. Uno de los tratamientos renales sustitutivos en la fase avanzada de esta enfermedad es la hemodiálisis, cuya efectividad depende de la adherencia dietética.

Objetivos: identificar las barreras y los factores facilitadores de la adherencia dietética en los pacientes en hemodiálisis y conocer la importancia de las intervenciones de enfermería para mejorarla.

Material y método: se ha realizado una revisión bibliográfica sobre la adherencia dietética de los pacientes en hemodiálisis. La búsqueda se realizó en las bases de datos PubMed, Cinahl, Cochrane Plus, Joanna Briggs, Scielo, Medes, Dialnet, Epistemonikos y Science Direct.

Resultados: se han seleccionado 19 artículos que describen las barreras y los factores facilitadores que influyen en la adherencia dietética y los tipos de intervenciones que se pueden llevar a cabo para mejorarla, destacando la importancia del papel de los profesionales de enfermería.

Discusión: la mayoría de los estudios coinciden en la descripción de barreras y factores facilitadores, existiendo discrepancias para las variables edad y sexo. Pueden emplearse diferentes tipos de intervenciones individuales o grupales y en pacientes jóvenes también resultan útiles las Tecnologías de la Información y Comunicación.

Conclusiones: la educación para la salud proporcionada por los profesionales de enfermería permite un abordaje individualizado de los pacientes en hemodiálisis mejorando la adherencia dietética

6. PARTICIPACIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES MEDIANTE EL USO DE PREBIÓTICOS Y PROBIÓTICOS

Raquel Sánchez López. Graduada en Enfermería. Tutora: Míriam Albert Hernández.

Introducción: Una alimentación correcta forma parte de una buena base de salud y esto se puede favorecer manteniendo una flora intestinal sana. Los prebióticos y probióticos pretenden mejorar esa flora y así poder evitar ciertas patologías o mejorar sus síntomas. El objetivo del trabajo ha sido realizar una actualización general y específica sobre los prebióticos y probióticos, en qué enfermedades están indicados y en cuáles no, para que los profesionales sanitarios puedan desempeñar su papel óptimo en el ámbito de la prevención, promoción y tratamiento.

Material y métodos: Revisión bibliográfica seleccionada de la literatura científica utilizando descriptores y criterios de inclusión y exclusión en diferentes bases de datos: PubMed, Cochrane Library, Biblioteca Virtual de Salud y Trip Data Base.

Resultados: Se analizan 18 artículos; los prebióticos y probióticos son bioterapéuticos, se usan como tratamiento en enfermedades dermatológicas (dermatitis atópica, psoriasis y acné...), enfermedades gastrointestinales (enterocolitis necrotizante, disbiosis, enfermedad inflamatoria intestinal, colitis ulcerosa, diarrea, Helicobacter pylori y pancreatitis aguda...) entre otras; son bioprotectores ya que favorecen el crecimiento de bacterias beneficiosas en el tracto gastrointestinal y según recientes estudios en la flora vaginal reduciendo así el riesgo de adquirir infección por VIH; también son bioprofilácticos, disminuyen la tasa de infección postoperatoria, la estancia hospitalaria y el uso de antibióticos.

Discusión y conclusión: Su uso está recomendado en una serie de enfermedades, pero se necesita seguir investigando para saber qué tipo y cepa es la indicada en cada enfermedad así como la dosis recomendada, ya que si se administran en exceso pueden causar daños y es fundamental conocer todas las contraindicaciones. Los profesionales sanitarios deben actualizarse sobre la administración de los prebióticos y probióticos, para así llevar a cabo intervenciones óptimas promotoras de salud y prevenir la incidencia de enfermedades en la población, siendo una de las más novedosas su utilidad en disminuir el riesgo de transmisión del VIH en mujeres; sin embargo, deben tener mucha precaución con las personas inmunodeprimidas ya que el uso de prebióticos y probióticos puede ser perjudicial.

7. INCIDENCIA EN LA FAMILIA DE LOS FACTORES PRECIPITANTES DE LA ESQUIZOFRENIA PARANOIDE". PROYECTO DE INVESTIGACIÓN.

Raquel Alonso González. Graduada en Enfermería. Tutora: M^a Ángeles Álvarez Mariño.

Con relación a los cuidados de enfermería llevados a cabo con los pacientes con esquizofrenia paranoide en Zamora se plantea tener en cuenta los factores precipitantes (toxicomanía, genética y ocupación) de la patología para realizar éstos con mayor especificidad. Para ello se realiza un proyecto de investigación para ver la importancia individual de dichos factores en el desarrollo de la esquizofrenia paranoide.

El objetivo es plantear un proyecto de investigación de tipo descriptivo, de prevalencia, transversal y retrospectivo que determine qué áreas se encuentran más afectadas, dependiendo del factor precipitante de la esquizofrenia paranoide, cuál de los factores presenta más áreas afectadas durante el desarrollo de ésta y cómo percibe la afectación del paciente la familia.

Se seleccionará una muestra de 256 familiares de pacientes con esquizofrenia paranoide, con edades entre 20 y 50 años, cuyos factores precipitantes han debido ser toxicomanía, genética u ocupación y su seguimiento desde el diagnóstico ha debido llevarse a cabo por el Servicio de Psiquiatría del Complejo Hospitalario de Zamora. Se ha calculado el tamaño muestral para un nivel de confianza del 95% y una precisión del 5% ajustándolo a unas pérdidas del 15%.

Se facilitará una encuesta de elaboración propia, previamente validada mediante una prueba piloto, a los familiares de los pacientes. Se analizarán los datos obtenidos con el programa estadístico SPSS 21.0 para Windows, calculando los estadísticos descriptivos de frecuencia y se realizará la Prueba de Chi-Cuadrado, t de Student-Fisher y ANOVA para estudiar la relación entre variable.

2ª Sesión de comunicaciones libres (tarde):

1. ESTUDIO DE DONANTE POTENCIAL EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA DEL COMPLEJO ASISTENCIAL DE ZAMORA

Diana Monge Donaire, Pablo Cañizares Ortiz, Vega Losada Martínez*, Gerardo Ferrigno Bonilla*, Nuria Rodrigo Castroviejo*, Reyes Beltrán Bernáldez*.**

**MIR, Servicio Medicina Intensiva, Complejo Asistencial de Zamora. **LES, Coordinador de Trasplantes. Servicio de Medicina Intensiva, Complejo Asistencial de Zamora.*

Introducción: El proceso de detección, mantenimiento y donación del paciente candidato a donación de órganos implica la colaboración de un equipo multidisciplinar de profesionales. Nuestro objetivo a través de este estudio es analizar la evolución de dicho proceso en los últimos años en nuestro Hospital.

Métodos: estudio observacional, descriptivo, retrospectivo. Se recogieron el número de éxitos acontecidos en el Servicio de Medicina Intensiva del Hospital Virgen Concha de Zamora desde Enero de 2015 hasta Septiembre de 2018; de entre ellos, se analizaron los pacientes diagnosticados de muerte encefálica. Se recogieron las variables: número de donantes, número de no-donaciones, órganos extraídos, órganos utilizados. Se estudiaron diferentes índices relacionados, tales como índice de éxitos de Unidad de Críticos, índice de muerte encefálica, índice de pérdida de donantes por problemas en el mantenimiento. etc.

Resultados: Durante los años estudiados se diagnosticaron un total de 196 éxitos; de ellos, 16 (8,16%) sufrieron muerte encefálica, se solicitó en entrevista familiar la donación al 100% de los potenciales donantes, iniciándose en 14 (7,14%) de ellas el proceso de extracción; en 1 ocasión se produjo una negativa familiar y en 1 ocasión existió contraindicación médica. Además en 1 paciente de entre los éxitos se pudo llevar a cabo el proceso de donación en asistolia. Por lo tanto de entre los donantes potenciales (17), en 15 ocasiones (88.23%) se inició extracción. No se perdió ningún donante por problemas en el mantenimiento. La relación entre órganos extraídos/órganos utilizados fue de: corazón 33,3% (3/1), riñón 43,75% (16/7), hígado 55,55% (9/5), páncreas 50% (2/1), pulmones 100% (2/2).

Conclusiones: Resulta fundamental la coordinación entre los distintos servicios implicados para la continuidad en el tiempo del proceso de donación. Pese a no disponer de S. Neurocirugía, el Hospital Virgen Concha se encuentra, en ocasiones, por encima de los valores esperados para la población atendida. Dados los limitados pacientes en situación de muerte encefálica la tendencia es hacia el desarrollo de la donación en asistolia.

2. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE UNA SERIE HOSPITALARIA DE DOCENTES CON PROBLEMAS DE VOZ.

Mª Soledad Temprano Peñín*. Fernando Hernández Flores. Mª Dora Herrero Duque***. Federico Lobo Fernández****. Alberto-Javier Fidalgo Pombero*****. Mª Eugenia Pascual Pérez*****. *Logopeda.**

*Rehabilitación. ORL. Complejo Asistencial de Zamora. **Médico de Familia. GAP. C. S. Puerta Nueva. Zamora, *** DUE. GAP. C. S. Toro. Zamora, ****DUE. Consultas. Hospital Provincial. Complejo Asistencial de Zamora. *****Fisioterapeuta. Rehabilitación. Complejo Asistencial de Zamora.*

Introducción: Existe un número elevado de profesores afectados de patología vocal que acuden a recibir tratamiento de voz a la Consulta de Logopedia del Complejo Asistencial de Zamora. El origen del problema en su mayor parte es funcional, y reside en la utilización inadecuada del mecanismo fonatorio, y en hábitos vocales defectuosos, que pueden derivar a cuadros orgánicos más complicados.

Método: Los objetivos son el análisis descriptivo de las alteraciones de la voz en los docentes, estudio de los factores de riesgo y realizar una propuesta de actuación enfocada a mejorar la situación vocal y laboral con la utilización óptima de la voz. La muestra estudiada se compone de 28 docentes diagnosticados de problemas de voz. Estudio descriptivo, retrospectivo, observacional y transversal. Se analizan en las historias logopédicas individuales 47 variables que corresponden a la información obtenida en el examen de voz. Se clasifican las variables en universales, exploración general y hábitos,

cualidades de la voz, otros parámetros vocales, respiración, tensión muscular vocal, laríngeas y diagnóstico.

Resultados: El 68,63% de los docentes analizados sufren problema en la voz desde que ejercen la docencia. El 25,49% presentaba estos problemas anteriormente. El esfuerzo y el abuso vocal se consideran como causa del problema. La voz está mejor por la mañana, y a lo largo del día empeora. Molestias de carraspeo continuo y dolor de cuello. Cansancio vocal (70,59%). Ronquera (78,43%). Voz soplada (62,75%). Tono agravado (49,02%). Ataque vocal duro (56,86%). Extensión vocal acortada (43,14%). Articulación apretada (25,49%). Respiración descoordinada (62,75%). Agotan el aire al hablar (84,31%). Respiración costal superior (45,1%). Bucal (47,06%). Hipertonía de cuello (45,1%). Diagnóstico más frecuente de disfonía hiperfuncional con descoordinación fono-respiratoria (21,57%) y disfonía hiperfuncional con nódulos (21,57%). Fuerzan la voz (62,75%). Formación en cuerdas vocales más frecuente son nódulos (23,53%). Funcional con lesión (45,1%).

Conclusiones: Importancia del conocimiento de los conceptos básicos a tener en cuenta en la producción de la voz por parte del docente, y uso de hábitos de higiene vocal para utilizar adecuadamente la voz. Prevención de patología vocal considerando los factores más significativos. Propuesta de actuación de educación vocal para la práctica docente.

3. NUESTRA PROPUESTA DE "INVERSIÓN DE LA PIRAMIDE"

Mónica Catalina Coello*. Ana Álvarez Blanco. Inmaculada Herrador García**. Raquel Vázquez González**. María Carrillo Sánchez**. Paloma Ramos Nogueiras***.**

LES Servicio de Ginecología y Obstetricia. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora. España. **MIR Servicio de Ginecología y Obstetricia. Complejo Asistencial de Zamora. *Responsable en funciones del Servicio de Ginecología y Obstetricia. Complejo Asistencial de Zamora.*

Introducción: La preeclampsia supone la tercera causa de mortalidad materna en el mundo, con un 12 % de las muertes maternas y alrededor de 500.000 muertes fetales. Es causa del 15% de los casos de prematuridad. Intervenir con medidas farmacológicas para prevenir ese importante problema de salud justifica un programa de cribado de la enfermedad. Las tasas de detección para los diferentes modelos de screening propuestos son inferiores a las conseguidas cuando se combinan factores maternos con marcadores biofísicos y bioquímicos.

Métodos: Realizar un cribado poblacional de preeclampsia en primer trimestre mediante la identificación de factores de riesgo maternos, la medición de la presión arterial media (PAm), el índice de pulsatilidad medio de las arterias uterinas (IPm Aa Uterinas) y la cuantificación en sangre materna del valor del PIGF (placental grow factor).

Resultados: El reciente estudio ASPRE ha demostrado que la administración de aspirina antes de la semana 16 reduce la incidencia del retardo de crecimiento intrauterino y preeclampsia precoz en más de un 50% y la mortalidad perinatal en más de un 60. Existen diferentes modelos de cribado. La estrategia que se propone podría obtener tasas de detección de preeclampsia precoz en gestaciones de menos de 37 semanas de un 77%, y de hasta un 90% en aquellas de menos de 32 semanas.

Conclusiones: En nuestro hospital el coste por día de ingreso para el proceso considerado como preeclampsia se calcula en 900€/día. En 2017 hubo un total de 9 ingresos por esta causa, con una estancia media de 5,78 días, lo que supone unos 5.202€ por paciente y día y 46.818 € totales /año. El cribado propuesto en nuestra población supondría un gasto de 15.000€/año, rentable si al menos evitamos la mitad de los ingresos, y mucho más si contásemos los gastos derivados de la atención perinatal. Discriminar aquellas gestaciones de riesgo, que pudieran ser subsidiarias de profilaxis, mediante el cribado combinado de factores maternos, marcadores biofísicos y marcadores bioquímicos podría permitir no sólo reducir la incidencia, sino optimizar recursos y mejorar la atención de nuestras pacientes.

4. CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE ENTRE LOS PROFESIONALES DE UN HOSPITAL.

M^a Lorena Folgado Temprano*, **Juan José Berrocal Fernández****, **M^a Dolores Carrión Pérez*****,
Yolanda Martín Vaquero****, **Ana Belén Báez Marín*******, **Beatriz Muñoz Martín*******

DUE. Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen de la Concha. Complejo Asistencial de Zamora, **DUE. Equipo Atención Primaria Delicias. Valladolid Oeste,* DUE. Servicio de Medicina Interna. Hospital de Benavente. Complejo Asistencial de Zamora, ****Supervisora Formación y Calidad. Complejo Asistencial de Zamora, *****Directora de Enfermería. Complejo Asistencial de Zamora,*****Bibliotecaria Documentalista. Complejo Asistencial de Zamora*

Objetivo: Describir el clima de Seguridad del Paciente (SP) entre los profesionales de un hospital, analizar los factores sociodemográficos y laborales de los profesionales e identificar fortalezas y áreas de mejora comparando con el estudio general hospitalares.

Metodología: Estudio descriptivo transversal a través del cuestionario de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Anónimo y autoadministrado, consta de variables demográficas y doce dimensiones de SP.

Resultados: Complimentaron el cuestionario 79 profesionales, el 84% eran enfermeras y el 16% médicos. El 19% trabajaban en Medicina Interna, el 22% en Neumología, el 40% en Urgencias y 19% en Radiología. El 79% llevan menos de 15 años en el actual puesto de trabajo. La valoración general sobre Seguridad del Paciente es 56% muy buena; frente al 45% del AHRQ. En los últimos 12 meses, solo un 14% han notificado 1 o 2 incidentes. Mientras en AHRQ, lo hicieron un 27%. Se analizan los resultados por áreas, midiendo la puntuación media, y el % de respuestas positivas: "Percepciones globales de seguridad" (1.75): 35% "Frecuencia de notificación de incidentes" (2.45):49% "Expectativas y acciones de los jefes inmediatos para promover la seguridad" (3.45):69% "Aprendizaje organizacional-Mejora continua" (2.45):49% "Trabajo en equipo en la unidad/servicio" (3.50):70% "Comunicación franca" (2.70):54% "Comunicación y feedback sobre errores" (2.90):58% "Respuesta no punitiva frente al error" (1.60):32% "Dotación de personal" (1.20):24% "Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente" (0.80):13% (AHRQ 72%, la mayor diferencia) "Colaboración entre unidades y servicios del hospital" (1.80):36% "Transmisión de información durante traslados y cambios de turno" (2.80):56%, se supera el 45% del estudio AHRQ. En global once de las doce áreas tienen puntuación menor que el estudio AHRQ

Conclusiones: La valoración general es muy buena/aceptable superando al estudio AHRQ. Las fortalezas identificadas son trabajo en equipo, y las acciones y medidas preventivas para promover la seguridad emprendidas por los jefes. Las áreas de mejora son las percepciones globales de seguridad, aumentar la frecuencia de notificación de incidentes, tener suficiente personal para afrontar la carga de trabajo, trabajar con menos presión, apoyo de la gerencia en la seguridad.

5. PREMIOS JOSÉ MARÍA SEGOVIA DE ARANA: UNA OPORTUNIDAD LABORAL AL TÉRMINO DE LA RESIDENCIA.

Carlos Llanes Álvarez*, **María Teresa Pastor Hidalgo****, **Ana Isabel Álvarez Navares*****, **Jesús Ángel Monforte Porto***, **Jesús María Andrés del Llano******, **Manuel Ángel Franco Martín*******.

LES Psiquiatría. Complejo Asistencial de Zamora, **M.I.R Medicina Familiar y Comunitaria. Complejo Asistencial de Zamora, LES Psiquiatría. *Hospital Clínico Universitario de Salamanca, ****Jefe del Servicio de Pediatría del Complejo Asistencial Universitario de Palencia, *****Jefe del Servicio de Psiquiatría y Salud Mental de los Hospitales Universitario Rio Hortega de Valladolid y Complejo Asistencial de Zamora.*

Los premios José María Segovia Arana son una opción laboral para profesionales egresados: de la Formación Sanitaria Especializada en Castilla y León de realizar actividad clínico-asistencial y al mismo tiempo actividades de investigación.

Introducción: La Junta de Castilla y León convoca anualmente desde 2014 el Programa de reconocimiento e incentivación de los profesionales que finalizan su residencia en los centros e instituciones sanitarias de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León, denominados "Premios José María Segovia de Arana". El objetivo de este programa es fidelizar profesionales.

Métodos: la ORDEN SAN/328/2018, de 13 de marzo, por la que se aprueba el Programa de 2018 es el documento de referencia en el que podemos encontrar toda la información relacionada con este programa. Esta comunicación pretende ser una sesión informativa acerca de los puntos clave del programa y cuáles son los pasos a seguir de la mano de uno de los finalistas del programa de 2018.

Resultados: los 14 candidatos seleccionados obtienen un nombramiento eventual de tres años de duración y se les da la posibilidad de desarrollar actividad investigadora en cualquiera de los centros e instituciones sanitarias de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. De los 14 profesionales que se seleccionen, tres serán de Medicina Familiar y Comunitaria, dos enfermeros especialistas y nueve del resto de especialistas residentes. El procedimiento de selección consta de dos fases: una primera en la que se tienen en cuenta méritos relativos a la formación, docencia o gestión clínica, así como a las actitudes, aptitudes y destrezas demostradas durante su residencia. En segundo lugar, se evaluará un proyecto de investigación que deberán presentar los solicitantes.

Conclusiones: los "Premios José María Segovia de Arana" pueden constituir una opción interesante al término de la formación sanitaria especializada en centros de Castilla y León.

6. VIDEO-HEAD IMPULSE TEST EN EL DIAGNÓSTICO DEL VÉRTIGO AGUDO

Enrique Coscarón-Blanco*, Soledad Suárez Ortega*, María Martín Bailón*, Raquel Yáñez González*, María Cruz Pérez Liedo*.

LES. Servicio de Otorrinolaringología. Complejo Asistencial de Zamora.

Introducción: El estudio del reflejo oculocefálico es crucial en los vértigos y trastornos del equilibrio. Permite poder discriminar entre causas otógenas/periféricas o centrales, orientar petición de pruebas complementarias y sospechar cuadros graves. El test de impulso cefálico (HIT), como parte de la batería HINTS, ha demostrado una sensibilidad y especificidad superior al 95% superior a pruebas de imagen.

El HIT es difícil e incompleto por la imposibilidad de cuantificar la eficiencia del reflejo (ganancia) y valorar las sacadas (compensación central) en los 6 canales semicirculares. Esta dificultad se supera con sistemas objetivos de registro como el VHIT. Presentamos nuestro primer año de experiencia con esta tecnología

Material y Métodos: Definimos vértigo agudo como cuadro espontáneo crítico rotatorio no recurrente de horas de duración (>12-24horas). Se excluye pacientes con vértigos recurrentes, breves o con otra sintomatología neurológica excepto auditiva.

Realizamos estudio descriptivo de todos los pacientes con vértigo agudo atendidos por el Servicio de ORL desde julio 2017 a agosto 2018. Se realizó exploración neurootológica complementada con VHIT, Aportamos los diagnósticos realizados y el grado de concordancia con VHIT, así como la fiabilidad de esta prueba en nuestro medio e implicaciones.

Resultados: Se han realizado un total de 31 estudios (11 varones y 20 mujeres) con un rango de 25 a 89 años. En 14 casos el diagnóstico realizado fue de neuronitis vestibular. En el resto se demostraron otras patologías de diversa índole, principalmente de sistema nervioso central. En 3 casos no se llegó a diagnóstico definitivo (2 por no finalización de estudios y por resultados no concluyentes).

Midiendo grado de concordancia exploración-VHIT y VHIT-diagnóstico, excluyendo los 3 casos mencionados, fue 90% y 97% respectivamente. Analizando los casos de disparidad VHIT-exploración (2 neuronitis vestibulares inferiores y una neuronitis sobre patología central previa), en estos casos el VHIT fue diagnóstico y no eran incompatibles por lo que la concordancia fue 100%. La fiabilidad de esta prueba no difiere de otras publicadas.

Conclusiones: VHIT es una técnica rápida, útil y fiable para orientación diagnóstica de los vértigos agudos, descartar patología grave y ahorro colaborando a orientar resto de pruebas diagnósticas

Comunicaciones aceptadas para su publicación:

1. CONSULTA DE REPRODUCCIÓN EN HOSPITAL VIRGEN DE LA CONCHA ZAMORA

Inmaculada Herrador García*, **Ana Álvarez Blanco****, **Raquel Vázquez González*****, **Mónica Catalina Coello******, **Beatriz Gómez Rodríguez******, **Paloma Ramos Nogueiras*******

MIR de 3º año de Ginecología y Obstetricia del Hospital Virgen de la Concha. Zamora, **MIR de 4º año de Ginecología y Obstetricia del Hospital Virgen de la Concha. Zamora, *MIR de 2º año de Ginecología y Obstetricia del Hospital Virgen de la Concha. Zamora, ****LES Ginecología y Obstetricia del Hospital Virgen de la Concha. Zamora, ***** Jefa en Funciones del Hospital Virgen de la Concha. Zamora*

Introducción. La consulta de reproducción del Hospital Virgen de la Concha consta de una consulta, tres días a la semana y estudia la esterilidad e infertilidad, de la pareja o mujeres sin pareja masculina con deseo gestacional. Ofreciendo como tratamiento Inseminación Artificial.

Objetivos: Explicar el funcionamiento de la consulta de reproducción.

Mostrar resultados obtenidos 2013 al 2017 en consulta.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de pacientes que han sido sometidas a tratamiento de estimulación ovárica y posterior inseminación. El acceso a la consulta se realiza a través de su MAP, cumpliendo los criterios de acceso según BOE.

El estudio debe incluir Historia familiar, personal y reproductiva de la pareja; exploración ginecológica y ecografía vaginal junto estudio analítico, hormonal y serológico, teniendo en cuenta permeabilidad tubárica, factor masculino y reserva ovárica. Finalizado se seleccionan las pacientes aptas para tratamiento (IAC/IAD) y se derivan a Centro de referencia las subsidiarias a Fecundación In Vitro.

Resultados: Se han realizado 605 estimulaciones ováricas durante 2013/2017, 50% fueron en mujeres mayores de 35 años y el 49,5% menores de 35 años, con una tasa de éxito de embarazo similar (9%vs 10%). La mayoría de las gestaciones las obtuvimos en el primer ciclo (53%) y con un solo folículo (54%). La medicación más usada y con mayor tasa de éxito fue gonadotropina menopáusica humana altamente purificada (49%) y únicamente 7% llevó antagonistas. Se realizaron mayores IAC 99%, frente a 1% IAD pero mayor tasa de éxito IAD (13% vs 37%). Obtuvimos gestación mayoritariamente con un REM de 21-40 millones (33%). La causa más frecuente de Técnicas de Reproducción Asistida fue la Esterilidad de origen desconocido 52% y con mayor tasa de embarazo tras inseminación (48%)

Conclusiones. Número equitativo de pacientes que acuden a la consulta. Causa más frecuente de esterilidad es origen desconocido. Se ha obtenido gestación mayoritariamente en el primer ciclo de estimulación y con un solo folículo. Tratamiento más usado gonadotropina menopáusica humana altamente purificada con poca relevancia de antagonistas. Se realizan más IAC pero más tasa de embarazo IAD. La mayoría de las gestaciones se obtienen con un REM <40 Millones

2. NUESTRO PROTOCOLO DE ESTUDIO EN PACIENTES CON DISFAGIA OROFARÍNGEA

Raquel Yáñez González, María Martín-Bailón.

LES. Servicio de Otorrinolaringología. Hospital Virgen de la Concha, Zamora.

Introducción: La disfagia orofaríngea consiste en una alteración en la transferencia del bolo alimentario desde la cavidad oral hasta al esófago. A pesar de su alta incidencia en enfermedades neurológicas y personas de edad avanzada, es una patología poco conocida e infradiagnosticada por el personal sanitario. Además, constituye un factor de riesgo para el desarrollo de desnutrición y neumonía aspirativa. Esta última es una causa frecuente de muerte en pacientes con trastornos neurológicos y se relaciona con estancias hospitalarias más prolongadas y mayores gastos económicos.

Material y métodos: Presentamos un protocolo de trabajo que aplicaremos a todo paciente con clínica sugestiva de disfagia orofaríngea que acuda a nuestra consulta. En primer lugar, expondremos la historia clínica del paciente indicando la filiación, la persona que le ha derivado a la consulta, los síntomas que

manifiesta y si presenta algún tipo de limitación para alimentarse o si la disfagia ha repercutido de alguna forma en su estado físico. A continuación, dejaremos constancia de la exploración física y de los resultados de la videoendoscopia de la deglución. Reflejaremos también los resultados de las pruebas complementarias solicitadas en el caso de que hayan sido necesarias. Por último, estableceremos las conclusiones del estudio detallando las medidas a tener en cuenta, ya sean higiénicas, dietéticas, maniobras facilitadoras o posturales u otro tipo de actuaciones.

Conclusiones: Con esta presentación queremos remarcar la importancia de la disfagia orofaríngea en nuestra área de influencia. El otorrinolaringólogo, al ser uno de los especialistas implicados en el manejo de esta patología, debe evaluar la integridad funcional de la deglución orofaríngea, identificar posibles causas mecánicas, evaluar el riesgo de aspiración y la seguridad de la alimentación por vía oral, determinar si el patrón de disfagia es tratable y evaluar la eficacia de los tratamientos. Es necesaria la colaboración entre todos los facultativos y personal sanitario que tenemos contacto con esta patología, para dar a conocer su importancia y poner en marcha un protocolo de actuación que mejore la asistencia y la calidad de vida de nuestros pacientes.

3. CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA TERAPIA ELECTROCONVULSIVA.

María Victoria Pineda Buendía, Alfonso Sevillano Jiménez.

Residentes de Enfermería de Salud Mental, Servicio de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital Provincial de Zamora.

Introducción. Se describen los cuidados de enfermería que se realizan para la atención integral en pacientes sometidos a terapia electroconvulsiva. Tanto en pacientes hospitalizados como la realización del tratamiento en pacientes procedentes de la comunidad.

Métodos. A través del protocolo de enfermería se intenta cubrir las necesidades de los pacientes que se someten a la terapia electroconvulsiva en la unidad de hospitalización de agudos del Hospital Provincial de Zamora.

Resultados. La experiencia laboral demuestra la necesidad de mantener una atención integral al paciente. Gracias al protocolo de enfermería se aseguran unos cuidados correctos a lo largo de todo el procedimiento.

Conclusiones. El protocolo de enfermería pretende plasmar la importancia de los cuidados enfermeros globales al paciente que se somete a la terapia electroconvulsiva para mantener su seguridad y un nivel de calidad óptima.

4. ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN INTOXICACIONES AGUDAS

Cristina Barbero Vicente. *Graduada en Enfermería. TFG*

Introducción: La ingestión de sustancias en cantidades tóxicas, puede conllevar a una reacción de gravedad variable en relación con la cantidad y combinación con otras sustancias. En los últimos años ha aumentado la incidencia de casos, frecuentemente en personas jóvenes, constituyendo un grave problema sanitario.

Objetivo: Conocer la mejor evidencia disponible sobre las actuaciones de enfermería ante pacientes con intoxicaciones agudas y su efectividad.

Material y métodos: Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica en las principales bases de datos científicas estableciendo unos límites de búsqueda, y combinando los Medical Subject Headings (MeSH). También se ha utilizado Google académico y libros de texto.

Resultados: Los estudios seleccionados han coincidido en la eficacia demostrada del carbón activado y el uso adecuado de los antidotos. Existen tablas de toxidromes que ayudan a identificar el tóxico. El lavado gástrico se sigue utilizando desmesuradamente. Realizar técnicas para comprobar la sobredosis es necesario para utilizar o no antidotos.

Discusión: No siempre se utiliza la técnica adecuada en los casos de intoxicación. El uso del carbón activado es uno de los mejores métodos. El lavado gástrico tiene más contraindicaciones y para que sea efectivo hay que hacerlo de forma adecuada. Saber el tóxico causante adelanta la selección de la técnica y el antídoto.

Conclusiones: Un buen manejo de las técnicas agiliza el proceso de descontaminación y evita complicaciones. Se tiene que hacer de manera multidisciplinar para elegir la técnica correcta. La recogida de información e identificación de sintomatología del tóxico permite seleccionar el antídoto correcto.

5. ASPERGILOSIS PULMONAR EN PACIENTE NO INMUNODEPRIMIDA . ¿ASOCIACIÓN CON EL VIRUS INFLUENZA H1N1?

Nuria Rodrigo Castroviejo*, Diana Monge Donaire, Vega Losada Martínez***, Gerardo Ferrigno Bonilla****, Reyes Beltrán Bernáldez*****, Silvia Cortés Díaz*****.**

MIR II Cuidados Intensivos. Complejo Asistencial de Zamora, **MIR V Cuidados Intensivos. Complejo Asistencial de Zamora, *MIR IV Cuidados Intensivos. Complejo Asistencial de Zamora, ****MIR III Cuidados Intensivos. Complejo Asistencial de Zamora, *****Reyes; MIR I Cuidados Intensivos. Complejo Asistencial de Zamora, *****Médico Adjunto Servicio Medicina Intensiva. Complejo Asistencial de Zamora.*

Objetivos. Describir un caso de aspergilosis pulmonar en paciente no inmunodeprimida con infección por virus influenza. Por otro lado, se pretende realizar una revisión bibliográfica sobre la relación entre ambos procesos infecciosos.

Material y métodos. Revisamos la literatura sobre la coinfección de aspergilosis invasiva e influenza virus en pacientes inmunocompetentes. Inmunocompetencia se definió como pacientes sin neutropenia, trasplantes de órganos sólidos, VIH / SIDA, inmunodeficiencias congénitas o neoplasias hematológicas. Las referencias se identificaron mediante búsquedas en PubMed aplicando los términos "aspergillus", "aspergilosis", "influenza", "H1N1" e "invasive aspergilosis ". Finalmente se realizará una exposición del curso clínico, analítico y tratamiento empleado en nuestra paciente.

Resultados. La aspergilosis pulmonar invasiva (API) se considera clásicamente una enfermedad que afecta a pacientes con inmunidad gravemente comprometida. Sin embargo, en esta ocasión, describimos un caso fatal de la misma en una paciente inmunocompetente sin factores de riesgo relacionados, en la que destacamos coinfección por el virus influenza en la unidad de Cuidados Intensivos.

Conclusiones. Los cultivos del aspirado broncoalveolar en los que crecen especies del género *Aspergillus* en pacientes críticamente enfermos, particularmente aquellos con infección por influenza subyacente, no deben ser ignorados como contaminados o colonizados. Se necesita más investigación para comprender mejor la relación inmunológica entre dicho virus y la API para una mejor prevención y tratamiento de la gripe y las coinfecciones por *Aspergillus* en pacientes críticos.

6. VIDEO-HEAD IMPULSE TEST EN LA VALORACIÓN DE LA DISFUNCIÓN VESTIBULAR ENCUBIERTA EN PROCESOS INFLAMATORIOS NO DESTRUCTIVOS DEL OÍDO MEDIO

Enrique Coscarón-Blanco, Raquel Yáñez González, Maria Cruz Pérez Liedo, Soledad Suárez Ortega, Mar de Prado San José, María Martín Bailón.

LES. Servicio de Otorrinolaringología. Hospital Virgen de la Concha de Zamora

Introducción: Una de las consecuencias o complicaciones posibles de las infecciones o procesos inflamatorios del oído medio es la afectación del oído interno. La afectación del laberinto anterior es fácilmente detectable mediante la audiometría así como la destrucción o afectación significativa del posterior en tanto en cuanto se traduce en la aparición de un vértigo rotatorio intenso. Sin embargo, lo más frecuente es que la afectación del laberinto posterior no sea tan llamativa y el paciente simplemente se queje de problemas auditivos y un cierto disconfort, inestabilidad o pulsiones en situaciones de bajo conflicto estático. En el paciente anciano puede traducirse en caídas, con las consecuencias que de ellas se pueden derivar. El Video Head Impulse Test (VHIT) se ha erigido recientemente como una eficaz herramienta a la hora de detectar estos eventos en base a unos patrones muy definidos así como para seguir la evolución y permitir tomas de decisiones. Nuestro Servicio actualmente ofrece la posibilidad de diagnosticar y monitorizar este tipo de complicación.

Material y Métodos. Presentamos nuestra serie de casos detectados en este año, describiendo las circunstancias de diagnóstico y el patrón de VHIT. Los pacientes presentaban cuadro inflamatorio infeccioso de oído medio junto con alguna de las características mencionadas que sugerían afectación vestibular. Se excluyeron aquellos casos en los que se había realizado intervención quirúrgica en los 6 meses previos y los casos de destrucción laberíntica.

Consideramos como patrón de normalidad una ganancia de 0.8 en los canales semicirculares horizontales y 0,7 en los verticales, así como la ausencia de sacadas correctivas.

Resultados. En todos los casos se evidenció una reducción en las ganancias si bien no siempre por debajo de los umbrales definidos como patológicos en la literatura, junto con la presencia de sacadas en el oído afecto, generalmente leve, y que revirtió con el tratamiento específico.

Aún en los casos en que la ganancia no cae por debajo del umbral marcado como patológico, se detectó una reducción de la misma que también revirtió tras la resolución del cuadro. Estas observaciones, junto con el concepto de mínima afectación constituirán una línea de trabajo de este Servicio. Nuestra serie es muy pequeña e incipiente por lo que estos datos son preliminares y un punto de partida.

Conclusiones. VHIT es una técnica rápida, útil y fiable para revelar y demostrar afectaciones laberínticas posteriores encubiertas. Esta prueba permite de algún modo establecer una gravedad de la misma y podría emplearse para monitorizar la evolución y la respuesta a los tratamientos realizados así como la toma de decisiones. También es útil para demostrar daños vestibulares durante los procedimientos quirúrgicos y fenómenos destructivos, si bien este no es el objetivo de este trabajo.

7. VIDEO-HEAD IMPULSE TEST EN EL DIAGNÓSTICO DE TOXICIDAD VESTIBULAR MEDICAMENTOSA EN MEDIO HOSPITALARIO

Enrique Coscarón-Blanco, Raquel Yáñez González, María Cruz Pérez Liedo, Soledad Suárez Ortega, Mar de Prado San José, María Martín Bailón.

LES. Servicio de Otorrinolaringología. Hospital Virgen de la Concha de Zamora

Introducción: Uno de los efectos secundarios menos conocidos y valorados de los tratamientos farmacológicos es la toxicidad vestibular y la semiología de ella derivada. Sus manifestaciones clínicas más frecuentes son inestabilidad en diferente grado, oscilopsia, sensación de falta de sustentación, más raramente ataxia y ocasionalmente vértigo. Cuando la clínica es de vértigo o ataxia en paciente joven activo, o asocia marcada toxicidad a nivel de sistema nervioso central, es fácilmente detectable. Esto no ocurre cuando la clínica es de inestabilidad o de ataxia en paciente anciano o si el fármaco es vestibulotóxico predominantemente a nivel del laberinto posterior. El Video Head Impulse Test (VHIT) se ha erigido recientemente como una eficaz herramienta a la hora de detectar estos eventos en base a unos patrones muy definidos. Nuestro Servicio actualmente ofrece la posibilidad de diagnosticar y monitorizar este tipo de toxicidad.

Material y Métodos: Presentamos nuestra serie de casos detectados en este año, describiendo las circunstancias de ingreso, el fármaco responsable y el patrón de VHIT.

Consideramos como patrón de normalidad una ganancia de 0.8 en los canales semicirculares horizontales y 0,7 en los verticales, así como la ausencia de sacadas correctivas.

Resultados: En todos los casos se evidenció una reducción en las ganancias por debajo de los umbrales definidos junto con la presencia de abundantes sacadas, patrón muy sugerente en su contexto clínico de ataxia vestibular bilateral. La causa medicamentosa fue evidente en la historia clínica.

En todos los casos constatamos edad avanzada y función renal alterada en los más graves.

Conclusiones: VHIT es una técnica rápida, útil y fiable para orientación diagnóstica de los trastornos del equilibrio de origen medicamentoso. Esta prueba permite de algún modo establecer una gravedad de la misma y podría emplearse para monitorizarla en tratamientos vestibulotóxicos a nivel hospitalario, proyecto que empezaremos a desarrollar en este centro.

En fases siguientes, se planteará la extensión de este proyecto a otros medicamentos de uso comunitario.

8. ANÁLISIS CUANTITATIVO DE LA GAMMAGRAFÍA PAROTÍDEA EN PACIENTES CON SOSPECHA DE SÍNDROME DE SJÖGREN.

Marina Ruiz Perona.

Residente de primer año de Medicina de Familia y Comunitaria en el Centro de Salud Puerta Nueva

Introducción: El Síndrome de Sjögren (SS) es una enfermedad autoinmune infradiagnosticada debido a la gran variabilidad de su sintomatología entre los pacientes, lo que conlleva un difícil diagnóstico. Como consecuencia, la demora en el diagnóstico implica retraso en el tratamiento y la posible aparición de complicaciones graves. El estudio y valoración de la gammagrafía salival de glándulas parótidas resuelve en gran medida la problemática asociada al diagnóstico del SS, además de aportar información sobre la evolución de la patología y eficacia del tratamiento. El objetivo de la investigación es determinar un método de valoración cuantitativa de la gammagrafía salival para el diagnóstico del SS, mediante la evaluación gammagráfica de las parótidas y comparar el rendimiento diagnóstico del estudio cualitativo con la valoración cuantitativa.

Métodos: Revisión de historias clínicas de 57 pacientes con sospecha de SS a los que se les realiza una gammagrafía salival desde enero de 2015 hasta enero de 2016. Se procesaron las gammagrafías de los pacientes dibujando las áreas de interés de las glándulas parótidas y fondo y se determinó el porcentaje de captación (PC). En función del diagnóstico final de cada paciente, se evaluaron y compararon los resultados obtenidos del procesamiento de las gammagrafías.

Resultados: El grupo a estudio se compone de 53 mujeres y 4 hombres, con una edad media de 57 años, rango entre 22 y 80 años. Según su diagnóstico dividimos en 21 pacientes con criterios diagnósticos de SS, 16 con síndrome seco y 20 sanos sin criterios de enfermedad. Se comprobó la utilidad del PC como parámetro de valoración cuantitativa para encontrar diferencias significativas entre los pacientes con SS y los pacientes sanos, y entre el grupo de S. seco y sanos. Además, observamos que el parámetro cuantitativo fue más significativo que el PC en la comparación entre el grupo de SS con el de S. seco.

Conclusión: El análisis cuantitativo de la gammagrafía salival es un método útil para diagnosticar pacientes con SS y diferenciar los sujetos que no lo sufran. Así mismo, se constató que puede ser utilizado en la práctica médica diaria debido a que es un método sencillo.

9. DIAGNÓSTICO TARDÍO EN EL VIH

Víctor Manuel Vega Mateos.

Residente de Primer Año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Virgen de la Concha.

Introducción. El Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) es el causante del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), y desde su descubrimiento, en la década de 1980, ha causado la muerte de 21,7 millones de personas; y los datos del 2015 indican que hay aproximadamente 36,7 millones de personas infectadas en el mundo. El Diagnóstico Tardío (DT) en el VIH es una de las principales causas por las cuales el VIH sigue teniendo una alta incidencia y prevalencia en el mundo. Se considera Diagnóstico Tardío un recuento menor de 350 linfocitos T CD4+/ μ L al diagnóstico; y Enfermedad Avanzada (EA) un recuento menor de 200 linfocitos T CD4+/ μ L y/o la presencia de una enfermedad definitoria de SIDA en el momento del diagnóstico.

Método. Se realizó una recopilación de los nuevos diagnósticos de VIH en el Complejo Asistencial Universitario de Salamanca (CAUSA) entre 2009-2017, y se hizo un análisis estadístico descriptivo de los datos.

Resultados. La mayoría de los nuevos diagnósticos pertenecían al sexo masculino (86,3%) y el modo de contagio principal fue el contacto sexual sin protección. El porcentaje de Diagnóstico Tardío fue de 58,8% y de Enfermedad Avanzada de 35,9%. Los Hombres que tienen Sexo con Hombres (HSH) tuvieron un menor porcentaje de DT que los pacientes heterosexuales, y los Usuarios de Drogas por Vía Parenteral (UDVP) un porcentaje mayor de EA. El porcentaje de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) al diagnóstico fue de 43,8%, y la sífilis fue la más común. La candidiasis esofágica fue el más común de los eventos definitorios de SIDA. Se vio que cuanto más aumenta la edad de los pacientes en el momento del diagnóstico más aumenta el diagnóstico tardío. Se vio que una había una relación estadísticamente significativa entre el diagnóstico de Enfermedad Avanzada y la muerte.

Conclusiones. Al comparar los resultados del estudio con los datos proporcionados por el ECDC y el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de VIH se vio que eran similares; y que son necesarias medidas de control sanitario para reducir las cifras de Diagnóstico Tardío, tanto para beneficio de los propios enfermos como de la Salud Pública en general.

10. EL ASOCIACIONISMO DE PERSONAS CON ENFERMEDADES DE BAJA PREVALENCIA: ANÁLISIS DE LA REVISTA PAPELES DE FEDER (2001-2003)

José Antonio Brioso Rodríguez.

Residente de Medicina de Familia y Comunitaria. Zamora

Introducción.- Las particulares características de las enfermedades de baja prevalencia han promovido un papel activo de las personas afectadas en el que destaca el cambio en la relación con los profesionales de la salud y el desarrollo de redes sociales. En España, muchas de esas asociaciones han convergido en la Federación Española de Enfermedades Raras (FEDER). Se analiza aquí la construcción de la imagen e identidad asociativa y las estrategias usadas para el logro de sus primeros objetivos.

Material y método.- Se ha aplicado la teoría del análisis de contenidos (agenda y encuadramiento) al estudio de la revista Papeles de FEDER entre 2001 y 2003. El vaciado ha permitido crear una base de datos con un corpus de 417 unidades de análisis. Se ha procedido a un análisis cuantitativo y al cualitativo mediante la aplicación de principios de la teoría fundamentada en la construcción de un tesoro.

Resultados.- Los resultados son expuestos a través de tablas y gráficos. Se ha identificado un núcleo de la revista que correlaciona las asociaciones fundacionales, con cargos directivos y responsabilidad y presencia en la revista con un mayor número de artículos firmados. Las estrategias constituyen la categoría predominante, seguida de las actividades, existiendo una menor presencia de unidades de análisis cuyo contenido sea la identidad e información asociativa. Entre las estrategias sobresalen las informativas y formativas. La presencia de investigadores como autores, las citas a los mismos y las sinergias con ellos ocupan un lugar secundario.

Conclusiones.- La revista analizada se dirige a las asociaciones y personas asociadas. En este período inicial, de crecimiento interno y consolidación externa, se busca una legitimación del papel de la federación a través de una presencia muy significativa del núcleo asociativo y su vinculación a diversas estrategias y actividades. De forma indirecta, esta imagen de funcionamiento y logros contribuye a crear y transmitir una identidad asociativa y el empoderamiento de las personas afectadas.

11. BURNOUT, FLEXIBILIDAD PSICOLÓGICA Y CALIDAD DE LAS INTERACCIONES SOCIALES EN PROFESIONALES DE SALUD MENTAL

M^a del Carmen Ortiz Fune*, M^a del Pilar Vázquez Beltrán*, Tamara López Méndez*, Maite Salvador Arroyo*, Manuel Mateos García, Carlos Francisco Salgado Pascual**.**

**PIR Complejo Asistencial de Zamora. Servicio de Psiquiatría y Salud Mental. **Psicólogo General Sanitario. Centro de Psicología PsicACT (Valladolid)*

Introducción: El burnout se ha definido tradicionalmente a partir de tres facetas: cansancio emocional, despersonalización y sensación de ineficacia, y presenta una prevalencia elevada en aquellas profesiones que conllevan un contacto continuado con el sufrimiento humano, como profesionales de salud mental. Dada la necesidad de definir el burnout como una relación mutua entre factores ambientales y personales y su implicación en tres niveles de respuesta (cognitivo, emocional y conductual), se considera relevante determinar qué papel juegan variables conductuales como la flexibilidad psicológica y la capacidad de interacción social. Método: En este trabajo se llevó a cabo un estudio transversal factorial en el que participaron un total de 269 profesionales de salud mental españoles. El muestreo fue intencional y la evaluación se llevó a cabo mediante el formulario de Google. Se evaluó la flexibilidad psicológica en el ámbito laboral, la capacidad de interacción social y la presencia de burnout. Resultados: se puede observar que tanto la flexibilidad psicológica como la capacidad de interacción correlacionan significativamente con las tres facetas del burnout y que las puntuaciones en flexibilidad e interacción son significativamente diferentes entre los profesionales que presentan burnout y los que no. Conclusiones:

estos resultados muestran la relevancia de tener en cuenta dichas variables a la hora de diseñar intervenciones eficaces para prevenir y tratar el burnout en profesionales de salud mental.

12. DIAGNOSTICOS DE LA PATOLOGIA VOCAL SEGÚN LA CIE-10

Dra. M^a Elvira Santos y Pérez.

LES. Admisión y Documentación Clínica. Complejo Asistencial de Zamora

Introducción: La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) publicada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) es “el sistema de categorías a las cuales se les asignan entidades morbosas de acuerdo a unos criterios establecidos”. Está presente en la gestión de pacientes y en el proceso asistencial; en los sistemas de la información y en las aplicaciones operativas tales como la gestión de las listas de espera quirúrgica, las consultas externas, el hospital de día etc.

Método: En este trabajo se emplea la CIE-10 (Diagnósticos) para un estudio en pacientes hospitalizados en Otorrinolaringología que requirieron cirugía durante 2017, empleando exclusivamente aquellos casos en que el diagnóstico principal correspondía a patología vocal.

Resultados: El número de procesos con diagnóstico principal de patología benigna no neoplásica de laringe (J37 y J38) fueron 80; de los cuales en el epígrafe J38.3 (miscelánea de diagnósticos clínicos) se registraron 17 casos, seguidos de los pólipos (16), el edema laríngeo con 12 y los nódulos (11). Los pacientes con patología neoplásica benigna (D14.1) fueron 10 y de estos, 6 resultaron papilomatosis. Las neoplasias malignas de laringe (C32.0 - C32.9) operadas ascendieron a 36 de las que 18 presentaban carcinoma de glotis, el mayor número registrado se encuadró como carcinoma epidermoide infiltrante seguido del epidermoide in situ.

Conclusiones: Primera: La CIE-10 es un buen sistema de clasificación de patologías pero precisamos que la información clínica facilitada sea lo más detallada posible para poder codificar con la mayor precisión posible los procesos. Segunda: La especificidad clínica no siempre se corresponde con la categorización de la CIE-10, agrupándose varios diagnósticos dentro de un mismo epígrafe de codificación. Tercera: Se hace imprescindible la buena comunicación entre los clínicos y los profesionales de Documentación clínica

13. MEDIDAS DE REDUCCIÓN DEL RIESGO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN PRODUCIDAS POR DISPOSITIVOS CLÍNICOS EN UNIDADES DE CUIDADOS CRÍTICOS

Carmen García Roncero*, Rosa María Lorenzo Pascua.**

Enfermera Servicio de Cirugía del Hospital Virgen Concha de Zamora, Enfermera del Servicio de Medicina Intensiva del Hospital Clínico Universitario de Salamanca.

Introducción. Para el correcto cuidado, control y tratamiento de cualquier paciente hospitalizado en una unidad de cuidados intensivos es necesaria la colocación de múltiples dispositivos clínicos.

En la mayoría de las ocasiones es necesario mantenerlos por periodos prolongados de tiempo y eso, sumado a la habitual situación de hipoperfusión e hipoxia tisular, dan como resultado la aparición de numerosas úlceras por presión que frecuentemente acaban complicando aún más el frágil estado de salud de los pacientes aumentando la estancia hospitalaria y el gasto sanitario.

Método. Revisión bibliográfica y práctica clínica diaria en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Universitario de Salamanca

Resultados. El 95% de las úlceras por presión se pueden prevenir.

Entre el 14 -42% son consideradas úlceras iatrogénicas.

La protección de la piel es un método eficaz para disminuir la incidencia de la aparición de úlceras por presión

Se recomienda la movilización de los distintos componentes cada 4 horas para evitar decúbitos, siempre que la situación clínica del paciente lo permita.

El cambio protocolizado de apósitos de sujeción de los diferentes equipos se ha demostrado como una de las medidas más eficaces frente a la aparición de úlceras por presión.

Dispositivos con mayor riesgo de provocar úlceras iatrogénicas en una unidad de críticos:

* Material de soporte ventilatorio: Gafas nasales, diferentes tipos de mascarillas, ventilación no invasiva y ventilación mecánica invasiva (tubo endotraqueal y cánulas de traqueostomía).

* Sondas digestivas y urinarias.

* Catéteres intravenosos y arteriales.

* Sistemas de drenaje: Abdominales, craneales, torácicos, etc.

* Equipos de monitorización: Adhesivos, transductores, etc.

* Unidades de depuración extrarrenal: Hemodiálisis convencional, hemofiltración continua.

* Dispositivos especiales: ECMO, balón de contrapulsación, asistencia ventricular

Conclusión. El uso de dispositivos de protección de la piel y medidas de prevención generales disminuye la incidencia de este tipo de úlceras.

14. EL COSTE DE NO ACUDIR A SU CITA EN RADIODIAGNÓSTICO: ESTUDIO PRELIMINAR.

José Martín Marín Balbín*, **Ignacio Martín García****, **Miguel Gonzalo Domínguez****, **Rodrigo Blanco Hernández****, **Cristina Hernández Rodríguez****, **Bianca Prieto Hernández****.

**Jefe de Servicio. Servicio de Radiodiagnóstico. Complejo Asistencial de Zamora, LES. Servicio de Radiodiagnóstico. Complejo Asistencial de Zamora.*

Introducción. El absentismo en la cita de Radiodiagnóstico genera una repercusión en la eficiencia del uso de los recursos y un coste económico que se pierde.

Métodos. Estudio observacional de 406.086 citaciones de pruebas radiológicas durante los años 2016 y 2017, en las cuales se ha determinado el absentismo del total del año y por las diferentes salas de trabajo usando la base de datos del Sistema de Información Radiológica de IRE.

Se ha calculado el coste determinando las Unidades Relativas de Valor y su coste en los años 2016 y 2017.

Resultados. Se citaron 406.086 pruebas radiológicas durante los años 2016 (202.936) y 2017 (203.150) de las cuales no acudieron a su cita 27.513, 13.898 en el 2016 y 13.615 en el 2017.

Estas cifras corresponden a un absentismo de 6,8% en el 2016 y 6,7% en el 2017. Se perdieron 35.085 y 35.039 Unidades Relativas de Valor en los años 2016 y 2017 respectivamente. El coste del absentismo es de 452.252,65€ y 473.376,89€ en los años 2016 y 2017 respectivamente.

Conclusiones. El absentismo en la citación de Radiodiagnóstico constituye un importante coste económico al año.

Es importante intentar disminuirlo también por la pérdida de oportunidad de realizar una prueba a quien lo necesita.

15. ESTUDIO SOBRE GRIPE EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA

Reyes Beltrán Bernaldez*, **Diana Monge Donaire***, **Armando Tejero Pedregosa****, **Vega Losada Martínez***, **Gerardo Ferrigno Bonilla***, **Nuria Rodrigo Castroviejo***.

**MIR. Servicio Medicina Intensiva, Hospital Virgen Concha de Zamora, **LES. Servicio Medicina Intensiva, Hospital Virgen Concha de Zamora*

Introducción: La gripe es una enfermedad causada por virus influenza. Puede presentarse como casos esporádicos, epidemias estacionales y pandemias. Nuestro objetivo primario fue el análisis de mortalidad. Objetivos secundarios: analizar estancia en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI); factores de riesgo que influyan en la morbilidad y mortalidad de estos pacientes; soporte ventilatorio precisado.

Métodos: Se trata de un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo. Como criterio de inclusión se seleccionaron aquellos pacientes ingresados en el S. Medicina Intensiva del Hospital Virgen Concha de

Zamora entre Octubre de 2013 y Octubre de 2018 con PCR positiva para virus influenza. La recogida de datos se realizó localizando pacientes con diagnóstico de gripe. Se recogieron las variables: Sexo, edad, índice de masa corporal (IMC), Diabetes Mellitus, antecedente personal de patología respiratoria, tiempo de estancia en UCI, escalas APACHE y SOFA, tipo de virus influenza, tipo de soporte ventilatorio precisado, tratamiento con oseltamivir, diagnóstico de sobreinfección, mortalidad. El estudio estadístico se realizó con el programa IBM SPSS Statistics®; se calcularon media y mediana de cada una de las variables.

Resultados: Se reclutaron un total de 23 pacientes; el 73.9% eran hombres, con edad media de $67,93 \pm 11,44$ años; un 26.1% eran diabéticos y un 56.5% presentaban antecedentes personales de patología pulmonar; el IMC medio fue de $28,99 \pm 9,01$ kg/m². El APACHE medio fue de $16,65 \pm 7,68$, y el SOFA de $5,07 \pm 3,08$. El 87% fueron positivos para virus influenza A. El 86.9% precisaron de soporte respiratorio, tratándose en un 56.5% de ventilación mecánica invasiva (con una duración media de $8,91 \pm 15,29$ días). El 100% recibió tratamiento con oseltamivir. La media de estancia en UCI fue de $16,86 \pm 21,62$ días. Un 30.4%, falleció. No se encontraron relaciones estadísticamente significativas, muy probablemente en relación con el tamaño de la muestra.

Conclusión: La infección por virus influenza, particularmente el subtipo H1N1, es una patología con una elevada morbimortalidad. Puede afectar a pacientes en un amplio rango de edades que requieren de tratamiento intensivo. Un diagnóstico precoz y la detección de signos de gravedad pueden ser decisivos en sujetos con una esperanza de vida previa prolongada.

Espacio de redifusión: comunicaciones presentadas a otras Jornadas y Congresos durante el año 2018:

1. HIPERPLASIA PSEUDOANGIOMATOIDE: DIAGNÓSTICO, MANEJO Y TRATAMIENTO

Presentado en 37º congreso SESPM en Octubre de 2018 Cádiz.

Ana Álvarez Blanco *, **Inmaculada Herrador García ****, **María Carrillo Sánchez *****, **Mónica Catalina Coello ******, **Rosa García Robles ******, **Paloma Ramos Nogueiras *******

Residente de 4º año de Ginecología y Obstetricia del Hospital Virgen de la Concha. Zamora, **Residente de 3º año de Ginecología y Obstetricia del Hospital Virgen de la Concha. Zamora, * Residente de 1º año de Ginecología y Obstetricia del Hospital Virgen de la Concha. Zamora,**** Adjuntas de Ginecología y Obstetricia del Hospital Virgen de la Concha. Zamora, ***** Jefa en Funciones del Hospital Virgen de la Concha. Zamora.*

Introducción. La hiperplasia pseudoangiomatosa se trata de una lesión benigna, poco frecuente, de aparición generalmente en mujeres pre-menopáusicas de entre 30-40 años. Es frecuentemente unilateral, de rápido crecimiento y cierta dependencia hormonal (al cambiar de tamaño con el ciclo menstrual).

Al tratarse de una patología tan infrecuente consideramos de interés el repaso de la misma de cara a los diferentes profesionales.

Objetivos. Revisión a través de un caso clínico del diagnóstico, diagnóstico diferencial y manejo de la Hiperplasia estromal pseudoangiomatoide.

Material y métodos. Presentamos una paciente de 15 años, con hiperandrogenismo leve-moderado en seguimiento por Endocrinología y tratamiento con Androcur. Es derivada desde Pediatría por tumoración en la mama izquierda de rápido crecimiento los últimos 5 meses.

- Exploración física: Piel de la mama izquierda de aspecto rubicundo, ligeramente inflamada y con estrías, palpándose una tumoración de +- 20 cms que ocupa la hemimama superior izquierda, con axila clínicamente negativa.

- Ecografía mamaria: Masa hipoecoica en mama izquierda de 10 por 12 cms que ocupa predominantemente los cuadrantes superiores y región retroareolar con imágenes ductales en su interior compatible con Tumor Philodes, Fibroadenoma gigante juvenil o Hamartoma (menos probable) Birads 3-4.

- Mamografía: Masa hiperdensa sin microcalcificaciones en su interior coincidente en tamaño y localización con hallazgo ecográfico.

- Ecografía de axila: negativa

- BAAG: Hiperplasia pseudoangiomatoide del estroma

Resultados. Se realizó tumorectomía con incisión periareolar sin extirpación de piel (desplazamiento ascendente de CAP). Buenos resultados estéticos en postoperatorio a corto plazo. Valorando la involución de piel durante el seguimiento, con buena evolución.

Conclusiones. La Hiperplasia Pseudoangiomatoide se trata de un tumor benigno poco frecuente, el diagnóstico se realiza generalmente mediante punción biopsia percutánea eco-dirigida o por estereotaxia y entre los diagnósticos diferenciales, el más importante es el angiosarcoma de bajo grado, pero a diferencia de éste, los espacios de la hiperplasia estromal pseudoangiomatosa contienen miofibroblastos en uno de los lados y un material mucopolisacárido en su interior, mientras que en el angiosarcoma existen hematíes La mayoría de los autores aconsejan un tratamiento inicial mediante tumorectomía, siendo el pronóstico excelente y la recurrencia, rara

2. INFLUENCIA DEL BALANCE HÍDRICO EN MORTALIDAD Y VENTILACIÓN MECÁNICA EN PACIENTES EN SHOCK SÉPTICO.

Presentado en el Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Intensiva (Junio 2018), así como en el Congreso de la Sociedad Europea de Medicina Intensiva

Diana Monge Donaire*, **Armando Tejero Pedregosa ****, **Vega Losada Martínez***, **Gerardo Ferrigno Bonilla***, **Nuria Rodrigo Castroviejo***, **Reyes Beltrán Bernáldez***.

**MIR, Servicio Medicina Intensiva. Hospital Virgen Concha de Zamora, **LES, Servicio Medicina Intensiva. Hospital Virgen Concha de Zamora.*

Introducción: el uso de fluidoterapia, junto con el empleo de antibióticos, constituyen los pilares fundamentales del tratamiento inicial del paciente con shock séptico. Sin embargo, no existe un consenso para prevenir los efectos nocivos derivados del uso de un volumen excesivo. Nuestro objetivo fue determinar la influencia del balance hídrico positivo durante la resucitación inicial del shock séptico en la mortalidad y la duración de la ventilación mecánica.

Métodos: estudio de cohortes retrospectivo en una UCI polivalente; se seleccionaron pacientes adultos con shock séptico ingresados en la Unidad desde Enero de 2013 a Junio de 2017. Se recogieron variables demográficas, pronósticas, origen de la sepsis, aporte de fluidos, balance hídrico, necesidad y duración de ventilación mecánica (VM), mortalidad en UCI y hospitalaria.

Resultados: se estudiaron 159 pacientes (67% hombres) con una edad de 71±12 años. El foco de sepsis fue abdominal (51%), seguido de respiratorio (20%) y genitourinario (17%). La mortalidad intra-UCI fue del 29% y la hospitalaria, del 39%. Un 73% de pacientes requirieron VM, la duración de la misma fue de 7±11 días. El balance hídrico acumulado en las primeras 48 horas fue menor en los supervivientes: -1113 ml (IC 95% -2169 ml, -56 ml, p=0.039). El aporte de fluidos fue similar en ambos grupos (24 horas: 4751±2173 ml, 65±33 ml/kg VS 4685±2198 ml, 68±32 ml/kg; 48 horas: 4744±1547 ml, 64±25 ml/kg VS 4553±2712 ml, 66±39 ml/kg). El balance hídrico influyó en la duración de la VM (correlación de Spearman 0,314, p<0,01). Los pacientes con un balance hídrico acumulado en las primeras 48 horas mayor de 6 litros presentaron un aumento de mortalidad, RR= 1,52 (IC 95% 1,02-2,25, p= 0,038); asimismo requirieron mayor tiempo de VM: 5,2 días (IC 95% 1,1-9,3 días, p=0,013). En el análisis de regresión logística la necesidad de VM, la puntuación APACHE II>21 y el IMC>26kg/m² aparecen como variables asociadas a la mortalidad.

Conclusiones: el aporte de fluidos es una parte indispensable del tratamiento del shock séptico. Sin embargo el balance hídrico positivo elevado durante las primeras 48 horas puede asociarse a un aumento de la mortalidad y la duración de la ventilación mecánica.

3. COMA EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA DEL COMPLEJO ASISTENCIAL DE ZAMORA.

Presentado al Congreso Regional de Medicina Intensiva de Castilla y León (mayo 2018).

Diana Monge Donaire*; **Sara Muñoz Alonso****; **Vega Losada Martínez***; **Gerardo Ferrigno Bonilla***; **Nuria Rodrigo Castroviejo***; **Concepción Tarancón Maján*****

Médico Interno Residente, Servicio Medicina Intensiva. Hospital Virgen Concha de Zamora, **Médico Interno Residente. Servicio Medicina Interna. Hospital Virgen Concha de Zamora, *Jefa de Servicio, Servicio Medicina Intensiva. Hospital Virgen Concha de Zamora*

Introducción: Se define el coma como la disminución del estado de consciencia, que oscila entre somnolencia y coma profundo. La etiología se puede clasificar en: traumático, tóxico-metabólico, vascular, idiopático y otras causas. Nuestro objetivo principal fue analizar la etiología de los casos de coma en nuestra Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Como objetivos secundarios, el estudio de: mortalidad, sexo, edad, ventilación mecánica invasiva (VMI), infección nosocomial, traqueostomía.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo. Se revisaron los informes de alta de la UCI del CAZA desde Enero 2008 hasta Marzo 2018 con diagnóstico de ingreso "coma" o "disminución del nivel de consciencia". Las variables analizadas fueron sexo, edad, etiología, VMI, traqueostomía, infección nosocomial y mortalidad. Se excluyeron aquellos pacientes trasladados a otros centros.

Resultados: Se obtuvieron un total de 290 pacientes; se excluyeron 3. La causa más frecuente fue tóxico-metabólica (43,55%). La edad media fue de 64,43 años, siendo el 59,93% varones. El 79,44% precisaron VMI, y en 12,54% se realizó traqueostomía. En un 11,49% se diagnosticó infección nosocomial. El 35,19% de los pacientes fallecieron. (Ver Tabla)

ETIOLOGÍA (%)	♂	♀	EDAD (años)	VMI	TRAQUEO.	INFCC.	EXITUS
TOXICO-METABÓLICO (43,55)	24,04%	19,51%	59,40	32,40%	3,48%	4,87%	8,71%
VASCULAR (31,35)	20,90%	10,45%	72,00	29,26%	6,96%	4,52%	19,16%
OTROS (18,11%)	10,80%	7,31%	62,25	11,84%	1,74%	1,39%	4,18%
IDIOPÁTICO (2,78%)	2,09%	1,04%	63,22	2,09%	0,34%	0,69%	1,39%
TRAUMA (3,48%)	2,09%	1,39%	71,7	3,48%	0%	0%	2,09%
COMA (100%)	59,93%	64,43%	64,43	79,44%	12,54%	11,49%	35,19%

Conclusión: La etiología más frecuente del coma que precisa ingreso en UCI en nuestro hospital es tóxico-metabólica, principalmente de causa tóxica. La más letal es el origen vascular, probablemente debido a que se trata de un centro que carece de Unidad de Ictus, teniendo los pacientes que permanecen ingresados habitualmente un pronóstico funesto.

4. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN LA ESQUIZOFRENIA DESORGANIZADA: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Comunicación oral presentada en el XXXV Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental. Santiago de Compostela 21-23 marzo de 2018

Alfonso Sevillano Jiménez *, María Victoria Pineda Buendía, Carlos Hernán Moreno***.**

*EIR de Salud Mental (R2). Servicio de Psiquiatría. Hospital Provincial de Zamora, Complejo Asistencial de Zamora, ** EIR de Salud Mental (R1). Servicio de Psiquiatría. Hospital Provincial de Zamora, Complejo Asistencial de Zamora, *** Enfermero Especialista en Salud Mental. Supervisor de Enfermería del Servicio de Psiquiatría. Hospital Provincial de Zamora, Complejo Asistencial de Zamora.

Introducción. La incorrecta adherencia al tratamiento es un fenómeno común en todo trastorno médico crónico. Sin embargo, este hecho constituye un desafío particular en la práctica clínica psiquiátrica, especialmente en trastornos psicóticos, debido a la asociación de dichas enfermedades con elementos tan cruciales y de índole multifactorial como es el deterioro cognitivo, abuso comórbido de sustancias, falta de conciencia de enfermedad o el aislamiento social, entre otros. Asimismo, cabe resaltar, que el factor de riesgo más importante ante la recurrencia de los síntomas psicóticos graves es la propia suspensión del tratamiento. Por ello, resulta evidente mostrar la relación existente entre el incorrecto cumplimiento terapéutico prescrito y gravedad de la enfermedad mental.

Metodología. Aplicación del Plan de Cuidados de Enfermería a una mujer de 27 años, la cual residiendo en Barcelona sufre 1º episodio psicótico post-consumo de cannabis. Tras dicho suceso, se produce un cambio acusado en conducta, creencias y pensamientos, llegando incluso a tener mayor afinidad por el mismo sexo (homosexualidad).

Tras numerosos ingresos psiquiátricos es diagnosticada de Esquizofrenia Desorganizada, presentando nula conciencia de enfermedad y nula aceptación de tratamiento psicofarmacológico. Destaca el nivel de desorganización conductual, conllevando un alto riesgo de suicidio.

Desarrollo. Tras la intervención y plan de cuidados de Enfermería, se resolvieron aquellos objetivos reales establecidos a corto plazo, siendo estos: conducta de cumplimiento de la paciente (principal objetivo planteado), aumentar el nivel de autocuidado, así como inicio de conciencia de enfermedad. Además, se reforzaron aquellos aspectos más relevantes con la familia, permaneciendo expectantes de una mejoría clínica para alcanzar aquellos objetivos establecidos a medio y largo plazo.

Conclusiones. 1- El principal objetivo radica en asegurar el cumplimiento psicofarmacológico pautado. En este caso, teniendo en cuenta que existió ya, de por sí, un factor pronóstico negativo, como es el tiempo sin tratar del inicio del cuadro psicótico (DUP), no es posible otras acciones terapéuticas principales más allá de dicha premisa.

2- El control temprano sintomatológico, así como el mantenimiento del tratamiento psicofarmacológico, permiten paliar la recurrencia de incorrecta adherencia terapéutica. Este hecho es fundamental para alcanzar los objetivos de Enfermería establecidos a medio y largo plazo.

5. ¡LO QUE SE NOS AVECINA! TRASTORNOS DE PERSONALIDAD EN MEDIOS DE COMUNICACIÓN

Póster presentado en el XXXV Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental. Santiago de Compostela 21-23 marzo de 2018

Alfonso Sevillano Jiménez *, María Victoria Pineda Buendía, Carlos Hernán Moreno***.**

EIR de Salud Mental (R2). Servicio de Psiquiatría. Hospital Provincial de Zamora, Complejo Asistencial de Zamora, ** EIR de Salud Mental (R1). Servicio de Psiquiatría. Hospital Provincial de Zamora, Complejo Asistencial de Zamora, * Enfermero Especialista en Salud Mental. Supervisor de Enfermería del Servicio de Psiquiatría. Hospital Provincial de Zamora, Complejo Asistencial de Zamora.*

Introducción. Consideramos la personalidad como rasgos y cualidades que configuran la manera de ser de una persona y la diferencian de las demás. No se mide, se infiere de la observación. El trastorno general de la personalidad son rasgos inflexibles y desadaptativos, no explicado mejor con otro trastorno mental ni atribuible a efectos fisiológicos de una sustancia o afección médica. Estable a lo largo de la vida. Está manifestado en dos o más ámbitos y causa malestar clínicamente significativo o deterioro en el ámbito social, laboral u otros.

Metodología. Revisión sistemática del trastorno de personalidad en el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5, realizando comparativa con personajes de la televisiva serie vecinal "La que se avecina".

Resultados. En el grupo A destacan los PARANOIDES: personas rígidas y suspicaces, con desconfianza ante los demás, como el personaje Antonio Recio. Los ESQUIZOIDES están aislados, sin interés social, como Vicente Maroto, sin relación con vecinos ni con su mujer. Los ESQUIZOTÍPICOS presentan déficits sociales e interpersonales con creencias y lenguas extrañas, como Araceli Madariaga, su vestimenta y meditaciones.

En el patrón B, los ANTISOCIALES no cumplen normas sociales ni legales. Fina destacaría en él, maltratando a vecinos y mascotas. El trastorno LÍMITE se caracteriza por impulsividad e inestabilidad, alternando idealización y devaluación. Amador presenta tales características. Los HISTRIÓNICOS son seductores sexuales, buscan ser el centro de atención y presentan emotividad excesiva como el personaje de Judith. La personalidad NARCISISTA destaca por la sensación de ser superiores y admirados y su falta de empatía, como Estela Reynolds autoconsiderada la gran estrella televisiva.

Dentro del grupo C, los DEPENDIENTES presentan necesidad excesiva de cuidado, miedo al abandono y apego exagerado, como el personaje de Raquel.. La personalidad EVITATIVA son sensibles al rechazo y la crítica, con sentimientos de inferioridad, comportamiento social inhibido, como es el personaje de Bruno. La persona OBSESIVO COMPULSIVA es perfeccionista, rigurosa y ordenada, con pensamiento recurrente de control mental e interpersonal, como Enrique Pastor.

Conclusiones. Encontramos personajes adecuados para las características principales de cada uno de los trastornos, pese a no encontrarse referencias en internet sobre ello.

6. ¿HACEMOS UNA INDICACIÓN ADECUADA DE PROTECTORES GÁSTRICOS EN NUESTRA PLANTA DE MEDICINA INTERNA?

Comunicación presentada en el congreso nacional de Medicina Interna de 2018 como Poster B.

Víctor Madrid Romero*, **Nuria Rodrigo Castroviejo****, **Carlota Tuñón De Almeida***, **Gerardo Ferrigno Bonilla****, **Sara Muñoz Alonso***, **Victoria Palomar Calvo***.

* Residente de Medicina Interna, ** Residente de la Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Virgen de la Concha. Zamora (Zamora)

Introducción. La aparición de los Inhibidores de Bomba de Protones (IBPs) supuso un cambio de paradigma en el tratamiento de la enfermedad ulcerosa y la hemorragia digestiva alta. Esto, unido a un perfil de seguridad alto ha llevado a un abuso de este tipo de medicamentos fuera de indicación. Ahora, cuando empieza a ponerse en evidencia que la inocuidad de estos fármacos puede no ser tal, nos preguntamos ¿hacemos un uso adecuado de ella en nuestra planta de medicina interna?

Métodos. Se lleva a cabo un estudio transversal descriptivo realizando un corte de un día en la planta de Medicina Interna con un recuento de los pacientes con pauta de IBPs indicada al ingreso y se contrastan con las indicaciones revisadas para administrar dicha medicación. Las variables analizadas son: Edad (>/<60 años), Sexo, diagnóstico al ingreso, tratamiento actual con antiagregación (si/no), corticoides (si/no) o AINEs a altas dosis (si/no), shock (si/no), sepsis (si/no), fallo hepático (si/no) o renal (si/no).

Resultados. Observamos en nuestro grupo de pacientes (n=51) una distribución por sexos similar, siendo 40 de ellos (79.5%) mayores de 60 años. Una mayoría de pacientes presentan prescripción de IBPs (47; 92.16%), de los cuales 10 no presentan una indicación adecuada en base a la evidencia actual (20.83%) y en tres la indicación es dudosa (6.38%).

Por otra parte, en los pacientes tratados adecuadamente encontramos pacientes tratados debido a farmacoterapia (12; 23.5%), por patologías subsidiarias de dicho tratamiento (14; 27.4%) o por ambas causas (9; 17.65%).

Conclusiones. Observamos una altísima prevalencia en la indicación de protectores gástricos (92,16%) sin encontrar un motivo claro por el cual esto ocurra, por lo que podríamos pensar que la polifarmacia y la edad media de nuestros pacientes llevan a aumentar la prescripción en el uso de IBPs de forma empírica.

Por otra parte, encontramos fuera de toda indicación hasta un 20,83% de pacientes así como un 6,38% cuya indicación es dudosa.

Es por ello que debemos replantearnos el uso que hacemos de este tipo de medicamentos en base a la evidencia actual, no provocando un perjuicio al paciente en busca de un beneficio no demostrado

7. CASO DE ESPLENOSIS ABDOMINAL EN PACIENTE JOVEN

Comunicación presentada en el congreso nacional de Medicina Interna de 2018 como caso clínico.

Víctor Madrid Romero*, **Anselma Fernández Testa****, **Nuria Rodrigo Castroviejo*****, **Sara Muñoz Alonso***, **Victoria Palomar Calvo***, **Carlota Tuñón De Almeida***.

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen de la Concha, Zamora, **Servicio de Urgencias Hospitalarias. Hospital Virgen de la Concha, Zamora, ***Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Virgen de la Concha, Zamora.

Introducción: Habitualmente en los servicios de urgencias hospitalarias se trata y diagnostica distintas causas de dolor abdominal, no llegando en muchas ocasiones a un diagnóstico de certeza y presentándose en la mayoría de los casos patología banal. Nos proponemos describir y estudiar un diagnóstico poco habitual.

Métodos: Analizamos un caso de dolor abdominal inespecífico persistente en paciente joven en el que se llega a un diagnóstico final de esplenosis abdominal. De manera retrospectiva, analizando las pruebas complementarias realizadas y posteriormente comparando el procedimiento con la bibliografía sobre el tema, evaluamos nuestra actuación de cara a posibles futuros casos.

Resultados: La esplenosis abdominal es un proceso que se produce por implantes de tejido esplénico producidos por traumas mayores, esplenectomía o lesiones esplénicas accidentales durante cirugía. Los implantes suelen ser múltiples y suelen encontrarse en cualquier parte de la cavidad abdominal.

En nuestro caso se detectaron masas mediante ecografía ante la consulta de dolor abdominal persistente. Se ingresa al paciente y, tras la realización de resonancia magnética y dados los antecedentes de esplenectomía postraumática, se deriva al Hospital Clínico de Salamanca para la realización de gammagrafía con hematíes marcados, prueba que arroja un diagnóstico de certeza.

Conclusiones: Dada la rareza del caso, fueron necesarias varias visitas al médico de atención primaria hasta que la paciente fue derivada al servicio de Urgencias Hospitalarias y se realizó una prueba diagnóstica. Gracias a la adecuada secuenciación de pruebas posteriormente al ingreso y a una alta sospecha clínica se consigue llegar a un diagnóstico de certeza de un dolor abdominal inespecífico, aunque queda la duda de si hubiera sido necesaria la resonancia magnética antes de la realización de una gammagrafía con hematíes marcados, dado que no se detalla específicamente en la literatura. Actualmente la paciente se encuentra en perfecto estado, puesto que es una patología que no precisa tratamiento específico.

8. INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS HOSPITALARIAS

Comunicación presentada en el XXII Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados, INVESTEN el 14-16 noviembre, 2018.

M^a Azucena González-Sanz*, Yolanda Martín-Vaquero, Mar Casasola-Fuentesauco, M^a Ángeles Lucas-Pastor, M^a Antonia Martín-Francisco*, Inmaculada Domínguez-Juan*, Araceli Blanco-Rodríguez*, Cristina López- Hernández**, Ana Báez- Marín*****

* Enfermera, Unidad Neuro-Hematología Hospital Virgen de la Concha. **Unidad de Calidad Complejo Asistencial de Zamora. ***Enfermera, Unidad UCI Hospital Virgen de la Concha***Dirección de Enfermería Complejo Asistencial de Zamora

Introducción. La incidencia y prevalencia de caídas es mayor en las personas hospitalizadas y en instituciones. Más del 84% de todos los eventos adversos en pacientes hospitalizados está relacionado con las caídas. El objetivo del estudio es valorar la modificación de los factores de riesgo extrínsecos en la prevención de caídas tras una intervención educativa.

Métodos. Revisión bibliográfica para elaboración de carteles informativos con recomendaciones para modificación de las medidas extrínsecas (pacientes y profesionales). Estudio postintervención con control histórico. Auditoría de infraestructuras e inspección de los pacientes ingresados en un servicio de hospitalización al mes y 6 meses de colocación de los carteles. Se recogen datos con las medidas extrínsecas, valoración del riesgo de caídas (Downton) y datos demográficos. Registros de caídas (incidencia - daños causados) últimos 6 meses en dicha unidad (aplicativo Gacela CARE).

Resultados. Se evalúan 30 pacientes ingresados al mes cuya edad media es de 64,9 años (50% mujeres). A los 6 meses se evalúan 29 pacientes con edad media de 68,3 años (69% hombres). En el primer control el 90% de las camas estaban a la altura más baja, frente al 86,2% a los 6 meses.

El 100% de las camas está frenado. Los sillones permanecían sin freno en un porcentaje mayor que preintervención (57% - 59%). El timbre es accesible en el 80% y 96,6% respectivamente. El 66,7% de los pacientes tenían zapatillas cerradas, frente al 51,7% del segundo control. El riesgo de caídas está valorado en el 100% de los evaluados (20% riesgo elevado), frente al 77% en segundo control (riesgo elevado 36,4%). Se han registrado 10 caídas en la unidad en los últimos 6 meses, lo que supone una prevalencia de 1,06%, y lesiones en el 30%.

Conclusiones. Las caídas hospitalarias son un importante indicador de calidad, esta intervención pretende implicar tanto al personal sanitario como no, y a los propios pacientes para modificar los factores de riesgo. Las diferencias encontradas en el tiempo nos deben llevar a no relajar las medidas sino complementarlas (charlas informativas, educativas). La realización de la valoración del riesgo de caídas y registro permitirá actuaciones de mejora y modificación.

9. SITUACIÓN ACTUAL DE LAS ENDOCARDITIS INGRESADAS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.

Presentado en el Congreso Nacional de Medicina Interna de noviembre de 2018.

G. Zapico Aldea*, **E. Martínez Velado****, **L. Rodríguez Fernández***, **A. Aparisi Sanz*****, **C. Martín Gómez****, **J. Gallego Gil***.

Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario de Valladolid, **Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial de Zamora, *Servicio de Cardiología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.*

Introducción. La endocarditis infecciosa es una enfermedad que afecta, fundamentalmente, a las válvulas cardíacas. Presenta mal pronóstico si existe retraso al diagnóstico o un inadecuado tratamiento. Los factores más frecuentemente relacionados son: edad >60 años, el sexo masculino, manipulación dentaria, alteración cardíaca, enfermedad valvular o prótesis, dispositivos intravasculares o antecedentes de endocarditis. Actualmente los hemocultivos son negativos en el 5% de las endocarditis infecciosas, siendo la causa más frecuente el tratamiento antimicrobiano previo por un diagnóstico incorrecto. En ocasiones se tiene que recurrir al cultivo directo de vegetaciones valvulares tras la cirugía o de una embolia periférica para aislar el germen. Los microorganismos más frecuentes encontrados son: staphylococcus aureus, streptococcus viridans, enterococcus, staphylococcus coagulasa negativos y otros gérmenes entre los que figuran las bacterias del grupo HACEK, otros gramnegativos y hongos.

Métodos. Se ha realizado un estudio descriptivo, observacional y retrospectivo tras revisión de historias clínicas de pacientes con diagnóstico de endocarditis infecciosa durante los años 2013-2017 en un hospital de tercer nivel, siendo centro de referencia de Cirugía Cardíaca de Soria, Valladolid y Palencia, asumiendo ocasionalmente pacientes de otras provincias.

Resultados. Se obtuvieron un total de 229 pacientes, la media de edad de 67 años, siendo 60 mujeres (26.2%). Según el tipo de válvula, 161 (70.3%) asentaba sobre válvula nativa, 30 (13.1%) sobre válvula protésica y 38 (16.6%) sobre dispositivo cardíaco (cable de marcapasos, DAI). Los hemocultivos fueron negativos en 49 casos (21.4%). En el resto de hemocultivos los gérmenes aislados en hemocultivo fueron por orden de frecuencia: 43 streptococcus viridans (incluyendo bovis y viridans, entre otros); 33 staphylococcus aureus meticilin sensible; 29 enterococcus faecalis; 23 staphylococcus epidermidis; 14 staphylococcus aureus meticilin resistente; 2 coxiella burnetii. A la hora de la realización de este estudio, habían fallecido 73 pacientes (31.9%).

Conclusiones.

- Mayor afectación en el sexo masculino.
- Importante porcentaje de hemocultivos negativos.
- Un tercio de los pacientes con afectación de dispositivo cardíaco bien por prótesis valvular o por dispositivo de estimulación intracardiaca.
- Streptococcus del grupo viridans como germen más frecuente.

10. ¿CUÁNTO DE FRECUENTE ES LA FASCITIS NECROTIZANTE?

Presentado en el Congreso Nacional de Medicina Interna de noviembre de 2018.

G. Zapico Aldea*, **L. Rodríguez Fernández***, **E. Martínez Velado****, **N. A. Cruz Guerra*****, **H.K. Silvagni Gutiérrez***, **E. Mucientes Peinador******.

Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico de Valladolid, **Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial de Zamora, *Servicio de Urología. Complejo Asistencial de Zamora, ****Servicio de Cuidados Intensivos. Hospital Clínico de Valladolid.*

Introducción. La fascitis necrotizante es una infección bacteriana rara pero grave de la piel que se propaga rápidamente y destruye los tejidos blandos del cuerpo. La mayoría de los pacientes que sufren fascitis necrosante, padecen de otras enfermedades que afecten al sistema inmune. Dentro de los microorganismos que encontramos, los streptococcus del grupo A son los más frecuentes, también otros gérmenes como Escherichia coli, Staphylococcus aureus Clostridium y Pseudomona aeruginosa. El tratamiento principal es el desbridamiento de material necrótico, acompañado de antibioterapia empírica

con un carbapenem, una agente con actividad frente a SAMR y clindamicina. Dada la gravedad del cuadro y la morbilidad que condiciona la cirugía extensa, el pronóstico es malo y la mortalidad elevada.

Métodos. Se realizó un estudio descriptivo, observacional y retrospectivo de pacientes diagnosticados de fascitis necrotizante entre 2014-2017 en un hospital de tercer nivel obteniéndose 9 casos con diagnóstico de infección necrotizante de piel y partes blandas, los cuales, tras revisar las historias clínicas, sólo 4 cumplían criterios de fascitis necrotizante, siendo el resto miositis, celulitis o abscesos múltiples. Las variables analizadas fueron: sexo, edad, causas de inmunosupresión (como diabetes mellitus, enfermedad renal crónica o coexistencia de neoplasias), si se identifica causa, la localización, el germen aislado y la mortalidad.

Resultados. Presentamos una serie de 4 casos de pacientes diagnosticados de fascitis necrosante, con edades al diagnóstico de 4, 38, 57 y 67 años; siendo la primera mujer y el resto varones. Dos pacientes eran inmunodeprimidos por neoplasia (leucemia mieloblástica aguda y neoplasia de recto) con tratamiento quimioterápico, otro padecía diabetes mellitus y uno no tenía comorbilidades. La etiología fue:

- Peritonitis purulenta con crecimiento de enterobacterias en hemocultivo.
 - Perforación intestinal afectando a glúteo derecho, con crecimiento de *Escherichia coli* en fistulización.
 - Hematoma tras traumatismo accidental en hemitórax izquierdo y crecimiento de streptococcus pyogenes.
 - En uno de ellos no se encontró puerta de entrada afectando a la extremidad inferior derecha sin aislamiento de germen.
- Fallecieron durante el episodio tres de los cuatro pacientes.

Conclusiones.

- Sólo un paciente no presentaba comorbilidades.
- Mayor número de infecciones monomicrobianas.
- Mortalidad elevada.

11. SITUACIÓN ACTUAL DEL MIELOMA MÚLTIPLE EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.

Presentado en el Congreso Nacional de Medicina Interna de noviembre de 2018.

L. Rodríguez Fernández*, **E. Martínez Velado****, **G. Zapico Aldea***, **C. Pérez Martín*****, **J. Gallego Gil***, **C. Martín Gómez****.

Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario de Valladolid, **Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial de Zamora, *Servicio de Hematología. Hospital Clínico de Valladolid.*

Introducción. El mieloma múltiple (MM) es una neoplasia de las células plasmáticas de la médula ósea. El MM puede producir anemia, infecciones, hipercalcemia por descalcificación con lesiones líticas. Dado el aumento de células plasmáticas, se produce aumento de inmunoglobulinas (también llamado banda monoclonal) que puede acumularse y lesionar al riñón produciendo insuficiencia renal.

Aparece característicamente en gente con edades superiores a 65 años, y no existe ningún factor conocido que sea causa directa de su aparición. Las recaídas favorecen la acumulación de secuelas (especialmente la insuficiencia renal y las lesiones óseas) y afectan a la calidad de vida, y reducen las opciones de tratamiento.

Métodos. Realizamos un estudio descriptivo, observacional y retrospectivo de pacientes con primodiagnóstico de mieloma múltiple entre los años 2013-2017 en nuestro hospital. Analizamos las variables: sexo del paciente, edad media, causa de sospecha de mieloma múltiple, filtrado glomerular, anemia y lesiones óseas al diagnóstico, antecedentes analíticos previos y supervivencia en el tiempo de realización del trabajo.

Resultados. Del total de 83 pacientes, la edad media fue 73 años al diagnóstico (el más joven 57 años y el mayor 96 años), eran 28 (33.7%) mujeres. La sospecha de mieloma múltiple en 49 pacientes fue por síntomas clínicos, principalmente dolor óseo, 34 tenían alteraciones analíticas como anemia o aumento del componente monoclonal conocido previamente. Al diagnóstico, 34 pacientes (41.0%) tenían una anemia inferior a 10 g/dl y 45(54.2%) se objetivaban lesiones óseas. El filtrado glomerular en el momento

del diagnóstico por la escala MDRD-4, 17 pacientes estaban en estadio I, 28 pacientes en estadio II, 23 pacientes en estadio III, 8 pacientes en estadio IV y 7 pacientes en estadio V. Atendiendo a patología hematológica previa, 34 pacientes presentaban gammapatía monoclonal, 23 pacientes anemia de cualquier etiología y 26 pacientes no tenían antecedentes relevantes. Al finalizar el estudio, se documentaron 13 fallecimientos (15.7%).

Conclusiones.

- * Mayor número de varones enfermos.
- * Más de la mitad de los pacientes tenían lesiones óseas al diagnóstico.
- * Alto porcentaje de pacientes en seguimiento analítico.
- * Importante porcentaje de paciente con afectación del filtrado glomerular por debajo de 30 ml/h/m

12. REVISIÓN DE LAS SONDAS DE GASTROSTOMÍAS COLOCADAS EN UN CENTRO DE TERCER NIVEL.

Presentado en el Congreso Nacional de Medicina Interna de noviembre de 2018.

E. Martínez Velado*, **G. Zapico Aldea****, **L. Rodríguez Fernández****, **C. García Iglesias*****, **H.K. Silvagni Gutiérrez****, **C. Rodríguez Martín***.

Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial de Zamora, **Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico de Valladolid, *Medicina Familiar y comunitaria. Hospital Clínico de Valladolid.*

Introducción. La indicación principal de la colocación de una sonda de gastrostomía percutánea (PEG) es mantener una nutrición enteral en pacientes con sistema digestivo indemne pero que, por distintos motivos no pueden mantener dicha nutrición por vía oral y en los que se prevé que precisarán aporte nutricional por un periodo superior a 4 semanas. Si miramos la indicación según la etiología de la enfermedad la causa más frecuente es la disminución de la capacidad de ingesta e incluye procesos neurológicos que producen disfagia neuromotora, enfermedades de la cavidad orofaríngea y del esófago y cuadros de anorexia. Otras indicaciones son los pacientes con requerimientos nutricionales aumentados o alterados que no se pueden suministrar por vía oral, la infusión de medicación continua, las alteraciones del sistema digestivo y de la absorción. No existen contraindicaciones absolutas para la colocación de la PEG.

Métodos. Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y observacional mediante la revisión de las historias clínicas de pacientes sometidos a la colocación de PEG entre 2013 y 2017 en un hospital de tercer nivel. Se analizaron: sexo, edad, motivo de colocación, servicio que la solicitó, estado nutricional y vital a la hora del estudio.

Resultados. Obtuvimos un total de 205 pacientes, con una media de edad de 71 años, 86 (41.9%) eran mujeres. 57 pacientes fue por deterioro cognitivo, 45 por causa degenerativa (Parkinson, esclerosis lateral amiotrófica y esclerosis múltiple), 38 por neoplasia (obstrucciona o secuela de radioterapia) y en 62 pacientes por otras causas (accidentes cerebrovasculares, traumatismos y encefalopatías). Digestivo la solicitó en el 39.5%, el 26.8% por Medicina Interna, el 13.2% Neurología o Neurocirugía, 7.8% Otorrinolaringología y el 12.7% otros. El estado nutricional previo a la colocación de la sonda, el 46.7% estaban en riesgo de desnutrición y el 53.3% tenía mal estado nutricional. Al realizar este estudio, 85 pacientes (41.5%) habían fallecido independientemente de que la causa.

Conclusiones.

- * Discreta predominancia del sexo masculino sobre el femenino.
- * Situación nutricional deficitario previo al intervencionismo.
- * El deterioro cognitivo es la etiología más frecuente.
- * Mortalidad elevada en el periodo de tiempo analizado.

13. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE RABDOMIOLISIS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.

Presentado en el Congreso Nacional de Medicina Interna de noviembre de 2018.

L. Rodríguez Fernández*, **G. Zapico Aldea***, **E. Martínez Velado****, **A. Aparisi Sanz*****, **E. Mucientes Peinador******, **C. Martín Gómez****

Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial de Zamora, **Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico de Valladolid, *Servicio de Cardiología. Hospital Clínico de Valladolid, ****Servicio de Cuidados Intensivos. Hospital Clínico de Valladolid.*

Introducción. La rabdomiolisis es la desestructuración y necrosis de las células musculares. La clínica típica son las mialgias, pero pueden aparecer otras: fiebre, taquicardia, vómitos o abdominalgia. Las causas: traumatismos, confinamiento, hipoperfusión muscular, epilepsia, agitación, sobredosis, hipertermia o alteraciones hidroelectrolíticas. También pueden elevar las enzimas musculares ciertos fármacos como las estatinas. El pronóstico depende de la causa y de las posibles complicaciones. La supervivencia global se aproxima al ochenta por ciento, y la mayor parte de las muertes se relacionan con otras causas sin ser consecuencia directa de la rabdomiólisis.

Métodos. Se ha realizado un estudio descriptivo, observacional y retrospectivo de pacientes ingresados en un hospital de tercer nivel entre 2012 y 2017, mediante la revisión de los informes de alta con diagnóstico principal o secundario de rabdomiolisis. Se analizaron las siguientes variables: sexo, edad, valores de creatinquinasa (CK) all ingreso y CK pico y los valores de creatinina de la misma manera. Respecto a la etiología responsable, se valoró la caída accidental, crisis, accidente cerebrovascular, fármacos, infecciones y alteraciones hidroelectrolíticas, entre otros, y sí los pacientes habían fallecido.

Resultados. Se obtuvieron un total de 218 pacientes con una edad media de 71 años, 80 eran mujeres (36.7%). La CK media al ingreso fue de 7173.8 U/l, y la media de CK pico de 9779.46 U/l. Así mismo, la creatinina media al ingreso fue de 1.58 mg/dl, con una media de creatinina pico de 1.77 mg/dl, siendo la creatinina normal en 111 pacientes. Las causas fueron: 51.4% por caída (109 pacientes) o politraumatizados (3 pacientes); 16.5% por causa neurológica, siendo en 18 pacientes por crisis epilépticas, en 12 por accidente cerebrovascular, cuatro por miopatías y dos deliriums; causa infecciosa, normalmente acompañada por fiebre en un 11.5% de los casos (25 pacientes). Por fármacos un 9.2% de los casos, por toma de estatina o por intentos autolíticos con sustancias de abuso o medicación psiquiátrica. Otras causas fueron: siete por sobreesfuerzo, cuatro postoperativo y el resto de causa desconocida. Fallecieron 36 pacientes (16.5%).

Conclusiones:

- * Mayor porcentaje de varones que ingresaron.
- * La principal causa es la caída accidental.
- * Afectación renal frecuente.

14. ¿CUÁLES SON LAS CAUSAS QUE HAN PRODUCIDO UN FALLO HEPÁTICO EN NUESTRO MEDIO?

Presentado en el Congreso Nacional de Medicina Interna de noviembre de 2018.

E. Martínez Velado*, **L. Rodríguez Fernández****, **G. Zapico Aldea****, **E. Mucientes Peinador*****, **A. Aparisi Sanz******, **L. Arribas Pérez***.

Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial de Zamora, **Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico de Valladolid, *Servicio de Cuidados Intensivos. Hospital Clínico de Valladolid., ****Servicio de Cardiología. Hospital Clínico de Valladolid.*

Introducción. El hígado es un filtro del organismo que cuando falla conlleva a una afectación multisistémica. Ese fallo se produce si la función hepática se ve deteriorada de manera severa (INR > 1,5 o actividad de protrombina menor al 50%) y asocia de necrosis hepatocelular. Existen diferentes clasificaciones: según la duración o según la etiología, siendo la causa más frecuente la infecciosa, toxicológica, infiltrativas o enfermedades autoinmunes. Es una enfermedad grave, que en ocasiones

requiere ingreso en Unidades de cuidados intensivos aunque los síntomas son inicialmente inespecíficos la historia natural tiene un curso variable y en ocasiones se tiene que recurrir al trasplante o puede ser mortal.

Material y métodos. Se realizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo mediante el análisis de historias clínicas de pacientes mayores de 14 años con diagnóstico al alta de fallo hepático tras ingreso en un hospital de tercer nivel entre los años 2013-2017. Se analizaron los siguientes parámetros: sexo, edad, servicio de ingreso, motivo de valoración, fracaso renal agudo al ingreso, etiología y destino al alta.

Resultados. Cumplían los criterios diagnósticos de fallo hepático 193 pacientes, el 65.3% eran hombres. La edad media de los pacientes era 58 años con mayor incidencia en la década de los 60, un 22.28%. Ingresaron un 42% de los pacientes en el Servicio de Digestivo seguidos del 30% en el Servicio de Medicina Interna. El motivo inicial de valoración fue la ictericia (26%), seguido fiebre en el 14%. En el 28% de los casos analizados existía fracaso renal agudo con un filtrado glomerular según MDRD de <60 mg/dL al ingreso. La etiología más frecuente fue la tóxica en el 29.5% de los casos, seguida de la infecciosa en el 17.1%. Se realizó biopsia a 15 pacientes (7.8%) para determinar la etiología del proceso. El 30% de los individuos de nuestra serie fallecieron y cinco precisaron trasplante hepático.

Conclusión:

- * Mayor porcentaje de pacientes diagnosticados de fracaso hepático por toxicidad farmacológica.
- * Elevada incidencia de fracaso renal desde el inicio del cuadro.
- * La ictericia es la manifestación clínica más frecuente al ingreso.
- * El porcentaje de fallecimientos es elevado.

15. LA GESTIÓN DEL TIEMPO: HERRAMIENTA CLAVE PARA EL DIRECTIVO DE ENFERMERÍA

Comunicación presentada el 6 de junio de 2018 en las 29 Jornadas Nacionales de Enfermeras Gestoras celebradas en San Sebastián durante los días del 6 al 8 de junio, organizadas por la Asociación Nacional de Directivos de Enfermería (ANDE).

Ana Belén Báez Marín*, **Lara De Castro Villar****, **Ana Belén Lozano Lozano*****, **Yolanda Martín Vaquero******, **Rosalía Reguilón Hernández*******, **Arsenio Tamerón Nieto*******

** Directora de Enfermería del Complejo Asistencial de Zamora, ** Supervisora de Área de Recursos Humanos del Complejo Asistencial de Zamora, *** Supervisora de Área de Recursos Materiales del Complejo Asistencial de Zamora, **** Supervisora de Formación, de Calidad y de Sistemas de Información de Cuidados de Enfermería del Complejo Asistencial de Zamora, ***** Supervisora de Área de Consultas Externas del Complejo Asistencial de Zamora, ***** Subdirector de Enfermería del Complejo Asistencial de Zamora.*

Introducción. Dentro del mapa competencial del Directivo de Enfermería destaca la gestión del tiempo (GT). El tiempo planificado es un tema clave en toda organización sanitaria, va unido a resultados, consecución de objetivos, calidad y gestión.

Es una herramienta de management que permite manejar y disponer del tiempo de trabajo, evitando en lo posible toda interrupción que no aporte nada a los objetivos de la organización sanitaria.

Una incorrecta GT tiene repercusiones negativas laborales, personales y de salud, y no van a contribuir a mejorar la consecución de los objetivos institucionales ni la calidad de los cuidados.

Como objetivo general se plantea constatar que una correcta GT contribuye a elevar los niveles de satisfacción personal y laboral, y como objetivos específicos: identificar factores que influyen de manera negativa en la GT, identificar herramientas/estrategias favorecedoras de una correcta GT, identificar herramientas de autoevaluación sobre la GT, constatar que la correcta GT contribuye al logro de los objetivos institucionales.

Material/método. Revisión bibliográfica con una primera búsqueda, para conocer los conceptos más relevantes del tema, en Google Académico, Biblioteca Sanitaria Online de Castilla y León y literatura impresa. Posteriormente, una búsqueda más específica en PubMed, Dialnet, Cinahl, Scielo y Cuiden. Estudios incluidos en español, inglés y portugués de los últimos cinco años.

Las palabras clave y descriptores fueron: gestión del tiempo, time management, Hospital, Hospital Administration

Resultados:

- La estrategia más importante en la GT es la fijación de objetivos y la priorización.
- Delegar es la mejor forma de liberar tiempo y el mejor modo de potenciar el desarrollo de cada uno de los miembros del equipo.
- Se deben eliminar los "ladrones del tiempo", y controlar las interrupciones.
- Las herramientas de autoevaluación de la GT permiten definir áreas de mejora.
- Existen nuevas tecnologías en las Organizaciones Sanitarias como herramientas de ayuda en la GT.
- Conclusiones: La correcta GT exige un autoanálisis de utilización del tiempo, una planificación y priorización.
- Se deben convertir hábitos de GT en una rutina.
- Una correcta GT reduce la tensión, el estrés, aumenta la motivación y satisfacción laboral y personal, incrementa el tiempo libre y mejora la calidad de vida.

16. INTERVENCION EDUCATIVA INTERDISCIPLINAR A GRUPOS DE CUIDADORES.

Presentado como comunicación oral, en el apartado de experiencias, en el X Congreso Nacional de Atención Sanitaria al Paciente Crónico, celebrado en Zaragoza en febrero de 2018.

Carmen García López*, José Carrascal Gutierrez**, Diego Perez Vazquez***.

*Enfermera, Centro de Salud de Carbajales de Alba (Zamora), ** Trabajador Social, Centro de Salud de Carbajales de Alba (Zamora), ***Fisioterapeuta Área de Salud de Zamora

Introducción. La calidad de vida de las personas cuidadoras está condicionada por varios factores: el contexto del cuidador (entorno, expectativas familiares), el grado de dependencia del familiar y el tipo de enfermedad, los elementos mediadores (soporte formal de la administración e informal, familiares y amigos). Todo lo anterior demuestra la necesidad de implantar actuaciones encaminadas a apoyar a los cuidadores. Por ello, desde el año 2011, y gracias a la participación de un grupo multidisciplinario de profesionales: enfermería, trabajador social y fisioterapeuta, se decidió elaborar un taller para cuidadores de la zona básica de salud de Carbajales de Alba (Zamora), el 63% de la población son mayores de 75 años con grandes problemas de dependencia.

Objetivos: Reducir la sobrecarga de los cuidadores y mejorar su salud. Ofrecerles un programa de apoyo que combine soporte emocional, educacional y recursos sociales.

Métodos. La captación se hace a través de la consulta de enfermería a demanda/programada y trabajador social.

Se realiza una vez al año, 3 sesiones de 2 horas de duración. Contenidos formativos: Cuidar al que cuida; síndrome del cuidador, alimentación, higiene, prevención de úlceras por presión y caídas, Recursos socio-sanitarios, Ley de Dependencia, Catalogo de material orto protésico, ayudas técnicas, aspectos legales, técnicas de movilización y cuidados básicos de la espalda, ejercicios de relajación. Actividades: Exposición de los temas anteriormente citados, con apoyo de material audiovisual, reflexión-dialogo con los miembros del grupo de lo expuesto anteriormente y ejercicios prácticos.

Resultados. Han participado 60 cuidadores, de edades comprendidas entre 46 y 77 años, 50 mujeres y 10 hombres. Para la valoración usamos el test de Zarit, antes de participar en la actividad, 38 presentan sobrecarga leve y 22 intensa, a los 3 meses lo realizamos de nuevo y el resultado es que solo presentan sobrecarga intensa 10 cuidadores, y 50 sobrecarga leve.

Conclusiones. En todas las sesiones, existió una buena interacción entre todos los miembros del grupo, los cuidadores se brindaron consejos y soluciones a diferentes problemas, basados en su propia experiencia, existió buena comunicación entre ellos, apoyo y solidaridad en todo momento.

La participación de los cuidadores en este tipo de programas, tiene efectos muy positivos para ellos y para las personas que cuidan.

17. OXIGENOTERAPIA NASAL DE ALTO FLUJO EN EL PACIENTE CRÍTICO.

Trabajo presentado en el XLV Congreso de La Sociedad Castellano Leonesa de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias. 2018.

***Gerardo Ferrigno Bonilla, *Diana Monge Donaire, * Vega Losada Martínez, *Nuria Rodrigo Castroviejo, * Reyes Beltrán Bernaldez, **Armando Tejero Pedregosa.**

**Médico Residente de Unidad de Cuidados Intensivos, **Médico Adjunto de Unidad de Cuidados Intensivos. Complejo Asistencial de Zamora, Castilla y León, España.*

Introducción. La oxigenoterapia nasal de alto flujo (ONAF) ha aumentado en los últimos años en el paciente crítico. Estudios con resultados favorables justifican su uso en patologías respiratorias del adulto. En nuestra unidad se utiliza con frecuencia en pacientes con insuficiencia respiratoria aguda con o sin hipercapnia teniendo resultados favorables. Este estudio pretende ampliar sus indicaciones según la experiencia en otros centros.

Material y métodos. Estudio descriptivo. Se incluyen pacientes que ingresan en la Unidad de Cuidados Intensivos que requieren ONAF entre Julio de 2017 y Abril de 2018. Se recogen datos tras realizar monitorización y gasometría basal de los siguientes parámetros: FiO₂ y flujo administrados, frecuencia respiratoria, frecuencia cardiaca, pCO₂ y SpO₂ al ingreso con seguimiento a las 1, 3,12 y 24 horas.

Resultados. Se recogen datos de 23 pacientes, excluyendo los no recogidos de forma completa (5). Distribución por sexos: 66,6% (12) hombres y 33,3% (6) mujeres. La media de edad fue 65 años, APACHE II 18, SAPS II 39 y SOFA 5 puntos. La causa de insuficiencia respiratoria fue: insuficiencia cardiaca (30,4%), neumonía (26%) y EPOC agudizado (17,4%). Los parámetros fisiológicos evaluados (frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno y frecuencia cardiaca) mejoraron durante las primeras 24 horas de terapia con ONAF. La tasa de intubación fue de 27% (5) y la mortalidad en UCI de 11% (2). La SpO₂ aumentó del 91,39 ± 5,31% al ingreso a 95,11 ± 3,16% a las 24 h. La FR disminuyó de 28,34 ± 7,9 rpm al ingreso a 21 ± 4,43 rpm a las 24h. La FC disminuyó de 100,52 ± 20,77 lpm al ingreso a 80,88 ± 14,24 lpm a las 24 h. El tratamiento se inició con flujo de 51,73 ± 4,67 litros/min y FiO₂ de 84,34 ± 23,9%. Tras 24 horas estos parámetros se redujeron a 42,22 ± 6,46 litros/min y 51,94 ± 18,16%. El tamaño muestral impide determinar si estas diferencias son estadísticamente significativas.

Conclusiones. La ONAF mejora frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno y frecuencia cardiaca en pacientes con insuficiencia respiratoria aguda tras 24 horas de tratamiento. Los requerimientos de O₂ aportados (FiO₂ y flujo) disminuyeron durante este periodo.

Jornadas de Investigación. Informe de evaluación

Yolanda Martín Vaquero. Supervisora de Formación y Calidad, miembro del Comité Organizador de las V Jornadas.

Comunico el análisis de los datos de Plataforma de Formación FOSA de las actividades realizadas en colaboración con la Comisión de Investigación y Biblioteca de la Gerencia.

Asistencia y distribución por categorías profesionales:

	Fecha realización	Horas	Grado satisfacción	asistentes	médicos	residentes	enferme	técnicos	otras
INVESTIGACION CLINICA: ASPECTOS ETICOS Y LEGALES	19/11/2018	4	8.82	12	50%		33%	8%	8%
CITAS Y GESTORES DE REFERENCIA	20/11/2018	4	8.73	15	33%	7%	47%	7%	7%
¿QUE SABEMOS SOBRE LA VIDA DE NUESTRO ARTICULO CIENTIFICO?	21/11/2018	4	9.21	19 5% A P 95% AH	32%	0%	58%	0%	11%
V JORNADA DE INVESTIGACION DE LA GERENCIA DE ASISTENCIA SANITARIA DE ZAMORA	22/11/2018	9	8.58	99 53 alumnos	42%	2%	46%	7%	2%
				17% A. P	13%	13%	75%		
				82% A. H	49%		40%	8%	3%
				Otra 1%					

Evaluación de las actividades:

1.- ADECUACIÓN DE LA ACTIVIDAD Y DEL PROGRAMA	V JORNADA DE INVESTIGACION DE LA GERENCIA DE ASISTENCIA SANITARIA DE ZAMORA	INVESTIGACION CLINICA: ASPECTOS ETICOS Y LEGALES	CITAS Y GESTORES DE REFERENCIA	¿QUE SABEMOS SOBRE LA VIDA DE NUESTRO ARTICULO CIENTIFICO?
La valoración media del programa desarrollado respecto a los objetivos marcados	8,55	8,82	8,91	9,11
La valoración media sobre el ajuste de la actividad al programa	8,51	8,82	9,18	9,16
La valoración en cuanto a la profundización de los contenidos de la actividad	8,42	8,64	8,82	9,21
El grado de valoración en cuanto a la mejora y/o actualización de la competencia	8,34	7,82	8,82	9,05
La valoración media sobre la posibilidad de aplicar lo aprendido en su puesto de trabajo	7,96	7,5	8,82	8,74
VALORACIÓN DE LOS ASPECTOS ORGANIZATIVOS				
Horario en el que se ha desarrollado la actividad	8,3	8,73	8	8,37
Duración de las sesiones	8	8,45	8,64	8,21
Valoración del lugar utilizado	8,57	9,09	7,73	9,37
Valoración de los recursos empleados	8,81	9,09	7,18	9,37

V JORNADA DE INVESTIGACION DE LA GERENCIA DE ASISTENCIA SANITARIA DE ZAMORA	
Puntos fuertes de la actividad	LAS SESIONES DE COMUNICACIONES Y DE TFG
	LA POSIBILIDAD DE CONOCER OTRA FACETA DE MIS COMPAÑEROS
	CALIDAD DE LAS PRESENTACIONES COMUNICACIONES LIBRES Y TFG
	EL ESTUDIO DE DONANTE POTENCIAL EN EL SERVICIO MEDINA INTENSIVA
	FARMACOS QUE PROLONGAN EL INTERVALO QT
	QUE TODAS LAS PONENCIAS ESTABAN MUY BIEN MOTIVADAS
	HABER HECHO LOS TALLERES LOS DIAS ANTERIORES PARA PROFUNDIZAR MAS EN LOS TEMAS Y PERMITIR MAS PONENCIAS
	LA GRAN VARIEDAD DE TEMAS ABORDADOS
	LA PARTICIPACION DE LOS DISTINTOS PROFESIONALES DE FORMA CONJUNTA
	OPORTUNIDAD PARA PRESENTAR NUEVOS PROYECTOS DE INVESTIGACION EN UN CONTEXTO MULTIDISCIPLINAR
	LA OPORTUNIDAD DE ADOPTAR LOS ESTUDIOS ACTUALES DE INVESTIGACION A SUS NECESIDADES DE CONOCIMIENTOS
	LA SEMANA DE LOS TALLERES, LAS MESAS REDONDAS , LA TEMATICA DE LAS PONENCIAS
	LA SEMANA DE TALLERES
	LA SEMANA DE TALLERES
	LA DIVERSIDAD DE LAS PONENCIAS
	LOS TALLERES
	HA SIDO DINAMICO, VARIADO Y MUY INTERESANTE
	EL DEBATE SOBRE LA EDICION CIENTIFICA
	DIVERSIDAD DE CONTENIDOS
	LA SEMANA DE LOS TALLERES, LAS MESAS REDONDAS TEMATICAS
	LA SEMANA PREVIA DE TALLERES
	PARTICIPACION DIFERENTES PROFESIONALES DEL AREA
	LAS PONENCIAS DE LOS ESTUDIOS
	LA EXPOSICION DEL DR. OCHOA
	MUY ENRIQUECEDORA Y ME HA ENCANTADO LA INTEGRACION REAL CON AP EN LA COMISION
Puntos débiles de la actividad	MAS TALLERES PERO REALIZADOS EN VARIOS DIAS DE 13 H A 15H. PASAR ENCUESTAS A LOS PROFESIONALES MEDIOS Y
	ENFERMERAS UNOS MESES ANTES CON PROPUESTAS DE TEMAS
	QUE NO HAY HABIDO TIEMPO PARA MAS COMUNICACIONES ORALES
	LA EDICION CIENTIFICA
	ALGUNAS PONENCIAS NO SE AJUSTABAN AL TIEMPO MARCADO
	NADA
	DEMASIADOS PONENTES EN POCO TIEMPO
	LA POCA INTERVENCION DE AP
	QUE NO ERAN DIRIGIDAS A MI ESPECIALIDAD
	EL HORARIO DE MAÑANA QUE COINCIDA CON LA JORNADA LABORAL
	AULA
	EL HORARIO DE TARDE
	LA CHARLA INAGURAL
¿SE PODRIA HACER DE CONTINUIDAD ALGUN GRUPO DE TRABAJO?	

Propuestas de mejora/observaciones:	HACER BASTANTES MAS JORNADAS TODO CORRECTO Y HA ESTADO MUY INTERESANTE LA JORNADA
	AJUSTARSE A LOS TIEMPOS DE LA MESA REDONDA DE LA TARDE MUY EXTENSA
	PODRIA HACERSE LA JORNADA MAS LARGA PARA ASI INCLUIR MAS PUBLICACIONES
	YO CREO QUE LAS MESAS REDONDAS NO DEBEN SER PARA EXPONER UN PROYECTO EN CONCRETO PARA EXISTEN
	COMUNICACIONES
	SERIA MEJOR DIVIDIR LA JORNADA EN DOS DIAS SON DEMASIADAS HORAS SEGUIDAS
	ENVIO DE PRESENTACION PDF DE LOS PONENTES
	NECESITAMOS REFORZAR LA METODOLOGIA ENFERMERA CUIDADOS A NUESTROS PACIENTES DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA
	INVESTIGACION
	PERSONAL DE ENFERMERIA TITULADO Y PERSONAL MEDICO COMO HASTA AHORA
	ACCESO A COMUNICACIONES
	MAYOR EXPLICACION DE LOS CONCEPTOS NO POSIBLE POR FALTA DE TIEMPO
	CONTINUIDAD
Profesionales a los que se recomendaria esta actividad	MEDICOS Y ENFERMERAS DE HOSPITAL Y CENTROS DE SALUD
	A TODO EL PERSONAL
	A TODO EL PERSONAL
	AUXILIARES ENFERMERAS Y CELADORES
	A TODOS LOS TRABAJADORES DEL HOSPITAL
	A TODO EL PROFESIONAL SANITARIO TRABAJE O NO EN TEMA PARA FOMENTAR LA INVESTIGACION EN PERSONAS NO INICIADAS EN ELLA
	A TODOS LOS SANITARIOS
	ENFERMERAS
	RESIDENTES
	TODAS LAS CATEGORIAS ESPECIALMENTE ENFERMERAS
	A TODA GASZA
	A TODOS LOS PROFESIONALES DEL AREA DE SALUD
	A TODOS
	TODOS LOS PROFESIONALES SANITARIOS
	PROFESIONALES AP/AE
	A TODAS LAS CATEGORIAS PROFESIONALES
	TODOS
	SANITARIOS EN INVESTIGACION O NO PARA MOTIVARLES

	INVESTIGACION CLINICA: ASPECTOS ETICOS Y LEGALES	CITAS Y GESTORES DE REFERENCIA	¿QUE SABEMOS SOBRE LA VIDA DE NUESTRO ARTICULO CIENTIFICO?
Puntos fuertes de la actividad	BUENOS CONTENIDOS Y BIEN EXPUESTOS.		
	REFLEXIONAR SOBRE LOS TEMAS, REALIDAD Y LA PROPUESTA DE MEJORA.AMENO.PARTICIPATIVO.	LO PRACTICO	LA COMUNICACION Y LO PRÁCTICO.
	RELACIONADO CON EL CONSENTIMIENTO INFORMADO	QUE ES MUY PRACTICA	CHARLA MUY AMENA, INTERACCION CON LOS AISTENTES.
	LA PARTE MAS PRACTICA 2ª PARTE		QUE VOY A PODER PONERLO EN PRÁCTICA.
		LA PONENTE	CONOCER EL PROCESO CIENTIFICO DESDE OTRO PUNTO DE VISTA.
		REALIZACION DE PRACTICAS	EL PONENTE Y EL TEMA.
		PRIMER CONTACTO CON ZOTERO	ACCESIBILIDAD DEL PONENTE
		LA HERRAMIENTA ZOTERO Y SU UTILIDAD EN LOS TRABAJOS DE INVESTIGACION	
Puntos débiles de la actividad	MUY TEORICO	LOS ORDENADORES HAN IMPEDIDO DAR EL CURSO. NO FUNCIONABAN	NADA.
	OTRA SESION DE CONTINUIDAD.	QUE NO LA PUEDA REALIZAR EN HORARIO DE TRABAJO.	QUE NO SEAN MAS HORAS PRACTICAS REALES.
	LA PARTE TEORICA SOBRE HISTORIA DE LA INVESTIGACION	SE PRECISABAN CONOCIMIENTOS PREVIOS	
		MÁS PROFUNDIDAD EN LA HERRAMIENTA ZOTERO.	
		LENTITUD DE LOS ORDENADORES.	
		LOS PROBLEMAS SURGIDOS CON LOS ORDENADORES.	
		ORDENADORES LENTOS Y NO FUNCIONABAN	
		LOS RECURSOS ORDENADORES	
		ALGUNOS ORDENADORES NO PERMITIAN UTILIZAR EL PROGRAMA ZOTES	
	PROBLEMAS CON MATERIAL INFORMATICO		

	INVESTIGACION CLINICA: ASPECTOS ETICOS Y LEGALES	CITAS Y GESTORES DE REFERENCIA	¿QUE SABEMOS SOBRE LA VIDA DE NUESTRO ARTICULO CIENTIFICO?
Propuestas de mejora/observaciones:	MAS PRACTICO	QUE FUNCIONEN TODOS LOS ORDENADORES	REPETIR EL TALLER MAS VECES POR EL BIEN DEL HOSPITAL
	TODO PROFESIONAL MUESTIGADOR O NO QUE TRATE CON PACIENTES-ETICA PARA TODOS		
	ES UN CURSO QUE NECESITARIA MÁS HORAS.		
	ENFOQUE MAS PRACTICO.		
	DIVIDIR EL CONTENIDO EN MAS DE UNA JORNADA		

Fdo.: YOLANDA MARTIN VAQUERO

Supervisora de Calidad, Formación,
 Sistemas de Información de Cuidados de Enfermería.