

2022

10 JIDV

JORNADAS DE INNOVACIÓN Y DESARROLLO VALDECILLA

10 años de ilusión y compromiso, avanzando juntos



**Libro de Ponencias
y Comunicaciones**

Área de Calidad,
Formación, I+D
Dirección de Enfermería
Hospital Universitario
Marqués de Valdecilla

Edita: Dirección de Enfermería del Hospital Universitario "Marqués de Valdecilla". 24 de noviembre de 2022.

Avda. Valdecilla s/n

39008 - Santander – Cantabria

ISBN 978-84-09-48080-7

Este libro se ha creado principalmente con fines docentes.

Sus destinatarios son los profesionales sanitarios, a quienes se les entregará gratuitamente.

Recoge íntegramente los trabajos enviados por los/as autores/as. El Hospital Universitario "Marqués de Valdecilla" no se hace responsable de las opiniones expresadas en ellos, ni de su contenido, formato, ortografía o gramática.

ÍNDICE

<u>COMITÉ ORGANIZADOR</u>	<u>7</u>
<u>COMITÉ CIENTÍFICO</u>	<u>8</u>
<u>JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS</u>	<u>11</u>
<u>PROGRAMA CIENTÍFICO</u>	<u>17</u>
<u>PONENCIAS</u>	<u>33</u>
<u>COMUNICACIONES ORALES</u>	<u>37</u>
<u>COMUNICACIONES POSTER</u>	<u>63</u>
<u>ÍNDICE DE AUTORES</u>	<u>105</u>
<u>PREMIOS</u>	<u>111</u>
<u>COLABORADORES INSTITUCIONALES</u>	<u>115</u>
<u>COLABORADORES COMERCIALES</u>	<u>115</u>

Comités

COMITÉ ORGANIZADOR

Gabriela Canto Martín

Fisioterapeuta, Servicio de Rehabilitación.

M^a Inmaculada Collantes Hernández

Enfermera Área de Calidad, Formación, I+D de Enfermería.

Noelia Fernández Lavín

Técnico Especialista Radioterapia, Servicio de Radioprotección.

Laura Fernández Rodríguez

Enfermera, Unidad de Mama.

Mercedes González Puente

Enfermera, Supervisora de Área.

Javier González González

Enfermero, Supervisor de Área.

Selma Herrero López

Enfermera, Área de Calidad, Formación, I+D de Enfermería.

Maximino Jiménez Chillón

Administrativo, Área de Calidad, Formación, I+D de Enfermería.

Patricia Pulido Pérez

Enfermera, Subdirectora de Enfermería.

Marta Sierra Díaz

Técnico Especialista Radioterapia, Servicio de Radioterapia.

María Tordesillas Gómez

Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería, Servicio de Radiodiagnóstico.

Presidente: Faustino González Menéndez

Enfermero, Supervisor Área de Calidad, Formación, I+D+i de Enfermería.

COMITÉ CIENTÍFICO

Nuria Alonso Peña

Enfermera, Área Quirúrgica.

M^a Paz Álvarez García

Enfermera, Supervisora Unidad Medicina Preventiva.

Lourdes Aizpeolea San Miguel

Enfermera, Servicio de Endocrinología.

M^a Luisa Collado Garrido

Fisioterapeuta, Supervisora Unidad de Rehabilitación.

Inés Cuesta Guerrero

Técnico Medicina Nuclear, Servicio de Radioprotección.

Mirian García Martínez

Enfermera, Servicio de Nefrología.

Cristina Hornero Cimiano

Técnico Especialista Laboratorio, Banco de Sangre.

Mercedes Lázaro Otero

Enfermera, Subdirectora de Enfermería.

M^a Elena Merchán Tahvanainen

Enfermera, Cardiología Intervencionista.

M^a Susana Moya Mier

Enfermera, Supervisora del Bloque Quirúrgico.

Rubén Pérez González

Fisioterapeuta, Servicio de Rehabilitación.

Isabel Pérez Loza

Enfermera, Servicio de Cardiología Críticos.

Raquel Pelayo Alonso

Enfermera, Supervisora Unidad de Nefrología.

Elena Rojo Santos

Enfermera, Hospital Virtual Valdecilla.

Patricia Zorrilla de la Fuente

Oficina de Transferencia de Resultados de Investigación, IDIVAL.

Presidente: José Luis Cobo Sánchez

Enfermero, Gestor de Proyectos de Investigación e Innovación.

Justificación y Objetivos

JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS

La investigación es fundamental para aumentar las bases del conocimiento científico de cualquier profesión. Investigar es implicarse en un proceso sistemático y riguroso que valida el conocimiento existente y genera nuevo conocimiento, que permite conocer, innovar y mejorar. Practicar una profesión significa ofrecer un servicio a la sociedad basado en el conocimiento. Investigar es una actividad necesaria para el éxito de una profesión, pues de esta actividad depende contar o no con el conocimiento necesario para dar a la sociedad un servicio de calidad. Para los profesionales de enfermería contribuye de forma muy importante en el desarrollo de los cuidados que aplican a los pacientes.

La primera enfermera investigadora fue Florence Nightingale, quien durante la guerra de Crimea registró los efectos de las intervenciones de enfermería y, gracias a ello, pudo introducir cambios en los cuidados de los pacientes. Es a partir de 1950 cuando surgen las primeras aportaciones científicas en la investigación enfermera, pero es, con la incorporación a la Universidad de la enfermería en los años 70, cuando se ponen en marcha diferentes iniciativas que realzan la importancia de la investigación entre los que se encuentran el programa REUNI (Red de Unidades de Investigación), el Fondo de Investigación Sanitaria (FIS) impulsado por el Ministerio de Sanidad y Consumo en el año 1987, el proyecto Index, la creación del grupo Investén-isciii en 1996 o la creación del Centro Colaborador Español del Instituto Joanna Briggs para los cuidados de Salud Basados en la Evidencia en 2004.

A nivel legislativo también se produce un cambio importante con la Ley General de Sanidad de 1986 que fomenta la investigación como elemento para el progreso de la sanidad y reconoce a los profesionales de salud como investigadores.

El último gran impulso para la investigación enfermera viene con los nuevos estudios de Grado y la posibilidad de acceso al Máster y Doctorado. En el anterior contexto de diplomatura en enfermería, a nivel académico sólo se reconocía la capacidad investigadora a los doctores, por lo que los nuevos estudios otorgarán capacidad legal en este ámbito a los enfermeros para realizar investigación. Además, permitirán el acceso a becas de investigación y consolidará el perfil investigador del profesional.

El Código Deontológico de la Enfermería Española dice que "*La Enfermera/o debe procurar investigar sistemáticamente, en el campo de su actividad profesional, con el fin de mejorar los cuidados de*

Enfermería, desechar prácticas incorrectas y ampliar el cuerpo de conocimientos sobre los que se basa la actividad profesional”.

Así mismo desde la OMS se impulsa la Investigación Enfermera con el fin de contribuir a que la población alcance estilos de vida saludable y una atención adecuada.

Tenemos que seguir avanzando en el desarrollo del conocimiento necesario para fundamentar los cuidados, generando en nuestro entorno una cultura de investigación (creencias, valores, normas, símbolos, lenguaje y tecnología compartidos por la comunidad de investigadores para transmitir conocimiento), permitiéndonos como profesión disponer de fundamentos científicos sobre los que basar nuestra intervención, hacer más rentable y eficaz la acción enfermera, disponer de evidencias para respaldar la petición de recursos y defender un status profesional.

Por ello, siendo conscientes de que el trabajo de los enfermeros investigadores suele ser el germen de grandes avances, en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, la investigación forma parte del plan estratégico de gestión y por ello existe una unidad de apoyo a la investigación, a través de la cual se contribuye a la formación del personal, dando apoyo metodológico en los diseños, ayudando en la estadística (que es el campo donde el personal sanitario se suele encontrar con menos recursos) y asesorando en la búsqueda de financiación. Además, se publicita todo lo que se hace dentro del hospital, así como los congresos o jornadas que pueden ser interesantes para los investigadores.

Básicamente se intenta acercar la investigación, hacerla fácil, solventar problemas, quitar el miedo y hacer atractivo un área que siempre se ha considerado propiedad de unos pocos, teniendo siempre presente que lo importante son las ideas/preguntas que tienen las enfermeras/os que, una vez desarrolladas, harán que cambie la práctica habitual y que podamos cuidar a los pacientes con mayor evidencia científica.

En este contexto y tal como se llevan desarrollando desde el año 2013, es dónde se planifican las 10^{as} Jornadas de Innovación y Desarrollo, bajo el lema de “10 años de ilusión y compromiso, avanzando juntos”, con el objetivo de actualizar conocimientos, intercambiar experiencias y dirigir nuestros cuidados hacia la consecución de la EXCELENCIA, teniendo presente al individuo como el centro de dichos cuidados.

Asimismo, otro objetivo de la presente actividad es proporcionar a los profesionales sanitarios una respuesta de continuidad en la labor

investigadora, iniciada hace ocho ediciones, donde, por un lado, se continúa potenciando la investigación a pequeña escala y, por otro, dando la oportunidad de que el profesional presente los proyectos trabajados a lo largo del año.

En conclusión, con estas Jornadas de Innovación y Desarrollo se pretende difundir y extender la investigación como motor generador de conocimiento y cambio, y como evento científico persigue los siguientes objetivos de aprendizaje:

1. Objetivo general: dotar de conocimientos y fomentar una actitud de cultura de investigación para mejorar la calidad de los cuidados.
2. Objetivos específicos:
 - a) Conocer las principales características de la transformación digital, identificando las aplicaciones en el campo de la enfermería.
 - b) Identificar los principales beneficios de la Enfermería de Práctica Avanzada y su repercusión en el desarrollo de la profesión enfermera.
 - c) Conocer el desarrollo de la profesión de Fisioterapeuta a través de sus especialidades.
 - d) Identificar nuevas áreas competenciales para el Técnico Superior en Radioterapia y Dosimetría.
 - e) Conocer una experiencia de superación, humanización e innovación de una paciente del HUMV, su familia y su equipo rehabilitador.

Programa Científico

23 DE NOVIEMBRE 2022

15.30-16.00 h. Acreditación y entrega de documentación

16.00-16.30 h. Acto de apertura



Gema García López

Directora de Enfermería.
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla



Rafael Tejido García

Director Gerente
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla



Rafael Sotoca Covaleda

Director Gerente
Servicio Cántabro de Salud
[@RafaelSotoca](#)

16.30-17.30 h. Conferencia inaugural: La transformación digital: una oportunidad para humanizar.

Página 35



Ponente:

M^a Teresa Pérez Jiménez

Enfermera en el Equipo de Soporte Domiciliario de
Cuidados Paliativos
Hospital Regional Universitario de Málaga
[@DUEdevocacion](#)

Modera:

Rubén Pérez González

Servicio de Rehabilitación
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

17.30-17.50 h. Pausa Café

17.50-19.00 h. 1ª Sesión de Comunicaciones Orales



Modera:

Inés Cuesta Guerrero

Servicio de Protección radiológica
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

1. Factores que influyen en la valoración del compromiso profesional de las enfermeras de un hospital de referencia.

Pedro Miguel-Barbosa. Servicio de Psiquiatría.

Página 39

2. Plan estandarizado de cuidados de Enfermería en la pérdida gestacional. Laura García López, Vanesa Andrés Manteca, Vanesa Castañeda Rodríguez, Silvia Crespo Lassalle, Mercedes Díaz Muriedas, Belén Fernández Bezanilla. Servicio de Ginecología (Hospitalización TC4).

Página 41

3. Promoción del sueño y el descanso durante la hospitalización pediátrica: proyecto de implementación de buenas prácticas.

Carolina Lechosa Muñiz, Luis Ruiz Hernando, María Sánchez Díaz, Elena Pérez Belmonte, Laura Ruiz Azcona. Servicio de Pediatría (Hospitalización TD3).

Página 43

4. Sistema de Alerta Temprana en Gacela Care: una herramienta para la detección precoz del paciente crítico. María Inmaculada Collantes Hernández,

Elena Rivas Cilleros, Genoveva Fernández Carral, Patricia Agüeros Fuente, Selma Herrero López, José Luis Cobo Sánchez. Área de Calidad, Formación, I+D+i de Enfermería.

Página 45

5. Adherencia a una correcta técnica de inyección en la consulta de educación diabetológica. M^a Lourdes Aizpeolea San Miguel,

María Piedra León, Laura Ramos Ramos, Violeta Fariñas Franco, Asunción Gómez de la Fuente, Coral Montalbán Carrasco. Servicio de Endocrinología y Nutrición.

Página 47

6. Impacto de la clase social y otros factores sociales en la tasa de cesación tabáquica. Zulema Gancedo González, Pedro Muñoz Cacho, Fernando Martín Fuente, Javier Ayesta Ayesta, Enrique Castro Sánchez, Daniel Cuesta Lozano. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Servicio Cántabro de Salud, Brunel University, Universidad de Alcalá.

Página 49

7. Inteligencia Artificial y Machine Learning: un nuevo paradigma en la investigación en cuidados de la salud. Luis Manuel Fernández Cacho, María Amor Saldaña Aguado, Milagros Martínez Gago. Servicio de Radiodiagnóstico. Universidad de Cantabria. Instituto de Investigación Valdecilla.

Página 51

8. Efecto del vendaje diario en la protetización de un paciente amputado. Eva Fernández Quiruelas, Ángela Suarez Pérez. Servicio de Rehabilitación.

Página 53

19.00-19.30 h. Presentación proyecto ganador Concurso Enfermería IDEALab.

Colpotometer

Equipo Innovador: **M^a Rosario Menéndez Ba, Rossana Valentín Salas, Alberto Muñoz Solano.**

Área Quirúrgica, Servicio de Ginecología y Obstetricia.
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

Moderador:

María Collantes Hernández

Área de Calidad, Formación, I+D de Enfermería
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

19.00-20.00 h. Mesa redonda: Nuevos roles, nuevos retos.
Página 35



Gemma Martínez Estalella

Directora de Enfermería
Hospital Clínic Barcelona

[@gemma6316](#)

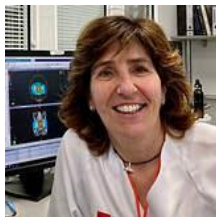


Tirso Docampo Ferreira

Supervisor de Área Funcional de Fisioterapia y
Rehabilitación

Área Sanitaria de Vigo

[@DocampoTirso](#)



Susana Velasco Solana

Técnico Especialista en Radioterapia. Servicio de
Oncología Radioterápica

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla



Moderadora:

Susana Moya Mier

Área Quirúrgica

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

24 DE NOVIEMBRE 2022

16.00-16.45 h. 2ª Sesión de Comunicaciones Orales



Moderadora:
Elena Rojo Santos
Hospital Virtual Valdecilla

1. Plan estandarizado de cuidados de Enfermería para pacientes con cirugía de mama. María Vallejo Montes, María Entisne Santos, Amparo Hoz Antúnez, Belén Salmon Torralbo, Alejandro Torre Rodríguez, María Sáez de Adana Herrero. Servicio de Ginecología (Hospitalización TC4).

Página 54

2. Calidad de vida en pacientes con chaleco desfibrilador externo. Rebeca Hernández García, Noelia Clérigo Cuevas, Zuleika San Salvador Ausín, Miguel López Palomo, Sandra, Sandra Pérez Castillo, Fabiola Septien Tellaeché. Servicio de Cardiología (Consulta de Arritmias).

Página 56

3. Adherencia a la alimentación saludable de los pacientes que acuden a la consulta de educación diabetológica. Asunción Gómez de la Fuente, M^a Lourdes Aizpeolea San Miguel, María Piedra León, Violeta Fariñas Franco, Coral Montalbán Carrasco. Servicio de Endocrinología y Nutrición (Consultas Externas).

Página 57

4. Bomba de insulina y MCG-RT integrados formando un asa cerrada vs monitorización flash de glucosa. M^a Lourdes Aizpeolea San Miguel, María Piedra León, Irene Sangil Monroy, Asunción Gómez de la Fuente, Ricardo Batanero Maguregui, Coral Montalbán Carrasco. Servicio de Endocrinología y Nutrición (Consultas Externas).

Página 59

5. La dependencia física como indicador de fragilidad en el paciente de diálisis. Javier Cristian Perales Vaca, Sandra Pacheco Martínez, Alicia Labrador Pérez, Mirian García Martínez. Servicio de Nefrología (Unidad Hemodiálisis).
Página 61

16.45-17.25 h. Finalistas Premio Mejor Comunicación y Artículo Área de Enfermería Valdecilla 2022



Modera:

Patricia Zorrilla de la Fuente

Oficina de Transferencia de Resultados de Investigación
Instituto de Investigación Sanitaria Valdecilla (IDIVAL)

[@ZorrillaFuente](https://twitter.com/ZorrillaFuente)

FINALISTAS MEJOR ARTÍCULO

- Gómez Acebo I, Lechosa Muñiz C, Paz-Zulueta M, Dierssen Sotos T, Alonso Molero J, Llorca J, Cabero Pérez MJ. **Feeding in the first six months of life is associated with the probability of having bronchiolitis: a cohort study in Spain.** International Breastfeeding Journal (2021) 16:82.
<https://doi.org/10.1186/s13006-021-00422-z>
- Cornejo del Río E, Cobo Sánchez JL, Mateo Sota S, Lasarte Oria L, Sáez de Adana Herrero M, Gortázar Arias P, Gómez Pérez T, Sainz Gómez G, Lechosa Muñiz C. **Preventing nipple pain/trauma in breastfeeding women: a best practice implementation project at the Marqués de Valdecilla University Hospital (Spain).** JBI Evid Implement 2022; 20:1-11.
DOI: [10.1097/XEB.0000000000000340](https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000340)

FINALISTAS MEJOR COMUNICACIÓN

- Fernández Cacho LM, Saldaña Aguado MA, Martínez Gago M. **Nefrostomías y educación sanitaria: análisis del impacto económico de una intervención enfermera.** Presentado en el XX Congreso de la Sociedad española de Enfermería Radiológica (SEER), celebrado en Gijón (Asturias) los días 29 y 30 de septiembre y 1 octubre 2022, en forma de Comunicación Oral.
- Cornejo Del Río E, Mateo Sota S, Lechosa Muñiz C, Cobo Sánchez JL, Lasarte Oriá L, Sáez de Adana Herrero M, Gortazar Arias P, Sainz Gómez G, Gómez Pérez T. **Prevalencia dolor y/o grietas en el pezón en madres lactantes en el puerperio inmediato.** Presentado en el XI Congreso Nacional de Lactancia Materna, celebrado en Pamplona los días 31 de marzo al 2 de abril de 2022, en forma de Póster.

17.25-17.45 h. Pausa-Café

17.45-18.45 h. Conferencia de clausura: "SuperLu": Superación, Humanización e Innovación.

Página 35



Ponentes:

Lucía Navarro Santamaría

"SuperLu"

Lucía Santamaría Vallejo

Madre de "SuperLu"

@superlu_6



Ponente:

Inés Díaz Jiménez

Fisioterapeuta Infantil. Servicio de Rehabilitación
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla



Modera:

Mª Luisa Collado Garrido

Servicio de Rehabilitación
Hospital Universitario "Marqués de Valdecilla"

18.45-19.30 h. Presentación proyectos ganadores 24^a Convocatoria Nacional de Proyectos de Investigación "Enfermería Valdecilla".



Mercedes Lázar Otero

Subdirectora de Enfermería.
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

[@Mercedes_Lazaro](#)



Galo Peralta Fernández

Director de Gestión
Instituto de Investigación Sanitaria Valdecilla IDIVAL

[@IDIVALdireccion](#)



Gaspar Laredo Herreros

Presidente
Fundación Bancaria Caja Cantabria



Modera:

José Luis Cobo Sánchez

Gestor de Proyectos de Investigación e Innovación
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

[@jl_cobo](#)

MEJOR PROYECTO

TÍTULO: La relación terapéutica entre el gestor de casos y la persona con trastorno mental grave: un estudio con métodos mixtos

INVESTIGADOR PRINCIPAL: Martí Subías Miquel.

RESTO EQUIPO INVESTIGADOR: Antonio Moreno Poyato, Maria Romeu Labayen, Monserrat Puig Llobet, Sara Sánchez Balcells, Hilari Andrés Mora.

FILIACIÓN: Parc Sanitari Sant Joan de Deu (Barcelona). Universitat de Barcelona

MEJOR PROYECTO VALDECILLA

TÍTULO: Efectividad de un conjunto de medidas posturales para la versión cefálica espontánea en el manejo de la presentación de nalgas en el tercer trimestre de embarazo: Ensayo clínico controlado aleatorizado

INVESTIGADOR PRINCIPAL: Amaya Martín Fernández.

RESTO EQUIPO INVESTIGADOR: Beatriz Corona Gómez, Mónica González Gómez, Jezabel Herrera López, Rocío Menéndez García, Belén Quijano Amor, Virginia Terán Rodríguez.

FILIACIÓN: Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (Santander).

19.30-20.00 h. Conclusiones y entrega de Premios.



Modera:

José Luis Cobo Sánchez

Gestor de Proyectos de Investigación e Innovación
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

[@jl_cobo](#)

20.00-20.15 h. Acto de clausura.



Gema García López

Directora de Enfermería.

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla



Rafael Tejido García

Director Gerente

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

LISTADO DE PÓSTERES

1. Síndrome confusional agudo en mujeres hospitalizadas por traumatismo de cadera. Autoras: **Leticia Martínez González**, María Plaza Carmona, Carmen Juan García. Servicio de Urología (Consultas Externas).
Página 65

2. Elaboración de una "Guía para pacientes portadores de dispositivos de estimulación cardiaca en seguimiento remoto". Autoras: **Rebeca Hernández García**, Noelia Clérigo Cuevas, Zuleika San Salvador Ausín, Ana Belén Píriz Marqués, Fabiola Septien Tellaetxe, M^a Mercedes Colio Caba. Servicio de Cardiología (Consulta de Arritmias).
Página 66

3. Prevalencia del consumo tabáquico en la unidad de Neumología de un hospital de referencia. Autoras: **Verónica Gómez Abad**, Ana del Hoyo Herrero, Ana María Estébanez Díez, Begoña Josa Laorden. Servicio de Neumología (Hospitalización TB7).
Página 67

4. COVID sentido en la unidad de crónicos de hemodiálisis del HUMV. Autoras: **Patricia Martínez Álvarez**, Alicia Labrador Pérez. Servicio de Nefrología (Unidad Hemodiálisis).
Página 69

5. Importancia del papel de la enfermería en la prevención y tratamiento de la intoxicación por paracetamol en el niño. Autoras: **Sonia Mateo Sota**, Carolina Lechosa Muñiz, Elsa Cornejo del Río. Servicio de Pediatría (Urgencias Pediátricas, Hospitalización TD3). Servicio de Ginecología y Obstetricia (Hospitalización TD4).
Página 71

6. Estimulación vesical para la recogida de orina en pediatría en el diagnóstico de infección del tracto urinario. Autoras: **Inés Diez Rueda**, Andrea Gutiérrez Saiz. HUMV. Servicio de Pediatría (Hospitalización TD3).
Página 73

7. Cáncer de mama: posicionamiento decúbito prono vs decúbito supino.

Autores: **Susana Velasco Solana**, David Rodríguez Argueso, María Paz Fernández Lavín, Cristina Sañudo Viadero, Natalia Lozano Coscolluela, Dovidena Blanco Herrería. Servicio de Oncología Radioterápica.

Página 75

8. Trabajo en equipo en la elaboración de dípticos informativos para pacientes sobre duelo perinatal.

Autoras: **María Lourdes Martín Parada**, Manuela Contreras García, Patricia Agüeros Fuente, Fátima Vacas Revilla. Servicio de Ginecología y Obstetricia (Área de Partos), Área de Calidad, Formación, I+D+i de Enfermería.

Página 77

9. Uso de la ecografía vesical por el personal de enfermería en un servicio de urgencias pediátricas.

Autoras: **M^a Pilar Diéguez Poncela**, Marina Collazo Alonso. Servicio de Pediatría (Urgencias Pediátricas).

Página 79

10. Impacto de la infección SARS-CoV-2 en pacientes en Tratamiento Renal Sustitutivo de Cantabria.

Autoras: **Alicia Labrador Pérez**, Raquel Pelayo Alonso, Patricia Martínez Álvarez, M^a Jesús Sánchez Cuevas, Jovita González Hermosa. Servicio de Nefrología.

Página 81

11. Identificación de los factores críticos para la correcta detección y caracterización de crioglobulinemias.

Autoras: **María Toriello Suárez**, Ana Martina Salvador Sánchez, María de los Ángeles Pérez Castillo, Andrea Juárez Gutiérrez, Raquel Hondal García, María Luisa García Andrés. Servicio de Inmunología.

Página 83

12. Métodos analgésicos no farmacológicos en pacientes pediátricos.

Autoras: **Mercedes Olivia Gómez Paz**, Raquel Gómez Gómez. Servicio de Pediatría (Hospitalización TD3).

Página 85

13. Un reto. Nuestras propias células pueden curarnos: terapia CAR-T.

Autoras: **Noemí Álvarez Tuñón**, Dulce María Rotaeché Zubillaga, Sara Fernández Luis, Juan José Domínguez García. Servicio de Hematología, Servicio de Urgencias.

Página 87

14. Revisión de la literatura en los pacientes con úlceras por presión en tratamiento con terapia de presión negativa.

Autoras: **María Pilar Ruiz López**, Ana Rosa Alconero Camarero. Servicio de Hospitalización Domiciliaria. Facultad de Enfermería Universidad de Cantabria.

Página 89

15. Plan de cuidados estandarizado para el paciente en tratamiento con terapia de presión negativa.

Autoras: **María Pilar Ruiz López**, Ana Rosa Alconero Camarero. Servicio de Hospitalización Domiciliaria. Facultad de Enfermería Universidad de Cantabria.

Página 90

16. Papel de enfermería en los cuidados del lactante con fallo de medro y sospecha de deterioro de la función hepática.

Autoras: **Raquel Arribas Moreno**, Paula Miguel Álvarez. Servicio de Pediatría.

Página 92

17. Baby-led weaning: beneficios y riesgos. Revisión bibliográfica.

Autoras: **Paula Miguel Álvarez**, Raquel Arribas Moreno. Servicio de Pediatría.

Página 94

18. Funcionamiento actual del sistema de alerta temprana en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

Autoras: **Elena Rivas Cilleros**, María Inmaculada Collantes Hernández, Selma Herrero López, Patricia Agüeros Fuente, Faustino González Menéndez, Genoveva Fernández Carral. Área de Calidad, Formación, I+D+i de Enfermería.

Página 96

19. Actualidad sobre la hepatitis aguda infantil durante los años 2020-2022 ¿adenovirus o COVID-19?

Autoras: **Andrea Gutiérrez Saiz**, Inés Diez Rueda. Servicio de Pediatría.

Página 98

20. Percepción de las madres sobre la información recibida en la maternidad de un hospital adherido a la iniciativa IHAN.

Autoras: **Elsa Cornejo Del Río**, Coral Llano Ruiz, Jessika Corzón García, Lorena Lasarte Oria, María Sáez de Adana Herrero, Pilar Gortázar Arias. Servicio de Ginecología y Obstetricia (Hospitalización TD4, TC4). Servicio de Pediatría.

Página 100

21. Efectos de la rehabilitación de la marcha con cinta rodante en el paciente neurológico adulto.

Autoras: **Sara Blanco Álvarez**, Francisca Benito Palma. Servicio de Rehabilitación.

Página 102

Ponencias

Título: “La Transformación Digital: una oportunidad para humanizar”

Ponente: **M^a Teresa Pérez Jiménez**

Ver en <https://www.youtube.com/watch?v=KN7agsscAnY>

Título: “Nuevos roles, nuevos retos”

Ponente: **Gemma Martínez Estalella**

Ver en <https://www.youtube.com/watch?v=KN7agsscAnY>

Título: “Nuevos roles, nuevos retos”

Ponente: **Tirso Docampo Ferreira**

Ver en <https://www.youtube.com/watch?v=KN7agsscAnY>

Título: “Nuevos roles, nuevos retos”

Ponente: **Susana Velasco Solana**

Ver en <https://www.youtube.com/watch?v=KN7agsscAnY>

Título: “«SuperLu»: Superación, Humanización e Innovación”

Ponentes: **Lucía Navarro Santamaría y Lucía Santamaría Vallejo**

Ver en <https://www.youtube.com/watch?v=G94j9tQ4qW8>

Título: “«SuperLu»: Superación, Humanización e Innovación”

Ponente: **Inés Díaz Jiménez**

Ver en <https://www.youtube.com/watch?v=G94j9tQ4qW8>

Comunicaciones Orales

Título: Factores que influyen en la valoración del compromiso profesional de las enfermeras de un hospital de referencia.

Autores: Pedro Miguel-Barbosa, Servicio de Psiquiatría – HUMV.

INTRODUCCIÓN: El compromiso profesional (CP) en enfermería está relacionado con la práctica profesional dotada de comportamientos y valores específicos de lealtad, sentido de responsabilidad hacia los problemas, retos específicos de la profesión y deseo de pertenencia. Sin embargo, en todo el mundo las enfermeras están optando por abandonar la profesión, conllevando a un detrimento del CP con la misma.

OBJETIVO: analizar los factores sociodemográficos y profesionales relacionados con el CP de las enfermeras en un hospital de tercer nivel.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo, transversal y correlacional realizado entre los meses de julio y septiembre 2022, por medio de cuestionario electrónico. Para determinar el CP se utilizó la Escala de Valoración Española del CP en Enfermería (EVECPE), que incluye variables sociodemográficas, así como 49 preguntas con respuesta tipo Likert (valores de 1 a 5), evaluando 4 dimensiones (comportamiento del profesional hacia el paciente, hacia otros profesionales, hacia la sociedad y hacia sí mismo). Se incluyeron a todas las enfermeras que dieron su consentimiento por escrito, excluyendo a las que llevaban menos de 1 año de ejercicio profesional. Las variables cuantitativas se analizaron mediante medidas de tendencia central (media, mediana y desviación típica). Para relacionar las dimensiones del cuestionario, así como la puntuación total, con las características de la muestra se utilizaron los test U de Mann-Whitney, H de Kruskal Wallis y Shapiro-Wilks, mediante el software STATA/SE v16.0. Los valores $p < 0,05$ se consideraron significativos.

RESULTADOS: Se obtuvieron 112 cuestionarios: 109 se consideraron válidos, pertenecientes a 91 mujeres y 18 hombres. La edad media fue de $38,12 \pm 10,09$ años (rango 22-62 años). Experiencia profesional media $14,61 \pm 9,95$ años (rango 1-40). El 65,14% se dedicaba únicamente a la actividad asistencial, ostentando el 41,28% contrato fijo. Al relacionarse la puntuación total con las variables sociodemográficas hubo diferencias estadísticamente significativas en la puntuación total a favor de las enfermeras que tenían un "contrato fijo" (fijos $165,02 \pm 10,48$ puntos vs eventuales $61,65 \pm 6,02$ puntos; $p = 0,031$). Al relacionarse la dimensión IV con el tiempo de ejercicio profesional hubo diferencias estadísticamente significativas (< 15 años: $64,13 \pm 6,63$ puntos vs ≥ 15 años: $170,67 \pm 6,02$ puntos; $p = 0,031$). La puntuación global, que oscilaba entre 49 (mínimo) y 196 (máximo), tuvo una suma de la media de $168,25 \pm 12,01$.

CONCLUSIÓN: La encuesta revela que en general hay un alto grado de CP por parte de las enfermeras. El tiempo del ejercicio profesional y el tipo de contrato laboral, pueden influir significativamente en el CP. Esta realidad puede ser diferente si se evalúa en otro contexto como resultado de los cambios en factores externos como las circunstancias personales, sociales, políticas y económicas.

Título: Plan estandarizado de cuidados de Enfermería en la pérdida gestacional.

Autores: Laura García López, Vanesa Andrés Manteca, Vanesa Castañeda Rodríguez, Silvia Crespo Lassalle, Mercedes Díaz Muriedas, Belén Fernández Bezanilla, Servicio de Ginecología TC4 – HUMV.

La pérdida gestacional se define como la muerte del feto en el embarazo. Actualmente encontramos una prevalencia de gestantes del 10.8% con al menos una pérdida y una tasa de mortalidad fetal en España del 2.63%, siendo en Cantabria del 2.64%.

La pérdida gestacional desencadena fenómenos físicos (dolor, sangrado) y reacciones psicológicas de duelo, que deben ser conocidos por los profesionales de enfermería.

Este plan de cuidados estandarizado basado en la evidencia científica, garantiza una calidad de cuidados en la atención a las pacientes que ingresan en el HUMV tras sufrir una pérdida gestacional.

POBLACIÓN DIANA: mujeres ingresadas en el servicio de Ginecología del HUMV por pérdida gestacional (embarazo ectópico, aborto espontáneo, W83, pérdida fetal tardía)

OBJETIVO: Mejorar la calidad de la atención a mujeres que han sufrido una pérdida gestacional.

*Valoración estándar:

Respirar: sin alteraciones. Comer y beber: posibles alteraciones gastrointestinales. Eliminación: continentes, sangrado vaginal. Estreñimiento/diarrea, flatulencias, náuseas, vómitos. Movilización: independientes. Reposo relativo. Sueño: cambios en el patrón del sueño. Vestirse: independientes. Temperatura: hipertermia, tiritona, escalofríos. Higiene/piel: independientes. Destrucción de las capas de la piel. Seguridad: dolor, esfera emocional afectada (tristeza, temor, nerviosismo, miedo). Comunicación: conscientes, orientadas, capaces de comunicarse. Valores/creencias: posible interferencia con sus creencias. Trabajar/realizarse: incapacidad laboral temporal. Red de apoyo. Recrearse: Pérdida de contacto familia, amigos. Aprender: dudas sobre pronóstico, tratamiento, evolución, signos y síntomas de alarma.

*Diagnósticos de Enfermería:

(00146) Ansiedad

NOC Nivel de ansiedad.

NIC Disminución de la ansiedad

(00120) Baja autoestima situacional

NOC Afrontamiento de problemas. Autoestima. Resolución de la aflicción

NIC Apoyo emocional. Potenciación de la autoestima. Facilitar el duelo: muerte perinatal

(00126) Conocimientos deficientes

NOC Conocimientos: régimen terapéutico. Conocimiento: proceso de la enfermedad

NIC Enseñanza: procedimiento/tratamiento. Enseñanza: medicamentos prescritos. Enseñanza: proceso de enfermedad.

*Complicaciones potenciales:

(00132) Dolor agudo

NOC Control del dolor. NIC Administración de medicación

(00206) Riesgo de sangrado

NOC Severidad pérdida de sangre. NIC Disminución hemorragia

(00004) Riesgo de infección

NOC Severidad de la infección. NIC Control de infecciones

*Intervenciones no asociadas a diagnóstico:

NIC Cuidados de enfermería al ingreso. NIC Monitorización signos vitales. NIC Transferencia de cuidados del paciente. NIC Planificación al alta.

CONCLUSIÓN: La práctica basada en la evidencia (PBE) es la mejor manera de asegurar unos cuidados de calidad. Incluye, el uso de la evaluación de resultados y planes estandarizados de atención, sin olvidar la individualización del paciente, para lo cual se deberá ajustar dicho plan a cada caso en particular.

Título: Promoción del sueño y el descanso durante la hospitalización pediátrica: proyecto de implementación de buenas prácticas.

Autores: Carolina Lechosa Muñoz, Luis Ruiz Hernando, María Sánchez Díaz, Elena Pérez Belmonte, Laura Ruiz Azcona, Hospitalización Pediátrica - HUMV

INTRODUCCIÓN: la hospitalización tiene un impacto perjudicial en el sueño de los niños, disminuyendo las horas de sueño y la calidad del mismo. Concretamente, hasta un 20-30% de los menores hospitalizados experimentan problemas de sueño.

OBJETIVO GENERAL: mejorar el sueño y descanso nocturno de los niños hospitalizados en la planta de pediatría del HUMV.

MATERIAL Y MÉTODOS: el proyecto se dividió en tres fases de actividad, utilizando el Sistema de Aplicación Práctica de la Evidencia Clínica del Instituto Joanna Briggs (JBI PACES) y la herramienta de auditoría y retroalimentación Getting Research into Practice (GRiP). Para llevarlo a cabo se creó un equipo multidisciplinar formado por 2 pediatras, 4 enfermeras y 3 TCAE.

Los sujetos de estudio fueron:

- El personal de la unidad de hospitalización pediátrica del HUMV
- Niños de 3 a 16 años ingresados en la unidad de hospitalización pediátrica

Selección de la muestra: se realizó una encuesta autodirigida, elaborada por el equipo investigador, al personal de enfermería de la unidad. La muestra fue obtenida por conveniencia con participación voluntaria del 100% de la plantilla.

Respecto a los pacientes se calculó el tamaño de la muestra utilizando una población de referencia: 125 ingresos por mes. Se consideró suficiente una muestra de 95 individuos para estimar, con un 95% de confianza y una precisión de +/- 5 unidades porcentuales, un porcentaje de población que se espera sea alrededor del 50%. La recogida de datos se realizó de forma consecutiva. Las principales variables de estudio fueron: sexo, edad, antecedentes personales, patrón de sueño previo al ingreso, horas de sueño durante su ingreso, causas de los despertares nocturnos.

RESULTADOS: los resultados obtenidos fueron los siguientes:

FASE 1: auditoria basal. Los resultados de las encuestas, sobre el nivel de conocimientos de los profesionales sanitarios destacaron que existían discrepancias sobre los factores ambientales que influyen en el sueño, así como en el número de horas que deben dormir los pacientes en función de su edad.

Respecto al sueño de los pacientes ingresados, los datos mostraron que los niños durante su estancia hospitalaria duermen lo mismo que en sus domicilios de media, pero con muchos más despertares. Los principales motivos de despertar fueron: intervenciones de enfermería (48%), síntomas derivados de su patología (46%), ruido (13%), temperatura ambiental (6%) y luz (5%).

FASE 2: diseño y aplicación de estrategias para mejorar la práctica asistencial. Ante los resultados de la Fase 1, se realizó una formación específica sobre el sueño infantil (5 sesiones a 12 enfermeras y 11 TCAE) y se elaboró un protocolo que recogió todas las recomendaciones científicas.

FASE 3: auditoria de seguimiento a los seis meses (en desarrollo).

Conclusiones: una formación continuada y la implementación de buenas prácticas basadas en la evidencia mejorará la calidad de los cuidados y con ello el sueño y descanso de los niños hospitalizados.

Título: Sistema de Alerta Temprana en Gacela Care: una herramienta para la detección precoz del paciente crítico.

Autores: Maria Inmaculada Collantes Hernandez, Elena Rivas Cilleros, Genoveva Fernández Carral, Patricia Agüeros Fuente, Selma Herrero López, José Luis Cobo Sánchez, Área de Formación, Calidad, I+D de Enfermería – HUMV.

INTRODUCCIÓN: los pacientes hospitalizados son susceptibles de presentar deterioro clínico. Se ha descrito que presentan cambios fisiológicos horas antes de que esto suceda y estudios avalan el uso de modelos predictivos de detección temprana, que permiten la evaluación y el tratamiento precoces.

El Sistema de Alerta Temprana es una funcionalidad del aplicativo Gacela Care (SATGC) capaz de identificar precozmente a pacientes críticos, con el fin de prestarles una atención temprana y adecuada.

OBJETIVO: analizar las respuestas clínicas del equipo sanitario ante los pacientes críticos identificados mediante SATGC en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

METODOLOGÍA: estudio descriptivo longitudinal retrospectivo de códigos naranjas y rojos generados en el SAT de Gacela Care en los pacientes que ingresaron en las Unidades con SAT implantado (Urología, Cirugía General, Neurocirugía y Maxilofacial) del 8 agosto al 7 octubre de 2022.

El SATGC se basa en el registro de 7 parámetros (TA, FC, FR, t^a, satO₂, Caudal de O₂, nivel de conciencia) incluidos en un algoritmo, que devuelve una puntuación estableciendo el nivel de riesgo de deterioro del paciente, mediante un código de colores, e indica la respuesta clínica. En los códigos naranjas (≥ 5 puntos) y rojos (≥ 7 puntos), aparece en GC un icono de llamada al médico responsable, que debe valorar al paciente.

Se excluyeron pacientes de otras especialidades, no subsidiarios de medidas agresivas y códigos naranjas generados por parámetro individual de 3 puntos.

Se realizó un muestreo por lotes de códigos naranjas (10 por unidad). Se incluyeron todos los códigos rojos.

Las variables fueron: unidad, código, etapa del proceso, registro de llamada en SATGC, tipo de respuesta médica, registro en Altamira, actuación y evolución del paciente.

RESULTADOS: la etapa del proceso en la que se generan más códigos es el postoperatorio inmediato. Existe un 50% de casos no quirúrgicos con código naranja en las primeras horas del ingreso urgente.

Se llama al médico en el 68,75% de los códigos rojos y en el 67,57% de los naranjas. Cuando no se llama, las enfermeras realizan actividades como administración de tratamiento pautado, oxigenoterapia o reevaluación del paciente.

La respuesta médica en los códigos rojos es presencial en el 80-100% en CG, 100% en Urología y 66,67% en Neurocirugía y Maxilofacial. En los naranjas baja hasta el 71,24% en la TB6 o el 62,5% en la TD6, en la TC6 existe un 50% de respuesta médica telefónica y en la TD5 un 37,5%.

El registro médico en Altamira es prácticamente nulo.

CONCLUSIONES: el SAT debe ayudar al equipo sanitario en la toma de decisiones y a pesar de que la propia asistencia sanitaria en ocasiones dificulta cumplir los protocolos, se observa que es necesario mejorar la comunicación, el registro de la información, así como la implicación.

Una limitación fue que el SAT lleva poco tiempo implantado en algunas unidades y los hallazgos podrían variar con el aprendizaje en el manejo de los usuarios.

Título: Adherencia a una correcta técnica de inyección en la consulta de educación diabetológica

Autores: M^a Lourdes Aizpeolea San Miguel, María Piedra León, Laura Ramos Ramos, Violeta Fariñas Franco, Asunción Gómez de la Fuente, Coral Montalbán Carrasco, Servicio de Endocrinología y Nutrición – HUMV.

INTRODUCCION: actualmente existen diferentes medicaciones inyectables para el tratamiento de la diabetes jugando un papel importante el profesional sanitario para el óptimo uso de estas medicaciones. Una correcta Técnica de Inyección por parte del paciente es esencial para lograr un buen manejo de la diabetes, reduciendo absorciones irregulares y logrando un efecto óptimo del fármaco, evitar las inyecciones intramusculares o intradérmicas, para asegurar la administración en el tejido subcutáneo y para prevenir las complicaciones como la lipodistrofia.

OBJETIVO: conocer la adherencia a una correcta técnica de inyección de los pacientes que acuden a la consulta de educación diabetológica de forma regular.

MATERIALES Y METODOS: estudio observacional descriptivo, se analizaron los pacientes que acudieron a la consulta de educación en el mes de marzo con tratamiento insulínico, se codificaron las variables: edad, sexo, técnica de inyección, educación sanitaria, presencia de lipodistrofias (LD), datos de la MFG y HbA1C.

RESULTADOS: se codificaron 100 pacientes, con una edad media de 59 años, años de evolución de la diabetes 20 años y tiempo medio de uso de la insulina 14 años. El 57% eran hombres, el 49% DM2, el 37% DM1. En cuanto a la técnica correcta de inyección de insulina solo el 33% utilizan una aguja por inyección, cuando se les pregunta por el motivo de la reutilización un 13% por el gasto, 13% dice que no se lo dan en su centro de salud, un 11% no pasa nada ya que no comparte la aguja y un 28% no sabe el motivo. El 82% utilizan agujas de 5mm y el 18% restante agujas más largas. La zona de inyección con un 84% es en el abdomen y la mayoría no rota bien las zonas de inyección, tan solo un 19% lo realiza correctamente. El 50% utiliza la técnica del pellizco y el 44% cuenta de 5-10 segundos tras la inyección. El 94% asegura haber recibido educación en cuanto a la técnica de inyección y la rotación de las zonas de inyección. Un 26% no rotan las zonas por comodidad, un 12% no ve la ventaja y un 24% desconoce el motivo. El 49% presenta lipodistrofias y el 50% de las mismas en el abdomen, pero tan solo el 27% ha detectado abultamientos compatibles con la lipodistrofia.

En el análisis estadístico se encontró una relación entre la presencia de lipodistrofias con la reutilización de las agujas($p0,02$) y la no rotación de las zonas de inyección($p0,05$). En cuanto al control metabólico, encontramos una HbA1C más elevada en los pacientes con lipodistrofia (8,6 vs 7,2) $p0,16$, un menor tiempo en rango (49,1 vs 60,04) $p0,44$, y mayor tiempo en hipoglucemia 1 (2,22 vs 4,72) $p0,08$.

CONCLUSIONES: gran parte de los diabéticos realizan la técnica de inyección de modo incorrecto a pesar de haber recibido educación sanitaria, debido a la repercusión en la prevalencia de lipodistrofias y a su vez la influencia negativa en el control metabólico de la diabetes es importante a la hora de tener en cuenta en la exploración de los pacientes diabéticos.

Título: Impacto de la clase social y otros factores sociales en la tasa de cesación tabáquica.

Autores: Zulema Gancedo González, Pedro Muñoz Cacho, Fernando Martín Fuente, Javier Ayesta Ayesta, Enrique Castro Sánchez, Daniel Cuesta Lozano, HUMV, Servicio Cántabro de Salud, Brunel University, Universidad de Alcalá.

La fase actual de la epidemia en tabaquismo y su evolución posiciona la clase o nivel social como factor determinante en la alta prevalencia de consumo de tabaco y menor probabilidad de cesación.

En nuestro ámbito no hay antecedentes de estudios sobre la identificación e influencia de este tipo de factores y su relación con la prevalencia, intervención y cesación de pacientes fumadores.

OBJETIVO:

Principal: Determinar el impacto de la clase social en la tasa de cesación tabáquica en pacientes atendidos en una unidad especializada.

Secundario: determinar el impacto de la edad, sexo y año estudiado en las tasas de cesación.

MATERIAL Y MÉTODO: estudio descriptivo retrospectivo en pacientes fumadores atendidos en una unidad especializada de tabaco en los años 2008, 2015 y 2019. Como variable dependiente se consideró la cesación tabáquica al año. Como variables independientes se recogieron edad, sexo, clase social ocupacional CSO-SEE12 en 3 categorías (Clase I Directores/as y gerentes y profesionales universitarios/as, Clase II Ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia y Clase III Trabajadores manuales), y la ocupación en caso de no ser trabajador en activo. Los datos se recogieron de manera retrospectiva de las historias de los pacientes. El proyecto ha sido aprobado por el CEIM de Cantabria. Se realizó un análisis descriptivo e inferencial para determinar la relación entre la clase social ocupacional y la cesación tabáquica frente al sexo y año analizado (Chi cuadrado) y con la edad (U de Mann-Whitney), con el paquete estadístico SPSS v 15.0.

RESULTADOS: se estudiaron 1070 pacientes: 29,3% del 2008, 25,9% del 2015 y 34,9% del 2019. 56,9% mujeres con una edad media de 48,61 años (desviación estándar 12,44 años, rango 14 a 85 años). Cesaron el 51,1% en 2008, el 51,3% en 2015 y el 61,9% en 2019. Hubo diferencias estadísticamente significativas con respecto a las tasas de cesación, a favor de las clases de ocupación social más altas (Clase I 74,1% vs Clase II 60,9% vs Clase III 53%, $p < 0,01$) y a la ocupación (pensionista 50%, ama de casa 52%, estudiante 11,1%, $p < 0,01$).

Presentaron una mayor edad media los que cesaron (cese 49,34 años vs no cese 47,71 años; IC 95% 67-71; $p=0,045$). Cesaron más los pacientes del 2019 frente al resto (2008 51,1%, 2015 51,3% y 2019 61,9%; $p=0,004$). No hubo diferencias estadísticamente significativas respecto a las tasas de cese y el sexo (hombres 56,6% vs mujeres 53,7%, $p=0,342$).

CONCLUSIONES: las diferencias encontradas en cuanto a cesación sobre la clasificación social ocupacional y la edad de los pacientes intervenidos en programa de cesación, sugiere seguir profundizando en estos aspectos. Conocer la situación socioeconómica puede ser un factor predictor en cesación y por tanto, implementar mejoras en las intervenciones de abordaje en cesación así como políticas o estrategias sociosanitarias.

Título: Inteligencia Artificial y Machine Learning: un nuevo paradigma en la investigación en cuidados de la salud.

Autores: Luis Manuel Fernández Cacho, María Amor Saldaña Aguado, Milagros Martínez Gago, Servicio de Radiodiagnóstico – HUMV, Universidad de Cantabria, Instituto de Investigación Valdecilla.

INTRODUCCIÓN: la Inteligencia Artificial (IA) ha demostrado ser de gran utilidad para toda la comunidad médica y científica. Se basa en el desarrollo de algoritmos y técnicas de software para predecir la cognición humana a través del análisis de conjuntos de datos médicos (Big Data). Dentro de los algoritmos de IA, el Machine Learning ó Deep Learning cuentan con un aprendizaje supervisado previo basado en un sistema de etiquetas asociadas a unos datos que les permiten tomar decisiones o hacer predicciones anticipándose a futuros problemas de salud.

OBJETIVOS: el objetivo principal de este trabajo consiste en describir las ventajas del empleo por parte de la enfermería del Machine Learning o Deep Learning como herramienta para la gestión de Big Data así como describir los beneficios del Data Science y Open Science como alternativa a la investigación tradicional. A su vez se está desarrollando un algoritmo que permita predecir que pacientes portadores con sondas de nefrostomía acudirían de forma urgente por problemas con la sonda siendo susceptibles de una intervención más exhaustiva por parte de la enfermería.

METODOLOGÍA: se llevó a cabo una revisión sistemática del tema empleando como palabras clave descriptores del Mesh y DeCs como ai; artificial intelligence; machine learning; machine intelligence; decisión tree;. Se analizaron artículos de menos de 5 años en PUBMED. Paralelamente se está desarrollando un algoritmo de predicción basado en lenguaje Python y para el modelo se entrenaron los algoritmos KNN y decisión tree. Se dividió la muestra (n=150) en training y test (50% de muestra). Se utilizó la técnica del repeated K-Cross validation (K=3) para identificar los hiperparametros óptimos y establecer la precisión de los modelos. Se obtuvo una precisión en el training del 90% y del 73% en el test.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES: la gestión de datos por parte de algoritmos de predicción basados en Machine Learning ó Deep Learning han supuesto una revolución en el mundo de la ciencia de los datos.

Permite manejar grandes cantidades de información y desarrollar herramientas que permitan diagnosticar o simplemente anticiparse a posibles problemas futuros de salud.

La Inteligencia Artificial llevada al campo de la salud supone un avance hacia la medicina personalizada en el que la enfermería debe estar presente.

Que los profesionales de enfermería incorporen conocimientos de Machine Learning y análisis de Big Data permitiría realizar estudios de investigación más interesantes obteniendo unos resultados óptimos que se pueden implementar aportando cuidados de mayor calidad y más orientados a las necesidades individuales de cada paciente.

Título: Efecto del vendaje diario en la protetización de un paciente amputado

Autores: Eva Fernandez Quiruelas, Ángela Suárez Perez, Servicio de Rehabilitación – HUMV.

INTRODUCCIÓN: el vendaje con vendas elásticas es una de las técnicas empleadas en el Servicio de Rehabilitación para el tratamiento del muñón. Su finalidad es proteger el tejido que está en fase de curación, reducir el edema y dar forma al muñón para la futura colocación de una prótesis. Cuando no se venda el muñón o no se hace correctamente, éste se vuelve flácido, voluminoso y con una forma inadecuada.

OBJETIVO: determinar la eficacia del vendaje elástico en el muñón del paciente amputado.

METODOLOGÍA: se realizan dos grupos con pacientes que han sido intervenidos quirúrgicamente en el HUMV por amputación mayor de miembro inferior (nivel transtibial o transfemoral). En el primer grupo, se incluyen los pacientes intervenidos desde noviembre 2019 hasta noviembre 2020, periodo que comprende la época de confinamiento más estricto debido a la aplicación de medidas contra el SARS-CoV-2. En el segundo grupo, incluimos los pacientes que fueron operados entre junio 2021 y junio 2022, fecha en la que los tratamientos vuelven a tener la periodicidad previa a la pandemia. Como variables se recoge el sexo, la edad y el número de sesiones recibidas en el periodo de tiempo transcurrido entre el inicio del tratamiento de fisioterapia ambulatoria y la protetización.

RESULTADOS: se incluye en el estudio un total de 28 pacientes de los cuales 2 no llegaron a protetizarse. En el primer grupo la edad media es de 71,67 años frente a los 51,97 años del segundo grupo. El número de sesiones medio hasta la protetización fue de 23,39 en el primer grupo, siendo para el segundo de 18,63. El sexo en ambos grupos es mayoritariamente masculino, 94,44% en el primer grupo y 90% en el segundo.

CONCLUSIONES: se observa que el grupo de pacientes que eran vendados iniciaban la protetización de media 4,76 sesiones antes que el grupo de pacientes que no. De manera que se demuestra que el vendaje diario acelera la reducción del edema y una protetización más temprana.

Título: Plan estandarizado de cuidados de Enfermería para pacientes con cirugía de mama.

Autores: María Vallejo Montes, María Entisne Santos, Amparo Hoz Antúnez, Belén Salmon Torralbo, Alejandro Torre Rodríguez, María Sáez de Adana Herrero, Servicio de Ginecología TC4 HUMV.

Anualmente en nuestro país se diagnostican unos 16000 casos al año de cáncer de mama y se produce la muerte de casi 6000 mujeres. Aunque no es exclusivo de la mujer, supone el 30% de nuevos casos de cáncer entre la población femenina, frente al 1% en la masculina. Para una buena calidad en la atención de los pacientes con patología de mama, resulta necesario la elaboración de un plan de cuidados estandarizados de acuerdo a una "práctica basada en la evidencia científica" (PBE).

Población diana: Pacientes adultos ingresados en la planta 4^a Torre C del HUMV, programados para intervención, por patología de mama.

OBJETIVO: mejorar la calidad en la atención a los pacientes con patología de mama, ingresados para intervención quirúrgica en el HUMV.

VALORACIÓN ESTÁNDAR: respirar: Disnea. Comer y beber: Náuseas/vómitos, Aversión a comer. Eliminación: Distensión vesical, Ausencia diuresis, Estreñimiento. Movilización: debilidad, dificultad para girarse. Sueño: cambios en el patrón del sueño. Vestirse: Dificultad para vestirse y desvestirse. Temperatura: hipertermia, tiritona, escalofríos. Higiene/piel: Deterioro habilidad para el aseo, Alteración de la piel, Signos de infección. Seguridad: Dolor, Tristeza, Temor, Nerviosismo. Comunicación: consciente, orientado. Valores/creencias: Miedo, Falta de satisfacción con la situación. Trabajar/realizarse: incapacidad laboral temporal. Conductas de evitación del propio cuerpo, Temor a la reacción de otros. Recrearse: Pérdida de contacto con familia, amigos. Aprender: dudas sobre pronóstico, tratamiento, evolución, signos y síntomas de alarma.

*Diagnósticos de Enfermería:

(00146) Ansiedad

NOC Nivel de ansiedad. NIC Disminución de la ansiedad

(00120) Baja autoestima situacional

NOC Autoestima. Adaptación a la discapacidad física

NIC Apoyo emocional. Potenciación de la autoestima. Mejorar el afrontamiento

(00126) Conocimientos deficientes

NOC Conocimientos: régimen terapéutico. Conocimiento: Actividad prescrita.

NIC Enseñanza: procedimiento/tratamiento. Enseñanza: ejercicio prescrito

(00085) Deterioro de la movilidad física

NOC Conocimiento: actividad prescrita. NIC Enseñanza: ejercicio prescrito.

*Complicaciones potenciales:

(00132) Dolor agudo

NOC Control del dolor. NIC Administración de medicación

(00206) Riesgo de sangrado

NOC Severidad de la pérdida de sangre. NIC Disminución de la hemorragia

[00266] Riesgo de infección de la herida quirúrgica

NOC Severidad de la infección. Curación de la herida: por primera intención.

NIC Control de infecciones. Cuidados del sitio de incisión

*Intervenciones no asociadas a diagnóstico: NIC Cuidados de enfermería al ingreso. NIC Monitorización signos vitales. NIC Transferencia de cuidados del paciente. NIC Planificación al alta

CONCLUSIÓN: La utilización de metodología enfermera facilita la comunicación entre los profesionales, evita omisiones y repeticiones, mantiene la continuidad de los cuidados, y favorece la participación del usuario, implicando un aumento de la calidad asistencial.

Título: Calidad de vida en pacientes con chaleco desfibrilador externo.

Autores: Rebeca Hernández García, Noelia Clérigo Cuevas, Zuleika San Salvador Ausin, Miguel López Palomo, Sandra, Sandra Pérez Castillo, Fabiola Septien Tellaeché, Consulta de Arritmias – HUMV.

INTRODUCCIÓN: el chaleco desfibrilador externo es una alternativa temporal no invasiva para prevenir arritmias ventriculares malignas, en situaciones clínicas donde el desfibrilador automático (DAI) no se recomienda, bien porque se asume la posibilidad de recuperación de la función ventricular, bien porque son pacientes a los que se les ha extraído un DAI en espera de un nuevo implante. La mayoría de ensayos clínicos con DAI ponen de manifiesto que su efecto sobre la calidad de vida (CV) es beneficioso o neutro, pero nada conocemos sobre la CV en pacientes con estos chalecos.

OBJETIVOS: evaluar la CV que tienen nuestros pacientes con el chaleco.
Conocer grado de satisfacción (GS) y grado de confianza (GC) con el dispositivo.

MÉTODO: incluimos todos los pacientes de nuestro centro a los que se les había colocado un chaleco hasta el 28/05/2022.
Para evaluar CV utilizamos el cuestionario modificado EQ5D. Describe el estado de salud en 5 dimensiones. Utilizando la misma codificación añadimos una pregunta que examinaba la repercusión sobre la imagen corporal. Incorporamos 2 escalas de valoración numérica como instrumentos de evaluación del GS y GC percibidos del 1 al 5 (1 nada-5 mucho). El contacto se realizó vía telefónica con consentimiento informado previo.

RESULTADOS: se colocaron 5 chalecos (edad media 43 años).
En cuanto a CV: Movilidad: 100% no tengo problemas; Cuidado personal: 100% no tengo problemas; Actividades cotidianas: 80% no tengo problemas; Dolor/Malestar: 80% no tengo ni dolor, ni malestar; Ansiedad/depresión: 60% no estoy ansioso ni deprimido; Imagen corporal: 60% no tengo ningún problema con el chaleco.
El GC percibido fue del 92% y el GS del 80%.

CONCLUSIONES: el chaleco desfibrilador permite a nuestros pacientes mantener una buena CV, si bien es cierto que la imagen corporal se ve más alterada en < 30 años. Ofrece un GC y GS elevado

Título: Adherencia a la alimentación saludable de los pacientes que acuden a la consulta de educación diabetológica.

Autores: Asunción Gómez De la Fuente, M^a Lourdes Aizpeolea San Miguel, María Piedra León, Violeta Fariñas Franco, Coral Montalbán Carrasco, Servicio de Endocrinología y nutrición – HUMV.

INTRODUCCION: una de las actividades fundamentales en la consulta de educación es la intervención para una alimentación saludable ya que favorece el buen estado de salud y disminuye el riesgo de enfermedades crónicas relacionadas con ella. La investigación epidemiológica ha demostrado una estrecha relación entre alimentación y el riesgo para desarrollar estas enfermedades crónicas caracterizadas por una elevada morbimortalidad.

OBJETIVO: conocer la adherencia a la alimentación saludable y la calidad de la alimentación mediante el índice de alimentación saludable (IASE).

MATERIAL Y METODOS: estudio descriptivo transversal, se codificaron las variables de los pacientes que acuden de forma regular a la consulta de educación diabetológica y que respondieron el Cuestionario de Frecuencia de Consumo (CFC). El IASE se compone de 10 variables (Cereales-derivados, Verduras-hortalizas, Frutas, Leche-derivados, Carnes, Legumbres, Embutidos-fiambres, Dulces, Refrescos-azúcar y Variedad-dieta), construidas a partir del CFC y las recomendaciones de las Guías-Alimentarias, la puntuación-máxima 100: Alimentación-saludable: > 80 puntos; Necesita-cambios: > 5.0-80; Poco-saludable: 50.

RESULTADOS: se codificaron 133 pacientes de los cuales el 60% son mujeres, la edad media de 47,07+/-13,76 años, con diagnóstico de Diabetes mellitus tipo 1 el 89%, no existiendo diferencias estadísticamente significativas entre ellos en cuanto a los resultados. En cuanto a la recomendación diaria del consumo de cereales y derivados lo cumple el 66%, frutas el 60%, leche y derivados el 86% y verduras solo el 61% lo cumplen. En el caso de las recomendaciones semanales de carnes solo el 36% cumple lo recomendado y en cuanto a las legumbres el 50%. Los alimentos de consumo ocasional como son los embutidos tan solo un 17% sigue la recomendación, el 49% no consume dulces y el 89% no toma refrescos. En la recomendación de grasas saludables, un 97% asegura utilizar aceite de oliva como grasa principal para cocinar, tan solo un 33% toman 30 gr de frutos secos a diario y el 31% se ciñen a la recomendación de tomar pescado azul 3 veces por semana. Nos encontramos que solo el 7,5% cumple con las recomendaciones diarias y semanales, realizando una alimentación variada.

Nuestra muestra presenta un IASE medio de 73,79+/- 9,11 puntos, si lo estratificamos según alimentación-saludable: > 80 puntos el 22,7%; Necesita-cambios: > 50-80 puntos, el 75,8%; Poco-saludable: 50 puntos, el 1,5%.

CONCLUSIONES: según nuestro estudio la adherencia a la alimentación saludable es baja, a pesar de ser pacientes asiduos a la consulta de educación diabetológica, lo cual muestra la necesidad de implementar nuevas estrategias de intervención y jornadas educativas.

Título: Bomba de insulina y MCG-RT integrados formando un asa cerrada vs monitorización flash de glucosa.

Autores: M^a Lourdes Aizpeolea San Miguel, María Piedra León, Irene Sangil Monroy, Asunción Gómez de la Fuente, Ricardo Batanero Maguregui, Coral Montalbán Carrasco, Servicio de Endocrinología y Nutrición – HUMV.

INTRODUCCIÓN: un sistema de asa cerrada es aquel que integra tres componentes: una bomba de insulina, un monitor continuo de glucosa en tiempo real y un algoritmo matemático de control. Este algoritmo es el que determina la cantidad de insulina que debe infundir la bomba, en función de las lecturas de glucosa intersticial por parte del sensor MCG-TR, con el objetivo de mantener la glucosa en sangre en valores estables y próximos a la normalidad. Financiado por el SCSalud en julio del 2022 a pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo I e hipoglucemias recurrentes, graves o inadvertidas, tiempo en hipoglucemia (< 70 mg/dl) $> 4\%$, incluyéndose en el HUMV a 36 pacientes.

OBJETIVO: observar y comparar los valores glucometricos antes y después de un mes del inicio de un sistema de asa cerrada.

MATERIAL Y MÉTODOS: estudio observacional descriptivo, en el que se analizan los resultados de las descargas realizadas en libreview® en el mes previo al inicio del sistema de asa cerrada y las descargas realizadas en Glooko® para el sistema integrado Tandem t: Slim X2™ Control-iQ, Carelink® personal para el sistema integrado smarguard G4-780G y YourLoops® para el sistema integrado Diabeloop DBLGI®, tras un mes de su uso. Se codifican las variables relacionadas con el control glucémico.

RESULTADOS: se codificaron 33 pacientes de los cuales el 85% son mujeres, con una edad media de 45 años, el 54%(780G), el 22% (sistema Diabeloop) y el 24% (Tandem Control-iQ), no existiendo diferencias significativas en cuanto a las características de los pacientes ni en su control metabólico previo al inicio. En cuanto a los resultados con bomba de insulina y sistema flash vs MCG-RT integrados respectivamente: % hiperglucemia 1 (181-250 mg/dl) 11,09(1-43) vs 3,85(0-15) p0,00, % hiperglucemia 2 (>250 mg/dl) 21,48+/-6,6 vs 18+/-5,7 p0,02, % Tiempo en rango (TIR) (70-180 mg/dl) 60,91+/-14,6 vs 60,91+/-14,6 p0,00, % Hipoglucemia 1(54-69 mg/dl) 5,09+/-3,3 vs 1,43+/-0,7 p0,00, % hipoglucemia 2 (<54 mg/dl) 1,45(0-8) vs 0,41(0-2) p0,00, Glucemia promedio(mg/dl) 159+/-26 vs 147+/-11 p0,02, Indicador de gestión de la glucosa (GMI)% 7,09+/-0,5 vs 6,85+/-0,2 p0,03 y CV% 40,44+/-5,81 vs 31,02+/-3,9 p0,00.

CONCLUSIONES: el inicio de los sistemas de asa cerrada consigue una mejora estadísticamente significativa del control glucometrico, disminuyendo el tiempo en hipoglucemia, aumento del tiempo en rango y disminuyendo la variabilidad glucémica, consiguiendo un mejor control metabólico que con la bomba de insulina de forma aislada a la monitorización.

Título: La dependencia física como indicador de fragilidad en el paciente de diálisis.

Autores: Javier Cristian Perales Vaca, Sandra Pacheco Martínez, Alicia Labrador Pérez, Mirian García Martínez, Servicio de Hemodiálisis – HUMV.

INTRODUCCIÓN: se define como fragilidad a un incremento del riesgo de padecer vulnerabilidad, dependencia y muerte, debido a una pérdida física y psíquica del individuo. Algunos estudios han llegado a señalar que la gran mayoría de las personas envejecidas que cumplen con los criterios para ser diagnosticados con fragilidad, presentan tanto dependencia física como alguna patología crónica. Debido a ello, asociar el término fragilidad a la dependencia física y a la enfermedad renal crónica, cobra una especial importancia.

OBJETIVOS: determinar la prevalencia de fragilidad y la dependencia física como factor asociado en una población de pacientes en tratamiento con hemodiálisis.

MATERIAL Y MÉTODO: se realiza una recogida de datos por parte del personal de enfermería del servicio de hemodiálisis a los pacientes que cumplieran los criterios de inclusión del estudio mediante los cuestionarios de Barthel, Lawton y la escala de Frail, así como las variables de edad y género. Determinando como frágil una puntuación mayor o igual a 3 puntos en la escala Frail, junto con una alteración en el resto de escalas. Se realizó un análisis descriptivo y transversal a partir de los datos recogidos, utilizándose medidas de tendencia central para las variables continuas y categóricas y un análisis bivariante entre la presencia de fragilidad y otras variables cualitativas, utilizando los test de chi cuadrado o test exacto de Fisher, considerando como estadísticamente significativo una $P < 0,05$.

RESULTADOS: con una población de referencia de 41 pacientes, de los cuales un 53,7% son hombres y 46,3% son mujeres. Tras realizar el análisis estadístico se observa que un 51,2% de los pacientes de la muestra a estudio cumplen los criterios de fragilidad. Al realizar la comparativa estadística se demuestra que existe una interrelación entre la fragilidad y los resultados obtenidos en la escala Barthel, con una P en la prueba exacta de Fisher $< 0,05$. Así como para la escala Lawton; también se observa dicha correlación, al tener una P en la prueba exacta de Fisher $< 0,05$.

CONCLUSIONES: dado los datos obtenidos, se llega a la conclusión de que es posible establecer una relación causal que evidencie el estado de fragilidad y la dependencia física.

Aunque debido a la limitada población de referencia y ante la escasez de referencias bibliográficas relacionadas con el tema, se considera relevante ampliar el estudio y el tamaño muestral.

Con los resultados obtenidos, se considera de importancia para el cuidado del paciente que debuta con una patología renal, la consulta ERCA; tanto para realizar una clasificación del paciente captado por la ERCA, como la instauración de programas y protocolos de prevención e intervención, que pueda mejorar la calidad de vida del paciente.

Comunicaciones Póster

Título: Síndrome confusional agudo en mujeres hospitalizadas por traumatismo de cadera.

Autores: Leticia Martínez González, María Plaza Carmona, Carmen Juan García, Consulta de Urología – HUMV.

INTRODUCCIÓN: al delirio se considera una de las afecciones geriátricas más comunes, dado que es una de las principales complicaciones que surgen tras ser hospitalizado por una fractura de cadera. Por ello, su prevención y detección precoz es fundamental para reducir la duración de la estancia del paciente en el hospital y las complicaciones durante el proceso de hospitalización.

OBJETIVO: analizar los predictores del desarrollo de delirio o síndrome confusional agudo en mujeres hospitalizadas con diagnóstico de fractura de cadera.

METODOLOGÍA: se llevó a cabo un estudio prospectivo realizado con una muestra de 212 mujeres reclutadas en la Unidad de Traumatología del Hospital Universitario de León (España), con una edad media de $76,2 \pm 4,2$ años. Las variables analizadas fueron sociodemográficas, basales, quirúrgicas, farmacológicas, comorbilidades y complicaciones.

RESULTADOS: la infección del tracto urinario, la demencia, el ASA y la pérdida de visión son variables predictoras de desarrollo del delirio. En este sentido, el nivel de autonomía, independencia y fragilidad demostrado por las mujeres se relaciona con el desarrollo de esta condición.

Palabras clave: delirio, fractura de cadera, mujer, hospitalización

Título: Elaboración de una "Guía para pacientes portadores de dispositivos de estimulación cardiaca en seguimiento remoto".

Autores: Rebeca Hernández García, Noelia Clérigo Cuevas, Zuleika San Salvador Ausín, Ana Belén Píriz Marqués, Fabiola Septién Tellaetxe. M. Mercedes Colio Caba, Consulta de Arritmias – HUMV.

INTRODUCCIÓN: el avance de las nuevas tecnologías en el campo de la salud, y más concretamente en los dispositivos de estimulación cardiaca(EC) en seguimiento remoto(SR), hacen necesario facilitar a pacientes y familiares herramientas que guíen sus cuidados, garantizándoles la calidad en la asistencia.

OBJETIVOS: proporcionar a pacientes y familiares con dispositivos implantados de EC en SR, una guía de fácil lectura para aclarar conceptos, reducir ansiedad, dotar de habilidades y disminuir el número de llamadas telefónicas y consultas debidas a esta desinformación.

Elaboración, aprobación y difusión en el Hospital Valdecilla.

METODOLOGÍA: para su elaboración combinamos la búsqueda bibliográfica en los distintos manuales de EC y SR, así como la revisión de protocolos de nuestra unidad. Para su aprobación y difusión enviamos justificación al servicio de Calidad de nuestro centro. Tras su revisión, para poder validarlo, nos proporcionó 10 encuestas (Evaluación de la información a pacientes y acompañantes) con 5 preguntas, respuestas (SI - NO) y un apartado de sugerencias.

En consulta post implante tras informar a paciente y acompañante del funcionamiento de la monitorización remota, entregamos la guía para su lectura, preguntamos dudas y entregamos encuesta para cumplimentación.

RESULTADOS: se realizaron 10 encuestas. Edad media 71 años. Sexo masculino 90%. Las respuestas obtenidas fueron las siguientes: ¿El lenguaje que se utiliza es claro y comprensible? 100% SI; ¿El formato le resulta atractivo? 100% SI; ¿Le ha parecido útil el contenido? 100% SI; ¿Considera que falta alguna información? 100% NO; ¿Considera que hay información en exceso? 100% NO. Sugerencias: (una única respuesta) todo claro.

La guía fue validada, aprobada y difundida en nuestro hospital.

CONCLUSIÓN: la elaboración de una guía actualizada, básica y visual es fundamental para que los pacientes en SR puedan cubrir sus necesidades, proporcionando una información de calidad y la corresponsabilización y autocuidado del paciente.

Título: Prevalencia del consumo tabáquico en la unidad de Neumología de un hospital de referencia.

Autores: Verónica Gómez Abad, Ana del Hoyo Herrero, Ana María Estébanez Díez, Begoña Josa Laorden, Unidad de Hospitalización de Neumología TB7 – HUMV.

El tabaquismo es la primera causa mundial prevenible de enfermedad y muerte.

OBJETIVO: identificar la prevalencia, percepción del riesgo y factores favorecedores del tabaquismo en trabajadores del servicio de Neumología de un hospital de referencia.

MATERIAL Y MÉTODOS: se realiza estudio observacional descriptivo. Para ello, se elabora cuestionario según recomendaciones de la OMS de 17 ítems midiendo variables epidemiológicas sobre prevalencia y percepción del riesgo de fumar, así como factores favorecedores al tabaquismo. El cuestionario, autocumplimentado y confidencial, se distribuyó a 70 profesionales en agosto y septiembre 2022. Tasa de participación: 91,4%.

RESULTADOS: de los entrevistados, la mayoría (56,2%) nunca fumó, fumadores diarios un 17,2%, ocasionales 4,7% y exfumadores 21,9%. Fumadores diarios: prevalecen mujeres en un 72,7% y rango de edad 18-35 en un 63,6%. La categoría profesional sería 54,5% auxiliares, 27,3% enfermeras y 18,2% médicos.

El 100% consume \leq 20 cigarrillos/día. Edad de inicio de la totalidad fue 15-21 años. El 81,8% inicia su consumo por la mañana.

Los motivos ligados al consumo: 72,7% los nervios y las reuniones sociales. Un 54,5% fuma junto con alcohol y tras las comidas. Un 18,2% lo une al café.

El 54,5% intentó dejarlo sin éxito en una ocasión, 27,3% en dos y 19,2% no lo ha intentado.

El 91% fuma en el hospital. La gran mayoría, en el exterior y sólo uno en el interior sin especificar. Abandonan su puesto para fumar 3 veces/turno de media.

Dentro de 5 años sólo se ve fumando 9,1%.

El 100% no ha solicitado ayuda al hospital para dejarlo: 72,7% (desinterés), 18,2% (desconocimiento) y 9,1% (inaccesibilidad).

54,5% se plantea dejarlo alegando perjuicio de salud, efectos nocivos y economía.

Fumadores ocasionales: un 66,7% son mujeres. Todos 18-35 años y con inicio 16-18 años. Su consumo es 100% fines de semana por la noche y ligado 66,7% a reuniones y alcohol. Uno lo une a estudio nocturno.

Ninguno fuma en el hospital, ni se ve fumando en 5 años, Ninguno ha intentado dejarlo ni pedido ayuda por desinterés. Un 66,7% se lo plantea por efectos nocivos.

Los exfumadores: el 100% son mujeres. 50% entre 51-65 años, 35,7% entre 36-50 años y 14,3% entre 18-35 años. El 71,4% auxiliares.

Un 92,9% fumaba \leq 20 cigarrillos/día.

La edad máxima de inicio fueron los 18 y la de dejarlo fue antes de los 30, un 78,6% y el 100% antes de los 45 años.

El 100% lo consiguió tras un único intento.

La prevalencia tabáquica del personal sanitario obtenida en este estudio es inferior a la observada en la población general de nuestra CCAA (33,9%)

CONCLUSIONES: en general las personas encuestadas están bastantes sensibilizadas con los efectos perjudiciales del consumo, tanto por fumar como por la exposición al humo, llama la atención que una cuarta parte no está preocupada por estos temas

Cabe destacar que ninguno de los encuestados ha pedido ayuda al hospital para dejar de fumar, alegando desconocimiento de las estrategias existentes siendo una de las tareas pendientes para la Comisión Hospital sin Humo

Título: COVID sentido en la unidad de crónicos de hemodiálisis del HUMV.

Autores: Patricia Martínez Álvarez, Alicia Labrador Pérez, Servicio de Nefrología, Unidad de Hemodiálisis – HUMV.

INTRODUCCIÓN: durante la pandemia de COVID-19 los centros sanitarios se colapsaron y a los sanitarios nos tocó guardarnos el miedo y sacar lo mejor de nosotros mismos. La unidad de hemodiálisis del HUMV fue adaptándose lo mejor y mas rápidamente que pudo a las nuevas restricciones y protocolos. Siguió atendiendo a los pacientes que acuden de forma crónica a nuestra unidad desde sus domicilios y además vio aumentado el número de pacientes agudos que precisaban tratamiento de diálisis.

Ahora gracias a las vacunas y mutaciones del virus podemos respirar algo mas tranquilos y echar la vista atrás, recopilar datos y ver lo que ha supuesto esta pandemia en la unidad de hemodiálisis tanto a sanitarios como a pacientes crónicos.

OBJETIVOS:

1. Conocer la incidencia del Covid en los profesionales de enfermería de la unidad de crónicos de hemodiálisis.
2. Conocer la incidencia del Covid en los pacientes crónicos de la unidad de hemodiálisis.
3. Conocer la opinión de profesionales y pacientes sobre la forma en la que creen se contagiaron.

METODOLOGÍA: se trata de un estudio descriptivo transversal. Abarca el periodo desde marzo de 2020 a agosto de 2022. Como herramienta se elaboraron 2 cuestionarios, uno para profesionales (enfermeras y TCAES) y otro para pacientes. Ambos con preguntas de tipo mixto que abarcan datos: demográficos, clínicos y pregunta de opinión.

RESULTADOS: en los profesionales de enfermería la incidencia de contagio por Covid-19 fue del 62,9% y tan sólo un caso precisó ingreso hospitalario. Con respecto a la opinión sobre dónde creen haberse contagiado el 30% indicaron el lugar de trabajo. El 53% fuera del trabajo y el 17% refirieron no saberlo.

En los pacientes la incidencia de contagio por Covid-19 fue del 42% de los cuales el 71,4% no precisó ingreso y pasó la enfermedad de forma asintomática o con síntomas leves. El 28,6% restantes precisaron ingreso hospitalario y de ellos, la mitad ingresaron en UCI y fallecieron.

Con respecto a dónde creen los pacientes que sufrieron el contagio: El 33% señalaron a su entorno personal y familia, el 19% al transporte en ambulancia para acudir a las hemodiálisis, el 9,4% al hospital, por estar hospitalizado por otra causa y compartir habitación con un paciente positivo sin saberlo y el 38,5% refirieron no saberlo. Ninguno de los afectados señaló a su estancia en la unidad de hemodiálisis donde reciben tratamiento como lugar de contagio.

CONCLUSIONES: los pacientes han señalado la sala de hemodiálisis como lugar libre de contagios y esto ha sido debido en gran parte a los nuevos protocolos instaurados, así como de la adaptación a los mismos tanto por parte de profesionales como de pacientes. Como limitación del estudio encontramos el pequeño tamaño muestral, que nos impide sacar conclusiones mas allá de nuestra unidad de diálisis. Pero si nos sirve para analizar lo que hemos ganado y perdido con esta pandemia. Y para valorar nuestros esfuerzos y desvelos, así como los de nuestros pacientes

Título: Importancia del papel de la enfermería en la prevención y tratamiento de la intoxicación por paracetamol en el niño.

Autores: Sonia Mateo Sota, Carolina Lechosa Muñíz, Elsa Cornejo del Río, Servicio de Pediatría (Urgencias Pediátricas, Hospitalización TD3) y Servicio de Ginecología y Obstetricia (Hospitalización TD4) - HUMV

VALORACIÓN DEL CASO: el paracetamol es probablemente el analgésico de uso más extendido en la población pediátrica. La administración a dosis tóxicas puede desencadenar un cuadro clínico con grave afectación hepática. La administración del antídoto N-acetilcisteína (NAC) de forma precoz, antes de las 8 horas, es la base del tratamiento para disminuir la morbilidad. Su presentación líquida con sabor y color agradable hacen que sea el fármaco causante de la mayoría de las intoxicaciones medicamentosas en nuestro medio (20% del total de intoxicaciones en menores de 5 años), puede ser por error en la dosificación en lactantes, accidental en preescolares e intencionada en adolescentes.

ENUNCIADO DEL PROBLEMA: lactante de 2 meses que acude al servicio de urgencias pediátricas acompañado de sus padres por posible intoxicación por paracetamol. No alergias conocidas, embarazo controlado, parto eutócico, SG41. Realizadas revisiones y vacunas correspondientes en su centro de salud. Alimentado con leche de fórmula desde su nacimiento. Asintomático. Refieren esa mañana le han administrado las vacunas de los 2 meses según calendario vacunal y, de manera preventiva, le han administrado paracetamol: 500mg inicialmente que vomitó parte del contenido, posteriormente 300mg que toma completamente. Tras 6 horas, nueva administración de paracetamol de 500 mg. Lo que se correspondería con una dosis total de 1300mg. En ese momento, refiere la madre darse cuenta de administración errónea tras comprobar el prospecto y que había comprendido mal la dosis, "7 ml en lugar de 0,7ml".

INTERVENCIÓN: tras objetivar dosis tóxica administrada, se administra carbón activado mediante sonda nasogástrica, se canaliza vía venosa periférica y se extrae analítica con hemograma, bioquímica, coagulación y niveles de paracetamol y se inicia perfusión de N-acetilcisteína endovenosa sin incidencias. Ingresado en Unidad de Corta estancia pediátrica, asintomático en todo momento y con controles analíticos seriados sin alteraciones. A las 72h mantiene BEG, y analítica sin alteraciones, por lo que se decide alta.

CONCLUSIONES: la enfermería tiene un papel importante a nivel preventivo, optimizando la educación sanitaria a los padres que han de conocer la posología del fármaco que cambia en la edad pediátrica.

Otra forma de prevención de las intoxicaciones medicamentosas es a través de la investigación científica, y así trabajar bajo la evidencia científica en la realización de protocolos o guías.

Título: Estimulación vesical para la recogida de orina en pediatría en el diagnóstico de infección del tracto urinario.

Autores: Inés Diez Rueda, Andrea Gutiérrez Saiz, Servicio de Pediatría TD3 – HUMV.

INTRODUCCIÓN: la infección del tracto urinario (ITU) es una enfermedad infecciosa frecuente en la infancia, pudiendo llegar a ser una infección bacteriana potencialmente grave, por lo que es importante diagnosticarla y tratarla adecuadamente. Recoger una muestra de orina para urocultivo supone un desafío en los niños no continentes. Se puede obtener mediante técnicas invasivas o no invasivas. Entre las últimas se encuentra la recogida de orina “al acecho” mediante estimulación vesical, con el fin de conseguir la contracción del músculo detrusor, permitiendo recoger una muestra de orina “al vuelo” o “al acecho”; equivalente a una orina de media micción en adultos o niños continentes.

OBJETIVO: analizar el uso de la estimulación vesical como técnica no invasiva para la recogida de orina en pacientes pediátricos no continentes en el diagnóstico de infección del tracto urinario (ITU).

METODOLOGÍA: se realizó una búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos: Dialnet, Google scholar, Scielo y Pubmed, utilizando los siguientes términos: recogida de orina al acecho, urine collection techniques, infants, bladder simulation. Se utilizaron como criterios de inclusión: publicados en los últimos cinco años, acceso libre al texto completo e idioma (inglés y español). En las bases de datos de Dialnet y Scielo no se filtró la búsqueda por años de publicación. Criterios de exclusión: aquellos que no cumplieran los criterios de inclusión o que no trataran sobre el tema deseado. En los estudios encontrados se evalúa el uso de la estimulación vesical como técnica no invasiva para el diagnóstico de ITU en pacientes pediátricos no continentes.

RESULTADOS: se obtuvieron 4 resultados en Dialnet, 159 en Google scholar, 1 resultado en Scielo y 89 en Pubmed. Tras la lectura de los títulos y resúmenes de los artículos se seleccionaron 13 artículos que cumplieran con el objetivo de la revisión. Cuatro de ellos eran estudios descriptivos y analíticos, cuatro revisiones bibliográficas, cuatro ensayos clínicos aleatorios y una revisión sistemática con metaanálisis. Los estudios y revisiones analizadas muestran que la técnica de recogida de orina al acecho es la que menos tasa de contaminación tiene de todas las técnicas no invasivas. En algunos estudios, con tasas de contaminación similares a las muestras obtenidas por sondaje vesical.

Los estudios reflejan que empleando las técnicas de estimulación vesical se reduce significativamente el tiempo de obtención de la muestra. La tasa de éxito es mayor cuanto menor sea el paciente, siendo más efectiva en menores de tres meses.

CONCLUSIÓN: el método ideal para la obtención de una muestra de orina es aquel que nos permite obtener una muestra válida, fiable, de forma rápida y de la forma menos invasiva posible. La estimulación vesical es una buena alternativa para la recogida de orina, especialmente en niños menores de 3 meses, que no requieren tratamiento urgente

Título: Cáncer de mama: posicionamiento decúbito prono vs decúbito supino.

Autores: Susana Velasco Solana, David Rodríguez Argueso, María Paz Fernández Lavín, Cristina Sañudo Viadero, Natalia Lozano Coscolluela, Dovidena Blanco Herrería, Servicio de Oncología Radioterápica – HUMV.

INTRODUCCIÓN: los factores que definen generalmente el posicionamiento para un tratamiento con radioterapia externa de cáncer de mama son: estadio del tumor, morfología de la mama, estado general y edad de la paciente.

OBJETIVOS: evaluar la dosis que reciben los diferentes órganos de riesgo: pulmones, corazón, médula espinal en relación al posicionamiento decúbito supino vs en decúbito prono.

METODOLOGÍA:

- Material:
 - TAC Helicoidal 3D
 - Planificador Eclipse
 - Sistemas de inmovilización para mama decúbito supino y prono
- Métodos:

Adquisición de imágenes mediante TAC helicoidal para la planificación del tratamiento y localización de puntos de referencia.

RESULTADOS: tras la planificación dosimétrica de la mama con ambos posicionamientos, se valora la dosis recibida en los órganos de riesgo: pulmón y corazón.

Los resultados muestran una mejora de un la dosis en pulmón en la colocación de decúbito prono frente a la colocación en decúbito supino. Igualmente la dosis media en el corazón presenta una mejora en el posicionamiento decúbito prono vs supino.

En ambas colocaciones la cobertura del tumor cumple el criterio ICRU, la dosis mínima y máxima que debe recibir el tumor, no mostrando una variación significativa.

CONCLUSIONES: la posición de la mama en decúbito prono puede ayudar a disminuir la dosis en pulmón y corazón.

Generalmente las pacientes candidatas para una colocación en decúbito prono son aquellas con mamas péndulas y que no tengan cadenas ganglionares afectas.

La cobertura del tumor es óptima en ambos posicionamiento cumpliendo los criterios ICRU en ambos posicionamiento, si bien el porcentaje de dosis recibida en los órganos de riesgo puede disminuir según el posicionamiento elegido.

Título: Trabajo en equipo en la elaboración de dípticos informativos para pacientes sobre duelo perinatal.

Autores: M^a Lourdes Martín Parada, Manuela Contreras García, Patricia Agüeros Fuente y Fátima Vacas Revilla, Servicio de Ginecología y Obstetricia (Área de partos), Área de Calidad, Formación, I+D de Enfermería - HUMV.

INTRODUCCIÓN: uno de los estándares de calidad de la asistencia sanitaria en el duelo perinatal, es ofrecer a las familias una adecuada información tanto verbal como escrita, siendo esto valorado de forma muy importante por las familias que pasan por esta experiencia. Sin embargo, la evidencia científica en relación a la calidad de la asistencia sanitaria en casos de muerte intrauterina en el sistema sanitario español, revela que las madres valoran de muy baja calidad o poco satisfactoria, la información proporcionada para cuestiones como ver y sostener al bebé fallecido, conservar recuerdos o la disposición del cuerpo.

Los protocolos deberían ser elaborados con la participación de todos los estamentos profesionales y pacientes implicados. Dentro del protocolo de atención a la muerte perinatal del HUMV, elaborado interdisciplinariamente, se ha incluido proporcionar a las familias en duelo dípticos informativos, los cuales han sido valorados por madres y padres que han pasado por esta experiencia.

OBJETIVOS: proporcionar a las familias en duelo perinatal información adecuada sobre diferentes aspectos de la atención sanitaria (como decisiones que deben tomar) y sobre aspectos específicos del duelo perinatal (evolución, afrontamiento o recursos).

MATERIAL Y MÉTODOS: se han elaborado los siguientes dípticos informativos, para entregar en diferentes momentos de la asistencia y dependiendo de las semanas de gestación o circunstancias:

- Qué esperar tras la muerte de tu hijo
- Apoyo ante la muerte de tu bebé
- Apoyo ante el nacimiento y muerte de tu bebé. Cuidados paliativos
- Hoja informativa para la paciente con pérdida gestacional precoz
- El duelo en los niños
- Agradecimiento por la donación de leche materna
- Trámites de solicitud de baja por maternidad/paternidad
- Conocer a tú bebé (asociación Umamanita).

6 Madres y 4 padres que han pasado por la experiencia de muerte intrauterina o tras nacer sus hijos respondieron al cuestionario "evaluación de la información a pacientes y acompañantes" del Servicio de Calidad.

RESULTADOS: todas las personas que evaluaron el material informativo respondieron que el contenido es útil, tiene un lenguaje claro y comprensible, y ni es excesivo ni escaso. Una madre aportó como sugerencia aclarar un aspecto relacionado con la baja de maternidad y otra modificar alguna imagen. Cinco personas remarcaron la importancia de facilitar el nombre y las formas de contacto de asociaciones de apoyo, así como facilitar otros recursos como libros y webs.

CONCLUSIONES: el trabajo en equipo, incluyendo en el mismo a las personas destinatarias de la atención, es fundamental para aumentar la calidad de la atención y la seguridad del paciente, así como la satisfacción de los profesionales. Una adecuada información permite aumentar la autonomía las familias para decidir, lo cual reduce las posibilidades de un duelo complicado.

Título: Uso de la ecografía vesical por el personal de enfermería en un servicio de urgencias pediátricas

Autores: M^a Pilar Diéguez Poncela, Marina Collazo Alonso, Urgencias Pediátricas - HUMV

La ecografía a pie de cama es una técnica cada vez más implantada dentro de los servicios de urgencias pediátricas. La existencia de ecógrafos portátiles facilita su manejo, además de la rapidez diagnóstica y terapéutica que facilitan.

El cateterismo vesical es una técnica invasiva y altamente demandada dentro de las urgencias pediátricas que conlleva riesgos, entre otros, la infección urinaria. La enfermería juega un papel importante en la inserción y el manejo de sondas vesicales, por lo que es esencial que su práctica refleje la mejor evidencia disponible, por tanto, ¿podría la disponibilidad de un ecógrafo disminuir la frecuencia de sondajes vesicales?

OBJETIVO: analizar la producción científica existente acerca del uso de la ecografía vesical por parte del personal de enfermería en urgencias pediátricas.

METODOLOGIA: se realiza una búsqueda bibliográfica sistemática a través de las principales bases de datos: Clinical Key, Scielo, Cuiden, Pubmed, Google académico, Enfispo, IBECs, Cochrane Plus utilizando los DeCs: ultrasonografía, enfermería, cateterismo vesical y pediatría y sus análogos en inglés.

Año publicación: 2015-2022.

Se seleccionaron artículos de texto libre y completo en español, inglés o portugués.

RESULTADOS: las múltiples aplicaciones de la ecografía hacen de esta un recurso útil, versátil y en desarrollo, y por tanto su manejo y formación relacionada, cada vez más imprescindibles.

La toma de muestras de orina en pediatría es costosa, y cuando se decide realizar el sondaje, en ocasiones, no se obtiene una muestra suficiente o el cateterismo es fallido. Teniendo en cuenta lo complicado, invasivo e incómodo que puede resultar, puede utilizarse la ultrasonografía para verificar la presencia de orina antes en vejiga y, así, asegurar el resultado. Los procedimientos ecoguiados aumentan la tasa de éxito y mejoran la seguridad. El tamaño de los pacientes en edad pediátrica permite el acceso de los ultrasonidos a los diferentes órganos con gran calidad de imagen.

DISCUSION/CONCLUSIONES: la ecografía es un método fiable, objetivo, preciso, indoloro, reproducible y seguro, así como el adiestramiento y aprendizaje acerca de su empleo es sencillo y rápido.

Se debe fomentar la incorporación de la enfermería a los nuevos métodos diagnósticos, para propiciar un rol clínico más importante y una mejora de los cuidados. Las indicaciones evolucionan constantemente, así como la tecnología y los dispositivos a nuestro alcance, y los esfuerzos deberían centrarse en la formación en aquellos aspectos que maximicen la seguridad y calidad en los procesos inherentes a nuestra labor diaria.

El trabajo en equipo, así como el consenso de los profesionales se muestra vital para el desarrollo de las capacidades de los integrantes y el beneficio general. La valoración y aliento de nuevas iniciativas redundara en una mejora del éxito de nuestras intervenciones, así como en el aumento de nuestras competencias.

Título: Impacto de la infección SARS-CoV-2 en pacientes en Tratamiento Renal Sustitutivo de Cantabria

Autores: Alicia Labrador Pérez, Raquel Pelayo Alonso; Patricia Martínez Álvarez; M^a Jesús Sánchez Cuevas; Jovita González Hermosa, U.C Nefrología-Hemodiálisis - HUMV

INTRODUCCIÓN: los pacientes en diálisis y trasplantados renales han sido uno de los colectivos más vulnerables durante la pandemia SARS-CoV-2, alcanzando actualmente, los 8700 pacientes contagiados según últimos registros. La pandemia por SARS-CoV-2 ha evolucionado a lo largo de los dos últimos años debido a la aparición de nuevas variantes y a la vacunación, lo que ha influido en la repercusión de la enfermedad.

OBJETIVO: conocer el impacto clínico de la infección SARS-CoV-2 en los pacientes en Tratamiento Renal Sustitutivo (TRS) de Cantabria.

METODOLOGÍA: estudio trasversal retrospectivo en pacientes en TRS en la Comunidad Autónoma de Cantabria, mayores de 18 años, con infección por SARS-CoV-2 confirmada desde 1 de marzo de 2020 a 31 de agosto de 2022. Las variables a estudio fueron la edad, sexo, opción de TRS, n^o infección, periodo de contagio-estableciéndose según las olas de contagio de la comunidad-, vacunas recibidas y evolución de la infección según gravedad -domicilio, ingreso hospitalario, exitus-. Los datos fueron recogidos de la historia clínica informatizada. Se utilizaron medidas de tendencia central, frecuencias y porcentajes para el análisis descriptivo y el test chi cuadrado para la inferencia estadística, considerándose estadísticamente significativo si $p < 0,005$.

RESULTADOS: 292 pacientes se contagiaron (edad media $63,26 \pm 14,93$ años; 64% hombres) con un total de 311 infecciones. El 73,6% de los pacientes permaneció en su domicilio, el 18% precisó ingreso hospitalario y el 2,9% ingreso en UCI. La tasa de exitus fue del 5,5%.

Según la opción terapéutica, el 60,5% eran trasplantados, 36,7% recibían hemodiálisis y 2,8% realizaban diálisis peritoneal, sin diferencias estadísticamente significativas.

El 96,2% de los pacientes afectados habían recibido alguna dosis de vacuna-las cuales estuvieron disponibles a partir del 4^o periodo-.

Analizando por periodos, en el 1^o periodo de pandemia, el 75% de los casos precisó ingreso hospitalario, el 25% ingreso en UCI y la tasa de exitus fue del 25%; en el 2^o periodo, el 40% precisó ingreso hospitalario, el 20% ingreso en UCI y fueron exitus un 20%.

En los últimos periodos analizados, el ingreso hospitalario fue el 15,1%, el ingreso en UCI fue un 2,6% y un 5,3% fueron exitus durante el 6º periodo, mientras que, en el 7º periodo, ingresaron en planta el 13,4%, en UCI el 2,7% y fueron exitus el 1,8% ($p < 0.001$).

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES: pese al número de contagios, la mayoría de los pacientes ha desarrollado una infección leve sin precisar ingreso hospitalario. No ha habido diferencias en relación a la opción de TRS del paciente.

El impacto de la infección SARS-CoV-2 sobre el paciente renal ha sido muy diferente según avanzaba la pandemia, posiblemente por el efecto de la vacunación.

Es importante fomentar, vigilar y facilitar que los pacientes renales estén correctamente vacunados.

Título: Identificación de los factores críticos para la correcta detección y caracterización de crioglobulinemias.

Autores: María Toriello Suárez, Ana Martina Salvador Sánchez, María de los Ángeles Pérez Castillo, Andrea Juárez Gutiérrez, Raquel Hondal García, María Luisa García Andrés, Servicio de Inmunología – HUMV.

INTRODUCCIÓN: las crioglobulinas son inmunoglobulinas que precipitan in vitro a temperaturas $<37^{\circ}\text{C}$ y que se resolubilizan al calentarlas. Cuando se encuentran en sangre (crioglobulinemia) provocan vasculitis entre otras afecciones, por lo que es importante identificarlas de manera rápida y fiable.

El proceso de detección e identificación de las crioglobulinas está limitado debido a la ausencia de un protocolo estandarizado respecto a las condiciones de extracción, transporte y procesamiento de las muestras, así como la lectura subjetiva de resultados.

OBJETIVO: destacar la importancia de unas adecuadas condiciones de transporte y procesamiento para evitar la obtención de resultados erróneos en la determinación de crioglobulinemias.

MÉTODOS: la revisión bibliográfica de los artículos sobre el análisis de crioglobulinas en sangre, así como la experiencia en el laboratorio de inmunología de HUMV, coinciden en que el protocolo más adecuado para la extracción, transporte y procesamiento de las muestras es el siguiente:

Se extraerán de 10ml de sangre en un tubo sin anticoagulante intentando mantener una temperatura en torno a 37°C , se recomienda el transporte de las muestras calentándolas con la mano a la preanalítica del hospital. Ya en la preanalítica se tratarán a 37°C durante 1 hora previo a una separación del suero mediante centrifugación a 37°C .

1ml de suero se transferirá a un criocrito y el resto a un tubo cónico de vidrio que se mantendrán a 4°C al menos durante 3 días. Transcurrido este tiempo se comprobará la existencia o ausencia de crioprecipitado en el criocrito (puede centrifugarse a 4°C para favorecer la precipitación) y se seguirá un protocolo de inmunodifusión para la identificación del tipo de crioglobulinas con la alícuota del tubo cónico.

RESULTADOS: temperaturas inferiores a 37°C en el transporte de la muestra desde el punto de extracción de la sangre hasta su centrifugación son fuente de falsos negativos por precipitación de las crioglobulinas previa a la separación del suero y pérdida de las mismas en su análisis, por ello es necesario una resolubilización mediante el tratamiento 1 hora a 37°C previa a su centrifugación.

La separación de suero mediante centrifugación y no sedimentación a 37°C minimiza el riesgo de obtener falsos positivos por interferencia por presencia de fibrina.

Tiempos de incubación en frío <3 días, así como utilización de tubos de plástico provocan una pérdida de crioglobulinas con la consiguiente infravaloración de resultados.

La detección de las crioglobulinas presentes en sangre no deben basarse exclusivamente en el análisis del criocrito sino también en la inmunodifusión que además, permite su caracterización.

CONCLUSIÓN: unas incorrectas condiciones de transporte y procesamiento de la sangre pueden llevar a retrasos o fallos de diagnóstico de crioglobulinemias. Es por tanto de vital importancia para nuestros pacientes el escrupuloso seguimiento de los PNTs a la hora de evitar la información de falsos negativos.

Título: Métodos analgésicos no farmacológicos en pacientes pediátricos.

Autores: Mercedes Olivia Gómez Paz, Raquel Gómez Gómez, Hospitalización Pediátrica – HUMV.

INTRODUCCIÓN: en la práctica asistencial el personal sanitario se ve en la necesidad de realizar técnicas que pueden producir dolor, malestar o estrés al niño. Los padres esperan que dentro de lo posible el personal sanitario disminuyan la experiencia de dolor en sus hijos. En niños es difícil la evaluación y el manejo del dolor debido a los cambios en el desarrollo que suceden desde el periodo neonatal hasta la pubertad. Éste puede ser confundido con otras causas de malestar, siendo difícil la medición de su intensidad o ubicación. Para el control del dolor podemos utilizar métodos farmacológicos y no farmacológicos. Éstos últimos son sencillos, de bajo riesgo y pueden disminuir el uso de medicación analgésica. En gran parte de los niños serán necesarias una combinación de ambas medidas.

OBJETIVO: encontrar la evidencia científica disponible de los métodos no farmacológicos para aliviar el dolor en pediatría.

METODOLOGÍA: se realizó una búsqueda bibliográfica de los últimos 5 años en las siguientes bases de datos: Pubmed y Uptodate.

Las palabras claves fueron:

- pediatrics
- non pharmacological methods of pain relief

Y la estrategia de búsqueda: pediatrics and non pharmacological methods of pain relief.

RESULTADOS: en la base de datos de Pubmed se encontraron 80 artículos de los que se seleccionaron 7.

En la base de datos de Uptodate se encontraron 91 artículos de los que se seleccionaron 5.

CONCLUSIONES: para la correcta medición del dolor utilizaremos diferentes escalas que varían en función de la edad y estado cognitivo del niño.

Dentro de los métodos no farmacológicos para aliviar el dolor encontramos:

1. Control ambiental

- Contacto piel con piel (método canguro)
- Pañales
- Masaje terapéutico
- Terapia musical

- Aromaterapia
 - Arrope facilitado
 - Saturación sensorial:
2. Succión no nutritiva
 3. Lactancia Materna
 4. Solución de sacarosa/glucosa
 5. BUZZY
 6. Terapia conductual preventiva
 7. Técnicas de distracción y respiración enfocada
 8. Participación de los familiares

La evidencia sobre los métodos no farmacológicos en niños es limitada, se ha podido observar que la población más estudiada son los neonatos.

Título: Un reto. Nuestras propias células pueden curarnos: terapia CAR-T.

Autores: Noemí Álvarez Tuñón, Dulce María Rotaeché Zubillaga, Sara Fernández Luis, Juan José Domínguez García, Servicio de Hematología, Servicio de Urgencias – HUMV.

- Mujer de 58 años que acude a urgencias por dolor costal (sin fractura), en la analítica se detecta insuficiencia renal, considerando necesario ampliar el estudio. Finalmente es diagnosticada, en enero de 2022, de MIELOMA MÚLTIPLE de cadenas ligeras lambda, Durie y Salmon III,ISS-III, ISS-RII (con ganancia 1q).

- Datos relevantes del laboratorio: β 2 microglobulina: 10,86 / Banda monoclonal en región gamma de cadenas ligeras lambda libres. CM 0,3 gr/dl. Inmunofijación positiva / Cadenas ligeras libres en suero: cadenas kappa: 25,15 mg/dl, Lambda 8602,38 mg/dl. /Dosificación de Ig: Ig 560,68 mg/dl, IgA 60,04 mg/dl, IgM 28,8 mg/dl. / Orina 24 horas. Proteínas totales: 4683 mg/24h./Aspirado de médula ósea: 62% de células plasmáticas atípicas.

Citometría de Flujo Multiparamétrica (CFM): 50,80% células plasmáticas (CP) lambda, con expresión disminuida CD45, elevada CD56 y negativa CD19. Estudios citogenéticos: FISH: ganancia 1q (85%); no reordenamiento Ig; no del p53.

El Servicio de Hematología decide incluirla en el ENSAYO CLÍNICO CARTITUDE-5, que se inicia en enero del 2022 con esquema VRd (bortezomib, lenalidomida y dexametasona), según la pauta de ensayo, alcanzando Muy Buena Respuesta Parcial (MBRP) tras haberse administrado varios ciclos, consolidando la respuesta con la terapia CAR-T.

Los CAR (Chimeric Antigen Receptors) son inmunoreceptores sintéticos expresados en células T que reconocen moléculas diana de células tumorales.

Para la terapia CAR-T se realiza la extracción de los linfocitos T de la paciente por medio de una linfoaféresis, cuyo producto se somete a un análisis en la Sección de Inmunofenotipo, en el Servicio de Hematología.

Los resultados obtenidos por las técnicas, en el caso que nos ocupa, son los siguientes: CD3 94,23%, nº absoluto: 46 cel/ul; CD4: 83,17%, nº absoluto 41 cel/ul; CD8: 14,42 %, nº absoluto: 7 cel/ul; CD4/CD8: 5,77%, nº absoluto: linfocitos 49 cel/ul.

Dicha muestra se envía al ensayo clínico dónde se seleccionan los linfocitos T, se transfectan con el vector que contiene el receptor químerico, se activan y se expanden. El producto final es criopreservado y se infunde a la paciente tras la linfodeplección.

Tras la infusión, las células CAR-T migran a la médula ósea, los ganglios linfáticos y los tejidos, donde reconocen el antígeno tumoral BCMA (antígeno de superficie de las células plasmáticas).

Para el control/efectividad de dichos tratamientos, se realizan aspirados de médula ósea; en enero de 2022, la paciente tenía un 50,80 % de infiltración de células plasmáticas; en junio de 2022, tras el ensayo clínico CARTITUDE-5 pasa a tener un 1,05 % y en octubre del 2022, tras la terapia CAR-T, se obtiene el siguiente resultado: NO se identifica ninguna célula compatible con la enfermedad mínima residual (0,001 %).

El Servicio de Hematología concluye una respuesta completa inmunofenotípica de la paciente a la terapia CAR-T.

Título: Revisión de la literatura en los pacientes con úlceras por presión en tratamiento con terapia de presión negativa.

Autores: María Pilar Ruiz López, Ana Rosa Alconero Camarero, Servicio de Hospitalización Domiciliaria - HUMV. Facultad de Enfermería - Universidad de Cantabria.

INTRODUCCIÓN: las úlceras por presión suponen un problema importante de salud pública a nivel mundial, presentando una incidencia y prevalencia elevada, conjuntamente unida al aumento del envejecimiento de la población. Se tratan con el principio de cura en ambiente húmedo, pero existen otros tratamientos, como la terapia de presión negativa. Este procedimiento es utilizado para la terapia de distintos tipos de heridas, principalmente las quirúrgicas y las úlceras por presión categoría III y IV.

OBJETIVOS: revisar la literatura disponible en la utilidad de la terapia de presión negativa en úlceras por presión.

METODOLOGÍA: se ha realizado una búsqueda bibliográfica en varias bases de datos, entre ellas: Pubmed, Dialnet, Medline, Cuiden, Scielo, Biblioteca Cochrane. Durante cuatro meses (del 01/12/21 al 19/04/22). Utilizando distintos descriptores de ciencias de la salud y filtrando documentos de los últimos 5 años, principalmente, en español e inglés. Inicialmente se obtuvieron 195 resultados, tras leer título y resumen se descartaron algunos de los mismos, para finalmente contar con unos 45 artículos completos.

RESULTADOS: varios ensayos clínicos aleatorizados, mostraban que la terapia mostraba una tasa de curación del 61,5 % en úlceras por presión categoría III y IV y una reducción del tamaño de la lesión del 90 %, frente a la cura en ambiente húmedo que alcanzaba un 37 % de tasa de curación y un 63,3 % en la reducción de tamaño. Se mostraba una mejora en el tiempo de curación, dolor percibido por el paciente, carga de trabajo sanitario y coste total del tratamiento hasta la curación, siendo los resultados significativos. Sin embargo, hay múltiples estudios que no son concluyentes al respecto y generalmente la calidad es limitada, principalmente por su escaso tamaño muestral.

CONCLUSIÓN/ IMPLICACIÓN PRACTICA CLÍNICA: los resultados obtenidos en la revisión de la literatura para el tratamiento de pacientes diagnosticados de úlceras por presión y tratados con terapias de presión negativa, aunque, son óptimos no son concluyentes, y es preciso seguir investigando, intentando obtener la suficiente evidencia científica que avale la utilización más generalizada. De esta forma los pacientes diagnosticados de este problema de salud podrían beneficiarse de una técnica que mejorase su salud y su calidad de vida.

Título: Plan de cuidados estandarizado para el paciente en tratamiento con terapia de presión negativa

Autores: María Pilar Ruiz López, Ana Rosa Alconero Camarero, Hospitalización Domiciliaria – HUMV, Facultad de enfermería Universidad de Cantabria.

Este plan de cuidados estandarizado va dirigido al paciente con úlceras por presión en tratamiento con terapia de presión negativa y a los familiares y/o cuidadores. El objetivo es facilitar el trabajo del personal de enfermería de nueva incorporación e incrementar la calidad de los cuidados.

VALORACIÓN ESTÁNDAR: la valoración se ha desarrollado mediante las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson. Para este tipo de paciente es fundamental tener en cuenta el aporte proteínico y la ingesta hídrica, la autonomía para cambios posturales y el dolor, la temperatura corporal, ya que podría sugerir infección. Se deben evaluar los sentimientos del paciente respecto a su situación y la afectación de la misma en su vida diaria y en la de sus personas cercanas. Finalmente se debe indagar acerca de la capacidad tanto del paciente como de sus allegados de aprender el manejo de la terapia, el control de alarmas, su tratamiento farmacológico y los signos/síntomas de complicaciones, ofreciendo siempre apoyo y cercanía para la resolución de dudas.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA:

- 00146 Ansiedad
- 00148 Temor
- 00126 Conocimientos deficientes
- 00303 Riesgo de caídas del adulto
- 00304 Riesgo de lesión por presión en el adulto
- 00062 Riesgo de cansancio del rol de cuidador(a)

PROBLEMAS DE COLABORACIÓN:

- Lesión por dependencia.
- Dolor agudo.
- Terapia de presión negativa para el tratamiento de la lesión.
- Posibles complicaciones potenciales:
- Hipertermia secundaria a posible infección de la herida.
- Inflamación de la herida y/o zona periulceral, mal olor, dolor aumentado a la palpación.
- Aumento del dolor secundario a tratamiento con terapia de presión negativa tópica.
- Rotura del sello de presión negativa.
- Hemorragia del tejido lesionado.

- Desequilibrio del volumen de líquidos secundario a presión de succión excesiva.
- Incapacidad de paciente y/o cuidador para el cambio de apósito.

CRITERIOS DE RESULTADO:

- 1211 Nivel de ansiedad.
- 1210 Nivel de miedo.
- 1813 Conocimiento: Régimen terapéutico.
- 1814 Conocimiento: Procedimiento terapéutico.
- 1939 Control del riesgo: caídas.
- 1942 Control del riesgo: herida por presión (úlceras por presión).
- 2208 Factores estresantes del cuidador familiar.
-

INTERVENCIONES:

- 5820 Disminución de la ansiedad.
- 5230 Mejorar el afrontamiento.
- 5606 Enseñanza: individual.
- 5618 Enseñanza: Procedimiento / tratamiento.
- 6490 Prevención de caídas.
- 3540 Prevención de úlceras por presión.
- 704 Apoyo al cuidador principal.

CONCLUSIONES:

Se considera fundamental la implementación y facilidad de acceso a un plan de cuidados estandarizado que sirva de guía al personal enfermero a la hora de tratar pacientes con esta terapia, incluyendo a los familiares de estos, ya que tienen un papel fundamental en el manejo de la terapia a domicilio y forman un nexo fundamental entre enfermero y profesional sanitario. Dicho plan se da desarrollado de forma generalizada por lo que se debe individualizar.

Título: Papel de enfermería en los cuidados del lactante con fallo de medro y sospecha de deterioro de la función hepática.

Autores: Raquel Arribas Moreno, Paula Miguel Álvarez, Servicio de Pediatría - HUMV

VALORACIÓN DEL CASO: El fallo de medro (FM) se describe como un retraso en el crecimiento esperado para un lactante según tablas de crecimiento estándar. El FM se presenta cuando la ingesta de nutrientes es insuficiente para mantener una velocidad de crecimiento normal y puede conllevar un daño orgánico subyacente. La detección precoz de la alteración por parte de los profesionales sanitarios se hará gracias a una anamnesis, exploración física completa y encuesta dietética.

ENUNCIADO DE PROBLEMAS: lactante de 21 días de vida derivada desde su centro de salud a urgencias pediátricas por FM (pérdida de 10 gramos en tres días).

Neonato de 40+1 SG, nacido por cesárea por riesgo de pérdida de bienestar fetal y bajo peso para su EG (2.810 kg). APGAR al nacimiento 7 -9.

Desde el alta de maternidad se mantiene lactancia mixta, 70cc con ganancia ponderal adecuada (43 g/día) hasta los 14 días de vida. A los 21 días de vida es alimentada únicamente con leche de fórmula 90cc, ganancia de 20 g/día.

A su llegada al servicio de urgencias, TEP estable, con actitud, tono y vitalidad adecuada para su edad. Se objetiva un bajo peso (2.930 kg), aspecto distrófico e ictericia conjuntival. Piel seca con pliegues a nivel de glúteos.

INTERVENCIÓN: se decide ingreso en neonatología. Realiza deposiciones acólicas, se solicita analítica que muestra datos de colestasis y se amplía estudio con la especialidad de digestivo infantil. Se objetiva coloración ictérico-terrosa. Estudios complementarios: ecografía de abdomen y cerebral, sin hallazgos. Con gammagrafía de vías biliares se confirma obstrucción del paso y se decide traslado al Hospital «La Paz» para continuar estudio.

Durante su estancia, se mantiene estabilidad hemodinámica y neurológica.

Durante su ingreso es alimentada con leche de inicio 90 cc, con buena tolerancia y ganancia ponderal ascendente. Peso al alta: 3,370kg.

Cod. (00002): Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales.

NOC:

- (1004) Estado nutricional
 - [100401] Ingesta de nutrientes
- (0501) Eliminación intestinal
 - [50103] Color de las heces

NIC:

- (1100) Manejo de la nutrición
 - Monitorizar las tendencias de pérdida y aumento de peso.
- (2080) Manejo de líquidos/electrolitos
 - Pesar a diario y valorar la evolución.
- (2060) Manejo del peso
- (6680) Monitorización de los signos vitales
 - Monitorizar la presión arterial, pulso, temperatura y estado respiratorio, según corresponda.
- (1052) Alimentación con biberón

CONCLUSIONES: cabe destacar la realización de un seguimiento continuo del desarrollo del niño para la detección precoz por el equipo de atención primaria. Los planes de cuidados por parte de enfermería son un elemento clave en la estancia del lactante en neonatología para asegurar un desarrollo óptimo y colaborar de manera multidisciplinar, mejorando la calidad de los cuidados del neonato durante su ingreso, así como preservar la seguridad y el bienestar del lactante durante el traslado al hospital receptor.

Título: Baby-led weaning: beneficios y riesgos. Revisión bibliográfica.

Autores: Paula Miguel Álvarez, Raquel Arribas Moreno, Servicio de Pediatría – HUMV.

INTRODUCCIÓN/ANTECEDENTES: el Baby- Led Weaning (BLW), es un método de alimentación complementaria en la que se emplean alimentos sólidos, de tamaño y textura adecuados para que el bebé pueda ingerirlos por sí mismo. De esta manera adquiere un papel activo en su alimentación, eligiendo qué comer y en cuánta cantidad.

OBJETIVO: conocer la evidencia científica disponible sobre el BLW, sus beneficios y sus riesgos.

METODOLOGÍA: realización de una búsqueda bibliográfica en distintas bases de datos: Pubmed, SciELO, Dialnet y Cuiden. Se seleccionaron artículos publicados en los últimos 5 años, en inglés y en español, y con acceso gratuito al texto completo. Las palabras claves utilizadas fueron: baby-led weaning, BLW, alimentación complementaria y alimentación infantil.

RESULTADOS: tras la realización de la búsqueda y aplicando los criterios de inclusión y exclusión se seleccionaron 12 artículos. En ellos se analizan los aspectos positivos y negativos del baby-led weaning en comparación con la alimentación complementaria tradicional, en la que los alimentos consumidos son triturados. La capacidad de decisión y autonomía, el desarrollo psicomotor, o la alimentación basada en las señales de hambre y saciedad se encuentran entre los principales beneficios, mientras que el riesgo de atragantamiento o el déficit nutricional son considerados los inconvenientes de esta metodología.

El BLW permite el desarrollo de habilidades motoras al manipular con las manos el alimento e introducirlo por sí mismo en la boca. Experimentar con distintas texturas, olores, colores y sabores es también beneficioso para el desarrollo neurológico. No existe evidencia científica de que el riesgo de atragantamiento sea mayor empleando el BLW, pero es importante que los padres conozcan los alimentos que se pueden consumir y los que no, así como la manera de cocinarlos y ofrecerlos.

El riesgo de sufrir carencias energéticas no es mayor, ya que la base de la alimentación continúa siendo la lactancia. Tampoco aumenta la probabilidad de déficits nutricionales, pero es necesario insistir en la importancia de ofrecer alimentos variados.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES: tras analizar los artículos encontrados podemos concluir que el BLW presenta en su mayoría efectos positivos.

Los profesionales sanitarios, y concretamente enfermería, desempeñan un papel muy importante en la educación de la población.

La enfermera debe conocer el BLW para poder informar a las familias sobre su funcionamiento, ofrecer las instrucciones para que se desarrolle de manera segura, y resolver los interrogantes y preocupaciones que los padres presenten.

La falta de información puede provocar el rechazo del BLW por parte de los padres e incluso de los propios profesionales.

Por ello es imprescindible la formación continua y actualizada, basada en la última evidencia científica existente para poder guiar a las familias en la alimentación infantil.

Título: Funcionamiento actual del sistema de alerta temprana en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

Autores: Elena Rivas Cilleros, M^a Inmaculada Collantes Hernández, Selma Herrero López, Patricia Agüeros Fuente, Faustino González Menéndez, Genoveva Fernández Carral, Unidad de Calidad, Formación, I+D de Enfermería.

INTRODUCCIÓN/ANTECEDENTES: el empeoramiento crítico de un paciente hospitalizado está precedido por una serie de signos de deterioro fisiológico.

Los protocolos de detección precoz posibilitan anticiparse y evitar la situación crítica con una consiguiente reducción de la morbilidad, mortalidad y coste sanitario. Están basados en la aplicación de scores categorizados y de acciones protocolizadas que afectan de manera multidisciplinar a diferentes profesionales.

En febrero de 2019 se incorporó el Sistema de Alerta Temprana (SAT) como una nueva funcionalidad del aplicativo Gacela Care en el Servicio de Urología del HUMV. En mayo de 2022 se incluyeron Neurocirugía y Cirugía General y el pasado agosto el Servicio de Maxilofacial.

OBJETIVO: describir el funcionamiento actual del SAT en el HUMV explorando los circuitos de atención según los diferentes niveles de riesgo.

METODOLOGÍA: estudio descriptivo longitudinal retrospectivo de los códigos generados en pacientes ingresados en unidades con SAT activado desde el 8-8-22 al 7-10-22.

Población y muestra: pacientes ingresados entre el 8 de agosto y el 7 de octubre en las unidades del HUMV con SAT activado (Urología, Cirugía General, Neurocirugía y Maxilofacial)

Variables: código, etapa del proceso, registro de llamada, comunicación con médico, tipo de respuesta, registro en Altamira, intervención, reevaluación.

La recogida y el tratamiento de datos se realizó con el programa Excel.

RESULTADOS: los códigos generados más frecuentemente fueron los de nivel de riesgo bajo (61,96%), seguidos de los de riesgo mínimo (30,87%). Los casos de nivel de riesgo medio supusieron el 6,95% del total, la mayoría ocasionados por la alteración de una única constante (82,77%).

Destaca la gestión de estos últimos códigos por parte de las enfermeras, que en el 61,76% deciden no comunicar al médico la situación y llevar a cabo algún tipo de intervención.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES: aunque el SAT incrementa la seguridad del paciente, favorece flujos de trabajo adecuados y facilita el trabajo en equipo, no siempre existe comunicación entre el personal de enfermería y el médico, ni este acude presencialmente a todas las llamadas o documenta su atención como parte del protocolo.

Para garantizar un resultado óptimo en los pacientes que presentan mayor riesgo, es fundamental el compromiso de cada uno de los agentes implicados, de tal forma que la actividad de las enfermeras se traduzca no solo en transmisión de información sino también una respuesta médica que se ajuste en tiempo y forma a lo establecido en el protocolo.

Por otra parte, se evidencia que dependiendo del nivel de riesgo y las constantes alteradas, las enfermeras se sienten capacitadas para valorar y realizar intervenciones sobre los pacientes antes de realizar la llamada al facultativo. Podría ser oportuno definir estas situaciones para realizar modificaciones en el protocolo que se ajusten a la competencia y práctica diaria de las enfermeras.

Título: Actualidad sobre la hepatitis aguda infantil durante los años 2020-2022 ¿adenovirus o COVID-19?

Autores: Andrea Gutiérrez Saiz, Inés Diez Rueda, Servicio de Pediatría – HUMV.

INTRODUCCIÓN: en abril de 2022, Reino Unido notificó a la OMS 10 casos de hepatitis aguda grave de etiología desconocida en niños menores de 10 años previamente sanos. Tras esta alerta otros países de la Unión Europea y del resto del mundo notificaron casos compatibles con la definición.

Hasta el 24 de junio de 2022, la OMS ha notificado 920 casos probables de hepatitis aguda infantil grave de origen desconocido.

Hasta ahora, la etiología no está del todo aclarada y las investigaciones están en curso. Esta revisión tiene como objetivo dar a conocer la posible causa del brote de hepatitis aguda grave infantil y resumir el progreso de la investigación actual.

METODOLOGÍA: se realizó una revisión bibliográfica narrativa en las bases de datos Pubmed y Google Scholar. Además, también se consultaron diversas páginas webs como la de OMS , Ministerio de Sanidad de España, la de la OPS y de la AEPAP.

Se seleccionaron las siguientes palabras clave:

- Hepatitis
- Niños
- Adenovirus
- Covid-19

Para una búsqueda más concreta se establecieron unos criterios de inclusión:

- Acceso al texto completo gratuito.
- Idioma: español o inglés.
- Intervalo de tiempo: durante los años 2020-2022.

Los criterios de exclusión fueron aquellos que no cumplían los criterios de inclusión.

En la estrategia de búsqueda se utilizaron las palabras claves combinadas con el operador booleano "AND".

El total de artículos seleccionados fueron 21.

RESULTADOS: la hepatitis aguda grave infantil de etiología desconocida es un diagnóstico de exclusión donde se han excluido los virus hepáticos primarios conocidos (A-E) y otras etiologías como enfermedades autoinmunes, tóxicas y metabólicas.

Este tipo de hepatitis aguda afecta a niños menores de 16 años y tiene una incidencia significativamente mayor en niños menores de 5 años.

Los primeros casos de hepatitis aguda no HepA-E se informaron en Alabama, EE. UU., donde se identificaron nueve casos entre octubre de 2021 y febrero de 2022.

Los artículos seleccionados muestran diferentes hipótesis con respecto a la causa de la hepatitis aguda infantil de origen desconocido: infección con una nueva variante de adenovirus; un posible papel de las infecciones actuales o pasadas con SARS-CoV-2, el virus que causa el COVID-19; una reacción de superantígeno del SARS-CoV-2 que podría causar hepatitis inmunopatológica; coinfecciones por adenovirus/COVID-19; mayor susceptibilidad de los niños a los virus infantiles comunes debido a la falta de exposición y la exposición previa a la variante Omicron que podría estar asociada con un mayor riesgo de hepatitis grave entre los niños.

CONCLUSIÓN: la etiología de la hepatitis aguda infantil no está clara y puede estar relacionada con diferentes tipos de causantes, por ello se necesitan datos adicionales y estudios analíticos para identificar los agentes etiológicos y su mecanismo fisiopatológico.

Título: Percepción de las madres sobre la información recibida en la maternidad de un hospital adherido a la iniciativa IHAN

Autores: Elsa Cornejo Del Río, Coral LLano Ruíz, Jessika Corzón García, Lorena Lasarte Oria, María Sáez de Adana Herrero, Pilar Gortazar Arias, Servicio de Ginecología y Obstetricia (TD4 -TC4), Servicio de Pediatría – HUMV.

INTRODUCCIÓN: la disparidad de criterios entre profesionales sanitarios supone un problema para los pacientes. Disminuir la variabilidad en la práctica asistencial debe ser objetivo común de las organizaciones mediante programas de Práctica Basada en la Evidencia. Nuestro centro se encuentra en fase II de la Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la lactancia (IHAN) y adherido al programa Centros Comprometidos con la Excelencia de Cuidados (CCEC®/BPSO®) cuyo objetivo es instaurar buenas prácticas en relación al parto y lactancia. Es importante monitorizar estas prácticas para conocer si las madres están recibiendo la ayuda que necesitan y detectar áreas de mejora.

OBJETIVO: evaluar la percepción de las madres sobre la información recibida en la planta de Maternidad, inmersa desde 2017 en la iniciativa IHAN y adherida en 2022 a CCEC®/BPSO®

METODOLOGÍA: se realizó estudio observacional prospectivo en puérperas reclutadas de forma consecutiva durante su estancia hospitalaria en planta de maternidad, de junio a octubre de 2022. Se elaboró cuestionario digital, anónimo y auto administrado al alta hospitalaria, donde se recogieron datos socio clínicos, bloques de preguntas categóricas cerradas y una escala de satisfacción global con la asistencia recibida, instalaciones, restauración y limpieza. Se realizó análisis estadístico descriptivo de las variables a estudio. Estas variables fueron comparadas con las obtenidas en una encuesta previa, pre-IHAN en 2016.

RESULTADOS: se recogió una muestra de 147 puérperas. Edad media 32,95 años (de 15 a 45 años). 48,41% primigestas. 63,49% con estudios universitarios. 71,43% había recibido educación prenatal. Respecto a la cantidad y claridad de información recibida, se obtuvieron resultados muy positivos: el 98,09% consideran que la información proporcionada al ingreso en la unidad es suficiente y clara. Algo más elevado si se compara con el 95% obtenido para la misma pregunta en el año 2016. El dato más reseñable es que el 80,85% de las madres nunca recibió mensajes contradictorios de los profesionales y solamente el 19,04% los recibió en alguna ocasión. Mejorando de forma muy significativa el resultado del 2016 que era del 33,1%.

Sin embargo, cabe destacar que el aspecto que causa más contradicciones se mantiene en ambos periodos: la alimentación del recién nacido (un 60% de las ocasiones en 2022, frente al 65% en 2016).

CONCLUSIONES: implantar una metodología de trabajo basado en la evidencia científica, mediante formación continuada, protocolos y GPC, ha contribuido a mejorar la calidad de la atención prestada a las madres.

Una herramienta digital de monitorización de las prácticas basada en criterios IHAN y CCEC®/BPSO®, permite conocer la situación actual para establecer acciones de mejora de forma sostenida.

Permite además comprobar si la formación en lactancia materna recibida por los profesionales les capacita y disminuye la variabilidad de criterios gracias a una evaluación continua de sus actuaciones.

Título: Efectos de la rehabilitación de la marcha con cinta rodante en el paciente neurológico adulto.

Autores: Sara Blanco Álvarez, Francisca Benito Palma, Servicio de Rehabilitación – HUMV.

INTRODUCCIÓN: la deambulación es una de las principales capacidades funcionales que más están afectadas en pacientes con trastorno neurológico como el accidente cerebro-vascular, enfermedad del Parkinson y lesión medular entre otros. Esta conlleva un impacto en el patrón de marcha, capacidad cardio respiratoria, disminuyendo la calidad de vida y autonomía del paciente. Uno de los dispositivos más empleados en la reeducación de la marcha en pacientes con trastorno neurológico es la cinta rodante.

OBJETIVOS: verificar y cuantificar los cambios en los parámetros espacio temporales, cardiorrespiratorios, cambios en la autonomía, capacidades funcionales, adherencia al tratamiento y calidad de vida después de las intervenciones con cinta rodante.

METODOLOGÍA: para conocer la situación actual en torno a nuestro estudio, se ha realizado una revisión bibliográfica de estudios y ensayos clínicos que se hicieron desde el 2018 hasta la actualidad, en bases de datos como PubMed, y Medline. Posteriormente se ha realizado un estudio experimental prospectivo con un tamaño muestral de 30 pacientes adultos con afección neurológica. Se realizó intervención con cinta rodante dos días a la semana, con o sin arnés de suspensión de carga parcial durante 8 semanas. Se tomaron constantes cardiorrespiratorias antes y después del trabajo en cinta rodante. Se llevó a cabo el test de 10 metros de marcha con dispositivo G walk, donde se recogieron parámetros espacio-temporales de la marcha. Además, se pasó un cuestionario de calidad de vida antes y después del estudio.

RESULTADOS: hasta la fecha hemos podido observar mejoras en parámetros cardiorrespiratorios, espacio-temporales con un acercamiento a valores normales; así como un aumento en la adherencia al tratamiento, mejora de la seguridad paciente-fisioterapeuta. Por otro lado, en un pequeño porcentaje hemos observado otros efectos adversos como alteración de la marcha sobre el suelo.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES: se ha podido comprobar la eficacia de la cinta rodante en la reeducación de la marcha del paciente neurológico adulto. Se han conseguido mejoras cardio respiratorias y en los parámetros espacio-temporales, lo cual nos invita a introducirlo dentro de nuestros tratamientos.

Se precisan de más estudios que corroboren esta afirmación. Pensamos que sería conveniente aumentar el grupo de estudio así como el tiempo de intervención y frecuencia de sesiones. Por otro lado también, profundizar el porqué de estos efectos adversos que han aparecido durante nuestro estudio

Índice de Autores

ÍNDICE DE AUTORES

Agüeros Fuente, Patricia	45, 77, 96
Aizpeolea San Miguel, M ^a Lourdes	47, 57, 59
Alconero Camarero, Ana Rosa	89, 90
Álvarez Tuñón, Noemí	87
Andrés Manteca, Vanesa	41
Arribas Moreno, Raquel	92, 94
Ayesta Ayesta, Javier	49
Barbosa Da Rocha, Pedro Miguel	39
Batanero Maguregui, Ricardo	59
Benito Palma, Francisca	102
Blanco Álvarez, Sara	102
Blanco Herrería, Dovidena	75
Castañeda Rodríguez, Vanesa	41
Castro Sánchez, Enrique	49
Clérigo Cuevas, Noelia	56, 66
Cobo Sánchez, José Luis	45
Colio Caba, M ^a Mercedes	66
Collantes Hernández, M ^a Inmaculada	45, 96
Collazo Alonso, Marina	79
Contreras García, Manuela	77
Cornejo Del Río, Elsa	71, 100
Corzón García, Jessika	100
Crespo Lassalle, Silvia	41
Cuesta Lozano, Daniel	49
Del Hoyo Herrero, Ana	67
Díaz Muriedas, Mercedes	41
Diéguez Poncela, M ^a Pilar	79
Diez Rueda, Inés	73, 98
Domínguez García, Juan José	87
Entisne Santos, María	54
Estébanez Díez, Ana María	67
Fariñas Franco, Violeta	47, 57
Fernández Bezanilla, Belén	41
Fernández Cacho, Luis Manuel	51
Fernández Carral, Genoveva	45, 96
Fernández Lavín, María Paz	75
Fernández Luis, Sara	87
Fernández Quiruelas, Eva	53

Gancedo González, Zulema	49
García Andrés, María Luisa	83
García López, Laura	41
García Martínez, Mirian	61
Gómez Abad, Verónica	67
Gómez de la Fuente, Asunción	47, 57, 59
Gómez Gómez, Raquel	85
Gómez Paz, Mercedes Oliva	85
González Hermosa, Jovita	81
González Menéndez, Faustino	96
Gortazar Arias, Pilar	100
Gutiérrez Saiz, Andrea	56, 73, 98
Hernández García, Rebeca	66
Herrero López, Selma	45, 96
Hondal García, Raquel	83
Hoz Antúnez, Amparo	54
Josa Laorden, Begoña	67
Juan García, Carmen	65
Juárez Gutiérrez, Andrea	83
Labrador Pérez, Alicia	61, 69, 81
Lasarte Oria, Lorena	100
Lechosa Muñiz, Carolina	43, 71
LLano Ruíz, Coral	100
López Palomo, Miguel	56
Lozano Coscolluela, Natalia	75
Martín Fuente, Fernando	49
Martín Parada, M ^a Lourdes	77
Martínez Álvarez, Patricia	69, 81
Martínez Gago, Milagros	51
Martínez González, Leticia	65
Mateo Sota, Sonia	71
Miguel Álvarez, Paula	92, 94
Montalbán Carrasco, Coral	47, 57, 59
Muñoz Cacho, Pedro	49
Pacheco Martínez, Sandra	61
Pelayo Alonso, Raquel	81
Perales Vaca, Javier Cristian	61
Pérez Belmonte, Elena	43
Pérez Castillo, María de los Ángeles	83
Pérez Castillo, Sandra	56
Piedra León, María	47, 57, 59
Píriz Marqués, Ana Belén	66
Plaza Carmona, María	65

Ramos Ramos, Laura	47
Rivas Cilleros, Elena	45, 96
Rodríguez Argueso, David	75
Rotaech Zubillaga, Dulce María	87
Ruiz Azcona, Laura	43
Ruiz Hernando, Luis	43
Ruiz López, María Pilar	89, 90
Sáez de Adana Herrero, María	54, 100
Saldaña Aguado, María Amor	51
Salmon Torralbo, Belén	54
Salvador Sánchez, Ana Martina	83
San Salvador Ausín, Zuleika	56, 66
Sánchez Cuevas, M ^a Jesús	81
Sánchez Díaz, María	43
Sangil Monroy, Irene	59
Sañudo Viadero, Cristina	75
Septien Tellaeche, Fabiola	56, 66
Suárez Pérez, Ángela	53
Toriello Suárez, María	83
Torre Rodríguez, Alejandro	54
Vacas Revilla, Fátima	77
Vallejo Montes, María	54
Velasco Solana, Susana	75

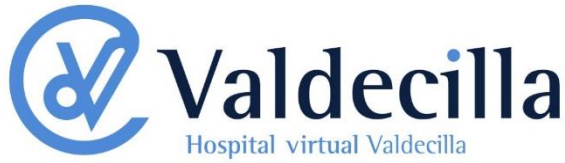
Premios

Premio	Ganador
Premio al Divulgador Social	Patricia Martínez Álvarez
Premio del Público	PROMOCIÓN DEL SUEÑO Y EL DESCANSO DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA: PROYECTO DE IMPLEMENTACIÓN DE BUENAS PRÁCTICAS. Carolina Lechosa Muñiz, Luis Ruiz Hernando, María Sánchez Díaz, Elena Pérez Belmonte, Laura Ruiz Azcona. Servicio de Pediatría (Hospitalización TD3).
2º Premio Comunicación Poster	UN RETO. NUESTRAS PROPIAS CÉLULAS PUEDEN CURARNOS: TERAPIA CAR-T. Noemí Álvarez Tuñón, Dulce María Rotaeché Zubillaga, Sara Fernández Luis, Juan José Domínguez García. Servicio de Hematología, Servicio de Urgencias.
1º Premio Comunicación Poster	PERCEPCIÓN DE LAS MADRES SOBRE LA INFORMACIÓN RECIBIDA EN LA MATERNIDAD DE UN HOSPITAL ADHERIDO A LA INICIATIVA IHAN. Elsa Cornejo Del Río, Coral Llano Ruiz, Jessika Corzón García, Lorena Lasarte Oria, María Sáez de Adana Herrero, Pilar Gortázar Arias. Servicio de Ginecología y Obstetricia (Hospitalización TD4, TC4). Servicio de Pediatría.
2º Premio Comunicación Oral	INTELIGENCIA ARTIFICIAL Y MACHINE LEARNING: UN NUEVO PARADIGMA EN LA INVESTIGACIÓN EN CUIDADOS DE LA SALUD. Luis Manuel Fernández Cacho, María Amor Saldaña Aguado, Milagros Martínez Gago. Servicio de Radiodiagnóstico. Universidad de Cantabria. Instituto de Investigación Valdecilla.
1º Premio Comunicación Oral	IMPACTO DE LA CLASE SOCIAL Y OTROS FACTORES SOCIALES EN LA TASA DE CESACIÓN TABÁQUICA. Zulema Gancedo González, Pedro Muñoz Cacho, Fernando Martín Fuente, Javier Ayesta Ayesta, Enrique Castro Sánchez, Daniel Cuesta Lozano. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Servicio Cántabro de Salud, Brunel University, Universidad de Alcalá.
Premio Mejor Comunicación Área de Enfermería 2021	PREVALENCIA DOLOR Y/O GRIETAS EN EL PEZÓN EN MADRES LACTANTES EN EL PUERPERIO INMEDIATO Cornejo Del Río E, Mateo Sota S, Lechosa Muñiz C, Cobo Sánchez JL, Lasarte Oria L, Sáez de Adana Herrero M, Gortazar Arias P, Gema Sainz Gómez G, Gómez Pérez T. Presentado en el XI Congreso Nacional de Lactancia Materna, celebrado en Pamplona los días 31 de marzo al 2 de abril de 2022, en forma de Póster.
Premio Mejor Artículo Área de Enfermería 2021	PREVENTING NIPPLE PAIN/TRAUMA IN BREASTFEEDING WOMEN: A BEST PRACTICE IMPLEMENTATION PROJECT AT THE MARQUÉS DE VALDECILLA UNIVERSITY HOSPITAL (SPAIN) Cornejo del Río E, Cobo Sánchez JL, Mateo Sota S, Lasarte Oria L, Sáez de Adana Herrero M, Gortázar Arias P, Gómez Pérez T, Sainz Gómez G, Lechosa Muñiz C. JBI Evid Implement 2022; 20:1-11.



Colaboradores

COLABORADORES INSTITUCIONALES



COLABORADORES COMERCIALES



Evento acreditado



10 JIDV

JORNADAS DE INNOVACIÓN Y DESARROLLO VALDECILLA

10 años de ilusión y compromiso, avanzando juntos



SÍGUENOS EN TWITTER

@10IyDValdecilla

#10JIDValdecilla

www.jornadasinnovacionydesarrollovaldecilla.com

