2021

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". 26 de noviembre de 2021.

Avda. Valdecilla s/n

39008 - Santander – Cantabria

ISBN 978-84-09-37929-3

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

COMITÉ ORGANIZADOR 7

COMITÉ CIENTÍFICO 8

JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS 13

PROGRAMA CIENTÍFICO 17

PONENCIAS 33

COMUNICACIONES ORALES 37

COMUNICACIONES POSTER 65

ÍNDICE DE AUTORES 123

PREMIOS 127

COLABORADORES INSTITUCIONALES 133

COLABORADORES COMERCIALES 133

Comités

COMITÉ ORGANIZADOR

Gabriela Canto Martín
Fisioterapeuta, Servicio de Rehabilitación.

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.

Mª Ángeles Villegas Portilla
Celadora, Área de Calidad, Formación, I+D de Enfermería.

Presidente: Faustino González Menéndez
Enfermero, Supervisor Área de Calidad, Formación, I+D de Enfermería.

COMITÉ CIENTÍFICO

Nuria Alonso Peña
Enfermera, Área Quirúrgica.

Mª Paz Álvarez García
Enfermera, Supervisora Unidad Medicina Preventiva.

Lourdes Aizpeolea San Miguel
Enfermera, Servicio de Endocrinología.

Mª Luisa Collado Garrido
Fisioterapeuta, Servicio 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.

Mª Elena Merchán Tahvanainen
Enfermera, Cardiología Intervencionista.

Mª 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.

Belén Quijano Amor
Matrona, Área de Partos.

Marta Lucia Sancha Herrera
Enfermera. Supervisora Unidad de Pediatría.

Elena Rojo Santos
Enfermera, Hospital Virtual Valdecilla.

Inmaculada Torrijos Rodríguez
Enfermera, Servicio de Medicina Preventiva.

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 Brigss 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 9as Jornadas de Innovación y Desarrollo, bajo el lema de "Ideando juntos un futuro mejor", 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) Relacionar los resultados en salud con la inversión en investigación en el Sistema Sanitario Público.
   b) Conocer las principales características y Beneficios del Proyecto Cohorte Cantabria.
   c) Conocer el procedimiento de actuación de la Protonterapia en el HUMV.
   d) Identificar los principales beneficios de la Práctica Basada en la Evidencia en el desarrollo de las profesiones sanitarias.
   e) Conocer proyectos de innovación de bajo coste puestos en marcha en otros Servicios de Salud.

Programa Científico

24 DE NOVIEMBRE 2021

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

Pedro Herrera Carral
Subdirector de Cuidados
Servicio Cántabro de Salud

16.30-17.30 h. Conferencia inaugural: RETOS EN INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN.
Página 35

Ponente:
Verónica Tíscar González
Coordinadora de Investigación e Innovación
OSI Bilbao Basurto ESI
@tiscar_vertisg

Modera:
Susana Moya Mier
Supervisora, Área Quirúrgica
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

17.30-17.50 h. **Pausa Café**

17.50-19.00 h. **1ª Sesión de Comunicaciones Orales**

Modera:
Inmaculada Torrijos Rodríguez
Servicio de Medicina Preventiva
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla
@inmaculadatorr

1. Atención hospitalaria del parto, puerperio y recién nacido/a (RN).
Autores: **Fátima Vacas Revilla**, Roberto Rodríguez Cobo, Encarnación Cámara Cascales, María Fernández Hontañón. Informática, Admisión, Centro de Salud San Vicente de la Barquera/Potes.
Página 39

2. Beneficios del ejercicio en el agua durante el embarazo.
Autoras: **Inés Celis Cossío**, Elena Pardo Tajadura, Sara Sánchez Álvarez. Servicio de Obstetricia y Ginecología del HUMV.
Página 41

3. Ingreso hospitalario por SARS-CoV2 en pacientes no vacunados en un hospital de primer nivel. Evolución y tratamiento.
Autoras. **Verónica Gómez Abad**, M. Ángeles Muñiz García, Gema Fernández Cavia, Noelia Colomer Martínez, Leticia Merino Cochon, María Gómez Guardo. Hospitalización Neumología Infecciosas (TD7).
Página 43

4. La realidad virtual en el manejo del dolor y ansiedad en pacientes pediátricos sometidos a procedimientos invasivos.
Autoras: **Inés Diez Rueda**, Andrea Gutiérrez Saiz. Pediatría.
Página 45

5. Plan de cuidados estandarizado para mujeres que desean realizarse IVE farmacológico en La Cagiga.
Autoras: **Leonor Lozano Mayor**, Beatriz Pereira García, Andrea Villa Pérez, Marta Bravo Alonso, Ana Sanz Novo, Claudia Guadalupe Toledo. Centro de Salud Sexual y Reproductiva La Cagiga y Unidad Temporal de Partos.
Página 47

6. Programa de vacunación con SARS-CoV-2 en pacientes ingresados en el HUMV.
Autores: **Laura Thomsen**, María Dolores Sierra Crespo, Francisco Rodríguez Borbolla, Esther Liaño Fernández, María Paz Álvarez García, Inmaculada Torrijos Rodríguez. Medicina Preventiva.
Página 50

7. Recidiva de cáncer de vulva: descripción de un caso.
Autoras: **Lara Solana Fernández**, Lorena Rodríguez Urgidos, María Vallejo Montes. Ginecología.
Página 52

8. Valoración de la Implantación del STRONGKids en la Planta de Pediatría.
Autoras: **Ana Bartolomé Manrique**, María Marcos Coloma, Sandra Llorente Pelayo, Mercedes Olivia Gómez Paz, Sonia Mateo Sota, Carolina Lechosa Muñiz. Pediatría.
Página 54

19.00-20.00 h. Mesa redonda: Ideando en Valdecilla.
Página 35

Proyecto implantación guías de buenas prácticas clínicas en Valdecilla
Faustino González Menéndez
Supervisor Área de Calidad, Formación, Investigación y Desarrollo
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla
@_Tino_Gonzalez

COHORTE Cantabria
Marcos López Hoyos
Director Científico IDIVAL
Jefe Servicio de Inmunología
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla
@CohortCantabria

Centro de protonterapia Valdecilla: materializando la medicina de precisión en cáncer

Pedro Prada Gómez
Jefe de servicio de Oncología Radioterápica
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla
@prada_pj

Modera:
Lourdes Aizpeolea San Miguel
Servicio de Endocrinología
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

25 DE NOVIEMBRE 2021

16.00-16.45 h. 2ª Sesión de Comunicaciones Orales

Modera:
Mª Luisa Collado Garrido
Supervisora Servicio de Rehabilitación.
Hospital Universitario "Marqués de Valdecilla"

9. Valoración del entorno hospitalario para la extracción de leche materna en la unidad de Neonatología.
Autoras: **Sara Bringas Fuente**, Alexandra Fuentes Gómez, Nuria García Rodríguez, Pilar González Alcalde, Marina Santiago Setien, Carolina Herranz Gómez. Neonatología.
Página 56

10. Análisis descriptivo de los pacientes pediátricos ingresados por infección Sars-CoV-2.
Autoras: **María Marcos Coloma**, Ana Bartolomé Manrique, Marta María García González, Carolina Lechosa Muñiz, Sonia Mateo Sota. Pediatría.
Página 58

11. Avances continuos en la enfermería robótica: cirugía torácica asistida por Da Vinci®.
Autoras: **María Jesús Lorenzo Gómez**, María Asunción Benito González, Denia Pérez Niebla, Nuria Herrera Gallarreta, Laura García Sanz, Lucía Mazario Amodia. Área Quirúrgica.
Página 60

12. Prevalencia de los trastornos musculoesqueléticos (TME) del miembro superior en el personal de enfermería.
Autoras: **Paula Vázquez Rosado**, Eva María Hernández Herrero, Ana Mato Revilla. Área Quirúrgica.
Página 62

13. Una revisión de la literatura a propósito de la implantación del dispositivo Impella CP en Hemodinámica.
Autores: **María Elena Merchán Tahvanainen**, Paloma Pozueta del Rivero, Virginia Frances Santamaria, Víctor Fradejas Sastre, Paula Sáez Ruiz, María Fuentes Martínez. Cardiología Intervencionista.
Página 63

16.45-17.25 h. Finalistas Premio Mejor Comunicación y Artículo Área de Enfermería Valdecilla 2021

Modera:
Faustino González Menéndez
Supervisor Área de Calidad, Formación, Investigación y Desarrollo
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla
@_Tino_Gonzalez

FINALISTAS MEJOR COMUNICACIÓN

Ruiz Azcona L, Fernández Gómez A, Juez Primo M, Pellico López A, Paz Zulueta M. **Evolución de las Infecciones de Transmisión Sexual en la población adolescente española entre los años 2016 y 2018.** Presentado en el II congreso digital de la Asociación Española de Pediatría (Online), celebrado los días 3 a 5 de junio 2021, en forma de Poster electrónico.

Polanco Vázquez S, Fernández Seri A, Cuevas González MA, Villalta Poveda J, González Vallejo I, Núñez Plaza AR, Gutiérrez Mediavilla MI, Dermit Sebastián P, Juárez Garrido C. **Impacto de las medidas preventivas COVID en la dinámica del trabajo de enfermería en la atención de pacientes PET.** Presentado en el 38 Congreso Nacional SEMNIM (edición virtual), los días 24 a 27 mayo de 2021, en forma de Poster.

FINALISTAS MEJOR ARTÍCULO

Lechosa Muñiz C, Paz Zulueta M, Mendez Legaza JM, Irure Ventura J, Cuesta González R, Calvo Montes J, López Hoyos M , Llorca J, Cabero Pérez MJ. **Induction of SARS-CoV-2-Specific IgG and IgA in Serum and Milk with Different SARS-CoV-2 Vaccines in Breastfeeding Women: A Cross-Sectional Study in Northern Spain.** Int. J. Environ. Res. Public Health 2021,18, 8831. *Enlace al artículo*

Ruiz Azcona L, Fernández Olmo I, Expósito A, Markiv B, Paz Zulueta M, Parás Bravo P, Sarabia Cobo C, Santibáñez M. **Impact of Environmental Airborne Manganese Exposure on Cognitive and Motor Functions in Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis.** Int. J. Environ. Res. Public Health 2021, 18, 4075. https://doi.org/10.3390/ijerph18084075. *Enlace al artículo*

17.25-17.45 h. Pausa-Café

17.45-18.45 h. Conferencia de clausura: No somos Silicon Valley
Página 35

Ponente:
Amalia Franco Vidal
Técnico de Salud Pública
Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA)
@AmaliaFranco

Modera:
Mirian García Martínez
Servicio de Nefrología
Hospital Universitario "Marqués de Valdecilla"
@mgm242

18.45-19.30 h. Presentación proyectos ganadores 23ª Convocatoria Nacional de Proyectos de Investigación "Enfermería Valdecilla".

Mercedes Lázaro Otero
Subdirectora de Enfermería.
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

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:

"Eficacia y seguridad de la pupilometría como medición objetiva de la nocicepción en pacientes críticos"

Gemma Robleda Font (1), Candelas López López (2), Ignacio Latorre Marco (3). (1) Campus Docente San Juan de Dios. Universidad de Barcelona. (2) Hospital Universitario 12 de octubre. (3) Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda.

MEJOR PROYECTO A DESARROLLAR EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA:

"Monitorización de las prácticas hospitalarias en la planta de maternidad del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla mediante encuesta digital"

Lorena Lasarte Oria, María Sáez de Adana Herrero, M Pilar Gortázar Arias, Coral Llano Ruiz, Elsa María Cornejo del Río, Jessika Corzón García, Yolanda Jubete Castañeda. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

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

14. A propósito de un caso, la tecnología en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo I.
Autoras: **María Lourdes Aizpeolea San Miguel**, María Piedra León, María Asunción Gómez De la Fuente, Violeta Fariñas Franco. Endocrinología.
Página 67

15. Abordaje enfermero en consulta de seguimiento remoto. Paciente con desfibrilador implantable: a propósito de un caso.
Autoras: **Rebeca Hernández García**, Noelia Clérigo Cuevas, Zuleika San Salvador Ausin, Ana Piriz Marqués, Fabiola Septien Tellaetxe, M Mercedes Colio Caba. Consulta Marcapasos, Unidad de Arritmias.
Página 69

16. Aparición del "Síndrome del Hombre Rojo" en un lactante tratado con vancomicina por sospecha de meningitis.
Autoras: **Andrea Gutiérrez Saiz**, Inés Diez Rueda. R1 Enfermería Pediátrica.
Página 70

17. Apoyo de la enfermería en CPRE mediante técnica Spyglass®.
Autoras: **Raquel Durán Calvo**, Vanesa López López, Daniel Crespo Rodríguez, Maria Gándara Diego, Alba Gómez de Miguel, Cristina Castillo Cobo. Unidad de Endoscopia.
Página 72

18. Calidad del sueño en pacientes que pernoctan en una unidad de reanimación hospitalaria.
Autores: **Cristina Lantarón Izaguirre**, Ana Gómez Sánchez, José Luis Cobo Sánchez, María Pérez Coterillo, Cristina Pérez de Castro, Raquel Pardo Vitorero. Reanimación.
Página 74

19. Capacitación de TCAE para el desempeño del trabajo en la CPME. De la necesidad, al hecho.
Autoras: **Gema Ballesteros Maza**, Alexandra Quintano Santamaría, Mª Esther Bear Mateos, Mª Lourdes Miguel Alonso, Mª José Celorrio Fernández, Alejandra Sainz Sobremazas. Central de Procesos de Material Estéril.
Página 76

20. Control glucometabólico desde el inicio de monitorización flash de glucosa educación diabetológica individual vs grupal.
Autoras: **María Asunción Gómez De la Fuente**, María Lourdes Aizpeolea San Miguel, María Piedra León, Carmen Marzo Conde, Violeta Fariñas Franco. Endocrinología.
Página 77

22. Dificultades en la comunicación con pacientes de habla no hispana.
Autores: **Laura Escalada Vega**, Laura Cólera Montero, Beatriz Sanz Hoya. Medicina Interna.
Página 79

23. Eficacia de la teleducación en el seguimiento de la Diabetes Mellitus Gestacional durante el confinamiento.
Autores: **Elisa Camus Burgueño**, María Lourdes Aizpeolea San Miguel, María Piedra León, Ricardo Batanero Maguregui, Violeta Fariñas franco, María Asunción Gómez de la Fuente. Endocrinología.
Página 81

24. El llenado de los tubos de coagulación: un factor clave.
Autoras: **Dulce María Rotaeche Zubillaga**, Noemí Álvarez Tuñón, Gala Aglaia Méndez Navarro, Belén González-Mesones Galán, María Abando Casuso, Enrique María Ocio San Miguel. Unidad de Hemostasia.
Página 83

26. Enseñar a las familias la Unidad de Cuidados Intensivos.
Autora: **Marina González Parcha**. Unidad de Cuidados Intensivos Generales.
Página 85

27. Estrategia contra la adversidad en RM: sistema para mejorar el confort en estudios pediátricos y claustrofobia.
Autores: **Javier Gutiérrez de Rozas Astigarraga**, Beatriz Iglesias Gutiérrez. Radiología.
Página 87

28. Evolución en la atención al duelo perinatal en el HUMV: un trabajo multidisciplinar.
Autoras: **María Lourdes Martín Parada**, Silvia Crespo Lassalle, Manuela Contreras García, Mercedes Díaz Muriedas, Paula Alonso González, María Sáez de Adana. Área de Partos, Hospitalización TC4, Dirección de Enfermería.
Página 89

29. Impacto de la retención aguda de orina en artroplastia de cadera y rodilla.
Autores: **Eva María Hernández Herrero**, Paula Vázquez Rosado, Francisco Javier Alonso Calvo, Elisabeth Prado Abrantes, Elena Rivas Cilleros, Carmen Sarabia Cobo. Área Quirúrgica, Hospitalización Ortopedia y Traumatología, Facultad de Enfermería Universidad de Cantabria.
Página 91

30. La importancia de la formación enfermera en el SADI-S robótico sistema X y Xi.
Autoras: **Nuria Herrera Gallarreta**, Denia Pérez Niebla, Laura García Sanz, María Jesús Lorenzo Gómez, María Asunción Benito González, María Gómez Soto. Área Quirúrgica.
Página 93

31. La polisomnografía: una prueba fundamental para el diagnóstico en pediatría.
Autoras: **Rosa Eva Fernández Benito**, Susana Pérez Casado. Unidad de trastornos del sueño y ventilación, Neumología.
Página 95

32. Manejo de la lactancia materna en el Área de partos.
Autoras: **Encarna Higuera Ruiz**, Gema Rabanal Rodríguez, Alba Díez Ibarbia, María Antonia Gutiérrez Martínez, Lara Del Valle Clemente, Diana De Castro Prado. Área de partos Hospital Universitario Marqués de Valdecilla y Hospital de Laredo.
Página 97

33. Medición de los componentes del sueño en personal enfermero del área quirúrgica de León.
Autoras: **Leticia Martínez González**, Carmen Juan García, María Plaza Carmona. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Hospital Universitario de León.
Página 99

34. Monitorización del INR en pacientes anticoagulados con antivitamina k por síndrome antifosfolípido.
Autores: **María Abando Casuso**, Gala Aglaia Méndez Navarro, Belén González-Mesones Galán, María Luisa González Ponte, Enrique María Ocio San Miguel. Unidad de Trombosis y Hemostasia, Hematología.
Página 101

35. Papel de enfermería en la gastroplastia vertical endoscópica, técnica Endosleeve Apollo®.
Autores: **María Gándara Diego**, Daniel Crespo Rodríguez, Cristina Castillo Cobo, Vanesa López López, Mª Carmen Fernández Rodríguez, Nuria Viadero Edilla. Endoscopias.
Página 103

36. Papel de la enfermera instrumentista en un By Pass robótico (Cirugía Bariátrica).
Autoras: **Denia Pérez Niebla**, Nuria Herrera Gallarreta, María Jesús Lorenzo Gómez, María Asunción Benito González, Lucía Mazario Amodia. Área Quirúrgica.
Página 105

37. Protocolo de actuación en la electroestimulación percutánea del nervio tibial posterior.
Autoras: **Carmen Acebal Álvarez**, Pablo Vázquez Tobal, Leticia Martínez González. Consulta de Urología.
Página 107

38. Proyecto: guía esencial interactiva, los primeros días de lactancia materna.
Autoras: **Diana de Castro Prado**, Pilar Cuesta Rivas, María Antonia Gutiérrez Martínez. Área de Partos.
Página 109

39. Pruebas cutáneas con excipientes de la vacuna SARS-COV-2.
Autoras: **Lourdes Datsira López**, Elisa Ballesteros Acebo, Beatriz Cabrero Iñiguez, Tania Espinosa Peláez, Elena Rasillo Sáez, Rosmari de la Puerta. Alergología.
Página 111

40. Radioterapia intraoperatoria en sarcoma.
Autores: **Mª Paz Fernández Lavín**, David Rodríguez Argueso, Susana Velasco Solana, Cristina Sañudo Viadero, Dovidena Blanco Herrería, Beatriz Domínguez Pereira. Oncología Radioterápica.
Página 113

41. Reflexiones sobre calidad asistencial durante la pandemia.
Autoras: **María Sainz González**, Mercedes Benito Alfonso, María Fuentes Martínez, Patricia Ruiz Ruiz, Paula Sáez Ruiz, María García Uría. Cardiología Intervencionista.
Página 115

42. Rol efectivo, eficiente y seguro de la enfermería avanzada en Cirugía Cardiaca.
Autores: **Patricia García Teja**, Sara Hernantes Cantero, Marta Capa García, Purificación Hernández Bascones, Beatriz Bolado Vía, Jorge Cubillo Muñiz. Área Quirúrgica.
Página 117

43. Tratamiento de tumores de mama en inspiración mantenida.
Autoras: **Natalia Lozano Coscolluela**, Beatriz Domínguez Pereira, Dovidena Blanco Herrería, Marta Sierra Díaz, Mª Paz Fernández Lavín, Susana Velasco Solana. Oncología Radioterápica.
Página 118

44. Utilidad de la cuantificación de la producción del ATP intracelular en la práctica clínica.
Autoras: **María Toriello Suárez**, María Luisa García Andrés, María José González Martínez, Seila Hernández Vicente, Raquel Hondal García, Andrea Juárez Gutiérrez. Inmunología.
Página 119

Ponencias

Título: "Retos en Investigación e innovación"
Ponente: **Verónica Tíscar González**
Ver en https://youtu.be/uZ0GYOT4lzs

Título: "Proyecto implantación guías de buenas prácticas clínicas en Valdecilla"
Ponente: **Faustino González Menéndez**
Ver en https://youtu.be/uZ0GYOT4lzs

Título: "COHORTE Cantabria"
Ponente: **Marcos López Hoyos**
Ver en https://youtu.be/uZ0GYOT4lzs

Título: "Centro de protonterapia Valdecilla: materializando la medicina de precisión en cáncer"
Ponente: **Pedro Prada Gómez**
Ver en https://youtu.be/uZ0GYOT4lzs

Título: "No somos Silicon Valley"
Ponente: **Amalia Franco Vidal**
Ver en https://youtu.be/sDzdRHv7kzE

Comunicaciones Orales

Título: Atención hospitalaria del parto, puerperio y recién nacido/a (RN)

Autores: Fátima Vacas Revilla, Roberto Rodríguez Cobo, Encarnación Cámara Cascales, María Fernández Hontañón. Partos, Informática, Admisión del HUMV y Centro de Salud San Vicente de la Barquera/Potes.

INTRODUCCIÓN: informatizar todo el proceso del embarazo, parto y recién nacido en el HUMV y creación de un libro de partos electrónico.

OBJETIVOS:

- Crear un proceso de gestión del paciente y registro documental independiente y compartido del binomio madre-RN.
- Registrar documentalmente a todos los recién nacidos en el hospital y gestionar diferentes tipos de ingreso y alta neonatal.
- Implementar un sistema de trazabilidad madre- RN permanente en los diferentes movimientos asistenciales, integrado con el sistema informático del hospital y el resto de los programas relacionados con la historia clínica electrónica del paciente.
- Crear un sistema de documentación unificado de madre- RN, permitiendo volcado de datos para evitar errores.

METODOLOGÍA: el desarrollo comienza a principios de 2019 y termina en 2020. El proceso comienza con los registros de la gestante y al nacimiento se generan los registros neonatales y registro binomio madre-hijo. Con el registro del RN se establece la conexión con el sistema informático del hospital para que a través de un proceso automatizado se desencadene la creación de un nuevo paciente con sus identificadores de NHC y su episodio de ingreso específico, el cual es comunicado a los diferentes programas.
Todos los registros informáticos se han elaborado trabajando con el personal asistencial, siguiendo indicadores y criterios de calidad responsables de cada sección. Intervienen médicos, matronas, enfermeras e informáticos encargados de desarrollar el registro de los diferentes documentos de información de pacientes y de integrar los programas, historia clínica, GACELA, PEA y HIS (sistema información hospital) que forman parte de la historia clínica electrónica.

RESULTADOS: en la actualidad es el sistema de información mediante el cual se registran los partos del hospital y con el que se complementa la historia clínica de la gestante y del recién nacido. Se ha informatizado todo el proceso, disminuyendo la probabilidad de cometer errores. Y a su vez se ha minimizado la cantidad de papel utilizado.

CONCLUSIONES: toda la información generada es recopilada en un cuadro de mandos accesible para todos los responsables implicados en el proceso, cerrando el círculo de la mejora continua "registrar, analizar, comparar y mejorar".

Título: **Beneficios del ejercicio en el agua durante el embarazo**

Autores: Inés Celis Cossío, Elena Pardo Tajadura, Sara Sánchez Álvarez. Servicio de Obstetricia y Ginecología del HUMV

INTRODUCCIÓN: el ejercicio físico durante el embarazo es beneficioso tanto para la mujer como para el feto.
En concreto, se ha comprobado que la realización de ejercicio en el medio acuático ofrece múltiples ventajas, facilitando el libre movimiento de la mujer, aliviando el peso adicional y evitando la sobrecarga de las articulaciones.

OBJETIVO: determinar los beneficios del ejercicio en el agua durante el embarazo y su repercusión sobre los parámetros materno-fetales.

METODOLOGÍA: se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica en septiembre de 2021 en las bases de datos PubMed, Scielo y Cochrane. Se empleó la ecuación de búsqueda (Pregnancy) AND (Aquatic Exercises), obteniendo un total de 59 artículos. Tras aplicar los criterios de selección, se obtuvieron un total de 9 artículos de interés para nuestro trabajo.

RESULTADOS: la literatura sobre este tema es escasa. Teniendo en cuenta los artículos empleados en esta revisión, se determina que el ejercicio físico en el agua durante el embarazo aporta beneficios durante el parto y el postparto inmediato. Se ha evidenciado un aumento de un 27,29% en la tasa de partos eutócicos, en las mujeres que han realizado este tipo de actividad física durante el embarazo. A su vez, se ha objetivado una menor ganancia ponderal durante la gestación, así como un aumento de la calidad de vida percibida por la mujer en este periodo. En lo que hace referencia al recién nacido, se ha demostrado una disminución del peso dentro de los límites normalizados, con resultados no determinantes para la tasa de macrosomía fetal.
Con respecto a la sensación dolorosa durante el periodo de parto, las mujeres que habían realizado estos ejercicios la percibieron como menos intensa, sin embargo no se ha visto reducida las tasas de analgesia epidural con respecto al grupo de control, el cual no realizó ejercicio en el agua. Otro aspecto a destacar es que hay una tasa de periné íntegro después del trabajo de parto de un 26,15%, frente al 3,12% del grupo control. Se ha visto reducida la tasa de episiotomía con resultados no estadísticamente significativos.
Por último, no se evidenciaron diferencias entre ambos grupos en la edad gestacional, partos prematuros, ni bienestar fetal al nacimiento.

DISCUSIÓN: durante el embarazo, se aprecia que las mujeres disminuyen su actividad física en un momento en el que están sufriendo cambios tanto a nivel físico como psicológico. Esta revisión bibliográfica evidencia los beneficios de la práctica de ejercicio en el agua durante la gestación, favoreciendo que los cambios que se dan en esta etapa sean lo más óptimos posibles.
Por otro lado, existe un escaso número de publicaciones sobre el tema tratado, explicando así la variabilidad de los resultados y la escasa información. Este hecho justifica que hay que seguir investigando al respecto. Planteamos la posibilidad de implantar un programa de ejercicios en el agua para embarazadas que mejore su estado físico general y favorezca el proceso de parto en el SCS.

Título: Ingreso hospitalario por SARS-CoV2 en pacientes no vacunados en un hospital de primer nivel. Evolución y tratamiento

Autores: Verónica Gómez Abad., M. Ángeles Muñiz García, Gema Fernández Cavia, Noelia Colomer Martínez, Leticia Merino Cochon, María Gómez Guardo. Torre D planta 7ª- Covid. HUMV.

INTRODUCCIÓN: la vacunación iniciada frente al SARS-CoV2 a escala mundial ofrece una oportunidad para controlar la pandemia, no solo en la reducción de la mortalidad sino también en la disminución de los ingresos hospitalarios o de la gravedad de la infección.

OBJETIVOS: en este contexto, hemos querido analizar el impacto que la campaña de vacunación frente al SARS-CoV2 ha tenido en los ingresos tanto en planta de hospitalización covid como en UCI en un hospital de primer nivel español.

MATERIAL Y MÉTODOS: para ello realizamos un estudio descriptivo, transversal y observacional de los pacientes ingresados en la planta covid durante los meses de agosto y septiembre de 2021 en un hospital de primer nivel, tanto vacunados como no; así como los motivos para no haberse vacunado. Dentro de los no vacunados se calculará y analizará cuantos llegan a ser diagnosticados de neumonía, precisan aporte de O2 y/o tratamiento específico SARS-CoV2 y precisan ingreso en UCI. Se eligieron dichos meses por entender que la vacunación ya se encontraba lo suficientemente avanzada como para lograr datos concluyentes.

RESULTADOS: del total de 126 pacientes ingresado en planta covid, el 40,5% no se encontraban vacunados. De ellos, un 54,9% eran hombres frente a un 45,1% mujeres. Respecto a la edad, un 62,8% pertenecería al grupo de 30-65 años, un 19,6% sería menores de 30 y un 17,6% mayores de 65 años.

Entre los motivos que argumentaron para no haberse vacunado fueron en un 72,5% no querer por decisión propia, un 11,8% por no haber llegado la campaña de vacunación a su grupo de edad, un 9,8% alegó que no se les había contactado y un 5,9% no se vacunaron por encontrarse embarazadas.

Terminaron desarrollando neumonía bilateral un 68,6% de los no vacunados; un 11,8% neumonía unilateral y un 19,6% solo estuvieron ingresados por infección por SARS-CoV2.

Precisaron aporte de O2/tratamiento específico para SARS-CoV2 UN 53% de los no vacunados y complicaron su ingreso hospitalario teniendo que ingresar en UCI un 25,5%.

Finalmente se estudió cuántos de ellos, tras transcurrir más de un mes del final de infección decidieron finalmente vacunarse, siendo sólo un 3,9%.

CONCLUSIONES: en conclusión, se debería promover la vacunación, sobre todo en el grupo de edad de 30 a 65 años haciendo hincapié en que 4 de cada 10 pacientes que actualmente ingresan por SARS-CoV2 no se encuentran vacunados, complicándose en un 80% con una neumonía y precisando ingresar en UCI uno de cada cuatro.
Cabe destacar la limitación en tiempo del estudio (bimensual) y en lugar (cogiendo la referencia de un único hospital de primer nivel).

Título: La realidad virtual en el manejo del dolor y ansiedad en pacientes pediátricos sometidos a procedimientos invasivos

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

INTRODUCCIÓN: los procedimientos invasivos, con fines diagnósticos o terapéuticos son una práctica necesaria y habitual en los ingresos hospitalarios o visitas a los servicios de urgencias. Estos procedimientos frecuentemente causan dolor, estrés y ansiedad en los pacientes pediátricos. Por estos motivos se están introduciendo técnicas farmacológicas y no farmacológicas destinadas a reducir estos sentimientos. Entre las segundas surge como método novedoso el empleo de la realidad virtual (RV).

OBJETIVO: analizar el uso de la realidad virtual como técnica no farmacológica para el manejo del dolor, el estrés y la ansiedad en pacientes pediátricos sometidos a procedimientos invasivos.

METODOLOGÍA: se realizó una búsqueda bibliográfica en la base de datos Pubmed y Google Scholar, utilizando como palabras clave: distracción, control del dolor, venopunción y niños. Se utilizaron como criterios de inclusión: acceso libre, publicados en los últimos cinco años y que tratasen sobre la RV en pacientes pediátricos y adolescentes. En los estudios analizados se incluyeron pacientes con edades comprendidas entre los 0 y 22 años. Criterios de exclusión: aquellos que no cumplían los criterios de inclusión. Se evalúa el dolor, la ansiedad y la satisfacción de los acompañantes durante la realización de procedimientos invasivos mediante el uso de escalas validadas para su medición.

RESULTADOS: se obtuvieron 140 resultados en Pubmed y 144 en Goolge Scholar, de los que 9 y 2, respectivamente se seleccionaron para su análisis, siendo 3 de estas revisiones sistemáticas. La RV fue aplicada en los grupos intervención, de manera aislada o combinándola con otras técnicas, y comparada con grupos control en los que no se aplica ninguna técnica durante la realización de procedimientos invasivos (accesos venosos, procedimientos dentales, vacunaciones y antes de intervenciones quirúrgicas). Los pacientes en los que se aplica RV, de forma aislada o combinada, muestran menores puntuaciones en las escalas de dolor y ansiedad que aquellos pertenecientes de los grupos control. Por otro lado, la satisfacción de los acompañantes es mayor en aquellos grupos que recibieron RV.

CONCLUSIÓN: la RV surge como una estrategia que puede ser efectiva para reducir el dolor y la ansiedad que generan los procedimientos invasivos en los pacientes pediátricos. Sin embargo, la literatura acerca de este nuevo método es reducida y en ocasiones con

resultados que no son estadísticamente significativos; debido a las limitaciones de los estudios, sobre todo en tamaño muestral o con resultados demasiado heterogéneos debido a los diferentes procedimientos invasivos analizados y la ansiedad y dolor que cada uno genera. Es por ello que se requiere la realización de más estudios en grupos más amplios de pacientes, bajo las mismas condiciones de realización para obtener una evidencia inequívoca del uso de la RV.

Título: Plan de cuidados estandarizado para mujeres que desean realizarse IVE farmacológico en La Cagiga

Autores: Leonor Lozano Mayor, Beatriz Pereira García, Andrea Villa Perez, Marta Bravo Alonso, Ana Sanz Novo, Claudia Guadalupe Toledo. Centro de Salud Sexual y Reproductiva La Cagiga y Unidad Temporal de Partos. HUMV

INTRODUCCIÓN: actualmente, y según la legislación vigente, cualquier mujer embarazada que desee interrumpir su gestación puede optar por un tratamiento médico (combinación de mifepristona y misoprostol) y un tratamiento quirúrgico, si bien es cierto que existe evidencia científica sobre la eficacia y seguridad del aborto farmacológico. En el Centro de Salud Sexual y Reproductiva La Cagiga se propone el manejo farmacológico hasta las 10 +6 semanas de gestación.

POBLACION DIANA: mujeres que acuden a La Cagiga embarazadas con una edad gestacional inferior a 10+6 semanas, que no presenten contraindicaciones para dicho método.

OBJETIVO: diseñar un plan de cuidados estandarizado que unifique y garantice unos cuidados enfermeros de calidad a las usuarias que decidan interrumpir su embarazo de forma voluntaria por vía farmacológica.

VALORACIÓN ESTANDAR: (14 necesidades de Virginia Henderson)

- Percepción-manejo de la salud: hábitos tóxicos
- Eliminación: patrón de sangrado y presencia de alteraciones
- Actividad/Ejercicio: reposo relativo
- Sueño-descanso: sueño insuficiente, estrés psicológico
- Cognitivo-perceptivo: dolor y sintomatología asociada así como medidas de alivio.
- Autopercepción-autoconcepto: alteración de la autoestima.
- Rol-relaciones: necesidad de acompañamiento en el proceso.
- Sexualidad y reproducción: fórmula obstétrica, anticoncepción, menarquia, FUR
- Adaptación y tolerancia al estrés: cansancio, falta de apoyo familiar, falta de
- información.
- Valores-creencias: interferencias de la decisión con las creencias habituales,
- tradiciones familiares.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA:

DIAGNOSTICO NANDA: (00004) Riesgo de infección
NOC : Control del riesgo
NIC:

- Educación para la salud
- Identificación de riesgos
- Vigilancia
- Acuerdo con el paciente
- Control de infecciones

DIAGNOSTICO NANDA: (00206) Riesgo de sangrado
NOC : Severidad de la pérdida de sangre
NIC : Vigilancia
NOC: Respuesta a la medicación
NIC

- Enseñanza: medicamentos prescritos
- Educación para la salud

DIAGNOSTICO NANDA: (00083) Conflicto de decisiones
NOC: Toma de decisiones
NIC

- Apoyo en la toma de decisiones
- Consulta por teléfono
- Enseñanza: medicamentos prescritos

DIAGNOSTICO NANDA: (00148) Temor
NOC: Afrontamiento de problemas
NIC

- Facilitar el duelo
- Facilitar la expresión del sentimiento de culpa

NOC: Nivel del dolor
NIC

- Asistencia en la analgesia controlada por el paciente
- Apoyo emocional
- Escucha activa

DIAGNOSTICO NANDA: (00126) Conocimientos deficientes
NOC: Conocimiento funcionamiento sexual
NIC

- Enseñanza relaciones sexuales seguras
- Manejo de la conducta sexual
- Asesoramiento sexual
- Planificación familiar anticoncepción
- Facilitar la autorresponsabilidad

CONCLUSIÓN: este PAE contribuye a aportar calidad y continuidad en los cuidados permitiendo adecuarse a las circunstancias de cada mujer en una decisión vital. Favorece también la recuperación tanto física como emocional.
Así mismo, permite un lenguaje común para favorecer el trabajo en equipo y el desarrollo de la profesión enfermera.

Título: Programa de vacunación con SARS-CoV-2 en pacientes ingresados en el HUMV

Autores: Laura Thomsen, Maria Dolores Sierra Crespo, Francisco Rodriguez Borbolla, Esther Liaño Fernandez, Maria Paz Alvarez Garcia, Inmaculada Torrijos Rodriguez. Servicio Medicina Preventiva HUMV.

INTRODUCCIÓN: para completar la inmunidad frente al COVID 19 de los pacientes ingresados en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (HUMV) se diseñó un programa de vacunación por el servicio de Medicina Preventiva (MP) con el objetivo de poner la segunda dosis y enviar al domicilio a los pacientes con el proceso de inmunización completo. Este programa ha permitido optimizar los recursos sanitarios.

OBJETIVOS: determinar el impacto del programa de vacunación frente a la COVID-19 en pacientes ingresados (PVCPI) en el HUMV.

METODOLOGÍA: estudio descriptivo prospectivo de los pacientes incluidos en el PVCPI en el HUMV.
Periodo de estudio: 18/01/2021 – 17/09/2021.
Los criterios para ser incluidos en el PVCPI fueron:

1. Pacientes ingresados en plantas con primera dosis puesta y que coincidiera durante el periodo de ingreso la segunda dosis (se excluyen los pacientes de hospitalización domiciliaria, hospital del Día y las consultas).
2. Se establecen dos grupos de vacunación:
   2.1. Pacientes cuya primera dosis se puso por la Atención Primaria.
   2.2. Pacientes del grupo 7 de la estrategia de vacunación (personas con condiciones de muy alto riesgo) cuya primera dosis se puso en MP.
3. Participantes: Un médico y una enfermera de MP.
4. Proceso: Interconsultas. Los diferentes servicios del hospital solicitan a MP la valoración y administración de segunda dosis a un paciente ingresado. El médico MP evalúa la interconsulta y valora la pertinencia.
5. Procedimiento de enfermería:
   5.1. Crear la base de datos.
   5.2. Completar el puzzle de agrupar pacientes en grupos de 6 o 10 para consumir cada vial
   5.3. Comprobar el tipo de vacuna y la fecha en la que le toca la segunda dosis.
   5.4. Preparar las vacunas para su administración.

RESULTADOS: Se recogieron como variables número de interconsultas recibidas, número de vacunados, causas de exclusión del programa, edad, sexo y tipo de vacuna administrada. Se realizó un análisis descriptivo a partir de los datos recogidos.

- Total de interconsultas recibidas 329.
- Total pacientes vacunados 243.
- Total pacientes excluidos 86 (causas de exclusión: enfermedad autoinmune 1.2 %, alta 45 %, exitus 7 %, IQ 8.5 %, trasplante 4.7 %, decisión del paciente 2.4 %, incompatibilidad con tratamientos 1.2 %), otras causas 30 %.
- Vacuna con Pfizer total pacientes 195, hombres 112 (57 %) edad media 72,1 años, mujeres 83 (42,5 %) edad media 73,6 años.
- Vacuna con Moderna total pacientes 37, hombres 27 (72.9 %) edad media 61,9 años, mujeres 10 (27.2%), edad media 61 años.
- Vacuna con Astra Zeneca total pacientes 11, hombres 6 (54.5 %) edad media 62.3 años, mujeres 5 (45.5 %), edad media 59.2.

CONCLUSIONES: el PVCPI desde el servicio MP ha contribuido a completar la inmunización frente al COVID-19 sin que el hecho de estar hospitalizado haya supuesto una interrupción en su inmunización.

Título: **Recidiva de cáncer de vulva: descripción de un caso**

Autores: Lara Solana Fernández, Lorena Rodríguez Urgidos, María Vallejo Montes. Ginecología TC4 HUMV.

JUSTIFICACIÓN: el carcinoma de vulva es un cáncer ginecológico poco frecuente. Su tratamiento es fundamentalmente quirúrgico.En la vulvectomía radical se extirpa toda la vulva con pocas posibilidades de cierre primario de la herida,ocasionando largas estancias hospitalarias. Asimismo,el cuidado de la cicatriz vulvar necesita la atención continuada por parte del personal de enfermería.

VALORACIÓN DEL CASO: paciente de 74 años con AP: HTA, DM2, ICC, Sd depresivo recurrente, esquizofrenia, trastorno mental grave, mal ajuste psicosocial. Ictus frontal izdo (fibrinolisado). Neo de mama derecha (2010).Colecistectomía. 2011 de Ca epidermoide infiltrante pobremente diferenciada: IQ vulvectomíaradical + linfadenectomía ganglionar + radioterapia.

Ingresa para IQ el 16/06/21: COLOSTOMIA Y EXPLORACIÓN BAJO ANESTESIA DE ESFINTER+EXTIRPACIÓN DE LESIÓN TUMORAL+ COLGAJO DE GRACILIS por recidiva de Ca epidermoide de vulva.

Tras la cirugía, herida abierta, sin colocar colgajo, porta packing de compresas con betadine, con el objetivo de conservar el lecho quirúrgico, para una 2ª cirugía, que dependerá del análisis del tejido extirpado. Portadora de sonda vesical. Portadora de colostomía.

ENUNCIADO DE PROBLEMA:
00046 Deterioro de la integridad cutánea
00132 Dolor agudo
00004 Baja autoestima situacional

Intervenciones/resultados:
NOC (1103) Curación de la herida por segunda intención
NOC (1605) Control del dolor
NOC (1205) Autoestima

Indicadores:
110301 Granulación
110321 Disminución del tamaño de la herida
110320 Formación de cicatriz
160501 Reconoce factores causales
160502 Reconoce el comienzo del dolor
120501 Verbalizaciones de autoaceptación

Intervenciones:
NIC (3660) Cuidado de las heridas
NIC (6540) Control de infecciones
NIC (1400) Manejo del dolor
NIC (2210) Administración de analgésicos
NIC (5270) Apoyo emocional
NIC (5230) Mejorar el afrontamiento

SEGUIMIENTO/ EVALUACIÓN:
Evolución tórpida de herida, ingreso en UCI (20-24/06) Shock séptico por infección de herida. 25/06.Curas con terapia de presión negativa, para conservar lecho de la herida limpio, evitando posibles recaídas por infección de herida. Evolución favorable de herida. 17/07 ingreso en UCI por Ictus hemodinámico.
Tras 55 días de evolución favorable de herida, disminución de márgenes, lecho limpio. Re intervención:18/08: resección margen uretral + cobertura cutánea con injertos cutáneo y terapia de presión negativa 1 semana. Fracaso de injerto, curas convencionales.
El 13/09 alta a domicilio, seguimiento en consulta de curas de ginecología, en la actualidad HQ aún no resuelta, con evolución favorable. El día 24/09 retirada de SV.

CONCLUSIÓN: la toma de decisiones terapéuticas se ve influenciada por la situación personal del paciente y en ocasiones no permite finalizarla, sino que obliga a buscar otras alternativas, conllevando un alargamiento del proceso de recuperación. Gracias al abordaje multidisciplinar, a la red de apoyo familiar es posible alcanzar los objetivos fijados, incluso tras el alta hospitalaria.

Título: Valoración de la Implantación del STRONGKids en la Planta de Pediatría

Autores: Ana Bartolomé Manrique, María Marcos Coloma, Sandra Llorente Pelayo, Mercedes Olivia Gómez Paz, Sonia Mateo Sota, Carolina Lechosa Muñiz. Pediatría HUMV.

INTRODUCCIÓN/ANTECEDENTES: en Europa, el 50% de los pacientes pediátricos hospitalizados sufre un deterioro de su estado nutricional durante su ingreso. La malnutrición puede provocar un incremento de la morbimortalidad, empeorando la evolución de la enfermedad y aumentando la estancia hospitalaria. El cribado nutricional es un estándar de buena práctica clínica, ya que tiene como objetivo identificar a aquellos pacientes malnutridos o con riesgo de malnutrición durante su ingreso. El STRONGKids es una herramienta de cribado nutricional fácil de aplicar y con alta fiabilidad que consta de 4 ítems: patología con riesgo nutricional o cirugía mayor, signos clínicos de déficit del estado nutricional, pérdida de peso reciente e ingesta nutricional o pérdidas, como vómitos o diarrea. Su cumplimentación junto con el registro del peso y la talla al ingreso se implantó en enero de 2021 en la planta de pediatría TD3.

OBJETIVO: analizar la implantación del registro de cribado nutricional en la planta de pediatría TD3 del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (HUMV).

METODOLOGÍA: se llevó a cabo un estudio descriptivo prospectivo analizando la proporción de cribados nutricionales realizados correctamente al ingreso en los pacientes de la planta de pediatría entre las fechas 01/02/2021 y 10/09/2021. Las variables a estudiar fueron el número de pacientes con el cribado nutricional realizado de manera completa, es decir, que estuviera registrado el peso, la talla y el cálculo de riesgo rellenando los ítems de la herramienta STRONGKids, y el número de pacientes a los que les faltaba por cumplimentar cada uno de esos tres componentes.

RESULTADOS: se obtuvo una muestra de 370 pacientes. La muestra era de un 50% hombres y 50% mujeres, entre los 0 y los 16 años, con una media de 5,86 años (desviación típica=5,3). De todos estos pacientes, se ha realizado el cribado nutricional completo al ingreso a un 57,57%. De los restantes, en el 10,54% de los pacientes faltaba su peso, en el 32,97% faltaba la talla y en el 17,84% faltaba el cálculo de riesgo según la herramienta STRONGKids.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES: a pesar de que la herramienta STRONGKids y el peso han sido cumplimentados en la mayoría de los pacientes, la medición de la talla ha sido realizada en un menor número de ocasiones. Esto provoca que una gran cantidad de pacientes tengan el cribado nutricional incompleto debido a la falta de uno de los componentes. Estos resultados no se pueden comparar con otros estudios, ya que no se han encontrado datos publicados acerca de la valoración de la implantación de este tipo de herramientas en pacientes pediátricos de otros hospitales. Los resultados obtenidos pueden ayudar a reconocer aquellas dificultades en la realización del cribado nutricional para aproximarnos a una mejor implantación de este.

Título: **Valoración del entorno hospitalario para la extracción de leche materna en la unidad de Neonatología**

Autores: Sara Bringas Fuente, Alexandra Fuentes Gómez, Nuria Garcia Rodriguez, Pilar Gonzalez Alcalde, Marina Santiago Setien, Carolina Herranz Gómez. Neonatología HUMV.

INTRODUCCIÓN: el entorno hospitalario juega un papel importante en el establecimiento de la lactancia materna. Las madres pasan muchas horas al lado de sus hijos ingresados, teniendo que alimentar a sus hijos en la sala o extrayéndose la leche durante esas horas. El entorno de las UCIN suele ser ruidoso y poco privado para realizar la extracción.

OBJETIVOS:

- Conocer las preferencias de las madres de los niños ingresados en la unidad neonatal acerca del lugar de extracción de leche materna
- Determinar los factores del entorno de la unidad que influyen tanto de manera positiva como negativa en la extracción de leche materna.

POBLACIÓN Y MÉTODO: Se realiza un estudio descriptivo transversal, de puérperas cuyos hijos están alimentados con lactancia materna o mixta.

Se realiza una recogida de datos prospectiva a través de registro electrónico de la historia clínica, registrando variables demográficas, obstétricas, del estado de salud de la madre y del RN y se pasa una encuesta ad hoc en la que se les pregunta por sus preferencias en el lugar para extraerse la leche, si modificarían el entorno, y que aspectos les incomodan más para extraerse la leche en la unidad. A los 15 dias de vida, si los RN siguen ingresados, se repite la encuesta.

A partir de los datos recogidos se realiza un análisis descriptivo mediante el paquete estadístico SPSS v.o.20.0.

RESULTADOS: se obtiene una muestra de 167 mujeres, desde el 1 de Octubre del 2020 al 1 de Octubre del 2021. Un 52,9% de las mujeres prefiere extraerse leche al lado del bebé, un 42,5% prefiere extraerse leche en casa y un 4,6% preferiría sacarse en una sala de lactancia en el hospital.

Un 44,2% mejoraría el entorno de la unidad al extraerse leche, siendo la presencia de otros padres (62,9%) y la falta de privacidad (56,3%) los factores que las hacen sentirse mas incomodas. A los 15 dias, el 50% preferían extraerse la leche en casa, y el 42% al lado de su bebé,

y un 76,9% identifican la falta de privacidad como principal barrera para extraerse la leche en la unidad.

CONCLUSIONES: el entorno de una UCI neonatal en ocasiones no es el más apropiado para garantizar el confort ambiental que necesitan las madres para favorecer el amamantamiento o la extracción de leche junto al bebé.

Casi un 45% de las madres de nuestra unidad, mejorarían el entorno de la unidad de cara a la extracción de leche, siendo la presencia de otros padres y la falta de privacidad el factor más incómodo para ello, por ello es necesario el crear espacios mas íntimos, por ejemplo mediante dotación de biombos o asignación de espacios según tiempo de estancia estimado.

La existencia de una sala de descanso cercana a la unidad que les permita convivir, comer, asearse y descansar así como compartir su experiencia con otras familias, puede ayudar a rebajar el estrés que supone la separación del bebe y en aquellos casos en los que la madre prefiere extraerse la leche en casa, puede ofrecer una alternativa para la extracción sin abandonar el hospital.

Título: Análisis descriptivo de los pacientes pediátricos ingresados por infección Sars-CoV-2

Autores: Maria Marcos Coloma, Ana Bartolomé Manrique, Marta María García González, Carolina Lechosa Muñiz, Sonia Mateo Sota. Pediatría. HUMV.

INTRODUCCIÓN/ANTECEDENTES: el día 11 de marzo de 2020 fue declarado por la OMS una pandemia mundial causada por SARS-CoV-2. Desde su inicio en España se han confirmado más de 4.900.000 casos y en Cantabria los casos acumulados ascienden a más de 47.000; la notificación del primer caso en Cantabria se produjo el 29 de febrero de 2020. La tasa de mortalidad en menores de 14 años españoles es de 0,042/100.000 hab.; la prevalencia en Cantabria entre 0-19 años se sitúa en 0.017. Los datos del RENAVE reflejan que aproximadamente el 2% de los ingresos durante la pandemia es de menores de 10 años.

OBJETIVO: analizar las características de los pacientes pediátricos ingresados por Sars-CoV-2 en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (HUMV).

METODOLOGÍA: se realizó un estudio descriptivo prospectivo. La población diana fueron pacientes pediátricos que ingresaron en relación con Sars-CoV-2 desde el 31/03/2021 al 30/09/2021.
Los datos se recogieron a través de los informes de alta y se almacenaron en Excel, realizándose media y desviación típica (σ) en variables cuantitativas (edad y días de ingreso); y porcentaje y frecuencia relativa (hi) en cualitativas (sexo, antecedentes clínicos, tipo de paciente (positivo/contacto), ingreso en UCIP, diagnóstico, sintomatología, y tratamiento).

RESULTADOS: se obtuvo una muestra de 54 pacientes (100% de ingresos pediátricos hasta el 30/09/2021).

El rango de edad fue desde 11 días hasta 16 años, siendo la media de edad de 5.36 años (σ=5.43).

Se encontró que 55.56% (hi=0.56) eran varones frente a un 44.44% (hi=0.44) mujeres. Un 55,56% (hi=0.56) presentaban antecedentes clínicos (ej: asma).

Un 90.74% (hi=0.91) ingresó con una prueba diagnóstica positiva; con respecto al diagnóstico un 57.41% (hi=0.57) presentaba infección leve por Sars-CoV-2 y un 16.67% (hi=0.17) tenía neumonía; un 3.7% (hi=0.04) requirió de un ingreso en UCIP.

El rango de días de ingreso fue desde 1 a 17, siendo la media de 3.42 días (σ=3.12).

La sintomatología más frecuente fue cuadro catarral (fiebre, tos, mocos…) con un 62.96% (hi=0.63), un 11.11% (hi=0.11) presento dificultad respiratoria.

El tratamiento más utilizado fue antitérmico/analgesia con un 37.04% (hi=0.37), y hubo un 31.48% (hi=0.31) que no precisó de ninguno.

CONCLUSIONES/DISCUSIÓN: la variable ingreso en UCIP nos permitió observar con respecto a la gravedad que hay un bajo porcentaje de niños que necesiten de dicha hospitalización. Los datos reflejaron que la sintomatología en pacientes pediátricos generalmente se limitaba a cuadro catarral.

En cuanto al sexo los datos mostraron que no hay apenas diferencia entre varones y mujeres y la necesidad de ingreso. Por lo tanto, el estudio ha permitido mostrar las características de los pacientes pediátricos que han precisado de ingreso hospitalario en el HUMV; y en concreto que el tratamiento se limita principalmente a antitérmicos/analgesia.

Título: Avances continuos en la enfermería robótica: cirugía torácica asistida por Da Vinci®

Autores: María Jesús Lorenzo Gómez, María Asunción Benito Gonzalez, Denia Perez Niebla, Nuria Herrera Gallarreta, Laura García Sanz, Lucía Mazario Amodía. Área Quirúrgica. HUMV.

INTRODUCCIÓN: en julio de 2020 el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (HUMV) adquirió un nuevo sistema quirúrgico Da Vinci®, el modelo Xi y en enero de 2021 renovó su Da Vinci® Si por el modelo X.
En marzo de 2021 el HUMV acoge su primera intervención de Cirugía torácica asistida por robot, una timectomía y tan sólo una semana más tarde realiza una lobectomía pulmonar, ambas cirugías con gran éxito. La incorporación de esta especialidad a la Cirugía robótica implicó la necesidad de formación de enfermeras en esta área.

OBJETIVO: dar a conocer el proceso de formación del personal de enfermería en el manejo y control del sistema quirúrgico Da Vinci® en Cirugía torácica.

METODOLOGÍA: periodo enero-octubre 2021.
Se creó un grupo de trabajo multidisciplinar con enfermeras formadas en Cirugía robótica de Cirugía general, Urología, Ginecología y Otorrinolaringología (ORL).
Se seleccionaron 3 enfermeras con conocimientos en Cirugía torácica y se estableció un sistema de rotación por los diferentes quirófanos robóticos (Da Vinci® X y Xi) durante 6 semanas, con el objetivo de adquirir los conocimientos necesarios en las áreas propias de la enfermera quirúrgica en Cirugía robótica: anestesia, instrumentista y circulante.
Se contó con la colaboración de la supervisión del área quirúrgica y del hospital virtual Valdecilla para la participación en un curso con cadáver de práctica previa a la cirugía.
La plataforma Intuitive® facilitó a los participantes claves de acceso para la visualización de vídeos formativos y la realización de test acreditativos.

RESULTADOS: de enero a octubre de 2021 se han formado 3 enfermeras en cirugía robótica ampliando el grupo de enfermeras expertas en esta tecnología a 16 personas, abarcando así las 5 especialidades del HUMV: Cirugía general, Urología, Ginecología, ORL y Cirugía torácica, como última incorporación.

Los participantes rotaron las 6 semanas acordadas en diversas cirugías de las distintas especialidades y con los dos sistemas quirúrgicos robóticos, Da Vinci® X y Xi de nuestro hospital, adquiriendo los conocimientos precisos en cada una de las funciones de la enfermera

de quirófano. Además superaron los test de evaluación de la plataforma Intuitive® con éxito.

CONCLUSIONES: la incorporación de los nuevos profesionales en los diferentes roles de la enfermera quirúrgica en Cirugía robótica: anestesia, instrumentista y circulante de forma supervisada es crucial para asegurar un mismo planteamiento de trabajo dentro del grupo robótico garantizando así la seguridad de los pacientes durante la incorporación de nuevas especialidades en el manejo y control del sistema quirúrgico Da Vinci®, como es el caso del Cirugía torácica.
Ante la imparable evolución de la Cirugía robótica será imprescindible la formación de enfermeras de quirófano en la tecnología robótica Da Vinci® para poder asumir las próximas incorporaciones a la cartera de servicios del hospital.

Título: Prevalencia de los trastornos musculoesqueléticos (TME) del miembro superior en el personal de enfermería

Autores: Paula Vázquez Rosado, Eva María Hernández Herrero, Ana Mato Revilla. Área Quirúrgica. HUMV.

INTRODUCCIÓN: el trabajo de enfermería en el quirófano supone movimientos repetidos, cargar pesos y permanecer en la misma postura durante periodos prolongados de tiempo. Esto aplicado a la extremidad superior da lugar a lesiones que generan un problema de salud laboral muy frecuente.

OBJETIVO: describir estos TME en el personal de enfermería del área quirúrgica.

MATERIAL Y MÉTODOS: estudio observacional descriptivo transversal del personal de enfermería del área quirúrgica durante un mes (del 15 de Agosto al 15 de Septiembre de 2017).
Se repartió cuestionario de Kuorinka modificado, que consta de 8 preguntas con respuestas y se tuvo en cuenta como variables datos demográficos (edad y sexo) y datos laborales (categoría profesional, turno de trabajo, antigüedad en el servicio, especialidad quirúrgica en la que trabaja).
Programa informático SPSS.

RESULTADOS:

- La tasa de cumplimentación de las encuestas fue del 72%, de las cuales el 72% pertenecían a enfermeras, respecto a la edad el 54% tienen entre 30-45 años y un 57% tiene una antigüedad en el servicio mayor a cinco años.
- El 69% de los encuestados ha sufrido TME en el miembro superior, el 44 % de estas dolencias tiene una evolución de mas de cinco años y suponen baja laboral el 56%, siendo superior a un mes en un 4-6% de los casos.
- El hombro es la articulación más afectada con un 48% y han requerido tratamiento en el 44% de los casos. Sin embargo, la duración de los síntomas es mayor en la mano/ muñeca y en un 65% los TME en esta articulación duran mas de un mes.

CONCLUSIONES: la elevada prevalencia de los TME del miembro superior ene le personal de enfermería del área quirúrgica y la necesidad de tratamiento en los mismos hace pensar en la. Necesidad de implantar medidas de prevención y tratamiento en el entorno laboral del personal de enfermería.

Título: Una revisión de la literatura a propósito de la implantación del dispositivo Impella CP en Hemodinámica

Autores: María Elena Merchán Tahvanainen, Paloma Pozueta del Rivero, Virginia Frances Santamaria, Víctor Fradejas Sastre, Paula Sáez Ruiz, María Fuentes Martínez. Cardiología Intervencionista. HUMV.

INTRODUCCIÓN: en el contexto del infarto agudo de miocardio, ha crecido la utilización de dispositivos de soporte circulatorio mecánico de corta duración (SCMCD) tales como el Impella CP. Dichos dispositivos, permiten mantener un estado hemodinámico adecuado durante una angioplastia coronaria transluminal percutánea (ACTP) que se prevé complicada. Ante la implantación del dispositivo Impella CP en nuestra unidad, el objetivo de esta revisión es, identificar en la literatura las funciones específicas de enfermería en aquellos procedimientos en los que se va a utilizar el dispositivo de SCMCD Impella CP para aportar calidad y minimizar complicaciones antes y durante el uso de este dispositivo.

MÉTODO: se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Pubmed y CINAHL. Los términos de búsqueda fueron: "Rol de enfermería", "Dispositivos de asistencia circulatoria de corta duración", "sala de hemodinámica" y sus sinónimos. Los límites fueron el idioma (inglés, español y finlandés) y la fecha (últimos 10 años). La estrategia de búsqueda se estableció combinando dichos términos, con los operadores booleanos OR y AND. Además, se realizó una búsqueda manual en la revista Enfermería en cardiología. Una vez seleccionados los artículos, se revisaron las listas de referencias para corroborar si había algún estudio adicional de relevancia, a través del método snowballing. Se incluyeron publicaciones que hacían referencia a la actividad enfermera antes y durante el procedimiento en la sala de hemodinámica.

RESULTADOS: se analizaron 5 publicaciones que responden al objetivo. Los hallazgos resumidos son:

- Procedimiento técnico:
  - Explicación del montaje, la inserción y puesta en marcha del dispositivo.
- Procedimientos de enfermería:
  - Monitorizar, Preparar el material e instrumentar, Preparar consola, conexiones y purgar el sistema, Realizar controles de tiempo de coagulación activada (ACT).
- Plan de cuidados individualizado:
  - Diagnósticos de enfermería: 00228 Riesgo de perfusión tisular periférica inefectiva, 00148 Temor, 00085 Deterioro de la movilidad física.

- Complicaciones Potenciales: Infección, desplazamiento del catéter y trombosis.
- NIC: Control de constantes vitales, controles ACT, cura del catéter y administración de medicación.

- Traslado del paciente portador del dispositivo:
  - Recursos y procedimiento necesario para el traslado de la sala de hemodinámica a UCI.

CONCLUSIONES: existe poca publicación científica en relación al objeto de nuestra investigación. Los resultados obtenidos no nos aportan suficiente evidencia científica para llevar a cabo con seguridad las actuaciones necesarias ante la implantación de un dispositivo tan novedoso y complejo en nuestra unidad. Procede seguir profundizando en la formación específica para lograr mayores estándares de calidad en la actividad asistencial y la seguridad del paciente.

Comunicaciones Póster

Título: A propósito de un caso, la tecnología en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo I

Autores: María Lourdes Aizpeolea San Miguel, María Piedra León, María Asunción Gómez De la Fuente, Violeta Fariñas Franco. Endocrinología. HUMV

VALORACIÓN: mujer de 41 años, trabaja de forma autónoma, tiene un restaurante junto a su marido, con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 1 de 30 años de evolución, desde el diagnostico mantiene HbA1C de 5,6-7,3%, fumadora de 3/4 cigarros al día y consumo esporádico de alcohol. G3A2P1, hace 2 años que fue madre de una niña. Complicaciones crónicas: RDNP leve, microaneurismas, detectado en noviembre del 2020. En tratamiento con MDI: Toujeo (0-22-0), Humalog (4/5-6/8-6/7). Usuaria de monitorización flash de glucosa desde junio del 2018. En junio del 2020 se inicia un calculador de bolo con la siguiente programación: De- Ratio 4gr FC-40, Co-Ratio 5 gr FC-30, Ce- Ratio-8 gr FC-45. En la última analítica enero 2021 HbA1C 7,3%, hipoglucemias de repetición que asegura que las nota y en la noche la despiertan. Reconoce que omite dosis de insulina por miedo a las hipoglucemias en momentos concretos del día, sobre todo cuando tiene más trabajo del habitual o cuando esta con su hija, recientemente ha empezado a tener miedo a una hipoglucemia grave estando con su hija. En sus glucometrías nos encontramos un 10% de hipoglucemias, un coeficiente de variación elevado 40,3%, siendo un marcador importante del riesgo de hipoglucemias, un tiempo en rango inferior a 70% y un indicador de gestión de la glucosa (GMI) 6,7%.

PROBLEMA: mala gestión de su enfermedad por miedo a las complicaciones agudas como es la hipoglucemia.

INTERVENCIÓN: se plantea el inicio de bomba de insulina (ISCI) y acepta, se inicia educación diabetológica con repaso de contaje de hidratos de carbono, educación en cuanto a la utilización de la bomba de insulina, su manejo y cuidados a seguir. Descarga de datos en plataforma para su seguimiento. Con el inicio de la ISCI, nos planteamos como objetivo disminuir la variabilidad glucémica, la hipoglucemia y aumentar el tiempo en rango. Aumentar el grado de autocontrol de nuestra paciente para así poder disminuir el miedo a las hipoglucemias.

RESULTADOS: al mes del inicio ISCI, se ve una disminución importante de las hipoglucemias situándose en un 2%, el tiempo en rango (Tir) en 80% y un coeficiente de variación (CV) de 31,9% y un GMI de 6,6%. A los 3 meses se ve un aumento no significativo del tiempo de hipoglucemia, manteniendo una mejoría importante respecto al inicio de la terapia con bomba de un 10% a un 4%, el

tiempo en rango se aumentó de 65% un 89 %, siendo recomendable que se sitúe por encima del 70%, el coeficiente de variación de un 40,3% a un 36,1%, siendo el valor optimo estar por debajo de 36% y el GMI 6,3%. Manifiesta sentirse más segura.

CONCLUSIONES: la terapia con ISCI resulta eficaz en la mejoría del control metabólico y consigue disminuir la hipoglucemia, además de facilitar el poder flexibilizar el tratamiento.

Título: **Abordaje enfermero en consulta de seguimiento remoto. Paciente con desfibrilador implantable: a propósito de un caso**

Autores: Rebeca Hernández García, Noelia Clérigo Cuevas, Zuleika San Salvador Ausin, Ana Piriz Marqués, Fabiola Septien Tellaetxe, M Mercedes Colio Caba. Consulta Marcapasos, Unidad de Arritmias. HUMV

VALORACIÓN DEL CASO: la monitorización remota (MR) es una herramienta recientemente implementada en pacientes portadores de dispositivos cardiacos implantables. Permite obtener la información almacenada en ellos e intensificar el seguimiento sin la necesidad de que el paciente se desplace desde su domicilio a la consulta. Ha jugado un papel indispensable durante la pandemia causada por el coronavirus, permitiéndonos continuar el seguimiento de los dispositivos de los pacientes monitorizados. Con este caso pretendemos hacer hincapié de la importancia de la labor de enfermería en la detección precoz de los distintos problemas que pueden presentarse en estos dispositivos.

ENUNCIADO DEL PROBLEMA: paciente con implante de desfibrilador automático implantable (DAI) monocameral por cardiopatía isquémica en el año 2012 como prevención primaria de muerte súbita. Tras el recambio del generador en Abril de 2021 por depleción de la batería, empiezan a objetivarse en nuestra página de MR episodios de ruido en canal de ventrículo derecho, entrando en ventana de fibrilación ventricular. Estos potencialmente podrían derivar en terapias inapropiadas e incluso en el cese de funciones del dispositivo.

INTERVENCIONES/RESULTADOS: la enfermería de la consulta de arritmias realiza un seguimiento más estrecho a través de la web de todas las medidas del DAI, hasta que vemos un aumento en frecuencia e intensidad de los episodios.
En Agosto de 2021 se decide realizar una revisión presencial para la interrogación del DAI objetivándose una incipiente fractura de electrodo. La paciente queda ingresada para nuevo implante de electrodo.

CONCLUSIONES: el seguimiento remoto de dispositivos ayuda a la identificación precoz de eventos y alertas, permitiendo un seguimiento adecuado y estrecho de los mismos, lo cual facilita una rápida intervención. Ofrece, en esta crisis sanitaria, un modelo de trabajo que garantiza una atención eficaz y segura. La enfermera es el pilar fundamental de la consulta de MR: valora, analiza y filtra los datos almacenados en cada una de las transmisiones. En nuestro caso, pudimos adelantarnos a una pérdida de funciones del dispositivo e incluso a la administración de choques inapropiados en un paciente con alto riesgo de muerte súbita.

Título: Aparición del "Síndrome del Hombre Rojo" en un lactante tratado con vancomicina por sospecha de meningitis

Autores: Andrea Gutiérrez Saiz, Inés Diez Rueda. Pediátria. HUMV

VALORACIÓN DEL CASO: lactante de 1 mes y 24 días que acude a urgencias remitido de su Centro de Salud por fiebre de hasta >38.5ºC, rinorrea e irritabilidad de 6h de evolución.
No antecedentes médicos de interés, no contacto COVID positivo conocido, no ambiente epidémico familiar. NAMC.
Embarazo controlado. Cesárea urgente por parto estacionado. Recién nacido a término (40+6), peso al nacimiento 3340 gramos. APGAR 1 min: 8 APGAR 5min: 9.
Lactancia materna durante el primer mes de vida, posteriormente alimentado con leche de inicio.
Ingresa en Planta de Pediatría con un posible diagnóstico de meningitis bacteriana, aunque no confirmada microbiológicamente. Tras su llegada y valoración inicial, se procede a su exploración:
TA: 90/40mmHg Tª: 36.5Cº FC: 142 lpm FR: 40 rpm SatO2: 100% Peso: 5.250kg Talla: 59cm (p67) PC:40 cm (p80)
Se instaura tratamiento antibiótico con cefotaxima y vancomicina.
Se completó estudio con pruebas de imagen con ecografía abdominal y radiografía de tórax sin hallazgos significativos, así como una ecografía transfontanelar que no fue concluyente para confirmar la sospecha de meningitis.

ENUNCIADO DEL PROBLEMA: al séptimo día de tratamiento antibiótico el lactante comenzó con llanto y eritema cutáneo generalizado durante la administración de Vancomicina. En esta situación la enfermera detectó una reacción adversa (RA) denominada "Síndrome del hombre rojo" que remitió por completo al detener su infusión.

INTERVENCIÓN/RESULTADOS: se realiza la Valoración de enfermería según las necesidades de Virginia Henderson, estableciéndose el siguiente diagnóstico NANDA [00217] Riesgo de reacción alérgica. Con este diagnóstico la enfermera desarrolla su Plan de Cuidados, seleccionando las siguientes resultados e intervenciones:

- Resultados NOC:[2301] Respuesta a la medicación.
- Intervenciones NIC:[2300] Administración de la medicación. [2395] Control de la medicación.[2380] Manejo de la medicación.

Las actividades propuestas fueron:

- Verificar la prescripción médica, antes de administrar el fármaco.
- Comprobar la fecha de caducidad, del envase del fármaco.
- Almacenaje y preparación, en una zona habilitada, para conseguir la máxima eficacia y seguridad en el proceso.

- Administrar la medicación con la técnica y la vía adecuada.
- Vigilar al paciente, si precisa medicación a demanda.
- Observar y registrar, si se producen efectos adversos, si fuera preciso suspender.

En sucesivas administraciones del antibiótico se valoró su estado general, manteniéndose afebril y asintomático. Se completó pauta de 10 días de antibioterapia endovenosa y se decidió alta a su domicilio sin complicaciones.

CONCLUSIONES: por ello es importante recalcar el papel de enfermería en el manejo adecuado de los fármacos y el conocimiento sobre las actitudes a tomar frente a este tipo de situaciones, aspectos que son imprescindibles en el marco de la seguridad del paciente.

Título: Apoyo de la enfermería en CPRE mediante técnica Spyglass®

Autores: Raquel Durán Calvo, Vanesa López López, Daniel Crespo Rodríguez, Maria Gándara Diego, Alba Gómez de Miguel, Cristina Castillo Cobo. Unidad de Endoscopia. HUMV.

INTRODUCCIÓN: la colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) es el método estándar utilizado para la evaluación y tratamiento de las patologías de la vía biliar y pancreática mediante la combinación de la visión endoscópica y visión radiológica.
La CPRE mediante técnica SPYGLASS ® , permite una visualización completa de la vía biliar y pancreática a través de la papila, para poder hacer toma de biopsias con visión directa y, sin necesidad de utilizar escopia.

OBJETIVO: describir el trabajo de la enfermera de endoscopia digestiva en una exploración CPRE, que requiere además el uso de la técnica SPYGLASS ®.

METODOLOGÍA: la técnica de CPRE mediante SPYGLASS® es un procedimiento de endoscopia avanzada, requiere una formación específica tanto para el equipo médico como para el equipo de enfermería.
Dicho procedimiento se realiza con el paciente bajo sedación profunda controlada, y dirigida por un anestesiólogo o, según el caso, requiere anestesia general.
Para la realización de este procedimiento, necesitamos un duodenoscopio junto con material fungible que varía según el desarrollo del procedimiento: Material de canulacion biliar (esfinterotomo, balón de fogarty, catéter punta fina), guía larga (460) de 0.035'', catéter de acceso e introductor (Spyscope®), pinza de biopsia (Spybite®) y equipo de irrigación continua de solución salina.

RESULTADOS: una correcta y amplia formación teórica y práctica de este procedimiento para el equipo de enfermería, reduce el riesgo de complicaciones durante el procedimiento, siendo imprescindible una actuación por parte de la enfermera instrumentando de manera coordinada con el endoscopista.

Se reduce así, a su vez, los tiempos de la exploración y de sedación del paciente aumentando la seguridad y minimizando los riesgos .
El material a utilizar durante dicho procedimiento es especial y único para el desarrollo del mismo.

CONCLUSIONES: se trata de una técnica de endoscopia avanzada que permite el diagnóstico y, en muchas ocasiones, tratamiento de patologías que no se pueden tratar de otra forma menos invasiva.
Un factor clave es el trabajo coordinado con el endoscopista, fundamental para dicho procedimiento, que sólo se consigue con una formación específica del equipo de enfermería lo que provoca el aumento de porcentaje de éxito.

Título: **Calidad del sueño en pacientes que pernoctan en una unidad de reanimación hospitalaria**

Autores: Cristina Lantarón Izaguirre, Ana Gómez Sánchez, Jose Luis Cobo Sánchez, María Pérez Coterillo, Cristina Pérez de Castro, Raquel Pardo Vitorero. Reanimación. HUMV.

OBJETIVO: describir la calidad del sueño de los pacientes que pernoctan en la unidad de reanimación de nuestro hospital e identificar los principales factores condicionantes que lo alteran.

MÉTODO: estudio observacional, descriptivo y transversal, en una población de pacientes críticos postquirúrgicos que pernoctan en la unidad de reanimación de un hospital de referencia. Ingresados en la Unidad de Agudos con estancias de 1 a 3 noches, entre Junio 2020-Marzo 2021.
Se trabajó con una muestra de conveniencia, formada por 67 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión y firmaron un consentimiento informado.
Se incluyó a pacientes mayores de 18 años, con cirugías bajo anestesia general, que permanecieron conscientes y orientados, y con capacidad de comunicación verbal y no verbal.
Se excluyó a pacientes con deterioro cognitivo, cirugía craneal, Glasgow menor de 15 o desorientación, sedoanalgesiados y/o intubados, consumidores de estupefacientes, alcohol, patología psiquiátrica, neuropatías y/o síndrome de apnea/hipoapnea del sueño, así como otros trastornos del sueño.
Se utilizó el cuestionario del sueño de Richard-Campbell. Se recogieron otras variables clínicas: valoración de la calidad del sueño habitual en una escala tipo Likert (0 peor y 10 mejor), factores extrínsecos e intrínsecos en la calidad del sueño (mucho, poco o nada).
Se realizó un análisis estadístico descriptivo a partir de las variables recogidas.

RESULTADOS: se estudiaron 67 pacientes: edad media 62,22 años (DE 12,17 años), 34, 3% mujeres, 82,1% pernoctaron por protocolo, 83,6% pernoctaron 1 noche (2 noches 11,9%, 3 noches 3%, 4 noches 1,5%). El 23,9% trabajaban en horario nocturno/rotatorio incluyendo noches, calidad del sueño previa media 6,76 puntos (DE 6,76 puntos), 29,9% tomaba fármacos para dormir en casa, 13,4% utilizaba medidas no farmacológicas para dormir en casa. Calidad del sueño: 49,3% regular, 25,4% bueno y 22,4% malo. Los dispositivos que los pacientes refirieron como más molestos fueron sonda vesical, oxigenoterapia y medias (7,5%), seguido de sonda nasogástrica y vía arterial (6%). Respecto a los factores ambientales, lo que más les influyó en el sueño fueron otros pacientes (mucho 13,4%), monitorización (mucho 11,9%), ruidos (mucho 10,4%) y colchón (mucho 9%). Respecto a los

factores intrínsecos, los que más influyeron fueron el sentirse incómodo (mucho 35,8%), preocupación por su estado de salud (mucho 22,4%) y el dolor (16,4%).

DISCUSIÓN: más del 70% de los pacientes estudiados presentaron alteración de la calidad del sueño.
Dentro de los factores extrínsecos lo más molesto es la interacción de otros pacientes lo cual lo podemos relacionar con el diseño abierto de nuestra sala.

En comparación a otros estudios revisados los ruidos que ocupaban el primer lugar del ranking en nuestro estudio tienen una presencia más discreta.

Dentro de los factores intrínsecos resalta como más molesto la incomodidad/movilidad limitada.

Muchos de estos factores son evitables.

Título: Capacitación de TCAE para el desempeño del trabajo en la CPME. De la necesidad, al hecho

Autores: Gema Ballesteros Maza, Alexandra Quintano Santamaría, Mª Esther Bear Mateos, Mª Lourdes Miguel Alonso, Mª José Celorrio Fernández, Alejandra Sainz Sobremazas. Central de Procesos de Material Estéril. HUMV.

INTRODUCCIÓN: el trabajo llevado a cabo en la central de procesos de material estéril es una labor altamente especializada. Por lo tanto surge la necesidad de que todo el equipo, especialmente en la categoría profesional de TCAE, posea una formación especializada de alta calidad para que puedan desempeñar sus funciones correctamente y resolver posibles problemas que surgen en el día a día.

OBJETIVO: obtener una cualificación profesional especializada. Eficiencia y eficacia en el desempeño del trabajo diario en la central.

METODOLOGÍA: en colaboración con el área de formación del HUMV, se forma un grupo de docentes con amplia experiencia laboral en la central de esterilización, que acompañará al trabajador de nueva incorporación durante un mínimo de 150h en las tres áreas de trabajo de la central, hasta que esté plenamente capacitado para desempeñar sus funciones de manera autónoma. Posteriormente, esta formación se verá reconocida con tres diplomas acreditativos (uno por cada área de trabajo).
Además de la capacitación, también se llevan a cabo diferentes talleres de formación y reciclaje para los trabajadores de la central.

RESULTADOS: el personal de la plantilla se muestra en un alto porcentaje satisfecho con la formación de los trabajadores de nueva incorporación por parte del grupo de docentes.
En general, la plantilla ya no siente la carga de tener que estar continuamente formando a personal nuevo al tener a un grupo que se encargue de ello.
Profesionales mejor formados, ya que se ven tutelados por compañeros con experiencia.
Alto grado de satisfacción entre los trabajadores que asisten a los talleres de reciclaje.

CONCLUSIONES: la adecuada formación de los TCAE que llevan a cabo su labor en la central de esterilización dará lugar a un trabajo de calidad que, sin duda alguna, influirá positivamente en las posteriores intervenciones realizadas a los pacientes, que son quienes realmente deben ser los beneficiarios del trabajo que se realiza en nuestro hospital.

Título: Control glucometabólico desde el inicio de monitorización flash de glucosa educación diabetológica individual vs grupal

Autores: María Asunción Gómez De la Fuente, María Lourdes Aizpeolea San Miguel, María Piedra León, Carmen Marzo Conde, Violeta Fariñas Franco. Endocrinologia. HUMV.

INTRODUCCIÓN: la educación diabetológica es una herramienta clave en el tratamiento de las personas con diabetes con el objetivo claro de aumentar el autocontrol y la autogestión de la enfermedad. La monitorización Flash de glucosa (MFG) ha demostrado ser una herramienta útil en el manejo del paciente con diabetes y para adiestrarle en su manejo se utiliza la educación diabetológica grupal e individual.

OBJETIVO: comparar la efectividad de la educación diabetológica grupal (EG) frente a la individual (EI) en pacientes diabéticos tipo 1 en la implantación de la MFG, identificando la mejora del control gluco-metabólico.

MATERIAL Y MÉTODOS: estudio observacional retrospectivo en el que se incluyen pacientes con diagnóstico de DM1 que inician MFG en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla en el año 2018. Se analizan los valores de HbA1C previos al inicio del sensor, una vez implantado se codifican las glucometrías y HbA1C a los 6-8 meses y a los 2 años.

RESULTADOS:
Se codificaron 260 pacientes, de los cuales educación individual (EI)(n=190), grupal(EG) (n=70), hubo diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en cuanto a tiempo de evolución de la diabetes (EG)25,66+/-9,45 vs (EI)19,25+/-12,02 (p=0,01) y la terapia de administración de insulina, tratados con bomba de insulina(ISCI) (EG)86% vs (EI) 22%.(p=0,00) No hubo diferencias entre los grupos en cuanto a la edad media de 46,92+/-13,70 años, el 40% eran hombres y el 60% mujeres con una distribución homogénea entre los grupos, hbA1C media 6 meses antes del inicio de la monitorización((EG) 7,60+/-0,78 vs (EI) 7,64+/-1,15), en el momento del inicio((EG) 7,50+/-0,87 vs (EI) 7,53+/-1,08). A los 6-8 meses hubo una mejoría significativa en ambos grupos ((EG) 7,28+/-0,76 vs (EI) 7,39+/-1,01) (p=0,00), no encontrando diferencias entre ellos, sin embargo, a los 2 años, se ve un aumento significativo respecto a los 6/8 meses en ambos grupos ((EG) 7,36+/-0,70 vs (EI) 7,45+/-1,18). En cuanto a las glucometrías no hubo diferencias estadísticamente significativas entre ellos en cuanto al % de tiempo en rango, % por encima de rango, % por debajo de rango y glucemia media, existiendo

una mejoría del % de tiempo por debajo de rango en el grupal de los 6/8 meses a los 2 años (11,20% vs 7,67%) p=0.01.

CONCLUSIONES:

Estos datos confirman la mejoría significativa del control glucémico tras la implantación de la MFG, no encontrando diferencias entre la mejoría metabólica de los pacientes que fueron educados mediante educación grupal e individual, lo cual avala la no inferioridad de la educación grupal frente a la individual.

Título: Dificultades en la comunicación con pacientes de habla no hispana

Autores: Laura Escalada Vega, Laura Cólera Montero, Beatriz Sanz Hoya. Medicina Interna. HUMV.

INTRODUCCIÓN: un 6.2% de los habitantes de Cantabria son extranjeros, de igual modo el número de pacientes de habla no hispana ingresados en el hospital ha aumentado de forma exponencial en los últimos años.

VALORACIÓN DEL CASO: paciente de origen moldavo de 64 años que ingresó con diagnóstico de infección de orina. No hablaba ni entendía castellano.
Tuvimos dificultades para poder realizar una valoración al ingreso correcta y completa, y para atenderle o realizar los cuidados diarios.
Era una tarea casi imposible que él llegara a entender las técnicas o pruebas que se le iban a realizar, y los pasos a seguir para la preparación de las mismas.
La frustración era constante por parte del personal al no poder explicarse, ni tener recursos suficientes para un intercambio de información con este tipo de pacientes.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA:
Deterioro de la comunicación verbal (00051) r/c desconocimiento del idioma local m/p incapacidad para comunicarse. NOC: Comunicación. NIC: Mejorar la comunicación.
Disposición para mejorar la comunicación (00157) r/c con uso e interpretación adecuado de las claves no verbales m/p utilización adecuada de los recursos aportados. NOC: Capacidad de comunicación. NIC: Mejorar la comunicación.
Manejo inefectivo del régimen terapeútico (00078) r/c falta de sistemas de apoyo m/p incorrecto cumplimiento de las instrucciones. NOC: Conocimiento del régimen terapéutico. NIC: Educación sanitaria.
Temor (00148) r/c barreras idiomáticas m/p nerviosismo e inseguridad. NOC: Control de la ansiedad. NIC: Asesoramiento.
Riesgo de baja autoestima situacional (00153) r/c reducción del control sobre el entorno m/p incapacidad para participar en la toma de decisiones sobre su estado de salud. NOC: Autoestima. NIC: Fomento de la implicación familiar.

RESULTADOS: ante estos problemas el personal de nuestra planta utilizó los siguientes recursos:
- Uso del pictograma utilizado en la Unidad de Cuidados Intensivos.
- Traductor de google que no era válido para el alfabeto de origen cirílico como el moldavo, ya que la aplicación utiliza el idioma anglosajón como intermediario.

- Lenguaje no verbal, uso de gestos, expresión facial o lectura de labios. Éste último se ha visto limitado con el uso de mascarilla.
- Búsqueda del servicio de traductor en el hospital que es útil para procedimientos puntuales e importantes.

CONCLUSIONES: los recursos encontrados en nuestro ámbito, son muy limitados para la atención diaria de estos pacientes.
La comunicación no verbal, no es suficiente para la aportación de datos.
El uso de traductores electrónicos no sirve en pacientes cuyo lenguaje tiene otro alfabeto.
El uso de traductor personal, solo puede usarse para casos de fuerza mayor o información muy relevante.
El uso del pictograma es muy limitado, ya que está enfocado a pacientes intubados, por lo que la información es escasa.
La comunicación con estos pacientes no es eficaz y necesitamos mejorarla.

Título: Eficacia de la teleducación en el seguimiento de la Diabetes Mellitus Gestacional durante el confinamiento

Autores: Elisa Camus Burgueño, María Lourdes Aizpeolea San Miguel, María Piedra León, Ricardo Batanero Maguregui, Violeta Fariñas franco, María Asunción Gómez de la Fuente. Endocrinologia. HUMV.

INTRODUCCIÓN: la diabetes gestacional (DG) es la alteración en el metabolismo de los hidratos de carbono que se diagnostica por primera vez durante el embarazo. El mal control metabólico aumenta el riesgo de complicaciones obstétricas y neonatales como el sufrimiento fetal, la macrosomía y la tasa de partos inducidos, instrumentados o por cesárea con mayor morbi-mortalidad. Debido a la alerta sanitaria por el coronavirus se incluye en el seguimiento de las gestantes la teleducación mediante videos, audios, documentos en pdf, omitiendo la presencialidad.

OBJETIVO: El objetivo del estudio es evaluar la eficacia de la introducción en la consulta de educación diabetológica la teleducación en el inicio del seguimiento de la DG.

MATERIAL Y METODOS: estudio observacional transversal. Las mujeres objeto de estudio fueron pacientes diagnosticadas de DG desde el 20 de marzo al 1 de mayo del del 2020, excluyéndose del estudio las gestantes que acudieron a la consulta de forma presencial para el inicio del seguimiento. El programa de seguimiento ya incluye la tele monitorización con la plataforma de descarga one touch reveal y consultas telefónicas proactivas.

RESULTADOS: se codificaron 27 gestantes con una edad media de 36±4,3 años, de las cuales el 55%, eran primigestas, el 15% tenía antecedentes de DG y el 48% antecedentes familiares de diabetes.

Llegan a la consulta en la 31,63±3,05 semana de gestación, con un IMC pregestacional 27,42±4,9 kg/m2, la ganancia de peso hasta el inicio del seguimiento fue 13.4 (12.1-12.8) Kg.

Durante el seguimiento, el 85% de las gestantes consiguieron una buena adherencia terapéutica, el 89% realizó ejercicio físico, al menos 30 min al día y el 81% realizó una toma de Tensión arterial y medición de cuerpos cetónicos semanalmente.

Precisaron insulinización 18,5%, encontrando una relación estadísticamente significativa entre la necesidad de insulina y un IMC pregestacional más elevado. En cuanto al percentil (p) al nacimiento entre (10-90) se situaron el 81,4% de los recién nacidos, un 11,1% con percentil inferior a p10 y un 7,4% por encima de p90.

No encontrando un aumento significativo de fetos macrosómicos comparándolos con el año 2019 (7,43% vs 7.40%).
El 83% tuvieron un parto eutócico, un 2% fue instrumentado y un 15% parto por cesárea, guardando relación estadísticamente significativa con el percentil al nacimiento(p0,49), teniendo en cuenta que el 2% de las gestantes tenían una cesárea previa.

CONCLUSIONES: con la instauración de la consulta telemática (teleducación y tele monitorización), se consiguió un seguimiento adecuado durante el confinamiento sin necesidad de presencialidad de la gestante, realizando ajustes constantes en la dieta, no aumentando la insulinización y consiguiendo percentiles próximos a la normalidad sin aumentar la macrosomía ni el parto instrumentado o por cesárea.

Título: **El llenado de los tubos de coagulación: un factor clave**

Autores: Dulce María Rotaeche Zubillaga, Noemí Álvarez Tuñon, Gala Aglaia Méndez Navarro, Belén González-Mesones Galán, María Abando Casuso, Enrique María Ocio San Miguel. Unidad de Hemostasia. HUMV.

INTRODUCCIÓN: la etapa preanalítica es fundamental para obtener unos resultados fiables en las pruebas de coagulación; una de las fases que da lugar a un mayor número de errores fácilmente prevenibles es el llenado de los tubos.
Los test de coagulación plasmáticos precisan una proporción de sangre:citrato de 9:1. De ahí que el volumen de llenado de los tubos de citrato (tapón azul: adulto, 2,7 ml y pediátrico, 1,8 ml) sea una variable crítica para obtener la ratio correcta plasma:citrato. Un llenado inadecuado puede conducir a resultados erróneos, lo que provoca un rechazo de la muestra por ser insuficiente.

OBJETIVOS: estudiar la frecuencia de tubos de citrato insuficientemente llenos (en lo sucesivo, denominados "muestras insuficientes") detectados en el Laboratorio de Hemostasia del Hospital Universitario de Valdecilla (HUMV).
Sensibilizar al personal del HUMV sobre la importancia y frecuencia de este problema, con objeto de reducir la extracción de muestras insuficientes, evitando así la repetición innecesaria de extracciones, demoras en la obtención de resultados, resultados incorrectos y perjuicios e insatisfacción en pacientes, principalmente, de avanzada edad, pediátricos y pacientes anticoagulados (TAO).

METODOLOGÍA: estudio descriptivo retrospectivo realizado a partir de la revisión de las hojas de trabajo diarias de la sección de Hemostasia, en las que se recoge el número de muestras insuficientes detectadas.
Se analizaron muestras de estudios de hemostasia de rutina y de urgencias recibidas desde el 13 de julio al 21 de septiembre de 2021 en horario de mañana; así como muestras para el control de pacientes TAO en dos periodos aleatorios de 15 días (Marzo y Junio de 2021).

RESULTADOS: se analizaron 21.620 muestras de Hemostasia (16.986 de rutina y 4.634 de Urgencias) en el período definido. De éstas, 287 fueron insuficientes (141 muestras de rutina y 146 de urgencias); esto es, un 1,33 %.
De los controles TAO analizados, se detectaron 15 muestras insuficientes de 1.372 (1,09 %).

CONCLUSIONES: en nuestro Centro se ha detectado una frecuencia no desdeñable de muestras de Hemostasia insuficientes, lo que conlleva a repercusiones clínicas sobre el paciente, además de aumentar los costes.
El momento de la extracción es clave para minimizar este problema. Por ello, desde el Laboratorio de Hemostasia queremos incidir en la importancia de un adecuado llenado hasta la marca o enrase del tubo. En caso de extracciones dificultosas hay disponibles tubos pediátricos que se podrían utilizar para la mayoría de los estudios. La colaboración interdisciplinar contribuirá a reducir este error preanalítico.
Sería de interés realizar un estudio prospectivo más amplio para analizar más profundamente este problema.

Título: **Enseñar a las familias la Unidad de Cuidados Intensivos**

Autores: Marina González Parcha. Unidad de Cuidados Intensivos Generales. HUMV.

INTRODUCCIÓN/ANTECEDENTES: la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) se trata de un entorno desconocido para el ciudadano al uso. Supone un entorno hostil debido a la gravedad de las patologías, lo cual genera miedo y ansiedad tanto al paciente como a sus familiares. La crisis sanitaria por Covid-19, ha supuesto una reducción en las visitas en la UCI a causa de los confinamientos. Por ello, los familiares han tenido que recibir información por vía telefónica la mayoría de las veces, sin poder entender en muchas ocasiones a lo que la información médica se refería, aumentando aún más si cabe su miedo y ansiedad.

OBJETIVOS:

1. Desarrollar una guía de fácil comprensión e ilustrativa sobre la UCI, que permita a los familiares entender mejor la unidad, y por consiguiente la información médica.
2. Reducir el miedo y la ansiedad de las familias de los pacientes ingresados en UCI.

METODOLOGÍA: en primer lugar, se creó una guía escrita en la cual se explicaron todos los servicios que componen la UCI, junto con planos, fotografías, pictogramas y enlaces a páginas web de interés, así como las normas de dicha unidad, cuidados y dispositivos más utilizados en ella.

La guía escrita se extrapoló a la plataforma online Genially, creando una infografía online, con el fin de dar mayor alcance al proyecto, hacerlo más intuitivo y mejorar la comprensión. A esta infografía se le asoció un código QR, para un acceso más rápido a la información.

Ese código se incluyó tanto en la guía escrita, como en pósters diseñados para colocar en la sala de espera y en las diferentes unidades. En segundo lugar, se habilitó un correo electrónico, para que las familias enviasen sus dudas y sugerencias, pudiendo así ir adaptando el contenido de las guías. En tercer lugar, se creó un cuestionario, voluntario y anónimo, con variables cualitativas dicotómicas para poder evaluar si se cumplen los objetivos.

El cuestionario se incluyó tanto en la infografía online, como en la guía escrita. En el caso de la guía escrita, la encuesta debe depositarse en el buzón que estará habilitado para tal efecto en la sala de espera. Por último, para dar mayor conocimiento al proyecto, se planteó publicitar ambas guías en la web del hospital y en las diferentes redes sociales.

RESULTADOS: tras presentar el proyecto a la supervisión de enfermería y al responsable de calidad de la unidad, se hicieron una serie de mejoras. Entre otras, se cambiaron algunas imágenes que podrían resultar agresivas y tablas que quizás fueran de difícil comprensión por pictogramas más sencillos. Cabe destacar que el proyecto está aún en fase de desarrollo, por lo que actualmente no se pueden presentar resultados de implantación.

Título: Estrategia contra la adversidad en RM: sistema para mejorar el confort en estudios pediátricos y claustrofobia

Autores: Javier Gutiérrez de Rozas Astigarraga, Beatriz Iglesias Gutiérrez. Radiología. HUMV.

INTRODUCCIÓN/ANTECEDENTES: Uno de los inconvenientes que pueden surgir a la hora de realizar estudios de resonancia magnética (RM) es la falta de colaboración del paciente. Esto ocurre especialmente en dos situaciones: pacientes pediátricos y adultos con sensación claustrofóbica. La RM de la torre B del HUMV dispone actualmente de un sistema denominado "confort ambient" (ambiente confortable) que facilita la realización de exploraciones en este tipo de pacientes mejorando la experiencia durante la prueba pudiendo, en muchos casos, realizar estudios que sin este sistema no hubiera sido posible.

OBJETIVO: Conseguir que pacientes que presentan gran dificultad en la colaboración en exploraciones RM (niños y adultos claustrofóbicos) sean capaces de realizar el estudio empleando un sistema de imagen adaptado al equipo de resonancia magnética para favorecer una experiencia lúdica y positiva que contribuya a su relajación y lograr alcanzar un nivel de confort y seguridad suficiente para conseguir la realización del estudio.

METODOLOGÍA: el sistema "confort ambient" implantado en la Unidad Philips 1,5 T del Hospital Valdecilla se utiliza con pacientes pediátricos con suficiente nivel de colaboración o con pacientes adultos a los que la sensación claustrofóbica les impide someterse a un estudio RM en las condiciones habituales de exploración. Mediante un sistema de proyección de imagen, sonido y luz ambiental el paciente puede abstraerse de la sensación fóbica de encontrarse en el tubo de exploración y lograr la realización de la prueba diagnóstica de forma satisfactoria.

RESULTADOS: la implantación de este sistema es muy reciente en la unidad (septiembre 2021) y aún no disponemos de datos concretos de evaluación, pero se han conseguido realizar varios estudios de diferentes estructuras anatómicas (cadera, rodilla, cráneo, hipófisis, etc.) en niños de corta edad (rango de 2 a 8 años) y adultos claustrofóbicos que en otros equipos del hospital que no disponen de esta herramienta no ha sido posible realizar.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES (implicación en práctica clínica): el sistema "confort ambient" es una herramienta que se ha mostrado muy eficaz en la realización de estudios RM en pacientes como son las personas claustrofóbicas y pediátricos con cierto nivel de colaboración.

La innovación e inversión en los equipos de diagnóstico posibilita la realización de estudios que de otra manera sería muy complicado poder realizar.

Se logra un abaratamiento del gasto sanitario del Servicio Cántabro de Salud porque se evita la deriva de estos pacientes a centros privados con equipos RM "abiertos". Se evita, igualmente, el alto coste de realizar estudios RM con sedación, más complejos, de mayor riesgo y empleando recursos de anestesia.

Hay estudios RM que requieren resonancias cilíndricas ("cerradas") que por sus capacidades diagnósticas son fundamentales para realizar estudios RM complejos y que realizados en resonancias "abiertas" no tendrían el mismo valor diagnóstico.

Título: Evolución en la atención al duelo perinatal en el HUMV: un trabajo multidisciplinar

Autores: María Lourdes Martín Parada, Silvia Crespo Lassalle, Manuela Contreras García, Mercedes Díaz Muriedas, Paula Alonso González, María Sáez de Adana. Área de Partos. Hospitalización TC4. Dirección de Enfermería. HUMV.

INTRODUCCIÓN: la atención a la muerte perinatal y pérdida gestacional, deja una huella indeleble en la mujer y su familia. Provoca reacciones de duelo que requieren una atención sanitaria específica. También produce un impacto emocional en el profesional sanitario, encontrando en muchas ocasiones dificultades a la hora de prestar dicha atención sanitaria.
Conscientes de ello y tras muchos años de trabajo, desde el 2020, se crea un grupo multidisciplinar en el HUMV que desarrolla un único protocolo, que coordina y da luz a todos los profesionales sanitarios implicados en la asistencia al duelo perinatal, en el que confluyen todos los criterios y objetivos a seguir hacia una atención integral y de calidad a las familias que sufren una muerte perinatal o pérdida gestacional.

OBJETIVOS: implementar un protocolo multidisciplinar que:

1. Facilite a la mujer y pareja la elaboración del duelo y potencie su autonomía en la toma de decisiones relacionada con su proceso de duelo.
2. Proporcione a los profesionales conocimientos y herramientas de apoyo necesarios.
3. Unifique criterios y estandarice los cuidados de acuerdo a la evidencia científica.

MATERIAL Y MÉTODOS: 2 ediciones del curso de atención al duelo perinatal para profesionales (2013 y 2019); I protocolo multidisciplinar de atención al duelo perinatal en Área de Partos (2014); Coordinación Planta de Ginecología-Partos, Atención Primaria (matrona) y redes de apoyo mutuo en duelo perinatal; Diálogo con: Banco de leche (donación de leche). Anatomía Patológica y Juzgados (2016-2019)
Desde 2020: Grupo de trabajo integrado por médicos/as, matronas y enfermeras del servicio de obstetricia-ginecología, neonatología, anatomía patológica, genética, microbiología, anestesia, psiquiatría, elaborando un protocolo de actuación completo pendiente de aprobar.

RESULTADOS: protocolo que coordina las especialidades y servicios implicados, abordando la atención integral en el duelo perinatal en cualquier etapa de la gestación, incluida la atención en la Interrupción del embarazo. Coordinación con EAP y redes de apoyo mutuo.
Humanización del Proceso: Posibilidad de pasar tiempo con el bebé, recoger recuerdos y tomar fotos, así como su custodia. Trípticos

informativos para aumentar la autonomía de las familias. Actualmente, la disposición privada de cuerpo del bebé es una opción disponible independientemente de las Semanas de Gestación.

CONCLUSIONES: el duelo perinatal y la pérdida gestacional se traduce en tal impacto emocional y físico en las familias y en los profesionales sanitarios, que es fundamental visibilizar la importancia de estos cuidados.

Coordinarse como profesionales, formarse y unificar criterios de actuación de acuerdo a la evidencia científica para que la atención prestada sea adecuada, de calidad y con las mínimas repercusiones tanto en el personal sanitario como en las familias que sufren un duelo perinatal.

Áreas de mejora: realizar plan de cuidados estandarizado e incluir la atención paliativa perinatal.

Título: Impacto de la retención aguda de orina en artroplastia de cadera y rodilla

Autores: Eva María Hernández Herrero, Paula Vázquez Rosado, Francisco Javier Alonso Calvo, Elisabeth Prado Abrantes, Elena Rivas Cilleros, Carmen Sarabia Cobo. Área Quirúrgica, Hospitalización Ortopedia y Traumatología HUMV, Facultad de Enfermería Universidad de Cantabria.

INTRODUCCIÓN: La retención aguda de orina (RAO) postoperatoria es una complicación común que requiere la realización de un cateterismo vesical, técnica que aumenta la probabilidad de desarrollar una infección de orina. En el caso de las artroplastias de rodilla y cadera estas infecciones de orina pueden propagarse e infectar la prótesis.

Estas posibles complicaciones infecciosas suponen un aumento en la morbimortalidad de los pacientes, así como su estancia hospitalaria y los costes socio sanitarios asociados.

OBJETIVO: describir la incidencia de sondaje vesical en los pacientes operados de artroplastia de rodilla y de cadera y analizar los factores que intervienen.

MATERIAL Y METODOS: realizamos un estudio observacional analítico transversal de todos los pacientes operados de artroplastia de rodilla y de cadera durante un año. Debido a la pandemia por COVID el periodo de observación fue de noviembre de 2019 a junio de 2021.
El estudio se realiza a través de los datos registrados en la historia clínica de los pacientes.
Variables: edad, sexo, sondaje vesical, antecedentes de infección urinaria (ITU), tipo de anestesia, resultado de Urocultivo.
Se realiza una descripción cuantitativa mediante Excel y un análisis con el programa SPSS.

RESULTADOS:

- Se analizaron 377 pacientes,
- En el estudio correlacional (ver si hay alguna asociación entre las variables) se halló asociación entre ser mujer con ITUs previas ($p<0.001$) y tener Urocultivo positivo ($p=0.001$), independientemente de que se les haya realizado el sondaje o no

- En Urocultivo positivo también se hallaron diferencias por sexo (chi= 16,08, $p>0.001$), con más mujeres con Urocultivo positivo

- De los pacientes que realizaron RAO el 63,63% eran hombres, resultando significativo la diferencia entre sexos ($X2=4,54$; $p=0,033$). En el caso de los hombres sondados la mitad se

encuentran en la franja de edad entre 57-68 años, mientras que en el caso de las mujeres el 62,5% tienen entre 69-80 años.

- Con respecto a los antecedentes de infección de orina un 33% de los sondados tuvieron ITUS previas, de los cuales el 63,63% corresponden a mujeres

- La relación entre el tipo de anestesia con el sondaje indica que un 65,15% de los pacientes con RAO se les realizo una anestesia raquídea.

- La presencia de bacteriuria en los pacientes con sondaje vesical fue del 6,06%, 75% fueron mujeres y el E. Coli apareció en un 75% de los cultivos

CONCLUSIONES: cualquier medida encaminada a disminuir la incidencia de una infección nosocomial es de suma importancia. En este caso serian actividades a desempeñar por enfermería: una correcta identificación de la RAO, la realización del sondaje siguiendo técnica estéril y la administración de cuidados adecuados para su mantenimiento.

Título: **La importancia de la formación enfermera en el SADI-S robótico sistema X y Xi**

Autores: Nuria Herrera Gallarreta, Denia Perez Niebla, Laura Garcia Sanz, Maria Jesús Lorenzo Gómez, Maria Asuncion Benito Gonzalez, Maria Gómez Soto. Área Quirúrgica. HUMV.

INTRODUCCIÓN: España es el segundo país de Europa con más casos de obesidad y los estudios confirman que la tendencia va en aumento. EL SADI-S (Single anastomosis duodeno-ileal by pass with sleeve gastrectomy) es una técnica quirúrgica de cirugía bariátrica en la que, como su propio nombre indica, consta de una única anostomosis.
La realización de esta técnica asistida por robot aporta grandes beneficios como son: disminución del tiempo quirúrgico, menos posibilidades de fuga anastomótica y mejores resultados metabólicos.
La enfermera tiene un papel fundamental en el SADI-S robótico ya que es la encargada de manejar el instrumental y de la puesta en marcha del sistema Da Vinci®, sin olvidar los requerimientos específicos de estos pacientes.

OBJETIVO: describir el proceso formativo de la enfermería en el SADI-S asistido por robot en nuestro hospital.

METODOLOGÍA: se llevó a cabo un grupo de trabajo formado por cirujanos, anestesistas y supervisión de enfermería para el estudio de las necesidades de este tipo de cirugía.
El grupo de trabajo decidió que las enfermeras quirúrgicas del área de cirugía general necesitaban una formación específica y llevaron a cabo dos procesos formativos:

- Rotación durante 3 meses por el quirófano de cirugía bariátrica conociendo todas las técnicas quirúrgicas realizadas en este hospital.
- Curso formativo en el sistema Da Vinci®, impartido por las enfermeras expertas en cirugía robótica, de 60 días de duración.

En este curso las enfermeras rotaron 20 días por los diferentes roles de la enfermería robótica:

- Enfermera de anestesia: Colocación y cuidados del paciente intervenido por robot.
- Enfermera circulante: Puesta en marcha del sistema Da Vinci®.
- Enfermera instrumentista: Enfundado del robot, preparación del instrumental robótico necesario para la cirugía y asistencia dentro del campo quirúrgico.

Este sistema de formación se llevó a cabo con 10 enfermeras de cirugía general.

RESULTADOS:

- Durante la rotación de 3 meses, las 10 enfermeras participaron en 25 casos de cirugía bariátrica adquiriendo las capacidades requeridas para llevar a cabo eficazmente su trabajo.
- Superación con éxito del curso formativo en sistema Da Vinci®.
- Fueron capaces de solventar las incidencias técnicas robóticas que surgieron durante las cirugías.

Ambos procesos formativos ayudaron a la formación y especialización de la enfermera en la práctica del SADI-S asistido por robot.

CONCLUSIONES: el conocimiento del manejo del sistema Da Vinci® en cirugía bariátrica es una garantía para la seguridad del paciente y ha sido crucial para conseguir los resultados esperados en la cirugía.
Es evidente la importancia de formar al personal en el campo robótico, pues cada vez esta siendo reclamado por más especialidades y para conseguir el éxito de su actividad es necesario enfermeras que puedan aportar cuidados de calidad.

Título: La polisomnografía: una prueba fundamental para el diagnóstico en pediatría

Autores: Rosa Eva Fernández Benito, Susana Pérez Casado. Unidad de trastornos del sueño y ventilación, Neumología. HUMV.

INTRODUCCIÓN/ANTECEDENTES: la polisomnografía (PSG) actualmente es el gold standard para el diagnóstico de los trastornos respiratorios del sueño en niños. Éstos constituyen un espectro amplio que abarca desde el ronquido primario, pasando por el síndrome de resistencia elevada de la vía aérea superior (VAS) hasta el SAHS.

Los parámetros que se miden son:

1. Electroencefalograma de seis canales
2. Electrooculograma derecho e izquierdo
3. Electromiograma del mentón
4. Tibial anterior bilateral
5. Flujo oronasal
6. Registro transcutáneo de PCO2
7. Movimientos toraco abdominales
8. Electrocardiograma
9. Ronquido
10. Saturación de O2
11. Sensor de posición

Es muy recomendable la grabación por medio de un vídeo para evaluar parasomnias, convulsiones y eventos respiratorios inusuales.

OBJETIVO: comprobar si la polisomnografía en el paciente pediátrico tiene importante o escaso valor diagnóstico para las diferentes indicaciones de la misma.

METODOLOGÍA: estudio cuantitativo, observacional, retrospectivo, descriptivo y de corte transversal realizado en la Unidad de Trastornos del Sueño y Ventilación del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, en el que se analizaron los resultados obtenidos de las polisomnografías pediátricas realizadas desde el 1 de Enero al 31 de Diciembre de 2018.

RESULTADOS: durante el año 2018 se realizaron 635 PSG de las cuales el 40,94% han sido de niños con edades comprendidas entre 1 y 17 años, con una edad media de los mismos de 5,89 años.

El 38,85% de las peticiones vienen derivadas desde Atención Primaria, el 35% desde nuestra propia unidad, el 17,30% del Servicio de Otorrinolaringología y un 8,85% de otros servicios.

Del total de pruebas obtuvimos un 63,08% de positivos (de ellos un 10,77% solo fueron positivos en fase REM o en posición supina) y si comparamos los resultados atendiendo a los servicios remitentes observamos que desde el Servicio de Otorrinolaringología la positividad fue del 73,33%, desde UTS del 57,14% y desde Atención Primaria de 41,61%.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES: los datos anteriormente expuestos nos indican que Atención Primaria duplica en número al Servicio de Otorrinolaringología en peticiones, sin embargo, cuando observamos la tasa de positividad en referente
a ambos Servicios, el Servicio de ORL prácticamente duplica la tasa con respecto a Atención Primaria.
El mayor número de solicitudes demandadas por Atención Primaria corresponde con:
1. Aumento del colecho y lactancia a demanda que provoca una mayor detección de alteraciones durante el sueño por proximidad.
2. Unos parámetros de evaluación inadecuados o insuficientes para determinar la necesidad real de llevar a efecto las solicitudes diagnósticas.
La implicación de los médicos de AP es crucial y requieren pautas claras para la toma de decisiones siempre en coordinación con las unidades de sueño de referencia.

Título: **Manejo de la lactancia materna en el Área de partos**

Autores: Encarna Higuera Ruiz, Gema Rabanal Rodríguez, Alba Díez Ibarbia, María Antonia Gutiérrez Martínez, Lara Del Valle Clemente, Diana De Castro Prado. Área de partos HUMV y H. de Laredo.

INTRODUCCIÓN: el HUMV se encuentra actualmente en proceso de acreditación como HOSPITAL IHAN "Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia" lo que ha motivado la creación de una Comisión IHAN multidisciplinar y la aprobación de una Normativa de Lactancia Materna (LM) de aplicación en todo el Hospital. El Programa IHAN forma parte del proyecto internacional, iniciativa lanzada por la OMS y UNICEF a principio de los 90 a la que se han adherido miles de hospitales, entre los que se encuentra en proceso de acreditación el HUMV. La acreditación IHAN es un proceso que exige un importante esfuerzo por parte de los profesionales implicados en el cuidado madre-hijo.
Por este motivo se ha creado en el Área de Partos el "Grupo de Mejora de trabajo de la IHAN" con el objetivo de iniciar la 1ª toma de contacto del recién nacido (RN) con su madre en la LM.

OBJETIVO: unificar las estrategias e intervenciones, estableciendo criterios de actuación de todo el personal sanitario del Área de partos, proporcionando las recomendaciones adecuadas para fomentar, apoyar y favorecer el inicio precoz de la LM y su mantenimiento.

METODOLOGÍA:

- POBLACIÓN DIANA
  Gestantes y puerperas que estén ingresadas en partos, UARHO, planta de maternidad y ginecología.
- PLAN DE ACTUACIÓN
  A la gestante se le preguntará por la alimentación elegida para su hijo. Se informará sobre los beneficios de la LM, resolveremos dudas en caso necesario y se dejará registrado.
  En caso de LM observaremos la 1ª toma facilitando un agarre espontáneo, ofreciendo apoyo y procurando interferir lo menos posible en el proceso de vinculación madre-RN.En los supuestos que se prevea separación madre-RN o con riesgo de hipoglucemia neonatal se procederá a la extracción manual de calostro.
  Si desea lactancia artificial respetaremos su decisión y haremos hincapié en la importancia del contacto piel con piel.

RESULTADOS: se evaluarán los siguientes indicadores: porcentaje de RN que inician la 1ª toma de lactancia en paritorio, porcentaje de RN que realizan CPP durante los primeros 120', porcentaje de mujeres con LM exclusiva al alta. Los datos se obtendrán a través de la ficha de valoración de la Unión Europea.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES: como profesionales del Área de Partos sabemos la importancia de la 1ª toma para el inicio y duración de la LM.

Somos un equipo multidisciplinar capacitado para poder resolver las dudas que puedan tener las mujeres sobre el manejo de la LM así como de extracción, conservación y transporte.
La OMS recomienda la LM exclusiva hasta los 6 meses del bebé y su mantenimiento, junto a la alimentación complementaria, hasta los 2 años, pudiendo alargarse todo lo que se desee.
Es por ello la importancia de una buena toma de contacto y observación de las primeras horas para poder identificar y resolver futuras complicaciones.

Título: Medición de los componentes del sueño en personal enfermero del área quirúrgica de León

Autores: Leticia Martínez González, Carmen Juan García, María Plaza Carmona. HUMV y H.U. de León.

INTRODUCCIÓN: el sueño desempeña un factor determinante en la calidad de vida de las personas. Un déficit de este puede afectar de forma perjudicial a la salud, pudiendo dar lugar a desórdenes psicológicos, cardiovasculares, metabólicos e incluso trastornos de reproducción entre otros. El personal de enfermería con trabajo a turnos tiene mayor riesgo de sufrir estas alteraciones, debido a una desincronización del ritmo circadiano de la vigilia y el sueño.

OBJETIVO: analizar la calidad de sueño del personal de enfermería del área quirúrgica del Hospital de León, así como conocer los resultados de los componentes del índice de Pittsburgh.

METODOLOGÍA: se ha llevado acabo un estudio descriptivo de carácter trasversal. La investigación se realizó durante los meses de julio a septiembre del 2020 en el personal de enfermería, del servicio de quirófano del Hospital de León. Se contó con la aprobación del Comité de Ética de Investigación Clínica y la dirección de enfermería del Hospital. El instrumento de medida utilizado fue el índice de calidad de Pittsburgh, un cuestionario validado que analiza tiene componentes relacionados con la calidad del sueño.

RESULTADOS: se obtuvo una muestra de 25 enfermeros con una media de edad ± 41.42 años.Tras el análisis de los cuestionarios, observamos una mala calidad de sueño, con una media de 9,90 ± 4,70 superando los 5 puntos que indican un déficit en la calidad de sueño.

Analizando los componentes encontramos: la calidad subjetiva de sueño, que ha sido valorada por los participantes como "muy buena" y "bastante buena" por el 51,5 % y "bastante mala" o "muy mala" por 48,3 %. La latencia del sueño fue adecuada para el 51,7 % de los trabajadores ya que tardan menos de 30 minutos en conciliar el sueño. Respecto a la duración también es insuficiente puesto que el 93,1 % duerme menos de 7 horas.

La eficiencia del sueño no es la idónea y solo el 41,4 % tiene una eficiencia mayor del 85 %. También se observan problemas para dormir durante el mes, donde el 48,3 % del personal se ha despertado durante la noche o de madrugada. El 37,9 % de los trabajadores utilizó algún hipnótico para dormir en el último mes. Además, el 69 % del personal sufrió problemas para mantener una adecuada calidad de vigilia.

CONCLUSIÓN: el servicio quirúrgico tiene una gran labor para la mejora de calidad del sueño de su personal de enfermería. Los trabajadores del quirófano con turno rotatorio tienen una mala calidad sueño, en la que una disrupción del sistema circadiano debido a los cambios de ritmicidad en el turno de trabajo pueden dar lugar a la aparición de fatiga, falta de rendimiento y concentración laboral y depresión entre otras alteraciones significativas.

Título: Monitorización del INR en pacientes anticoagulados con antivitamina k por síndrome antifosfolípido

Autores: María Abando Casuso, Gala Aglaia Méndez Navarro, Belen Gonzalez-Mesones Galan, María Luisa González Ponte, Enrique María Ocio San Miguel. Unidad de Trombosis y Hemostasia, Hematología. HUMV.

INTRODUCCIÓN: para la monitorización de fármacos antivitamina K (AVK) se utiliza la Ratio Internacional Normalizada (INR) obtenida por muestra de sangre venosa o por punción digital, mediante coagulómetro portátil point-of-care (POC). El control mediante POC tiene un impacto beneficioso en la satisfacción y calidad de vida del paciente, sin impactar en su morbimortalidad y disminuyendo los costes sanitarios.
En los pacientes con Síndrome antifosfolípido (SAF) la monitorización del INR mediante POC ha sido históricamente controvertido, se ha hipotetizado que los anticuerpos antifosfolípidos podrían reaccionar con la tromboplastina utilizada, conduciendo a INRs falsamente elevados. Evidencia científica reciente respalda la monitorización en muestra digital mediante POC, siempre y cuando se haya demostrado una discrepancia entre INRs venoso y capilar menor de 0.5.

OBJETIVO: estudiar si los pacientes con SAF anticoagulados con AVK de nuestro centro tienen buena correlación entre el INR venoso-capilar con POC y son, por tanto, candidatos a realizar monitorización digital.

METODOLOGÍA: Entre Dic20 y Sept21 se realizó una búsqueda en el programa de dosificación Gota ® (Werfen) de pacientes SAF anticoagulados con AVK en nuestro centro. Se incluyeron aquellos que llevaban al menos 4 meses y que presentaban un Tiempo en Rango terapéutico (TRT) superior al 60%.
Se informó a los pacientes del estudio por vía telefónica. Los que aceptaron participar fueron citados en la consulta de Enfermería de Coagulación, realizando un control venoso y digital (POC microINR ® (Werfen)) simultáneo.
Se consideró que con diferencias menores a 0.5 eran candidatos a controles digitales. Con diferencias superiores, se realizaron dos controles adicionales y en caso de que ambos fueran menores a 0.5 se valoraron como candidatos a controles digitales.

RESULTADOS: se seleccionaron 35 pacientes. 6 declinaron participar por preferencia de controles venosos, 2 no cumplieron criterios.
De los 27 (93.10%) solo 3 pacientes presentaron una diferencia de INR mayor a 0.5 en el primer control, confirmándose correlación <0.5 en controles posteriores.

De los 27 que pasaron a control digital, 4 (14.8%) han precisado de nuevo control venoso: uno por incompatibilidad laboral con el horario de control digital y 3 por labilidad INR y TRT <60%.
El 85.18% de los pacientes (23/27) que pasaron a control digital mantuvieron un TRT>60%. Un 7,4% (2/27) mantuvo un TRT 50-60%. No se ha notificado ningún evento trombótico o hemorrágico en los pacientes con controles digitales durante el seguimiento de este estudio.

CONCLUSIONES: el 93,1% de los pacientes tuvieron una diferencia en INR venoso-digital inferior 0.5 que permitió el paso a control digital. Tras el paso a control digital el 85.18% mantuvo un TRT>60%, sin detectarse un aumento en la incidencia de eventos trombóticos y/o hemorrágicos durante el tiempo de seguimiento, siendo necesario un aumento del mismo.

Título: Papel de enfermería en la gastroplastia vertical endoscópica, técnica Endosleeve Apollo®

Autores: María Gándara Diego, Daniel Crespo Rodríguez, Cristina Castillo Cobo, Vanesa López López, Mª Carmen Fernández Rodríguez, Nuria Viadero Edilla. Endoscopias. HUMV.

INTRODUCCIÓN/ANTECEDENTES: la gastroplastia vertical endoscópica (GVE) es una técnica intervencionista pionera coadyuvante para el tratamiento integral de la obesidad, que evita la cirugía abierta, y consiste en la realización de una serie de suturas continuas en curvatura mayor del cuerpo gástrico que permite modificar su anatomía a modo de tubulización "en manga" y con ello la reducción de estómago, en un tiempo aproximado de 50 a 80 minutos. Es una técnica en la que el personal de enfermería y el endoscopista, deben estar entrenados y coordinados durante todo el procedimiento.
Esta nueva herramienta terapéutica necesita asociar un tratamiento y seguimiento multidisciplinar para el cambio de hábitos dietéticos y de estilo de vida.

OBJETIVO(S): el objetivo de la gastroplastia vertical endoscópica es reducir la capacidad del estómago para tener una sensación de saciedad precoz y lograr una pérdida de peso.
Conocer la importancia de un buen adiestramiento por parte del personal de enfermería en la realización de la técnica
Unificar los pasos a seguir por el personal de enfermería en la realización de la gastroplastia vertical endoscópica.

METODOLOGÍA: a lo largo de este trabajo se irá conociendo la gastroplastia vertical endoscópica como alternativa a la cirugía, sus ventajas, indicaciones y contraindicaciones, así como el papel del personal de enfermería durante el procedimiento.
Se han utilizado para este trabajo diferentes protocolos y guías, así como diferentes bases de datos como PUBMED, MEDLINE, SCIELO, CUIDEN.

RESULTADOS: la GVE es un procedimiento de endoscopia avanzada que requiere de personal altamente adiestrado y entrenado, capaz de manejar las complicaciones que puedan surgir durante la prueba, no sólo de tipo endoscópico.
El personal de enfermería es el responsable de preparar al paciente para el procedimiento, asistir al anestesista durante la intubación de la vía aérea y realizar la instrumentalización junto con el endoscopista de forma coordinada y precisa, por ello debe conocer todo el material necesario para llevar a cabo dicha técnica, los pasos a seguir para

adelantarse a las necesidades del endoscopista, así como todo lo necesario para solventar cualquier tipo de complicación.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES: disponer de personal de enfermería formado tanto en intubación como en técnicas de alta complejidad son fundamentales para realizar el procedimiento de forma eficaz y minimizar los riesgos, aumentando la seguridad hacia nuestros pacientes.

Título: Papel de la enfermera instrumentista en un By Pass robótico (Cirugía Bariátrica)

Autores: Denia Pérez Niebla, Nuria Herrera Gallarreta, María Jesús Lorenzo Gómez, María Asunción Benito González, Lucía Mazario Amodía. Área Quirúrgica. HUMV.

INTRODUCCIÓN: el by pass gástrico es un tipo de cirugía bariátrica que consiste en la realización de un muñón gástrico que se anastomosa a la segunda porción del intestino delgado. Es un proceso con doble finalidad, por un lado disminuir la ingesta de alimentos y por el otro conseguir una mal absorción de los nutrientes en el intestino, lo cual provoca una pérdida de peso mantenida en el tiempo. Se realiza cuando fallan la dieta y el ejercicio y hay problemas de salud graves. Es un tratamiento eficaz y muy demandado.
En mayo de 2016, se realiza la primera intervención de by pass asistida por Da Vinci® en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (HUMV). Este sistema robótico proporciona una serie de ventajas respecto al método laparoscópico: comodidad del cirujano, gran ergonomía, visión tridimensional, reducción del temblor y una amplitud en el rango de movimientos debido a sus pinzas articuladas.
El papel de la enfermera instrumentista es fundamental para realización de la técnica quirúrgica puesto que debe adelantarse a las necesidades del cirujano principal y colaborar con el ayudante a la hora de resolver los distintos fallos que puedan surgir en el sistema robótico.

OBJETIVOS: dar a conocer el papel de la enfermera instrumentista en un bypass gástrico asistido por el sistema robótico Da Vinci®.

METODOLOGÍA:
- Periodo: mayo 2016 a octubre 2021
- En las comisiones quirúrgicas se eligieron a los pacientes candidatos a la realización de la técnica
- Sistema quirúrgico robótico Da Vinci®
- Quirófanos 22 y 26 de área quirúrgica del
- HUMV
- Equipo multidisciplinar compuesto por dos FEAs en Cirugía General y Digestivo expertos en cirugía bariátrica robótica, un Fea en Anestesia y Reanimación y tres Diplomadas en Enfermería con formación robótica en sistemas quirúrgicos Da Vinci®

RESULTADOS: se crea un protocolo de trabajo por parte de las enfermeras que forman parte del equipo de Cirugía General bariátrica robótica, cuya finalidad es marcar las directrices de actuación en la instrumentación de la técnica quirúrgica para disminuir los errores y

garantizar el éxito de la cirugía, además de servir de base a los nuevos integrantes del equipo experto en Da Vinci®.
Durante el período comprendido entre mayo de 2016 y octubre de 2021 se han realizado en el HUMV 92 bypass gástricos asistidos por robot.

CONCLUSIONES: el mundo de la cirugía robótica está en constante evolución por lo que probablemente reemplazará gradualmente a la laparoscopia clásica, debido a este firme progreso es trascendental una formación especializada y continúa del equipo de enfermería es para garantizar la seguridad del paciente además de llevar la cirugía robótica bariátrica hacía la excelencia.

Título: Protocolo de actuación en la electroestimulación percutánea del nervio tibial posterior

Autores: Carmen Acebal Álvarez, Pablo Vázquez Tobal, Leticia Martínez González. Consulta de Urología. HUMV.

INTRODUCCIÓN: el suelo pélvico es el conjunto de estructuras que cierran la cavidad abdominal en su parte inferior. Su disfunción puede manifestarse con síntomas diversos, tales como aumento en la frecuencia y urgencia urinaria, con o sin incontinencia, retención o trastorno del vaciamiento urinario, incontinencia fecal, estreñimiento por obstrucción de la vía de salida, disfunción sexual y dolor pélvico.

OBJETIVOS: valorada previamente su conveniencia, una alternativa potencial de tratamiento y abordaje a los problemas anteriormente citados podría ser la electroestimulación percutánea del nervio tibial posterior (PTNS), que consiste en su estimulación eléctrica mediante un electrodo de aguja o percutáneo y un electrodo de superficie, ambos conectados a un aparato de electroestimulación diseñado para este tipo de tratamiento.

MÉTODO: las indicaciones para este tratamiento son: vejiga hiperactiva, estreñimiento crónico, incontinencia fecal/urinaria, dolor pélvico crónico y dispareunias.
Como contraindicaciones, debe evitarse en pacientes con marcapasos y desfibriladores, cuando existe epilepsia, en el embarazo, en los pacientes con tratamiento anticoagulante y en los pacientes con insuficiencia venosa importante o heridas en miembros inferiores. Con las debidas precauciones podemos decir que no presenta efectos secundarios reconocidos y no es dolorosa.
La técnica de PTNS, se realiza de manera ambulatoria en la consulta de urología. Para comenzar, debemos buscar el punto de punción en la cara tibial interna, aproximadamente tres dedos por encima del maleolo medial y un dedo posterior a la tibia. Se realiza la punción con aguja de acupuntura, con un ángulo de inserción de 60º, paralelo a la tibia. Se conecta al electroestimulador para comenzar el tratamiento.
El equipo viene diseñado para suministrar la intensidad necesaria dependiendo del punto de punción. No es necesario que la aguja esté en contacto con el nervio tibial posterior, pero sí que esté dentro de un área de 1 cm alrededor de éste.
Se administran sesiones de 30 minutos, 1 vez a la semana durante 12 semanas. Durante el tratamiento, se le entregan diarios miccionales para objetivar la efectividad del mismo.
Una vez finalizado, valoran urólogo, enfermería y paciente, la continuidad de esta terapia en sesiones de mantenimiento mensuales.
NO se pueden utilizar medias de compresión en miembros inferiores, y evitar el uso de cremas/aceites en el pie, ya que dificulta la técnica.

RESULTADOS: En total se requieren unas 4 a 6 sesiones para encontrar clara mejoría y, de manera complementaria, deberán incorporar pautas en relación a hábitos higiénicos y dietéticos correctos, estrategias de conducta miccional efectivas, así como ejercicios de reeducación

Título: Proyecto: guía esencial interactiva, los primeros días de lactancia materna

Autores: Diana de Castro Prado, Pilar Cuesta Rivas, María Antonia Gutiérrez Martínez. Área de Partos. HUMV.

INTRODUCCIÓN: la evidencia demuestra que la lactancia materna con todos sus beneficios tiene una relevancia considerable en la promoción y prevención de la salud de los bebés, niños y madres. El asesoramiento y apoyo de la lactancia durante su establecimiento en los primeros días, es un elemento clave, con capacidad de aumentar la duración de la misma.

En algunos estudios realizados para conocer los motivos por los que las mujeres deciden abandonar la lactancia, destaca la falta de apoyo durante el periodo del postparto, en concreto la falta de apoyo profesional y social.

Por lo tanto un apoyo adecuado estará compuesto por aquel que procede de los profesionales formados para ello, que aportarán ayuda desde una perspectiva más técnica; y a su vez, aquel que surge espontáneamente de la sociedad, creando tribu.

Esta guía no pretende ser una alternativa a los recursos ya existentes, sino una herramienta de apoyo, siendo complementaria a las ya existentes, y en la que tanto las mujeres, como los profesionales, pueden apoyarse.

OBJETIVOS:

- Ofrecer una herramienta de apoyo a la lactancia materna de utilidad en el desarrollo de la labor profesional, y que pueda ser utilizada por las usuarias en cualquier momento y lugar.
- Proporcionar información basada en la evidencia y recursos esenciales para favorecer una experiencia positiva en el inicio de la lactancia materna.

MATERIAL Y MÉTODOS: se está elaborando en un formato digital atendiendo a dos criterios: Accesibilidad (La guía está asociada a un código QR (utilizando cualquier dispositivo con acceso a Internet pueden llegar a la guía), y Adaptabilidad (La guía está elaborada con información basada en la evidencia y se puede actualizar constantemente)

La guía cuenta con variedad de recursos interactivos los cuales se pueden consultar tantas veces como se desee.

Se trata de un recurso elaborado desde un punto de vista colaborativo y multidisciplinar. El contenido de la guía interactiva propuesto es el siguiente:

1.Introducción, recomendaciones de la OMS
2.Cambios en la leche materna
3.Beneficios de la lactancia

4.Producción de leche
5.Signos de un agarre y posición eficaz
6.Vídeo: el inicio de la lactancia materna
7.Posiciones
8.Signos de una lactancia materna efectiva
9.Extracción manual de leche materna (vídeo)
10.Extracción mecánica de leche materna. (Vídeo)
11.Recursos / enlaces páginas web

RESULTADOS: esta guía abre un camino para evaluar las necesidades de las mujeres en materia de apoyo a la lactancia materna.
Se podrían estudiar, por una parte, dichas necesidades existentes previas a la implantación de la guía, y posteriormente se podría evaluar el impacto que ha tenido esta herramienta en el inicio de la lactancia materna, en aquellas mujeres que hayan hecho uso de la misma; así como el grado de utilidad para los profesionales en el desarrollo de su función.
Además esta herramienta podría servir de ejemplo en otros campos o servicios, con el objetivo de realizar educación para la salud.

Título: Pruebas cutáneas con excipientes de la vacuna SARS-COV-2

Autores: Lourdes Datsira López, Elisa Ballesteros Acebo, Beatriz Cabrero Iñiguez, Tania Espinosa Peláez, Elena Rasillo Saez, Rosmarí de la Puerta. Alergología. HUMV.

INTRODUCCION: con la aparición de la pandemia del virus SARS-COV-2 se vio la necesidad de administrar a la población general vacunas de nueva generación que combatieran al virus.
A pesar de que dichas vacunas suelen llevar un proceso de investigación y desarrollo (I+D) más largo, se destinó acerca 80% del presupuesto de investigación, saliendo al mercado antes de lo previsto y provocando algunas reacciones locales y sistémicas.
Por algunas de éstas reacciones (petequias, rash cutáneo, prurito, habones, etc.) vimos la necesidad de crear en el servicio de Alergología un protocolo de pruebas cutáneas a aquellos pacientes que tras la primera dosis de la vacuna (independiente de la marca comercial) habían presentado algún tipo de reacción.

OBJETIVOS:

1º. Protocolizar la prueba PEG para el conocimiento del personal sanitario del servicio de alergias.
2º. Dar a conocer la importancia de la prueba realizada con el fin de elaborar nuevos estudios sobre los excipientes de la vacuna y sus reacciones adversas/alérgicas.

METODOLOGÍA:

1º. Realizar las pruebas PEG en el servicio tras la valoración médica por parte del alergólogo.
2º. Recoger datos a pie de campo sobre los resultados obtenidos en cada paciente.
3º. Hacer un recuento de los datos obtenidos usando herramientas como: Excel, Power Point, Word.

RESULTADOS: tras 7 meses realizando las pruebas se recogen datos de los pacientes con los resultados de las mismas, objetivando los siguientes:

- Total de pacientes a quienes hemos realizado la prueba: 327
- Positividad: 23 (7%)
- Negatividad: 302

CONCLUSIONES: la realización de la prueba PEG y los resultados de la misma han sido determinantes para administrar la segunda dosis de la vacuna de forma segura (con pre medicación y bajo vigilancia profesional) para el paciente que presentó previamente una reacción o a personas con antecedentes de anafilaxia a otros alérgenos.

Así mismo, se ha creado precedente para futuras vacunas que irán surgiendo a lo largo del tiempo.
Se ha aprobado un nuevo protocolo para el servicio siendo pionero en el hospital como referencia para el resto de España.
Este estudio alergológico no se realiza de forma sistemática.

En los pacientes con reacción grave tras la primera dosis de vacuna, acuden a consulta, se hace valoración clínica y pide las pruebas pertinentes.
Está contraindicado absolutamente en pacientes con antecedentes de reacción alérgica grave a cualquiera de sus componentes.

Título: **Radioterapia intraoperatoria en sarcoma**

Autores: Mª Paz Fernández Lavin, David Rodriguez Argueso, Susana Velasco Solana, Cristina Sañudo Viadero, Dovidena Blanco Herrería, Beatriz Domínguez Pereira. Oncología Radioterápica. HUMV.

VALORACIÓN DEL CASO: consulta en su centro de salud por tumoración glútea derecha que ha ido aumentado de tamaño en poco tiempo y asocia dolor tipo neuropático. Se inicia el dolor en Julio/20 con dolor progresivo con posterior crecimiento de masa glútea en diciembre/20, que ha ido creciendo de tamaño. Ante el mal control del dolor acude a urgencias, dado de alta con pruebas pendientes.

- Ecografía partes blandas (12/02/21): En la región glútea derecha donde el paciente refiere el bultoma se objetiva una voluminosa masa localizada por debajo del músculo glúteo mayor, de bordes mal definidos, heterogénea con ligero aumento de la vascularización mediante Doppler, afectando,nervio ciático.
- RM caderas (16/02/21): Tumoración voluminosa (179x123x86mm) con epicentro en el músculo glúteo mayor derecho, con bordes lisos bien definidos y polilobulados.
- TAC toraco-abdomino-pélvico (03/03/21): Sin signos de extensión a distancia.
- Biopsia tumor glúteo (05/03/021): Liposarcoma mixoide. Grado 1 de la FNCLCC.

ENUNCIADO DEL PROBLEMA: presentado en el comité de tumores y dado el volumen tumoral y la localización, se propone tratamiento con radioterapia externa neoadyuvante y posterior cirugía con valoración de radioterapia intraoperatoria con electrones en caso de borde afecto o próximo.

INTERVENCIÓN/ RESULTADOS: tras 5 semanas de Radioterapia externa administrándose una dosis total de 50Gy, se programa para cirugía. Se procede a realizar una resección ampliada con doble abordaje más radioterapia intraoperatoria.

La radioterapia intraoperatoria consistirá en administrar altas dosis de radiación en el lecho tumoral, protegiendo el tejido sano circundante para eliminar la enfermedad residual microscópica. Además, en la superficie aplicamos ácido hialurónico con el objetivo de homogeneizar la distribución de la dosis.

La dosis administrada fue de 12 Gy con electrones de 12Mev, con un aplicador de 8 cm de diámetro y bisel de 45 grados.

CONCLUSIONES: con este tratamiento se consigue disminuir el volumen tumoral previo a la cirugía y crear una cápsula fibrosa que mejore la resección. Permitiendo así completar con radioterapia intraoperatoria la cobertura de la enfermedad microscópica con altas dosis de manera segura. Todo este tratamiento mejora el control local, estando el paciente a día de hoy libre de enfermedad.

Título: Reflexiones sobre calidad asistencial durante la pandemia

Autores: Maria Sainz Gonzalez, Mercedes Benito Alfonso, María Fuentes Martínez, Patricia Ruiz Ruiz , Paula Saez Ruiz, María García Uria. Cardiología Intervencionista. HUMV.

INTRODUCCIÓN: la unidad de intervencionismo cardiaco es eminentemente tecnica y requiere formación constante tanto en los últimos avances tecnológicos como clínicos. ser punteros en innovación no puede hacernos olvidar el origen de nuestra profesión: el cuidado. fomentar la humanización es algo muy importante en nuestra unidad y en la actualidad la pandemia supone un nuevo reto en la atención sanitaria, prestar los mejores cuidados manteniendo las medidas de seguridad para evitar los contagios por la Covid-19.
La profesión enfermera mediante su implicación intenta compensar, la distancia, la mascarilla y el resto de medidas de protección con un manifiesto interés de humanizar la atención consiguiendo adaptarse a esta época difícil poniendo todo su potencial y conocimientos al servicio del paciente.

OBJETIVOS: evaluar la atención del personal en la sala de observación de la unidad de intervencionismo cardiaco durante la covid -19.

METODOLOGIA: se realiza un estudio descriptivo trasversal iniciado en la unidad de cardiología intervencionista de febrero del 2021 a mayo, incluye a todos los pacientes ingresados en el Hospital Valdecilla que permanecen en la sala de observación antes y/o después del procedimiento. Se elaboró un cuestionario add hoc, anónimo y voluntario de 13 preguntas (entrega al usuario en la sala de observación y recogido en el control de las unidades donde los pacientes permanecen ingresados).
Las preguntas presentes en el cuestionario eran cerradas y permitían una respuesta rápida y una evaluación de resultados objetiva. Dos de estas preguntas eran nominales/excluyentes, mientras que el resto tenían como respuesta una escala Likert en la que se incluyen 10 posibilidades siendo el valor 1 "muy malo" y el valor 10 "excelente" . Posteriormente se analizan los resultados evaluando de forma objetiva la percepción del paciente.

RESULTADOS: se entregaron 150 encuestas, el índice de participación fue del 40%. La media de edad de los participantes fue 60 años. El 85% de los pacientes considera la espera adecuada y un 15% la considera excesiva.

La enfermera se identifica en el 90% de los casos. Los ítems de espacio, temperatura y ruido son valorados con un 6, 7.9 y 8 respectivamente.

La resolución de problemas obtiene un 8.8 y la calidad asistencial un 9,4. Los puntos mejor valorados son el trato del personal 9,6 y la atención con un 9,4.

La intimidad recibe un valor de 6.2 y la confidencialidad de 6.6.

El 80% de los pacientes considera que la información proporcionada en la sala de observación podría ser mejor. Dando a la información pre-procedimiento un 8,1 y a la información post-procedimiento un 7.8.

CONCLUSIÓN: los profesionales de la enfermería del servicio de intervencionismo cardiaco han sido capaces de adaptarse a la situación y proporcionar una atención con un grado de satisfacción excelente.
La cantidad y calidad de información es deficiente.
Los variables de intimidad y confidencialidad son mejorables.

Título: Rol efectivo, eficiente y seguro de la enfermería avanzada en Cirugía Cardiaca

Autores: Patricia Garcia Teja, Sara Hernantes Cantero, Marta Capa Garcia, Purificación Hernandez Bascones, Beatriz Bolado Vía, Jorge Cubillo Muñiz. Área Quirúrgica. HUMV.

INTRODUCCIÓN: desde mediados de los 90, existe una expansión de los roles perioperatorios En Reino Unido y Estados Unidos, naciendo la figura de la enfermería avanzada en la práctica quirúrgica, Surgical Care Practitioner (SCP). Esto supone una revolución para la práctica enfermera, y la utilización de personal cualificado no médico. Realizan procedimientos, como safenectomías, de manera independiente, asisten en cirugías , así como realizan otras prácticas avanzadas.

OBJETIVO: demostrar que la enfermería es capaz de realizar prácticas seguras avanzadas en la cirugía cardiaca y mejorar la calidad asistencial dentro de un equipo multidisciplinar. Abrir una ventana a la especialidad Médico Quirúrgica en España.

MATERIAL Y MÉTODOS: se realiza una revisión bibliográfica usando las palabras Surgical Care Practitioner y Cardiac en PubMed y Google Scholar, basándose también en el marco de referencia de SCP del Real Colegio de Cirujanos del Reino Unido. Este estudio también presenta la experiencia de la autora en el rol de enfermera avanzada.

RESULTADOS: los hallazgos de este estudio demuestran que este rol tiene la formación necesaria para realizar procedimientos de manera segura, entienden la obligación profesional que esto conlleva y son capaces de reconocer situaciones emergentes, además sirven para guiar a los nuevos residentes. Los resultados muestran que aporta numerosos beneficios para paciente, equipo e institución. Según diversos autores no se encuentran eventos adversos asociados al uso de la enfermera como parte del equipo quirúrgico y el equipo médico lo encuentra favorable.

CONCLUSIONES: los resultados encontrados en esta revisión demuestran que añadir a la enfermera en el equipo quirúrgico mejora el cuidado del paciente, mantiene al máximo nivel los servicios quirúrgicos y apoya positivamente la formación de los nuevos residentes, aunque más estudios se necesitan al respecto. La especialidad de Médico Quirúrgica en España podría beneficiarse de estas competencias demostradas por la enfermera en otros países.

Título: Tratamiento de tumores de mama en inspiración mantenida

Autores: Natalia Lozano Coscolluela, Beatriz Dominguez Pereira, Dovidena Blanco Herreria, Marta Sierra Diaz, Mª Paz Fernandez Lavin, Susana Velasco Solana. Oncología Radioterápica. HUMV.

INTRODUCCIÓN: la aparición de aceleradores lineales con sistemas gating y tac 4d nos permiten conseguir una mejoría en la protección de los órganos de riesgo en los tratamientos de tumores de mama izquierda.

OBJETIVOS: comparar las dosis recibidas en pulmón y corazón en una muestra de 5 pacientes con cáncer de mama izquierda, tratadas con técnica "inspiración mantenida" vs técnica "respiración libre".

METODOLOGÍA:

Instrumentación:

- TAC helicoidal 3d
- Sensor de captación de ciclo respiratorio.
- Acelerador lineal con sistema Gating.

Metodología: adquisición de imágenes mediante TaC para la planificación del tratamiento y la localización de puntos de referencia. Para el tratamiento en inspiración mantenida se adquiere el ciclo respiratorio o Gating en el acelerador lineal, con el que obtendremos el punto de máximo contenido de aire en pulmones que debe coincidir con el punto máximo localizado durante el TAC, se dará un margen al punto de máxima inspiración de 0.25 cm por arriba y por abajo para compensar las variaciones respiratorias de la paciente.

Por último para ambos tratamientos se procede a la planificación dosimétrica, cumpliendo las limitaciones dosis-volumen de pulmón izquierdo y dosis máxima en corazón.

RESULTADOS: tras las planificaciones se observó que las dosis de V20 en pulmón izquierdo mejoraban levemente o incluso en algunos casos no existía mejora, las dosis medias en corazón tenían un promedio de mejora de entre 21%-34% y las dosis máximas en corazón tenían un promedio de mejora de 14,5 Gy.

CONCLUSIONES: aplicar tratamientos con radioterapia en inspiración forzada en pacientes con afectación de mama izquierda supone una disminución de las dosis máximas recibidas en corazón evitando cardiotoxicidades que evolucionan hacia daños a corto y largo plazo.

Título: Utilidad de la cuantificación de la producción del ATP intracelular en la práctica clínica

Autores: María Toriello Suárez, María Luisa García Andrés, María José González Martínez, Seila Hernández Vicente, Raquel Hondal García, Andrea Juárez Gutiérrez. Inmunología. HUMV.

INTRODUCCIÓN: existe un alto riesgo de infección en pacientes inmunodeprimidos, entre los que destacan los pacientes trasplantados, por lo que se necesita la optimización del tratamiento inmunosupresor que impida el rechazo del órgano sin aumentar el riesgo de infección en estos pacientes. Una de las herramientas disponibles para el estudio de la función inmunitaria celular es la medición de la producción de ATP intracelular por los linfocitos T CD4+

Para la cuantificación de la producción del ATP intracelular se realiza una incubación en paralelo, durante 18 horas, de una muestra sanguínea del paciente en un medio con fitohematoglutinina (estimulante) y sin estimulante. Pasada la incubación, los linfocitos T CD4+ se seleccionan mediante la adicción al medio de un anticuerpo anti-CD4 unido a partículas magnéticas, y la puesta en contacto de estas células con un potente imán. Tras sucesivos lavados del medio y lisis celular, el ATP producido es liberado al exterior y medido en un ensayo con luciferina mediante luminometría, obteniéndose como resultado la concentración de ATP intracelular producido por los linfocitos T CD4+ el individuo en situación basal y tras estimulación.

OBJETIVO: evaluar la utilidad de la producción de ATP intracelular como medida de la respuesta inmunitaria celular en pacientes inmunodeprimidos.

METODOLOGÍA: revisión bibliográfica de los artículos publicados sobre la medición de la producción de ATP intracelular en pacientes trasplantados en tratamiento con inmunosupresores.

RESULTADOS: se ha observado que bajos niveles de ATP implican una inmunosupresión excesiva en pacientes, con el consiguiente aumento del riesgo de infección que podría relacionarse con un mayor riesgo de rechazo. Por otro lado, trasplantados estables y sujetos sanos presentan niveles altos de ATP.

No todos los estudios muestran una alta correlación entre la medición del ATP intracelular y el grado de activación de las células T CD4+ en las muestras extraídas los primeros meses postrasplante, sin embargo esta correlación se incrementaba a medida que aumentaba el tiempo postrasplante. Lo que indica la necesidad de realizar mediciones periódicas en los pacientes para tener mayor correlación entre los niveles de ATP intracelular y su respuesta inmune.

CONCLUSIONES: una determinación aislada del ATP intracelular en un paciente trasplantado, no tiene gran utilidad predictiva ni diagnóstica, por lo que para la monitorización individual del tratamiento con inmunosupresores es necesaria la medición seriada de la producción de ATP intracelular.

El descenso de los niveles de ATP intracelular parece tener un valor predictivo del riesgo de infección en trasplantados.

La medición de la producción intracelular de ATP puede ser una herramienta útil para reflejar el estado inmunológico de pacientes trasplantados permitiendo un manejo más personalizado del tratamiento con inmunosupresores, si bien no debe ser la única variable a tener en cuenta.

Índice de Autores

ÍNDICE DE AUTORES

Abando Casuso, María *83,101*
Acebal Álvarez, Carmen *107*
Aizpeolea San Miguel, María Lourdes *67, 77, 81*
Alonso Calvo, Francisco Javier *91*
Alonso González, Paula *89*
Alvarez Garcia, Maria Paz *50*
Álvarez Tuñon, Noemí *83*
Ballesteros Acebo, Elisa *111*
Ballesteros Maza, Gema *76*
Bartolomé Manrique, Ana *54, 58*
Batanero Maguregui, Ricardo *81*
Bear Mateos, Mª Esther *76*
Benito Alfonso, Mercedes *115*
Benito Gonzalez, Maria Asuncion *60, 93, 105*
Blanco Herreria, Dovidena *113, 118*
Bolado Vía, Beatriz *117*
Bravo Alonso, Marta *47*
Bringas Fuente, Sara *56*
Cabrero Iñiguez, Beatriz *111*
Cámara Cascales, Encarnación *39*
Camus Burgueño, Elisa *81*
Capa Garcia, Marta *117*
Castillo Cobo, Cristina *72, 103*
Celis Cossío, Inés *41*
Celorrio Fernández, Mª José *76*
Clérigo Cuevas, Noelia *69*
Cobo Sánchez, Jose Luis *74*
Cólera Montero, Laura *79*
Colio Caba, M Mercedes *69*
Colomer Martínez, Noelia *43*
Contreras García, Manuela *89*
Crespo Lassalle, Silvia *89*
Crespo Rodríguez, Daniel *72, 103*
Cubillo Muñiz, Jorge *117*
Cuesta Rivas, Pilar *109*
Datsira López, Lourdes *111*
De Castro Prado, Diana *97, 109*
De la Puerta Huertas, Rosmarí *111*
Del Valle Clemente, Lara *97*
Díaz Muriedas, Mercedes *89*

Díez Ibarbia, Alba *97*
Diez Rueda, Inés *45, 70*
Dominguez Pereira, Beatriz *113, 118*
Durán Calvo, Raquel *72*
Escalada Vega, Laura *79*
Espinosa Peláez, Tania *111*
Fariñas Franco, Violeta *67, 77, 81*
Fernández Benito, Rosa Eva *95*
Fernández Cavia, Gema *43*
Fernández Hontañón, María *39*
Fernandez Lavin, Mª Paz *113, 118*
Fernández Rodríguez, Mª Carmen *103*
Fradejas Sastre, Víctor *63*
Frances Santamaria, Virginia *63*
Fuentes Gómez, Alexandra *56*
Fuentes Martínez, María *63, 115*
Gándara Diego, María *72, 103*
García Andrés, María Luisa *119*
García González, Marta María *58*
Garcia Rodriguez, Nuria *56*
Garcia Sanz, Laura *60, 93*
Garcia Teja, Patricia *117*
García Uria, María *115*
Gómez Abad, Verónica *43*
Gómez De la Fuente, María Asunción *67, 77, 81*
Gómez de Miguel, Alba *72*
Gómez Guardo, María *43*
Gómez Paz, Mercedes Olivia *54*
Gómez Sánchez, Ana *74*
Gómez Soto, Maria *93*
Gonzalez Alcalde, Pilar *56*
González Martínez, María José *119*
González Parcha, Marina *85*
González Ponte, María Luisa *101*
Gonzalez-Mesones Galan, Belen *83, 101*
Guadalupe Toledo, Claudia *47*
Gutiérrez de Rozas Astigarraga, Javier *87*
Gutiérrez Martínez, María Antonia *97, 109*
Gutiérrez Saiz, Andrea *45, 70*
Hernández García, Rebeca *69*
Hernández Herrero, Eva María *62, 91*
Hernández Bascones, Purificación *117*
Hernández Vicente, Seila *119*
Hernantes Cantero, Sara *117*

Herranz Gómez, Carolina 56
Herrera Gallarreta, Nuria 60, 93, 105
Higuera Ruiz, Encarna 97
Hondal García, Raquel 119
Iglesias Gutiérrez, Beatriz 87
Juan García, Carmen 99
Juárez Gutiérrez, Andrea 119
Lantarón Izaguirre, Cristina 74
Lechosa Muñiz, Carolina 54, 58
Liaño Fernandez, Esther 50
Llorente Pelayo, Sandra 54
López López, Vanesa 72, 103
Lorenzo Gómez, Maria Jesús 60, 93, 105
Lozano Coscolluela, Natalia 118
Lozano Mayor, Leonor 47
Marcos Coloma, Maria 54, 58
Martín Parada, Lourdes 89
Martínez González, Leticia 99, 107
Marzo Conde, Carmen 77
Mateo Sota, Sonia 54, 58
Mato Revilla, Ana 62
Mazario Amodía, Lucía 60, 105
Méndez Navarro, Gala Aglaia 83, 101
Merchán Tahvanainen, María Elena 63
Merino Cochon, Leticia 43
Miguel Alonso, Mª Lourdes 76
Muñiz García, M. Ángeles 43
Ocio San Miguel, Enrique María 83, 101
Pardo Tajadura, Elena 41
Pardo Vitorero, Raquel 74
Pereira García, Beatriz 47
Pérez Casado, Susana 95
Pérez Coterillo, María 74
Pérez de Castro, Cristina 74
Perez Niebla, Denia 60, 93, 105
Piedra León, María 67, 77, 81
Piriz Marqués, Ana 69
Plaza Carmona, María 99
Pozueta del Rivero, Paloma 63
Prado Abrantes, Elisabeth 91
Quintano Santamaría, Alexandra 76
Rabanal Rodríguez, Gema 97
Rasillo Saez, Elena 111
Rivas Cilleros, Elena 91

Rodriguez Argueso, David 113
Rodriguez Borbolla, Francisco 50
Rodríguez Cobo, Roberto 39
Rodríguez Urgidos, Lorena 52
Rotaeche Zubillaga, Dulce María 83
Ruiz Ruiz, Patricia 115
Sáez de Adana, María 89
Saez Ruiz, Paula 63, 115
Sainz Gonzalez, Maria 115
Sainz Sobremazas, Alejandra 76
San Salvador Ausin, Zuleika 69
Sánchez Álvarez, Sara 41
Santiago Setien, Marina 56
Sanz Hoya, Beatriz 79
Sanz Novo, Ana 47
Sañudo Viadero, Cristina 113
Sarabia Cobo, Carmen 91
Septien Tellaetxe, Fabiola 69
Sierra Crespo, Maria Dolores 50
Sierra Diaz, Marta 118
Solana Fernández, Lara 52
Thomsen, Laura 50
Toriello Suárez, María 119
Torrijos Rodriguez, Inmaculada 50
Vacas Revilla, Fátima 39
Vallejo Montes, María 52
Vázquez Rosado, Paula 62, 91
Vázquez Tobal, Pablo 107
Velasco Solana, Susana 113, 118
Viadero Edilla, Nuria 103
Villa Perez, Andrea 47

Premios

Premio	Ganador
Premio al Divulgador Social	Carolina Lechosa Muñiz
Premio del Público	**PAPEL DE ENFERMERÍA EN LA GASTROPLASTIA VERTICAL ENDOSCÓPICA, TÉCNICA ENDOSLEEVE APOLLO®.** María Gándara Diego, Daniel Crespo Rodríguez, Cristina Castillo Cobo, Vanesa López López, Mª Carmen Fernández Rodríguez, Nuria Viadero Edilla. Endoscopias.
2º Premio Comunicación Poster	**EL LLENADO DE LOS TUBOS DE COAGULACIÓN: UN FACTOR CLAVE.** Dulce María Rotaeche Zubillaga, Noemí Álvarez Tuñon, Gala Aglaia Méndez Navarro, Belén González-Mesones Galán, María Abando Casuso, Enrique María Ocio San Miguel. Unidad de Hemostasia.
1º Premio Comunicación Poster	**APARICIÓN DEL "SÍNDROME DEL HOMBRE ROJO" EN UN LACTANTE TRATADO CON VANCOMICINA POR SOSPECHA DE MENINGITIS.** Andrea Gutiérrez Saiz, Inés Diez Rueda. R1 Enfermería Pediátrica.
2º Premio Comunicación Oral	**ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS PACIENTES PEDIÁTRICOS INGRESADOS POR INFECCIÓN SARS-COV-2.** María Marcos Coloma, Ana Bartolomé Manrique, Marta María García González, Carolina Lechosa Muñiz, Sonia Mateo Sota. Pediatría.
1º Premio Comunicación Oral	**VALORACIÓN DEL ENTORNO HOSPITALARIO PARA LA EXTRACCIÓN DE LECHE MATERNA EN LA UNIDAD DE NEONATOLOGÍA.** Sara Bringas Fuente, Alexandra Fuentes Gómez, Nuria García Rodríguez, Pilar González Alcalde, Marina Setien Santiago, Carolina Herranz Gómez. Neonatología.
Premio Mejor Comunicación Área de Enfermería 2021	Ruiz Azcona L, Fernández Gómez A, Juez Primo M, Pellico López A, Paz Zulueta M. **EVOLUCIÓN DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE ESPAÑOLA ENTRE LOS AÑOS 2016 Y 2018.** Presentado en el II congreso digital de la Asociación Española de Pediatría (Online), celebrado los días 3-5 junio 2021, en forma de Poster electrónico.
Premio Mejor Artículo Área de Enfermería 2021	Lechosa Muñiz C, Paz Zulueta M, Mendez Legaza JM, Irure Ventura J, Cuesta González R, Calvo Montes J, López Hoyos M , Llorca J, Cabero Pérez MJ. **INDUCTION OF SARS-COV-2-SPECIFIC IGG AND IGA IN SERUM AND MILK WITH DIFFERENT SARS-COV-2 VACCINES IN BREASTFEEDING WOMEN: A CROSS-SECTIONAL STUDY IN NORTHERN SPAIN.** Int. J. Environ. Res. Public Health 2021, 18, 8831.

Colaboradores

Colaboradores Institucionales

Valdecilla Instituto de Investigación Sanitaria IDIVAL

SANTANDER CIUDAD

Valdecilla Hospital virtual Valdecilla

Colegio de Enfermería de Cantabria
www.enfermeriacantabria.com

Fundación Caja Cantabria

Colaboradores Comerciales

janssen PHARMACEUTICAL COMPANIES OF Johnson & Johnson

Hollister

mediterráneo de catering
La salud en bandeja

SOLARES AGUA MINERAL

smith&nephew

Código Ético Tecnología Sanitaria
Evento acreditado

SÍGUENOS EN TWITTER
@9IyDValdecilla
#9JIDValdecilla

www.jornadasinnovacionydesarrollovaldecilla.com

Servicio Cántabro de Salud SCS

Valdecilla
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla