2016

Libro de Ponencias y Comunicaciones

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

Edita: Dirección de Enfermería del Hospital Universitario “Marqués de Valdecilla”. 24 de noviembre de 2016.

Avda. Valdecilla s/n

39008 - Santander – Cantabria

ISBN 978-84-617-7160-8

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 11

PROGRAMA CIENTÍFICO 13

PONENCIAS 27

COMUNICACIONES ORALES 31

COMUNICACIONES BREVES 49

ÍNDICE DE AUTORES 65

COLABORADORES INSTITUCIONALES 69

COLABORADORES COMERCIALES 69

Comités

COMITÉ ORGANIZADOR

Mª Teresa Baños Canales.
Enfermera, Supervisora de Hospitalización Domiciliaria.

Trinidad Celada Merino.
Técnico Especialista de Laboratorio, Banco de Sangre.

Ana Rosa Díaz Mendi.
Enfermera, Supervisora Área de Calidad, Formación, I+D+i de Enfermería

Laura Fernández Rodríguez.
Enfermera, Supervisora de Radiología Materno-Infantil.

Magdalena Gándara Revuelta.
Enfermera, Supervisora Planta 1ª Pabellón 2 Noviembre del Hospital Valdecilla.

Patricia González Setien.
Enfermera, Área de Calidad, Formación, I+D+i de Enfermería.

Carmen Iglesias Gutiérrez.
Auxiliar de Enfermería, Liberada Sindical.

Patricia Pulido Pérez.
Enfermera, Supervisora del Servicio de Urgencias Pediátricas.

Yolanda Ruiz Gómez.
Enfermera, Servicio de Urgencias Pediátricas.

Marta Sierra Díaz.
Técnico Especialista de Radioterapia. Servicio de Radioterapia.

COMITÉ CIENTÍFICO

Mª Paz Álvarez García.
Enfermera, Subdirección de Desarrollo y Calidad Asistencial. SCS.

José Luis Cobo Sánchez.
Enfermero, Área de Calidad, Formación, Investigación y Desarrollo.

Inés Cuesta Guerrero.
Técnico de Medicina Nuclear. Radioprotección.

Víctor Fradejas Sastre.
Enfermero, Unidad de Cardiología Intervencionista.

Mirian García Martínez.
Enfermera, Servicio de Nefrología.

Beatriz Gutiérrez Alonso.
Fisioterapeuta, Servicio de Rehabilitación.

Cristina Hornero Cimiano.
Técnico Especialista de Laboratorio, Banco de Sangre.

Magdalena Jiménez Sanz.
Enfermera, Dietética y Nutrición.

Ruth Lagunas Fernández.
Fisioterapeuta, Servicio de Rehabilitación.

Mercedes Lázaro Otero.
Enfermera, Área de Calidad, Formación, I+D+i de Enfermería.

Noelia Mancebo Salas.
Enfermera, Unidad de Cuidados Intensivos Generales.

Raquel Pelayo Alonso.
Enfermera, Servicio de Nefrología.

Belén Quijano Amor.
Matrona, Área de Partos.

Marta Lucía Sancha Herrera.
Enfermera, Supervisora del Servicio de Urgencias Adultos.

Elena Rojo Santos.
Enfermera, Hospital Virtual Valdecilla.

Inmaculada Torrijos Rodríguez.
Enfermera, Supervisora Hospitalización de Pediatría.

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 a partir de la incorporación a la Universidad de la enfermería en los años 70 cuando se ponen en marcha diferentes iniciativas que r5ealzan 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 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 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.

Hemos de 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.

En este contexto, es dónde se planifican las 4as Jornadas de Innovación y Desarrollo, bajo el lema de "Generando ideas, implantando soluciones ", con el objetivo de actualizar conocimientos, intercambiar experiencias y dirigir nuestros cuidados hacia la consecución de la EXCELENCIA.
Por otro lado, es también objetivo de esta actividad dar a los profesionales una respuesta de continuidad en la labor iniciada en las tres ediciones anteriores potenciando la investigación a pequeña escala, con la oportunidad de poder presentar comunicaciones/experiencia.
En definitiva, lo que se pretende es "popularizar" la investigación como motor generador de conocimiento y cambio.

Por ello, se diseñan y desarrollan estas 4as Jornadas de Innovación y Desarrollo, bajo el lema "Generando ideas, implantando soluciones", que además de dar soporte al intercambio de experiencias entre los profesionales del Hospital, 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) Reconocer el papel de la enfermería como fuente de innovación en el ámbito sanitario.
b) Conocer las medidas de protección a la hora de tramitar una patente.
c) Identificar experiencias de éxito en el ámbito de la enfermería relacionadas con la innovación.
d) Conocer soluciones innovadoras al problema del insomnio en el ámbito hospitalario.

Programa Científico

22 DE NOVIEMBRE 2016

15.30-16.00 h. Acreditación y entrega de documentación

16.00-16.15 h. Acto de apertura

Mª Luisa Real González.
Consejera de Sanidad
Gobierno de Cantabria

Julio Pascual Gómez
Director Gerente
Hospital Universitario "Marqués de Valdecilla"
@juliopascualg

Nuria Martínez Rueda
Directora de Enfermería.
Hospital Universitario "Marqués de Valdecilla"
@nuriamartinezru

16.15-17.15 h. Conferencia inaugural: El papel de la Enfermería en la innovación: una oportunidad
Página 29

Ponente:
LLuis Blanch Torra. Director del Institut d'Investigació i Innovació Parc Taulí - I3PT.

Modera:
Galo Peralta Fernández.
Director de Gestión.
Instituto de Investigación Sanitaria Valdecilla IDIVAL
@DireccionIDIVAL

17.15-17.45 h. 1ª Sesión Comunicaciones Breves

Modera:
Inmaculada Torrijos Rodríguez
Servicio Pediatría
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

1. Curación avanzada con Microinjerto y Gel de Plaquetas.

Autores: **Laura Carrasco Cortijo,** Raquel Pardo Vitorero. Unidad de Pie Diabético. Cirugía General. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.
Página 51

2. Protocolo de tratamiento de terapia ocupacional y fisioterapia respiratoria en pacientes de trasplante pulmonar.

Autores: **Jimena Baudín Gomez-Ullate,** Ruth Lagunas Fernández, Beatriz Voces Gutiérrez, María Chacón Martínez. Servicio de Rehabilitación. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.
Página 52

3. Fisioterapia en ictus basado en la evidencia.

Autores: **Mª Luisa González Mayoral**, Luisa Collado Garrido, Pilar Calvo Martín, Guadalupe de Federico, Olga González González, Natalia Requejo Juez. Servicio de Rehabilitación. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.
Página 53

4. Revisión de conocimientos sobre el delirium en el paciente crítico.

Autora: **Rocío Fuentes Covián.** Unidad de Cuidados Intensivos Generales. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.
Página 54

5. Otra forma de contagio del VPH.

Autores: **Cristina Rubio Marcos**, Clara Morenza Núñez, Amaia López de Maturana Elorza. Área de Partos. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.
Página 55

17.45-18.00 h. Pausa / Café

18.00-19.00 h. 1ª Sesión Comunicaciones Orales

Modera:
Víctor Fradejas Sastre
Cardiología Intervencionista.
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.
@VictorFradejas

6. Eficacia de la Imaginería Motora Graduada en el Síndrome de Dolor Regional Complejo. Revisión Sistemática.

Autores: **Ignacio Fraguas Bravo,** Ángela Suárez Pérez, Jesús Maxide Antuña. Servicio de Rehabilitación. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.
Página 33

7. PICC vs catéter venoso central canalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos.

Autores**: Aránzazu Hernández Regalado,** Laura Pérez Gutiérrez, Rocío Pérez de las Heras, Laura González Blanco, María Soledad Holanda Peña. Unidad de Cuidados Intensivos, UCI C. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.
Página 34

8. Valoración del grado de satisfacción de los familiares de pacientes en la unidad de hemodinámica.

Autores: **Mercedes Benito Alfonso (1),** Ana Rosa Alconero Camarero (2), María Sainz González (1), Víctor Fradejas Sastre (1), Elena Fernández Peña (1). (1) Unidad de Cardiología Intervencionista (CITV). Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. (2) Escuela Universitaria de Enfermería. Universidad de Cantabria.
Página 35

9. Programa de Rehabilitación Multimodal (RHMM). Protocolo ERAS.

Autores: **María Fe Lastra Garcia,** Noemi Cano Aribayos, Yolanda Doalto Muñoz, Dolores Fernández Morante, Laro Rodríguez González, Raquel Pardo Vitorero. Unidad De Hospitalización Cirugía General 6ª Torre B/C. Consulta de Enfermería de Estomas. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.
Página 36

10. Evaluación de la calidad de intervención en la Unidad de Fisioterapia Neurológica del Adulto.
Autores: **Pilar Calvo Martín (1),** Luisa Collado Garrido (1), Nadia Belarra Pacheco (2), Jesús Maxide Antuña (1), Luisa González Mayoral (1), Guadalupe de Federico Bonera (1). (1) Servicio de Rehabilitación. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. (2) Alumna Escuela Universitaria de Fisioterapia Gimbernat. Universidad de Cantabria.
Página 37

11. Eficacia del flutter en la fibrosis quística (Revisión sistemática).
Autor: **Ricardo Guillermo Pérez Estela.** Alumno Escuela Universitaria de Fisioterapia Gimbernat. Universidad de Cantabria.
Página 38

12. Abordaje multidisciplinar de la úlcera de pie diabético.
Autores: **Raquel Pardo Vitorero,** Laura Carrasco Cortijo. Unidad de Cirugía General. Unidad de Pie Diabético. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.
Página 39

13. Perfil del paciente derivado a fisioterapia respiratoria en el HUMV.
Autores: **Andrea Pérez Zabaleta,** Amado José Gutiérrez Briz, Sonia Crespo Rebollo, Ángela Suárez Pérez. Servicio de Rehabilitación. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.
Página 40

19.00-20.00 h. Mesa redonda: Experiencias de éxito en la generación de innovación en la práctica clínica.
Página 29

Ponente:
Patricia Zorrilla de la Fuente
Responsable de la OTRI-IDIVAL
"Cómo proteger la innovación"
@IDIVALotri

Ponente:
Inés Cuesta Guerrero
Protección Radiológica.
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla
"Cómo proteger la innovación"

Ponente:
Olga Polo Eguía
Centro de Salud Atención Primaria de Osakidetza.
Matrona de Llodio, Okondo y Orozko
Docente de la Especialidad Matrona en la UPV (País Vasco)
Directora Pelvic System Care SL
"Desde la idea hasta el producto sanitario"

Modera:
Lourdes Escobar Hoyos
Subdirectora de Enfermería
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

23 DE NOVIEMBRE 2016

15.30-16.00 h. 2ª Sesión Comunicaciones Breves

Modera:
Magdalena Jiménez Sanz
Equipo de Nutrición
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

14. E-paciente de enfermedad inflamatoria intestinal, EII, en redes sociales.
Autora: **María Soledad Serrano Redondo.** Unidad monográfica de Enfermedad Inflamatoria Intestinal. Servicio de Digestivo. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.
Página 56

15. Beneficios del masaje infantil. Revisión bibliográfica.
Autores: **Izaskun Laurrieta Saiz,** Marta López Mirones, Alicia Alonso Salcines, Oihane Terán Muñoz, Marta González Maestro, Casandra García González. Área de Partos. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.
Página 57

16. Cirugía bariátrica: gastrectomía vertical LPS en el HUMV.
Autores: **Noelia Prieto Gutierrez,** Raquel Benito Martín, Marta Hurtado Del Rincón, Cristina Rodríguez López, Noelia Sansierra Álvarez, María Tejido Vayas. Cirugía General Y Digestiva. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.
Página 58

17. Inducción de parto: resultados.
Autores: **Izaskun Laurrieta Saiz,** Alicia Alonso Salcines, Oihane Terán Muñoz, Marta López Mirones, Casandra García González, Marta González Maestro. Área de Partos. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.
Página 59

18. Anorexia restrictiva: "abordaje multidisciplinar entre varios actores".
Autores: **Diana Jiménez Ruiz,** Nuria Pérez Aller, María Dolores Muñoz Torres. Enfermeras Especialistas de Salud Mental. Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.
Página 60

19. Mal perforante plantar. A propósito de un caso clínico.
Autores: **Raquel Pardo Vitorero,** Laura Carrasco Cortijo. Unidad de de Cirugía General. Unidad de Pié Diabético. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.
Página 61

16.00-17.00 h. 2ª Sesión Comunicaciones Orales

Modera:
Magdalena Jiménez Sanz
Equipo de Nutrición
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

20. Estudio piloto de la consecución de plasma plaquetario de forma económica.

Autores: **Leticia Martínez González** (1), Patricia Rodríguez-Presa (2), María Plaza-Carmona (2). (1) Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. (2) Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de León.
Página 41

21. ¿Cómo influimos en la familia en el proceso de muerte perinatal?

Autores: **Cristina Rubio Marcos,** Amaia López de Maturana Elorza, Clara Morenza Núñez. Área de Partos. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.
Página 42

22. La prevención en las fracturas de colles: una revisión de la literatura.

Autores: Jesus Maxide Antuña, Pilar Calvo Martín, Luisa Collado Garrido, Carmen Secades Muñiz, Ignacio Fraguas Bravo, Marta Antón Andrés. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Centro de Salud Polanco. Centro de Salud Nueva Montaña.
Página 43

23. ¿Es útil y segura la existencia de un acceso venoso periférico en pacientes programados para Cateterismo Cardíaco?

Autores: **Maria Sainz Gonzalez (1),** Ana Rosa Alconero Camarero (2), Mercedes Benito Alfonso (1), Víctor Fradejas Sastre (1), Elena Fernández Peña (1). (1) Servicio de Hemodinámica, Hospital Universitario Marques de Valdecilla. (2) Escuela de Enfermería. Universidad de Cantabria.
Página 44

24. Estandarización del procedimiento de extracción de muestra sanguínea venosa periférica.

Autores**: María José Cagigas Villoslada,** Enara Sainz Navedo (2), Bárbara Alonso Blanco (2), Marta Achútegui Napal (3), Rocío Ruiz Martínez (4), Marina Lecue Martínez (5). (1) Servicio de Nefrología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. (2) C.S. Castilla Hermida. Gerencia de Atención Primaria. (3) Urgencias. Hospital Vall Hebron. (4) Unidad de partos. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. (5) C.S. Dobra. Gerencia de Atención Primaria.
Página 45

25. Quemaduras con iontoforesis en miembro superior.
Autores: **Alberto de la Fuente Fernández,** Eva Fernández Quiruelas, Cristina Macho San José. Servicio de Rehabilitación. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.
Página 46

26. Efectos del ejercicio aeróbico personalizado "running" en personas con fibrosis quística.
Autor: **Javier Bolado Uribarri.** Alumno Escuela Universitaria de Fisioterapia Gimbernat. Universidad de Cantabria.
Página 47

27. Revisión del tratamiento de fisioterapia del paciente con Parkinson.
Autores: **Pilar Calvo Martin**, Luisa Collado Garrido, Guadalupe de Federico Bonera, Natalia Requejo Juez, Mª Luisa González Mayoral, Olga González González. Servicio de Rehabilitación. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.
Página 48

17.00-17.45 h. Finalistas Premio Mejor Comunicación y Artículo Área de Enfermería Valdecilla 2016

Modera:
Mercedes Lázaro Otero
Enfermera. Área de Calidad, Formación, I+D+i de Enfermería. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla
@Mercedes_Lazaro

ARTICULOS FINALISTAS

Pelayo Alonso R. Martínez Álvarez P. Cobo Sánchez JL. Gándara Revuelta M. Ibarguren Rodríguez E. **Evaluación del dolor y adecuación de la analgesia en pacientes en tratamiento con hemodiálisis**. Enferm Nefrol 2015: Octubre-Diciembre; 18 (4): 253-259.

Fuentes Covián R. Eficacia de una educación grupal sobre las habilidades de autocuidado y complicaciones del pie diabético. Nuber Cientif. 2016;3 (17): 71-79.

COMUNICACIONES FINALISTAS

Torrijos Rodríguez M. Inmaculada, Gualdrón Romero, M. Alexandra, Fernández Fernández, M. Luz. **Afrontamiento de los padres ante la realización de procedimientos de enfermería en el niño.** Presentado en el V Congreso Internacional de Enfermería de la Infancia y XXI Jornadas Nacionales de Enfermería de la Infancia, celebrado en Málaga, del 27 al 29 de abril de 2016 en Málaga, en forma de Comunicación Oral.

Pelayo Alonso Raquel, Martínez Álvarez Patricia, Cagigas Villoslada Mª José, Villa Llamazares Camino, Cuadrado Mantecón Mª Eugenia, Gándara Revuelta Magdalena. **Valoración de la dosis de diálisis según el acceso vascular del paciente en tratamiento con hemodiálisis.** Presentado en el 41º Congreso Nacional de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica, celebrado en Oviedo, del 11 al 13 de octubre de 2016, en forma de Comunicación Oral.

17.45-18.00 h. Pausa – Café

18.00-18.30 h. 18ª Edición Convocatoria Nacional de Proyectos de Investigación "Enfermería Valdecilla".

Modera:
José Luis Cobo Sánchez. Enfermero Área de Calidad, Formación, I+D+i de Enfermería.
Hospital Universitario "Marqués de Valdecilla".
@jl_cobo

Presentación de proyectos ganadores.

Mejor Proyecto: La calidad de los cuidados en salud mental: adaptación transcultural de la batería de escalas "Quality of Psychiatric Care" y validación de las escalas en castellano.

Presenta: Sara Sánchez Balcells. Parc Sanitari Sant Joan de Déu, Barcelona

Mejor Proyecto a desarrollar en Cantabria: Características e impacto del fenómeno bed-blocking. Estudio de casos y controles en Cantabria (España)

Presenta: María Amada Pellico López, Gerencia de Atención Primaria del Servicio Cántabro de Salud.

18.30-19.30 h. Conferencia de clausura: Proyecto SueñOn®: cuidando del sueño en personas hospitalizadas

Página 29

Ponente:
Miguel Ángel Navas Martín
Instituto de Salud Carlos III.
Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investén-isciii).
@manavas21

Ponente:
Raquel Nieto Martin de Argenta
Paciente hospitalaria de larga duración.
Fundadora y presidenta de PulmónMadridTX (Asociación de Trasplantados de Pulmón de la Comunidad de Madrid)
@raquelargenta

Modera:
Ana Rosa Díaz Mendi. Responsable Área de Calidad, Formación, I+D+i de Enfermería
Hospital Universitario "Marqués de Valdecilla"

19.30-20.00 h. Conclusiones de las Jornadas y entrega de Premios.

Presenta:
Magdalena Gándara Revuelta
Servicio de Nefrología
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

20.00-20.15 h. Acto de clausura.

Julián Pérez Gil
Director Gerente
Servicio Cántabro de Salud

Nuria Martínez Rueda
Directora de Enfermería.
Hospital Universitario "Marqués de Valdecilla"
@nuriamartinezru

PONENCIAS

Título: "El papel de la Enfermería en la innovación: una oportunidad".
Ponente: LLuis Blanch Torra

Ver en http://www.somosvaldecilla.com/web/ - Cursos Congresos Jornadas – IV Jornadas de Innovación y Desarrollo
http://www.somosvaldecilla.com/web/video-formacion-online-valdecilla/el-papel-de-la-enfermeria-en-la-innovacion-una-oportunidad.html

Título: "Cómo proteger la innovación".
Ponentes: Patricia Zorrilla de la Fuente e Inés Cuesta Guerrero

Ver en http://www.somosvaldecilla.com/web/ - Cursos Congresos Jornadas – IV Jornadas de Innovación y Desarrollo
http://www.somosvaldecilla.com/web/video-formacion-online-valdecilla/como-proteger-la-innovacion.html
http://www.somosvaldecilla.com/web/video-formacion-online-valdecilla/proteccion-radiologica.html

Título: "Desde la idea hasta el producto sanitario".
Ponente: Olga Polo Eguía

Ver en http://www.somosvaldecilla.com/web/ - Cursos Congresos Jornadas – IV Jornadas de Innovación y Desarrollo
http://www.somosvaldecilla.com/web/video-formacion-online-valdecilla/desde-la-idea-hasta-el-producto-sanitario.html

Título: "Proyecto SueñOn®: cuidando del sueño en personas hospitalizadas".
Ponentes: Miguel Ángel Navas Martín y Raquel Nieto Martin de Argenta

Ver en http://www.somosvaldecilla.com/web/ - Cursos Congresos Jornadas – IV Jornadas de Innovación y Desarrollo
http://www.somosvaldecilla.com/web/video-formacion-online-valdecilla/proyecto-suenon-cuidando-del-sueno-en-personas-hospitalizadas.html
http://www.somosvaldecilla.com/web/video-formacion-online-valdecilla/paciente-hospitalaria-de-larga-duracion.html

Comunicaciones Orales

Título: Eficacia de la Imaginería Motora Graduada en el Síndrome de Dolor Regional Complejo. Revisión Sistemática.

Autores: Ignacio Fraguas Bravo, Ángela Suárez Pérez, Jesús Maxide Antuña. Servicio de Rehabilitación de HUMV.

INTRODUCCIÓN: La eficacia de los métodos de fisioterapia usados habitualmente en el tratamiento del Síndrome de Dolor Regional Complejo (SDRC) no ha demostrado una elevada evidencia científica. En los últimos años la Imaginería Motora Graduada (IMG) se presenta como una alternativa a la fisioterapia más clásica.

OBJETIVO: Estudiar mediante una revisión sistemática la eficacia de la IMG en la reducción del dolor crónico asociado al SDRC.

METODOLOGÍA: Se realiza una búsqueda en 5 bases de datos según las estrategias de búsqueda: "complex regional pain syndromes"[Mesh] AND graded motor imagery AND pain; y "reflex sympathetic dystrophy "[Mesh]) AND graded motor imagery AND pain. De los 62 resultados iniciales se excluyen los repetidos y aquéllos que no cumplen los criterios de inclusión: ensayos clínicos en adultos con SDRC de 3 meses o más de evolución, en los que una de las variables principales objeto de estudio sea el dolor, utilizándose para su medida una escala de dolor. Finalmente se incluyen 4 ensayos, con un tamaño muestral de 115 pacientes. La calidad metodológica se evalúa con la herramienta de Cochrane, siendo ésta generalmente baja.

RESULTADOS: Dos estudios comparan el uso de IMG frente a fisioterapia habitual y ambos reflejan una mejoría en el dolor: 1.70 [95% intervalo de confianza (IC), 0.36, 3.04] y 0.89 [95% IC, 0.31, 1.47]. Otro estudio utiliza como control una secuencia desordenada de los componentes de la IMG, y también obtiene resultados significativos: 0.73 [95% CI, -0.41, 1.87] y 0.99 [95% CI, -0.19, 2.17]. Sin embargo en el último trabajo, realizado en dos centros independientes, no se encuentra una reducción significativa del dolor: 0.6 [95% IC -0.3, 1.5] y 0.2 (95%IC: -0.9, 1.2)].

CONCLUSIONES: Los hallazgos obtenidos son contradictorios. Además, el reducido número de ensayos encontrados, la limitada muestra de éstos y la pobre calidad metodológica sugieren que es necesario realizar estudios más rigurosos para obtener resultados con mayor evidencia.

Título: PICC vs Catéter Venoso Central Canalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos.

Autores: Aránzazu Hernández Regalado, Laura Pérez Gutiérrez, Rocío Pérez De Las Heras, Laura González Blanco, María Soledad Holanda Peña. Unidad de Cuidados Intensivos UCI C.

INTRODUCCIÓN: La canalización de un catéter venoso central (CVC) es hoy en día un procedimiento frecuente debido a sus amplias indicaciones diagnósticas y terapéuticas, tanto en las UCIs como en hospitalización.

OBJETIVOS:
1.Valorar y comparar qué dispositivo (PICC o CVC) supone menor riesgo de complicaciones en la población analizada.
2.Analizar las complicaciones más frecuentes asociadas a cada uno de los catéteres en el periodo de estudio.
3.Conocer los motivos de retirada y el periodo de permanencia del catéter.

MÉTODO: Estudio prospectivo de todas las canalizaciones venosas centrales realizadas en UCI durante un periodo de 18 meses. Se analizan resultados en términos de tipo de catéter, indicación, complicaciones durante el procedimiento, localización en Rx, tiempo de permanencia y causa de retirada, así como la incidencia de complicaciones a largo plazo e incidencia de infecciones asociadas.

RESULTADOS: Se han canalizado un total de 250 catéteres (139 PICCs y 111 CVCs). Un 51,2% eran hombres y la edad media fue 60,24+/-20,291 (media +/- DE), siendo la indicación principal la necesidad de antibioterapia (61,6%), seguido de sueroterapia (18%). Cuando se comparan ambas vías se observa que el PICC puede ser empleado en un gran número de pacientes asociándose escasas y leves complicaciones.

CONCLUSIONES: En base a los resultados del estudio realizado, se concluye que:
1. El PICC puede ser considerado una vía de primera elección en la mayor parte de los pacientes ingresados en UCI y también en los pacientes hospitalizados.
2. Los PICCs son más propensos a causar trombosis (no siendo una contraindicación) que los CVCs, pero estos últimos poseen una incidencia superior de complicaciones mecánicas graves como neumotórax o punción arterial.
3. Los datos demuestran que la canalización del PICC es una técnica sencilla, pero que requiere formación y cuidados específicos, lo que puede implantarse como estrategia formativa desde Formación de Enfermería.

Título: Valoración del grado de satisfacción de los familiares de pacientes en la unidad de hemodinámica.

Autores: Mercedes Benito Alfonso (1), Ana Rosa Alconero Camarero (2), María Sainz González (1), Víctor Fradejas Sastre (1), Elena Fernández Peña (1). 1. Unidad de Cardiología Intervencionista (CITV). Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander 2. Escuela Universitaria de Enfermería. Universidad de Cantabria.

INTRODUCCIÓN: Se reconoce a la familia como parte del cuidado integral en el proceso de cuidados post-cateterismo, por ello, conocer la opinión respecto a aspectos importantes de su estancia nos permite aumentar el nivel de calidad de los cuidados y crear nuevas estrategias para implicar más al entorno del paciente en los cuidados de salud inmediatos y a largo plazo.

OBJETIVO: Valorar el grado de satisfacción de los familiares de los pacientes programados para una intervención en la unidad de hemodinámica (UH) respecto a la atención recibida por enfermería.

METODOLOGÍA: Estudio descriptivo durante 4 meses. Se diseñó un cuestionario ad hoc, anónimo y voluntario de 10 preguntas con cuatro posibles respuestas y 2 preguntas abiertas que se distribuyó posteriormente a los familiares en hospitalización, evitando posibles sesgos en su cumplimentación. Las variables de interés fueron: datos demográficos, relación con el personal de enfermería y la calidad de la información dada.

RESULTADOS: De los 155 cuestionarios administrados fueron recogidos un 79%. La cuidadora habitual es mujer (72,4%), esposa (33,3%) entre 60 y 69 años, sin contacto previo con la unidad. El lugar y el tiempo dedicado son valorados como altamente satisfactorios (90,2% y 94,3%, respectivamente); reconocen al personal de enfermería como bastante accesible (98,4%), de confianza para expresar y resolver dudas (97,5%). Un 96,7% no considera que reciba información contradictoria respecto a los cuidados de enfermería y valoran con buen grado de satisfacción el refuerzo de la documentación escrita (82,1%).

CONCLUSIONES: El receptor principal de la información es la esposa o hija. En ambos sexos, los más jóvenes y los mayores de 70 años son lo que valoran más satisfactoriamente todos los aspectos. El grado de satisfacción percibido por los familiares tras su paso por la UH es excelente, reafirmando nuestro rol como educadoras de los pacientes y de sus familiares, y por tanto de la comunidad.

Título: Programa de Rehabilitación Multimodal (RHMM). Protocolo ERAS.

Autores: María Fe Lastra García, Noemí Cano Aribayos, Yolanda Doalto Muñoz, Dolores Fernández Morante, Laro Rodríguez González, Raquel Pardo Vitorero. Unidad de Hospitalización Cirugía General 6ª Torre B/C. Consulta de Enfermería de Estomas.

INTRODUCCIÓN: El tratamiento postoperatorio de los pacientes intervenidos de cirugía colorrectal se ha basado, hasta hace pocos años, en hábitos adquiridos más que en hechos demostrados científicamente. Lo que conllevaba a estancias hospitalarias entre 10 y 15 días. De esta manera, surgieron los RHMM o ERAS.
Se define ERAS como una estrategia multidisciplinar que utiliza manejos perioperatorios para mejorar la recuperación de los pacientes tras la cirugía, minimizando riesgos y disminuyendo el stress quirúrgico.
Este protocolo se está aplicando desde el año 2015 en la unidad de Cirugía Colorectal del HUMV.

OBJETIVO: Explicar las bases generales del protocolo ERAS. Enumerar los ítems e intervenciones de enfermería.

METODOLOGÍA: Las intervenciones a realizar por el personal de enfermería son:

- Llamada al paciente, para realización del Check List
- Entrega y recogida de hoja de autoregistros al paciente
- Comprobación del informe anestésico
- Registros de variables
- Llamada al alta

RESULTADOS: Entre Enero/Marzo de 2014, se registraron datos de 50 pacientes que siguieron los cuidados perioperatorios tradicionales, comparándolos con otros 50 pacientes entre Marzo/Sept de 2016 que siguieron los cuidados del protocolo ERAS.
Se evidencia una disminución de la estancia hospitalaria, reducción de las complicaciones quirúrgicas, dolor postoperatorio y recuperación temprana.
Todo ello, supone una optimización de los recursos sanitarios.

CONCLUSIONES/ DISCUSIÓN: Los pacientes de protocolo ERAS:

- Tuvieron una estancia hospitalaria más corta.
- Participaron activamente en su recuperación.
- Refirieron mayor confort y una disminución de la ansiedad antes de la cirugía.
- El trabajo del equipo multidisciplinar, evidencia una mejora de calidad asistencial.
- Si es beneficioso para el paciente y para la administración ¿Porqué no se implanta?

Título: Evaluación de la calidad de intervención en la Unidad de Fisioterapia Neurológica del Adulto.

Autores: Pilar Calvo Martín (1), Luisa Collado Garrido (1), Nadia Belarra Pacheco (2), Jesus Maxide Antuña (1), Luisa Gonzalez Mayoral (1), Guadalupe de Federico Bonera (1). 1. Fisioterapeutas del Servicio de Rehabilitación del HUMV. 2. Alumna la EU de Fisioterapia Gimbernat.

INTRODUCCIÓN: En aras de conseguir una mejora en la calidad, cada vez es más frecuente tener en cuenta la opinión de los usuarios.

OBJETIVO: Evaluar la calidad en la Unidad de Fisioterapia Neurológica del Adulto (UFNA) en sus variables Información Terapéutica Proporcionada (ITPro) y Percibida (ITPe), Satisfacción con la terapia y Confianza en el fisioterapeuta.

METODOLOGÍA: Estudio descriptivo transversal realizado en la UFNA entre marzo y septiembre de 2016, con una muestra de 7 fisioterapeutas y 83 pacientes que cumplían los criterios de inclusión (mayor de edad, al menos 5 sesiones y no tener problemas de comunicación y/o deterioro cognitivo). Se han utilizado los cuestionarios validados: ITPe, Confianza (Wake Forest) y Satisfacción (Medrisk) para los pacientes y de ITPro para los fisioterapeutas, junto con datos sociodemográficos y factores influyentes de ambos. Con los resultados, se realizó un análisis estadístico descriptivo e inferencial con el programa SPSS v20.

RESULTADOS: En relación con los índices porcentuales, se obtuvieron las puntuaciones más bajas tanto en ITPe (40,91%±19,83) como en ITPro (47,60±17,22), con mejor valoración en Satisfacción(75,44%±7,27) y Confianza(66,80±7,18). Hay significación estadística entre la ITPe y edad (p=0,002) e ITPe y nivel de estudios (p=0,01). Comparando la ITPro por los fisioterapeutas con la ITPe por los pacientes, existe diferencia estadísticamente significativa en cuanto a la explicación de los síntomas (p=0,03), información sobre la duración del tratamiento (p=0,035) y la IT global (p=0,009). Hay una correlación significativa entre la ITPe y satisfacción (p=0,00), ITPe y Confianza (p=0,003) y Satisfacción y Confianza (p=0,00).

CONCLUSIONES: Son necesarias nuevas actuaciones como la implementación del consentimiento informado o grupos de trabajo donde se explique a los pacientes el tratamiento a seguir y las características y pronóstico de su enfermedad.

Título: Eficacia del flutter en la fibrosis quística (Revisión sistemática).

Autor: Ricardo Guillermo Pérez Estela. Alumno Escuela Universitaria de Fisioterapia Gimbernat. Universidad de Cantabria.

INTRODUCCIÓN: La fisioterapia respiratoria en fibrosis quística, con el uso del Flutter, es una técnica complementaria cuyo fin es el aclaramiento mucociliar.

OBJETIVO: Localizar la evidencia científica sobre la efectividad del Flutter en el tratamiento de la fibrosis quística.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó una revisión de ensayos clínicos en el tratamiento de dicha patología con el uso del Flutter, analizando los estudios publicados en artículos científicos, desde el año 1996 en adelante, en las bases de datos PUBMED, PEDro, SCIELO y COCHRANE.

RESULTADOS: Se localizaron 17 estudios que trataban sobre el tratamiento con el Flutter en esta patología, de los cuales fueron analizados 10 tras desechar los demás según los criterios de exclusión. La evaluación de los efectos de las intervenciones resultaron muy variadas ya que, en dos estudios a largo plazo los resultados fueron desfavorables, en otros cuatro a corto plazo, los cambios fueron mínimos. En dos estudios no hubo cambio alguno y finalmente en el resto, se obtuvieron resultados satisfactorios. Conclusión: Resumiendo este método de tratamiento, aún queda mucho por investigar en este ámbito, ya que los resultados no muestran unanimidad y apenas hay parecidos entre unos estudios y otros.

Título: Abordaje multidisciplinar de la úlcera de pie diabético.

Autores: Raquel Pardo Vitorero, Laura Carrasco Cortijo. Unidad de Cirugía General. Unidad de Pie Diabético. HUMV.

VALORACIÓN DEL CASO: Varón 57 años. NAMC. DM tipo I insulinodependiente con macro y micro angiopatía y mal control glucémico. IQ: Bypass Aorto Iliaco + amputación de dedos de MID (1999) y pontaje Aorto coronario x 3 (2010).

ENUNCIADO DEL PROBLEMA-AS: Paciente que acude a la unidad de pie diabético (UPD) remitido desde AP, por presentar úlcera en el talón derecho con mala evolución.

INTERVENCIÓN/RESULTADOS: Tras exploración completa del pie en la UPD se detecta un ITB de 0.4, ante lo que ingresa en la unidad de C.Cardiovascular con el objetivo de llevar a cabo una revascularización (Bypass Femoro-popliteo).
Tras la intervención, se observa evolución tórpida de la úlcera, con aumento del tejido necrótico y exposición de la tuberosidad posterior calcánea, que precisa calcanectomía parcial.
Se instaura tratamiento ABT y TPN c/72 h, con evolución satisfactoria de la lesión hasta que finalmente se le realiza un colgajo safeno por el servicio de cirugía plástica para cobertura del lecho de la herida.
El paciente es dado de alta con seguimiento por la UPD para seguir con las pautas de cura posteriores, hacer estudio podológico, moldes y diseño de ortésis plantares.

CONCLUSIONES: Después de varios meses de hospitalización y una buena coordinación entre los diferentes servicios implicados (CCV, C.Plástico, Podólogos y enfermeras) se ha conseguido evitar la amputación infracondilea de MID y mantener la autonomía del paciente, quien deambula de forma normalizada con uso de ortésis plantares.

Título: Perfil del paciente derivado a fisioterapia respiratoria en el HUMV.

Autores: Andrea Pérez Zabaleta, Amado José Gutiérrez Briz, Sonia Crespo Rebollo, Ángela Suárez Pérez. Servicio de Rehabilitación HUMV.

INTRODUCCIÓN: La fisioterapia respiratoria (FR) es una especialidad dedicada a la prevención, tratamiento y estabilización de las enfermedades del aparato respiratorio, con el fin de conseguir o mantener una funcionalidad correcta. Se aplica a multitud de situaciones clínicas, tanto en procesos crónicos, como agudos y en intervenciones quirúrgicas de gran complejidad.

OBJETIVO: Determinar el perfil del paciente derivado a la Unidad de FR del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

METODOLOGÍA: Estudio descriptivo retrospectivo en pacientes tratados en servicio de fisioterapia respiratoria del HUMV, analizando el registro de pacientes desde marzo hasta agosto de 2016. El registro incluía las siguientes variables: sexo, edad, sistema de derivación y número de sesiones.

RESULTADOS: Se revisaron los registros de 1629 pacientes (media mensual 271,5): 39% mujeres, 88% ingresados. El promedio de edad es 62,34 años, la franja de edad más numerosa es de 51-75 años, siendo la más frecuente los 66 y 67 años. Aunque los pacientes atendidos van desde 1 a 107 años.
La derivación por interconsulta supuso el 44% frente a un 56% derivado por protocolo. De los derivados por protocolo, el 50% pertenecían a cirugía general, el 25% a cirugía cardíaca y el otro 25% a cirugía torácica.
Los servicios que más interconsultas realizaron en este periodo son: rehabilitación, medicina intensiva y medicina interna (suman más de la mitad del total de los interconsultas atendidas), en conjunto, se han recibido interconsultas de 26 servicios diferentes.
El número total de sesiones realizadas fueron 6986 (media 4,29 sesiones/ paciente).

CONCLUSIONES: El perfil del paciente que recibe tratamiento de FR corresponde a un hombre, de unos 66 años, derivados de forma protocolizada por un proceso quirúrgico. Y al que se realiza una media de 4 sesiones.

Título: Estudio piloto de la consecución de plasma plaquetario de forma económica.

Autores: Leticia Martínez González (1), Patricia Rodríguez Presa (2), María Plaza Carmona (2). 1. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. 2. Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de León.

INTRODUCCIÓN: En la actualidad cada vez se utilizan más en clínica las infiltraciones plaquetarias obtenidas del propio paciente. Esta técnica en ocasiones requiere de material específico y caro equipamiento.
Se ha observado como existen diferencias poco significativas entre el uso de aparataje comercial destinado a dicha técnica y el uso de instrumental común de laboratorio mucho más económico.

OBJETIVO: Comparar la técnica de extracciónde plasma con alto contenido en plaquetasde una centrífuga comercial, con la técnica de extracción del mismo mediante una centrífuga común de laboratorio, probando que contiene las plaquetas mínimas requeridas para su infiltración.

MATERIAL Y MÉTODOS: Participaron 11 mujeres y 2 hombres con entre 24 y 45 años de edad. Recogiendo a cada uno 40,5 mL de sangre a través de punción en el antebrazo, junto con citrato como anticoagulante.
Centrifugando por una parte la sangre con la centrífuga comercial específica para ello, y por la otra en una centrífuga común, aplicando distintas velocidades: 1000,750, y 500 xg durante 5 minutos. A continuación se extrajo manualmente a través de pipeta, la parte con alto contenido plaquetario y se realizó un conteo de concentración mínima.

RESULTADOS: No se encontraron diferencias significativas entre la obtención de plasma plaquetario entre el método comercial y la centrifugación a 1000 xg con respecto al método común. Obteniendo una concentración muy similar y por supuesto apta para la aplicación clínica. Encontrando diferencias más significativas entre las otras condiciones de centrifugado.

CONCLUSIONES: La obtención de concentrado para la infiltración plaquetaria que cumpla con los requisitos mínimos exigidos (1 x 106plaquetas/µL) puede obtenerse a través de la utilización de maquinaria de laboratorio elemental, sin ser estrictamente necesario hacerse con instrumental comercial más costoso. Dato importante ya que en la actualidad cada vez son más utilizados estas infiltraciones por su alto poder terapéutico.

Título: ¿Cómo influimos en la familia en el proceso de muerte perinatal?.

Autores: Cristina Rubio Marcos, Amaia López de Maturana Elorza, Clara Morenza Núñez. Área de Partos. HUMV

INTRODUCCIÓN: La muerte perinatal no es un evento inusual en el proceso de un embarazo. Socialmente es un final no contemplado lo que hace más difícil su duelo. Al apoyo que se hace por el personal sanitario se le ha otorgado poca importancia y está siendo cada vez más integrado en las maternidades de muchos países. El asesoramiento y soporte psicológico parece mejorar el afrontamiento familiar ante la pérdida.

OBJETIVOS: Analizar el efecto de las actuaciones sanitarias en los familiares tras una muerte perinatal.

METODOLOGÍA: Se realizó una búsqueda bibliográfica en la base de datos PUBMED con los MeSH: "Perinatal Mortality" [AND] "Grief" [AND] "Professional Care" resultando 6 artículos, 3 elegidos.
En CUIDEN en texto libre "muerte perinatal, personal sanitario" proporcionó 2 artículos, eligiéndose 1. En Cochrane se seleccionó una revisión. Se incluyeron artículos en español e inglés publicados en los últimos 5 años.

RESULTADOS: El personal sanitario más valorado por los padres por su apoyo emocional fue al personal de enfermería. Mayoritariamente se da importancia a la atención con el bebé y con la madre, la escucha y la información sobre el duelo. Sin embargo, los comportamientos que se perciben más angustiosos parecen ser la insensibilidad, la falta de comunicación y la actitud evasiva por el equipo sanitario.

CONCLUSIONES: Los padres que sufren una pérdida perinatal reciben gran influencia del personal sanitario que les atiende. Éstos mayoritariamente perciben conductas evasivas o insensibles. Asimismo, valoran positivamente el acompañamiento y la escucha. Es por ello que los profesionales sanitarios que atendemos a estas personas deberíamos formarnos en la ayuda al duelo.

Título: La prevención en las fracturas de colles: una revisión de la literatura.

Autores: Jesús Maxide Antuña, Pilar Calvo Martín, Luisa Collado Garrido, Carmen Secades Muñiz, Ignacio Fraguas Bravo, Marta Antón Andrés. HUMV. Centro de Salud Polanco. Centro de Salud Nueva Montaña.

INTRODUCCIÓN: La Fractura de Colles es una fractura muy común estimándose que un 15% de las mujeres mayores de 50 años en USA y Europa tienen riesgo de sufrir una fractura de Colles frente a un 2% de los hombres, lo que se explica por la mayor incidencia de la osteoporosis. Suponen el 40% de los casos tratados en el Servicio de Manos de Rehabilitación del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

OBJETIVOS:
Identificar los factores preventivos de la osteoporosis para evitar una posible fractura de Colles.

METODOLOGÍA: Se hace una revisión de la literatura científica, prestando atención a Revisiones Bibliográficas y guías de Práctica Clínica. La búsqueda se realiza en las siguientes bases de datos: Medline, PEDro, SCOPUS, Cochrane Library y Guía de Salud. La estrategia de búsqueda ha sido "Osteoporosis, Postmenopausal"[Mesh]AND "Primary Prevention"[Mesh]AND "Secondary Prevention"[Mesh]. También se han revisado referencias bibliográficas de varios estudios. Hemos incluido solo los resultados en inglés o español en los últimos 10 años.

RESULTADOS: El ejercicio físico gravitacional es una manera segura y efectiva de evitar la pérdida ósea. Como prevención primaria, sería recomendable una dieta rica en Ca y Vit D. Se recomienda usar suplementos de Ca y Vit D en pacientes tratadas con corticoides, y en aquellas que presenten riesgo de fractura calculado mediante FRAX®. El Alendronato (bifosfonato) tiene efecto como prevención secundaria en estas fracturas. La Terapia hormonal sólo se recomienda a mujeres con riesgo significativo, para las que los tratamientos estrogénicos no sean apropiados. La calcitonina no ha podido demostrar la prevención de fracturas de Colles. Hábitos como el tabaco y alcohol pueden propiciar la aparición de osteoporosis.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES: Es necesario desarrollar un programa de educación para la salud centrado en la prevención de osteoporosis que incluya dieta y ejercicio con el objetivo de evitar fracturas de Colles y de otros tipos.

Título: ¿Es útil y segura la existencia de un acceso venoso periférico en pacientes programados para Cateterismo Cardíaco?.

Autores: Maria Sainz González (1), Ana Rosa Alconero Camarero (2), Mercedes Benito Alfonso (1), Víctor Fradejas Sastre (1), Elena Fernández Peña (1). 1. Servicio de Hemodinamica, HUMV. 2. Escuela de Enfermería. Universidad De Cantabria.

INTRODUCCIÓN: Múltiples son los aspectos a valorar ante un procedimiento intervencionista en el laboratorio de hemodinámica (LH). Todos los procedimientos intervencionistas cardíacos tienen riesgos, por ello es recomendable para mantener la seguridad del paciente la existencia de una vía venosa periférica (VVP) localizada y permeable.

OBJETIVO: Valorar el mantenimiento de VVP previo, durante y después de un cateterismo cardíaco (CC).

METODOLOGÍA: Diseño descriptivo mediante un cuestionario ad hoc (15 preguntas) para analizar la VVP. Se han incluido a los pacientes con ingresos programados en hospitalización para realizar un CC. Se excluyeron todas las situaciones urgentes e ingresos por otras causas.

RESULTADOS: Fueron 225 pacientes que cumplían criterios, ingresados por hemodinámica (60%), cardiología (31%) y otros servicios (9%). Un 87% cumplía protocolo pre-CC.
Relacionado con la técnica, el acceso arterial del CC fue; arteria femoral (53,3%), arteria radial (AR) derecha (30%) y AR izquierda (5,7%). La elección del acceso por AR, puede ser condicionada por la colocación de VVP en mano y articulación radio-carpiana. El 12% fueron CC venosos.
Antes del procedimiento se valoro la existencia de VVP estableciendo que un 75% de los pacientes la portaba. Siendo las localizaciones dorso de la mano (10%), articulación radio carpiana (22%), el antebrazo (42%), y en la fosa del codo (26%). La permeabilidad y la sujeción de las VVP eran adecuadas en un 98%. Complicaciones (2%.)
El 61% de los pacientes necesitaron la utilización de VVP, de forma intermitente (89%) y en perfusión continua (11%). El 39% restante no precisó su utilización.

CONCLUSIONES: Las tres cuartas partes de los pacientes programados y hospitalizados llegan a la observación de hemodinámica con una VVP segura.
La VVP es imprescindible en más de la mitad de los casos.
Es recomendable la inserción de la VVP en antebrazo y fosa del codo para evitar condicionar el acceso radial.

Título: Estandarización del procedimiento de extracción de muestra sanguínea venosa periférica.

Autores: María José Cagigas Villoslada (1), Enara Sainz Navedo (2), Bárbara Alonso Blanco (2) , Marta Achútegui Napal(3), Rocío Ruiz Martínez (4), Marina Lecue Martínez (5). 1. Servicio de Nefrología HUMV. 2. C.S. Castilla Hermida /Gerencia de Atención Primaria. 3. Urgencias /Hospital Vall Hebron. 4. Unidad de partos /HUMV. 5. C.S. Dobra /Gerencia de Atención Primaria.

INTRODUCCIÓN: El análisis de una muestra de laboratorio clínico incluye tres fases: preanalítica, analítica y postanalítica. La preanalítica incluye todos los procesos previos al trabajo de laboratorio: desde la petición del examen hasta el transporte de la muestra.
La bibliografía evidencia que el 70-80% de los errores se producen en esta fase; teniendo un impacto significativo en los resultados. Es responsabilidad de la enfermera evitarlos y promover la precisión de resultados. No existe un criterio único en la técnica de extracción sanguínea, existiendo gran variabilidad.

OBJETIVO: El objetivo de este trabajo es establecer un procedimiento estandarizado de extracción de muestra sanguínea periférica en base a la evidencia científica existente.

METODOLOGÍA: Revisión sistemática de carácter descriptivo utilizando revistas científicas y guías clínicas; y las siguientes bases de datos: Pubmed (Medline), Cuiden y Scielo. Se han revisado documentos tanto nacionales como internacionales; sin limitación de idioma, ni de fecha debido a la escasez de artículos relacionados.

RESULTADOS: Todos los artículos insisten en la correcta identificación del paciente y de la muestra, así como de la preparación previa.
Se debe limpiar con alcohol de 70º o clorhexidina la zona, dejando secar y no volviendo a tocar sobre esta.
El torniquete se colocará 10-15 cm por encima de la vena, no debiendo permanecer más de 60 segundos; la constricción prolongada altera determinados parámetros.
Se evidencia una discrepancia en relación al orden correcto de llenado de los tubos, no habiendo total homogeneidad en los criterios, determinándose hacer uso de las recomendaciones del laboratorio.
Conclusiones: La correcta realización de la técnica proporciona datos óptimos de laboratorio, dando lugar a un correcto diagnóstico.
Es responsabilidad de la enfermera prevenir, evitar y minimizar los errores que se producen en la fase preanalítica, siendo importante una formación continuada.

Título: Quemaduras con iontoforesis en miembro superior.

Autores: Alberto de la Fuente Fernández, Eva Fernández Quiruelas, Cristina Macho San José. Servicio de rehabilitación HUMV.

INTRODUCCIÓN: La iontoforesis consiste en utilizar una corriente eléctrica para hacer penetrar, a través de la piel, los iones activos de un medicamento (1), evitando el paso a través de la mucosa gástrica y la sobrecarga del tubo digestivo.
El riesgo más común es causar una quemadura (2) ya que es posible que la corriente galvanica tenga analgesia per se (3). Por ello suele provocar, de forma característica, un eritema entre leve y moderado debajo de los dos electrodos, que se resuelve en unas horas (Grado 1).

OBJETIVOS: Principal: Determinar la incidencia de quemaduras relacionadas con la aplicación de iontoforesis en miembro superior. Objetivo secundario: identificar factores de riesgo relacionados con la aparición de quemaduras.

MÉTODO: Estudio descriptivo retrospectivo. Se revisaron los registros de 7 meses. Variables: sexo, localización anatómica de la aplicación, fototipo de piel (según clasificación Fitzpatrick), cirugía previa y número de sesiones.
Se excluyeron los pacientes que presentaron eritemas leves (Grado 1).

RESULTADOS: Se estudiaron 55 pacientes. Las zonas anatómicas más frecuentes de aplicación fueron: codo (21,8%) y hombro (18,2%). El 80% no había sido sometido a cirugía previa. El fototipo de piel más frecuente fue el tipo III. Respecto al fármaco a administrar, los más comunes fueron la dexametasona (49,1%) y la hidrocortisona (34,5%). De media se sometieron a 17 sesiones. El 40% de los pacientes presentaron algún tipo de quemadura como evento adverso. No hubo relación estadísticamente significativa entre la aparición de quemadura y el tipo de piel, fármaco a administrar, la cirugía previa o el número total de sesiones.

CONCLUSIONES: Alta prevalencia de quemaduras en la población estudiada. Sería necesario realizar investigaciones en un tamaño muestral mayor y teniendo en cuenta otras variables como la intensidad de la corriente aplicada y tipo de electrodos para evitar las quemaduras en esta técnica.

Título: Efectos del ejercicio aeróbico personalizado "Running" en personas con fibrosis quística.

Autores: Javier Bolado Uribarri, Alumno Escuela Universitaria de Fisioterapia Gimbernat. Universidad de Cantabria.

INTRODUCCIÓN: La actividad deportiva es utilizada para el tratamiento de pacientes con Fibrosis Quística.
El ejercicio puede modular la función inmune en personas sanas y pacientes que sufren de enfermedades inflamatorias crónicas, en una forma de ejercicio de intensidad dependiente a cada uno. De lo que las personas con FQ pueden beneficiarse.
Es importante enseñarles a alcanzar el nivel de intensidad de esfuerzo moderado, para que consigan los efectos deseados sin provocar otros contraproducentes.

OBJETIVO: Determinar un programa aeróbico personalizado basado en el Running para personas con FQ. Analizando las características de cada persona para que se ajuste a sus medidas y que las mejoras en todos ellos puedan ser por igual. Centrándonos en la enseñanza de que cada uno sepa alcanzar su nivel de intensidad de esfuerzo moderada y mostrándoles mediante qué instrumentos pueden guiarse para alcanzarla.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se efectuó la recogida de las variables biodemográficas y respiratorias mediante entrevista personal con un enfoque de tipo experimental, analítico y de corte longitudinal prospectivo. Se realizó una vez a la semana durante cuatro semanas. La población que participó en el proceso de investigación estuvo formada por 4 pacientes diagnosticados de FQ. Los parámetros analizados fueron: pico tos/flujo, volumen inspiratorio, Test de la marcha de 6 minutos, y la prueba de los 1000 metros. Incluyendo en estas últimas FC, FR, SatO2, disnea, distancia y tiempo. Se usó el modelo SPSS para el análisis de las varianzas.

RESULTADOS: Todos los voluntarios mejoraron en sus mediciones de Volumen inspiratorio, Pico Tos y Pico Flujo, pero solo este último mostró un resultado estadístico positivo significativo.

DISCUSIÓN: Los resultados no pueden apoyar el ejercicio aeróbico adaptado basado en el “Running” para personas con FQ ya que están basados en una muestra estadísticamente poco significativa, pero aportamos una nueva línea de investigación sobre este trabajo.

Título: Revisión del tratamiento de fisioterapia del paciente con Parkinson.

Autores: Pilar Calvo Martin, Luisa Collado Garrido, Guadalupe de Federico Bonera, Natalia Requejo Juez, Mª Luisa González Mayoral, Olga González González. Servicio de Rehabilitación. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

INTRODUCCIÓN: En los últimos diez años la derivación de la enfermedad del Parkinson en nuestra unidad ha pasado de un 16,7% a un 42%. Esto provoca un aumento de la lista de espera que puede afectar la rehabilitación temprana del paciente en fase aguda.

OBJETIVO: Revisar el tratamiento actual del paciente con Parkinson en la Unidad de Fisioterapia Neurológica del Adulto (UFNA) y determinar el abordaje más eficaz y eficiente basado en la evidencia.

METODOLOGÍA: Durante los meses de Mayo a Septiembre se ha realizado una revisión de la literatura sobre el tratamiento rehabilitador del paciente con Parkinson en las principales bases de datos. Se han empleado como límites: textos escritos en inglés y español en los últimos cinco años. Los criterios de inclusión han sido: pacientes con síndromes parkinsonianos y tratamientos enfocados a mejorar la funcionalidad de estos pacientes.
De manera paralela se ha revisado el tratamiento fisioterápico que se está desarrollando en la UFNA con el paciente con Parkinson.

RESULTADOS: La evidencia actual sugiere que el tratamiento de fisioterapia es efectivo en la mejora del paciente con Parkinson, sin embargo el trabajo en grupo mejora la capacidad física general de paciente y la sensación de bienestar. El tamaño del grupo dependerá del objetivo y del estadio de los pacientes, pero nunca será más de ocho personas.
El tratamiento actual que se desarrolla en la UFNA es individual y está enfocado a prevenir patrón flexor, mejorar los giros, transferencias y marcha.

CONCLUSIONES: No hay suficiente evidencia de que el trabajo grupal sea superior al abordaje individual, aunque estudios apuntan a que la utilización de ambas modalidades puede ser más efectivo a largo plazo. Es necesario diseñar un programa grupal para desarrollar en la UFNA y determinar si este programa unido al tratamiento individual es más costo-efectivo que el tratamiento individual.

Comunicaciones Breves

Título: Curación avanzada con Microinjerto y Gel de Plaquetas.

Autores: Laura Carrasco Cortijo, Raquel Pardo Vitorero. Unidad de Pie Diabético. Servicio de Cirugia General HUMV.

INTRODUCCIÓN: Paciente de 82 años, con DM II (ADOS), con ITB de 1,1 presenta celulitis con edema doloroso por tromboflebitis superficial y dolorosa en el dorso del pie dcho. Se decide desbridar en el servicio de ortopedia y una vez realizada la limpieza del tejido desvitalizado, se le pone tratamiento antibiótico (Augmentine 1gr, 1-1-1 durante 8 días)y terapia de presión negativa. En unos 7 días se decide dar el alta, realizando una interconsulta a Cirugia Plástica para valorar la opción de injerto; cirugía plástica solicita valoración a Pie Diabético para realizar un microinjerto + gel de plaquetas.

OBJETIVOS:
a) Realizar el Microinjerto
b) Aplicar gel de plaquetas autologo
c) Evaluar los resultados del programa de curas que se ha establecido en la UPD.

METODOLOGÍA: Se realiza el microinjerto en la consulta de pie diabético a finales del mes de abril, tras 7 días se levanta la cura y se aplica gel de plaquetas; tras pasar 9 días se pautan curas con apósito acelerador de la cicatrización y con inhibidor de metaloproteasas cada 5 días.

RESULTADO: En 11 semanas la úlcera está completamente cerrada.

CONCLUSION: Con un Microinjerto realizado en consulta (30 min) y gel de plaquetas se ha curado rápido y correctamente, si ningún problema. Hemos evitado tener que ingresar al paciente, anesteriar, practicar cirugía plástica; llevando a cabo todo el tratamiento en la Unidad de Pie Diabético.

Título: Protocolo de tratamiento de terapia ocupacional y fisioterapia respiratoria en pacientes de trasplante pulmonar.

Autores: Jimena Baudín Gomez-Ullate, Ruth Lagunas Fernández, Beatriz Voces Gutiérrez, María Chacón Martínez. Servicio de Rehabilitación HUMV.

POBLACIÓN DIANA: Pacientes en espera de trasplante de pulmón en Cantabria.

OBJETIVO DEL PLAN: Disminución de las complicaciones post-trasplante pulmonar. Realizar un entrenamiento interválico en cicloergómetro de 40´, optimización de la mecánica ventilatoria.Isotónicos,para mejorar el tono.Mejorar la calidad de vida con técnicas para aumentar la tolerancia a la actividad y prevenir futuros problemas funcionales,potenciando la autonomía personal.

DIAGNÓSTICO: Todo tx de pulmón con alteración de sus capacidades respiratorias y físicas.

PROBLEMAS DE COLABORACIÓN: Residentes en otras comunidades autónomas. Falta de interés y adherencia al tratamiento. Empeoramiento durante el tratamiento.

RESULTADOS: Prevención de las complicaciones pre-post trasplante. Realización buena respiración. Eliminación de secreciones post-trasplante con ftp.respiratoria Aumento de la capacidad pulmonar y resistencia al ejercicio. Disminución de la estancia hospitalaria. Minimizar el impacto de la patología respiratoria en la vida diaria. Reducir el gasto energético y de fatiga en la realización de las AVD. Optimizar el funcionamiento físico mejorando la calidad de vida del paciente pre y post trasplantado.

INTERVENCIONES: Respiración diafragmática y expansiones costales. Incentivador volumétrico para reentranamiento respiratorio. Entrenamiento interválico en cicloergómetro. Ejercicios isotónicos con theraband. Técnicas de tos dirigida. Entrenamiento en técnicas de ahorro energético dirigidas a las actividades de la vida diaria. Tto./intervención postural y mecánica corporal adecuado. Asesoramiento, recomendación y entrenamiento en productos de apoyo y eliminación de barreras arquitectónicas. Tto.ortésico: realización de férulas de miembro superior.

CONCLUSIONES: Reetrenamiento al esfuerzo. Mejora de las técnicas de fisioterapia respiratoria pre-post trasplante Conocimiento y manejo de las técnicas de ahorro de energía. Disminución de la fatiga en las AVD. Mejora de la calidad de vida. Disminución de la estancia hospitalaria.

Título: Fisioterapia en ICTUS basado en la evidencia.

Autores: Mª Luisa González Mayoral, Luisa Collado Garrido, Pilar Calvo Martín, Guadalupe de Federico Bonera, Olga González González, Natalia Requejo Juez. Servicio de Rehabilitación HUMV.

INTRODUCCIÓN: Uno de los retos a los que nos enfrentamos diariamente en la Unidad de Fisioterapia Neurológica del Adulto (UFNA) es el tratamiento del Ictus en fases aguda y crónica.

OBJETIVO: El objetivo de este trabajo es averiguar cuáles son las líneas de actuación por parte del fisioterapeuta del paciente con Ictus desde el ingreso hospitalario y durante todo su proceso de rehabilitación.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión sistemática de las Guías de Práctica Clínica (GPC) sobre el abordaje de fisioterapia del paciente con Ictus mediante una búsqueda durante los meses de febrero a junio del 2016 a través de las siguientes bases de datos: Guidelines International Network, TRIP database, MEDLINE, National Guidelines Clearinghouse y Guía Salud. Los límites fueron: estar escritas en inglés o español y publicadas en los últimos 10 años. La estrategia de búsqueda fue “stroke AND ((rehabilitation) OR physical theraphy speciality.

RESULTADOS: Se encontraron 9 GPC que cumplían los criterios de inclusión.
Son recomendaciones tipo A: las unidades especializadas de Ictus, el inicio durante la primera semana del ingreso, el tratamiento interdisciplinar, el tratamiento intensivo diario.
Tienen también evidencia A en el tratamiento de fisioterapia: el tratamiento orientado a tareas, la práctica mental, el entrenamiento cardiovascular, las pautas domiciliarias y en miembro superior: la Estimulación Eléctrica Funcional y la restricción de lado sano.
No hay evidencia científica acerca de que método de fisioterapia es mejor (Bobath, Perfetti, Kabat, Maitland…) sin embargo la opinión de los expertos es que todos ellos deben formar parte del tratamiento.

CONCLUSIÓN: La revisión de las GPC supone esfuerzo importante a la vez que necesario para respaldar nuestro trabajo diario en el tratamiento de fisioterapia de los pacientes con Ictus, ya que es uno de los elementos con los que contamos en la Fisioterapia Basada en la Evidencia.

Título: Revisión de conocimientos sobre el delirium en el paciente crítico.

Autora: Rocío Fuentes Covián, Unidad de Cuidados Intensivos Generales HUMV.

INTRODUCCIÓN: El delirium es la manifestación más frecuente de disfunción cerebral en los pacientes críticos, cuyo diagnóstico a menudo se encuentra infravalorado por lo que, implica un peor pronóstico e importantes repercusiones económico-sanitarias.

OBJETIVOS: Describir el concepto de delirium, tipología, fisiopatología, factores de riesgo, modelo de predicción temprana, herramientas diagnósticas y medidas de prevención y tratamiento.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica. Bases de datos: Dialnet, Pudmed, Cuiden, Biblioteca Cochrane. Límites: fecha de publicación, tipo de artículo y estudio, idioma, mayores de 18 años ingresados en cuidados intensivos.

RESULTADOS: Abordar factores de riesgo modificables e insistir en la elaboración protocolizada de planes de cuidados enfermeros pueden ayudar a prevenir y/o reducir el delirium, aunque la evidencia científica sobre prevención y tratamiento aún es insuficiente como para crear una recomendación definitiva por lo que, se precisan nuevas líneas de investigación que mejoren el conocimiento y habilidades para el cuidado de estos pacientes.

CONCLUSIONES: el delirium es una entidad frecuente en los pacientes críticos por lo que, resultaría de gran utilidad dotar a los profesionales de enfermería de la mejor evidencia científica disponible, puesto que se encuentran en una posición destacada para la prevención, diagnóstico precoz y, especialmente para la aplicación de medidas no farmacológicas.

Título: Otra forma de contagio del VPH.

Autores: Cristina Rubio Marcos, Clara Morenza Núñez, Amaia López de Maturana Elorza. Área de Partos HUMV.

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 32 años primípara con parto eutócico el 24 de mayo de 2016. Nace mujer de 38+3 semanas de gestación y 3350 gramos con lesión perianal de aspecto papilomatoso de 2x2 mm.
Exploración y pruebas complementarias:
En la exploración general a la recién nacida no se encuentran más hallazgos de interés. Se extirpa la lesión y se envía a anatomía patológica para su estudio. El resultado refleja ADN de serotipo 18 del Virus de Papiloma Humano (VPH). La madre presenta una única citología cervical, en 2015, negativa para VPH.

JUICIO CLÍNICO: Transmisión de VPH transplacentaria.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: La transmisión de VPH madre-hijo puede suceder a través del torrente sanguíneo antes del parto o durante el parto a través del canal de parto o antes. Puede haber nacimiento sin lesiones y desarrollarlas con el tiempo. La transmisión de padre-hijo es posible por la infección del VPH en los espermatozoides, que son capaces de infectar al ovocito en el momento de la fecundación. En relación a la infección trasplacentaria se ha encontrado ADN de VPH en las placentas de mujeres con VPH positivo, pero también se encuentran casos sin dicha concordancia. Esto sugiere que la infección por VPH en la placenta ocurre durante la primera mitad del embarazo.

CONCLUSIONES: La transmisión transplacentaria se apoya en casos con presencia de condiloma acuminado, papilomatosis laríngea o enfermedad anogenital al nacer. Los estudios encontrados no han podido precisar si la identificación del VPH detectado al nacimiento necesariamente causa una enfermedad persistente o sólo corresponde a una infección transitoria. La bibliografía encontrada a este respecto no es concluyente y requiere de más investigaciones tanto en las formas de contagio como en la persistencia y efectos del VPH en estos neonatos para conocer los posibles riesgos o consecuencias de este tipo de infecciones.

Título: E-Paciente de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, EII, en Redes Sociales.

Autora: Maria Soledad Serrano Redondo, Unidad monográfica de Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII), Servicio de Digestivo HUMV.

INTRODUCCIÓN: El mundo de la e-salud (salud digital) está habitado por personas que buscan información sobre su propia salud(e-pacientes) y profesionales de salud que utilizan estas herramientas de forma profesional
Definición de e-paciente: aquel que maneja con soltura los TIC y las utiliza para informarse sobre sus problemas de salud.Proactivos en conocimientos sobre tecnologías e implicados en la toma de decisiones sobre nuestra salud de forma comprometida y colaboradora con el personal sanitario.

OBJETIVOS:PERSONAL SANITARIO
En 2011 recomendaciones según la asociación americana AMA y ANA.
-Respetar privacidad y confidencialidad del paciente en Internet.
-Respetar ética profesional.
-Diferenciar lo personal de lo profesional.
-Notificar contenido inapropiado o dañino.
-Representación del conjunto profesional a los que se pertenece.

OBJETIVOS:E-PACIENTES
-Información actualizada.
-Identificación de responsables de la web.
-No existencia de remedios milagrosos.
-Comprobación de referencias de la información.
-Verificación de la certificación de la página.
-Contrastar información de la web con un profesional de la salud.

METODOLOGÍA: Guía manual herramientas 2.0 en EII.

RESULTADOS:
-Intercambio conocimientos experiencias con resto de profesionales sanitarios y e-pacientes
-Discusión de temas de salud, educación sanitaria, investigación, aplicación de mejores prácticas con evidencias, discusión de políticas sanitarias
-Alfabetización de los e-pacientes en asuntos relacionados con salud, implicación de los mismos en toma de decisiones e interactuación con profesionales sanitarios
-Información actualizada y verificada con la certificación de la página web.

CONCLUSIONES:
Presentación en la guía:
Twitter, Facebook, Google, LinkedIn, Blogs
Presentación:
Webs oficiales y organizaciones así como webs de unidades de EII y de ACCU España.

Título: Beneficios del masaje infantil. Revisión bibliográfica..

Autores: Izaskun Laurrieta Saiz, Marta López Mirones, Alicia Alonso Salcines, Oihane Terán Muñoz, Marta González Maestro, Casandra García González. Área de partos, HUMV.

INTRODUCCIÓN: El masaje infantil es un arte antiguo que ayuda a comprender el lenguaje no verbal de los bebes. Permite responder a sus necesidades con amor y con una escucha respetuosa.

OBJETIVO: Describir los beneficios que tiene el masaje infantil en los bebés a término y pretérmino.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica de estudios basados en la evidencia científica. Fuentes: Pubmed y Scopus.

RESULTADOS: Los beneficios a destacar respecto al recién nacido son: ganancia de peso, aumento de la frecuencia de defecación, disminución de los niveles de microbilirrubina (produciéndose un descenso en la ictericia neonatal) y disminución de los niveles de cortisol. Además de un incremento de la actividad motora, regulación del sueño y disminución del dolor. Siendo niños más independientes y seguros.
En cuanto a los bebés con síndrome de Down y otras discapacidades se observaron los mismos beneficios.
Los padres mostraron un aumento de confianza y respeto hacia su bebe descendiendo las agresiones.

CONCLUSIONES: Los beneficios que se obtienen son tanto para los bebés como para los padres, la familia y la sociedad.
El masaje proporciona un fortalecimiento del vínculo afectivo entre padres e hijos, manteniendo una buena comunicación verbal y no verbal, así como un apego seguro, permitiendo un tiempo mutuo de calidad.
A largo plazo en otros estudios indican mejoras en las áreas psicomotoras, afectivas, desarrollo del lenguaje y capacidad de inserción social.

Título: Cirugía Bariátrica: Gastrectomía Vertical LPS en el HUMV.

Autores: Noelia Prieto Gutiérrez, Raquel Benito Martín, Marta Hurtado Del Rincón, Cristina Rodríguez López, Noelia Sansierra Álvarez, María Tejido Vayas. CIrugía General y Digestiva HUMV.

OBJETIVOS: Describir la técnica de la gastrectomía vertical LPS así como los cuidados de enfermería postoperatorios.

INTRODUCCIÓN: La obesidad mórbida es un problema de salud pública mundial considerado por la OMS como una epidemia. La gastrectomía vertical es la técnica quirúrgica restrictiva más habitual utilizada en este hospital desde hace 3 años como cirugía única o como primer tiempo en superobesos. Los criterios de inclusión de esta cirugía incluyen: edad, IMC, años de obesidad, fracaso de Ttos. conservadores, ausencia de trastornos endocrinos / psicológicos, compromiso y adhesión y no gestación.
Las indicaciones específicas para gastrectomía vertical son: IMC mayor, si alto riesgo quirúrgico y patología digestiva crónica; y patología gástrica que requiera de controles endoscópicos.
Los cuidados de enfermería en el postIQ son los habituales en todo procedimiento quirúrgico, destacando la tolerancia temprana a líquidos en 12-24h y movilización precoz (primeras 24h).
Al alta se realiza educación sanitaria general sobre cuidados postoperatorios tardíos en el domicilio y una serie de recomendaciones dietéticas específicas para esta cirugía: comer despacio y a pequeños sorbos, ingerir alimentos templados, evitar bebidas gaseosas, no beber liquido 30 minutos antes de las comidas y progresión de dieta líquida a blanda en un mes.

MATERIAL Y MÉTODOS: Búsqueda bibliográfica mediante los términos DeCS (cirugía bariátrica, obesidad mórbida y gastroplastia). Protocolo del servicio.

CONCLUSIONES: La gastrectomía vertical es la técnica más utilizada porque es menos compleja, reversible, reduce la grelina y no altera la digestión y absorción. Sin embargo es fácil de sabotear mediante la ingesta hipercalórica (se desaconseja en golosos y picoteadores) y puede producir RGE y vómitos. Cabe destacar la disminución de la estancia hospitalaria a 48-72h lo que supone una incorporación temprana del paciente a su vida cotidiana y una importante reducción del coste sanitario.

Título: Inducción de parto: resultados.

Autores: Izaskun Laurrieta Saiz, Alicia Alonso Salcines, Oihane Terán Muñoz, Marta López Mirones, Casandra García González, Marta González Maestro. Área de Partos HUMV.

INTRODUCCIÓN: La inducción del parto (IDP) según la SEGO es "la iniciación del trabajo de parto mediante procedimentos médicos o mecánicos antes del comienzo espontáneo del mismo, con el propósito de lograr el parto de la unidad fetoplacentaria.
La IDP es una práctica obstétrica frecuente que se ha incrementdo en las últimas décadas.

OBJETIVOS: El objetivo principal de este estudio es describir las características de los partos inducidos en el HUMV; es decir, describir los motivos por los que se induce, la medicación utilizada, como acaban los partos y los parámetros de bienestar neonatal, valorando el test de Apgar y el pH de cordón.

METODOLOGÍA: Diseño descriptivo retrospectivo de los partos inducidos entre el 1 de Enero y el 30 de Abril de 2014, mediante la revisión de historias clínicas.

RESULTADOS: La incidencia de los IDP fue de 35,1%. Las indicaciones más frecuentes fueron la rotura prematura de membranas (33,9%) y los embarazos prolongados (16,7%). El 66,8% de las inducciones se iniciaron con oxitocina. El 61,4% de los partos acabaron en eutócicos y un 25,3% en cesáreas. La principal causa de distocia ha sido el riesgo de pérdida de bienestar fetal (38,6%). Se observó un aumento del porcentaje de cesáreas en los grupos de embarazo en vías de prolongación (27,3%) y estados hipertensivos del embarazo (29,8%).
En cuanto a la duración de la dilatación, la mediana fue de 13 horas.
El 94% de los neonatos tuvieron una adaptación a la vida extrauterina dentro de los parámetros de normalidad.

CONCLUSIONES/DISCUSIÓN: Comparando las IDP con los partos espontáneos, se observó que en las inducciones los partos eutócicos disminuyen, y aumentan las cesáreas y los partos instrumentales. Se aporta información de interés a los profesionales del ámbito de la ginecología y obstetricia, y abre camino a futuras investigaciones para obtener resultados transferibles a la práctica clínica.

Título: Anorexia Restrictiva: "Abordaje Multidisciplinar entre varios actores".

Autores: Diana Jiménez Ruiz, Nuria Pérez Aller, María Dolores Muñoz Torres. Enfermeras Especialistas de Salud Mental. Unidad de Psiquiatría HUMV.

VALORACIÓN DEL CASO: Mujer 37 años con TCA desde los 17 años, ingresa de forma involuntaria en UTCA por compromiso vital. Acude a urgencias por déficit sensitivo y motor en EII, secundario a Anorexia Restrictiva y Desnutrición grave, IMC (10,16) No purgas ni abuso de laxantes, Ejercicio físico compulsivo CPK>8000 y enzimas hepáticas alteradas. Consciente y orientada, escasa conciencia de enfermedad.

ENUNCIADO DEL PROBLEMA-AS: Establecer un plan de cuidados para manejar los diagnósticos enfermeros identificados y los problemas de colaboración derivados al servicio de rehabilitación, cirugía, endocrino y neurología del propio hospital.

INTERVENCIÓN/RESULTADOS: Se realiza una intervención multidisciplinar: desarrollando estrategias para crear una actitud saludable ante los alimentos, educación para la salud y asesoramiento nutricional, administración de nutrición enteral y reposición hídrica según pauta de nutrición. Control de las ingestas y peso. Se mantiene un reposo relativo controlando la hiperactividad. Realizamos terapias de relajación para el autocontrol de la ansiedad. Se refuerzan los objetivos conseguidos y se mantiene una relación terapéutica satisfactoria. Estudio de neurología completo y tratamiento de rehabilitación con electroterapia en MII.

CONCLUSIONES: Recuperación ponderal IMC(17,03).Ingestas adecuadas, mejora del afrontamiento de la enfermedad, estado nutricional e hidroelectrolítico con leve desviación del rango. Conciencia de enfermedad y esperanza en el mantenimiento del tratamiento con buena adhesión. Mejora neuropatía del ciático común con evolución favorable, mejora de la musculatura y sensibilidad. Inicialmente derivada HD para seguimiento clínico. En la actualidad en seguimiento ambulatorio, con ambivalencia cognitiva y riesgo de recaída.

Título: Mal perforante plantar. A propósito de un caso clínico.

Autores: Raquel Pardo Vitorero, Laura Carrasco Cortijo. Unidad de de Cirugía General. Unidad de pie diabético. HUMV.

VALORACIÓN DEL CASO: Mujer 63 años. NAMC. AP: HTA, Insuficiencia Cardiaca, Anemia, DM tipo II, Retinopatía y Arteriopatía periférica. FRCV: Obesa y exfumadora severa. IQ: Pontaje Aorto coronario x4 (2014).

ENUNCIADO DEL PROBLEMA-AS: Paciente que es derivada en Octubre de 2014 desde Atención Primaria por presentar úlcera en la cara lateral del pie derecho con exposición de tendones, 5º metatarsiano y una necrosis aproximada del 85% del lecho úlceral. Lesíon de 12X6 cm, no exudativa e indolora (presencia de neuropatía).

INTERVENCIÓN/RESULTADOS: Ingreso en la unidad de CCV e infecciosas para realización de desbridamiento quirúrgico, administración de antibioterapia EV, trasfusión de sangre y aplicación de terapia de presión negativa con el objetivo de preparar el lecho de la herida para cobertura del mismo mediante un injerto cutáneo por parte del servicio de C.Plástica.
En Febrero de 2015 (4 meses después), reingresa en la unidad con diagnóstico de mal perforante plantar y osteomielitis en EID.
Tras valoración por Ortopedia se plantea amputación del pie, ante la negación de la paciente, se decide continuar con curas en la unidad de pie diabético (UPD), donde, se aborda quirúrgicamente extrayendo la cabeza del 2º metatarsiano + resección del tejido periférico desvitalizado y aproximación de bordes con sutura. Queda una cavitación que se rellena con polvo liofilizado, y se hace una descarga con fieltro, continuando con tratamiento ABT por parte de infecciosas.
Finalmente, se consigue el cierre satisfactorio de la lesión tras 75 días de tratamiento, realizándose el posterior estudio podológico, moldes y diseño de órtesis para continuar con el tratamiento de descarga.

CONCLUSIONES: Tras el uso de diferentes tratamientos y la intervención de un equipo multidisciplinar se ha conseguido el cierre satisfactorio de la lesión, manteniendo la autonomía de la paciente y evitando la amputación de la EID.

Índice de Autores

ÍNDICE DE AUTORES

Achútegui Napal, Marta 45
Alconero Camarero, Ana Rosa 35, 44
Alonso Blanco, Bárbara 45
Alonso Salcines, Alicia 57, 59
Antón Andrés, Marta 43
Baudín Gomez-Ullate, Jimena 52
Belarra Pacheco, Nadia 37
Benito Alfonso, Mercedes 35, 44
Benito Martín, Raquel 58
Bolado Uribarri, Javier 47
Cagigas Villoslada, María José 45
Calvo Martin, Pilar 37, 43, 48, 53
Cano Aribayos, Noemí 36
Carrasco Cortijo, Laura 39, 51, 61
Chacón Martínez, María 52
Collado Garrido, Luisa 37, 43, 48, 53
Crespo Rebollo, Sonia 40
De Federico Bonera, Guadalupe 37, 48, 53
De la Fuente Fernández, Alberto 46
Doalto Muñoz, Yolanda 36
Fernández Morante, Dolores 36
Fernández Peña, Elena 35, 44
Fernández Quiruelas, Eva 46
Fradejas Sastre, Víctor 35, 44
Fraguas Bravo, Ignacio 33, 43
Fuentes Covián, Rocío 54
García González, Casandra 57, 59
González Blanco, Laura 34
González González, Olga 48, 53
González Maestro, Marta 57, 59
Gonzalez Mayoral, Luisa 37, 48, 53
Gutiérrez Briz, Amado José 40
Hernández Regalado, Aránzazu 34
Holanda Peña, María Soledad 34
Hurtado Del Rincón, Marta 58
Jiménez Ruiz, Diana 60
Lagunas Fernández, Ruth 52
Lastra García, María Fe 36
Laurrieta Saiz, Izaskun 57, 59
Lecue Martínez, Marina 45
López de Maturana Elorza, Amaia 42, 55
López Mirones, Marta 57, 59

Macho San José, Cristina 46
Martínez González, Leticia 41
Maxide Antuña, Jesús 33, 37, 43
Morenza Núñez, Clara 42, 55
Muñoz Torres, María Dolores 60
Pardo Vitorero, Raquel 36, 39, 51, 61
Pérez Aller, Nuria 60
Pérez De Las Heras, Rocío 34
Pérez Estela, Ricardo Guillermo 38
Pérez Gutiérrez, Laura 34
Pérez Zabaleta, Andrea 40
Plaza Carmona, María 41
Prieto Gutiérrez, Noelia 58
Requejo Juez, Natalia 48, 53
Rodríguez González, Laro 36
Rodríguez López, Cristina 58
Rodríguez Presa, Patricia 41
Rubio Marcos, Cristina 42, 55
Ruiz Martínez, Rocío 45
Sainz González, María 35, 44
Sainz Navedo, Enara 45
Sansierra Álvarez, Noelia 58
Secades Muñiz, Carmen 43
Serrano Redondo, Maria Soledad 56
Suárez Pérez, Ángela 33, 40
Tejido Vayas, María 58
Terán Muñoz, Oihane 57, 59
Voces Gutiérrez, Beatriz 52

Colaboradores

Colaboradores Institucionales

fundación bancaria CAJA CANTABRIA

Valdecilla Instituto de Investigación Sanitaria IDIVAL

Valdecilla Hospital virtual Valdecilla

COLEGIO DE ENFERMERÍA DE CANTABRIA

Colaboradores Comerciales

Hollister

ConvaTec

Dromedario

BAMA - GEVE

Coloplast

BD

smith&nephew

SOLARES AGUA MINERAL

Nestlé

mediterráneo

smart hospital Cantabria

ROVI

MÖLNLYCKE HEALTH CARE

3M

BM

Medtronic

CAIR Laboratorios CAIR España S.L.U.

mac

Servicio Cántabro de Salud SCS

Valdecilla
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla