2019

Libro de Ponencias y Comunicaciones

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

Edita: Dirección de Enfermería del Hospital Universitario “Marqués de Valdecilla”. 22 de noviembre de 2019.

Avda. Valdecilla s/n

39008 - Santander – Cantabria

ISBN 978-84-09-22525-5

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 5

COMITÉ CIENTÍFICO 5

JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS 11

PROGRAMA CIENTÍFICO 17

PONENCIAS 35

COMUNICACIONES ORALES 37

COMUNICACIONES POSTER 65

ÍNDICE DE AUTORES 125

PREMIOS 131

COLABORADORES INSTITUCIONALES 135

COLABORADORES COMERCIALES 135

Comités

COMITÉ ORGANIZADOR

Mª Teresa Baños Canales
Enfermera, Supervisora H. Domiciliaria.

Gabriela Canto Martín
Fisioterapeuta, Servicio de Rehabilitación.

Laura Fernández Rodríguez
Enfermera, Unidad de Mama.

Javier González González
Enfermero, Supervisor de Área T/N.

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

Carmen Iglesias Gutiérrez
Auxiliar de Enfermería. Delegada sindical.

Maximino Jiménez Chillón
Administrativo, Área de Calidad, Formación, I+D+i de Enfermería.

Pilar Loza Fermín
Auxiliar de Enfermería, Unidad de Traumatología.

Susana Moya Mier
Enfermera, Área de Calidad, Formación, I+D+i de Enfermería.

Patricia Pulido Pérez.
Enfermera, Supervisora Área Urgencias.

Marta Sierra Díaz
Técnico Especialista Radioterapia. Servicio de Radioterapia.

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

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

Comité Científico

Nuria Alonso Peña
Enfermera, Área Quirúrgica

Mª Paz Álvarez García
Enfermera, Supervisora Unidad Cuidados Intensivos Generales.

Mª Luisa Collado Garrido
Fisioterapeuta, Servicio de Rehabilitación.

Inés Cuesta Guerrero
Técnico Medicina Nuclear, Radioprotección.

Víctor Fradejas Sastre
Enfermero, Unidad de Cardiología Intervencionista.

Mirian García Martínez
Enfermera, Servicio de Nefrología.

Cristina Hornero Cimiano
Técnico Especialista Laboratorio, Banco de Sangre.

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

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, Área de Calidad, Formación, Investigación y Desarrollo.

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 años 2013, es dónde se planifican las 7as Jornadas de Innovación y Desarrollo, bajo el lema de "Innovación centrada en las personas", 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 seis 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, 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) Conocer las características y fundamentos del modelo de cuidado centrado en la persona.
   b) Conocer el procedimiento del sistema de rejilla para braquiterapia con semillas radioactivas.
   c) Determinar las ventajas que tienen las posiciones y técnicas tradicionales a la hora de favorecer el parto.
   d) Conocer las características y posibilidades que ofrece la App Cantabria +150 para ayudar al individuo a mejorar su salud desde diversos aspectos como la dieta o el ejercicio, entre otros.
   e) Conocer cómo el Proyecto FUSION empodera a la personas y las nombra elemento clave para abordar los retos innovadores dentro sistema sanitario.

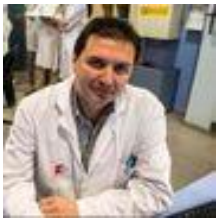
Programa Científico

20 DE NOVIEMBRE 2019

15.30-16.00 h. Acreditación y entrega de documentación

16.00-16.15 h. Acto de apertura

Celia Gómez González
Directora Gerente
Servicio Cántabro de Salud



Rafael Tejido García
Director Gerente
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

Marta González Sobrado
Subdirectora de Enfermería.
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

16.15-17.15 h. Conferencia inaugural: MODELO DE RELACIÓN INTERPERSONAL ENTRE LA ENFERMERA-PERSONA/FAMILIA CUIDADA: Un Modelo de Cuidado Centrado en la Persona.
Página 35

Ponente:
Mª Isabel Saracíbar Razquin
Directora de la Cátedra María Egea
Facultad de Enfermería
Universidad de Navarra

Modera:
Marta González Sobrado
Subdirectora de Enfermería.
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

17.15-17.45 h. 1ª Sesión Comunicaciones Poster (mejor evaluados)

Modera:
Belén Quijano Amor
Área de Partos
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla
@belquia1

1.- PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO EN LA PACIENTE CON PREECLAMPSIA EN PLANTA DE OBSTETRICIA.

Autores: **Silvia Crespo Fernández,** Beatriz Pereira García, Jessika Corzon García, Leticia Herrero Hernández, Beatriz Diego Lavín, Lorena Lasarte Oria. Correturnos Materno-infantil. Servicio de Obstetricia y Ginecología.
Página 67

2.- TÉCNICA DE UNIPUNCIÓN COMO EL NUEVO FUTURO DE ACCESO VASCULAR DE LA FAVI.

Autores: **Bárbara Zorrilla Herrería,** Lorena Bada Díez, Ana Ibaseta López, Ángela Olano Expósito, Javier Ortiz Ortiz, Sandra Pacheco Martínez. Servicio de Cirugía General.
Página 69

3.- IMPLANTACIÓN DE TRATAMIENTOS DE QUIMIOTERAPIA AMBULATORIA EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DE ONCOLOGÍA.

Autores: **Elena García García,** Mario Martin Pastor, M. Pilar Quintanal Ruiz, Isabel Salas González, Ángeles Salomón Amor, Sara Santurde Gómez. Servicio de Oncología.
Página 70

4.- UNA EXPERIENCIA DE PEDAGOGÍA PRENATAL Y DE LA MUERTE EN COLEGIOS DE CANTABRIA LLEVADA A CABO POR MATRONAS.

Autores: **María Lourdes Martín Parada,** Manuela Contreras García**.** Área de Partos.
Página 71

5.- ACTUALIZACIÓN DEL TRABAJO DE ENFERMERÍA QUIRÚRGICA PARA GARANTIZAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN CIRUGÍA ROBÓTICA.

Autores: **Carmen González Fernández,** María Jesús Lorenzo Gómez, Susana de la Cal Bolivar, María Albillos Blanco, María Isabel Álvarez San Sebastián, Marta Villa Martín. Área Quirúrgica.
Página 73

17.45-18.00 h. Pausa / Café

LISTADO DE POSTERS

20.- PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO EN EL PACIENTE SOMETIDO A BIOPSIA RENAL.
Autores: **Ana Ibaseta López,** Sandra Pacheco Martínez, Javier Ortiz Ortiz, Bárbara Zorrilla Herrería, Ángela Olano Expósito, Lorena Bada Díez. Servicio de Nefrología.
Página 75

21.- PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO DE ENFERMERÍA PARA EL PACIENTE CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN HEMODIÁLISIS.
Autores: **Ángela Olano Expósito**, Bárbara Zorrilla Herrería, Javier Ortiz Ortiz, Lorena Bada Díez, Sandra Pacheco Martínez, Ana Ibaseta López. Servicio de Nefrología.
Página 77

22.- PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO EN EL PACIENTE SOMETIDO A TRASPLANTE RENAL.
Autores: **Javier Ortiz Ortiz,** Ángela Olano Expósito, Sandra Pacheco Martínez, Ana Ibaseta López, Lorena Bada Díez, Bárbara Zorrilla Herrería. Servicio de Nefrología.
Página 79

23.- REVISIÓN DE ARTÍCULOS PUBLICADOS EN LA REVISTA DE ENFERMERÍA EN CARDIOLOGÍA (ED. 2013-2018).
Autores: **María Fuentes Martínez,** Mercedes Benito Alfonso, María Sainz González, Ana Belén Píriz Marqués, Víctor Fradejas Sastre, Gema García López. Cardiología Intervencionista.
Página 81

24.- PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO EN PACIENTE SOMETIDO A CISTECTOMÍA RADICAL (POST-OPERATORIO).
Autores: **Laura Ruiz Azcona,** Zeltia Agra Diez, Paula Torre García**.** Servicio de Urología.
Página 82

25.- EL COLECHO, LACTANCIA MATERNA Y MUERTE SÚBITA DEL LACTANTE: RELACIÓN CONFLICTIVA.
Autores: **Celia Gala Busto,** Eva María Trueba Delgado. Urgencias Pediátricas.
Página 84

26.- PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO PACIENTE CON ENFERMEDAD CRÓNICA RENAL EN TRATAMIENTO SUSTITUTIVO CON DIÁLISIS PERITONEAL.
Autores: **Lorena Bada Diez,** Ana Ibaseta López, Sandra Pacheco Martínez, Javier Ortiz Ortiz, Bárbara Zorrilla Herrería, Ángela Olano Expósito. Servicio de Nefrología.
Página 86

27.- PUESTA EN MARCHA DE LA RADIOTERAPIA INTRAOPERATORIA EN EL ÁREA QUIRÚRGICA.
Autores: **Irene Corredera Vicente,** María de los Ángeles De La Horra Esteban, Montserrat Rodríguez Aguirre, Vanessa Martínez Cortavitarte, Maria Asunción Benito González, Lucía Mazario Amodio. Área Quirúrgica.
Página 88

28.- ACTUACIÓN ENFERMERA EN LA NEUROMONITORIZACIÓN PÉLVICA INTRAOPERATORIA EN CIRUGÍA ROBÓTICA.
Autores: **María Jesús Lorenzo Gómez,** Laura García Sanz, Vanessa Martínez Cortavitarte, María Asunción Benito González, Lucia Mazario Amodia, María Albillos Blanco. Área Quirúrgica.
Página 90

29.- EVIDENCIA EN CUIDADOS: PREVENCIÓN Y MANEJO DEL DOLOR/TRAUMA EN EL PEZÓN DURANTE LA LACTANCIA.
Autores: **Elsa Cornejo Del Río**, Sonia Mateo Sota, Carolina Lechosa Muñíz, José Luis Cobo Sánchez. Servicio de Obstetricia y Ginecología. Servicio de Pediatría. Área de Calidad, Formación, I+D+i.
Página 91

30.- IMPLEMENTANDO EVIDENCIA EN EL CUIDADO DE CATÉTERES VENOSOS PERIFÉRICOS.
Autores: **M. Begoña Josa Laorden,** Ester González Fernández, Mª Belén González Gómez, Verónica Gómez Abad, Olga Quintano Rodríguez. Servicio de Neumología. Servicio de Infecciosas.
Página 93

31.- INMOVILIZACIÓN EN RADIOLOGÍA PEDIÁTRICA DEL HUMV, CUIDAMOS AL PACIENTE Y AL ACOMPAÑANTE.
Autores: **María Remedios Cabrera García,** Isabel Martínez González, Elena Rivera Arda, Inés Cuesta Guerrero, Sara Aguilar San Román, Elena Pereda García. Servicio de Radiología. Servicio de Protección Radiológica.
Página 95

32.- LA MIEL, ALTERNATIVA EN LA CURA DE DEHISCENCIA DE HERIDA EN UNA VULVECTOMÍA RADICAL: REVISIÓN.
Autores: **Vanessa Andrés Manteca,** Amparo Hoz Antúnez, María Sáez de Adana Herrero. Servicio de Obstetricia y Ginecología.
Página 97

33.- PATOLOGÍA DUAL EN ESPAÑA Y ETIOPATOGENIA.
Autores: **Gonzalo Ruiz de Andrés,** Javier Valentín Llanos, Daniel Robledo González. Servicio de Psiquitaría. Correturnos. Servicio de Nefrología.
Página 98

34.- PERCEPCIÓN DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA ANTE LA LLEGADA DE RESIDENTES EN ENFERMERÍA PEDIÁTRICA.
Autores: **Yolanda Aparicio Miguel,** Andrea Fernández Gómez, María Juez Primo, Ángela Miranda Salmón. Servicio de Pediatría.
Página 100

35.- SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA.
Autores: **Raquel Raba Tezanos,** Raquel Pacheco Bada. Unidad de Cuidados Intensivos Generales.
Página 102

36.- SÍNDROME DE MARFAN.
Autores: **Daniel Robledo González,** Gonzalo Ruiz De Andrés, Javier Valentín Llanos. Servicio de Nefrología.
Página 103

37.- ACTUALIZACIÓN DEL PROTOCOLO QUIRÚRGICO DE CIRUGÍA ENDOSCÓPICA NASOSINUSAL (C.E.N.S.) GUIADA POR NAVEGACIÓN.
Autores: **Vanessa Martínez Cortavitarte**, María Asunción Benito González, María Jesús Lorenzo Gómez, Laura García Sanz, María Ángeles De La Horra Esteban, Montserrat Rodríguez Aguirre. Área Quirúrgica.
Página 104

38.- GRADO DE SATISFACCIÓN DEL PACIENTE EN LA SALA DE OBSERVACIÓN DE CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA.
Autores: **María Sainz González,** María Fuentes Martínez, Mercedes Benito Alfonso, Virginia Francés Santamaría, Víctor Fradejas Sastre, Gema García López. Cardiología Intervencionista.
Página 106

39.- PORTAL DE ENFERMERÍA QUIRÚRGICA. FORMACIÓN AUDIOVISUAL EN EL ÁREA QUIRÚRGICA.
Autores: **Lucia Mazarío Amodia**, Rosario Menéndez Ba, María Asunción Benito González, Vanessa Martínez Cortavitarte, Laura García Sanz, María Jesús Lorenzo Gómez. Área Quirúrgica.
Página 108

40.- SÍNDROME DE X FRÁGIL.
Autores: **Daniel Robledo González**, Javier Valentín Llanos, Gonzalo Ruiz de Andrés. Servicio de Nefrología.
Página 110

41.- ANÁLISIS Y EVALUCION DE RESULTADOS ANTES LAS MEDIDAS IMPLEMENTADAS EN LA CAMPAÑA DE LA GRIPE 2018-2019.
Autores: **Rocío González Zubizarrtea,** Encarnación Cámara Cascales, Reinhard Wallmann. Servicio de Admisión y Medicina Preventiva.
Página 111

42.- CIRUGÍA ROBÓTICA: UN NUEVO RETO PARA LA ENFERMERA QUIRÚRGICA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA (ORL).
Autores: **María Asunción Benito González,** Vanessa Martínez Cortavitarte, Laura García Sanz, María Jesús Lorenzo Gómez, Irene Corredera Vicente, Lucía Mazario Amodia. Área Quirúrgica.
Página 113

43.- DEBILIDAD NEUROMUSCULAR ADQUIRIDA EN UCI.
Autores: **Raquel Pacheco Bada,** Raquel Raba Tezanos. Unidad de Cuidados Intensivos Generales.
Página 115

44.- LA LEISHMANIASIS EN LA SOCIEDAD ACTUAL.
Autores: **Leticia Martínez González**, María Plaza Carmona, Carmen Juan García. Servicio de Digestivo.
Página 117

45.- CÓMO AFECTA LA REDUCCIÓN DE JORNADA LABORAL EN 1,5 HORAS SEMANALES EN LA UNIDAD DE RESONANCIA MAGNÉTICA TORRE B.
Autor: **Javier Gutiérrez de Rozas Astigarraga.** Servicio de Radiología.
Página 118

46.- AYUNAS PERIOPERATORIAS EN PACIENTES BAJO ANESTESIA GENERAL: TIEMPOS Y FACTORES ASOCIADOS.
Autores: **Raquel Pardo Vitorero,** Ana Gómez Sánchez, Cristina Lantarón Izaguirre, José Luis Cobo Sánchez, Laura Carrasco Cortijo, Cristina Pérez De Castro. Reanimación. Área de Calidad, Formación, I+D+i. Unidad Pié Diabético.
Página 119

47.- CUIDADOS DE LA ENFERMERÍA ESPAÑOLA EN PREVENCIÓN DE NEUMONIA ASOCIADA A LA VENTILACIÓN MECÁNICA. REVISIÓN SISTEMÁTICA.
Autores: **Verónica Gómez Abad**, Raquel Cruz Valle. Servicio de Neumología. Correturnos UCI.
Página 120

48.- EJERCICIO FÍSICO Y EMBARAZO EN DEPORTISTAS DE ALTO RENDIMIENTO.
Autores: **Leticia Martínez González,** María Plaza Carmona, Carmen Juan García. Servicio de Digestivo.
Página 121

49.- HUMANIZANDO LOS CUIDADOS INTENSIVOS.
Autores: **Cristina Pérez González,** Alejandra Martínez Cuesta, Marta Pérez-Cosio Pérez, María Luz Roldan Roldán, Pilar Arigita Marquínez. Unidad de Cuidados Intensivos Generales.
Página 123

18.00-19.00 h. 1ª Sesión Comunicaciones Orales

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

6.- ALOJAMIENTO CONJUNTO EN EL HOSPITAL DE SEMANA: SERIE DE CASOS.
Autores: **Roberto Arévalo Lagándara**, Susana Raquel García Pereda, María Piquero Cuevas, Elena Valcarce de León. Hospital de Semana.
Página 39

7.- IMPACTO DE IMPLEMENTACIÓN DEL PROCEDIMIENTO: MANEJO DE LA LM EN EL PREMATURO PRETÉRMINO TARDIO EN LA PLANTA DE MATERNIDAD.
Autores: **Carolina Lechosa Muñiz**, Elsa Cornejo Del Rio, Sonia Mateo Sota, Lorena Lasarte Oria, María Saez de Adana Herrero, Pilar Gortazar Arias. Servicio de Pediatría. Servicio de Obstetricia y Ginecología.
Página 41

18.- ACERCANDO LOS CUIDADOS. ASESORAMIENTO NUTRICIONAL POR CORREO EN UTCA.
Autores: **María José Díaz Molás**, Leticia Castro Fuentes, Cristina Hernández Jiménez, Nuria Pérez Aller, Javier Sastre Yáñez, Marina Guzmán Ruiz**.** Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria.
Página 43

9.- IMPORTANCIA DE LA REHABILITACIÓN PRECOZ EN PACIENTES CON AMPUTACIÓN MAYOR DE ORIGEN ISQUÉMICO.
Autores: **Beatriz Sanz Hoya**, María Juez De Domingo, Lourdes González Castañeda, Elena García Ayuso, Patricia Díaz Burguillo. Servicio de Cirugía Cardiovascular.
Página 45

10.- EVALUACIÓN DE UN SISTEMA DE ALERTA TEMPRANA EN PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE UROLOGÍA DEL HUMV.
Autores: **Laura Ruiz Azcona**, Paula Torre García, Zeltia Agra Diez, Montserrat de la Torre Sastre, Ana María Ruiz Ruiz. Servicio de Urología. Servicio de Medicina Intensiva.
Página 47

11.- VALORACIÓN INICIAL DE ENFERMERÍA EN URGENCIAS EN SALUD MENTAL.
Autores: **Mar del Olmo de Celis,** Miriam Anuarbe Cortés, Mª Ángeles Villa Folch. Servicio de Urgencias. Servicio de Psiquiatría. SUAP de Liébana.
Página 49

12.- TERAPIA PICO COMO PREVENCION DE COMPLICACIONES TRAS LA CIRUGIA EN TRAUMATOLOGIA.
Autores: **Ana Centeno Negreira,** Yolanda Doalto Muñoz, Patricia Arredondo Castillo, Laura Carrasco Cortijo. Servicio de Traumatología. Servicio Cirugía Plástica. Unidad de Pie Diabético.
Página 51

19.00-20.00 h. Mesa redonda: Innovación Centrada en las Personas en el Servicio Cántabro de Salud.
Página 35

Ponente:
Juan Ignacio Raba Diez
Servicio de Radiofísica y Protección Radiológica
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla
Sistema de rejilla para braquiterapia intersticial con detección y señalización automática, SiReBA

Ponente:
Alexia Esquinas Toca
Mamá de mellizos prematuros a tiempo completo
Técnico en panadería, pastelería y confitería
@AlexiaEsquinasT
Mamá primeriza y prematura

Ponente:
Amaya Martín Fernández
Área de Partos
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla
@amayamf
Cómo favorecer el parto mediante posiciones maternas y técnicas tradicionales

Ponente:
Abraham Delgado Diego
Oficina de Cronicidad y Pluripatología
Servicio Cántabro de Salud
Cantabria +150, mHealth de vanguardia en el Servicio Cántabro de Salud

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

21 DE NOVIEMBRE 2019

16.00-17.00 h. 2ª Sesión Comunicaciones orales

Modera:
Raquel Pelayo Alonso
Servicio de Nefrología
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla
@RAQUELPELAYOALO

13.- IMPACTO DE LA MONITORIZACIÓN FLASH DE GLUCOSA, CALIDAD DE VIDA PERCIBIDA Y CONTROL GLUCOMETABOLICO.
Autores: **María Lourdes Aizpeolea San Miguel,** María Piedra León, Carmen Marzo Conde, María Asunción Gómez De la Fuente, Elena Bats Olaso. Servicio de Endocrinología.
Página 52

14.- PREVALENCIA DE HIPOTERMIA Y FACTORES ASOCIADOS EN UNA UNIDAD DE REANIMACIÓN POSTANESTÉSICA.
Autores: **Ana Gómez Sánchez**, María Pérez Coterillo, Ana Rosa Fernández Guerra, Alexandra Alba Solana, Aida Rincón Alcalde, Paula Fernández Sánchez. Reanimación. Área Quirúrgica.
Página 54

15.- ABORDAJE INTERDISCIPLINAR EN LA CONSULTA DE CARDIOLOGÍA ESTRUCTURAL. ELABORACIÓN DE UN PLAN PERSONALIZADO.
Autores: **Mercedes Benito Alfonso**, María Fuentes Martínez, María Sainz González, Víctor Fradejas Sastre, Paloma Pozueta Rivero, Gema García López. Cardiología Intervencionista.
Página 56

16.- INCIDENCIA DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA Y SU RELACIÓN CON PATOLOGÍA CARDÍACA EN UNA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA.
Autores: **Laura Cólera Montero,** Cristina María Sánchez López, Beatriz Sanz Hoya**.** Servicio de Medicina Interna.
Página 58

17.- PREVALENCIA DE LACTANCIA MATERNA Y PRINCIPALES MOTIVOS DE ABANDONO.
Autores: **Sonia Mateo Sota, Carolina Lechosa Muñiz, Elsa Cornejo del Río.** Urgencia Pediátrica. Servicio de Pediatría. Servicio de Obstetricia y Ginecología.
Página 60

8.- CASO CLINICO: ABORDAJE DEL PACIENTE CON TCA CON INGRESO HOSPITALARIO.
Autores: **Marina Pereda Villaescusa,** Nuria Perez Aller, Marta Lucia Sancha Herrera**.** Servicio de Pediatría. Servicio de Psiquiatría.
Página 62

19.- USO DE LA ECOGRAFIA DOPPLER COMO HERRAMIENTA BASICA EN EL ABORDAJE DE LA FISTULA ARTERIOVENOSA NATIVA.
Autores: **Sandra Pacheco Martínez,** Ana Ibaseta López, Ángela Olano Expósito, Lorena Bada Diez, Javier Ortíz Ortíz, Bárbara Zorrilla Herrería. Servicio de Nefrología.
Página 64

17.00-17.45 h. Finalistas Premio Mejor Comunicación y Artículo Área de Enfermería Valdecilla 2019

Modera:
Faustino González Menéndez
Supervisor Área de Calidad, Formación, I+D+i de Enfermería
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

FINALISTAS MEJOR ARTÍCULO

Fernández-Cacho LM, Ayesa-Arriola R. **Quality of life, pain and anxiety in patients with nephrostomy tubes.** Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2019;27:e3191. *ENLACE A ARTICULO*

Francos Torre E. **La alfabetización en salud de usuarios de los servicios de urgencias hospitalarios. Revisión Bibliográfica.** Nuber Científ. 2018;3(25): 40-48. *ENLACE A ARTICULO*

FINALISTAS MEJOR COMUNICACIÓN

Lechosa Muñiz C, Cobo Sánchez JL, Herrero Castanedo S, Cornejo Del Rio E, Mateo Sota S, Sáez De Adana M. **Validación en personal de Enfermería de un cuestionario sobre conocimientos y habilidades en lactancia materna (Proyecto EcoLaE)**, presentando en el X Congreso Español de Lactancia Materna, celebrado en Santiago de Compostela los días 4 a 6 de abril de 2019, en forma de Comunicación Oral.

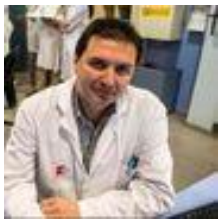
Aizpeolea San Miguel ML, Piedra León M, Gómez De la Fuente A, Sangil Monroy I, Batanero Maguregui R, Bats Olaso E. **Características Clínicas e impacto sobre el control metabólico de los pacientes que siguen terapia con ISCI en el HUMV**, presentado en el XXX Congreso Nacional de la Sociedad Española de Diabetes, celebrado en Sevilla los días 24 a 26 de abril de 2019, en forma de Póster.

17.45-18.00 h. Pausa-Café – LISTADO DE POSTERS

18.00-18.30 h. Presentación proyectos ganadores 21ª Convocatoria Nacional de Proyectos de Investigación "Enfermería Valdecilla".

Gaspar Laredo Herreros
Presidente
Fundación Bancaria Caja Cantabria

Juan Muñiz Castro
Director General
Fundación Bancaria Caja Cantabria



Rafael Tejido García
Director Gerente
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

Lourdes Escobar Hoyos
Subdirectora de Enfermería.
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

Galo Peralta Fernández
Director de Gestión
Instituto de Investigación Sanitaria Valdecilla IDIVAL

MEJOR PROYECTO:

"La aceptación incondicional de la persona con problemas de salud mental por parte de la enfermera: explorando su significado en el proceso de la Relación Terapéutica".

Gemma Cardó Vila, María Rosario Valera Fernández, Teresa Vives Abril, Antonio Rafael Moreno Poyato, Andrea Aznar Huerta, Juan Manuel Leyva Moral.
Centre Fòrum de l'Hospital del Mar. Centro de Salud mental de Sant Martí Escuela Superior de Enfermería del Mar. Facultad de Medicina. Parc de Salut Mar de Barcelona.

MEJOR PROYECTO VALDECILLA:

"Impacto, eficacia, aplicabilidad y satisfacción de un programa de apoyo a los centros de educación infantil y primaria de Cantabria con alumnado afectado por fibrosis quística".

Elena Rivas Cilleros, José Carlos López Alonso, Patricia Rodríguez Fernández, Ángela Fernández Rodríguez, Rocío Sancho Gutiérrez, Elena Pérez Belmonte, Javier Velasco Montes.
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Oficina de Cronicidad del Servicio Cántabro de Salud. Consejería de Sanidad del Gobierno de Cantabria. Hospital de Leza.

18.30-19.30 h. Conferencia de clausura: Emprendimiento e innovación en el ámbito de la salud

Página 35

Ponente:
Rafael Ruiz Bada
Responsable de Innovación
Centro Internacional Santander Emprendimiento (CISE)
@RafaelRuizBada

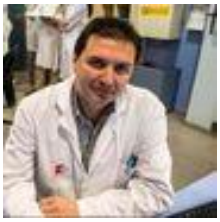
Modera:
Patricia Zorrilla de la Fuente
Responsable de la OTRI-IDIVAL
@IDIVALotri

19.30-20.00 h. Conclusiones y entrega de Premios.

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

20.00-20.15 h. Acto de clausura.

Miguel Rodríguez Gómez
Consejero de Sanidad
Gobierno de Cantabria



Rafael Tejido García
Director Gerente
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

Lourdes Escobar Hoyos
Subdirectora de Enfermería.
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

PONENCIAS

Título: "Modelo de relación interpersonal entre la enfermera-persona/familia cuidada: Un Modelo de Cuidado Centrado en la Persona"
Ponente: **Mª Isabel Saracíbar Razquin**
Ver en https://www.youtube.com/watch?v=fvQW7V4GEUg

Título: "Sistema de rejilla para braquiterapia intersticial con detección y señalización automática, SiReBA"
Ponente: **Juan Ignacio Raba Diez**
Ver en https://www.youtube.com/watch?v=fvQW7V4GEUg

Título: "Mamá primeriza y prematura"
Ponente: **Alexia Esquinas Toca**
Ver en https://www.youtube.com/watch?v=fvQW7V4GEUg

Título: "Cómo favorecer el parto mediante posiciones maternas y técnicas tradicionales"
Ponente: **Amaya Martín Fernández**
Ver en https://www.youtube.com/watch?v=fvQW7V4GEUg

Título: "Cantabria +150, mHealth de vanguardia en el Servicio Cántabro de Salud"
Ponente: **Abraham Delgado Diego**
Ver en https://www.youtube.com/watch?v=fvQW7V4GEUg

Título: "Emprendimiento e innovación en el ámbito de la salud"
Ponente: **Rafael Ruiz Bada**
https://www.youtube.com/watch?v=4DumqSW5Iok

Comunicaciones Orales

Título: Alojamiento conjunto en el Hospital de Semana: serie de casos.

Autores: Roberto Arévalo Lagándara, Susana Raquel García Pereda, María Piquero Cuevas, Elena Valcarce de León. Hospital de Semana.

INTRODUCCIÓN: Actualmente el HUMV se encuentra en proceso de acreditación del programa IHAN (Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia). Además la OMS recomienda la lactancia materna (LM) exclusiva durante los primeros seis meses de vida y su mantenimiento, junto a la alimentación complementaria, durante los primeros 2 años del niño. En ocasiones las madres lactantes enferman y precisan ingreso hospitalario para la realización de procedimientos o intervenciones quirúrgicas, en estos casos, siempre que sea posible, no se debería interrumpir la LM.

OBJETIVO: Evaluar el impacto de la implantación de un protocolo de alojamiento conjunto (AC) en madres lactantes ingresadas en el Hospital de Semana (HdS), sobre la continuidad de la LM y la satisfacción.

METODOLOGÍA: Estudio descriptivo transversal de una serie de casos de madres lactantes ingresadas en el HdS de enero de 2018 a septiembre de 2019. El protocolo de AC consistió en:

- Facilitar a la familia la información y los medios necesarios para el AC de madre e hijo (habitación individual,cuna, sacaleches, etc..).
- Identificar al cuidador primario del niño para cuando la madre esté ausente o no pueda hacerse cargo de él.
- Si la LM fuera exclusiva, proponer la extracción previa de leche con sacaleches para su conservación y posterior alimentación del niño en los casos en que fuera necesario.
- Asegurar previo a la intervención un vaciado de los pechos, mediante amamantamiento o con sacaleches.
- Consultar la compatibilidad de los fármacos utilizados con la LM.

Para determinar el impacto se recogieron las siguientes variables: edad de la madre y del hijo, motivo ingreso, tipo de lactancia, uso de recursos materiales del hospital, consulta de compatibilidad de la medicación con la LM, sensación subjetiva de satisfacción con el AC de pacientes y profesionales. Y la “no interrupción” de la LM.

RESULTADOS: En el periodo de estudio se incluyeron en el protocolo 8 madres lactantes, con una edad media de 35,1 años, rango (27-42) y de los niños con LM exclusiva (80%) de 4,3 meses, rango (2-7) y con complementaria (20%) de 26 meses, rango (16-36). Los motivos de ingreso fueron 5 cirugías y 3 de la U. de Arritmias. En todos los casos precisaron algún recurso del hospital. En el 100% de los casos se consultó la compatibilidad de la medicación con la LM. El grado de satisfacción de madres y profesionales fue elevado. Al alta el 100% de las madres mantuvo la LM.

CONCLUSIONES: En todos los casos fue posible el AC. Se ofrecieron cuidados individualizados, para favorecer la continuidad de la LM.
Aún observando gran variabilidad y complejidad de situaciones médicas y personales de los casos, la satisfacción general fue muy alta.

Como área de mejora hemos detectado que las madres tienen falta de información previa al ingreso sobre la posibilidad de AC para el mantenimiento de la LM.

Título: Impacto de implementación del procedimiento: manejo de la lm en el prematuro pretérmino tardío en la planta de Maternidad.

Autores: Carolina Lechosa Muñiz, Elsa Cornejo Del Rio, Sonia Mateo Sota, Lorena Lasarte Oria, María Saez de Adana Herrero, Pilar Gortazar Arias. Servicio de Pediatría. Servicio de Obstetricia y Ginecología.

INTRODUCCIÓN: Los recién nacidos pretérminos tardíos (RNPT) son aquellos nacidos con una edad gestacional (EG) comprendida entre la semana 34+0 y 36+6. En la Planta de Maternidad del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (HUMV) se atiende al RNPT comprendido entre las 35+0 y 36+6 semanas. El establecimiento de la lactancia materna (LM) en el RNPT presenta mayor dificultad que en neonato a término. Debido a su inmadurez los RNPT están menos alerta, muestran una succión más débil y tienen mayor dificultad para conseguir una toma efectiva.
En enero de 2018, se pone en marcha un procedimiento específico en la Planta de Maternidad de manejo de la lactancia en este grupo de RN. Se instruye a las madres en la estimulación/extracción de calostro de forma manual/mecánica tras el amamantamiento (mínimo 8-10 tomas al día) para asegurar una adecuada estimulación de la glándula mamaria, suplementar con leche materna extraída desde las primeras horas de vida, asegurando así una lactancia materna exclusiva (LME).

OBJETIVO: Evaluar el impacto de la implementación de un procedimiento de manejo de la LM del RNPT en Planta de Maternidad en el HUMV.

METODOLOGÍA: Estudio cuasiexperimental no controlado, de tipo pre/post implantación del procedimiento. Población diana: RNPT tardíos de la Planta de Maternidad (TD4/TC4) en el HUMV. Periodo estudio: junio de 2018 a julio de 2019. Variables de estudio: fecha de nacimiento, EG, peso al nacimiento, tipo de parto, tipo de alimentación durante toda su estancia hospitalaria. Para determinar el impacto del procedimiento se revisó la prevalencia de LME al alta hospitalaria, es decir, RN que solo han recibido leche materna desde el nacimiento hasta el alta hospitalaria. Se realizó un análisis descriptivo e inferencial (testZ) con Epidat 3.1 y el SPSS.

RESULTADOS:Se analizaron un total de 23 prematuros tardíos.11 durante el periodo pre y 12 en el post.
Características PRE/POST implantación del procedimiento:

- EG: 36,29±0,5/36,13±0,59 semanas
- Peso medio al nacimiento:2638,18±196,48/2527,92±131,92 gramos
- Tipo de parto: 54,5% eutócico, 18,2% instrumental y 27,3% cesárea / 75% eutócico y 25% cesárea.
- Tipo de alimentación al alta: 18,2 % LM exclusiva, 63,6% lactancia mixta (LX) y 18,2% lactancia artificial (LA) / 41,7% LME, 50% LX y 8,3% LA (p: NS).

CONCLUSIONES: Realizar una estimulación/extracción precoz de la mama tras el amamantamiento aumenta la tasa de LME en el pretérmino tardío de 18,2% a un 41,7%. Aunque el dato no sea estadísticamente significativo, ya que el tamaño muestral es pequeño, si es clínicamente relevante. Es

responsabilidad de los profesionales sanitarios ayudar a que estos RN sean amamantados o alimentados con leche materna ofreciendo una estrategia que se anticipe a las dificultades en la alimentación que suelen presentar y que ayude en la prevención riesgos asociados como la deshidratación, hipoglucemia, hiperbilirrubinemia y reingresos hospitalarios.

Título: Acercando los cuidados. Asesoramiento nutricional por correo en UTCA.

Autores: María José Díaz Molás, Leticia Castro Fuentes, Cristina Hernández Jiménez, Nuria Pérez Aller, Javier Sastre Yáñez y Marina Guzmán Ruiz. Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria.

POBLACIÓN DIANA/ OBJETIVOS DEL PLAN: En la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria (UTCA) del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, las patologías principales que se atienen son la anorexia y la bulimia nerviosa, que afectan en especial a mujeres adolescentes y adultas jóvenes. El equipo de enfermería, realiza un plan de cuidados estandarizado, donde se recogen las necesidades e intervenciones tanto de los pacientes como de su familia.

VALORACIÓN ESTÁNDAR: Se realiza mediante entrevista semiestructurada y exploración somática, prestando especial atención a la exploración de la conducta alimentaria.
Encontrándose con frecuencia afectados la mayoría de los patrones funcionales.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA Y PROBLEMAS DE COLABORACIÓN: Los principales diagnósticos comunes en la mayoría los pacientes son:
[00078] Gestión ineficaz de la salud y [00074] Afrontamiento familiar comprometido.
Los Problemas de Colaboración presentados con mayor frecuencia son: Ansiedad, Hiperactividad, Alteración de la imagen corporal, Baja autoestima.

CRITERIOS DE RESULTADO: Son evaluados a través del programa Gacela:
[1813] Conocimiento: régimen terapéutico, [1209] Motivación, [1402] Autocontrol de la ansiedad, [2605] Participación de la familia en la asistencia sanitaria.

ENUNCIADO DE INTERVENCIONES: La intervención principal de enfermería es, [1030] Manejo de los trastornos de la alimentación, siendo el asesoramiento nutricional la actividad clave.
Se realiza de forma presencial, explicando la estructura de las ingestas de una dieta equilibrada, el manejo de las raciones y los menús, junto con las pautas conductuales durante y después de las comidas. Se entrega la documentación con la información y las formas de contactar con la unidad para resolver dudas si fuera necesario, siendo el correo electrónico el recurso usado más frecuentemente. Ya que permite una comunicación rápida y continua, además de la valoración de la adherencia al tratamiento y la evolución de los pacientes mediante el envío de fotos de las ingestas que realizan en el domicilio. Pudiendo reforzar de forma positiva dicha adherencia de forma más inmediata, fomentando la motivación.
Las respuestas dadas se estructuran en primer lugar, resaltando los aspectos positivos de las ingestas enviadas, después, realizando las correcciones necesarias o resolviendo las dudas y por último, reconociendo el esfuerzo realizado por el paciente o el familiar.

CONCLUSIONES: El uso del correo electrónico en la UTCA permite realizar el asesoramiento nutricional de forma dinámica y efectiva. Además, aporta seguridad al cuidador principal para seguir las recomendaciones y sirve para mejorar la adherencia al tratamiento en el domicilio.

Título: Importancia de la rehabilitación precoz en pacientes con amputación mayor de origen isquémico.

Autores: Beatriz Sanz Hoya, María Juez De Domingo, Lourdes González Castañeda, Elena García Ayuso, Patricia Díaz Burguillo. Servicio de Cirugía Carduiovascular.

INTRODUCCIÓN: La enfermedad arterial periférica es la obstrucción del flujo sanguíneo en las arterias, compromete principalmente los miembros inferiores y puede llegar a poner en peligro la extremidad, siendo una de las principales causas de amputación mayor (AM) en Occidente. La prevalencia es del 3-10% en la población general y progresa desde formas asintomáticas hasta isquemia crítica (IC) (5-10%). La tasa de AM en la IC es del 30%. La capacidad funcional (CF) es la habilidad para llevar a cabo las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) sin necesidad de supervisión o asistencia. Un método eficaz para mejorarla sería una intervención a corto plazo sobre las ABVD en un entorno de rehabilitación precoz (RP).

OBJETIVO: Valorar la evolución en las habilidades de autocuidado y movilidad determinadas por la CF a través de un programa RP en pacientes con AM de origen isquémico (OI).

METODOLOGÍA: Estudio descriptivo transversal en pacientes con AM de OI en la unidad de cirugía cardiovascular de un hospital de tercer nivel. Muestreo no probabilístico y de conveniencia, incluyendo cohorte de pacientes consecutivos sometidos a AM durante 1 año. Criterios inclusión para RP: estabilidad hemodinámica, estado herida quirúrgica, complicaciones de la cirugía, edad, apoyo familiar y consentimiento para su inicio. Se realizaban 5 sesiones/semana de 30 min. potenciando miembros superiores y miembro inferior no afectado, insistiendo en la realización de cambios y transferencias corporales. Para determinar la evolución de la CF se utilizó el Índice de Barthel-modificación de Granger (IBG) y se evalúo al ingreso, al alta y a los 3 y 6 meses (M) del alta, mediante un cuestionario heteroadministrado. Se realizó un análisis descriptivo e inferencial de variables con el paquete estadístico SPSS v20.0 (test T de Student y ANOVA de un factor).

RESULTADOS: Se estudiaron 34 pacientes; el 28.2% recibieron RP. Los pacientes con RP partían de una puntuación en el índice de autocuidado (IA) del IBG de 40.21±10 vs no 22.11±16.77 ($p<0.01$) y al alta RP 34.29±10,54 vs no 18.96±16.79; ($p<0.01$); a los 6M RP 40.31±14.94 vs no 22.24±15.47; $p<0.01$.
La puntuación del índice de movilidad (IM) del IBG consiguió duplicarse a los 6M respecto al alta en aquellos que tuvieron RP: 13.79±6.71 vs no 4.11±6.35; $p<0.01$ mientras que a los 6M 28.08±15.21 vs no 8.33±11.96; $p<0.01$. En cambio a los 3M los que no tuvieron RP mejoraron su IM más que a los 6M (RP 19.07±13.2 vs no 8.82±8.52; $p<0.01$). En este caso partían de un IM previo a la AM de RP 17.56±14.51 vs no 9.7±11.74.

CONCLUSIONES: A los 6M:
- Todos los pacientes recuperaron la puntuación de IA previa a la cirugía.

- Hay un importante incremento de IM con RP mientras que sin RP empeora este dato.
- Se observó una mejora en la CF lo que significa que la RP es efectiva en pacientes con AM a medio plazo.

Es importante establecer protocolos que incluyan una RP durante el postoperatorio como objetivo, mejorando así la calidad de los cuidados.

Título: Evaluación de un sistema de alerta temprana en pacientes ingresados en la unidad de Urología del HUMV.

Autores: Laura Ruiz Azcona, Paula Torre García, Zeltia Agra Diez, Montserrat de la Torre Sastre, Ana María Ruiz Ruiz. Servicio de Urología. Servicio de Medicina intensiva.

INTRODUCCIÓN: Detectar de manera precoz el riesgo de deterioro clínico y establecer las pautas de actuación en el paciente quirúrgico, son vitales para prevenir complicaciones mayores. En nuestro hospital se ha pilotado un sistema de alerta temprana, basado en algoritmos de decisión en función de las variables clínicas de la toma de constantes de enfermería.

OBJETIVO: Evaluar la puesta en marcha de un sistema de alerta temprana en pacientes quirúrgicos en la unidad de urología del HUMV.

METODOLOGÍA: Estudio descriptivo transversal sobre la toma de constantes clínicas entre febrero y abril de 2019, en pacientes a cargo de Urología, ingresados en la planta de hospitalización TD6, siendo excluidos los pacientes no subsidiarios de medidas agresivas. El sistema se basa en un algoritmo de puntuación alimentado por una batería de variables clínicas: tensión arterial sistólica, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, temperatura, saturación de oxígeno, caudal de oxígeno (≥6 litros) y nivel de conciencia (Alerta, Confusión, Verbal, Dolor, No respuesta – ACVDN-). En función de la puntuación se estableció la clasificación del riesgo (mínimo, bajo, medio, alta) por colores, y la respuesta clínica. El algoritmo de puntuación y de estratificación, así como de respuesta, se incorporaron a la estación de trabajo (Gacela Care) y se instauró un flujo de llamada respuesta (enfermera-médico). Para llevarlo a cabo, se realizaron 4 sesiones formativas presenciales multidisciplinares. Finalmente, se realizó un análisis descriptivo de las variables a estudio (edad, sexo, estancia media, tipo de ingreso y número de constantes), mediante el programa estadístico SPSS.

RESULTADOS: Fueron introducidas dos nuevas variables no habituales en la unidad (frecuencia respiratoria y nivel de conciencia). Se estudiaron 322 pacientes: 78,9% hombres, edad media 65,64 años (26-92), estancia media 5,79 días (1-41), 74,4% ingresos programados, 44% con patología cardiaca y 85% con patología respiratoria. Se registraron 17.633 constantes relacionadas con el algoritmo, que desencadenaron 2519 códigos: azules (54,5 %), verdes (39,3 %), naranjas (6,2 %) y rojos (<0,1 %). De los códigos naranjas, se realizó la llamada correspondiente en 93% de ellos y requirieron tratamiento médico el 67,5%. Dentro de los naranjas, hubo un 18 % de falsos positivos por hipoxemia crónica y dentro de los azules y verdes, falsos negativos por hipertensión que no fueron cuantificados.

CONCLUSIONES: El pilotaje con el sistema de alerta precoz permite realizar una detección del paciente en riesgo de deterioro clínico, minimizando el factor humano y reforzando la toma de decisiones. Esto supuso una modificación en la forma de trabajo del personal de la unidad. Tras el análisis de los resultados, se estableció un nuevo algoritmo para los pacientes EPOC (ya que al tener alterada la saturación de oxígeno de base, afectaba al score) y se hicieron

cambios con cifras de tensión arterial sistólica ≥140 mmHg acordes a la práctica habitual.

Título: Valoración inicial de enfermería en urgencias en salud mental.

Autores: Mar del Olmo de Celis, Miriam Anuarbe Cortés , Mª Ángeles Villa Folch. Servicio de Urgencias. Servicio de Psiquiatría. SUAP de Liebana.

INTRODUCCIÓN: El profesional de enfermería utiliza una metodología de trabajo ordenada, basada en el método científico, llamada proceso de atención de atención de enfermería (PAE).
La valoración es un proceso planificado, sistemático, continuo y deliberado de recogida, selección e interpretación de datos sobre el estado de salud de la persona.
Las urgencias en salud mental son situaciones donde la persona presenta un trastorno del estado de ánimo, pensamiento o comportamiento que altera de manera aguda su conducta suponiendo, en algunos casos, un riesgo para su integridad y/o la de otros.
El paciente con problemas de salud mental presenta características definitorias propias. Creemos conveniente implantar una hoja de valoración inicial en urgencias que detecte sus necesidades específicas y los problemas de salud reales o potenciales que requieren intervención inmediata para prevenir situaciones de riesgo y secuelas.
Para una valoración adecuada es necesario que el paciente sea colaborador y no presente alteraciones graves que impidan o dificulten la comunicación en cuyo caso recurriremos a familiares o acompañantes si tenemos la opción. Los datos aportados deben ser validados.
Los principales métodos de recogida de información en enfermería son la entrevista, la observación y la historia clínica.

OBJETIVOS:
- Visibilizar la relevancia de la metodología enfermera en la calidad de los cuidados.
- Establecer una valoración homogénea en la urgencia en salud mental mediante los patrones funcionales de salud de Marjory Gordon.

METODOLOGÍA: Estudio cualitativo descriptivo. Se ha realizado una revisión bibliográfica sistemática en bases de datos PubMed, Google academy y Medline.

RESULTADOS: Elaboramos una hoja de valoración inicial de enfermería en urgencias para el paciente con problemas en salud mental .Nos permitirá recoger datos generales basándonos en los patrones funcionales de M. Gordon. Con esta valoración inicial identificamos la situación en la que se encuentra el paciente así como la naturaleza de la urgencia.
La valoración con patrones funcionales de M. Gordon tiene como objetivo determinar el perfil funcional del individuo, buscando si existe alteración o riesgo de alteración en alguno de ellos.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES: EL HUMV es el hospital de referencia de la CCAA de Cantabria en salud mental. Existe un aumento de la prevalencia de consultas relacionadas con problemas de salud mental. En la actualidad carecemos de una hoja de registro de valoración de enfermería específica y la

consideramos útil y necesaria de cara a prestar una atención integral y de calidad.
La colaboración del equipo interdisciplinar es clave para lograr objetivos comunes y conseguir mejores resultados en una atención de urgencia en salud mental en la que prima atender los problemas que comprometan la integridad del paciente o del entorno asegurando un ambiente seguro y digno.

Título: Terapia pico como prevención de complicaciones tras la cirugía en Traumatología.

Autores: Ana Centeno Negreira, Yolanda Doalto Muñoz, Patricia Arredondo Castillo, Laura Carrasco Cortijo. Servicio de Traumatología. Servicio Cirugía Plástica. Unidad de Pie Diabético.

VALORACIÓN:
- Mujer de 36 años.
- Embarazo gemelar de 24 semanas de gestación.
- No antecedentes médicos.
- No medicación habitual.
- Sin alergias medicamentosas conocidas.

ENUNCIADO DEL PROBLEMA: Inversión de tobillo izquierdo tras mareo y pérdida de fuerza en las extremidades. Desde entonces dolor e impotencia funcional en ante-pie izquierdo.
Diagnóstico: Fractura luxación divergente ante-pie izquierdo.

INTERVENCION: En una primera fase, se coloca férula más vendaje para inmovilización de extremidad afectada y se programa cirugía en circunstancias idóneas.
Se realiza intervención quirúrgica, tras la cual, debido a su estado de gestación con límites en el uso de tratamiento médico, se decide colocar la terapia pico en zona de la herida quirúrgica como prevención del edema postoperatorio, junto a otras medidas no invasivas como elevación del miembro sobre férula de Braun, colocación de hielo local y movilización precoz de articulaciones libres de vendaje.
Se informa a la paciente en que consiste la terapia Pico y los cuidados necesarios mientras este colocado en la herida quirúrgica.

RESULTADOS: En la primera cura tras la retirada del pico, notable disminución de la inflamación y de la tensión asociada a la incisión quirúrgica respecto al día de la intervención.
Curas posteriores en consulta con muy buena evolución.
Notable mejoría en la seguridad de la paciente, con un alto grado de ansiedad por su estado de gestación.

CONCLUSIONES: La terapia Pico de presión negativa constituye una herramienta eficaz como medida preventiva de complicaciones de la herida quirúrgica en el paciente traumatológico.
Se favorece la vascularización local suponiendo un beneficio a la hora de consolidar una fractura. Beneficioso coste /efectividad.

Título: Impacto de la monitorización flash de glucosa, calidad de vida percibida y control glucometabolico.

Autores: María Lourdes Aizpeolea San Miguel, María Piedra León, Carmen Marzo Conde, María Asunción Gómez De la Fuente, Elena Bats Olaso. Servicio de Endocrinologia.

INTRODUCCIÓN: El sistema de monitorización flash de glucosa (MFG) permite la determinación de la glucosa en el líquido intersticial proporcionando al paciente y al equipo sanitario datos adicionales como el tiempo en rango, tendencia de la glucosa y HbA1c estimada. Estos datos permiten tomar decisiones encaminadas a mejorar el control glucometabólico. En Cantabria se aprobó y subvencionó por parte del SCSalud en noviembre-18 la MFG en los adultos con DM tipo 1.

OBJETIVOS: Describir el cambio producido tanto en el control glucémico, expresado como hemoglobina glicosilada (HbA1c), tiempos en rango (Tir), como en la calidad de vida percibida pre y post implantación de MFG en pacientes con DM1.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional descriptivo en el que se incluyen los pacientes con diagnostico de diabetes mellitus tipo 1 del HUMV a los que se implanta MFG, en el mes de Diciembre. Se realizó encuesta de calidad de vida (ESDQol), pre y 6 meses después. Se codificaron variables socio demográficas, tales como: sexo, edad, tiempo de evolución de la diabetes, (Tir), HbA1c pre y a los 6 meses post-implantación del sistema.

RESULTADOS: Se codificaron 110 pacientes de los cuales el 36% eran hombres y el 64% mujeres, el 51% en tratamiento con multiples dosis de insulina(MDI) y el 49% con bomba de insulina (ISCI), no existiendo diferencias significativas entre ellos. La edad media fue de 43.83 ± 11.44 años, con un tiempo de evolución medio de la DM1 de 21.32 ± 12.38 años. En nuestro estudio observamos una reducción media de la HbA1c a los 6 meses después de la implantación de MFG de 7,39% a 7,29%, aunque esta diferencia no es estadísticamente significativa (p 0,056). El tiempo en rango de glucemia (80-180 mg/dl) después de la implantación de la MFG de 47,51% guardando una relación estadísticamente significativa con la HbA1c. El 80% aseguraron que son más activos en el tratamiento desde el inicio de MFG, modificando sus dosis de insulina, sin guardar una estrecha relación con HbA1c más favorables, pero si tienen un % mayor Tir, viéndose disminuido el tiempo en hipoglucemia, así el análisis de los datos demuestra una disminución del número de hipoglucemias leves después del inicio de MFG (p 0,00), no encontrando diferencias significativas en las hipoglucemias graves. En cuanto a la calidad de vida percibida según la encuesta ESDQUoL Total pre y post 93,30 ± 23,59 vs 85.43 ± 23,49 (p 0,00), satisfacción (34,76±10,65 vs 29,82±10,46), impacto (36,27±10,50 vs 34,39±8,73), preocupación social(12,74±5,77 vs 11,74±5,95), preocupación DM (9,95±3,45 vs 9,32±3,15) p0,00.

CONCLUSIONES: En nuestro estudio, la implantación de MFG ha significado una tendencia a la mejoría del control gluco-metabólico y mejora de la calidad de vida percibida de nuestros pacientes, disminuyendo tanto el impacto como la preocupación asociada a la diabetes.

Título: Prevalencia de hipotermia y factores asociados en una unidad de reanimación postanestésica.

Autores: Ana Gómez Sánchez, María Pérez Coterillo, Ana Rosa Fernández Guerra, Alexandra Alba Solana, Aida Rincón Alcalde, Paula Fernández Sánchez. Reanimación. Área Quirúrgica.

INTRODUCCIÓN: La anestesia, tanto general como neuroaxial, produce una supresión de los mecanismos centrales de termorregulación. Los pacientes anestesiados, si no son calentados, puedes perder de 1 a 2ºC. La hipotermia perioperatoria se ha asociado con un aumento de la morbimortalidad. The Joint Commission and the Surgical Care Improvement Project recomienda iniciar el calentamiento de los pacientes hasta 36ºC en los 15 primeros minutos desde su llegada a la sala de Reanimación.

OBJETIVO: Determinar la prevalencia de hipotermia y factores asociados en la Reanimación de un hospital de tercer de nivel.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo, prospectivo en una muestra de 114 pacientes de distintas especialidades quirúrgicas, sometidos a cirugías programadas con anestesia general, entre junio-septiembre de 2019. Los datos se recogieron de la historia clínica y con entrevista a los pacientes, tras consentimiento informado: edad, sexo, temperatura corporal al llegar a reanimación, , especialidad, duración de la intervención y de la estancia en reanimación, presencia de sintomatología. Se describió hipotermia como temperatura <36ºC. Se realizó un análisis descriptivo e inferencial bivariado (test T de Student, Chi-cuadrado y Krukal-Wallis) a partir de los datos recogidos.

RESULTADOS: Características de la muestra: 57,8% mujeres, edad media 57,41±13,59 años, media duración de la intervención 105,14±60,14 minutos, media duración estancia en reanimación 169,23±92,85 minutos. Especialidad de la cirugía: 33,6% cirugía general, 22,4% traumatología, 17,2% ortopedia, 14,7% ginecología y 12,1% urología. La media de temperatura al llegar a reanimación fue de 35,86±0,55ºC, presentando hipotermia el 51,7%. Otra sintomatología: temblor 7,8%, dolor 65,5%, nauseas 13,8%, vómitos 5,2%, sensación de frío 12,9%, dolor garganta 21,6%.
La hipotermia se asoció con una mayor edad (hipotermia 60,57 años vs no hipotermia 54,02, IC 95% 1,64-11,24, p<0,01) y con una menor duración de la intervención (hipotermia 88,83 vs no hipotermia 122,61 minutos, IC 95% 12,44-55,01, p<0,01). No hubo diferencias estadísticamente significativas con otras variables.

CONCLUSIONES: Nuestra prevalencia de hipotermia es mayor que otros estudios como el de Sorli y Rubio, que refieren un 24%. Los datos indican que no existe relación entre la sensación de frío o el temblor y la hipotermia, no pudiendo ser éste el indicador de temperatura utilizado. La población mayor sería más proclive a la hipotermia. Que la hipotermia esté relacionada con cirugías más cortas puede indicar que se tiende a minimizar el impacto en la temperatura corporal en ese tipo de cirugías. Sería útil elaborar un protocolo de control de temperatura en la sala de Reanimación así como otros estudios de la

efectividad de los sistemas de calentamiento de la superficie corporal activa. Limitación del estudio, no hemos valorado el quirófano de procedencia ni la utilización de manta de calor.

Título: Abordaje interdisciplinar en la consulta de cardiología estructural. Elaboración de un plan personalizado.

Autores: Mercedes Benito Alfonso, María Fuentes Martinez, María Sainz González, Víctor Fradejas Sastre, Paloma Pozueta Rivero, Gema García López. Cardiología Intervencionista.

INTRODUCCIÓN/ANTECEDENTES: El crecimiento exponencial de la Cardiología Intervencionista en los últimos años ha llevado a que en la actualidad tratemos cada vez más patologías cardíacas de forma percutánea.
La especialización en enfermería repercute en un cuidado y tratamiento más individualizado de los pacientes obteniendo con ello mejores resultados.
La implicación de la enfermería en una consulta dirigida a pacientes con cardiopatía estructural (CE), es fundamental como medida preventiva y de control.

OBJETIVO: Evaluar los resultados de la aplicación de un protocolo que estandariza la valoración enfermera en la consulta de CE.

METODOLOGÍA: Registro prospectivo que incluye a todos los pacientes valorados en la consulta de CE desde su inicio a finales de noviembre de 2018 hasta septiembre de 2019.
Todos los pacientes acuden a una primera visita basal de valoración y de forma protocolizada los subsidiarios de intervención sobre una válvula requieren seguimientos presenciales a 6 y 12 meses, y telefónicos al mes.
En la consulta se recogen datos socio sanitarios y se realizan cuestionarios SF-36, EQ-5D e I.Barthel; Kansas Questionarie; fragilidad: Essential Frailty Toolset (el cual incluye Mini mental), test de 6 minutos y Sphygmocor.
Se realizaron consultas extras en aquellos pacientes que por su condición clínica se requería.

RESULTADOS: Se valoraron en consulta a 153 pacientes en los cuales al 89% (137 pacientes) se les implantó una TAVI, a 9 (5%) se les realizaron cierres de defectos congénitos o adquiridos y 1 paciente fue sometido a una denervación renal.
La edad media de los pacientes sometidos a TAVI fue de 81±6 con un 64% de varones.
El nº total de consultas fue de 253 de las cuales 99 (39%) fueron valoraciones basales y el resto seguimientos. 11 pacientes (7%) precisaron una revisión presencial al mes por problemas relacionados con la herida quirúrgica en un 66,6%. El doble de ellos (14%) además precisaron alguna revisión extra fuera de las establecidas por protocolo a lo largo del seguimiento. Menos del 3% de los pacientes perdieron la cita de revisión y en la mayoría de los casos fue por ingreso concomitante.
Los tiempos medios de consulta son de 47 minutos, con tiempos más elevados en las valoraciones basales 50 minutos y en el seguimiento semestral 65 minutos.

DISCUSIÓN/ CONCLUSIONES: Los resultados iniciales obtenidos muestran una adherencia al seguimiento elevada. La flexibilidad del seguimiento permite

dar seguridad a los pacientes en cuanto a un contacto directo con el personal implicado en su patología cardíaca.
La CE permite un abordaje interdisciplinar en donde el papel de la enfermería es clave a la hora de una valoración integral del paciente en términos de funcionalidad, fragilidad y dependencia.
La elaboración de un plan personalizado y unos cuidados para cada paciente no compete solo a nuestra consulta y puede servir de referencia para otros servicios.

Título: Incidencia de enfermedad renal crónica y su relación con patología cardíaca en una unidad de Medicina Interna.

Autores: Laura Cólera Montero, Cristina María Sánchez López, Beatriz Sanz Hoya. Servicio de Medicina Interna.

INTRODUCCIÓN: La Enfermedad Renal Crónica se define como un conjunto de enfermedades heterogéneas, que afectan a la estructura y función renal, con una gran variabilidad en su expresión clínica. Poseen una compleja etiopatogenia, existiendo un paralelismo entre la evolución de la función renal y el riesgo cardiovascular, por lo que se interrelacionan con mucha frecuencia con patologías cardíacas. Los pacientes pluripatológicos precisan un cuidado global desde un punto de vista multidisciplinar, siendo conscientes de la relación lineal entre desarrollo de la patología Cardíaca y Renal.

OBJETIVO: Valorar la incidencia de TFG (Tasa de Filtrado Glomerular) menor de 70ml/min en pacientes de Medicina Interna (MI) asociada a patología cardíaca.

METODOLOGÍA: Estudio descriptivo transversal, con un muestreo no probabilístico y de conveniencia, incluyendo cohorte de pacientes consecutivos con TFG<70ml/min en la primera analítica de rutina, en una planta de MI de un hospital de tercer nivel durante 1 mes.
Se recogieron datos clínicos referentes a antecedentes cardíacos: insuficiencia cardíaca, patología valvular, arritmias cardíacas, patología isquémica y funcional y se realizó un análisis descriptivo e inferencial de variables con el paquete estadístico SPSS v20.0 (test T de Student y ANOVA de un factor).

RESULTADOS: Durante el período analizado ingresaron en nuestra unidad un total de 184 pacientes. 95 tenían una TFG<70ml/min, con edad media de 83,47±9,11 de los cuales 61,1% eran hombres y 38,9% mujeres. De estos individuos un 76,8% tenían patología cardíaca previa.
En el análisis de la bioquímica, encontramos que la media de TFG (MTFG) fue 40,24±17,94, de urea 100,39±68,56 y de creatinina 2,74±9,22 no existiendo diferencias estadísticamente significativas en aquellos pacientes con antecedentes cardíacos.
Aquellos con antecedentes cardíacos previos obtuvieron peores datos analíticos, con una MTFG de 39,93±18, urea 101,49±67,33 y creatinina 2,98±10,49 frente a los que no, con 41,27±18,1 de TFG, 96,82±73.9 de urea y 1,93±1,73 de creatinina.
En cuanto al sexo, las mujeres tenían peores datos con una MTFG de 36,51±18,88, urea 112,8±73,1 y creatinina 4,29±14,73 frente a 42,62±17,05 de MTFG en hombres, 92,54±64,96 de urea y 1,75±0,89 de creatinina.

CONCLUSIONES: Los pacientes ingresados en medicina interna son una población envejecida con daño renal (agudo o crónico reagudizado) y alteraciones cardíacas en un alto porcentaje de los casos.
Hacen falta protocolos de actuación, orientados a satisfacer las necesidades de cuidados específicos en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica o Aguda, según el grado de severidad.

La presencia de daño renal se ve incrementada en aquellos con antecedentes cardíacos previos.
Necesitamos desarrollar intervenciones multifactoriales para obtener beneficios tanto a nivel renal como cardíaco. Un proceso de educación temprana en hábitos de vida saludable, basado en intervenciones higiénico-dietéticas, ayudaría a conseguir nuestro objetivo.

Título: Prevalencia de lactancia materna y principales motivos de abandono.

Autores: Sonia Mateo Sota, Carolina Lechosa Muñiz, Elsa Cornejo del Río. Urgencia Pediátricas. Servicio de Pediatría. Servicio de Obstetricia y Ginecología.

INTRODUCCIÓN: La lactancia materna (LM) exclusiva es la mejor manera de alimentación para neonatos y lactantes hasta los seis meses. Recientemente se han revisado extensamente los beneficios de la lactancia materna en la salud y desarrollo de los neonatos y los lactantes. Varios estudios han demostrado efectivamente la reducción de tasas de morbilidad y mortalidad en la infancia temprana en comunidades de países en desarrollo.
Sin embargo, según la Encuesta Nacional de Salud 2017 las tasas de LM en nuestro país sufren un importante descenso a los 6 meses llegando al 39%.

OBJETIVO: Identificar los principales motivos de abandono de lactancia materna en Cantabria y la prevalencia de la lactancia materna al alta hospitalaria y a los 6 meses.

METODOLOGÍA: Estudio de cohortes prospectivo. Población: puérperas en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (HUMV). Se incluyeron puérperas de forma consecutiva de enero a agosto de 2018. La principal variable de estudio fue el motivo de abandono de LM y el tipo de alimentación del recién nacido que se identificó mediante consulta telefónica a los 6 meses post-parto. Se realizó un análisis descriptivo de las variables a estudio.

RESULTADOS: Se incluyeron un total de 392 puérperas. Edad media 33,7 ±5,23 años. La prevalencia de lactancia materna al alta fue un 53,4% exclusiva, 28 % mixta y 17,9% artificial, mientras que la prevalencia a los 6 meses disminuye a 11% exclusiva, 20% mixta y 67% artificial.
Motivos de abandono de lactancia materna: 34,6% por hipogalactia, 33,4% deseo materno, 18,8% causa laboral, 10,4% destete natural y 1% por contraindicación médica.

CONCLUSIONES: Las principales causas de abandono de lactancia materna han sido hipogalactia y deseo materno de la madre. Según la literatura, el porcentaje de hipogalactia primaria en nuestra sociedad es de un 5%, porcentaje que se aleja mucho del porcentaje del resultado obtenido por lo que podemos deducir que existe una falsa percepción de hipogalactia en la población.
Por otro lado, los profesionales sanitarios a cargo del binomio madre-hijo debemos apoyar a las madres en el mantenimiento de estas lactancias ya que sabemos que sus beneficios aumentan cuanto más prolongadas sean estas lactancias, por lo que es imprescindible una formación específica en lactancia materna de todos los profesionales sanitarios.
Fortalecer la intervención del personal de salud en las diferentes etapas relacionadas con la LM (programas de control prenatal, atención del parto y puerperio, y programa de crecimiento y desarrollo).

Cabe destacar también el porcentaje de madres que abandonan la lactancia materna por causa laboral, necesitamos políticas que propongan permisos maternales más prolongados para evitar estos destetes evitables.

Título: Caso clínico: abordaje del paciente con TCA con ingreso hospitalario.

Autores: Marina Pereda Villaescusa, Nuria Perez Aller, Marta Lucia Sancha Herrera. Servicio de Pediatria. Servicio de Psiquiatria.

Niña de 14 años que es derivada de su centro de salud para valoración por posible trastorno de la conducta alimentaria a utca.
Refiere pérdida de peso de casi 15 kilos en un año, obsesión por su imagen, restricción alimentaria y negativa a ganar peso.
No reconoce tener un problema, nulo insight
Según los padres, hace un año ha ido empeorando rápidamente hasta el peso actual. Estudiante con notas excelentes. Sufrió bulling con metas a largo plazo. Bastante aislada, casi no tiene relaciones.

VALORACIÓN DEL PROBLEMA: NECESIDADES ALTERADAS:

- COMER/BEBER
  Niega vómitos, exceptuando cuando la sienta mal o siente plenitud
  Cocina ella sin supervisión, post ingesta va al baño inmediatamente.
  Desde diciembre ha ido disminuyendo las ingestas, seleccionando mas los alimentos hasta a saltarse comidas.
- ELIMINACION:
  No amenorreas, reglas regulares.
- REPOSO SUEÑO:
  Duerme 8-9 horas
- MOVILIZACIÓN:
  Hace baile moderno, esquía y bicicleta
- SEGURIDAD:
  No autolesiones, ideación autolitica ni ideas de desesperanza.
  Distorsión corporal marcada sobre todo en piernas y abdomen. Pensamientos rumiativos, baja autoestima.
  Cianosis, hipoperfusion marcada, lanugo en espalda
- DATOS ANTROPOMETRICOS:
  - Talla: 1,59,9 cm
  - Peso: 40 kg
  - IMC: 15,75
  - Eupneica
  - Tensión arterial: 113/72
  - Frecuencia cardiaca: 50 lpm
  - Temperatura: 36ºc

DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS Y PROBLEMAS DE COLABORACIÓN DETECTADOS:

- (00075) Diagnostico para mejorar el afrontamiento familiar
- (00118) Trastorno de la imagen corporal
- (00126) Conocimientos deficientes
- (00120) Baja autoestima situacional

INTERVENCIÓN:

Las intervenciones se hicieron en conjunto la planta hospitalizada y la unidad de trastornos de la conducta alimentaria.

- Educación para la salud: se proporciona la información sobre las necesidades nutricionales, frecuencia y tamaño de las raciones.

- Se establecen objetivos pactados con la paciente.
- Comidas supervisadas
- 30 minutos de reposo tras las comidas, no ir al baño después de comer.

CONCLUSIÓN: Durante su estancia en el hospital, se ha conseguido incrementar su peso y evolucionar a un estado sano.
El hecho de trabajar en conjunto pediatría y UTCA ha sido favorable para el progreso de la niña.
Destacar como aspecto positivo, el no estar en contacto con otras pacientes de su misma situación, (ambiente terapeutico cargado de ideas rumiativas, manipulaciones, consejos en cuanto a tratamiento) la adherencia terapéutica y la colaboracion entre servcios.

Título: Uso de la ecografía doppler como herramienta basica en el abordaje de la fistula arteriovenosa nativa.

Autores: Sandra Pacheco Martínez, Ana Ibaseta López, Ángela Olano Expósito, Lorena Bada Diez, Javier Ortíz Ortíz, Bárbara Zorrilla Herrería. Servicio de Nefrología.

INTRODUCCIÓN: Muchas de las fistulas arteriovenosas nativas (FAVn) empleadas en hemodiálisis (HD) presentan algún tipo de disfunción, influyendo en la calidad de vida de los pacientes.
La SEN (Sociedad Española de Nefrología) recoge que ante cualquier alteración repetida en la monitorización y/o vigilancia de estos accesos, será preciso realizar una exploración de imagen. La ecografía doppler (ED) es la recomendada como primera elección en estos casos.

OBJETIVO: Determinar la utilidad de la ecografía doppler en el abordaje de la FAVn con disfunción en el servicio de hemodiálisis.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se trata de un estudio observacional retrospectivo en la unidad de HD del Hospital Universitario Marques de Valdecilla, desde Mayo del 2018 hasta Septiembre del 2019, en el que se han valorado 19 pacientes con FAVn, incluidos en el programa crónico, con algún tipo de disfunción.
Todos estos pacientes han presentado en algún momento de su tratamiento, dificultad en la punción precisando búsqueda de nuevas zonas, falta de flujo arterial, presiones venosas elevadas, tiempo de hemostasia prolongado en ausencia de heparinización etc. Todos estos son signos de sospecha de estenosis y/o trombosis.
La ED es un método de vigilancia y diagnóstico rápido, que permite visualizar de manera precisa la morfología del acceso vascular, dando información hemodinámica precisa de la FAVn permitiendo confirmar, localizar y cuantificar la estenosis de las FAVn.

RESULTADOS: Estos 19 pacientes representan una muestra significativa para el estudio, ya que el total de pacientes con FAVn en el servicio es de 28. De estos 19 pacientes, 9 siguen realizándose HD a través de su FAVn, 2 de ellos fallecieron y los otros 8 pacientes se dializan a través de catéter venoso central (CVC).
Existen numerosas publicaciones, entre las que se encuentra la guía de accesos de la SEN, que han evidenciado la eficacia del uso del ecógrafo por parte del personal de enfermería, en la valoración y manejo de los FAVn disfuncionantes, detectando alteraciones en las mismas sin necesidad de realizar pruebas invasivas confirmatorias para conseguir un tratamiento precoz en cada caso.

CONCLUSIONES: El empleo del ecógrafo doppler por parte del personal de enfermería en las FAVn con disfunción, permite evaluar y monitorizar eficazmente estos accesos, tomando así medidas más rápidas y precisas en su diagnóstico y tratamiento.

Comunicaciones Poster

Título: Plan de cuidados estandarizado en la paciente con preeclampsia en planta de Obstetricia.

Autores: Silvia Crespo Fernández, Beatriz Pereira García, Jessika Corzon García, Leticia Herrero Hernández, Beatriz Diego Lavín, Lorena Lasarte Oria. Correturnos Materno-Infantil TD4.

POBLACIÓN DIANA: Mujeres con diagnóstico de preeclampsia en la unidad de obstetricia.

OBJETIVOS:

- Identificar las necesidades de salud de las pacientes con preeclampsia.
- Diseñar un Plan de Cuidados Enfermero que nos ayude a ofrecer cuidados de calidad a dichas mujeres.

VALORACIÓN ESTÁNDAR: Según el modelo de Virginia Henderson, encontramos alteradas las siguientes necesidades:

- Moverse y mantener una postura adecuada: cifras altas de TA, podría presentar edemas en miembros inferiores.
- Dormir y descansar: sueño no reparador debido al propio desconocimiento de la situación y al entorno hospitalario.
- Evitar los peligros del entorno: portadora de vía venosa periférica y riesgo de caídas, así como alteración del estado de ánimo por la propia situación.
- Aprender: es frecuente la falta de conocimientos sobre su enfermedad y tratamiento.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA:

- 00126 Conocimientos deficientes relacionado con información insuficiente y manifestado por conocimiento insuficiente.
    - NOC 1803 Conocimiento: proceso de la enfermedad
    - NIC 5602 Enseñanza: proceso de enfermedad
- 00198 Trastorno del patrón del sueño relacionado con factores ambientales (ruido ambiental, entorno no familiar, exposición a la luz, etc) y manifestado por cambios en el patrón del sueño.
    - NOC 2009 Estado de comodidad: entorno.
    - NIC 6480 Manejo ambiental.
- 00155 Riesgo de caídas manifestado por agentes farmacológicos.
    - NOC 1909 Conducta de prevención de caídas.
    - NIC 6490 Prevención de caídas.
- 00146 Ansiedad relacionada con estresores y manifestada por preocupación a causa de cambios en acontecimientos vitales.
    - NOC 1211 Nivel de ansiedad
    - NIC 5820 Potenciación de la seguridad

PROBLEMA DE COLABORACION:
PC: Preeclampsia
COMPLICACION POTENCIAL
CP: Eclampsia secundario a preeclampsia
CP: Síndrome de HELLP secundario a preeclampsia

CONCLUSION: La preeclampsia es la complicación del embarazo y puerperio más común y peligrosa, pudiendo poner en riesgo la vida del feto y de la madre. El uso del Proceso Enfermero y los lenguajes estandarizados favorecen la aplicación de cuidados de calidad basados en la evidencia, permiten la investigación de los resultados en salud y nos pone en valor como profesionales en el Sistema Sanitario.

Título: Técnica de unipunción como el nuevo futuro de acceso vascular de la FAVI.

Autores: Bárbara Zorrilla Herrería, Lorena Bada Díez, Ana Ibaseta López, Ángela Olano Expósito, Javier Ortiz Ortiz, Sandra Pacheco Martínez. Servicio de Cirugía General. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

INTRODUCCIÓN: El acceso vascular ideal para hemodiálisis es la fístula arteriovenosa (FAVI), sin embargo en los últimos años, debido al envejecimiento y pluripatología de la población, su maduración se ve comprometida, siendo la canulación satisfactoria en estos casos escasa. Muchas veces se elige buscar otro tipo de acceso vascular, como los catéteres venosos centrales, que provocan mayor morbi-mortalidad al paciente en vez de recurrir a la unipunción como método de elección.

OBJETIVO: Determinar la evidencia científica acerca de la unipunción como técnica de hemodiálisis en pacientes con mal acceso vascular.

MATERIAL y MÉTODO: Se realizó una búsqueda sistematizada de artículos en las bases de datos: Pubmed/Medline, CINAHL, Cochrane Library plus, Scielo y Cuiden. Las palabras clave utilizadas fueron: single needle (unipunción), hemodialysis (hemodiálisis), acceso vascular (vascular access), combinados con AND. Se incluyeron estudios publicados desde 1999 hasta 2019, revisiones sistemáticas y estudios prospectivos cruzados, en castellano e inglés. Se realizó una síntesis narrativa de los artículos encontrados.

RESULTADOS: Artículos encontrados: Pubmed 20, CINAHL 7, Cochrane 1,Scielo 11, Cuiden 6. Tras lectura de título y resumen se excluyeron 11 por no versar sobre el tema. Los estudios demuestran la misma eficacia del tratamiento con bipunción frente a la unipunción en términos de dosis de diálisis y recirculación. Otros parámetros como el hematocrito, calcio, fósforo y LDH no fueron diferentes.
Se enumeraron ventajas del uso de tto. en unipunción como :una disminución en el número de punciones con menos daño potencial de acceso, evitación del uso del catéter venoso central y una mejor calidad de vida al reducir el dolor, el riesgo de salida accidental de la aguja junto con el riesgo de exanguinación, el estrés y las complicaciones relacionadas con la punción.
Como inconvenientes: es la recirculación que se supera haciendo que la diálisis más larga, el flujo sanguíneo efectivo del dializador con diálisis con una sola aguja no puede ser mucho mayor que 300 ml/min.

CONCLUSIONES: La existencia de nuevas tecnologías con monitores de diálisis que realizan la unipunción con bomba única permite una técnica más sencilla y menos costosa, más accesible y adecuada.
Se puede realizar sin temor a coste ni personal, ni de alteración de parámetros y sin perjudicar el acceso vascular. Es especialmente beneficioso para personas mayores y en personas que presentan dificultades en la canulación del acceso vascular.

Título: Implantación de tratamientos de quimioterapia ambulatoria en la unidad de hospitalización de Oncología.

Autores: Elena García García, Mario Martin Pastor, M. Pilar Quintanal Ruiz, Isabel Salas González, Ángeles Salomón Amor, Sara Santurde Gómez. Servicio de Oncología.

INTRODUCCIÓN: El aumento de pacientes susceptibles de ser tratados con quimioterapia ha aumentado significativamente debido a diferentes causas. Este aumento, junto con el desarrollo de nuevos tratamientos como ensayos clínicos e inmunoterapia, han hecho que unidades como el Hospital de Día Médico (HDM) se vean desbordados ante el aumento creciente de las necesidades. Todo ello obliga a tomar medidas a corto, medio y largo plazo.

OBJETIVO: Evaluar el impacto de una intervención estratégica sobre la lista de espera de tratamientos ambulatorios oncológicos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo transversal. La intervención estratégica consistió en administrar tratamientos de quimioterapia en la planta de hospitalización de Oncología, bloqueando 2 habitaciones de hospitalización y se doblan, adaptando así la infraestructura de la planta. Desde la supervisión de HDM se asigna a la unidad el tratamiento de 8 pacientes diarios; divididos en 4 tratamientos en turno de mañana y 4 tratamientos en turno de tarde. En la unidad se asignan las camas a los pacientes en función del tiempo estimado para cada tratamiento, se contrató a dos enfermeras , una de turno de mañana y otra de turno de tarde y dos auxiliares de enfermería , una en el turno de mañana y otra en el turno de tarde. Para evaluar la intervención se revisaron las siguientes variables de los tratamientos administrados en planta desde el 14 de abril hasta el 30 de septiembre de 2019: numero de tratamientos administrados, numero de horas total de duración de los tratamientos, tipos de tratamientos aplicados, perfil de paciente (edad, sexo y acceso vascular). La recogida de datos se hizo revisando los datos facilitados por admisión y la historia clínica. A partir de las variables de estudio se realizó una base de datos tipo Excel, analizando los datos de manera descriptiva (frecuencias, porcentajes y medias).

RESULTADOS: El numero total de población atendida en la unidad durante el periodo de estudio fue de 554 tratamientos.
Perfil del paciente: 53,2% hombres, edad media 61 , 55 años (desviación estándar: 11,3 años), 33,93% en el rango 60 -69 años. En un 42,4% se trata de pacientes portadores de la vía central tipo PICC que precisan un mantenimiento previo al tratamiento. En el 93,5% fueron tratamientos con quimioterapia frente a un 6.5% de inmunoterapia. Se consiguió una reducción del 14,21 % en la lista de espera de pacientes con tratamientos oncológicos de HDM con un global de 2513,5 horas de tratamiento (media 4,55, horas y desviación estándar 2 horas).

CONCLUSIÓN:
La implantación de esta intervención estratégica ha reducido la lista de espera del HDM , garantizando una adecuada cobertura de tratamientos oncológicos.

Título: Una experiencia de pedagogía prenatal y de la muerte en colegios de Cantabria llevada a cabo por matronas.

Autores: María Lourdes Martín Parada, Manuela Contreras García. Área de Partos.

INTRODUCCIÓN: La pedagogía de la muerte y más aún la pedagogía prenatal, son áreas emergentes con escasez de recursos pedagógicos en la que los profesores tienen escasa formación. La educación sobre los cuidados en el embarazo y nacimiento, parece un área reservada para la etapa adulta, en pleno proceso de gestación. Sin embargo, el impacto que tienen unos buenos cuidados prenatales para la salud física y psíquica de las personas y la sociedad, justificaría una educación prenatal en una edad más temprana. Por otra parte, la muerte es un tabú social y también en las escuelas, sobre todo la muerte perinatal. La pedagogía de la muerte en los colegios, contribuye a apreciar y dar un sentido a la vida y a preparar a los alumnos para afrontar la muerte, favoreciendo la resiliencia personal y colectiva. ¿Un taller sobre embarazo y nacimiento, impartido por matronas, puede ser un recurso didáctico adecuado dentro de la pedagogía de la muerte y prenatal?.

OBJETIVOS:

- Aportar información clara y resolver dudas sobre gestación, nacimiento y cuidados perinatales.
- Facilitar un espacio para la el reconocimiento y expresión de emociones en torno al nacimiento y muerte dentro de la escuela (alegría, miedo, tristeza, celos…)
- Dotar de recursos a los alumnos y profesores para poder afrontar la muerte.

METODOLOGÍA: La fenomenología descriptiva es el enfoque usado. Entrevistamos a 22 profesores cuyos alumnos de 6 a 12 años recibieron un taller sobre embarazo y parto. El objetivo fue que nos describieran sus percepciones entorno a estos talleres, especialmente en lo relativo a que abordemos la prematuridad y la muerte perinatal. La recogida de datos se hizo a través de entrevistas en profundidad semiestructuradas individuales a los profesores. El análisis se realizó teniendo en cuenta 4 categorías temáticas usadas para la entrevista: elementos formativos, impacto en los niños, recursos pedagógicos empleados y hablar de la muerte perinatal y prematuridad.

RESULTADOS: Los profesores percibieron que el taller ayuda a los niños a comprender el proceso de embarazo y parto y a dotarles de herramientas para afrontar la muerte de un ser querido. Manifestaron que la forma de abordar la vida y la muerte perinatal en el taller, así como la reacción de los niños, fue “muy natural y positiva”. A la mayoría de los profesores, el taller les hizo plantearse la necesidad de introducir o reforzar una pedagogía de la muerte en las aulas, para la cual reconocieron faltarles formación y recursos.

CONCLUSIONES. Desde la perspectiva de los profesores, el taller es un recurso adecuado dentro de la pedagogía de la muerte y prenatal, que contribuye a combatir el tabú en torno a la muerte y el proteccionismo hacia los niños existentes en nuestra sociedad.

KEYWORDS: Perinatal loss. Stillbirth. Grief. Siblings. Death education. School

DECLARACIÓN ÉTICA: Este estudio cuenta con informe favorable del Comité Ético de Investigación Clínica de Cantabria..

Título: Actualización del trabajo de enfermería quirúrgica para garantizar la seguridad del paciente en Cirugía robótica.

Autores: Carmen González Fernández, María Jesús Lorenzo Gómez, Susana de la Cal Bolivar, María Albillos Blanco, María Isabel Álvarez San Sebastián, Marta Villa Martín. Área Quirúrgica

INTRODUCCIÓN: La incorporación del sistema quirúrgico Da Vinci Si® en el área quirúrgica del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (HUMV) facilita la realización de cirugías cada vez más complejas, las cuales implican más tiempo quirúrgico y la colocación del paciente en posiciones cada vez más forzadas.
Por este motivo la Enfermería debe intensificar los cuidados y protección de los pacientes actualizando continuamente sus conocimientos para garantizar su integridad y evitar lesiones intraoperatorias.

OBJETIVO: Renovar los conocimientos sobre el posicionamiento del paciente en cirugía robótica por parte de Enfermería en el área quirúrgica.

METODOLOGÍA: Desde la implantación en 2010 del sistema quirúrgico robótico Da Vinci Si® en el área quirúrgica del HUMV se experimentaron diferentes colocaciones quirúrgicas de los pacientes, finalmente en febrero de 2015 se formalizó el protocolo de posicionamiento para la cirugía robótica, utilizándose dispositivos de protección para la colocación del paciente: protectores oculares, apósitos adhesivos transparentes, accesorios de la mesa quirúrgica, almohadillas, medias de compresión elástica, medias neumáticas, entremetidas, protecciones de mano y paños de tela.
Se formaron en base a este protocolo las enfermeras de las distintas especialidades que trabajan con el sistema Da Vinci Si® (Cirugía General, Urología, Otorrinolaringología (ORL) y Ginecología) para estandarizar criterios en el trabajo.

RESULTADOS: En estos últimos 4 años el número de casos de cirugía robótica se ha visto incrementado, debido en parte a las incorporaciones de ORL y Ginecología. Es por ello, la importancia para la enfermería quirúrgica, del trabajo unificado que ha facilitado la incorporación de enfermeras nuevas al equipo de enfermeras robóticas.
Las enfermeras han ampliado sus conocimientos sobre la colocación de los pacientes asistidos por robot, aumentando su confianza a la hora de trabajar en un quirófano de cirugía robótica.
Además han disminuido las lesiones más frecuentes como abrasiones en la piel, úlceras corneales y neuropatías periféricas en extremidades superiores. También se ha minimizado el tiempo de preparación de la intervención quirúrgica.

CONCLUSIONES: El abordaje de las cirugías robóticas debe permitir una colocación adecuada del robot dando prioridad siempre a que el posicionamiento del paciente no produzca lesiones y que en caso de complicaciones durante la cirugía dispongamos de un acceso rápido al paciente.

La renovación continua de conocimientos sobre las posiciones quirúrgicas robóticas, garantiza la seguridad del paciente a la vez que facilita la incorporación de nuevas enfermeras al equipo robótico.

Título: Plan de cuidados estandarizado en el paciente sometido a biopsia renal.

Autores: Ana Ibaseta López, Sandra Pacheco Martínez, Javier Ortiz Ortiz, Bárbara Zorrilla Herrería, Ángela Olano Expósito, Lorena Bada Díez. Servicio de Nefrología.

POBLACIÓN DIANA: Pacientes a los que se les realiza biopsia renal en el HUMV tanto de riñón propio como de injerto renal.

OBJETIVO: Durante el año 2018 se han realizado 101 biopsias renales en la Unidad de Nefrología, de las que el 70% son derivadas desde otras unidades. Por esta razón, es necesario crear un plan de cuidados estandarizado que protocolice los cuidados, minimizando así, los riesgos derivados del procedimiento.

VALORACIÓN ESTÁNDAR: Tras una valoración según las 14 necesidades de Virginia Henderson se ven alteradas:

- Comer/beber: ayunas de 8h /dieta absoluta hasta observar 2 micciones sin restos hemáticos.
- Eliminación: posible retención urinaria / hematuria
- Movilización: reposo absoluto las 24h posteriores
- Seguridad: portador vía venosa / dolor

DIAGNÓSTICOS/CRITERIOS DE RESULTADO/INTERVENCIONES:
 CONOCIMIENTOS DEFICIENTES (00126) r/c mala interpretación de la información m/p desconocimiento de algunos aspectos acerca de la técnica a realizar.
-NOC Conocimiento: proceso terapéutico (1814)
-NIC Enseñanza: procedimiento/ tratamiento (5618)
 TEMOR (00148) r/c realización de técnica invasiva m/p informe de sentirse asustado.
-NOC CONTROL DEL MIEDO (1404)
-NIC DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD (5820)
 DEFICIT DE AUTOCUIDADO: USO DEL WC (00110) r/c reposo en cama 24h m/p imposibilidad de movilización al inodoro
-NOC AUTOCUIDADOS: AVD (0300)
-NIC AYUDA CON LOS AUTOCUIDADOS: ASEO (1804)
 DETERIORO ELIMINACIÓN URINARIA (00016) r/c reposo en cama durante 24h m/p incapacidad de vaciar la vejiga de manera autónoma
-NOC ELIMINACIÓN URINARIA (0503)
-NIC CUIDADOS DE LA RETENCIÓN URINARIA (0620)
MANEJO DE LA ELIMINACIÓN URINARIA (0590)
 RIESGO DE INFECCIÓN (00004) r/c procedimiento invasivo
-NOC ESTADO INMUNE (00702)
-NIC PROTECCIÓN CONTRA LAS INFECCIONES (6550)
PROBLEMAS DE COLABORACIÓN
RIESGO QUIRÚRGICO
Preparación quirúrgica (2930) comprobar hoja del consentimiento informado, ayunas, pruebas cruzadas, analítica previa, alergias, suspensión anticoagulantes.

HEMORRAGIA
Monitorización de los signos vitales (6680)
Vigilar presencia de hematuria macroscópica
Reposo en cama en posición supina durante 24h
DOLOR
Manejo del dolor (1400)
REFLEJO VAGAL (riñones propios)
Administración de medicación (2300): 1amp. Atropina S.C pre-biopsia
PERFORACIÓN VISCERAL

CONCLUSIONES: La biopsia renal como técnica invasiva precisa de unos cuidados especializados tanto previos a la intervención como durante ella y sobre todo posteriores. De ahí que la enfermería juegue un papel imprescindible a la hora de minimizar riesgos, asistir de manera adecuada durante la biopsia y detectar de forma
temprana las posibles complicaciones. Este plan de cuidados es aplicable a todos los pacientes que sean sometidos a una biopsia renal sea cual sea su servicio de procedencia, de este modo nos aseguramos la unificación de criterios de actuación, un lenguaje común y el mantenimiento de unos cuidados de calidad.

Título: Plan de cuidados estandarizado de enfermería para el paciente con enfermedad renal crónica en Hemodiálisis.

Autores: Ángela Olano Expósito, Bárbara Zorrilla Herrería, Javier Ortiz Ortiz, Lorena Bada Díez, Sandra Pacheco Martínez, Ana Ibaseta López. Servicio de Nefrología.

POBLACIÓN DIANA: Pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) que inician el tratamiento renal sustitutivo en hemodiálisis (HD) mediante una fístula arteriovenosa (FAVI).

OBJETIVO: Realizar un plan de cuidados que permita homogeneizar los cuidados de enfermería, atendiendo a las necesidades psicológicas, físicas y sociales, y ofrecer una atención integral y continuada.

VALORACIÓN ESTÁNDAR: Mediante las 14 necesidades de Virginia Henderson, y posterior realización del plan de cuidados en base a la taxonomía NANDA, NOC y NIC.

DIAGNÓSTICOS (NANDA) / CRITERIOS DE RESULTADO (NOC) / INTERVENCIONES (NIC):

• [00146] Ansiedad r/c cambio en el estado de salud m/p nerviosismo.
-NOC [1402] Autocontrol de la ansiedad.
-NIC [5820] Disminución de la ansiedad.
Utilizar un enfoque que dé seguridad. Explicar los procedimientos, incluidas las posibles sensaciones que se han de experimentar.

• [00126] Conocimientos deficientes: ERC, hemodiálisis, régimen terapéutico r/c falta de exposición m/p verbalización del problema.
-NOC [1857] Conocimiento: manejo de la enfermedad renal.
-NOC [1802] Conocimiento: dieta prescrita.
-NIC [2100] Terapia de hemodiálisis.
Explicar el procedimiento de hemodiálisis y su finalidad, así como el régimen terapéutico.
-NIC [5614] Enseñanza: dieta prescrita.
Informar sobre los alimentos permitidos y prohibidos. Instruir sobre la forma de planificar las comidas adecuadas.

• [00094] Riesgo de intolerancia a la actividad r/c hemodiálisis, problemas circulatorios.
-NOC [0006] Energía psicomotora.
-NIC [0180] Manejo de la energía.
Recomendar la actividad física coherente con los recursos energéticos del paciente.

• [00047] Riesgo de deterioro de la integridad cutánea r/c punciones repetidas y deterioro de la circulación.
-NOC [1105] Integridad del acceso para hemodiálisis.
-NOC [1101] Integridad tisular: piel y membranas mucosas.
-NIC [4240] Mantenimiento del acceso para diálisis: FAVI.
Comprobar la permeabilidad de la fístula. Enseñar los cuidados de la extremidad, observar si hay eritema, edema, calor, hemorragia, hematoma o dolor.
-NIC [3590] Vigilancia de la piel.

Instruir acerca de los signos de pérdida de integridad de la piel relacionados con la inmovilización y problemas circulatorios.

PROBLEMAS DE COLABORACIÓN/COMPLICACIONES POTENCIALES: Reacción alérgica, hipotensión arterial, calambres, hemorragia, infección, síndrome del secuestro, desequilibrio hidroelectrolítico, trombosis y embolia.

CONCLUSIONES: El inicio del tratamiento en hemodiálisis para el paciente con ERC es un cambio drástico, que conlleva la modificación de muchos e importantes aspectos de su vida diaria. Como profesionales de enfermería debemos ser capaces de dar unos cuidados homogeneizados y de calidad, que den seguridad al paciente y faciliten que pueda adaptarse al nuevo régimen terapéutico, involucrándole en el cuidado de su propia salud; esto nos permitirá mantener la mejor calidad de vida posible.

Título: Plan de cuidados estandarizado en el paciente sometido a trasplante renal.

Autores: Javier Ortiz Ortiz, Ángela Olano Expósito, Sandra Pacheco Martínez, Ana Ibaseta López, Lorena Bada Díez, Bárbara Zorrilla Herrería. Servicio de Nefrología.

POBLACIÓN DIANA/ OBJETIVOS DEL PLAN:
Población diana: Pacientes sometidos a trasplante renal, hospitalizados en el HUMV.
Objetivos del plan:

- Identificar las necesidades básicas en el paciente sometido a trasplante renal.
- Crear un plan de cuidados estandarizado adaptado a las necesidades del paciente, con el fin de guiar la actuación enfermera.

VALORACIÓN ESTÁNDAR: Valoración del paciente a su llegada a la unidad, basándonos en las 14 necesidades de Virginia Henderson, para posteriormente realizar un plan de cuidados basado en la taxonomía NANDA, NOC y NIC.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA / CRITERIOS DE RESULTADO (NOC) / ENUNCIADO DE INTERVENCIONES (NIC):
[00148] Temor r/c entorno desconocido m/p sentimiento de alarma.
NOC
[1404] Autocontrol del miedo
NIC
[5820] Disminución de la ansiedad
[5230] Mejorar el afrontamiento
[5250] Apoyo en la toma de decisiones
[5618] Enseñanza: procedimiento/tratamiento
[00162] Disposición para mejorar la gestión de la salud m/p expresa deseo de mejorar la gestión del régimen terapéutico prescrito.
NOC
[1623] Conducta de cumplimiento: medicación prescrita
[1808] Conocimiento: medicación
[1813] conocimiento: régimen terapéutico
NIC
[5616] Enseñanza: medicamentos prescritos
[2380] Manejo de la medicación
[00044] Deterioro de la integridad tisular r/c procedimiento quirúrgico m/p lesión tisular.
NOC
[1102] Curación de la herida: por primera intención
NIC
[3660] Cuidados de las heridas
[00108] Déficit de autocuidado: baño r/c dolor m/p deterioro de la habilidad para acceder al baño.
NOC
[0305] Autocuidados: higiene
NIC
[1801] Ayuda con el autocuidado: baño/higiene.

[3590] Vigilancia de la piel
- [00109] Déficit de autocuidado: vestido r/c dolor m/p deterioro de la habilidad para ponerse diferentes piezas de ropa.

NOC
[0302] Autocuidados: vestir
NIC
[1802] Ayuda con el autocuidado: vestirse/arreglo personal
- [00110] Déficit de autocuidado: uso del inodoro r/c dolor m/p deterioro de la habilidad para llegar hasta el inodoro.

NOC
[0200] Ambular
NIC
[6490] Prevención de caídas

PROBLEMAS DE COLABORACIÓN:
- Dolor agudo.
- Hemorragia.
- Infección, fiebre.
- Intoxicación por empleo de fármacos inmunosupresores.
- Estreñimiento.
- Desequilibrio del volumen de líquidos.
- Rechazo del injerto.

CONCLUSIONES:
El paciente sometido a trasplante renal precisa de una serie de cuidados estandarizados de calidad. Este plan de cuidados pretende unificar estos, fomentando así el trabajo en equipo. Sin embargo, este plan de cuidados debe de ser evaluado periódicamente, para poder actualizarse según las necesidades, en base científica.

Título: Revisión de artículos publicados en la revista de enfermería en cardiología (ed. 2013-2018).

Autores: María Fuentes Martínez, Mercedes Benito Alfonso, María Sainz González, Ana Belén Píriz Marqués, Víctor Fradejas Sastre, Gema García López. Cardiología Intervencionista.

INTRODUCCIÓN: Las publicaciones periódicas científicas han sido, y continúan siendo, el principal vehículo de difusión; vierten los contenidos de mayor vigencia y permiten estar al día para una práctica profesional de calidad.
La producción científica enfermera ha presentado un importante desarrollo en los últimos años debido a su desarrollo académico y profesional. La revista de Enfermería en Cardiología, representa uno de los vehículos de divulgación científica más importantes a nivel nacional para la enfermería que desarrolla su trabajo en el área de cardiología.

OBJETIVO: Analizar la producción científica publicada en la revista de Enfermería en Cardiología durante el periodo 2013-2018.

METODOLOGÍA: Estudio bibliométrico descriptivo, longitudinal y retrospectivo para un periodo de seis años (2013-2018) sobre el contenido científico de la revista Enfermería en Cardiología. Se descartaron: las cartas al director, la sección de metodología y de imagen, los artículos de tipo editorial y las notas de prensa.
Se analizaron las variables de número de autores, distribución por secciones, tipología documental y distribución demográfica.

RESULTADOS:
La revista Enfermería en Cardiología edita tres publicaciones anuales, salvo en la edición del año 2013 que requirió agrupar dos de sus tomos en un mismo número.
La media de artículos publicados por año es de doce, prácticamente la mitad de estas publicaciones son estudios observacionales. Si tenemos en cuenta la media de habitantes por artículo destaca la comunidad autónoma Navarra, seguido de la Comunidad de Cantabria y Galicia.
El 8% de los artículos son de carácter multicéntrico dentro del territorio nacional.
La media de autores por artículo es de cuatro. Si nos centramos en secciones, se puede apreciar que cuidados críticos cardiovasculares representa un 36% de las publicaciones, seguido de hemodinámica 28% donde en las últimas ediciones aumenta su colaboración.

CONCLUSIÓN: Pese a encontrarnos con ciertas dificultades a la hora de investigar como puede ser la limitada formación en metodología de la investigación, cada vez se participa más para basar en evidencia científica los cuidados que se prestan.
Los resultados muestran que debemos seguir trabajando para realizar estudios con una mayor significación estadística.

Título: Plan de cuidados estandarizado en paciente sometido a cistectomía radical (post-operatorio).

Autores: Laura Ruiz Azcona, Zeltia Agra Diez, Paula Torre García. Servicio de Urología.

POBLACIÓN DIANA /OBJETIVOS DEL PLAN: El cáncer de vejiga es una enfermedad con una de las incidencias más altas del mundo, siendo el cuarto tumor más frecuente en hombres (33casos nuevos/100.000 habitantes año).
Este puede presentarse a cualquier edad incluso en niños, sin embargo es una enfermedad de individuos de edad media y avanzada.
Los pacientes diagnosticados de cáncer cáncer de vejiga invasivo, que afecta al músculo, o no invasivo recurrente de alto grado son subsidiarios de ser sometidos a una cirugía denominada cistectomía radical. Dicha cirugía consiste en la extirpación de la vejiga en su totalidad.

OBJETIVO: Elaborar un plan de cuidados en pacientes sometidos a cistectomía radical en la planta de hospitalización de urología del hospital universitario Marqués de Valdecilla.

VALORACIÓN ESTÁNDAR: Los pacientes cistectomizados, se someten a una alteración estructural y funcional en su cuerpo, que deriva en la posibilidad de complicaciones de las que debemos tener conocimiento, para prevenirlas en la medida de lo posible. Realizaremos una valoración por 14 necesidades de Virginia Henderson, mediante entrevista y exploración física completa.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA Y PROBLEMAS DE COLABORACIÓN:
Diagnósticos NANDA:
Temor, Conocimientos deficientes, Déficit de autocuidado higiene/ uso del wc, Riesgo de estreñimiento, Riesgo de retención urinaria, Riesgo de deterioro de la integridad cutánea, Riesgo de deterioro de la imagen corporal y Deterioro de la movilidad física
Problemas de colaboración:
Dolor, Riesgo de infección, Íleo paralítico, Riesgo de tromboembolismo pulmonar, Riesgo de fugas de las anastomosis quirúrgicas, intestinales y urinarias, Riesgo de desnutrición e Incontinencia.

CRITERIOS DE RESULTADO: 1404 Control del miedo, 1813 Conocimientos régimen terapéutico, 0301 Autocuidado: baño e higiene NOC-0305 Autocuidado: Higiene, 0208 Nivel de movilidad, 1101 Integridad tisular, 1305Adaptación psicosocial, cambio de vida, 0503 Eliminación urinaria.

ENUNCIADO DE INTERVENCIONES: 5230 Aumentar el afrontamiento, Cuidados de la ostomía. 3440 Cuidados del sitio de incisión. 7370 Planificación del alta, 6540 Control de la infección, 3590 Vigilancia de la piel, 5440 Aumentar los sistemas de apoyo, 0180 Manejo de la energía, 0590 Manejo de la eliminación urinaria, 0610 Cuidados de la incontinencia urinaria, 6650 Vigilancia, 1870.Cuidado del drenaje, 2440 Mantenimiento de dispositivos de acceso venoso, 2380 Manejo de la medicación, 1400 Manejo del dolor, 0550Irrigación de la vejiga.

CONCLUSIONES: Los cuidados de enfermería son una pieza fundamental en la evolución satisfactoria de todos los pacientes ingresados en un hospital.
La elaboración de un Plan de cuidados Estandarizado facilita los cuidados de Enfermería dirigidos hacia estos pacientes, sin olvidar el concepto de cuidados individuales, que derivan de respuestas individuales para un mismo proceso de enfermedad.

Título: El colecho, lactancia materna y muerte súbita del lactante: relación conflictiva.

Autores: Celia Gala Busto, Eva María Trueba Delgado. Urgencias Pediátricas.

INTRODUCCIÓN: El colecho se está reintroduciendo con más frecuencia en las sociedades occidentales,sin embargo,no existe unanimidad en su aplicación debido a su posible relación con la muerte súbita de lactante (SMSL).

OBJETIVO: Identificar la evidencia científica disponible de los efectos del colecho con la SMSL y la duración de la lactancia materna (LM).

METODOLOGÍA: Se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Medline,Cochrane plus, Scielo y Guía Salud. Se incluyeron artículos originales ,revisiones sistemáticas (RS) y guías de práctica clínica (GPC).
Variables a estudio: duración de la LM e incremento de la SMSL entre el colecho vs no colecho.
Estrategia de búsqueda: palabras clave DeCS: Lactancia materna,muerte súbita del lactante,recién nacido. MeSH: Breast Feeding, sudden infant death, infant, beds, risk factors. Combinados con AND, con límites de idioma (castellano e inglés), últimos 15 años y con acceso al texto completo.
Criterios de inclusión: manuscritos sobre asociación del colecho con la SMSL y duración de la LM. Criterios de exclusión: manuscritos referentes al colecho no asociados a la SMSL y LM.
Se realizó una síntesis narrativa.

RESULTADOS: Se revisaron 38 manuscritos que cumplían criterios de inclusión: 13 estudios primarios, 17 RS, 8 GPC.
Las GPC indican que el colecho es una práctica beneficiosa para el mantenimiento de la LM pero considera que aumenta la SMSL asociado a factores de riesgo: lactantes menores de 3 meses, prematuridad y bajo peso al nacimiento, padres que consuman tabaco, alcohol,drogas o fármacos sedantes,situaciones de cansancio,colecho sobre superficies blandas, sofá y compartir cama con múltiples personas. La guía de cuidados desde el nacimiento del Ministerio de sanidad (2010) concluye que el colecho en cuna tipo sidecar es más segura y no da situaciones de riesgo para el bebé y ayuda a facilitar la instauración de la lactancia materna.
Las RS de Landa (2012) y Das (2017) concluyen que el colecho favorece la frecuencia y duración de las tomas LM y aumenta la SMSL asociada a factores de riesgo.
La RS de Landa (2013) Ihan España,manifiesta que el colecho es un fenómeno cultural y corresponde a los profesionales de la salud asesorar a los padres para evitar situaciones de riesgo conocidas.
El estudio de Martín (2017) concluye que la práctica del colecho facilita la instauración de la lactancia materna y su prolongación en el tiempo.
Las RS de Pérez (2011) y Vennemann (2012) señalan que el colecho aumenta la SMSL en niños menores de 12 semanas y madres fumadoras.

CONCLUSIONES: El colecho favorece la LM y el aumento de la duración de la misma. Practicado sin situaciones de riesgo no guarda relación con la SMSL. Corresponde principalmente al personal de enfermería asesorar a los padres sobre las prácticas seguras que eviten situaciones de riesgo conocidas.

Título: Plan de cuidados estandarizado paciente con enfermedad crónica renal en tratamiento sustitutivo con diálisis peritoneal.

Autores: Lorena Bada Diez, Ana Ibaseta López, Sandra Pacheco Martínez, Javier Ortiz Ortiz, Bárbara Zorrilla Herrería, Ángela Olano Expósito. Servicio de Nefrología.

POBLACIÓN DIANA: Pacientes del HUMV con enfermedad renal crónica (ERC) sometidos a tratamiento sustitutivo renal (TSR) con Diálisis peritoneal (DP).

OBJETIVOS:

a) Reconocer en la valoración las necesidades básicas alteradas en este tipo de pacientes.
b) Establecer un plan de cuidados para pacientes en diálisis peritoneal destacando los principales diagnósticos enfermeros según la taxonomía NANDA y utilizando las clasificaciones NANDA-NOC-NIC.
c) Unificar criterios para la intervención de los profesionales de enfermería.

VALORACIÓN ESTÁNDAR: Conseguir datos objetivos y subjetivos con la consulta de la historia clínica, del paciente y su familia. Se realizará según las 14 necesidades de Virginia Henderson para llegar a evaluar si existen problemas o preocupaciones del paciente y si se debe actuar sobre ellas o no.

DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS / CRITERIOS DE RESULTADOS (NOC) / INTERVENCIONES (NIC):

00004. RIESGO DE INFECCIÓN r/c alteración de la integridad de la piel.
NOC: 1101.Integridad tisular: piel y membranas mucosas.
NIC: 3660.Cuidado de las heridas.

00025. RIESGO DE DESEQUILIBRIO DE VOLUMEN DE LÍQUIDOS r/c un régimen terapéutico.
NOC: 0603.Severidad de la sobrecarga de líquidos.
NIC: 2150.Terapia de diálisis peritoneal.

00046. DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA r/c factores mecánicos m/p alteración de la superficie de la piel (epidermis).
NOC: 1101.Integridad tisular: piel y mucosas.
NIC: 3440.Cuidados del sitio de incisión.

00120. BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL r/c alteración de la imagen corporal m/p verbalizaciones de negación de sí mismo.
NOC: 1305.Adaptación psicosocial: cambio de vida.
NIC: 4470.Ayuda en la modificación de sí mismo.

00126. CONOCIMIENTOS DEFICIENTES r/c mala interpretación de la información m/p verbaliza desconocimiento acerca de ciertos aspectos de la técnica a realizar.
NOC: 1803.Conocimiento: proceso de la enfermedad
NIC: 5602. Enseñanza: proceso de enfermedad.

00148. TEMOR r/c falta de familiaridad con la experiencia m/p aumento del estado de alerta.
NOC: 1402.Control de ansiedad.
NIC: 5380.Potenciación de la seguridad.

COMPLICACIONES POTENCIALES:

- Hemorragia
- Edema agudo de pulmón
- Infección (herida quirúrgica)
- Intolerancia a la dieta
- Dolor
- Astenia
- Peritonitis

INTERVENCIONES:
6650. vigilancia
4120. Manejo de líquidos
1020. Etapas en la dieta
6550. Protección contra las infecciones
1400. Manejo del dolor.

CONCLUSIONES: Hay una serie de objetivos para los pacientes en programa de DP que deben llevarse a cabo por parte de la enfermera como son educar, informar, transmitir y formar en habilidades para fomentar el autocuidado e independencia del paciente. Es muy importante unificar criterios para poder llevar a cabo un correcto plan de cuidados e ir todos en la misma dirección a la hora de asistir y cuidar a este tipo de enfermos para que tengan la mejor calidad de vida posible.

Título: Puesta en marcha de la radioterapia intraoperatoria en el Área Quirúrgica.

Autores: Irene Corredera Vicente, María de los Ángeles De La Horra Esteban, Montserrat Rodríguez Aguirre, Vanessa Martínez Cortavitarte, Maria Asunción Benito González, Lucía Mazario Amodio. Área Quirúrgica.

INTRODUCCIÓN: En 1984 se llevó a cabo en España la primera intervención quirúrgica con Radioterapia Intraoperatoria con haces de electrones acelerados. En 2017, surge la necesidad de adecuar instalaciones y conocimientos para dar cabida a esta terapia en nuestro centro.

OBJETIVO: Dar visibilidad al proceso de puesta en marcha de la Radioterapia Intraoperatoria en el área quirúrgica.

MATERIAL Y MÉTODO:

- Se creó un grupo de trabajo multidisciplinar formado por profesionales de los servicios de Cirugía General, Radioterapia, Oncología, Quirófano y Protección Radiológica que, durante el segundo semestre del año 2017 y todo el 2018, determinaron las necesidades de adaptación del entorno en el que iba a ubicarse el acelerador de electrones, establecieron los contenidos de las sesiones informativas sobre medidas de protección y seguridad para el paciente y los profesionales, y seleccionaron los pacientes subsidiarios de beneficiarse de esta terapia.
- El servicio de mantenimiento y una empresa externa realizaron las obras necesarias para la adecuación del quirófano, instalaron semáforos de aviso de radiación, infraestructura eléctrica para el acelerador y sistemas de visionado del interior del quirófano desde el exterior del mismo.
- Además de la instalación de un acelerador de electrones, hubo que dar cabida al resto de materiales utilizados en el procedimiento: colimadores, aplicadores de radioterapia, pantallas de protección, accesorios de posicionamiento quirúrgico, etc.
- Se planificó la atención al paciente dirigida a este procedimiento en concreto: posicionamiento del paciente, equipos y dispositivos.

RESULTADOS:

- El Servicio de Radioterapia, teniendo en cuenta la carga de trabajo del quirófano, el blindaje del mismo y la distancia al foco de radiación, estimó unos valores de dosis emitida que no superaban los 0,22mSv/año.
- Se realizaron varias sesiones informativas, una en el área quirúrgica, sobre medidas de seguridad y protección para pacientes y profesionales, dirigidas a los equipos multidisciplinares que iban a trabajar con el acelerador.
- La primera intervención con radioterapia Intraoperatoria se realizó el 26 de febrero de 2019.
- Desde febrero de 2019 hasta octubre de 2019 se han intervenido 13 pacientes a los que se les ha aplicado Radioterapia Intraoperatoria, siendo necesaria la combinación de los distintos accesorios de los tableros para lograr el posicionamiento quirúrgico adecuado en cada caso.

CONCLUSIONES

- Con las actividades realizadas se ha conseguido poner en funcionamiento la aplicación de esta nueva terapia, cumpliendo todos los requisitos de seguridad, tanto para el paciente como para los profesionales que la aplican.
- De esta manera queda abierta la posibilidad de aplicar esta terapia a un creciente número de pacientes afectados por diferentes tipos de tumores.

Título: Actuación enfermera en la neuromonitorización pélvica intraoperatoria en cirugía robótica.

Autores: María Jesús Lorenzo Gómez, Laura García Sanz, Vanessa Martínez Cortavitarte, María Asunción Benito González, Lucia Mazario Amodia, María Albillos Blanco. Área Quirúrgica.

INTRODUCCIÓN: La técnica de neuroestimulación pélvica intraoperatoria (NPI) implementada en la cirugía de recto asistida por robot trata de identificar y preservar el plexo hipogástrico, pudiendo disminuir la tasa de disfunción anorrectal, urinaria y sexual, frecuente en la excisión total mesorrectal en el cáncer de recto. Tras el inicio en nuestro hospital de esta técnica fue necesario que la enfermería quirúrgica conociese y controlase el procedimiento.

OBJETIVO: Describir el papel de la enfermería quirúrgica en la técnica de neuromonitorización pélvica intraoperatoria, en la cirugía de recto asistida por robot.

MATERIAL Y MÉTODO:
Periodo 2017-2019
En las comisiones quirúrgicas se decidieron los pacientes a los que se les aplicaría la técnica.
Equipo multidisciplinar: 1 Anestesista, 2 Cirujanos Generales, 3 Enfermeras acreditadas para el uso del sistema robótico Da Vinci Si®, 1 Neurofisiólogo y 1 Auxiliar de enfermería asistente del neurofisiólogo.
Sistema robótico Da Vinci Si®.
Quirófano integrado OR1TM, Nº26 del bloque D, área quirúrgica HUMV.
pIOM Set Inomed: 520 335, pIOM Box Inomed: 520 300
Monitor neuroestimulación, ecógrafo con sonda rectal.

RESULTADOS
Se han realizado un total de 7 neuroestimulaciones pélvicas intraoperatorias.
Se han descrito las funciones específicas de la enfermera de anestesia (EA), de campo (EC) e instrumentista (EI) para esta técnica:

- (EA)-Posicionamiento paciente y protecciones. Ubicación bombas de TCI. Control no uso de fármacos relajantes ni gases halogenados durante la técnica.
- (EC)-Manejo y control del Da Vinci Si® y quirófano integrado. Ubicación y control del resto de sistemas necesarios de neuromonitorización pélvica durante el procedimiento.
- (EI)-Conocimiento de la instrumentación y manejo de sondas de estimulación bipolares.
-

CONCLUSIONES: La aplicación de la NPI puede contribuir significativamente en la calidad de vida de los pacientes. Describir el papel de las enfermeras en el quirófano en este procedimiento complejo y poco frecuente se torna aún más relevante si queremos garantizar la seguridad del paciente y reducir nuestro nivel de estrés.

Título: Evidencia en cuidados: prevención y manejo del dolor/trauma en el pezón durante la lactancia.

Autores: Elsa Cornejo Del Río, Sonia Mateo Sota, Carolina Lechosa Muñíz, Jose Luis Cobo Sanchez. Servicio de Obstetricia y Ginecología. Servicio de Pediatría. Área de Calidad, Formación, I+D+i.

INTRODUCCIÓN: El dolor y molestias en el pezón son frecuentes en las primeras semanas de amamantamiento y constituye uno de los principales motivos de abandono de la lactancia materna (LM). Afecta al 34%-96% de las madres que desean LM y una de cada 3 madres que experimenta este problema, elige métodos alternativos de alimentación. La prevención, tratamiento y/o manejo oportuno del dolor/trauma en el pezón son fundamentales tanto para el inicio como para el mantenimiento de la LM.

OBJETIVO: Determinar cuáles son las intervenciones más efectivas para prevenir o reducir el dolor/trauma en el pezón relacionados con la LM.

METODOLOGÍA:
Revisión narrativa de la literatura.
Palabras clave: Breastfeeding, painful nipple, evidence-based practice y care. Se efectuaron diferentes combinaciones utilizando el operador booleano AND.
Criterios de selección de estudios: Artículos originales que versen sobre dolor/trauma en el pezón durante la LM y de los distintos métodos empleados para su tratamiento. Se limitó la búsqueda a los 5 últimos años, en inglés y español.
Estrategia de búsqueda para la identificación de los estudios: Revisión sistemática de carácter descriptivo en distintas bases de datos.
Fuentes utilizadas: Pubmed, Cochrane plus y Trip Database.

RESULTADOS: La postura y agarre correcto desde el inicio son la clave para conseguir una LM exitosa. Es imprescindible una educación prenatal y postnatal precoz donde la madre sea informada sobre la postura y agarre correcto.
Se debe investigar la causa del dolor persistente en el pezón asociado con la LM, ya que el tratamiento sugerido depende de su origen; frenectomía para la anquiloglosia, antibiótico en la infección bacteriana, crema antimicótica en la infección por cándida, una compresa caliente o tratamiento farmacológico en el caso del vasoespasmo, presión directa y extracción de leche en conductos obstruidos.
Hay pruebas limitadas acerca de la efectividad de los tratamientos para el dolor/trauma del pezón. Una revisión sistemática que incluye cuatro ECAs con un total de 656 mujeres evaluó cinco intervenciones diferentes, incluidas almohadillas de glicerina y lanolina con pezonera o sola, leche materna extraída y un ungüento para pezones de uso general. La revisión encontró que para la mayoría de las mujeres (independientemente del tratamiento utilizado) el dolor se reduce a niveles leves después de aproximadamente 7-10 días después del parto.

CONCLUSIONES: El personal sanitario a cargo del cuidado del binomio madre-hijo deberá instruir a la madre en la colocación y el agarre del recién

nacido al pecho de forma correcta y hacerlo de forma individualizada ya que es la mejor manera de prevenir el dolor/trauma del pezón. Cuando aparece el dolor/trauma es importante buscar la causa y actuar precozmente para evitar abandonos indeseados informando la madre que el dolor del pezón disminuirá a los 7-10 días. Se concluye la necesidad de continuar investigando en tratamientos para el dolor/trauma en el pezón.

Título: Implementando evidencia en el cuidado de catéteres venosos periféricos.

Autores: M. Begoña Josa Laorden, Ester González Fernández, Mª Belén González Gómez, Verónica Gómez Abad, Olga Quintano Rodríguez. Servicio de Neumología. Servicio de Infecciosas.

INTRODUCCIÓN: Los catéteres venosos periféricos (CVP) son los dispositivos invasivos más comunes utilizados en el ámbito hospitalario de todo el mundo. Los pacientes pueden experimentar múltiples eventos adversos, tales como flebitis, extravasación o infecciones durante la inserción, mantenimiento y gestión de estos dispositivos.

OBJETIVO: Implantar una estrategia multimodal basada en un modelo de implementación de evidencia para disminuir la incidencia de eventos adversos con el uso de CVP en pacientes adultos hospitalizados.

METODOLOGÍA: Estudio de movilización de conocimientos utilizando un diseño de ensayos clínicos aleatorizados por clúster con evaluación de procesos. El ámbito de estudio fueron dos unidades de hospitalización de adultos del Hospital Valdecilla (una intervención y otra control). La medida de resultado primaria será la incidencia de eventos adversos asociados con el uso de CVP. La intervención multimodal se implantó en la unidad intervención mediante: formación de las enfermeras en la estrategia multimodal mediante un curso online y Masterclass de apoyo, materiales de apoyo (póster y dípticos) para las enfermeras de la unidad y pacientes (alfabetización), retroalimentación sobre los resultados y mensajes dirigidos a los profesionales de la salud para facilitar cumplimiento de las recomendaciones y la implantación de la figura del facilitador interno (miembros clave del personal de las organizaciones, para adoptar las mejores prácticas basadas en la evidencia sobre el modelo teórico PARIHS). Se recolectarán datos de resultados utilizando una amplia gama de métodos, entre los que se incluyen los cuestionarios NWI y EBPQ a enfermeras, auditorías mensuales y los registros electrónicos de los CVP.

RESULTADOS: Se han comenzado a realizar las auditorias clínicas en ambas unidades. En la unidad intervención se han reclutado 5 enfermeras (28% de las enfermeras de la unidad) como facilitadores internos, a los que se les ha formado en gestión del cambio mediante Masterclass de 2 horas (Agosto 2019). El 55% de las enfermeras de la Unidad de intervención han realizado la formación online. Se ha adoptado el procedimiento de inserción mantenimiento y cuidados del CVP de la unidad, y se han difundido los materiales de apoyo: póster sobre puntos clave en la inserción, mantenimiento y retirada de los CVP; y se ha colocado en cada habitación un díptico para los pacientes sobre autocuidados del CVP. Se han realizado durante 6 meses auditorias clínicas preintervención y durante 2 meses postintervención: a los 3 meses postintervención se realizara informe y retroalimentación sobre el mismo por parte de las facilitadores a las enfermeras de la unidad intervención.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES: La puesta en marcha de una intervención multimodal basada en el modelo de implantación de evidencia PARISH

implicará a los profesionales en la gestión del cambio y disminuirá los eventos adversos relacionados con el CVP en la unidad intervención.

Título: Inmovilización en radiología pediátrica del HUMV, "cuidamos al paciente y al acompañante".

Autores: María Remedios Cabrera García, Isabel Martínez González, Elena Rivera Arda, Inés Cuesta Guerrero, Sara Aguilar San Román, Elena Pereda García. Servicio de Radiología. Servicio de Protección Radiológica.

INTRODUCCIÓN: La inmovilización en radiología pediátrica es indispensable para obtener radiografías de calidad y diagnósticas, cumpliendo el criterio ALARA. Debemos evitar repeticiones radiográficas y reducir la dosis radiológica absorbida por parte de los niños y de sus acompañantes, eligiendo el método de inmovilización más eficaz para este fin.
La labor del técnico es fundamental para comunicar de forma clara, sencilla y directa con el fin de tranquilizar y empatizar con el niño, logrando siempre que sea posible, realizar la prueba sin el acompañante.

OBJETIVO: Analizar los métodos de inmovilización mecánicos y humanos utilizados en nuestro Servicio para su posible mejora, con el fin de minimizar la sobreexposición radiológica al paciente y una exposición innecesaria al acompañante.

MATERIAL Y MÉTODOS: Realizamos estudio cuantitativo descriptivo con 269 pacientes, recogidos aleatoriamente durante el periodo del 1 de septiembre 2018 al 31 septiembre 2019, de las exploraciones simples realizadas a niños de 0 a 8 años.
Generamos una base de datos con las variables a estudio: edad, tipo de exploración, acompañante en sala, uso de inmovilización humana, uso de inmovilización mecánica, tipo de inmovilizadores mecánicos, calidad de imagen y repetición de exploración.
Trasladamos los datos obtenidos a una hoja Excel para analizar porcentualmente las distintas variables respecto a la edad de los niños.

RESULTADOS: En el 100% de las exploraciones realizadas a los 269 pacientes la inmovilización fue correcta y no hubo repetición de radiografía por mala inmovilización.
De 0 a 3 años el acompañante entró siempre en sala de exploración y participó en la inmovilización un 89% de media entre 0 y 2 años e intervino un 96% en niños de 3 años. La presencia del acompañante en sala disminuye del 78% para 4 años hasta 0% a los 8 años, manteniéndose en el 40% para los niños entre 5 y 7 años.
La inmovilización mecánica se utilizó entre el 60 y el 92% en todos las edades excepto para los niños de 3 y 8 años que solo fue un 34%.
El tipo de exploraciones realizadas no justifica la dispersión de inmovilizaciones que observamos a los 3 años.
Observamos que entre el 21 y el 31% de acompañantes que entran en sala con los niños de 5 a 7 años no participan en la inmovilización.
Los inmovilizadores mecánicos más utilizados para todas las edades son los sacos de arena y los menos utilizados son las tejas-tubo que solo se emplean para niños de 0 a 2 años.

CONCLUSIONES: Los datos obtenidos nos muestran que no existe sobreexposición radiológica al paciente por mala inmovilización. La mejora que podemos realizar estará centrada en reducir la exposición al acompañante, especialmente en el 27% de media que entran en sala y no participan en la inmovilización.
Para los niños de 3 años es posible sustituir la inmovilización humana por mecánica al menos un 10% y reducir la presencia en sala del acompañante.

BIBLIOGRAFÍA:
1. Real Decreto 1976/1999, de 23 de diciembre, por el que se establecen los criterios de calidad en radiodiagnóstico BOE 2008; 270: 14333-41
2. Real decreto 815/2001, de 13 de julio, sobre justificación del uso de las radiaciones ionizantes para la protección radiológica de las personas en ocasión de las exposiciones médicas. BOE 2001; 168: 25591-4
3. Directiva Europea 2013/59 Euratom del Consejo de 5 de Diciembre de 2013, por la que se establecen normas de seguridad básicas para la protección contra los peligros derivados de la exposición de radiaciones ionizantes.

Título: La miel, alternativa en la cura de dehiscencia de herida en una vulvectomía radical: revisión.

Autores: Vanessa Andrés Manteca, Amparo Hoz Antúnez, María Sáez de Adana Herrero. Servicio de Obstetricia y Ginecología.

INTRODUCCIÓN: La neoplasia vulvar es un cáncer ginecológico relativamente poco frecuente, que afecta más en edad avanzada, suele ocurrir un diagnóstico tardío lo que conlleva a una cirugía muy agresiva, como es la vulvectomía radical, con probabilidad de secuelas tanto físicas como psicológicas. Además, las vulvectomías dan lugar a suturas con mucha tendencia a la dehiscencia, debido a la dificultad de mantener la zona limpia y seca.
El uso tópico de la miel, tiene una larga historia, las propiedades curativas de la miel se mencionan en la Biblia, el Corán y la Torá.

OBJETIVO: Comprobar la evidencia científica disponible sobre los efectos curativos y regeneradores de la miel en la dehiscencia de heridas en vulvectomía radical.

METODOLOGÍA: Se realizó una búsqueda bibliográfica en bases de datos CUIDEN, PUBMED, SCIELO, MEDES, CINHAL, COCHRANE. Estrategia de búsqueda: Palabras clave DeCS: Miel, herida, vulvectomia, cura.MeSH: honey, wound, healing. Como operador booleano AND, con límites de idioma (castellano e inglés), últimos 10 años y con acceso al texto completo. Los criterios de inclusión fueron: efectividad de la miel en heridas quirúrgicas, heridas sépticas y vulvectomias. Criterios de exclusión: eficacia de la miel en otro tipo de heridas o lesiones.

RESULTADOS: Se analizaron 10 estudios que cumplían los criterios de inclusión. Aunque únicamente se encontró uno que relaciona específicamente el uso de la miel en una vulvectomía radical, el resto relacionan la utilización de la miel para la cura de heridas quirúrgicas o heridas sépticas.
En los diferentes estudios se pone de manifiesto como resultado la evidencia empírica de la miel en la cura de heridas, destacando su eficacia en heridas sépticas, se resalta la utilización de la miel en la curación de heridas desde la antigüedad, preponderando además la miel como producto natural y como una opción barata y fácil de utilizar. Se distingue además diferente tipología de miel, según el origen florar y ubicación geográfica de la miel, estos son factores importantes a considerar, ya que ésta varía en su composición y, por lo tanto, también su valor medicinal.

CONCLUSION: Existe poca evidencia científica sobre la curación de dehiscencia de herida de vulvectomía radical, aunque todo lo encontrado coincide en que la miel es eficaz en las heridas sépticas independientemente de su localización, probablemente de ahí se extienda también su eficacia en vulvectomías, dado que son heridas con mucha tendencia a la dehiscencia e infección con el paso de los días, debido a su ubicación y dificultad de la paciente para el cuidado de la zona.

Título: Patología dual en España y etiopatogenia.

Autores: Gonzalo Ruiz de Andrés, Javier Valentín Llanos, Daniel Robledo González. Servicio de Psiquitaría. Correturnos. Servicio de Nefrología.

INTRODUCCIÓN: La Patología Dual se refiere a la existencia simultánea de un trastorno mental y un trastorno por consumo de sustancias.
Últimamente se ha apreciado un aumento considerable de los pacientes, sobre todo jóvenes, que acudieron a consulta por trastornos del estado de ánimo, seguidos de los trastornos de ansiedad, somatomorfos y problemas de consumo de alcohol desde el inicio del periodo de recesión económica. En concreto, el trastorno depresivo mayor ha sufrido un importante incremento.
La sustancia psicoactiva con mayor prevalencia entre la población de 15 a 64 años es el alcohol seguida del tabaco, la ilegal con mayor prevalencia es el cannabis seguida de la cocaína y el éxtasis.

OBJETIVO:

- Estudiar la prevalencia de la patología dual en España.
- Señalar diferentes hipótesis de etiopatogenia de la patología dual.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión bibliográfica con artículos de los metabuscadores Pubmed y Google Académico, preferentemente españoles.
Las palabras clave han sido: “patología dual”, “sustancias psicoactivas”, “diagnóstico dual” y “trastorno mental”. Estas palabras deben aparecer en título o resumen, que el artículo esté disponible en su totalidad y que los datos y cifras no tengan más de 10 años de antigüedad.

RESULTADOS: En España, existe la Sociedad Española de Patología Dual creada para promover la investigación y el consenso de tratamientos especializados. En su estudio se ha detectado un 34% de prevalencia, cifra mayor en la red de atención al drogodependiente que en la de salud mental.
La comorbilidad psiquiátrica más común entre consumidores es la depresión mayor, con una prevalencia que osciló entre 12% y 80%. Otras son la esquizofrenia (30-60%) y el trastorno bipolar (40-60%).
Otros estudios relevantes son el Estudio Madrid y uno particular publicado en la Revista de la Asociación Gallega de Psiquiatría.
Etiopatogenia:

1. Consumo de sustancias secundario a una alteración psiquiátrica: para mejorar su situación o la sensación que produce la enfermedad que padece.
2. Alteración psiquiátrica secundaria al consumo de sustancias: el consumo continuado de sustancias inducirá el trastorno psiquiátrico.
3. Modelo de independencia: podrían coexistir como fenómenos totalmente independientes.
4. Modelo de factores comunes de vulnerabilidad: como componentes genéticos, ambientales, neurobiológicos...
5. Modelo bidireccional: cada uno de los trastornos puede incrementar la vulnerabilidad del contrario.
6. Modelo de socialización: el consumo de tóxicos para obtener un rol social, un grupo y una identidad más aceptada.

CONCLUSIONES: Ante la creciente aparición de casos, los profesionales sanitarios deben tomar conciencia de la importancia que tiene realizar intervenciones de educación para la salud en prevención del consumo de drogas sobre todo en la población adolescente.
Debido a la complejidad de la patología y a la falta de datos, es necesario realizar un mayor número de estudios que sirvan para otorgar mejores cuidados.

Título: Percepción de los profesionales de enfermería ante la llegada de residentes en enfermería pediátrica.

Autores: Yolanda Aparicio Miguel, Andrea Fernández Gomez, María Juez Primo, Ángela Miranda Salmón. Servicio de Pediatria.

INTRODUCCIÓN: Desde el 2011 en España se forman enfermeras especialistas en pediatría por un sistema de residencia conocido EIR (enfermero interno residente). Es una formación oficial y reglada obteniéndose el título necesario para ocupar los puestos así denominados.
Inicialmente 4 Comunidades Autónomas implantaron 16 unidades docentes frente a las 16 Comunidades Autónomas y 72 unidades docentes de la convocatoria actual. En mayo de 2020 recibiremos a las primeras EIR de pediatría y queremos conocer la opinión del personal de enfermería de las unidades por las que rotarán.

OBJETIVO: Identificar las expectativas de los profesionales de enfermería en las unidades de pediatría de un hospital de tercer nivel y centros de salud asociados ante la implantación de enfermeras residentes en pediatría.

METODOLOGÍA: Se realizó un estudio descriptivo, observacional y transversal realizado entre el 16 y 30 de septiembre de 2019. La población de estudio la constituyeron el personal de enfermería del área pediátrica (planta de pediatría, neonatología y urgencias pediátricas) y la consulta pediátrica de atención primaria (AP). Fueron excluidos los profesionales de enfermería que se encontraban de vacaciones o en turno libre en el periodo de recogida de datos.
Se utilizó un cuestionario autodiseñado que cumplimentaron de forma anónima y voluntaria. Se contactó con las enfermeras de AP vía telefónica y cumplimentaron el cuestionario a través de docs.google. El resto fueron entregados en sobre cerrado y formato papel. Recogimos variables sociodemográficas de interés y 12 preguntas dicotómicas. Las variables cualitativas fueron descritas como frecuencias y las cuantitativas como mediana y desviación típica.

RESULTADOS: Se obtuvieron 34 cuestionarios. 31 eran mujeres con una mediana de edad 39.1 años (dt:11.2). Un 85% (n=34) trabajaba en unidades hospitalarias: el 20.5% en urgencias de pediatría, el 17.6% en hospitalización pediátrica, el 20.6% en AP y el 38.2% en neonatología. Un 52,9% son especialistas en pediatría por vía excepcional. Un 88.2% conocen el sistema de formación mediante residencia. Un 85.3% piensan que son necesarias las especialidades y un 79.4% consideran que mejoran la calidad asistencial. Un 61.7% manifiesta estar motivado para formar EIR y un 55.8% tener los conocimientos necesarios para hacerlo. La carga asistencial en un 47.1% consideran que se verá aumentada con la presencia de EIR. El 61,7% consideran que el SCS obtendrá un beneficio indirecto. El 100% considera que se debe incentivar por parte del servicio de salud a los formadores.

CONCLUSIONES: En nuestra muestra apreciamos un amplio conocimiento sobre el sistema de formación EIR, aunque sólo la mitad tienen la especialidad y todas ella por vía excepcional. Se sienten motivadas ante la llegada de EIR y

todas consideran necesaria una retribución, bien sea con formación, económicamente y puntos en la bolsa.

Título: Síndrome de burnout en el personal de enfermería.

Autores: Raquel Raba Tezanos, Raquel Pacheco Bada. Unidad de Cuidados Intensivos Generales.

INTRODUCCIÓN: La enfermería es una de las profesiones sanitarias más propensas a padecer el Síndrome de Burnout el cual se caracteriza por agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal.
Las consecuencias del mismo afectan a la salud física y psicológica del profesional, a la calidad de los cuidados prestados y a las instituciones donde desarrollan su trabajo.

OBJETIVO: Revisar las publicaciones relacionadas con el síndrome de burnout en enfermería, su impacto en el trabajo y sensibilizar a los profesionales e instituciones sobre la naturaleza del mismo.

MATERIAL Y MÉTODO: Se realizó una revisión bibliográfica sobre el concepto burnout en enfermería en bases de datos Scielo, Cochrane y electrónicos revisando artículos de los últimos 20 años.
Palabras clave: burnout, enfermera, estrés, salud laboral y uci
La selección final fue de 16 artículos incluyendo sólo los escritos en español.

RESULTADOS: Se encontraron numerosas publicaciones sobre el síndrome burnout en enfermería.
La revisión bibliográfica ha permitido visualizar de forma objetiva el impacto físico y psicológico sobre el profesional (agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal) así como sobre las instituciones en las que trabaja (aumento de costos económicos por absentismo y bajas laborales).
Se observó la escasez de estudios sobre intervenciones para reducir las fuentes del burnout y garantizar unas adecuadas condiciones de trabajo.

CONCLUSIONES: Se evidencia la necesidad sensibilizar a los profesionales e instituciones competentes sobre el efecto que el síndrome de burnout tiene en la enfermería, así como destinar recursos al estudio de intervenciones enfocadas a reducir el estrés laboral.

Título: Síndrome de Marfan.

Autores: Daniel Robledo González, Gonzalo Ruiz De Andrés, Javier Valentín Llanos. Servicio de Nefrología.

INTRODUCCIÓN: El síndrome de Marfan consiste en un trastorno hereditario en el que el tejido conjuntivo se ve afectado, más concretamente se ve afectado un gen de la fibrilina, proteína que compone parte del tejido conectivo.

OBJETIVOS: El objetivo principal es el de resaltar las características principales de esta enfermedad para tener en cuenta posibles complicaciones que pueden desarrollar en un futuro.

METODOLOGÍA: Para obtener la información necesaria para realizar este trabajo se ha realizado una revisión sistemática cualitativa de los ensayos clínicos y artículos existentes sobre el tema en cuestión. Los estudios y artículos han sido obtenidos a partir de las búsquedas realizadas en la prinicpales bases de datos de ciencias de la salud: PubMed, Google Academic y Cochrane Library Plus.

DISCUSIÓN Y RESULTADOS: Existen gran cantidad de signos y síntomas que engloban a esta enfermedad. Estos signos y síntomas van desde defectos leves a complicaciones potencialmente letales para el paciente. Dentro de los signos y síntomas más característicos de la enfermedad podemos destacar que son pacientes altos y delgados, con las extremidades desproporcionadamente largas, con un paladar alto y arqueado, dientes montantes, con grandes miopías, pies planos, con soplos cardíacos y con espina dorsal curvada en exceso.
Dentro de las posibles complicaciones que pueden desarrollar estos pacientes hay que destacar las siguientes:

- Complicaciones cardiovasculares: Dentro de este tipo de complicaciones cabe destacar las malformaciones valvulares, disecciones aórticas y aneurismas de la aorta.
- Complicaciones oculares: Problemas de retina, glaucoma, cataratas y luxaciones del cristalino.
- Complicaciones óseas: Curvaturas anormales en la columna vertebral y esternón que sobresale o se hunde.
- Complicaciones en el embarazo: Debido a las complicaciones cardiovasculares, puede que se produzca una rotura aórtica ya que la mujer embarazada bombea más sangre que de manera habitual.

CONCLUSIONES: Una vez que se sabe cuales son los principales signos y síntomas de esta enfermedad podemos observar las posibles complicaciones que pueden presentar estos pacientes en un futuro y actuar en consecuencia para evitar que estas situaciones se materialicen, ya que en muchas ocasiones se puede poner en riesgo la vida del paciente.

Título: Actualización del protocolo quirúrgico de cirugía endoscópica nasosinusal (C.E.N.S.) guiada por navegación.

Autores: Vanessa Martínez Cortavitarte, María Asunción Benito González, María Jesús Lorenzo Gómez, Laura García Sanz, María Ángeles De La Horra Esteban, Montserrat Rodríguez Aguirre. Área Quirúrgica.

INTRODUCCIÓN: Las fosas nasales y la base del cráneo son una de las zonas más complejas y de difícil acceso de la anatomía humana, la proximidad que tienen con las orbitas oculares y el cerebro exponen estas estructuras a posibles daños si no se realiza una correcta cirugía.
La navegación intraoperatoria es un sistema de localización espacial de instrumentos quirúrgicos que correlaciona la posición de estos con las imágenes anatómicas del paciente mediante TAC o RM. De esta forma se puede conocer en todo momento cuál es la situación exacta de un instrumento dentro de la cabeza del paciente a tiempo real durante toda la intervención.
Desde febrero de 2015 el servicio de O.R.L. utiliza la navegación asociada a la C.E.N.S. La implementación de este nuevo abordaje quirúrgico permite la actualización y formación de los profesionales de enfermería quirúrgica en esta técnica.

OBJETIVO: Dotar a la enfermera quirúrgica del conocimiento y preparación de la C.E.N.S. con imagen guiada por navegación con el fin de ofrecer una atención segura y de calidad.

MATERIAL Y MÉTODO:
Periodo comprendido entre 2015 y 2019.
Uso del navegador en 90 cirugías C.E.N.S.
Equipo de trabajo: 6 enfermeras quirúrgicas.
Quirófanos de O.R.L. y neurocirugía.
Se elabora el protocolo quirúrgico para enfermería, donde se incluye:

- Equipamiento especifico de C.E.N.S. con navegación: Navegador FUSION (Medtronic)
- Instrumental Quirúrgico
- Accesorios: ópticas, cámaras, torre de visión, …
- Otros materiales: Fungibles, desechables, …
- Instrumentación Quirúrgica.

RESULTADOS: Se ha elaborado el protocolo de actuación específico para la CENS navegada, facilitando el trabajo de la enfermera de ORL que se inicia en esta técnica.
Se ha cuidado la ubicación de los diferentes elementos para la navegación atendiendo a los aspectos ergonómicos por parte de todo el equipo multidisciplinar.
Al poder ser visualizadas las imágenes en tiempo real por todo el equipo quirúrgico, se consigue una mejor cohesión del equipo y vinculación con la cirugía.
Por el contrario, se ha visto aumentado el gasto por proceso al necesitar material fungible específico de la navegación, el navegador y el instrumental quirúrgico.

CONCLUSIONES: La estandarización del procedimiento permite a la enfermería quirúrgica una atención más eficiente y segura.
Se ha demostrado que el uso del navegador ha disminuido la morbilidad redundando en el aumento de la seguridad perioperatoria del paciente, ya que se pueden realizar abordajes más complejos con menor riesgo de complicaciones.
A pesar de las evidentes ventajas que aporta la navegación, el alto coste que supone tener un navegador específico para O.R.L. y otras pruebas de imagen asociadas a la navegación, hace que solo los centros de referencia puedan disponer de esta tecnología.

Título: Grado de satisfacción del paciente en la sala de observación de Cardiología Intervencionista.

Autores: María Sainz González, María Fuentes Martínez, Mercedes Benito Alfonso, Virginia Francés Santamaría, Víctor Fradejas Sastre, Gema García López. Cardiología Intervencionista.

INTRODUCCIÓN: La humanización de los cuidados de enfermería se ha convertido en un reto en el ámbito sanitario, aún más en unidades donde la técnica y los resultados parecen ser la máxima prioridad.
El servicio de cardiología intervencionista es eminentemente técnico, pero se concede una máxima importancia al concepto de satisfacción del usuario.
La enfermería es una ciencia humanista basada en evidencia, que atiende a la percepción y satisfacción de la persona, por ello es imprescindible la empatía que nos permite ver al paciente como un ser holístico.

OBJETIVOS: Valorar el grado de satisfacción del paciente respecto al entorno asistencial y la atención prestada en la sala de observación de Cardiología Intervencionista.

METODOLOGIA: Estudio descriptivo trasversal durante el periodo de junio-septiembre de 2019.
Se incluyó a todos los pacientes ingresados en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla que permanecieron en la sala de observación. Se elaboró un cuestionario add hoc, anónimo y voluntario de 13 preguntas entregado al usuario en la sala de observación y recogido las unidades donde los pacientes permanecieron ingresados.
El cuestionario esta formado porpreguntas cerradas que permiten una respuesta rápida y una evaluación de resultados objetiva. Dos de estas preguntas son nominales y excluyentes, mientras que el resto tienen como respuesta una escala Likert siendo 1 “muy malo” y 10 “excelente”.

RESULTADOS: Se entregaron 225 encuestas, el índice de participación fue del 60%. El 40% eran mujeres y la media de edad de los participantes fue 70 años.
El 75% de los pacientes llegaron acompañados
El 70% de los pacientes considera la espera adecuada y un 12% la considera excesiva.
La enfermera se identifica en el 83% de los casos.
De los 11 puntos preguntados los que corresponden con el entorno asistencial presentan las puntuaciones más bajas, siendo los peor valorados el espacio con un 6,4 sobre 10, temperatura 8,6 y ruido 8,6.
La resolución de problemas obtiene un 9 y la calidad asistencial un 9,15.
Los puntos mejor valorados son el trato del personal 9,2 y la atención con un 9.
El 40% de los pacientes considera que la información proporcionada en la sala de observación podría ser mejor. Dando a la información pre-procedimiento un 8,87 y a la información post-procedimiento un 8,9.

CONCLUSIÓN: El grado de satisfacción de los pacientes ha sido alto, los apartados en los que los usuarios refieren posibilidad de mejorar son en cuanto

al entorno asistencial (espacio, temperatura y ruido) y demandan más información durante toda la estancia en la sala.
Aun existe un importante trabajo para conseguir una mayor satisfacción del paciente, estas encuestas nos permiten conocer los puntos claves para mejorar.

Título: Portal de enfermería quirúrgica. Formación audiovisual en el área quirúrgica.

Autores: Lucia Mazarío Amodia, Rosario Menéndez Ba, María Asunción Benito Gonzalez, Vanessa Martínez Cortavitarte, Laura García Sanz, María Jesús Lorenzo Gómez. Área Quirúrgica.

INTRODUCCIÓN: Las áreas quirúrgicas son puntos estratégicos asistenciales y los hospitales requieren de profesionales altamente cualificados.
Con el presente proyecto queremos crear una experiencia formativa basada en la filmación y posterior edición del contenido audiovisual, orientado al personal de nueva incorporación y para enfermeras interesadas en afianzar sus conocimientos sobre instrumentación quirúrgica.

OBJETIVO: Mostrar el proyecto de apoyo educativo “portal de enfermería quirúrgica” incluido en la guía audiovisual de instrumentación quirúrgica del Servicio Cántabro de Salud (SCS), a través del portal de enfermería quirúrgica en la Intranet del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (HUMV).

METODOLOGÍA: Desde marzo del 2019 tras la aprobación de la dirección del HUMV, de su área quirúrgica, y del departamento de calidad, se creó un equipo de trabajo compuesto por 16 enfermeros quirúrgicos de las áreas de salud I, II Y III del SCS.
Se determinaron las guías de acceso rápido y vídeos cortos formativos de las tareas seleccionadas como más útiles, complejas o con mayor impacto económico y asistencial. El trabajo se realizó en horario no laboral, en el área quirúrgica del HUMV.
Para la grabación del contenido audiovisual se ha utilizado cámara de vídeo modelo “Sony 4K”. Para la captura de fotos se ha utilizado cámara de fotos modelo “Lumix 25-600”Para la edición de los vídeos se utilizó el programa Final Cut Pro X. Para la elaboración de las guías de acceso rápido se utilizó el software Microsoft Word y Adobe Indesign.

RESULTADOS: Tras cinco meses con el proyecto se obtuvieron 120 horas de grabación, 1200 imágenes y 300 horas de edición. Se realizaron 25 vídeos: 7 Ginecología, 15 Ortopedia y Trauma (COT), 2 aparataje común y 1 Cirugía Robótica. Se publicaron 13 vídeos en la intranet del HUMV y además tenemos 7 pendientes de aprobación y 7 más en elaboración. Se crearon 11 guías de acceso rápido: 2 Ginecología, 1 COT, 1 aparataje común y 7 Cirugía Robótica. Se publicaron 6 guías de acceso rápido en la intranet del HUMV, 2 pendientes de aprobación y 3 más en elaboración. El proyecto se ha presentado en el programa FUSION gestionado por el SCS, el instituto investigador IDIVAL, el Banco Santander y en el proyecto INN-VAL albergado por IDIVAL para lograr una mayor dotación logística y divulgativa.

CONCLUSIONES: Con este proyecto se pretende lograr mayor capacitación profesional de los enfermeros quirúrgicos, lo que supondría para la institución una garantía en la cualificación asistencial y disminución de las potenciales complicaciones perioperatorias, así como descenso del nivel de ansiedad profesional.

En la actualidad se continúa trabajando para aumentar el número, alcance y la calidad del material formativo.

Título: Síndrome de x frágil.

Autores: Daniel Robledo González, Javier Valentín Llanos, Gonzalo Ruiz de Andrés. Servicio de Nefrología.

INTRODUCCIÓN: El síndrome del cromosoma X frágil consiste en un trastorno genético, concretamente en el gen FMR1. Existe un defecto en la proteína necesaria para el desarrollo cerebral.

OBJETIVOS: Saber reconocer los signos y síntomas más característicos de esta enfermedad para saber actuar ante un paciente que presenta esta afección.

METODOLOGÍA: Para estudiar cuales son los factores definitorios de esta enfermedad se ha realizado una revisión sistemática cualitativa de los ensayos clínicos y artículos existentes sobre el tema en cuestión. Los estudios y artículos han sido obtenidos a partir de las prinicpales bases de datos de ciencias de la salud: Google Academic y Cochrane Library Plus.

DISCUSIÓN Y RESULTADOS: No en todas las personas que padecen esta enfermedad se presentan los signos y síntomas del mismo modo., además, hay que remarcar que los síntomas suelen ser más leves en las mujeres. Estos signos y síntomas podrían resumirse en:

- Habla y lenguaje: Pueden presentar dificultad a la hora de hablar con claridad. También es común que estos niños empiezen a hablar más tarde que otros niños de su edad.
- A muchos niños les molestan sensaciones como luz brillante, algunas texturas… Este problema podría derivar en problemas de comportamiento.
- Inteligencia: Pueden presentar trastornos de aprendizaje, discapacidades intelectuales, trastornos de atención e hiperactividad.
- En cuanto a los rasgos físicos, lo normal es que los bebés y niños pequeños no tengan rasgos específicos, si bien es cierto que en el momento en el que llegan a la pubertad, se empiezan a distinguir los síntomas característicos: cabeza y orejas grandes, frente prominente y articulaciones flexibles.

CONCLUSIONES: A la hora de interactuar con este tipo de pacientes debemos tener en cuenta que puede que no tengan suficiente capacidad intelectual para entender lo que les estamos diciendo, por lo que hay que explicar los procedimientos e información de una forma que sea asequible a su nivel intelectual, para que el paciente se sienta involucrado con el personal médico y también para transmitirle una mayor seguridad.
En cuanto al contacto físico, hay que fomentarlo, si bien es cierto que en todo momento debemos estar atentos a la manera en la que reacciona el paciente, ya que, como antes hemos explicado, a estos pacientes le desagrandan ciertas texturas, pero esto no es indicativo de que haya que restringir el contacto directo con los pacientes.

Título: Análisis y evaluación de resultados antes las medidas implementadas en la campaña de la gripe 2018-2019.

Autores: Rocio Gonzalez Zubizarreta, Encarna Camara Cascales, Reinhard Wallmann. Servicio de Admisión y Medicina Preventiva.

INTRODUCCIÓN: La epidemia de la gripe llega de forma cíclica anual a los centros sanitarios. Estos se encuentran con el reto de afrontar y gestionar eficientemente el aumento de la demanda en los servicios de urgencias y de los pacientes hospitalizados.
La observación y posterior análisis de los protocolos de actuación sobre los pacientes con diagnostico de Gripe sin confirmar en urgencias y su posterior ingreso y confirmación de la enfermedad, nos llevo a considerar necesario la creación de un grupo de trabajo multidisciplinar, para la confección de un protocolo de actuación ante la epidemia de Gripe 2018-2019.
El grupo de trabajo se constituyó en el verano del 2018.
Se decide establecer un protocolo de actuación ante un paciente con síntomas de gripe y que precise ingreso desde el servicio de urgencias:
Realización Check lis sobre la pertinencia de realización de frotis nasal para el diagnostico rápido (PCR) de la enfermedad.
Identificación visible en la Orden de Ingreso de Frotis de la Gripe Pendiente o gripe confirmada A/B.
Árbol de decisiones sobre aislamientos.
Divulgación del protocolo en varias jornadas de formación

OBJETIVO: Evaluar las medidas organizativas adoptadas para afrontar el periodo de la gripe en la campaña 2018-2019 y establecer áreas de mejora si fuese necesario.

METODOLOGIA: Estudio descriptivo trasversal retrospectivo.
Se analizaron datos relativos a frotis realizados en microbiología entre 01-12-2018 y el 28-02-2019.
Se realizo un estudio sobre el total de urgencias ingresadas en ese periodo y el total en las que aparece la información “Frotis ó Gripe confirmada A/B”.
Total de pacientes- día con diagnostico de gripe en el que se ha realizado aislamiento de Cohortes compartido habitación.

RESULTADOS: De los 3227 frotis analizados, 1714 se solicitaron desde urgencias. En 478 pacientes dio un resultado (+); 475 gripe A y 3 Gripe B. Del total de positivos Ingresaron 250 pacientes.
Del total de pacientes ingresadas aparece información del tipo de Gripe en 660 en las Ordenes de Ingreso.
Se realiza aislamiento de cohortes en todos los pacientes que ingresan en las plantas del edificio 2 de noviembre.

CONCLUSIONES:
La creación de grupos de trabajo multidisciplinares para la realización de protocolos, la difusión y la formación de todo el personal implicado ,mejora la eficiencia de los procesos y aumenta la satisfacción de los profesionales,mejorando el rendimiento.

La prueba rápida del diagnostico de gripe y el acceso a esa información por el personal de admisión , facilita el uso mas eficiente del los recursos.

La decisión de realizar aislamiento de Cohortes en la Gripe A ha ahorrado un gran número de camas. Esto ha beneficiado la gestión y rapidez de los ingresos desde urgencias y ahorrando en el coste cama/profesional.

Título: Cirugía robótica: un nuevo reto para la enfermera quirúrgica de otorrinolaringología (ORL).

Autores: María Asunción Benito González, Vanessa Martínez Cortavitarte, Laura García Sanz, María Jesús Lorenzo Gómez, Irene Corredera Vicente, Lucía Mazario Amodia. Área Quirúrgica.

INTRODUCCIÓN: Desde la adquisición del sistema robótico da Vinci Si® en el año 2010, más de 20 enfermeras quirúrgicas de las especialidades de Cirugía General y Urología han sido acreditadas en nuestro hospital para su manejo y control. En el año 2016, el servicio de ORL inicia la actividad robótica TORS "Transoral robotic surgery", lo que implicó la necesidad de formación del personal de enfermería quirúrgica de esta especialidad con esta tecnología.

OBJETIVO: Describir el proceso de formación de la enfermera de ORL en el conocimiento, manejo y control del sistema robótico da Vinci Si® en el área quirúrgica.

MATERIAL Y MÉTODO: Se creó un grupo de trabajo formado por las supervisoras del área quirúrgica de las unidades de C.General, especialidades y cuatro enfermeras acreditadas, con amplia experiencia en el manejo de sistemas robóticos.
Se seleccionaron tres enfermeras de la especialidad ORL, para la formación.
Se determinaron las áreas específicas de formación teórica con un módulo presencial de 4horas y otro de acceso online.
Se estableció un sistema de rotación para cada enfermera hasta completar una participación de 20 cirugías robóticas, con una duración media de 5 horas por intervención (100 horas), de las especialidades de C. General, Urología y ORL.
Se asignó a cada enfermera un tutor para el control y seguimiento de la formación.

RESULTADOS: De febrero a septiembre de 2019, se han formado tres enfermeras de la especialidad de ORL, en el conocimiento, manejo y control del sistema da Vinci Si®.
Las tres enfermeras superaron la parte teórica online realizada en la plataforma de formación on line Da Vinci Surgery Community, a la que accedían a través de contraseña y cuyos accesos quedaban registrados en la propia plataforma.
Las tres enfermeras superaron la parte práctica tras la valoración de los tutores y de las enfermeras acreditadas en sistemas robóticos con las que estuvieron realizando las prácticas mentorizadas en las especialidades de C.General, Urología y ORL.
Cada enfermera completó una formación de un mes, con la participación en intervenciones quirúrgicas (I.Q.), asistidas por robot en las especialidades de:

- Urología 6 I.Q.
- Cirugía General 13 I.Q.
- ORL 1 I.Q.

CONCLUSIONES: El rol que la enfermera quirúrgica tiene en el campo de la cirugía robótica es crucial para garantizar la seguridad del paciente y el éxito de las complejas intervenciones realizadas con esta tecnología, por ello la

formación de los profesionales de enfermería en el manejo de los sistemas robóticos en las diferentes especialidades es un requisito imprescindible.

Título: Debilidad neuromuscular adquirida en UCI.

Autores: Raquel Pacheco Bada, Raquel Raba Tezanos. Unidad de Cuidados Intensivos Generales.

En muchas ocasiones, la complejidad y duración del tratamiento del paciente de UCI traen como consecuencia unas complicaciones neurológicas que cursan con debilidad muscular. Abarcan diversas entidades clínicas, muchas veces similares en cuanto a diagnóstico y tratamiento, que vamos a denominar Debilidad Neuromuscular adquirida del paciente crítico (DNAPC).
No queda claro que la DNAPC aumente la mortalidad, pero tiene una clara repercusión en la morbilidad y en la calidad de vida de este tipo de paciente y aumenta el tiempo de estancia hospitalaria y del gasto sanitario.

OBJETIVOS:

- Conocer los factores de riesgo (FR) de la DNAPC en UCI y las actividades preventivas.
- Identificar la trascendencia de la DNAPC en la evolución del paciente crítico.

METODOLOGÍA: Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica en diferentes bases de datos entre las que se encuentran Google Académico, Scielo, Biblioteca Cochrane y Medes.
Se han seleccionado artículos en castellano publicados desde el 2008 en adelante, si bien se han incluido algunos anteriores a ese año dada su relevancia en el tema.
Palabras clave: polineuropatía, debilidad adquirida, enfermedades neuromusculares, cuidados intensivos, enfermería.

RESULTADOS: La presencia de DNAPC afecta de manera negativa a la evolución del paciente crítico en UCI, prolongando el destete de la ventilación mecánica y aumentando de manera considerable la estancia hospitalaria.
Los FR son la ventilación mecánica prolongada, la sepsis, el fallo multiorgánico, diversos trastornos metabólicos como la hiperglucemia, el síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SRIS), la sedación prolongada y el delirio, entre otros. La depuración extrarrenal actúa como factor protector.
No existe un tratamiento específico, por lo que la prevención y la instauración de un tratamiento precoz desde el equipo multidisciplinar son esenciales. Por ello, el eje principal de actuación debe ir dirigido hacia el abordaje médico, los cuidados de enfermería y una fisioterapia precoz.
Algunas de las pautas a tener en cuenta en la prevención de la DNAPC son las siguientes: tratamiento precoz de la enfermedad de base, movilización y fisioterapia precoz, control de la glucemia y la hiperosmolaridad, reducción del uso de nutrición parenteral, entre otros.

CONCLUSIONES: Todavía no está clara su etiopatogenia ni tratamiento, por lo que la prevención y control de los FR conocidos juega un papel muy importante. Por ello, el abordaje de este tipo de paciente requiere un enfoque multidisciplinar que ayude a recuperar la funcionalidad previa al ingreso.
Ahondar en la etiopatogenia de este cuadro mediante estudios más amplios nos permitirá el reconocimiento precoz y un abordaje rápido que disminuya a

aparición de complicaciones, así como la elaboración de nuevas estrategias y protocolos que vehiculicen y faciliten las actuaciones sanitarias.

Título: La Leishmaniasis en la sociedad actual.

Autores: Leticia Martínez-González, María Plaza-Carmona; Carmen Juan-García. Servicio de Digestivo.

INTRODUCCIÓN: Denominamos Leishmaniosis al conjunto de enfermedades desarrolladas por los parásitos intracelulares del género Leishmania pertenecientes a la familia de los Trypanosomatidae. Existen varias formas clínicas según parásito y geografía. Su transmisión es a través de Phlebotomus. En cultivos y en la mosca el parásito aparece como promastigote móvil por un flagelo. Cuando se inocula a un mamífero, penetra a los macrófagos, pierde el flagelo y se multiplica como amastigotes intracelulares dando lugar a los cuerpos típicos de Leishmania.
En España la Leishmaniosis es más frecuente en la cuenca del Mediterráneo, y el reservorio más importante es el de perro. La forma clínica más frecuente es la cutánea, que se debe a cepas L. infantum con tropismos cutáneos. Por otro lado, se ha observado transmisión interhumana de forma visceral en relación a transfusiones, relaciones sexuales, trasplantes y ADVP (adicto a drogas por vía parenteral).

OBJETIVOS: Conocer los tipos de leishmaniosis y su distribución geográfica, así como su prevención, diagnóstico y tratamiento ante la misma.

METODOLOGÍA: Este trabajo se trata de una revisión narrativa de la literatura sobre leishmaniosis abordando su tipología, distribución geográfica, morfología de la leishania a lo largo de su ciclo vital, prevención, diagnóstico y tratamiento. La estrategia de búsqueda empleada en la realización del trabajo consistió en encontrar el mayor número de artículos publicados en español. La búsqueda de bibliografía se realizó siguiendo las recomendaciones establecidas por la NS_Synthesis_Guide Vol.1.

RESULTADOS: Encontramos 3 tipos de leishmaniosis: Leishmaniosis cutánea, Leishmaniosis mucocutánea y Leishmaniosis visceral.
La prevención consiste en evitar las picaduras de los flebótomos y para ello se deben tomar medidas como la colocación de mosquiteras sobre las camas y en las ventanas, utilizar repelentes de anti insectos y utilizar ropa protectora. El diagnóstico de la patología se realiza mediante un frotis de la zona lesionada. En España lo más común es realizar la toma de una muestra del tejido afectado y realizar con ella las pruebas serológicas de Inmunofluorescencia indirecta (IFI) y ELISA. Finalmente señalar como existe un gran número de medicamentos con los que se puede tratar entre los que podemos destacar los siguientes: Antimoniales pentavalentes (SbV), Pentamidina, Anfotericina B, Azoles, Alopurinol, Paromomicina, Miltefosina y Nanopartículas.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES: A pesar de haber gran variedad de tratamientos, la Leishmaniasis, sigue siendo una enfermedad muy presente en gran parte del mundo que deja numerosas secuelas y altas tasas de mortalidad, sobre todo en países subdesarrollados, donde ni el tratamiento ni las medidas profilácticas están al alcance de todos.
Debido al Calentamiento Global el hábitat de los vectores se está expandiendo y con ello la enfermedad aparece en zonas en las que antes no existía.

Título: Cómo afecta la reducción de jornada laboral en 1,5 horas semanales en la Unidad de Resonancia Magnética Torre B.

Autores: Javier Gutiérrez de Rozas Astigarraga. Servicio de Radiología.

INTRODUCCIÓN: La reducción de la jornada laboral a partir de junio de 2019 de 37,5 a 36 horas semanales ha supuesto una disminución del tiempo efectivo de actividad asistencial en la unidad de resonancia magnética (RM) de la torre B. Esta reducción se corresponde con la pérdida de la jornada laboral de la mañana del sábado y su traducción es la disminución en el número de estudios citados y realizados en la unidad a partir de esa fecha.

OBJETIVO: Cuantificar la variación de estudios RM realizados en el periodo junio-octubre de 2019 respecto a los estudios realizados en el periodo enero-mayo 2019 debido a la disminución de la jornada laboral de 37,5 horas semanales a 36 horas semanales.

METODOLOGÍA: Para desarrollar el presente estudio se han tomado los datos de la actividad asistencial en la unidad RM de la torre B del Servicio de Radiología de HUMV.
Comparación de datos del periodo enero-mayo de 2019 y del periodo mayo-octubre de 2019 para conocer el impacto de la reducción de jornada a partir de 1 de junio de 2019.
Presentación de gráficos de los resultados obtenidos en el estudio.

RESULTADOS: Los estudios RM realizados en el periodo enero-mayo de 2019 con jornada laboral de 37,5 horas semanales fueron 2513 en 222 jornadas laborales con un total de 1554 horas de trabajo con una relación de estudios/jornada de 11,31 Estudios realizados/jornada.
Los estudios RM realizados en el periodo junio-octubre* de 2019 con jornada laboral de 36 horas semanales fueron 2356 en 210 jornadas trabajadas con un total de 1470 horas trabajadas y una relación igualmente mantenida de 11,21 estudios realizados por turno de trabajo.

CONCLUSIONES: La reducción de la jornada laboral en 1,5 horas semanales en el periodo junio-octubre de 2019 respecto al periodo enero- mayo del mismo año supuso la realización de 12 jornadas laborales menos, es decir 84 horas menos trabajadas y consecuentemente condujo a la no realización de 157 estudios.
La ratio de estudios realizados por jornada laboral (11,31 en periodo enero-mayo y 11,21 en el periodo junio-octubre) prácticamente no varía.
La importante lista de espera para estudios de resonancia magnética debe hacer considerar el funcionamiento de los equipos RM de forma mas eficiente teniendo en cuenta, además, que en el futuro esta prevista la implantación de jornada laboral de 35,5 horas.
* NOTA
Para realizar el presente resumen los datos utilizados del mes de octubre son estimados en base a valores ponderados. En caso de admisión de la comunicación se dispondrá de los datos reales de ese mes que serán los que se presenten.

Título: Ayunas perioperatorias en pacientes bajo anestesia general: tiempos y factores asociados.

Autores: Raquel Pardo Vitorero, Ana Gomez Sanchez, Cristina Lantarón Izaguirre, Jose Luis Cobo Sanchez, Laura Carrasco Cortijo, Cristina Perez De Castro. Reanimación. Área de Calidad, Formación, I+D+i. Unidad Pié Diabético.

INTRODUCCIÓN:
La guía de la American Society of Anesthesiologists (ASA) sobre ayuno preoperatorio recomienda la ingesta de líquidos hasta 2 horas antes de la cirugía y 8 horas para sólidos. Aún hay cierta reticencia por parte de enfermería a poner en práctica las últimas recomendaciones, lo que genera pautas de ayuno prolongadas con efectos negativos en el paciente.

OBJETIVOS: Determinar los tiempos medios de ayunas perioperatorias de pacientes intervenidos bajo anestesia general en un hospital de referencia y los factores asociados.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio prospectivo, observacional descriptivo en una población de pacientes intervenidos bajo anestesia general de 4 especialidades (traumatología/ortopedia, urología, cirugía general y ginecología). Variables a estudio: edad, sexo, antecedentes personales, tipo de cirugía y tiempos de ayunas en horas: ayunas hasta cirugía (AC), ayunas hasta reanimación (AR) y ayunas tras reanimación (ATR). Los datos sobre los tiempos fueron recogidos de la historia clínica electrónica, tras consentimiento informado. Se realizó un análisis descriptivo e inferencial (en función de la distribución) de las variables a estudio, con el paquete estadístico SPSS v.20.

RESULTADOS: Se incluyeron 62 pacientes en el estudio (27,4% trauma/ortopedia, 41,9% cirugía general, 9,7% urología y 21%ginecología): 67,7% mujeres, edad media 54,52±16 años, 9,7% diabéticos, 29% fumadores. Tiempos medios de ayunas en horas: AC 11,69±4,95, AR 16,82±5,15, ATR 4,25±4,52. Las mujeres presentaron menor AR (15,6±8,82 horas) que los hombres (19,12±6,54 horas; p=0,012, IC95% 0,792-6,235). También hubo diferencias estadísticamente significativas por género respecto al AC: mujeres 10,67±3,64 vs hombres 13,63±6,46 horas (p=0,033; IC95%0,3-6,17). No hubo diferencias estadísticamente significativas en los distintos tiempos de ayunas evaluados con respecto a los antecedentes, edad o tipo de cirugía.

CONCLUSIONES: En nuestra muestra los tiempos de ayunas fueron muy prolongados con respecto a las recomendaciones de la ASA. El género constituyó un factor determinante, presentando periodos menos prolongados de ayunas las mujeres.

Título: Cuidados de la enfermería española en prevención de neumonía asociada a la ventilación mecánica. Revisión sistemática.

Autores: Verónica Gómez Abad, Raquel Cruz Valle. Servicio de Neumología. Correturnos UCI.

INTRODUCCIÓN: La neumonía asociada a la ventilación mecánica (NAVM) es la infección del parénquima pulmonar aparecida en las 48h siguientes en pacientes sometidos a ventilación mecánica (VM) y hasta 72h tras la extubación y retirada VM.
El riesgo de NAVM aumenta al aumentar el tiempo de VM siendo 3 veces mayor si la VM dura hasta 24h y de 6 a 21 veces mayor si VM supera 24h.
Se trata de la 2º causa de infección nosocomial que aumenta la morbimortalidad, los costes y la estancia hospitalaria del paciente.
La enfermera como responsable del cuidado tiene un papel fundamental en su prevención.

OBJETIVO: Analizar los estudios llevados a cabo en nuestro país sobre los cuidados de enfermería eficaces en la prevención NAVM.

METODOLOGÍA: Se realiza búsqueda bibliográfica en principales bases de datos (Cuiden, Cochrane, Medline, Scielo y Google Académico) combinando palabras claves “neumonía”, “ventilación”, “mecánica”, “prevención”, “cuidados” y “enfermería” obteniéndose 32 resultados.
Seleccionamos trabajos realizados en los últimos 5 años en España y se realiza lectura crítica de los mismos, quedándonos con 9 estudios.

RESULTADOS: Cuidados de enfermería como la elevación cabecero cama a 30º, higiene oral y desinfección con clorhexidina, lavado de manos y uso de guantes ante contacto con secreciones, el mantener la presión óptima de neurotaponamiento (20-30 cm H2O) y la formación del personal son eficaces en la prevención NAVM.

CONCLUSIONES: Los cuidados de enfermería mencionados son cruciales en la prevención NAVM además de seguros, bien tolerados, de bajo coste y gran eficacia.
No es factible mantener cama a 30º 24h/día por los procedimientos diarios a los que le paciente es sometido pero es la medida más eficaz, económica y de simple ejecución.
Respecto al uso de clorhexidina es necesaria una mayor investigación para determinar la concentración óptima.
Se recomienda un control cada 6h de la presión neumotaponamiento para evitar lesiones en la mucosa de la tráquea por sobrepresión o microaspiraciones por presiones bajas.
La formación, investigación y disfusión de los resultados son esenciales para seguir mejorando la atención del paciente por parte de la enfermería.

Título: Ejercicio físico y embarazo en deportistas de alto rendimiento.

Autores: Leticia Martínez González, María Plaza Carmona, Carmen Juan García. Servicio de Digestivo.

INTRODUCCIÓN: La realización de ejercicio físico moderado durante el embarazo aporta numerosas ventajas para la mujer y para el niño, ya que entre otras cosas ayuda a prevenir la diabetes gestacional y el aumento excesivo de peso durante el embarazo. Otra de las ventajas que se observan en la realización de dicho ejercicio durante este periodo es como favorece que el parto sea menos doloroso y la recuperación postparto más fácil.
Si hablamos de deportistas de alto rendimiento debemos tener en cuenta cual es el tipo ejercicio que van a realizar y la intensidad del mismo, estando contraindicados los deportes donde hay mayor riesgo de caídas, aquellos en los que las pulsaciones se elevan por encima de 140 ppm o los que producen un incremento importante de la temperatura corporal.

OBJETIVOS: Analizar los beneficios y riesgos de la práctica deportiva en embarazadas deportistas de alto rendimiento, así como determinar las intensidades y tipos de ejercicios más idóneos durante el mismo.

METODOLOGÍA: Este trabajo se trata de una revisión narrativa de la literatura sobre el embarazo en las deportistas de alto rendimiento. La estrategia de búsqueda empleada en la realización del trabajo consistió en encontrar el mayor número de artículos publicados en inglés y en español desde 01-01-2013 hasta el 28-05-2019 en relación con el tema de la revisión.
La búsqueda de bibliografía se realizó siguiendo las recomendaciones establecidas por la NS_Synthesis_Guide Vol.1. Para ello realizamos búsquedas bibliográficas en las siguientes base de datos Meddline/Pubmed, Web of Science, Wiley Online Library, COCHRANE, y sciencedirect, utilizando los siguiente término de búsqueda “pregnancy“ [MeSHTerms] AND “pregnant” [MeSHTerms] AND “exercise” [MeSHTerms] AND “physical activity’ [MeSHTerms] AND “occupational activity”.

RESULTADOS: Los ejercicios realizados en el agua tales como natación o gimnasia acuática ofrecen mejores resultados, ya que, el agua reduce el riesgo de lesiones y facilita el trabajo de la pelvis porque la mujer se siente más ligera. En cuanto a la intensidad de trabajo más idóneo, se ha descrito como la frecuencia cardiaca debe de mantenerse por debajo de 140 lpm. Así mismo, también es importante destacar como el peso adquirido durante el embarazo las mujeres deportistas obtienen una media de 4 kg de peso menos con respecto a sus iguales sedentarias, siendo esto un factor a controlar en deportistas de élite.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES: El ejercicio físico moderado, que es realizado durante el embarazo, beneficia al feto y garantiza además una buena vascularización gracias al aumento del tamaño placentario, resultando bebés con un peso ligeramente mayor. Además, el ejercicio moderado puede hacerse durante todo el embarazo. En cambio, el ejercicio físico intenso, como el realizado por deportistas de élite, debe realizarse de forma muy controlada, tanto en intensidad, duración y frecuencia.

PALABRAS CLAVE: Embarazo, ejercicio embarazo, actividad física, deportista profesional.

Título: Humanizando los cuidados intensivos.

Autores: Cristina Perez Gonzalez, Alejandra Martínez Cuesta, Marta Perez-Cosio Pérez, María Luz Roldan Roldan, Pilar Arigita Maraquínez. Unidad de Cuidados Intensivos Generales.

INTRODUCCIÓN: La UCI, es una unidad compleja y con tecnología avanzada que produce un gran impacto emocional al paciente y su familia. La información previa sobre el proceso , ayuda a los familiares a comprender y a disminuir la ansiedad y el Síndrome Post-UCI al alta.

OBJETIVO: Diseñar e implementar una intervención para humanizar la UCI.

METODOLOGÍA: Con el fin de disminuir el Síndrome Post-UCI en pacientes y su familia, en abril de este año hemos llevado a cabo un taller para entrenar al personal de la unidad.
Durante el taller , hemos pedido a los participantes que eligiesen entre todas las buenas practicas utilizadas en otras UCIS nacionales e internacionales , cuales les parecían mas fáciles de implementar . y haciendo una valoración , se ha decidido la elaboración de un panel informativo del tipo de infografía en forma de vinilo (2m x 4m) en la que se representa al paciente y lo que le rodea dentro del BOX, de forma simple y fácilmente entendible. Con un lenguaje claro, cercano y comprensible , cuya localización será en la sala de espera de los familiares.

RESULTADOS: Mediante el taller se busca el entrenamiento del personal de nuestra unidad para disminuir el Síndrome Post-UCI.
Mediante el vinilo , informar a la familia para disminuir su ansiedad y poder comprender mejor el proceso.

CONCLUSIONES: Hemos visto y comprobado con anterioridad en otros centros , que este tipo de infografías , son de gran ayuda .
La involucración de la familia mediante el conocimiento del entorno del paciente reduce el estrés de estos , mejorando así su pronostico y reduciendo así el numero de días de ingreso en UCI y por consiguiente las complicaciones que esto implica.
Finalmente todo esto nos acerca mas a humanizar las UCIS

Índice de Autores

ÍNDICE DE AUTORES

Agra Diez, Zeltia *47, 82*
Aguilar San Román, Sara *95*
Aizpeolea San Miguel, María Lourdes *52*
Alba Solana, Alexandra *54*
Albillos Blanco, María *73, 90*
Álvarez San Sebastián, María Isabel *73*
Andrés Manteca, Vanessa *97*
Anuarbe Cortés, Miriam *49*
Aparicio Miguel, Yolanda *100*
Arévalo Lagándara, Roberto *39*
Arigita Marquínez, Pilar *123*
Arredondo Castillo, Patricia *51*
Bada Diez, Lorena *64, 69, 75, 77, 79, 86*
Bats Olaso, Elena *52*
Benito Alfonso, Mercedes *56, 81, 106*
Benito González, María Asunción *88, 90, 104, 108, 113*
Cabrera García, María Remedios *95*
Cámara Cascales, Encarnación *111*
Carrasco Cortijo, Laura *51, 119*
Castro Fuentes, Leticia *43*
Centeno Negreira, Ana *51*
Cobo Sánchez, José Luis *91, 119*
Cólera Montero, Laura *58*
Contreras García, Manuela *71*
Cornejo Del Rio, Elsa *41, 60, 91*
Corredera Vicente, Irene *88, 113*
Corzon García, Jessika *67*
Crespo Fernández, Silvia *67*
Cruz Valle, Raquel *120*
Cuesta Guerrero, Inés *95*
De la Cal Bolivar, Susana *73*
De La Horra Esteban, María de los Ángeles *88, 104*
De la Torre Sastre, Montserrat *47*
Del Olmo de Celis, Mar *49*
Díaz Burguillo, Patricia *45*
Díaz Molás, María José *43*
Diego Lavín, Beatriz *67*
Doalto Muñoz, Yolanda *51*
Fernández Gómez, Andrea *100*
Fernández Guerra, Ana Rosa *54*
Fernández Sánchez, Paula *54*
Fradejas Sastre, Víctor *56, 81, 106*
Francés Santamaría, Virginia *106*
Fuentes Martínez, María *56, 81, 106*

Gala Busto, Celia *84*
García Ayuso, Elena *45*
García García, Elena *70*
García López, Gema *56, 81, 106*
García Pereda, Susana Raquel *39*
García Sanz, Laura *90, 104, 108, 113*
Gómez Abad, Verónica *93, 120*
Gómez De la Fuente, María Asunción *52*
Gómez Sánchez, Ana *54, 119*
González Castañeda, Lourdes *45*
González Fernández, Carmen *73*
González Fernández, Ester *93*
González Gómez, Mª Belén *93*
González Zubizarreta, Rocío *111*
Gortazar Arias, Pilar *41*
Gutiérrez de Rozas Astigarraga, Javier *118*
Guzmán Ruiz, Marina *43*
Hernández Jiménez, Cristina *43*
Herrero Hernández, Leticia *67*
Hoz Antúnez, Amparo *97*
Ibaseta López, Ana *64, 69, 75, 77, 79, 86*
Josa Laorden, M. Begoña *93*
Juan García, Carmen *121*
Juez De Domingo, María *45*
Juez Primo, María *100*
Lantarón Izaguirre, Cristina *119*
Lasarte Oria, Lorena *41, 67*
Lechosa Muñiz, Carolina *41, 60, 91*
Lorenzo Gómez, María Jesús *73, 90, 104, 108, 113*
Martín Parada, María Lourdes *71*
Martin Pastor, Mario *70*
Martínez Cortavitarte, Vanessa *88, 90, 104, 108, 113*
Martínez Cuesta, Alejandra *123*
Martínez González, Isabel *95*
Martínez González, Leticia *117, 121*
Marzo Conde, Carmen *52*
Mateo Sota, Sonia *41, 60, 91*
Mazario Amodia, Lucia *88, 90, 108, 113*
Menéndez Ba, Rosario *108*
Miranda Salmón, Ángela *100*
Olano Expósito, Ángela *64, 69, 75, 77, 79, 86*
Ortiz Ortiz, Javier *64, 69, 75, 77, 79, 86*
Pacheco Bada, Raquel *102, 115*
Pacheco Martínez, Sandra *64, 69, 75, 77, 79, 86*
Pardo Vitorero, Raquel *119*
Pereda García, Elena *95*

Pereda Villaescusa, Marina *62*
Pereira García, Beatriz *67*
Pérez Aller, Nuria *43, 62*
Pérez Cosio Pérez, Marta *123*
Pérez Coterillo, María *54*
Pérez De Castro, Cristina *119*
Pérez González, Cristina *123*
Piedra León, María *52*
Piquero Cuevas, María *39*
Píriz Marqués, Ana Belén *81*
Plaza Carmona, María *117, 121*
Pozueta Rivero, Paloma *56*
Quintanal Ruiz, M. Pilar *70*
Quintano Rodríguez, Olga *93*
Raba Tezanos, Raquel *102, 115*
Rincón Alcalde, Aida *54*
Rivera Arda, Elena *95*
Robledo González, Daniel *98, 103, 110*
Rodríguez Aguirre, Montserrat *88, 104*
Roldan Roldán, María Luz *123*
Ruiz Azcona, Laura *47, 82*
Ruiz De Andrés, Gonzalo *98, 103, 110*
Ruiz Ruiz, Ana María *47*
Saez de Adana Herrero, María *41, 97*
Sainz González, María *56, 81, 106*
Salas González, Isabel *70*
Salomón Amor, Ángeles *70*
Sancha Herrera, Marta Lucia *62*
Sánchez López, Cristina María *58*
Santurde Gómez, Sara *70*
Sanz Hoya, Beatriz *45, 58*
Sastre Yáñez, Javier *43*
Torre García, Paula *47, 82*
Trueba Delgado, Eva María *84*
Valcarce de León, Elena *39*
Valentín Llanos, Javier *98, 103, 110*
Villa Folch , Mª Ángeles *49*
Villa Martín, Marta *73*
Wallmann, Reinhard *111*
Zorrilla Herrería, Bárbara *64, 69, 75, 77, 79, 86*

Premios

Premio	Ganador
Premio al Divulgador Social	Sandra Pacheco
Premio del Público	**PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO EN LA PACIENTE CON PREECLAMPSIA EN PLANTA DE OBSTETRICIA**. Silvia Crespo Fernández, Beatriz Pereira García, Jessika Corzon García, Leticia Herrero Hernández, Beatriz Diego Lavín, Lorena Lasarte Oria. Correturnos Materno-infantil. Servicio de Obstetricia y Ginecología.
2º Premio Comunicación POSTER	**UNA EXPERIENCIA DE PEDAGOGÍA PRENATAL Y DE LA MUERTE EN COLEGIOS DE CANTABRIA LLEVADA A CABO POR MATRONAS.** María Lourdes Martín Parada, Manuela Contreras García. Área de Partos.
1º Premio Comunicación POSTER	**IMPLANTACIÓN DE TRATAMIENTOS DE QUIMIOTERAPIA AMBULATORIA EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DE ONCOLOGÍA.** Elena García García, Mario Martin Pastor, M. Pilar Quintanal Ruiz, Isabel Salas González, Ángeles Salomón Amor, Sara Santurde Gómez. Servicio de Oncología.
2º Premio Comunicación Oral	**ALOJAMIENTO CONJUNTO EN EL HOSPITAL DE SEMANA: SERIE DE CASOS.** Roberto Arévalo Lagándara, Susana Raquel García Pereda, María Piquero Cuevas, Elena Valcarce de León. Hospital de Semana.
1º Premio Comunicación Oral	**IMPACTO DE LA MONITORIZACIÓN FLASH DE GLUCOSA, CALIDAD DE VIDA PERCIBIDA Y CONTROL GLUCOMETABOLICO.** María Lourdes Aizpeolea San Miguel, María Piedra León, Carmen Marzo Conde, María Asunción Gómez De la Fuente, Elena Bats Olaso. Servicio de Endocrinología.
Premio Mejor Comunicación Área de Enfermería 2019	**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E IMPACTO SOBRE EL CONTROL METABÓLICO DE LOS PACIENTES QUE SIGUEN TERAPIA CON ISCI EN EL HUMV, PRESENTADO EN EL XXX CONGRESO NACIONAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE DIABETES.** Aizpeolea San Miguel ML, Piedra León M, Gómez De la Fuente A, Sangil Monroy I, Batanero Maguregui R, Bats Olaso E.
Premio Mejor Artículo Área de Enfermería 2019	**QUALITY OF LIFE, PAIN AND ANXIETY IN PATIENTS WITH NEPHROSTOMY TUBES. REV. LATINO-AM. ENFERMAGEM.** Fernández-Cacho LM, Ayesa-Arriola R.

Colaboradores

Colaboradores Institucionales

Valdecilla Instituto de Investigación Sanitaria IDIVAL

SANTANDER CIUDAD

Valdecilla Hospital virtual Valdecilla

Colegio de Enfermería de Cantabria
www.enfermeriacantabria.com

Colaboradores Comerciales

janssen | PHARMACEUTICAL COMPANIES OF Johnson & Johnson

mac 3M

Smith+Nephew

Coloplast

Hollister

SOLARES AGUA MINERAL

MÖLNLYCKE HEALTH CARE

Código Ético femin Tecnología Sanitaria
Evento acreditado

7as Jornadas de Innovación y Desarrollo

20-21 NOVIEMBRE
2019
#7JIDVALDECILLA

Innovación Centrada en las Personas

SÍGUENOS EN TWITTER
@JIyDValdecilla
#7JIDValdecilla

www.jornadasinnovacionydesarrollovaldecilla.com