

V Jornadas Poniente Investiga

15 - 16 de Diciembre 2011

Agencia Sanitaria Poniente

Distrito Poniente de Almería



Hospital de Poniente, El Ejido, Almería



Hospital de Alta Resolución El Toyo, Almería



Hospital de Alta Resolución de Guadix



Hospital de Alta Resolución de Loja



Agencia Pública Empresarial Sanitaria
Hospital de Poniente
CONSEJERÍA DE SALUD



Distrito Poniente de Almería
Servicio Andaluz de Salud
Consejería de Salud

Organiza: Unidad de Apoyo a la Investigación
Lugar de celebración: **Salón de Actos** Hospital de Poniente

www.ephpo.es
investigacion@epho.es

Índice de Contenidos

Programa de Actividades	3
Conferencias	5
<i>Sombreros de Colores para un Sistema Sanitario con Buena Salud</i>	
<i>Comité de Ética Asistencial de Poniente</i>	
Iniciativas de Investigación – Mesa I	7
▪ El Cordón umbilical Salva Vidas	8
▪ Análisis de Resultados de la Encuesta de Satisfacción del usuario de la Unidad de Fisioterapia y Rehabilitación. Datos 2010	10
▪ Baremación de la Formación desde la gestión por competencias: Experiencia de la Agencia.....	11
▪ Papel de la neurotoxica, Genes reguladores de óxido nítrico y Citoquinas en el desarrollo de la Hipoacusia en la enfermedad de Meniere (FIS).....	12
▪ Gestión de agenda de pediatría: accesibilidad, cita previa, uso de citas de usuarios.....	13
▪ Evaluación de las situaciones de riesgo de pérdida de bienestar fetal intraparto. Comparación de la pulsioximetría y el electrocardiograma fetal.....	15
Conferencias.....	16
▪ Quiénes somos y qué hacemos en el Área de Salud Mental.....	17
▪ Artrosis Glenohumeral Primaria.....	18
Iniciativas de Investigación – Mesa II	19
▪ Tratamiento del dolor crónico con radiofrecuencia.....	20
▪ Prevención de la Obesidad Infantil y sobrepeso. Intervenciones en escolares (C. Salud).....	21
▪ Efectos de un programa de ejercicios aeróbicos y técnicas de relajación sobre el estado de ansiedad Calidad del sueño, depresión y calidad de vida en pacientes con Fibromialgia: Ensayo Clínico aleatorizado.....	22
▪ Grado de adherencia al proceso asistencial integrado Embarazo, Parto y Puerperio en una unidad con alta población inmigrante.....	23
Presentación de Publicaciones.....	24
▪ Guía de Actuación compartida en Cuidados Paliativos.....	25
▪ Epidemiología molecular de la Tuberculosis en Almería. Factores asociados a transmisión reciente.....	28
▪ <i>Dicrocoelium dendriticum</i> : emergencia de una falsa parasitación en un área geográfica con un elevado nivel de inmigración.....	29
▪ “Protocolo de Quirófano: Equipos Electromédicos, Accesorios cama quirúrgica y posiciones del paciente”	30
Ideas y Proyectos de Investigación.....	31
Posters Expuestos	48

V JORNADAS DE INVESTIGACIÓN – PONIENTE INVESTIGA. Día 15 de Diciembre

PROGRAMA

09:15 h. Inauguración (Hospital de Poniente-Salón de Actos)

D. Manuel Lucas Matheu.
Ilmo. Delegado Provincial de Salud en Almería.
D^a. María García Cubillo.
Directora Gerente Agencia Sanitaria Poniente.
D^a. Pilar Espejo Guerrero.
Directora Gerente Distrito Poniente de Almería.

09:30 h. Conferencia

Presenta: D. Raúl García Martín.
Unidad de Apoyo a la Investigación. Agencia Sanitaria Poniente
Sombreros de Colores para un Sistema Sanitario con Buena Salud
D. Joan Carles March Cerdá.
Escuela Andaluza de Salud Pública

10:30 h. Conferencias

Presenta: D^a M^a del Mar Torres Navarro
Unidad de Apoyo a la Investigación. Agencia Sanitaria Poniente
Comité de Ética Asistencial de Poniente
D. Francisco Javier Pacheco Calvente. Presidente del Comité de Ética Asistencial Poniente.

Iniciativas de Investigación. 11:00 h a 12:30 h Mesa I

Presenta: D^o Jose Ignacio Castillo Lorente.
Subdirector de Desarrollo de Personas y Logística. Agencia Sanitaria Poniente

11:00 – 11:15 *El Cordón umbilical Salva Vidas.*

D. Joaquín Jinés González. Técnico en cuidados Auxiliares de enfermería. Premio a la mejor comunicación en las V Jornadas Andaluzas de Humanización de los Cuidados Materno Infantiles.

11:15 – 11:30 *Análisis de Resultados de la Encuesta de Satisfacción del usuario de la Unidad de Fisioterapia y Rehabilitación. Datos 2010*

D^a. Begoña Esquinas Mellado. Servicio de Fisioterapia.

11:30 – 11:45 *Baremación de la Formación desde la gestión por competencias: Experiencia de la Agencia.*

D^a. Cristina Rosano Morín. Unidad de Desarrollo RRHH

11:45 – 12:00 *Papel de la neurotoxicidad, Genes reguladores de óxido nítrico y Citoquinas en el desarrollo de la Hipoacusia en la enfermedad de Meniere (FIS)*

D. Jose Antonio López Escámez.
F.E. Área de Otorrinolaringología

12:00 - 12:15 *Gestión de agenda de pediatría: accesibilidad, cita previa, uso de citas de usuarios*

D. Pablo Cazorla López. Director de la UGC Santa María del Águila. Distrito Poniente de Almería

12:15– 12:30 *Evaluación de las situaciones de riesgo de pérdida de bienestar fetal intraparto. Comparación de la pulsioximetría y el electrocardiograma fetal.*

D^a. M^a Felicidad Lopez-Gallego. F.E. Obstetricia y Ginecología.

12:30 h. Conferencias

Presenta: D. Raúl García Martín.

Unidad de Apoyo a la Investigación. Agencia Sanitaria Poniente

Quiénes somos y qué hacemos en el Área de Salud Mental

D. Pedro Luis Ibañez Allera

Director de Área Integrada de Salud Mental.

Omartrosis Primaria

D. Antonio Pablo Rosales Varo.

F. E Traumatología y Cirugía Ortopédica

Día 16 de Diciembre

Iniciativas de Investigación. 11:00 h a 12:00 h Mesa II

Presenta: D^a M^a del Mar Torres Navarro

Unidad de Apoyo a la Investigación. Agencia Sanitaria Poniente

11:00 – 11:15 Tratamiento del dolor crónico con radiofrecuencia.

D. Francisco Álamo Tomillero. F. E. Área de Anestesia y Reanimación

11:15 – 11:30 Prevención de la Obesidad Infantil y sobrepeso. Intervenciones en escolares (C. Salud)

D^a. Ana Rosa Sanchez Vázquez. F. E. Área de Pediatría.

11:30 – 11:45 Efectos de un programa de ejercicios aeróbicos y técnicas de relajación sobre el estado de ansiedad, calidad del sueño, depresión y calidad de vida en pacientes con Fibromialgia: Ensayo Clínico aleatorizado.

D^a. Isabel Arcos Carmona. Enfermera Área de Bloque Quirúrgico

11: 45 – 12:00 Grado de adherencia al proceso asistencial integrado Embarazo, Parto y Puerperio en una unidad con alta población inmigrante

D^a. Rosario Luján Jiménez. Médico de Familia UGC Puebla de Vicar

12:00 h a 13:00 Presentación de Publicaciones.

Modera: D^a. Irene Villegas Tripiana. Unidad de Apoyo a la Investigación. Agencia Sanitaria Poniente

12:00 – 12:15 Guía de Actuación compartida en Cuidados Paliativos

D^a. Consuelo Rodríguez Rodríguez. Daig. Bloque Quirúrgico

12:15 – 12:30 Epidemiología molecular de la Tuberculosis en Almería. Factores asociados a transmisión reciente.

D^a. M^a Angeles Lucerna Méndez. Responsable Servicio de Prevención.

12:30 – 12: 45 Dicrocoelium dendriticum: emergencia de una falsa parasitación en un área geográfica con un elevado nivel de inmigración

D^a. Isabel Cabeza Barrera. F. E. Área de Biotecnología

12:45 – 13:00

“Protocolo de Quirófano: Equipos Electromédicos, Accesorios cama quirúrgica y posiciones del paciente”

D^a. Francisca López Robles, D^a. Irene Membrive Salas, D^a. M^a del Mar Arredondo Reche.

Har. de Guadix

V Jornadas de Investigación **Poniente Investiga**
Agencia Pública Empresarial Sanitaria Hospital de Poniente
Distrito Poniente Almería

15 y 16 de Diciembre 2011

SALÓN DE ACTOS

HOSPITAL DE PONIENTE

CONFERENCIAS

COMITÉ DE ÉTICA ASISTENCIAL DE PONIENTE

D. Francisco Javier Pacheco Calvente.
Presidente del Comité de Ética Asistencial Poniente.

La Ley 2/2010, de 8 de abril, de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de la Muerte expresa en su Artículo 27 sobre Comités de Ética Asistencial la necesidad de que todos los centros sanitarios o instituciones dispongan o, en su caso, estén vinculados a un Comité de Ética Asistencial, con funciones de asesoramiento en los casos de decisiones clínicas que planteen conflictos éticos. Es por ello que el 14 de diciembre de 2010, el Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía aprueba el decreto 439/2010 por el que se regulan los órganos de ética asistencial y de la investigación biomédica en Andalucía.

Esta nueva regulación potencia el protagonismo de los Comités de Ética Asistencial para ofrecer respuestas a la creciente sensibilización social en temas como los derechos humanos en el contexto sanitario, la dignidad de las personas en el final de la vida, el respeto a la autonomía de los y las pacientes y a las inquietudes que suscitan determinadas prácticas biomédicas, así como a la creciente importancia que se otorga a factores sociales y económicos, mediante unos órganos de composición multidisciplinar capaces de proporcionar una orientación adecuada a cada cuestión que se les plantee. En el Capítulo IV del decreto recoge la creación de los Comités de Ética Asistencial de Centros Sanitarios tanto públicos como privados, que suponen la mayor novedad de este decreto y que tienen entre sus funciones la de asesorar a pacientes, usuarios, profesionales sanitarios y equipos directivos, en la prevención y resolución de los conflictos éticos que puedan surgir en el ámbito de la asistencia sanitaria. En estos órganos están representados tanto los profesionales sanitarios como expertos en bioética y la ciudadanía.

Tras un proceso de selección de los miembros el Comité de Ética Asistencial (CEA) Poniente se constituye formalmente el día 17 de mayo de 2011 como órgano colegiado de deliberación, de carácter multidisciplinar, para el asesoramiento de pacientes y personas usuarias, profesionales de la sanidad y equipos directivos de los centros e instituciones sanitarias en la prevención o resolución de los conflictos éticos que pudieran generarse en el proceso de atención sanitaria.

Entre los objetivos del Comité están: la mejora continua de la calidad integral de la atención sanitaria, velar para que dentro de la institución se respete la integridad de las personas, sus derechos y libertades fundamentales con respecto a la salud e impulsar la reflexión y la formación ética en el ámbito de la práctica clínica.

Las funciones del comité son:

- Emitir recomendaciones, protocolos y orientaciones de actuación para aquellas situaciones en las que se presentan conflictos éticos de forma reiterada o frecuente, para el fomento del respeto a la dignidad, la diversidad cultural y la mayor protección de los derechos de las personas que intervienen en la relación clínica
- Analizar, asesorar y emitir informes no vinculantes respecto de las cuestiones éticas planteadas en relación con la práctica clínica, que puedan generarse en el ámbito de su actuación, al objeto de facilitar decisiones clínicas
- Promover y colaborar en la formación bioética de las personas profesionales de los centros e instituciones sanitarias.
- Promover la investigación en materia de ética asistencial y organizacional

El Comité de Ética Asistencial Poniente está constituido por dieciocho miembros del ámbito de la atención primaria (Distrito Poniente de Almería) y hospitalaria (Agencia Pública Empresarial Sanitaria Hospital de Poniente) de diferentes categorías profesionales y especialidades, y cuenta entre sus miembros con un miembro de la ciudadanía.

V Jornadas de Investigación **Poniente Investiga**
Agencia Pública Empresarial Sanitaria Hospital de Poniente
Distrito Poniente Almería

15 y 16 de Diciembre 2011

SALÓN DE ACTOS

HOSPITAL DE PONIENTE

INICIATIVAS DE INVESTIGACIÓN MESA I

1. EL CORDÓN UMBILICAL SALVA VIDAS

Autor/es/as: Joaquín Jinés González, Rafaela Rodríguez Martínez, María Inés García Iniesta

Servicio de Toco-ginecología

Premio a la mejor comunicación en las V Jornadas Andaluzas de Humanización de los Cuidados Materno Infantiles

La donación de sangre de cordón umbilical está adquiriendo cada vez más importancia debido a que constituye una alternativa afectiva al trasplante de médula ósea en pacientes con enfermedades oncohematológicas.

El personal sanitario tienen una labor muy importante de promoción y capacitación de donantes. Pero aun necesitamos más sensibilización para conseguir aumentar el número de donaciones y así hacer que nuestro país sea prácticamente autosuficiente y nuestros bancos sean competitivos a la hora de ofertar sus unidades almacenadas fuera de nuestro país.

Por otro lado destacamos la escasa utilidad que tiene al almacenamiento autólogo de la SCU, por lo que deberíamos desaconsejarlo y estimular la donación a bancos públicos.

Nuestro objetivo es transmitir una información científica amplia sobre el estado de la donación de sangre de cordón umbilical en España: identificar sus aspectos más relevantes conocidos, desconocidos y controvertidos, abordar las aproximaciones teóricas elaboradas, discutir críticamente conclusiones contradictorias procedentes de diferentes estudios, mostrar la evidencia actual disponible, dando respuestas a nuevas preguntas, y sugerir aspectos o temas de investigación a los profesionales que deseen actualizar sus conocimientos acerca de la donación de sangre de cordón umbilical.

Existe un mayor conocimiento por parte de la población de la existencia de la donación y el almacenamiento de sangre de cordón umbilical y una mayor sensibilización para su donación, por lo que se hace preciso alcanzar el mayor grado de consenso posible entre profesionales, pacientes, ciudadanos y administraciones sanitarias para organizar y mejorar aquellos aspectos relacionados con la donación, obtención, el procesamiento, almacenamiento e implante estas células.

OBJETIVOS

- Promover y sensibilizar a la población la importancia de la donación de sangre del cordón.
- Creación de grupos de trabajo para identificar sus aspectos más relevantes conocidos y desconocidos y discutir críticamente conclusiones contradictorias procedentes de diferentes estudios.
- Formación a profesionales sanitarios para promover la donación y aprendizaje para la obtención, procesamiento almacenamiento e implante.
- Informar a las gestantes sobre la donación de sangre de cordón a través de trípticos, folletos informativos en centros de salud, en consultas de toxicología, bienestar fetal y en el mismo paritorio.
- Unificar pautas de actuación entre todos los profesionales.

METODOLOGIA

Creación de grupo de trabajo; Análisis de situación inicial; Decisión de criterios de inclusión y exclusión; Difusión mediante sesiones clínicas a todos los profesionales.

RESULTADOS

Creación de trípticos informativos sobre la donación de sangre de cordón umbilical implantados en los diferentes servicios de la unidad de Obstetricia y Ginecología.

CONCLUSION

El uso de las células de sangre de cordón umbilical en múltiples patologías ha ido aumentando en los últimos años y es una alternativa mas que se ofrece en la actualidad, y gracias a su estudio, cada día se abren nuevas posibilidades de tratamiento.

El promover la donación de sangre de cordón umbilical es vital importancia, puesto que constituye un medio importante para la obtención de células progenitoras hematopoyéticas.

Gracias a la concienciación del personal sanitario y por supuesto al altruismo de las madres que acceden a la donación se puede ayudar a un importante número de pacientes con enfermedades onco-hematológicas .

Por ello queremos concienciar a todos los profesionales que puedan intervenir directa o indirectamente en el desarrollo de la gestación de la embarazada, para que a través de los medios que dispongan, ejerzan una labor informativa sobre ellas con el fin de conseguir mayor número de donaciones posible.

Debemos tener siempre presente que la donación es un acto voluntario que debemos respetar, pero también la falta de información es uno de los principales factores por el que se desechan las placentas, por lo que de un simple residuo ha pasado a un preciado tesoro.

BIBLIOGRAFIA

Organización nacional de trasplantes (ONT) Plan Nacional de sangre de cordón umbilical. Versión aprobada por la subcomisión de TPH y por la Comisión de trasplantes del consejo Interterritorial.

Mancias-Guerra C, Gomez Almaguer D. Utilidad de las células hematopoyéticas del cordón umbilical en la medicina de trasplantes. Med Univer. 2002; 4(16):166-71.

Acero Aguilar S, Guillen Cortijo V, Blanco Curvi S,Herranz Marquez N, Carro Bravo MA. Sangre de cordón umbilical: Procedimientos de recogida, donación y aspectos legales.

Metas enferm.2007;10(8):64-8

Carreras E. Optimización en la recogida de sangre de cordón umbilical[editorial]. Med Clin (Barc).2007;129 (15):574-5.

Solves Alcaina P, Perales Marin A, Mirabert Lis V,Brik Spinelli M, Soler Garcia MA,Roig Oltra R. Selección de donantes y recogida de las unidades en un banco de sangre de cordón umbilical. Med clin (Barc).2007;129(15):561-5.

2. ANÁLISIS DE RESULTADOS DE LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO DE LA UNIDAD DE FISIOTERAPIA Y REHABILITACIÓN. DATOS 2010

Autor/es/as: Begoña Esquinas Mellado, M^a del Carmen Martínez del Águila, Elena M^a Fernández Espinar.
COT-RHB Servicio de Fisioterapia

Introducción

En el año 2009 tras observar que no había indicadores de satisfacción de fisioterapia y rehabilitación en las encuestas hospitalarias, se elaboró e implantó la encuesta de satisfacción del usuario de la Unidad de rehabilitación y Fisioterapia del Hospital de Poniente. En el presente estudio analizamos los resultados obtenidos durante el periodo de Enero a Octubre de 2010 y en base a ellos las propuestas de mejora establecidas.

Metodología

El estudio se lleva a cabo en la Unidad de Rehabilitación y Fisioterapia del Hospital de Poniente. La muestra consta de 331 encuestas recogidas entre los meses de Enero-Octubre de 2010 entre los pacientes que llevaban como mínimo un mes de tratamiento.

Resultados

Características de la muestra: de las 331 encuestas recogidas, 137 fueron hombres (44,5%) 171 fueron mujeres (55,5%) y edad media 50,85 años.

Puntos fuertes:

- Competencia profesional (Muy Bueno: 69,1% y Bueno: 25,7%) y trato del Fisioterapeuta (Muy Bueno: 74,8% y Bueno: 22,4%)
- Evaluación clínica inicial del Fisioterapeuta (Buena/Muy Buena: 88,8%).
- Competencia profesional del médico rehabilitador (Muy Buena: 36,5% y Buena: 42,5%)
- 72,5% recomendaría el Hospital para realizar un tratamiento de Fisioterapia
- Alto nivel de satisfacción (Muy buena/Buena: 89,1%)

Puntos débiles:

- Insuficiencia recursos materiales y humanos (40,8%)
- Organización y accesibilidad (20,1%)

Seguimiento de las propuestas de mejora planteadas en el 2009 y propuestas de mejora según los resultados obtenidos en el 2010.

Información adicional

Es continuación del estudio realizado en la Unidad de Rehabilitación y Fisioterapia en el año 2009.

3. BAREMACIÓN DE LA FORMACIÓN DESDE LA GESTIÓN POR COMPETENCIAS: EXPERIENCIA DE LA AGENCIA

Autor/es/as: Cristina Rosano Morin, Cecilio Dionisio Fernández, Miriam Leal Montoya, Gisela Zufri Rodríguez, Dolores Martínez Cobos, Josefa Ruiz Góngora
Unidad de Desarrollo. Recursos Humanos

Introducción

El baremo de méritos es una herramienta empleada en la cobertura de puestos en el SSPA, para establecer un orden de prelación en la contratación y como una fase del proceso de selección. En nuestra organización, hemos evolucionado esta herramienta, encuadrando la baremación de la formación en el Modelo de Gestión por Competencias. De este modo garantizamos:

- La incorporación de profesionales con un mayor ajuste al puesto, reduciendo los tiempos de adaptación y la formación inicial requerida en el puesto.
- La gestión del bagaje competencial, en cuanto a formación de nuestros profesionales, y la gestión de su conocimiento. Solo seleccionando, y conociendo el potencial de nuestros profesionales podremos dar una óptima respuesta a las necesidades de salud de la ciudadanía.

Objetivos

- Desarrollar un modelo de baremación de la formación adecuándolo a perfiles profesionales.
- Ponderar la formación según sea genérica, transversal o específica a en función de las Buenas Prácticas de los Manuales de Competencias.
- Evolucionar del modelo tradicional de baremo hacia una herramienta de gestión por competencias alineada con los Planes de Calidad del SSPA.

Material y Método Mapa de Competencias. Modelo Autobaremo. Manuales de Acreditación de Profesionales.

Resultados. Diseño e implantación de una herramienta para la identificación de las competencias técnicas requeridas en los diferentes perfiles. La baremación, junto con otros instrumentos de evaluación, vehiculizan la selección por competencias.

Discusión. Tras analizar los resultados consideramos que la baremación de la Formación por Competencias es una herramienta más de gestión, que favorece la efectividad de procesos relativos a profesionales, lo cual redundará en el destinatario finalista de una entidad sanitaria: La calidad asistencial. Desde nuestra experiencia consideramos que el modelo alberga un gran potencial. Lo crítico del mismo estriba en definir los criterios de transversalidad, pudiendo ser inter-categoría o inter-área, en función de las necesidades organizativas.

Conclusiones. Esta herramienta debería alinearse al Modelo de Gestión por Competencias promovido por el SSPA, ajustándose a las vivas necesidades de las organizaciones y sus carteras de servicios. Las entidades han cambiado, hoy en día integran en sus equipos de trabajo personas, preocupadas y ocupadas en dar un servicio de calidad, esto es cada vez más posible adecuando las distintas herramientas que posibiliten el ajuste de los profesionales.

4. PAPEL DE LA NEUROTOXICIDAD, GENES REGULADORES DE ÓXIDO NITRICO Y CITOQUINAS EN EL DESARROLLO DE LA HIPOACUSIA EN LA ENFERMEDAD DE MENIERE (FIS)

Autor: D. José Antonio López Escámez.
F.E. Área de Otorrinolaringología

Objetivos:

1. Analizar los polimorfismos de genes relacionados con neurotoxicidad coclear en la enfermedad de Ménière (EM): SLC1A3 (que codifica el transportador GLAST), NOS1 (óxido nítrico sintasa tipo 1), NOS2A (óxido nítrico sintasa tipo 2), PPP3R1 (calcineurina B) y NF- κ B (factor nuclear kappa B).
2. Monitorizar los niveles de complemento, inmunocomplejos circulantes (CIC) y analizar variantes alélicas en genes de respuesta inmune y citoquinas como marcadores pronósticos de EM.

Diseño: Estudio de casos y controles para polimorfismos en genes candidatos seleccionados.

Ámbito del estudio: Multicéntrico. Sujetos del estudio: Pacientes con diagnóstico clínico de EM. Principales medidas de resultados: Frecuencia genotípica y alélica de los polimorfismos de genes candidatos, concentración de CIC, complemento y citoquinas en EM.

Instrumentalización: Genotipado de alto rendimiento (Illumina iSCAN), sondas Taqman PCR a tiempo real (AB 7900 y 7500), secuenciación de microsatélites.

Resultados:

Se ha obtenido muestras de ADN de 530 pacientes con EM y estamos reuniendo muestras de España e Italia para la fase de replicación. Se han analizado 4 variantes alélicas de los genes NOS1 y NOS2A no encontrándose asociación con la enfermedad, ni progresión en la hipoacusia neurosensorial. Se ha iniciado el genotipado de 460 muestras mediante un immuno-chip con 1950.000 SNPs de genes de respuesta inmune para identificar variantes alélicas de susceptibilidad. Estos resultados están pendientes de análisis bioinformático.

5. GESTIÓN DE AGENDA DE PEDIATRÍA: ACCESIBILIDAD, CITA PREVIA, USO DE CITAS DE USUARIOS

Autor/es/as: Pablo Cazorla López. Director de la UGC Santa María del Águila. Distrito Poniente de Almería; José María Jara Carrascosa. Coordinador de cuidados de la UGC Santa María del Águila. Distrito Poniente de Almería; Miguel Pérez Torres. UAU Centro de Salud Santa María del Águila. Distrito Poniente de Almería; Carmen Lozano De Cruz. Medica de pediatría del Centro de Salud Santa María del Águila. Distrito Poniente de Almería; Gelen Virguez Tovar. Medica de pediatría del Centro de Salud Santa María del Águila. Distrito Poniente de Almería; Rafael Amaro Ardit Lucas. Enfermero de la UGC Santa María del Águila. Distrito Poniente de Almería.

El motivo y la motivación de iniciar este trabajo era tener datos cuantitativos y cualitativos para poder entender y justificar el comportamiento de los padres/madres con nuestras agendas asistenciales de pediatría en el Centro de Salud de Santa María del Águila. **“Las agendas asistenciales de pediatría, tarea demanda clínica estaban en demora y la sala de consulta de pediatría vacía.”**

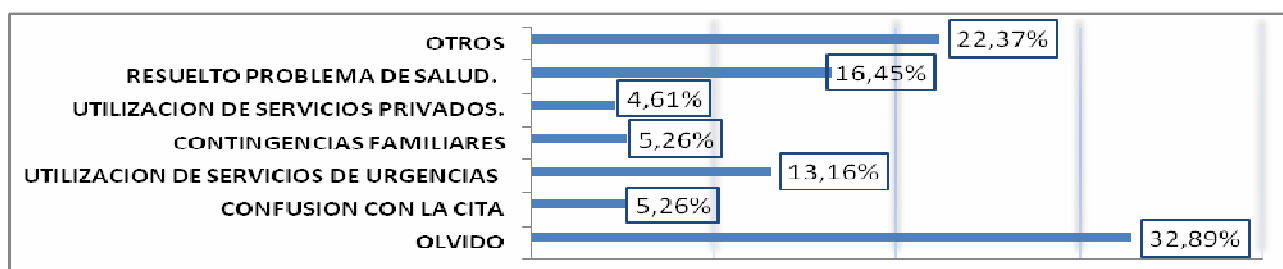
OBJETIVO: Iniciar un estudio para encontrar claves para una toma de decisiones en relación a la demanda del usuario, la oferta del centro de salud y el grado de accesibilidad.

MÉTODOLOGIA

1. Configuramos una sencilla hoja de recogida de datos de las citas que no han acudido a la consulta.
2. Definición de las categorías de posibles motivos de absentismo.
3. Entrevista vía telefónica.
4. Análisis de los datos.
5. Conclusiones.

Durante el periodo de recogida de datos (9 de marzo y se finalizó el 31 de mayo de 2011) se han realizado 336 llamadas. Hemos podido recoger un total de 216 entrevistas, quedando 61 usuarios/as de cita sin contestar.

DISTRIBUCION DE CATEGORIAS DE MOTIVOS



CONCLUSIONES:

- 6.1 Número total de citas perdidas 216 desde el 09/03/2011 a 31//05/2011. En porcentaje en el número total de citas de pediatría 3588, representaría el 6,02%.
- 6.2 La categoría mayoritaria es de olvido de cita 32,89%. Es difícil de poder entender que ante una población como la infantil pueda ocurrir este acto de omisión, olvido y/o ligereza. ¿Tendrá que ver con la percepción de enfermedad, gravedad o de necesidad de utilizar los servicios pediátricos?
- 6.3 La categoría resuelto problema de salud cuando llega el momento de cita es del 16,45%. ¿Se pide citas de forma preventiva? ¿Cuál sería un ítem de calidad de accesibilidad: Demora ó citas rechazadas en Salud Responde ante un 16,45% de usuarios que toman

una cita y que posteriormente no utilizan? Es necesario iniciar medidas para que los usuarios/as conozcan y actúen en la anulación de citas mediante salud responde o en el mismo centro.

- 6.4 **A pesar de tener cita con su pediatra**, ejercen la opción de previamente llevar a los usuarios pediátricos al servicio de urgencia. 13,16%.
- 6.5 La utilización **previa de servicios médicos privados** es pequeña en relación al resto de categorías. Siendo el 4,61%.
- 6.6 La categoría **de confusión en cita**, debe hacernos replantear nuevos métodos para eliminar dicha categoría a la mínima expresión y mecanismos para poder solucionarlos.

CONCLUSIÓN FINAL:

- iniciar un sistema de trabajo de mensajes a la población para poder conseguir disminuir la no asistencia y mantenimiento de la cita previa mediante: carteles y llamadas de atención en el centro en sala de espera, Reuniones en el observatorio del ciudadano, Abordar como práctica diaria desde el UAU los mensajes ya explicitados en el argumento del estudio.

6. EVALUACIÓN DE LAS SITUACIONES DE RIESGO DE PÉRDIDA DE BIENESTAR FETAL INTRAPARTO. COMPARACIÓN DE LA PULSIOXIMETRÍA Y EL ELECTROCARDIOGRAMA FETAL.

Autor/es/as: D^a. M^a Felicidad Lopez-Gallego. Puertas Prieto A², Valverde M²
Servicio de Obstetricia y Ginecología.

Introducción

Identificar el procedimiento de monitorización fetal intraparto (pulsioximetría o electrocardiograma fetal) que resulta más efectivo para detectar, de entre todos los fetos que presentan a lo largo del trabajo de parto patrones de frecuencia cardiaca fetal (FCF) compatibles con riesgo de pérdida del bienestar fetal (RPBF), aquellos que realmente se encuentran en una situación de riesgo y que por tanto, se van a beneficiar de la finalización inmediata del trabajo de parto.

Metodología

Estudio experimental aleatorizado abierto con dos brazos: en uno se aplicó la técnica de la pulsioximetría fetal (1) y en el otro la monitorización fetal mediante análisis del ECG (2). Cada grupo estaba compuesto por 90 gestantes con feto único, a término, en presentación cefálica, que presentaron un registro cardiotocográfico (RCTG) compatible con RPBF, y que hubiesen aceptado participar en el estudio. El proyecto fue aprobado por el comité de ética del Centro. Las principales variables analizadas fueron: tasa de cesáreas, tasa de intervención por RPBF y repercusión sobre el estado acido-base fetal.

Resultados

Obtuvimos diferencias estadísticamente significativas en la finalización del parto, con una tasa de cesáreas del 47.6% en el grupo 1 vs 30% en el grupo 2 ($p: 0,032$). No se hallaron diferencias en las tasas de finalización por RPBF (62% vs 61%). En cuanto a los resultados neonatales, el test de Apgar 1 min fue ≤ 6 en el 17,8% de los neonatos del grupo 1 vs 4,4% en el grupo 2 ($p < 0,001$). También se encontraron diferencias en los valores de pH venoso (7,23 vs 7,27) y pCO_2 (57,27 vs 46,86) al nacimiento.

Conclusiones.

La monitorización fetal intraparto mediante la monitorización del electrocardiograma fetal es más efectiva para confirmar el bienestar fetal y para identificar aquellos casos en los que el trabajo de parto puede continuar de forma segura. La utilización del STAND[®] 21 reduce la tasa de cesáreas urgentes.

V Jornadas de Investigación **Poniente Investiga**
Agencia Pública Empresarial Sanitaria Hospital de Poniente

Distrito Poniente Almería

15 y 16 de Diciembre 2011

SALÓN DE ACTOS

HOSPITAL DE PONIENTE

CONFERENCIAS

CONFERENCIAS

AIG DE SALUD MENTAL: ¿QUIENES SOMOS? ¿QUÉ HACEMOS?

D. Pedro Luis Ibañez Allera

Director de Área Integrada de Salud Mental

ÁREA INTEGRADA DE GESTION DE SALUD MENTAL

El Área Integrada de Gestión de Salud Mental de la Agencia Pública Poniente comenzó su actividad asistencial en el año 1996 con la apertura de su Hospital de Día, al que se sumó en el año 2002 la Unidad de Hospitalización. Estos dos dispositivos trabajan de manera coordinada entre ellos y con las Unidades de Salud Mental Comunitaria de Roquetas de Mar y de El Ejido. En el AIG trabajamos un total de 29 profesionales entre Médicos Psiquiatras, Psicólogos Clínicos, Enfermeros, Auxiliares de Enfermería y Auxiliar Administrativo. El Hospital de Día dispone de 22 plazas para pacientes que acuden desde sus domicilios de lunes a viernes y la Unidad de Hospitalización tiene 15 camas para ingresos de 24 horas.

La organización funcional del área está basada en el “ambiente terapéutico”, que consiste en transformar el medio en el que se desenvuelven los pacientes durante sus estancias en los dispositivos en agente terapéutico en si mismo, creándose para ello un entorno de vida, de aprendizaje y de trabajo normalizado. Se utilizan terapias, que van desde las conductuales hasta las de un enfoque de orientación humanística, para lograr que el entorno del paciente se constituya en espacio terapéutico y esto los estimule a conseguir un mayor grado de socialización mediante el aprendizaje de un comportamiento mas adaptado al medio. Ello se consigue con la implementación de actividades organizadas por los diferentes profesionales y adaptadas a las necesidades individuales de cada paciente.

Además de las intervenciones específicas dentro del área, también llevamos a cabo las guardias psiquiátricas, respondemos a las interconsultas que nos llegan desde las otras áreas del hospital, y desarrollamos diferentes programas asistenciales, unos propios y otros en coordinación con otras AIGs del hospital, destacando las que se hacen con Pediatría, Medicina Interna y la coordinación con Trabajo Social.

OMARTROSIS PRIMARIA

D. Antonio Pablo Rosales Varo.
F.E. Área de Traumatología y Cirugía Ortopédica

La artrosis constituye la forma más frecuente de artritis. Representa la causa principal de incapacidad física, de necesidad de asistencia sanitaria y de disminución de calidad de vida. En el 2020 se espera padezcan 60 mill. de personas en USA. A pesar de sus prevalencia, es relativamente escasa la información existente acerca de la etiología, patogenia y la evolución de esta enfermedad.

Hemos realizado una exhaustiva revisión sobre la omartrosis; la semilla de la misma procede de la VI Reunión del Grupo Andaluz de Codo y Hombro (GANCHO), realizada en el Hospital de Poniente de Almería; en la que participaron compañeros de las diferentes provincias de la comunidad, como miembros de la SECHC, de ella también nació la 5ª monografía SATO.

A lo largo de la misma veremos como la artrosis primaria de la articulación glenohumeral presenta una serie de características que la definen: es una lesión menos frecuente que la rodilla y cadera, pero no rara. Es una entidad distinta con características específicas, bien descritas por Neer ya en 1974. Nos presentará unas condiciones de verdadero desafío con gran mejora de las opciones terapéuticas. Veremos como es una patología ideal para la artroplastia no constreñida y distinta de la artropatía degenerativa del manguito. Así mismo nos encontraremos: una limitación de la movilidad GH debido a la incongruencia de las superficies articulares. Una deformidad de la cabeza humeral. Un desgaste glenoideo posterior excéntrico y un manguito y una PLB casi siempre intactas.

Respecto a la anatomía patológica hemos de entenderla considerando que la artrosis no es una enfermedad de un único tejido, es decir, del cartílago articular, sino que es una enfermedad de un órgano, la articulación sinovial, en la que están implicados todos los tejidos (hueso, sinovial, cápsula, ligamentos, músculos periarticular, nervios sensitivos, además del cartílago).

De esta forma la anatomía patológica de la omartrosis reflejará tanto la lesión como la reacción a dicha lesión. Los diferentes síntomas (dolor, inflamación, rigidez...) son la expresión de la participación de las diferentes estructuras.

La omartrosis representará el fracaso de esta articulación, de la misma manera que el corazón puede fallar a causa de una enfermedad 1ª del endocardio, el miocardio o el pericardio; la articulación puede fallar debido a una anomalía 1ª en el cartílago articular, hueso subyacente, en la sinovial o en los músculos periarticulares, provocando en cada caso un síndrome que se reconoce como omartrosis.

Se ha realizado una revisión de su epidemiología, clínica, pruebas de imagen y por supuesto del tratamiento actual; considerando las recomendaciones del autor.

Se explica como desafortunadamente los resultados de la artroplastia no son perfectos existiendo un porcentaje de población que no son candidatos ideales para un recambio protésico de la articulación GH.

Tales pacientes incluyen aquellos con morbilidad médica y pacientes jóvenes y activos en los que un recambio protésico está sujeto a excesivo riesgo o fallo.

Mientras el recambio protésico no alcance la utópica restauración funcional ideal y perfecta, se exploran en la últimas décadas, de forma paralela alternativas no protésicas intentando proporcionar un alivio del dolor y una restauración funcional duradera.

Las opciones terapéuticas que tenemos son:

A.- Tratamiento conservador; **B.-** Procedimientos artroscópicos; **C.-** Osteotomía periartricular; **D.-** Artroplastia de interposición y resurfacing glenoideo biológico; **E.-** Artrodesis; **F.-** Artroplastia total/parcial. Se comentan cada una de ellas y se define un algoritmo de actuación

V Jornadas de Investigación **Poniente Investiga**
Agencia Pública Empresarial Sanitaria Hospital de Poniente
Distrito Poniente Almería

15 y 16 de Diciembre 2011

SALÓN DE ACTOS

HOSPITAL DE PONIENTE

INICIATIVAS DE INVESTIGACIÓN MESA II

1. TRATAMIENTO DEL DOLOR CRÓNICO CON RADIOFRECUENCIA. NUESTRA EXPERIENCIA

Autor: D. Francisco Álamo Tomillero

F. E. Área de Anestesia y Reanimación.

La radiofrecuencia comenzó a utilizarse en la práctica clínica al inicio de los años cincuenta. Sin embargo, en los últimos años debido a la aparición de nuevos equipos y material se ha conseguido disminuir los efectos secundarios lo cual ha permitido que su empleo comenzara a generalizarse.

Es el uso de altas frecuencias de energía adyacente a los nervios. El campo eléctrico y/o el calor inducen cambios en la estructura nerviosa bloqueando la conducción del dolor. Inicialmente fue utilizado para destrucción del nervio y recientemente se ha desarrollado una que no destruye el nervio la cual se llama “radiofrecuencia de pulsos” y se basa en un lavado del calor. Este procedimiento se debe realizar bajo control radiográfico continuo y no necesita ingreso del paciente.

El paso de la corriente eléctrica por un tejido produce calor, y la temperatura superior a 45°C produce cambios permanentes en los tejidos. La radiofrecuencia emplea corrientes eléctricas de alta frecuencia lo que permite, controlando los parámetros eléctricos y las características del electrodo, crear lesiones muy circunscritas. Por otro lado se han demostrado efectos distintos, cuando se somete una estructura a una corriente eléctrica pulsada a temperaturas inferiores a 45°. Estos efectos son los que se buscan en las técnicas que usan la radiofrecuencia pulsada, que no destruyen ningún tejido, sino que cambian el comportamiento biológico de las neuronas que reciben este impulso.

- Termocoagulación por radiofrecuencia de la rama medial del ramo dorsal. Responsable de los impulsos dolorosos de las articulaciones vertebrales posteriores a nivel lumbar o cervical.
- Tratamiento por radiofrecuencia del ganglio de la raíz dorsal .Para el tratamiento de las **radiculopatías a cualquier nivel.**
- Tratamiento por radiofrecuencia del ramo comunicante de L2. Para el tratamiento del **dolor originado en los discos intervertebrales por debajo de ese nivel.**
- Simpatectomía por radiofrecuencia. Para el tratamiento del dolor lumbar rebelde o los Síndromes regionales complejos tipo I o dolor isquémico de MMII.
- Radiofrecuencia de nervios periféricos. Es útil en tratamientos de síndromes dolorosos en territorios con una inervación determinada, como en el caso de la **neuralgia de Arnold** y el tratamiento en los nervios occipitales o el hombro congelado y el tratamiento del nervio supraescapular. El femorocutáneo o los nervios intercostales también son susceptibles de tratamiento por radiofrecuencia.
- Otros tratamientos por radiofrecuencia incluyen el tratamiento de la **neuralgia del trigémino**, o la radiofrecuencia del ganglio esfenopalatino en neuralgias faciales atípicas o cefaleas en racimos.

Son algunos de los tratamientos llevados a cabo en nuestra unidad en el último año.

2. PREVENCIÓN DE LA OBESIDAD INFANTIL Y SOBREPESO. INTERVENCIONES EN ESCOLARES (C. SALUD)

D^a Ana Rosa Sanchez Vázquez. D^a Rosa Benítez Martínez. D^a Rosario Benavides Román.

Área de Pediatría

D^a Ana Calcerrada Labrador. Area de Salud Mental

D^a Isabel Ortiz López. Pediatra UGC Vicar

D^o Rafael Álvaro Martínez de la Peña. Enfermero Gestor de Casos. UGC Vicar

D^o Rubén Moncada Días. Téc. Promoción de la Salud. Resp. PIOBIN. Distrito Sanitario Poniente

D^o Juan Antonio López Leal. Maestro de Enseñanza Primaria. Colegio Virgen de la Paz. Vicar

D^a Inmaculada Gómez Becerra. Profesora UAL

D^a Rosa García Barranco. Psicóloga Clínica.

Este proyecto de intervención surge por la necesidad de luchar contra la obesidad infantil a través de la promoción de estilos de vida saludables y búsqueda de activos de salud que orienten a los menores y a sus familias hacia una salud positiva y la prevención del sobrepeso y la obesidad.

El eje central de actividad del proyecto, y su principal valor añadido, radica en dos innovaciones con respecto a lo que ya se está haciendo en otras experiencias: por un lado, se trata de un programa continuo de talleres semanales a lo largo de todo el curso escolar, donde se combinarán teoría y práctica, didáctica y juego, para la adquisición de conocimientos y de hábitos para una vida más saludable, en torno al eje temático principal de la alimentación. Por otro lado, es clave en esta propuesta la inclusión de un enfoque psicosocial del fenómeno de la obesidad infantil ligado también a la expresión de emociones, autoestima, estrés y ansiedad y otros factores presentes también en el fenómeno de la obesidad infantil.

Proponemos como mejor opción para el desarrollo del proyecto, la comunidad escolar, entorno privilegiado para la diversión, el aprendizaje y la socialización de nuestros niños y niñas. Para ello hemos elegido el municipio de Vicar y seleccionado el Colegio Virgen de la Paz, como experiencia piloto inicial. En el proyecto participarán, en distintos niveles de implicación, unos 300 escolares. En primer lugar, haremos un diagnóstico inicial de la situación mediante encuestas y medición de distintas variables para posteriormente iniciar un programa de formación con distintas actividades, charlas, talleres, juegos con un grupo de niños y niñas y sus familias, que se comprometan voluntariamente a asistir a un mínimo de una sesión semanal durante casi todo el curso escolar.

Al final del proyecto volveremos a realizar un diagnóstico para valorar el impacto de la intervención y elaboraremos una guía de buenas prácticas para docentes y familias que quieran repetir la experiencia en otros colegios o municipios.

En el proyecto se destaca el papel del grupo y se hace especial hincapié en los factores emocionales y psicológicos, se potencia el afrontamiento del estrés, la autoestima y la creatividad a través de técnicas de relajación y se promueve la actividad física. La implicación del profesorado en los talleres-actividades y de la familia mediante el desarrollo de actividades simultaneas, potencia el aprendizaje de hábitos saludables. El enfoque interdisciplinar e intersectorial es un pilar fundamental en el éxito de la intervención y ofrece un lugar de encuentro a través del RELAS del municipio de Vicar con todos los sectores implicados: Universidad, Centro de salud de Vicar, Ayuntamiento, Hospital de Poniente, Comunidad Educativa y Áreas de Participación Ciudadana.

3. EFECTOS DE UN PROGRAMA DE EJERCICIOS AERÓBICOS Y TÉCNICAS DE RELAJACIÓN SOBRE EL ESTADO DE ANSIEDAD, CALIDAD DEL SUEÑO, DEPRESIÓN Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA: ENSAYO CLÍNICO ALEATORIZADO.

D^a Isabel Arcos Carmona
Enfermera del Área de Bloque Quirúrgico.
Publicado en: *Med Clin (Barc)*. 2011 Oct 8;137(9):398-401

Fundamento y objetivo: En la fibromialgia están alterados factores físicos, psicológicos y sociales. El objetivo del presente estudio fue analizar los beneficios de un programa de ejercicios aeróbicos y técnicas de relajación progresiva sobre la ansiedad, calidad del sueño, depresión y calidad de vida en pacientes con fibromialgia.

Pacientes y método: Se realizó un estudio experimental con grupo control placebo. Se asignaron de forma aleatoria 56 pacientes a grupo de intervención (ejercicios aeróbicos + técnicas de relajación progresiva) y a grupo control placebo (programa de magnetoterapia simulada). Las dimensiones de estudio fueron la ansiedad (cuestionario STAI), calidad del sueño (cuestionario de calidad del sueño de Pittsburg), depresión (Test de depresión de Beck) y calidad de vida (cuestionario SF-36). Las evaluaciones se realizaron en el momento basal y al finalizar las 10 semanas de tratamiento.

Resultados: Finalizadas las 10 semanas de tratamiento, en el grupo de intervención, se obtuvieron diferencias significativas ($p < 0,05$) en la duración del sueño, ansiedad rasgo y calidad de vida.

Conclusiones: Un programa combinado de ejercicios aeróbicos y técnicas de relajación progresiva contribuye a mejorar el descanso nocturno, la ansiedad rasgo y la calidad de vida en pacientes con fibromialgia.

4. GRADO DE ADHERENCIA AL PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO EN UNA UNIDAD CON ALTA POBLACIÓN INMIGRANTE.

D^a. Rosario Luján Jiménez.
Medico de Familia UGC Puebla de Vicar

Objetivo: Estudiar la adherencia de las embarazadas al proceso de embarazo, comparar la misma entre autóctonas y no autóctonas y observar si dicha adherencia influye en la morbimortalidad perinatal.

Material y Métodos

Diseño: Estudio descriptivo transversal

Ámbito de realización: Centro de salud rural de Atención Primaria

Criterios de selección: Inclusión de la totalidad de las gestantes que acudieron a consulta en 2007-2008 y 2009.

Número de sujetos incluidos: 156 embarazadas

Variables y métodos de evaluación: edad, nivel de estudios, país de procedencia, número de embarazos previos, semana de captación, número de visitas en Atención Primaria, número de visitas en Tología, abortos, patología durante la gestación (HTA, anemia, ITU, hiperémesis, placenta previa...etc.), patología durante parto-puerperio (amenaza parto prematuro, rotura prematura de membranas, retraso crecimiento intrauterino, bajo peso al nacer), captación tardía y causas de captación tardía.

Resultados

Se han analizado un total de 156 embarazos durante los tres años de estudio, 10 terminaron en aborto; el 44,8% fueron gestantes autóctonas y el 55,12% no autóctonas, de las cuales el 79.6% eran marroquíes, la edad media era de 27,04 años, sin diferencia entre los dos grupos.

Tenía estudios el 90% de las españolas y el 39.15% de las extranjeras.

La adherencia al programa de embarazo tanto en Atención Primaria como en Tología es similar en ambos grupos, realizando un buen seguimiento en A.P. (más de 4 visitas) el 96.1% de las españolas y el 77.1% de las extranjeras y en Tología (más de 3 visitas) el 95,2% y el 84.3% respectivamente.

No se observan diferencias en cuanto al número de embarazos previos ni en las patologías que aparecen durante la gestación, parto o puerperio entre los dos grupos.

En cuanto a la captación tardía supone el 9.6% (15 casos) del total, el 93.3% corresponde con gestantes no autóctonas; el tener un embarazo previo no influye en la captación tardía y sí el nivel de estudios, ya que el 66.7% de las mujeres que acuden tardíamente no tienen estudios previos.

Conclusión

El 55,12% de nuestras gestantes son inmigrantes (79,6% marroquíes).

Existe una buena adherencia al Proceso de Embarazo tanto en Atención Primaria como en Tología por parte de las gestantes autóctonas y no autóctonas.

No se observan diferencias en cuanto al número de embarazos previos ni las patologías que se presentan en gestación, parto y puerperio entre ambos grupos.

El 9,6% de las gestaciones se captan con 12 semanas o más, siendo el 93,3% no autóctonas, resultando significativa la ausencia de estudios en dicho grupo, no observando aumento de la patología en estos casos, siendo la causa más frecuente de captación tardía que la gestante estaba recién llegada de su país.

V Jornadas de Investigación **Poniente Investiga**
Agencia Pública Empresarial Sanitaria Hospital de Poniente
Distrito Poniente Almería

15 y 16 de Diciembre 2011

SALÓN DE ACTOS

HOSPITAL DE PONIENTE

PRESENTACIÓN DE PUBLICACIONES

1. GUÍA DE ACTUACIÓN COMPARTIDA EN CUIDADOS PALIATIVOS

Autor/es/as: D^a Consuelo Rodríguez Rodríguez. Daig. Bloque quirúrgico

A partir de los años 80 del pasado siglo, los Cuidados Paliativos en España han recuperado una parcela de humanismo que una ciencia tan cercana como la Medicina había olvidado en aras de una creciente tecnología. Todo parecía que podía ser curado. Incluso en las facultades de Medicina nos enseñaban el estudio de las enfermedades y su correspondiente tratamiento. Pero la percepción que tienes con los ojos de hoy es que parece que se nos olvidaron aquellas que no podían ser curadas, y, más aún, se olvidaron de enseñarnos a cuidar, a acompañar, a escuchar y a sentir compasión. La muerte estaba allí, pero se trataba de escamotearla. Por otro lado, el enfermo era tratado con un paternalismo abrumante. El médico tenía la misión de promover la salud de su paciente tal y como la entendía, sin tener en cuenta las preferencias del mismo. La imagen que evocaba era la de guardián o padre. Y el enfermo obedecía y moría como era lo habitual en el hospital, normalmente con medidas más o menos agresivas, confinado, aislado, solo. Era “la muerte excluida” de la que habla el historiador Philippe Ariés. La muerte era el fracaso de la Medicina y como tal, había que ocultarla de una sociedad que había entendido que todo tenía remedio. Y así, se nos olvidó, que el enfermo era persona, que podía decidir sobre cómo quería que fuese su final, hasta cuando continuar su tratamiento e incluso donde quería morir y con quien.

Pero, afortunadamente, la mentalidad ha ido cambiando. Hemos aceptado nosotros mismos que la vida tiene sus límites, que el principio ético de beneficencia que nos obliga a procurar lo mejor para el paciente tiene que estar en equilibrio con el de autonomía que le permite, por otro lado, elegir libremente aquello que considera lo mejor para su vida y su futuro. Vamos aceptando que un enfermo se niegue a seguir siendo tratado o rechace iniciar un tratamiento si no lo considera aceptable en términos de sufrimiento. Pero eso no significa que quiera sufrir: Siempre tendrá la posibilidad de recibir Cuidados Paliativos para que su vida sea lo más digna posible y su muerte lo menos dolorosa.

Y esto en resumen, es de lo que se trata. Por ello, un grupo de profesionales, muy motivados, decidimos reunirnos para mejorar todo lo que fuera posible en nuestra zona la atención a estos enfermos, desde Primaria hasta el Hospital, desde las Urgencias a la Unidad del Dolor, desde la Salud Mental y hasta el aspecto social. Este trabajo ha sido muy fructífero y tremendamente gratificante. El producto es esta pequeña guía, de consulta rápida, que podéis tener en vuestro cajón y ojear en cualquier momento. Somos conscientes de que en la actualidad hay muchos tratados de Cuidados Paliativos y de alguna forma este es un compendio, un resumen, una pequeña aportación que esperamos os facilite vuestro trabajo en el más dulce arte de cuidar a tus semejantes.

La elaboración de la guía trata de dar respuesta a las expectativas, tanto de los pacientes y las familias como de los profesionales, en relación a aspectos de accesibilidad y capacidad de respuesta. (Proceden del Proceso Asistencial Integrado Cuidados Paliativos y del documento de expectativas de la Escuela Andaluza de Salud Pública. Las expectativas de los profesionales proceden además de una tormenta de ideas de profesionales integrantes de este equipo de trabajo).

Pacientes:

- Que se elaboren circuitos especiales para agilizar los ingresos en casos necesarios, para acceder a las pruebas complementarias, a las consultas, etc.
- Tener entradas especiales sin demoras: trato preferente (algunos hablan de un carné especial que evite tener que dar tantas explicaciones cada vez que necesitan acudir al hospital).
- Tener un profesional sanitario de referencia.
- Que el control sintomático sea óptimo y dirigido por un equipo formado para ello en perfecta coordinación con los demás recursos asistenciales.
- Que haya coordinación entre los diferentes niveles asistenciales, específicamente en cuanto a lo que se refiere a los tratamientos.
- Rapidez de respuesta ante cualquier circunstancia y en cualquier lugar donde me atiendan.
- Agilidad en la resolución de las demandas que se realizan al Servicio de Atención al Usuario.
- Que los diferentes profesionales que atienden al paciente se comuniquen entre ellos y todos estén informados de la situación del paciente.

Familia:

- Disponer de asistencia continuada en cuidados paliativos.
- Que se me facilite ayuda social (agilizar recursos).

Profesionales:

- Que entre todas las estructuras implicadas en la asistencia de cuidados paliativos haya coordinación.
- Comunicación fácil interniveles (teléfonos, fax, correo electrónico...).
- Que se conozcan y establezcan los mecanismos de acceso a los recursos específicos de cuidados paliativos.

Los Objetivos de esta guía son:

- Asegurar la vida pero aceptar la muerte como inevitable. No acelerar la muerte ni posponerla. El objetivo es el bienestar y la calidad de vida y no la duración de la misma.
- Aliviar el dolor y otros síntomas mediante tratamientos adecuados.

- Aliviar el sufrimiento atendiendo de modo integral las necesidades físicas, psíquicas, sociales y espirituales del enfermo y su familia.
- Ofrecer al paciente la posibilidad de información gradual, completa y verdadera respetando también el derecho a no ser informado pero sin mentir. En todo caso, garantizar que no sea tratado contra su voluntad y su derecho a la participación en la toma de decisiones.
- Fomentar la autonomía del paciente y apoyarlo para vivir tan activamente como le sea posible.
- Facilitar una vida digna hasta la muerte, controlando adecuadamente los síntomas en la fase agónica, aunque en algunos casos el tratamiento pueda producir sedación.
- Posibilitar la atención en domicilio como lugar idóneo para desarrollar los Cuidados Paliativos hasta el final si el paciente así lo desea.
- Apoyar a la familia, si lo precisa, para una adecuada resolución del duelo, tratando de evitar el duelo patológico, que se comienza a prevenir con su participación activa en los cuidados antes de fallecer el paciente.
- Sensibilizar a los profesionales acerca de la importancia de los Cuidados Paliativos.
- Facilitar a los profesionales sanitarios la adquisición de conocimientos necesarios para poder valorar y tratar de forma integral a los pacientes en situación terminal.
- Garantizar la coordinación entre los diferentes niveles para proporcionar la continuidad de atención 24 horas al día, 365 días al año.
- Servir de apoyo en la implantación del Proceso Asistencial Integrado Cuidados Paliativos del Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía y al Plan Integral de Oncología de nuestra comunidad autónoma.

2. EPIDEMIOLOGÍA MOLECULAR DE LA TUBERCULOSIS EN ALMERÍA. FACTORES ASOCIADOS A TRANSMISIÓN RECIENTE.

Autor/es/as: D. M^a Angeles Lucerna Méndez. Servicio de Prevención
Publicado en: *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2011 Mar;29(3):174-8.

Introducción

La epidemiología molecular aplicada a la tuberculosis (TB) permite identificar *clusters*, cuyos miembros se asume que pertenecen a la misma cadena de transmisión reciente. Se considera reactivación endógena cuando el aislado presenta un genotipo único.

Objetivo

Describir los factores asociados a la transmisión reciente de la TB en Almería, en el período 2003-2007.

Métodos

Se realizó un estudio observacional prospectivo de pacientes con tuberculosis, cuyos aislados fueron caracterizados genóticamente mediante Restriction Fragment Length Polymorphism y *spoligotyping*. Se calcularon *odds ratio* y sus intervalos de confianza del 95% y mediante regresión logística se analizaron los factores asociados a pertenecer a un *cluster*.

Resultados

Se analizaron 427 aislados, de los cuales el 71% procedía de varones y 56,2% de ellos pertenecían a extranjeros. Un 44% de los pacientes participaba en algún *cluster*. La resistencia a isoniazida fue del 8,4%. Los factores relacionados con *cluster* fueron la edad, fundamentalmente los menores de 10 años (OR ajustada=12,75; IC del 95%, 2,52-64,58) y el grupo entre 50 y 59 años (OR ajustada=13,85; IC del 95%, 3,04-63,17), así como los nacidos en España (OR ajustada=2,17; IC del 95%, 1,41-3,36).

Conclusiones

En Almería, los autóctonos presentan más posibilidades de estar implicados en una cadena de transmisión reciente, así como los pacientes de ciertos tramos de edad como los niños menores de 10 años, y los de 50-59 años. La epidemiología molecular permite conocer qué grupos de población requieren mayor control, y reorientar hacia ellos los programas de prevención de la tuberculosis.

3. *DICROCOELIUM DENDRITICUM*. EMERGENCIA DE UNA FALSA PARASITACIÓN EN UN ÁREA GEOGRÁFICA CON UN ELEVADO NIVEL DE INMIGRACIÓN

Autor/es/as: D^a Isabel Cabeza Barrera. Cabeza Barrera, MI, Cabezas Fernández MT, Salas Coronas J, Vázquez Villegas J, Cobo F.

AIB- Servicio de Microbiología. Unidad de Medicina Tropical

Publicado en: *Ann Trop Med Parasitol*. 2011 Jul;105(5):403-6

Introducción

Dicrocoelium dendriticum, comúnmente conocido duela menor del hígado, es endémico en el Viejo Mundo desde época prehistórica. La infección en humanos es muy rara, y ocurre por ingestión accidental de vegetales crudos o agua contaminada con hormigas infectadas. Aunque cursa predominantemente de forma subclínica, puede producir colangitis crónica y dilatación o proliferación adenomatosa de los conductos biliares. La forma de presentación más frecuente es la pseudoparasitación o falsa parasitación que se produce por ingestión de hígado crudo de animales infectados con huevos o gusanos adultos.

Se realizó un estudio prospectivo en el que se incluyeron todos los pacientes con huevos en heces de *D. dendriticum* de nuestra Área Sanitaria, desde Noviembre de 2005 (primer caso) hasta 31 Diciembre de 2008.

Metodología

Se incluyen a todos los pacientes que presentan huevos en heces de *D. dendriticum*, de nuestra Área Sanitaria, desde Noviembre de 2005 (primer caso) hasta 31 Diciembre de 2008. El estudio parasitológico se realizó mediante visualización al microscopio óptico, de las heces previamente concentradas mediante método de Ritchie modificado.

El estudio epidemiológico se llevó a cabo mediante encuesta epidemiológica a los pacientes de la Unidad de Medicina Tropical de nuestro hospital o revisión de la historia clínica, posterior recogida en una base de datos encriptada y estudio estadístico mediante SPSS 15.

Resultados

12.246 muestras de heces que fueron analizadas durante el periodo de estudio, se encontraron huevos de *D. dendriticum* en muestras de 75 pacientes de origen extranjero; procedentes principalmente de África Subsahariana, una pequeña proporción del Magreb y sólo un paciente de Rumania. La edad media de la población fue de 29 años con un rango de edad de 9 a 55 años.

Los aislamientos por año fueron: 1 (1.3%) paciente en 2005, 11 (14.7%) pacientes en 2006, 11 (14.7%) pacientes en 2007 y 52 (69.3%) pacientes en 2008.

De todos los casos estudiados, solo dos pacientes declararon haber comido hígado crudo. El 60% de los pacientes presentaban dolor abdominal en el momento de la visita y el 18% de los pacientes habían presentado diarrea de forma esporádica, probablemente debido a otras parasitaciones concomitantes.

Sería interesante conocer las tasas de prevalencia de parasitación por este trematode en los animales herbívoros de nuestra comarca ya que los estudios realizados en España son de la zona norte. Debido al elevado número de casos de falsas parasitaciones detectadas, se deben reforzar las medidas higiénico-sanitarias, así como controles veterinarios, con información oportuna a través de mediadores sociales o personal sanitario formado, ya que las condiciones que se dan son oportunas para que ocurra una verdadera infección. Además debemos estar atentos a la evolución clínica en todos los casos.

4. PROTOCOLO DE QUIRÓFANO: EQUIPOS ELECTROMÉDICOS, ACCESORIOS CAMA QUIRÚRGICA Y POSICIONES DEL PACIENTE”

Autor/es/as: D^a Francisca López Robles, D^a Irene Membrive Salas, D^a M^a del Mar Arredondo Reche. Har. de Guadix

Introducción

El objeto del estudio es el entorno de trabajo del celador de quirófano.

Se pretende realizar una guía o manual de trabajo destinado a los celadores de quirófano donde estén documentados los diferentes procedimientos quirúrgicos en cuanto a montaje de equipos electromédicos, distribución del quirófano y posiciones del paciente.

Por qué

- Para mejorar la calidad asistencial en el periodo intraoperatorio del paciente quirúrgico.
- Facilitar la integración del personal celador de nueva incorporación al equipo de trabajo dentro del Bloque quirúrgico
- Proporcionar al personal celador un documento que facilite el trabajo diario dentro de quirófano
- Apoyar gráficamente los diferentes procedimientos
- Agilizar y facilitar la intervención quirúrgica teniendo en cuenta la seguridad del paciente

Disminuir la variabilidad en la práctica diaria

- Servir como referente de práctica profesional para el personal de nueva incorporación y al mismo tiempo constituirse en indicadores de calidad de los cuidados.

V Jornadas de Investigación **Poniente Investiga**
Agencia Pública Empresarial Sanitaria Hospital de Poniente
Distrito Poniente Almería

15 y 16 de Diciembre 2011

INICIATIVAS E IDEAS DE INVESTIGACIÓN

1. EVALUACIÓN DE LAS INTERACCIONES ENTRE AMIODARONA Y DRONEDARONA Y CON ANTICOAGULANTES ORALES

Autor/es/as: Rosario Pérez Moyano, Jose Antonio Morales Molina, M^a Angustias Molina Arrebola
Hematología y Hemoterapia / Biotecnología

Introducción

Amiodarona y dronedarona, derivados benzofuránicos de metabolismo hepático y unión a proteínas plasmáticas >95%, pertenecen al grupo de antiarrítmicos tipo III y antianginosos, indicados en la prevención de las recurrencias de fibrilación auricular (FA) o reducción de la frecuencia ventricular. Ambos alcanzan el estado de equilibrio estacionario tras 4-8 días de tratamiento, pero amiodarona mantiene niveles terapéuticos hasta 10-30 días tras la suspensión. Ésta inhibe la glicoproteína P (GpP), el citocromo P450 (CYP) 3A4 y el CYP2C9. Mientras, dronedarona, análogo no iodado de la amiodarona y potente inhibidor de la GpP, es metabolizado por los CYP3A4 y CYP2D6. Los niveles plasmáticos de dronedarona aumentan en mujeres >65 años, debiéndose controlar la función hepática periódicamente por efectos adversos. Existe indicación de anticoagulación oral (ACO) en FA, con rango de International Normalized Ratio (INR) entre 2-3. Se ha descrito en la literatura ascensos de INR con amiodarona, aunque no igual con dronedarona.

Metodología

Estudio prospectivo realizado durante 3 meses en un hospital comarcal de 256 camas. Paciente: >18 años diagnosticados de FA, en tratamiento con acenocumarol, estables previamente mediante control en Consulta de Hematología y que inician amiodarona o dronedarona a criterio del Servicio de Cardiología. Se estudió el efecto sobre el INR en el control realizado a la 1.^a, 2.^a y 3.^a semana del inicio del tratamiento antiarrítmico, descartando la influencia de otros fármacos, dieta o cambios en los hábitos de vida. El grado de interacción observado fue estratificado en 4 grupos: grupo A: INR: 2-3, grupo B (leve): INR: 3-4, en el grupo C (moderado): INR: 4-5, y grupo D (grave) INR: > 5.

Resultados

Pacientes incluidos: 18. Tratados con amiodarona: 9, 55,6% mujeres (5/9); edad media (años): 73 (rango: 58-89). Tratados con dronedarona: 9, 66,7% varones (6/9); edad media (años): 64 (rango: 38-80). Niveles de interacción para amiodarona: grupo A: 0, grupo B: 2(22%), grupo C: 3(33%), grupo D: 4 (45%); para dronedarona: grupo A: 1(11%), grupo B: 7 (78%), grupo C: 1 (11%) y grupo D: 0. Todos los pacientes con amiodarona se mantuvieron estables a partir de la 3.^a semana de control y en los que tomaban dronedarona se observó a la 2.^a semana. No se observó ningún tipo de relación entre sexo y grado de interacción.

Información adicional

Amiodarona provoca un mayor número de alteraciones en el INR de tipo moderado y grave, precisando más controles de INR, mientras que dronedarona provoca fundamentalmente alteraciones leves y se estabiliza el INR más precozmente. Dronedarona podría ofrecer un mayor perfil de seguridad que amiodarona en pacientes con ACO. Es importante una anamnesis exhaustiva en pacientes anticoagulados con mal control de INR para detectar interacciones medicamentosas y asegurar un control correcto.

2. INFECCIÓN POR HELICOBACTER PYLORII Y ANEMIA FERROPÉNICA

Autor/es/as: Rosario Pérez Moyano, Matías Estévez, M^a Angustias Molina Arrebola
Hematología y Hemoterapia / Biotecnología

Introducción

La anemia ferropénica (AF) 2.^a a déficit férrico de origen nutricional o por pérdidas digestivas es la causa más frecuente de anemia actualmente. La infección digestiva por *Helicobacter pylori* (HP), con una prevalencia mundial del 50% y normalmente asintomática, puede causar AF por varios motivos: hemorragia oculta 2^a a gastritis erosiva, disminución de la absorción de hierro por hipo o aclorhidria y aumento del consumo de hierro por la propia bacteria. Objetivos: Valorar la protocolización de la infección por HP entre las causas de anemia ferropénica potencialmente tratables.

Metodología

Estudio observacional retrospectivo, que describe la evolución de 10 pacientes por ferropenia y/o anemia ferropénica de larga evolución, refractaria a tratamiento con hierro oral que son remitidos a la consulta de Hematología del Hospital de Alta Resolución El Toyo (Empresa Pública Hospital de Poniente), desde urgencias o desde consulta de digestivo. El diagnóstico de la infección por HP se realiza mediante el "Test del aliento" CUBTest® (muestra basal y tras la toma de 100 mg de urea-C13). En 4 casos existía un diagnóstico previo, y en 6 fue solicitado el estudio desde Hematología dada la escasa respuesta a la ferrotterapia oral. Digestivo indicó el tratamiento erradicador de HP, según protocolo establecido, con negativización postratamiento del 100%. Registramos la evolución clínica y analítica (media de las cifras de hemoglobina, VCM, hierro sérico, ferritina, transferrina e índice de saturación de transferrina) antes y después del tratamiento erradicador.

Resultados esperados

Se trata de 10 pacientes (3 varones y 7 mujeres, 5 de ellas en edad fértil), media de edad de 53 años. En la Tabla se observa el ascenso de la media de los datos estudiados tras la erradicación de HP, destacando un ascenso del 25% en la media de hemoglobina y del 29% de la ferritina, con estabilidad analítica en el seguimiento posterior del 100% de los casos. En el 60% de los pacientes se obtuvo mejoría analítica al mes del tratamiento erradicador, 10% a los 3 meses y 30% a los 5 meses, sin relación con pérdidas ginecológicas. En 7 de los pacientes se continuó el sulfato ferroso oral; 1 precisó ferrotterapia IV por intolerancia oral y en 2 no se indicó tratamiento.

Información adicional

1. La infección gástrica por HP debería ser incluida en el protocolo de AF, sobre todo en pacientes refractarios a ferrotterapia.
2. La AF podría orientarnos a la población infectada por HP.
3. La erradicación del HP puede generar una respuesta en el metabolismo férrico más rápida y valorable, incluso sin precisar aporte de hierro.
4. Se precisan nuevos estudios para confirmar su relación causal.

3. REVISIÓN DE PACIENTES TRATADOS CON HIERRO CARBOXIMALTOSA

Autor/es/as: M^a José Giménez López, M^a Angustias Molina Arrebola, Jesús A. García Bautista
Hematología y Hemoterapia / Biotecnología

Introducción

El tratamiento con Fe oral es, en muchas ocasiones, un problema para pacientes y médicos, por la alta frecuencia de efectos secundarios gastrointestinales (35-59%), la escasa adherencia al tratamiento y la imposibilidad de mejorar anemias ferropénicas (AF) crónicas, no siempre bien toleradas. El Fe i.v. nos ofrece numerosas ventajas sobre el tratamiento con Fe oral. Sin embargo existe cierta confusión sobre la toxicidad de los diferentes preparados, en lo concerniente a su relación con procesos infecciosos y otros efectos adversos cardiovasculares. El objetivo del estudio es presentar nuestra experiencia con uno de los últimos preparados disponibles, hierro carboximaltosa.

Metodología

Desde abril de 2010-abril de 2011 hemos revisado los casos de AF tratados con hierro carboximaltosa, 19 pacientes, 15 mujeres (79%) y 4 hombres (21%) con edades entre 25 y 80 años, edad media 47 años. La causa de la anemia ha sido enfermedad inflamatoria crónica intestinal (EICI) (4), angiodisplasia (2), cirrosis con varices esofágicas (2), reducción gástrica (3), preoperatorio neoplasia de colon (2), metrorragia (3), malnutrición (3). De éstos, en hombres los diagnósticos fueron neoplasia de colon (2), angiodisplasia (1) y EICI (1). En todos los casos se había realizado tratamiento con Fe oral, sin respuesta al mismo por intolerancia o malabsorción, excepto en los dos casos de neoplasia de colon, que se realizó inicialmente tratamiento con Fe carboximaltosa. Todos los tratamientos se realizaron en hospital de día, en pacientes no hospitalizados. Se utilizó una dosis única total de 1.000 mg, 2 ampollas de 500 mg, diluidas cada una de ellas en 100 ml de suero salino fisiológico, a pasar en 20 minutos cada una. En tres pacientes se realizó sólo infusión de 500 mg por ferropenia leve o peso insuficiente (< 67 kg).

Resultados esperados

De los 19 pacientes, un caso no pudo ser evaluado, por no acudir a revisión. La única reacción adversa fue una reacción alérgica leve en un paciente con EICI, que cedió con corticoides y antihistamínicos. En 17 pacientes hemos obteniendo una media de aumento de hemoglobina de 2,5 g/dl a las cuatro semanas del tratamiento. Los pacientes fueron evaluados durante un periodo variable, que ha llegado hasta las 29 semanas post tratamiento, dependiendo de intensidad y causa de la anemia.

Información adicional

1. En AF crónicas, la administración de Fe i.v. sólo debe realizarse después de haber fracasado la administración de Fe oral, salvo en preparación para cirugía donde supone un considerable ahorro transfusional, ya que en muchos casos el fracaso terapéutico se debe a la incorrecta realización, por ingesta con lácteos o dosis incorrecta.
2. No hemos encontrado efectos adversos importantes en los casos tratados con hierro carboximaltosa.
3. La administración de dosis altas en una sola infusión es mejor tolerada por los pacientes, al disminuir flebotomías y número de visitas hospitalarias.
4. La respuesta al tratamiento se puede evaluar a partir de la cuarta semana, antes no se objetiva de forma correcta.
5. El mayor coste, hace que su administración sea recomendable en pacientes no hospitalizados, en los que supone un considerable ahorro de recursos.

4. EPIFISIOLISIS PROXIMAL DE TIBIA. CASO CLÍNICO Y REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.

Autor/es/as: Laura Paniagua Cobos, Martín Rosa Ramírez, Ana Mar Perea Rodríguez
Residentes Área de Traumatología

Introducción

La epifisiolisis proximal de tibia es una fractura muy rara con una incidencia máxima del 1% del total de fracturas fisarias. El 50% de éstas fracturas suceden como consecuencia de una fuerza angular varizante o valguizante en el que se suele producir una avulsión del periostio medial y de la porción superficial del LLI o por hiperextensión en las que se produce un desplazamiento anterior de epífisis y posterior de metáfisis. La más frecuente es la fractura tipo II de Salter Harris. Sus complicaciones más frecuentes son la inestabilidad ligamentosa, lesiones vasculares y trastornos del crecimiento. Debido a esta baja incidencia la bibliografía publicada sobre los posibles tratamientos de este tipo de fractura es muy escasa. El objetivo del estudio ha sido realizar una revisión bibliográfica sobre las últimas técnicas terapéuticas de Epifisiolisis Proximal de Tibia en niños menores de 3 años, debido a la importancia de dicha fractura por las complicaciones que se pueden producir a una edad tan temprana.

Metodología

Analizando en primer caso el caso clínico, sus pruebas complementarias y la posibilidad de complicaciones para posteriormente realizar una búsqueda bibliográfica de los últimos años con el fin de encontrar nuevas técnicas terapéuticas y cómo prevenir las posibles complicaciones, tras esto aplicarlas al paciente. En este caso nos encontrábamos ante una fractura desplazada, cuyo tratamiento según la revisión realizada era reducción de la misma e inmovilizar con yeso inguinopédico. Tiempo estimado 15 horas.

Resultados

Obtener una visión actualizada de las posibilidades terapéuticas, manejar la prevención de las posibles complicaciones, para que en el caso de nuestro paciente tras varias revisiones el paciente se encontrase como fue el caso, sin dolor, con movilidad completa y sin ninguna complicación.

5. HOMBRO FLOTANTE. CASO CLÍNICO Y REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Autor/es/as: Martín Rosa Ramírez, Ana Mar Perea Rodríguez y Laura Paniagua Cobos
Residentes Área de Traumatología

Introducción

El denominado hombro flotante, una fractura que involucra clavícula y cuello de la glenoides, que inestabiliza la articulación del hombro, lo que lleva a una diversidad de actuaciones terapéuticas, por lo que se busca exponer cuál sería la terapia más aceptada en la actualidad.

Metodología

Se consulta historia clínica, incluyendo imágenes radiológicas, bibliografía más reciente disponible en Internet, y todo ello realizado en unas 10 horas.

Resultados

Clarificar y actualizar las diversas posibilidades terapéuticas existentes en la actualidad y que ayuden a la toma de una decisión, basada en la evidencia científica.

6. ¿SUBESTIMAMOS LAS AMIGDALITIS?

Autor/es/as: Cristina Perea Rodríguez, MIR-3 MFyC, EPHP. Ana Mar Perea Rodríguez, MIR-2 MFyC, EPHP. Carmen Padilla del Campo, MIR-4 MFyC, EPHP. M^a Carmen Moya Jiménez, MIR-1 MFyC, EPHP. Manuel Segundo Gómez Fiñana, FEA ORL EPHP. M^a del Mar Ibáñez Allera, CS Roquetas Sur, Distrito Poniente.

Introducción

Se presenta un caso de una forma de cáncer linfático: “Linfoma de Burkitt variante esporádica”. Paciente diagnosticado y tratado desde Atención Primaria por cuadro compatible con amigdalitis que tras fracaso terapéutico se plantean nuevas posibilidades diagnósticas por lo que es necesaria su valoración por ORL.

Este caso pone de manifiesto la importancia de saber hacer un correcto diagnóstico diferencial que nos permita abarcar patologías de escasa frecuencia en la práctica clínica diaria y de gran relevancia para la salud del paciente.

Metodología

Paciente varón de 19 años que acude deriva desde Atención Primaria por cuadro de amigdalitis de un mes de evolución tratado con amoxicilina-clavulánico e ibuprofeno con escasa respuesta al tratamiento. El paciente no ha tenido fiebre ni otra sintomatología, salvo empeoramiento del cuadro por odinofagia en aumento, siendo derivado a ORL para valoración.

Valoración ORL, exploración física: amígdala derecha hipotrófica (normal), amígdala izquierda muy hipertrófica, pediculada, sobrepasa la línea media, con úlcera y restos necróticos en región media, importante vascularización. Cuello normal.

Pruebas complementarias: Hemograma y bioquímica: no presencia de leucocitosis. Fibrolaringoscopia: no alteraciones del cavum, base de lengua, laringe e hipofaringe. Hipertrofia amigdalar izquierda.

TAC cervical: tumoración amigdalar izquierda con afectación de pared faríngea.

Biopsia amigdalar: linfoma de Burkitt variante esporádico.

Resultados

Juicio diagnóstico: Linfoma de Burkitt variedad esporádica.

Tratamiento: Corticoterapia y derivación a hematología para tratamiento especializado.

Información adicional

El linfoma de Burkitt o leucemia de células de Burkitt es una rara forma de cáncer del sistema linfático asociado principalmente a linfocitos B, que afecta predominantemente a gente joven, descrita más frecuentemente en África central, aunque también lo ha sido en otras áreas del mundo. El linfoma de Burkitt resulta de una característica translocación cromosómica que afecta al gen *Myc*. Una translocación cromosómica significa que el cromosoma se ha roto, lo que permite su unión con otras partes cromosómicas. En el linfoma de Burkitt afecta al cromosoma 8 (locus del *gen Myc*), lo que cambia el patrón de expresión del *gen Myc* alterando su función natural de control en el crecimiento y proliferación celular.

Podemos diferenciar tres variantes clínicas:

- Endémica.
- Variante esporádica: constituye 30-50% de los linfomas que afectan a la niñez.
- Asociada a VIH.

7. ENFERMEDAD DE BATTEN

Autor/es/as: María Carmen Moya Jiménez, MFyC-1º año. CS Roquetas Sur. Almería. Carmen Padilla Del Campo, MFyC-4º año. CS La Gangosa, Almería; Cristina Perea Rodríguez, MFyC- 3º año. CS Roquetas Sur. Almería. Ana Mar Perea Rodríguez, MFyC-2º año. CS Roquetas Sur. Almería. Rosa Mª Bernabeu Camacho, Especialista en Pediatría, CS Roquetas Sur. Almería. Carmen Mª Jiménez Felices, Especialista en MFyC. CS Roquetas Sur. Almería

Introducción

Se presenta un caso sobre una de las enfermedades de las llamadas raras; atendido por MAP. Se sigue evolución y es derivado a consultas externas de Pediatría Hospitalaria.

El grupo de enfermedades incluidas en la Lipofuscinosis Neuronal Ceroidea (LNC) se caracterizan por acúmulo de lipofuscina intra y extra cerebral.

La enfermedad de Batten es la forma más común de LNC y hace referencia a la forma juvenil de esta enfermedad neurodegenerativa .

La distribución de estas enfermedades es universal pero con baja prevalencia.

Los pacientes que la padecen cursan en general con epilepsia progresiva, deterioro intelectual y afectación visual con retinitis pigmentaria precoz, afectación de la marcha y movimiento.

Metodología

A propósito de un caso:

Paciente de 7 años que consulta por bloqueos en el lenguaje, involución del nivel mental más disminución intensa de la agudeza visual en los últimos meses. Convulsión única sin relación con proceso febril.

AF: sin interés, no consanguinidad.

AP: Hipermetropía y endotropía de OD con corrección óptica.

Embarazo y parto normales.

Exploración física: peso 26,2 Kg.; talla 123 cm, PC 51 cm. No presenta comportamiento hiperactivo.

Neurológico: PC normales. Sin focalidad. Resto de exploración sin hallazgos de interés.

Pruebas complementarias:

PEV y FO: Retinitis pigmentaria.

Agudeza visual: OD 0,04//OI 0,05.

EEG: punta-onda lenta rolándica izquierda.

Biopsia de piel compatible con LNC. Detección en homocigosis 1Kb Gen CLN3 (16p12.1-p11.2).

Resultados

Se trata como hemos visto de la Enfermedad de Batten que es Autosómica Recesiva.

Tratamiento: ácido valproico 500 mg. Topiramato 100 mg. Paliativo, pero no curativo. Se han propuesto antioxidantes como alternativas terapéuticas, sin mucha eficacia. Actualmente: estudios de terapia génica para la sustitución de los genes alterados.

Información adicional

Es importante diagnosticar lo antes posible la enfermedad, realizar el estudio de portadores (riesgo de portador sano 50%; se realizó a las 2 hermanas mayores con resultados: 1 portadora) y ofrecer consejo genético con la posibilidad de diagnóstico prenatal.

8. OSTEOTOMÍA ROTULIANA. ALIVIO DEL DOLOR EN PACIENTES DE MEDIANA EDAD CON ARTROSIS FEMORO-PATELAR

Autor/es/as: Ana Mar Perea Rodríguez, MIR-2 MFyC EPHP. Martín Rosa Ramírez, MIR-2 MFyC EPHP. Laura Paniagua Cobos, MIR-2 MFyC EPHP. Cristina Perea Rodríguez, MIR-3 MFyC EPHP. Carmen Padilla del Campo, MIR-4 MFyC EPHP. Antonio Pablo Rosales Varo, FEA Traumatología y CO EPHP.

Introducción

En el tratamiento de las condropatías rotulianas muchas de las técnicas quirúrgicas están orientadas fundamentalmente al problema clínico, es decir, el dolor; con independencia de la causa, del grado o de la extensión de la zona afecta. Las osteotomías de la rótula, aunque no son recientes, han estado olvidadas durante bastante tiempo dentro del arsenal de la artrosis femoropatelar.

Las primeras osteotomías sobre el plano sagital pretendían mejorar la congruencia articular, las presiones y la nutrición. En el plano coronal, a este efecto descompresivo beneficioso, se puede conseguir una mejora en la alineación del aparato extensor con el desplazamiento de un fragmento sobre otro.

Metodología

Paciente de 34 años de edad que acude a nuestro servicio de Urgencias por gonalgia izquierda continua que aumenta al subir escaleras además de bloqueo de la rodilla. Presenta historia clínica previa de gonalgia bilateral desde el año 1999 e intervención con menissectomía parcial, sección de aleta rotuliana externa y apertura de quiste parameniscal. Posteriormente acude a consulta de Traumatología por gonalgia irradiada a muslo y bloqueo de rodilla derecha. Se propone reintervención que no acepta.

Tras valoración clínica y Rx se diagnostica Síndrome femoro-patelar por condromalacia rotuliana en rodilla izquierda.

Se programa para quirófano realizando liberación del retináculo lateral externo y osteotomía en el plano coronal, sin fijación.

El paciente a los 3 meses de revisión se encuentra satisfecho, sin dolor, ni crepitación en rodilla afecta, empezando a incorporarse a su actividad deportiva.

Resultados

Estudio y evolución de un varón de 34 años de edad con síndrome femoro-patelar tras realizársele una osteotomía rotuliana, analizando la mejora de vida y el alivio del dolor, pudiendo contar con esta técnica como de elección en dicho padecimiento y en pacientes que se encuentren dentro de este rango de edad.

Conclusiones

La osteotomía coronal se presenta como una técnica factible dentro del arsenal terapéutico que disponemos para el tratamiento de la artrosis femoropatelar; que proporciona alivio importante del dolor sin cerrar las puertas a otras intervenciones en caso de generalizarse la artrosis.

Su principal indicación se encuentra en pacientes de mediana edad, con clínica intensa de dolor y artrosis femoropatelar avanzada que afecta a ambas carillas articulares.

La morfología de la rótula debe de ser tipo 1-2 de Wiberg y el grosor mínimo de 20 mm.

9. EL RAQUITISMO EN NUESTROS DÍAS

Autor/es/as: Carmen Padilla Del Campo, MFyC-4º CS La Gangosa/ Hospital Poniente. Almería. Cristina Perea Rodríguez. MFyC-3º CS Roquetas –Sur/ Hospital Poniente. Almería. Ana Mar Perea Rodríguez. MFyC-2º CS Roquetas-Sur/ Hospital Poniente. Almería. María del Carmen Moya Jiménez. MFyC-1º CS Roquetas-Sur/ Hospital Poniente. Almería.

Caso clínico:

Paciente de 7 meses, fractura de fémur tras caerse de la cuna. Origen: Senegal. Madre 24 años de edad, 2ª gestación, tiene hermano con 3 años y medio. Exploración física: BEG, bien nutrido e hidratado. Sin focalidad neurológica alguna. Fontanela anterior un poco abombada ACP: ruidos vías altas. Abdomen: anodino. Locomotor: no aprecio lesiones en otras partes del organismo.

Actuación Hospitalaria: a) despistaje de malos tratos (serie ósea, fondo de ojo, TAC craneal, analítica con calcio, fósforo, FA, PTH), b) IC con trabajador social., c) firmar consentimientos informados.

Pruebas: TAC craneal: línea de fractura occipital no lesiones intracraneales, serie ósea: acortamiento de húmero izquierdo y metáfisis en copa, ensanchamiento de uniones endocartilaginosa y deflección de las metáfisis de huesos largos.

Se solicita función renal y bioquímica: FA 2167, calcio 9, fósforo 2,4 mg/dl, PTH elevada (137,6) albúmina: 4.

Dx: Raquitismo de origen no renal.

Diagnóstico diferencial: Osteogénesis imperfecta, Raquitismo tipo I /II, Malos tratos.

Rx MMSS.

Clasificación de los Raquitismos:

1. Déficit de Vit D o metabolitos:

a) Endógeno: vit D (Raquitismo congénito o falta de exposición a la luz, alteraciones de metabolitos: antiepilépticos, osteodistrofia renal, hipoparatiroidismo.

b) Exógeno: falta de aporte, malabsorción de vit D, procesos colestáticos crónicos.

2. Raquitismos dependientes de vit D. Tipo I y II

3. Raquitismos resistentes a la vit D:

Hipofosfatemia familiar congénita.

Síndrome de Fanconi.

Acidosis tubular proximal de Tipo II.

Hipofosfatemia oncogénica.

Deficiencia de fosfatos.

Tratamiento: Vitamina D3 2000-5000 UI/día durante 6-8 sem. (c/12h) Esto tras conocer el fósforo que tenía que era bajo.

Calcio 1gr/diario.

Conclusiones:

Lo importante en estos casos es detectar diagnóstico diferencial de malos tratos y raquitismo, en el caso de que lo fuera debemos mirar siempre el Fósforo (< 6) y el Calcio (densidad < 1000 afectación de concentración orina y ph < 5 indica gravedad.

10. NUTRICIÓN EN PACIENTES CON PANCREATITIS AGUDA

Autor/es/as: Juan Enrique Martínez de la Plata, Gabriela Romo Rodríguez, Danilo Sosa Moncayo
 Residentes AIG Farmacia, AIG Digestivo, AIG Laboratorio

Justificación y objetivos

La Pancreatitis Aguda (PA) es una patología relativamente frecuente en nuestro medio con una elevada morbimortalidad relacionada a las complicaciones de la misma.

Los largos períodos de ayuno constituyen parte primordial del tratamiento de la Pancreatitis Aguda, por lo que el estado nutricional de estos pacientes se ve afectado en el transcurso de la enfermedad. Es por eso que si se prevé un ayuno mayor a 72 horas se debe iniciar nutrición enteral a través de sonda nasoyeyunal o parenteral.

El objetivo de este estudio es valorar el porcentaje de pacientes con PA a los que se les realiza estudio nutricional así como evaluar el grado de nutrición de los mismos al diagnóstico y al alta hospitalaria. Para ello utilizaremos el sistema CONUT

También analizaremos el tiempo de permanencia en dieta absoluta de estos pacientes y el tipo de nutrición instaurada.

Componentes	Características
1.-Tipo de auditoria	Self - Audit
2.-Criterio/indicador/estándar	<p>Criterio 1: Los pacientes con diagnóstico de PA deben tener evaluación de estado nutricional Durante las primeras 72 horas de ingreso Indicador: Número pacientes con PA que tienen valoración del estado nutricional las primeras 72 horas de ingreso hospitalario / número de pacientes con PA incluidos en el estudio x 100 Estandar: >70%</p> <p>Criterio 2: Los pacientes con diagnóstico de PA deben tener evaluación de estado nutricional al alta hospitalaria. Indicador: Número pacientes con PA que tienen valoración del estado nutricional al alta / número de pacientes con PA incluidos en el estudio x 100 Estandar: >70%</p> <p>Criterio 3: Los pacientes con PA en los que se prevea un ayuno mayor a 72 h deben recibir NPT o NE precoz Indicador: Número de pacientes con PA con más de 72 horas de ayuno con Soporte nutricional / número de pacientes con PA con más de 72 horas de ayuno incluidos en el estudio x 100 Estandar: 70%445</p>
3.-Dimensión	<p>Criterio 1: De calidad científico técnica Criterio 2: De calidad científico técnica Criterio 3: De calidad científico técnica</p>
4.-Tipo de indicador	<p>Criterio 1 : Porcentual Criterio 2 : Porcentual Criterio 3 : Porcentual</p>
5.-Población	Personas con diagnóstico de Pancreatitis aguda ingresadas en la EPHPO
6.- Muestra	40 casos entre enero de 2010 y diciembre de 2010
7.- Tipo de variable	Cualitativa: cumplimiento del criterio si / no
8.-Fuentes de información	<p>Historias clínicas Informes de alta Hospitalaria Programa informático de Laboratorio clínico de la EPHPO Programa informático de Farmacia de la EPHPO</p>
9.- Reevaluación	Anual

Resultados

Al 32 % de los pacientes ingresados se les realizó estudio nutricional en las primeras 72 horas, y al 21 % al alta, siendo solo el 5 % de pacientes valorados en los dos puntos de corte.

Según la escala CONUT, el 43% de los pacientes ingresados presenta una desnutrición leve, 22 % desnutrición moderada y 9% desnutrición severa, mientras que solo el 26 % tienen un estado nutricional normal

El 60 % de enfermos permanece más de 72 horas en dieta absoluta y de estos solo el 25 % reciben soporte nutricional

De la totalidad de pacientes con soporte nutricional 33 % reciben nutrición enteral nasoyeyunal y 67 % nutrición parenteral total

Información adicional

La desnutrición en el paciente hospitalizado con Pancreatitis Aguda está infradiagnosticada por lo que podríamos plantearnos el establecer un protocolo de evaluación y seguimiento del estado nutricional de estos pacientes monitorizando tanto al ingreso como al alta los parámetros establecidos en el presente estudio

También es importante identificar tempranamente a los pacientes que por sus características deberían recibir soporte nutricional e iniciar de manera precoz el mismo.

11. EPIDEMIOLOGÍA Y CALIDAD ASISTENCIAL EN EL PACIENTE TRAUMATIZADO GRAVE ATENDIDO EN LA AGENCIA PÚBLICA SANITARIA HOSPITAL DEL PONIENTE

Autor/es/as: José Fernando Pérez Martínez, Gustavo Cardozo Cabrera, Luis Javier Fierro Rosón
Cirugía y Urgencias y Cuidados Críticos, Unidad de Cuidados Intensivos

Introducción

Estudio observacional, descriptivo y prospectivo sobre los pacientes traumatizados graves atendidos en nuestro hospital dentro del área de referencia, valorar la gravedad de los mismos, la asistencia ofertada y los resultados en parámetros de moribimortalidad hospitalaria tras la aplicación de actividades formativas dirigidas específicamente a la atención de dichos pacientes. El objetivo es valorar la calidad de la asistencia prestada tras el desarrollo de un plan asistencial al trauma grave y su implantación en nuestro hospital.

Metodología

Recogida de datos en formulario desarrollado para tal fin e incrustado en Ariadna. Identificación de las áreas de mejora mediante los ítems especialmente diseñados. Estudio y validación estadística de los mismos. Desarrollo de fórmulas de mejora asistencial. Tiempo estimado 24 meses. Costes estimados para equipo informático específico y soporte físico 1500 Euros.

Resultados

Conocer la epidemiología del trauma grave en nuestra área. Identificación y cuantificación de la asistencia y procesos asociados. Identificación de las áreas de mejora. Cuantificación de la morbimortalidad asociada a dichos procesos. Exportación del proceso a otros centros.

12. APOYO PROFESIONAL DE LAS MATRONAS ANTE EL DUELO NEONATAL O PERINATAL

Autor/es/as: Encarnación Martínez García^{1,2}, Inés García Alonso¹, María del Carmen Alcántara López¹

¹ Hospital de Guadix, ² Facultad de Ciencias de la Salud de Granada

Introducción

La pérdida de un hijo, incluso en las etapas más tempranas del embarazo, puede suponer para la mujer y su familia, unos de los acontecimientos más dolorosos de la vida. Desde los hospitales, las matronas nos encontramos en una situación privilegiada para brindar un apoyo emocional y práctico a la familia. El objetivo de este estudio es mostrar las recomendaciones existentes sobre el acompañamiento familiar en situaciones de pérdidas fetales o perinatales, desde el ámbito hospitalario y que las matronas deberíamos seguir en nuestra práctica profesional.

Metodología

Búsqueda bibliográfica en bases de datos biomédicas (TripDataBase, MedLine, Pub med Cinahl) y páginas web de organismos oficiales de pediatría y obstetricia, así como de asociaciones de usuarios, utilizando como palabras clave: perinatal, death, grief, bereavement, duelo neonatal, perinatal.

Resultados

Actualmente no hay suficiente información procedente de ensayos clínicos acerca de los tipos de intervenciones y los beneficios posibles de las mismas para brindar apoyo a las madres, padres y familias tras una muerte fetal o perinatal, si bien el apoyo está justificado por otro tipo de investigaciones. Las matronas pueden ser el profesional de referencia para las familias ya que pueden acompañarlos desde el primer momento hasta que regresan a su domicilio. La práctica asistencial que viene siendo habitual en la mayoría de hospitales norteamericanos y europeos, está basada en una información clara y concisa; en una comunicación compasiva, que no dañe; en la toma de decisiones compartida, y en los recuerdos, como claves para la construcción de un duelo fisiológico. Una vez producido el parto, se recomienda ofrecer un espacio y tiempo adecuados para que los padres vean a su hijo, le pongan nombre, lo toquen, lo abracen, tomen recuerdos, fotografías, y se despidan de él, siempre respetando sus preferencias. Mantener el máximo confort de la familia, respetar las diferentes culturas, superar las barreras legales y aumentar la formación de los profesionales serían los principales retos que hemos de afrontar en la actualidad.

13. INFLUENCIA DEL PAÍS DE ORIGEN EN LA INADECUACIÓN DE LA ATENCIÓN PRENATAL

Autor/es/as: Encarnación Martínez García^{1,2}, Mari Carmen Olvera Porcel³, Carmen Amezcua Prieto³

Hospital de Guadix, ²Facultad de Ciencias de la Salud de Granada, ³Facultad de Medicina de Granada

Introducción

Cuantificar la frecuencia de uso inadecuado de la atención prenatal mediante índices estandarizados, en una comarca con elevado porcentaje de mujeres extranjeras así como su asociación con la nacionalidad de origen.

Metodología

Serie de casos de mujeres atendidas en el Hospital de Poniente de Almería (El Ejido) con diagnóstico al alta hospitalaria de parto entre 2005 y 2007. Fuente de información: registro informatizado de partos del Servicio de Obstetricia y Ginecología.

Variables sociodemográficas: nacionalidad, edad, paridad y número de abortos; relacionadas con el control del embarazo: edad gestacional en la primera visita, número de visitas y edad gestacional en el parto; morbilidad gestacional; factores de riesgo pre y gestacionales.

La adecuación de la atención prenatal se mide mediante las variaciones APNCU-1M y APNCU-2M del índice estandarizado de adecuación a la atención prenatal de Kotelchuck APNCU.

Resultados

Se identificaron 6.873 mujeres, el 42% extranjeras, fundamentalmente marroquíes, rumanas y rusas. El porcentaje de utilización inadecuada de los cuidados prenatales según el APNCU-1M fue superior entre las extranjeras (29,6%) que entre las españolas (7,2%)($p < 0.001$), con valores de OR más elevados para las procedentes de los países del este (OR = 6,17, IC 95%, 5,20-7,32), seguidas por las magrebíes (OR = 5,58, IC 95%, 4,69-6,64). Para éstas últimas la mayor frecuencia de uso inadecuado se da entre las nulíparas a partir de los 20 años de edad (OR ajustada= 7,03, IC 95%, 5,14-9,62), mientras que en las procedentes del este es en mujeres con 1 o 2 hijos (OR ajustada=7,6, IC 95%, 3,65-15,92).

Información adicional

Estos resultados son consistentes con los publicados en la literatura y sugieren la necesidad de adecuar los servicios sanitarios a la diversidad cultural. La falta de información en los registros hospitalarios limita el análisis de otras variables, que permitan explicar las diferencias halladas entre los distintos colectivos y el planteamiento de una estrategia de captación y seguimiento específicamente dirigido a cubrir las necesidades de las poblaciones de riesgo. Por ello se muestra pertinente una mayor

investigación a partir de datos primarios, pues la provisión universal de una atención prenatal adecuada es de crucial importancia para mejorar los resultados obstétricos y perinatales. La comparación de nuestros resultados con entornos similares se ve dificultada por la ausencia de estudios que hayan empleado índices estandarizados, por lo que creemos que sería muy recomendable la generalización del empleo de índices como los APNCU.

14. EDUCACIÓN SANITARIA SOBRE MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA PARA PROFESIONALES DE LA SALUD

Autor/es/as: Encarnación Martínez García^{1,2}, M^a Carmen Olvera Porcé³, M^a Dolores Pozo Cano²

¹ Hospital de Guadix, ² Facultad de Ciencias de la Salud de Granada, ³ Facultad de Medicina de Granada

Introducción

Planificar un programa de educación sanitaria sobre mutilación genital femenina dirigido a profesionales de la salud en nuestro entorno.

Metodología

Mediante búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos de ámbito social y sanitario se realiza el análisis epidemiológico del tema en los países occidentales y el diagnóstico educativo de las conductas que se pretenden promover. Mediante cuestionario y aplicando el modelo PRECEDE se identifican los factores que predisponen, posibilitan y refuerzan las conductas positivas en salud. La metodología educativa abarca charlas, sesiones demostrativas, discusión, trabajo en grupo, resolución de supuestos prácticos y atención individualizada. Se evalúan los efectos educativos mediante cuestionario y demostraciones, así como del contenido y calidad del programa.

Resultados

Tras el análisis de la situación se plantea como Objetivo de salud del programa que: “A los dos años del programa, las mujeres de nuestra comunidad afectadas de mutilación genital habrán mejorado su calidad de vida física y mental debido a una atención sanitaria adecuada”. Los Objetivos de conducta son: Los profesionales de la salud tras recibir el Programa de Educación Sanitaria sobre MGF deberían: 1) ser capaces de ofrecer una atención de calidad a las mujeres afectadas de mutilación genital y a las niñas en riesgo de sufrirla y, 2) realizar actividades de prevención de nuevos casos de MGF, colaborando así en la erradicación de esta práctica. Los objetivos educativos abarcarían el campo cognitivo, afectivo y psicomotor.

Conclusiones

El planteamiento de un programa de educación sanitaria sobre mutilación genital femenina dirigido a profesionales de la salud, pensamos que es imprescindible hoy en día dada la situación actual en el que la inmigración nos ha situado. No solo ayudaría a disminuir el estrés y aumentaría la competencia de los profesionales sino que sobre todo ayudaría a proteger los derechos a la vida y a la integridad física de muchas mujeres y niñas.

15. INFLUENCIA DEL PAÍS DE ORIGEN EN EL PARTO POR CESÁREA

Autor/es/as: Encarnación Martínez García^{1,2}, M^a Carmen Olvera Porcel³, M^a Dolores Pozo Cano²

¹ Hospital de Guadix, ²Facultad de Ciencias de la Salud de Granada, ³Facultad de Medicina de Granada

Introducción

Se informa de que entre mujeres de distintos orígenes, la tendencia es a que se realicen más cesáreas entre las inmigrantes con respecto a las españolas, aunque la literatura al respecto es controvertida. El objetivo de este estudio es identificar diferencias en los resultados de partos por cesáreas según el área geográfica de procedencia de las mujeres.

Metodología

Se analiza una serie de casos de mujeres que parieron en el Hospital de Poniente (El Ejido) entre 2000 y 2010 inclusive, eliminando los partos gemelares y las cesáreas electivas. Se analiza la distribución de las cesáreas según siete áreas geográficas de procedencia: España, Magreb, Este de Europa, Subsáhara, Latinoamérica, Asia y Resto del Mundo. Para estimar la asociación entre el área geográfica de origen y el parto por cesárea se agrupan las últimas cuatro áreas mencionadas en un sólo grupo llamado Resto del mundo y se obtienen OR crudas y los intervalos de confianza al 95%. Teniendo en cuenta variables como la edad, paridad, abortos previos y morbilidad pre y gestacional, edad gestacional al parto, inicio del parto, uso de analgesia epidural, peso del RN y control gestacional inadecuado, se construye un modelo de regresión logística estimando las ORs ajustadas y sus intervalos de confianza al 95%. Por otro lado para averiguar si las estimaciones varían dependiendo de las variables de estudio se analizan posibles interacciones entre ellas. Software estadístico STATA.10.

Resultados

Se identificaron 24372 partos de mujeres que el 61% eran españolas y el resto de mayoría marroquí seguidas del este de Europa. El porcentaje de partos que terminaron en cesárea (sin gemelares) fue del 19,7%, oscilando entre un 30% entre subsaharianas, y un 9% entre asiáticas ($p < 0.001$). El valor de la OR cruda para la cesárea (eliminando gemelares y cesáreas electivas) fue superior para las mujeres del resto de mundo (ORc= 1,5 IC95% 1,8-1,3) y el inferior para las europeas del este (ORc= 0,8, IC 95% 0,9-0,7), observándose que las OR ajustadas no varían sustancialmente con respecto a los valores crudos. Se encontró interacción entre nacionalidad y uso de analgesia epidural, de manera que las mujeres del resto del mundo sin epidural presentan una frecuencia superior de cesáreas (OR= 2, IC 95% 2,4-1,6) y con epidural desciende (OR= 1,5 IC95% 1,8-1,2), mientras los valores más bajos se observan entre las magrebíes, en las cuales el valor de la OR cambia de sentido (sin epidural OR= 1,3 IC 95% 1,8-1,2 y con epidural OR= 0,9 IC 95% 1- 0,8).

Información adicional

El área geográfica de procedencia no se muestra como una variable homogénea para la terminación del parto por cesárea. El hecho de que el resto de variables analizadas en este estudio no expliquen esta asociación, hace que nos planteemos la realización de estudios prospectivos y que exploren otro tipo de variables que puedan estar influyendo en las diferencias halladas.

16. DETECCIÓN DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO ¿DEMASIADO TARDE?

Autor/es/as: Encarnación Martínez García ^{1,2}, Manuel Florentino Bengoechea López¹, M^a Dolores Pozo Cano²,

Hospital de Guadix, ² Facultad de Ciencias de la Salud de Granada

Introducción

1. Argumentar si la Detección de Mujeres víctimas de Violencia Doméstica debe realizarse en todos los ámbitos sanitarios, o sin embargo está más restringido al de Atención Primaria
2. Determinar si las funciones de los profesionales sanitarios en el ámbito hospitalario difieren de los de Atención Primaria
3. Identificar los obstáculos para la Detección de estos casos en los hospitales

Mostrar las recomendaciones existentes para el abordaje de estos casos en el ámbito hospitalario

Metodología

Búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos biomédicas: TripData Base, PubMed, Med Line, Cinahl, así como en las páginas oficiales de organismos internacionales como la OMS y Fondo de Naciones Unidas. Descriptores: domestic violence, intimate partner violence, health services, detecting, screening.

Resultados

En todos los Ámbitos Sanitarios, todos los profesionales que tratamos con mujeres debemos estar capacitados para: Identificar señales de **Sospecha**, **Detectar** y poner en marcha actividades de **Prevención**. El sector sanitario es un Claro Instrumento en la lucha contra la Violencia ejercida contra la mujer por parte del compañero íntimo en cualquiera de sus ámbitos. Los obstáculos que se encuentran entre los profesionales son: Falta de formación específica y sensibilización, Falta de tiempo, Miedo a molestar u ofender a la mujer, Creencias, Miedo a no saber qué hacer después, Falta de continuidad, Sensación de impotencia o frustración, No conocer los recursos, Escasa coordinación entre los recursos disponibles para afrontar los desafíos que supone cubrir las necesidades de estas mujeres. Las recomendaciones se basan en: Estar alerta ante la posibilidad de VD como factor causal de enfermedades y lesiones por las que acuden al Hospital (identificar síntomas, personas y situaciones de riesgo); Estar alerta ante demandas que puedan ser una petición de ayuda no expresa; No dañar; Mantener la Privacidad; Incluir algunas preguntas como parte de la historia de pacientes adultas, preguntar con regularidad, de forma rutinaria (es inocuo y tiene un bajo coste); Utilizar los Protocolos; Documentar en la Historia Clínica; Derivar a las pacientes a los recursos disponibles

V Jornadas de Investigación **Poniente Investiga**
Agencia Pública Empresarial Sanitaria Hospital de Poniente
Distrito Poniente Almería

15 y 16 de Diciembre 2011
HALL DEL HOSPITAL DE PONIENTE

EXPOSICIÓN DE POSTERS

POSTERS AGENCIA SANITARIA PONIENTE

ÁREA DE BIOTECNOLOGÍA

ESTUDIO RETROSPECTIVO DE LOS SEMINOGRAMAS REALIZADOS EN EL AREA SANITARIA DEL HOSPITAL DE PONIENTE DURANTE EL PERIODO 2005 – 2009.

González Raya A, Pérez Martos H, Benayas Bellido P, Sosa Moncayo D, Avivar Oyonarte C.

[XVIII Sanac. Reunión Sociedad Andaluza de Análisis Clínicos](#)

ESTUDIO PRELIMINAR UTILIZACIÓN IMIPENEM/CILASTATINA Y PCR A TIEMPO REAL

Martínez Fernández JG, Benayas Bellido P, Fernández Martín JM*, Cabezas Fernández MT, Avivar Oyonarte C AIG Biotecnología. *AIG Farmacia.

[XVIII Sanac. Reunión Sociedad Andaluza de Análisis Clínicos](#)

OPTIMIZACIÓN EN EL DIAGNÓSTICO DE LA INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO (ITU) PRODUCIDA POR STREPTOCOCCUS AGALACTIAE (SGB)

Fernando Cobo, M^a Teresa Cabezas, M^a Isabel Cabeza, Danilo Sosa, Cristóbal Avivar

[XVIII Sanac. Reunión Sociedad Andaluza de Análisis Clínicos](#)

INTERFERENTES EN ANÁLISIS DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA (HBA1C) POR EL MÉTODO HPLC A PROPÓSITO DE UN CASO

Sosa Moncayo D, Benayas Bellido P, González Raya A, Martínez Fernandez J, Avivar Oyonarte C

[XVIII Sanac. Reunión Sociedad Andaluza de Análisis Clínicos](#)

NEW LOWER REFERENCE LIMITS IN HUMAN SEMEN EXAMINATION

González Raya A, Benayas Bellido P. Avivar Oyonarte C, González Oller C. Sosa Moncayo D.

[IFCC-WorldLab EuroMedLab. Berlin 15-16 May 2011 \(Digital\)](#)

HAEMOGLOBIN VARIANTS AND THEIR INTERFERENCE IN HBA1C DETECTION USING HIGH PERFORMANCE LIQUID CHROMATOGRAPHY (HPLC).

Sosa Moncayo D, Benayas Bellido P, Molina Arrebola M, González Raya A, Martinez Fernandez J, Avivar Oyonarte C.

[IFCC-WorldLab EuroMedLab. Berlin 15-16 May 2011 \(Digital\)](#)

A HIGH CARBOHYDRATE ANTIGEN 19-9 (CA 19-9) SERUM LEVEL ACCOMPANIED BY A TRUE SPLENIC CYSTSOSA

Moncayo D, Benayas Bellido P, Molina Arrebola M, Jimenez Cortes M, Martinez Fernandez J, Avivar Oyonarte C.

[IFCC-WorldLab EuroMedLab. Berlin 15-16 May 2011 \(Digital\)](#)

A PROPÓSITO DE UN CASO: PALUDISMO POR PARASITACIÓN MIXTA CON *PLASMODIUM FALCIPARUM* Y *PLASMODIUM MALARIAE*

A. González Raya, M. A. Molina Arrebola, C. Avivar Oyonarte, M. J. Giménez López, R. Perez Moyano, J.A. García Bautista, J. Martínez Fernández, D. Sosa Moncayo, P. Benayas Bellido.

[V Congreso Nacional del Laboratorio Clínico. Málaga 9-11 noviembre \(Digital\)](#)

PROCEDIMIENTO DIAGNÓSTICO RÁPIDO Y COORDINADO DE PALUDISMO

Jiménez Martínez MJ, Fresneda Díaz CJ, Alonso Ibarra IM, García Montes E

[Cursos Mojacar TEL. Fundación General UGR](#)

EPIDEMIOLOGÍA CLÍNICA Y MICROBIOLOGÍA DE LA BACTERIEMIA POR STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE EN EL ÁREA SANITARIA DEL HOSPITAL DE PONIENTE

Cobo F, Cabeza MI, Cabezas MT, Lopez R, Lorente MD

[XXV Congreso de la SEIMC. Málaga 1-4 Junio](#)

DIAGNÓSTICO DE DREPANOCITOSIS O ANEMIA FALCIFORME EN UN ÁREA INTEGRADA DE BIOTECNOLOGÍA

Fresneda Díaz C J, Alonso Ibarra I M, Jiménez Martínez M J, García Montes E

[XXIV Congreso AETEL. Granada 27 y 28 mayo](#)

ESTUDIO DE GRIPE A H1N1 EN EL ÁREA SANITARIA DEL HOSPITAL DE PONIENTE

García Montes E, Sánchez Serrano M, Castillo Gutiérrez A I, Valdivia López ML

[XXIV Congreso AETEL. Granada 27 y 28 mayo](#)

HEMOPARÁSITOS AISLADOS EN EL ÁREA SANITARIA DEL HOSPITAL DE PONIENTE EN 2009

Lorente Cruz Dolores; López Cabrera Rosa María; Puertas Hernández María; Guill Simón Dolores

[XXIV Congreso AETEL. Granada 27 y 28 mayo](#)

ETIOLOGÍA DE LAS INFECCIONES URINARIAS EXTRAHOSPITALARIAS EN NUESTRA ÁREA SANITARIA

Lorente Cruz D, Guill Simón D, López Cabrera RM, Navarro Partido MM, González García MJ

[XXIV Congreso AETEL. Granada 27 y 28 mayo](#)

BLOQUE QUIRÚRGICO

MODELO DE ORGANIZACIÓN INTERNIVELES PARA ATENCIÓN DE ENFERMOS EN SITUACIÓN PALIATIVA TERMINAL EN LA ZONA DE PONIENTE DE ALMERÍA

Rodríguez C, Vega F, Hernández D, Peral R, Álamo F, Duran A

[55 Reunión de la AAEAR. Marbella 24-26 noviembre](#)

SISTEMA AUTOMATIZADO PARA DISPENSACION DE FÁRMACOS (OMNICELL) EN EL BLOQUE QUIRURGICO

Rodríguez C, Acosta P, Albert L, Berenguel A, Pintor E, Cabello L.

[55 Reunión de la AAEAR. Marbella 24-26 noviembre](#)

VALORACIÓN Y SEGUIMIETO DE LAS ESCALAS DE SUEÑO Y DOLOR EN PACIENTES CON DOLOR CRÓNICO NO ONCOLÓGICO, TRATADOS CON HIDROMORFONA PUSH-PULL.

Álamo Tomillero F, Quero Baena J, Durán Guzmán AJ, Rodriguez Rodriguez C.

[\(Digital\)](#)

HIDROMORFONA PUSH-PULL VERSUS PARCHES TRANSDERMICOS DE FENTANILO

Durán Guzmán AJ, Quero Baena J, Cabello Gomez L, Rodriguez Rodriguez C.

[\(Digital\)](#)

LAVADO DE MANOS CON SOLUCIÓN HIDROALCOHOLICA CONTROL DE LA INFECCIÓN NOSOCOMIAL

Aguilar España A, Ruiz Vicente F, Berenguel A.

[XXVI Jornadas técnicas de esterilización. Barcelona 5 y 6 de mayo](#)

LIMPIEZA y DESINFECCION DE MOTORES CON DETERGENTES ENZIMATICOS

Escribano Fernández A, Guerrero Plaza RM, Cucharero MR.

[XXVI Jornadas técnicas de esterilización. Barcelona 5 y 6 de mayo](#)

LA LIMPIEZA DESINFECCION y ESTERILIZACIÓN COMO METODO PREVENTIVO DE LAS INFECCIONES NOSOCOMIALES EN QUIROFANO.

Sánchez Parra L, Maldonado Villegas C, Díaz Segura MB.

[XXVI Jornadas técnicas de esterilización. Barcelona 5 y 6 de mayo](#)

MÉTODO DE LIMPIEZA, DESINFECCIÓN Y ESTERILIZACIÓN DEL MATERIAL QUIRÚRGICO CONTAMINADO POR PRIONES

Ruiz Vicente F, Díaz Segura MB, Barroso Doñas G.

[XXVI Jornadas técnicas de esterilización. Barcelona 5 y 6 de mayo](#)

COMUNICACIÓN A TRAVÉS DE LA LLAMADA POSTQUIRÚRGICA EN PACIENTES ÁRABES DEL HOSPITAL DE PONIENTE

López García CL, Salas Sánchez E, Fernández Torres A, Baena Morales A, García González G, Ramos Aliaga FJ.

[V Congreso Internacional de Educación Intercultural. Almería 10 al 12 de Noviembre](#)

SEGURIDAD EN LA IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES INMIGRANTES SOMETIDOS A INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

Méndez Rodríguez R, López García CL, Salas Sánchez E, Baena Morales A, García González G, Ramos Aliaga FJ.

[V Congreso Internacional de Educación Intercultural. Almería 10 al 12 de Noviembre](#)

IDENTIDAD CULTURAL Y BARRERA IDIOMATICA EN UN PACIENTE INMIGRANTE SOMETIDO A INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

Salas Sánchez E, López García CL, Méndez Rodríguez R, Baena Morales A, García González G, Ramos Aliaga FJ.

[V Congreso Internacional de Educación Intercultural. Almería 10 al 12 de Noviembre](#)

PAUTAS PREOPERATORIAS PARA LA COMUNICACIÓN INTERCULTURAL

Díaz Segura MB, Plaza Martínez AE, Ruiz Vicente F, Rodríguez García MM, Vargas Fernández M, Lorenzo Sánchez JT.

[V Congreso Internacional de Educación Intercultural. Almería 10 al 12 de Noviembre](#)

ADAPTACIÓN LINGÜÍSTICA EN GESTANTES: ATENCIÓN PERINATAL

Baena Morales A, Ramos Aliaga FJ, García Gonzalez G, López García CL, Salas Sánchez, Méndez Rodríguez R

[V Congreso Internacional de Educación Intercultural. Almería 10 al 12 de Noviembre](#)

LA BARRERA LINGÜÍSTICA, UN VALOR AÑADIDO AL ESTRÉS QUIRURGICO

García González G, Baena Morales A, Ramos Aliaga FJ, López García CL, Salas Sánchez E, Fernández Torres A

[V Congreso Internacional de Educación Intercultural. Almería 10 al 12 de Noviembre](#)

STOP DOLOR: CONTROL DEL DOLOR Y ANALGESIA SIN RESTRICCIONES LINGÜÍSTICAS Ramos Aliaga FJ, Baena Morales A, Gonzalez G, Salas Sánchez E, López García L, Méndez Rodríguez R.

[V Congreso Internacional de Educación Intercultural. Almería 10 al 12 de Noviembre](#)

RECURSOS PARA EDUCAR EN SALUD EN CUESTIONES RELEVANTES PARA LA EDUCACIÓN INTERCULTURAL

Tamayo Ramírez A, Martínez Cobos DM, Leal Montoya M, Corrales López A, Ortega Campos E, Ruiz Góngora J.

[V Congreso Internacional de Educación Intercultural. Almería 10 al 12 de Noviembre](#)

ENTREVISTA PREQUIRÚRGICA AL PACIENTE INMIGRANTE CON BARRERAS DE COMUNICACIÓN

Ruiz Vicente F, Díaz Segura MB, Plaza Martínez AE, Rodríguez García MM, Vargas Fernández M, Lorenzo Sánchez JM.

[V Congreso Internacional de Educación Intercultural. Almería 10 al 12 de Noviembre](#)

CIRUGÍA

DESARROLLO DE UN PLAN INTEGRAL DE ASISTENCIA AL TRAUMA GRAVE EN UN HOSPITAL ANDALUZ DE TERCER NIVEL

Pérez Martínez JF, Cardozo Cabrera G, Fierro Rosón LJ, Quero Pastor J, García Espona MA.

[SEMES Andalucía. Sevilla 12 al 14 de Mayo](#)

COLGAJO TORACOEPIGÁSTRICO. UTILIDAD EN LAS SECUELAS DE CIRUGÍA DEL CÁNCER DE MAMA.

Pérez Martínez JF, Rodríguez Alonso JM, Lorenzo Liñán M, Lorenzo Campos M.

[XVII Reunión Nacional de la Sección de Patología Mamaria de la Asociación Española de Cirujanos. III Reunión de enfermería en Patología Mamaria. Vigo 9-10 de Junio \(Digital\)](#)

DIAGNOSTICO POR IMAGEN

COLONOSCOPIA VIRTUAL: PROCEDIMIENTO Y BENEFICIOS

Sánchez Palomo MI, Sánchez Fernández N, Beiztegui Díaz A

[V Jornadas de Investigación - Poniente Investiga](#)

DIGESTIVO

HEPATITIS COLESTASICA DEBIDA A INFECCION DISEMINADA POR STRONGYLOIDES STERCOLAR

U.G Romo G, Martínez E, Viñolo C, Estévez M, Gallardo F, Jordán T, Gallego FJ.

[XLII Reunión de la Sociedad Andaluza de Patología Digestiva](#)

USO DE SEDACION EN ENDOSCOPIA

Molina Medina V, Ubiña Aznar E, Vilchez Garcia J.

[XXXIII Jornada Nacional de la Sociedad Española de Endoscopia Digestiva. Madrid 11-12 noviembre \(Digital\)](#)

FARMACIA (Digitales)

ANALISIS FARMACOECONOMICO DE ETANERCEPT Y ADALIMUMAB AYUDA EN LA GESTIÓN CLÍNICA

Acosta-Robles P, Gimeno-Jordá MJ, Sánchez-Arcos MA, Tarín-Remohí MJ, Fayet-Perez A, Urquizar-Rodríguez O.

[16 Congreso Sadeca. Huelva 9 al 11 de noviembre](#)

CALIDAD ASISTENCIAL AL PACIENTE ANTICOAGULADO EN EL ÁMBITO HOSPITALRIO

Canto-Mangana J, Martínez-Plata JE, Morales-Molina JA, Urquizar-Rodríguez O, Fayet-Pérez A, Verdejo-Reche F.

[16 Congreso Sadeca. Huelva 9 al 11 de noviembre](#)

CALIDAD EN LA PRESCRIPCIÓN DE LA NUTRICIÓN PARENTERAL PERIFÉRICA EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

Canto- Mangana J, Fernandez-Martin JM, Martinez-Plata JE, Verdejo-Reche F, Urquizar-Rodríguez O, Fayet-Perez A.

[16 Congreso Sadeca. Huelva 9 al 11 de noviembre](#)

CALIDAD Y SEGURIDAD EN EL USO DE MEDICAMENTOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA

Martínez de la Plata JE, Canto Mangana J, Fernandez Martin JM, Verdejo Reche F, Gimeno Jordá MJ, Urquizar Rodríguez O

[16 Congreso Sadeca. Huelva 9 al 11 de noviembre](#)

PROFILAXIS POSTEXPOSICIÓN DE RIESGO BIOLÓGICO OCUPACIONAL AL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)

Fernández-Martin JM, Gimeno-Jordá MJ, Lucerna Méndez MA, Martínez de la Plata JE, Canto Mangana J, Acosta Robles P.

[16 Congreso Sadeca. Huelva 9 al 11 de noviembre](#)

USO SEGURO DE LOS MEDICAMENTOS: REENVASADO EN DOSIS UNITARIA DE FORMAS FARMACÉUTICAS ORALES LÍQUIDAS

Canto-Mangana J, Martínez de la Plata JE, Maleno Tomás ML, Torres Rodríguez MC, Sanchez Céspedes E, Urquizar Rodríguez O.

[16 Congreso Sadeca. Huelva 9 al 11 de noviembre](#)

ECONOMIC IMPACT OF OUTPATIENT MEDICATION IN A HOSPITAL PHARMACY DEPARTMENT

Morales-Molina JA, Acosta-Robles P, Urquizar-Rodríguez O, Martínez –de la Plata JE, Verdejo-Reche F, Pinto-Nieto C.

[40th ESCP Symposium on Clinical Pharmacy. Dublin. Ireland. 19-21 October](#)

ACANTHOMOEBIA KERARITIS: FACTORS IMPLICATED IN CLINICAL OUTCOME

Morales- Molina JA, Gonzalez-Cortes A, Canto-Mangana J, Martínez de la Plata JE, Acosta-Robles P, Pinto- Nieto C.

[40th ESCP Symposium on Clinical Pharmacy. Dublin. Ireland. 19-21 October](#)

RITUXIMAB THERAPY IN PATIENTS WITH DEMATOMYOSITIS: A CASE REPORT

Canto-Mangana J, Gimeno-Jordá MJ, Martínez de la Plata JE, Morales-Molina JA, Fernández-Martín JM, Pinto-Nieto C.

[40th ESCP Symposium on Clinical Pharmacy. Dublin. Ireland. 19-21 October](#)

EVOLUCIÓN TEMPORAL DE LA CALIDAD DE LA PRESCRIPCIÓN EN UN HOSPITAL COMARCAL

Canto-Mangana J, Acosta-Robles P, Espinosa-Fernandez MM, Martínez-Plata JE, Morales-Molina JA, Fernández-Martín J

[56 Congreso Nacional SEFH. Santiago de Compostela 18-21 Octubre](#)

ANÁLISIS DE CALIDAD MICROBIOLÓGICA DE JERINGAS PRECARGADAS DE HEPARINA ELABORADAS EN SALA BLANCA

Canto-Mangana J, Torres-Rodríguez MC, Martínez-Plata JE, Maleno-Tomás L, Sánchez-Céspedes M, Sánchez-Céspedes E.

[VIII Congreso SAFH. Almería 5 al 8 de abril](#)

EFICACIA DE LA PROFILAXIS ANTIRRETROVIRAL EN LA TRANSMISIÓN VERTICAL DEL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA EN RECIÉN NACIDOS

Canto-Mangana J, Gimeno-Jordá MJ, Espinosa Fernandez MM, Acosta-Robles P, Martínez-Plata JE, Urquizar-Rodríguez O.

[VIII Congreso SAFH. Almería 5 al 8 de abril](#)

INCIDENCIA DE ERRORES DEL PERSONAL TÉCNICO EN UN SISTEMA DE DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS EN DOSIS UNITARIAS (SDMDU)

Fernández-Carreño V, Hierro-Pedrosa C, Castro-Vida MA, Sanchez-Vallejo S, Martín-Gallardo JM, Espí-Bocanegra C.

[VIII Congreso SAFH. Almería 5 al 8 de abril](#)

ELABORACIÓN DE MEZCLAS INTRAVENOSAS ANTIBIÓTICAS PROTOCOLIZADAS

Canto-Mangana J, Martínez-Plata JE, Maleno-Tomás L, Torres-Rodríguez MC, Sánchez-Céspedes M, Sánchez-Céspedes E.

[56 Congreso Nacional SEFH. Santiago de Compostela 18-21 Octubre](#)

PERFIL FARMACOTERAPÉUTICO Y RESISTENCIAS EN PACIENTES CON HEPATITIS B CRÓNICA

Verdejo-Reche F, Morales-Molina JA, Gimeno-Jordá MJ, Fernández-Martín JM, Acosta-Robles P, Pinto-Nieto C.

[56 Congreso Nacional SEFH. Santiago de Compostela 18-21 Octubre](#)

FISIOTERAPIA

ABORDAJE DEL COLICO DEL LACTANTE DESDE LA FISIOTERAPIA

Peral Rodríguez MI, Martínez Martín A, Rodríguez García IM.

[V Jornadas de Investigación - Poniente Investiga](#)

MOVILIZACIÓN DE PACIENTES CON GRÚAS DE TRANSFERENCIA

Martinez Martin A, Martinez Martin A, Peral Rodríguez ML.

[V Jornadas de Investigación - Poniente Investiga](#)

EDUCACIÓN EN LA AULA PARA LA PREVENCIÓN DEL DOLOR DE ESPALDA EN LA POBLACIÓN

Bermúdez Millán E, Martínez Martín AE, Segura García JM, Cáliz Jimenez JM, Gálvez Abril C.

[V Jornadas de Investigación - Poniente Investiga](#)

FISIOTERAPIA POSTOPERATORIA TRAS PRÓTESIS DE HOMBRO

Rodríguez García IM, Bermúdez Millán E, Cáliz Jiménez JM, Gálvez Abril C

[V Jornadas de Investigación - Poniente Investiga](#)

GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

EXTRACCIÓN DE LECHE ALMACENAMIENTO Y CONSERVACIÓN

Amat Mena S, García Acosta N, Cano Arias M, Quesada Martínez D, García Aguilar L, Rubia Ortega SM.

[VI Congreso Español de Lactancia Materna, Ávila](#)

DIFERENCIAS DE LACTANCIA MATERNA AL ALTA ENTRE MUJERES INMIGRANTES Y AUTÓCTONAS

Rubia Ortega SM, García Acosta N, Romero Rodríguez MA, Amat Mena S, García Aguilar L, Román García D.

[VI Congreso Español de Lactancia Materna, Ávila](#)

DIEZ PASOS HACIA UNA FELIZ LACTANCIA MATERNA, UN LARGO CAMINO EN LA HISTORIA

Quesada Martínez D, García Aguilar ML, López Ojeda R, Rodríguez Vicente MD, Martín Moreno JA, Rubia Ortega S.

[VI Congreso Español de Lactancia Materna, Ávila](#)

GRIETAS EN LOS PEZONES: QUE HACER Y COMO EVITARLO

Quesada Martínez D, García Aguilar ML, Amat Mena S, Romero Rodríguez MA, Rubia Ortega S.

[VI Congreso Español de Lactancia Materna, Ávila \(Digital\)](#)

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS DURANTE LA LACTANCIA MATERNA

Rubia Ortega SM, Cano Arias M, Quesada Martínez D, Amat Mena S, Expósito Pérez J, Martín Moreno JA.

[VI Congreso Español de Lactancia Materna, Ávila](#)

CONSEJOS SOBRE LA LACTANCIA MATERNA AL ALTA HOSPITALARIA

Rubia Ortega SM, Cano Arias M, Expósito Perez J, Quesada Martinez D, Garcia Aguilar L, Romero Rodriguez MA

[VI Congreso Español de Lactancia Materna, Ávila](#)

MATITIS Y EL ABANDONO PRECOZ E INNECESARIO DE LA LACTANCIA MATERNA

Cano Arias M, Expósito Perez J, Román Garcia D, Rubia Ortega S, Romero Rodriguez MA, Martin Moreno JA.

[VI Congreso Español de Lactancia Materna, Ávila](#)

MITOS SOBRE LA LACTANCIA MATERNA

Amat Mena S, Roman Garcia D, Cano Arias M, Rubia Ortega SM, Expósito Perez J, Martin Moreno JA

[VI Congreso Español de Lactancia Materna, Ávila](#)

IMPORTANCIA DEL CONTACTO PRECOZ MADRE-HIJO Y SU INFLUENCIA

Garcia Iniesta MI, Jines Gonzalez J, Rodriguez Martinez R

[Jornadas Materno infantil](#)

IMPLANTACIÓN-ADAPTACIÓN DE MEJORAS PERINATALES EN LA EPHP.

Linares Hernández JC, Segura García MT, Martínez Povedano MJ, Sáez Aparicio AM, Jinés González J, Perez Zurera M.

ACOMPANAMIENTO FAMILIAR ANTE PERDIDAS FETALES Y PERINATALES

Martinez Garcia E, Garcia Alonso I, Bengoechea Lopez MF

[VII Foro Provincial de Enfermería](#)

INFLUENCIA DEL PAIS DE ORIGEN EN EL PARTO POR CESAREA

Martínez García E, Olvera Porcel MC, Pozo Cano MD, González Jiménez E

[I Congreso Asociación Castellano-Leonesa de Matronas. Burgos 20-22 Octubre](#)

MEDICINA INTERNA

CÓMO ESTRUCTURAR LOS PACIENTES DE UNA CONSULTA DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES CON UN PROGRAMA INFORMÁTICO SIN SABER INFORMÁTICA

Cruz Caparrós, G; Rivera Cívico, F; Gracia Vitoria P; Alvarez Moreno, ML.

[\(Digital\)](#)

MEDICINA TROPICAL

CHAGAS SCREENING IN PREGNANT WOMEN FROM LATIN AMERICA. EXPERIENCE IN WESTERN ALMERIA.

Salas J, Cabeza T, Muñoz MJ, Vázquez J, Martín R, Benítez C, Soriano MJ, Molina MA, Metz D, Vicente S.

[7th European Congress on Tropical Medicine & International Health. 3-6 October. Barcelona](#)

RADIOLOGICAL FINDINGS IN IMMIGRANT PATIENTS WITH IMPORTED URINARY SCHISTOSOMIASIS

Salas J, Vázquez J, Soriano MJ, Sánchez JC, Villarejo A, Espada J, Cabezas MT, Cabeza I, Cobo F
[7th European Congress on Tropical Medicine & International Health. 3-6 October. Barcelona](#)

PREVALENCE OF HYMENOLEPIS NANA IN AN AREA OF HIGH IMMIGRATION

Cabeza Barrera MI, Cabezas Fernández MT, Cobo Martínez F, Salas Coronas J, Vázquez Villegas J.
[7th European Congress on Tropical Medicine & International Health. 3-6 October. Barcelona](#)

CAUSES OF EOSINOPHILIA IN IMMIGRANTS TREATED AT THE TROPICAL MEDICINE UNIT OF HOSPITAL DE PONIENTE DE ALMERÍA (UMTHP), SPAIN

Vázquez Villegas J, Salas Coronas J, Soriano Pérez MJ, Lozano Serrano AB, Cabezas Fernández T, Cabeza Barrera I, Cobo Martínez F, Molina Arrebola MA, López Mohamed MA, Josanu S
[7th European Congress on Tropical Medicine & International Health. 3-6 October. Barcelona](#)

SCREENING FOR HEMOGLOBINOPATHIES: BENEFITS OF A HIGH-PRESSURE LIQUID CHROMATOGRAPHY (HPLC) SYSTEM

Molina-Arrebola MA, Salas Coronas J, Giménez-López MJ, Pérez-Moyano R, García-Bautista J, Cabeza-Barrera MI, Avivar-Oyonarte C.
[7th European Congress on Tropical Medicine & International Health. 3-6 October. Barcelona](#)

SUBTIPOS NO B Y EFICACIA DEL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL

Lozano Serrano A, Pérez Camacho I, Fernández Fuertes E, Salas Coronas J, Cabezas MT, García F.
[XV Congreso de la SEIMC. Málaga 1-4 junio \(Digital\)](#)

NEFROLOGÍA

TRATAMIENTO INTEGRAL DEL VHC EN HEMODIÁLISIS: NIVELES DE RIVABIRINA Y TRANSFUSIÓN DONANTE COMPATIBLE

Martin- Gomez MA, Palacios ME, Garcia-Marcos S
[XLI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Nefrología. Sevilla 15 al 18 de Octubre.](#)

INDUCCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO INMUNOSUPRESOR EN NEFRITIS LÚPICA. FACTORES DETERMINANTES DE RECIDIVA RENAL

Martin-Gomez MA, Valiente L, Toledo R, De Ramón E, Valera A, Frutos MA
[XLI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Nefrología. Sevilla 15 al 18 de Octubre.](#)

MEDIDA DE SPKT/V MEDIANTE ABSORCIOMETRIA ULTRAVIOLETA

Garcia-Marcos S, Palacios ME, Martin-Gomez MA
[XLI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Nefrología. Sevilla 15 al 18 de Octubre.](#)

APLICACIÓN DE UN PROTOCOLO DE NEFROPROTECCIÓN EN UN HOSPITAL COMARCAL. RESULTADOS PRELIMINARES

Palacios-Gomez ME, Martin-Gomez MA, Garcia-Marcos S, Sanchez-Sanchez JC.
[XLI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Nefrología. Sevilla 15 al 18 de Octubre.](#)

SERVICIO DE PREVENCIÓN

ADHERENCIA A LAS RECOMENDACIONES EN HIGIENE DE MANOS EN UN CENTRO HOSPITALARIO

Lucerna Méndez MA, Maldonado Valverde MC

XVI Congreso Nacional y V Internacional de la Sociedad Española de Medicina Preventiva y Salud Pública e Higiene. 25 al 27 Mayo. Gran Canarias

OTORRINOLARINGOLOGÍA

FUNCTIONAL VARIANTS IN NOS1 AND NOS2A GENES AND HEARING LOSS PROGRESSION IN MENIERE ´S DISEASE

Gázquez I, López-Escámez JA, Moreno A, Colleen A. Campbell, Nicole C. Meyer, John P. Carey, Lloyd B. Minor, Bruce J. Gantz, Marlan R. Hansen, Charles C. Della Santina, Arán I, Soto-Varela A, Santos S, Batuecas A, Pérez-Garrigues H, Lopez-Nevot A, R. J.H. Smith, López-Nevot MA

8th Molecular Biology of Hearing and Deafness Conference 6-9 July

PEDIATRÍA

ANÁLISIS DE LAS NOTIFICACIONES EVALUADAS POR LA COMISIÓN DE CASOS DEL HOSPITAL DE PONIENTE. UNIDAD PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL A MENORES (UPAIM)

Lopez Barranco MD, Montoya Muñoz R, Calcerrada Labrador A, Sanchez Vazquez AR, Gomez Gomez D, Martinez Angulo A

XX Congreso Nacional de Pediatría Social. Granada 6 al 8 de Octubre

UNIDAD PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL A MENORES (UPAIM): COMISIÓN DE CASOS DE PUEBLA DE VÍCAR. ANÁLISIS DE DATOS

Ortiz Lopez I, Fernandez Fernandez MR, Lujan Jimenez R, Fernandez Segura JM, Crespo Lopez-Sanchez MM, Sanchez Vazquez AR

XX Congreso Nacional de Pediatría Social. Granada 6 al 8 de Octubre

UNIDAD DE DESARROLLO/RECURSOS HUMANOS

BAREMACIÓN DE LA FORMACIÓN DESDE LA GESTIÓN POR COMPETENCIAS: EXPERIENCIA DE LA AGENCIA SANITARIA HOSPITAL DE PONIENTE

Rosano Morin C, Dionisio Fernandez C, Leal Montoya M, Zufri Rodriguez G, Martinez Cobos D, Ruiz Gongora J.

16 Congreso Sadeca. Huelva 9 al 11 de noviembre (Digital)

EVOLUCIÓN_ ATENCIÓN SANITARIA PARA USUARIOS INMIGRANTES EN EL SSPA

Leal Montoya M, Tamayo Ramírez A, Martínez Cobos DM, Ruiz Góngora J, Corrales López A, Ortega Campos E

V Congreso Internacional de Educación Intercultural. Almería 10 al 12 de Noviembre

ATENCIÓN SANITARIA PARA USUARIOS INMIGRANTES EN EL SNS ¿ABUSO?

Martínez Cobos DM, Leal Montoya M, Tamayo Ramírez A, Ortega Campos E, Ruiz Góngora J, Corrales López A

V Congreso Internacional de Educación Intercultural. Almería 10 al 12 de Noviembre

SERVICIOS DE URGENCIAS Y CUIDADOS POLIVALENTES HARES

CPR AND SCHOOL

Lopez Perez ML, Aguilar Cruz I, Parrilla Ruiz FM, Amezcua A, Cardenas Cruz D, Amini Shervin B, Garcia Moron A. Har. de Guadix

[EUSEM. Europeo. Grecia](#)

HARE?

Aguilar Cruz I, Lopez Perez ML, Amini Shervin B, Parrilla Ruiz FM, Cardenas Cruz D, Hortal Carmona J. Har. de Guadix

[EUSEM. Europeo. Grecia](#)

OBJECTIVE OF A "BOX OF CRITICAL"

Aguilar Cruz I, Lopez Perez ML, Amini Shervin B, Amezcua Fernandez A, Garcia Moron A. Har. de Guadix

[EUSEM. Europeo. Grecia](#)

TRAUMA GYNECOLOGY?

Lopez Perez ML, Aguilar Cruz I, Hortal Carmona J, Garcia Moron A, Amezcua Fernandez A, Amini Shervin B, Parrilla Ruiz FM, Cardenas Cruz D. Har. de Guadix

[EUSEM. Europeo. Grecia](#)

SATISFACCIÓN EN UNA UNIDAD MEDICO-QUIRURGICA

Lorca Salas L, Limonchi Perez MM, Puertas Garcia JM, Salas Antolinez A. Har. de Guadix

[VII Foro Provincial de Enfermería](#)

SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS CON LOS PROFESIONALES DE LA UNIDAD MATERNO-INFANTIL DEL HAR DE GUADIX

Torres Luzon C, Martinez Martinez IM, Garzon Benitez R, Guijarro Gomez A. Har. de Guadix

[VII Foro Provincial de Enfermería](#)

VISIBILIZACIÓN DEL PAPEL EL CIUDADANO EN LAS WEB DE INSTITUCIONES SANITARIAS ANDALUZAS

Torres Luzon C, Sanchez Baena RM, Ortega Rivera MC. Har. de Guadix

[VII Foro Provincial de Enfermería](#)

¿SOLO CEFALEA?

Arévalo Lopez MP, Gomez Rodriguez T, Baena Lopez MA, Jimenez Lozano ML, Linares Morales ML; Restoy Bernabé AA (Har. El Toyo)

[\(Digital\)](#)

VARÓN JOVEN CON CEFALEA QUE DESARROLLA INSUFICIENCIA RENAL CRONICA TERMINAL

Baena Lopez MA, Muñoz de la Casa S, Garcia Garcia CR, Muñoz Troyano S, Poveda Garcia MI, Garofano Lopez R (Har. El Toyo)

[\(Digital\)](#)

ENDOCARDITIS TROMBOTICA NO BACTERIANA: DEBUT CON CUADRO NEUROLOGICO

Baena Lopez Ma, Muñoz Troyano S, Gomez Rodriguez T, Sanchez Praema Sanchez P, Restoy Bernabe A, Arevalo Lopez P (Har. El Toyo)

[\(Digital\)](#)

TRABAJO SOCIAL

MEDICIÓN SOCIOSANITARIA EN SALUD EN UN CONTEXTO MULTICULTURAL. EL EJEMPLO DEL HOSPITAL DE PONIENTE

Mezoire L

[V Congreso Internacional de Educación Intercultural. Almería 10 al 12 de Noviembre](#)

DISTRITO PONIENTE ALMERIA

CONSULTA COMPARTIDA UGC EL PARADOR—UGC SALUD MENTAL ROQUETAS

Domínguez Requena A, López Galán S, García González JL, Lorente Serna J, Alberola Cañizares R

[Jornadas Provinciales de Calidad. Almería](#)

LA ENFERMERA COMO ELEMENTO DINAMIZADOR DE HABITOS SALUDABLES EN EL AMBITO ESCOLAR DENTRO DE UNA ZNTS

Merino Pérez E, Miras Ramos A, Galera de Ulierte L

[Jornadas Provinciales de Calidad. Almería](#)

COMO MANEJAR MATERIAL SANITARIO EN DOMICILIO: DOCUMENTOS EXPLICATIVOS

Andrade Juárez JA, MFyC; Ruiz Lupión B, DUE; Ruiz Ortiz MS, DUE; Padilla del Campo C, R-4 de MFyC; Fernández Martín E, R-3 de MFyC.

[Jornadas Provinciales de Calidad. Almería](#)

MODELO DE ORGANIZACIÓN MULTIDISCIPLINAR E INTERNIVELES PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE ENFERMOS EN SITUACIÓN PALIATIVA TERMINAL EN LA ZONA DE PONIENTE DE ALMERÍA

Vega Barranco F, Hernández Martínez MD, Cruz Escobosa I, Rolo Mejías F, Ruiz Martín M, Aguilar Martín I

[Jornadas Provinciales de Calidad. Almería](#)

PARTICIPACIÓN CIUDADANA CORRESPONSABILIDAD

Galindo JM, Ibañez A, González M, Jiménez J, Robledilla A

[Jornadas Provinciales de Calidad. Almería](#)

PROGRAMA DE TUBERCULOSIS DISTRITO PONIENTE DE ALMERÍA

Equipo Tuberculosis del DT Poniente de Almería, Garcia Suarez AM, Suarez Escudero AB, Jimenez Fernandez MR

[Jornadas Provinciales de Calidad. Almería](#)

PROTOCOLO DE PACIENTES VULNERABLES. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE EN RIESGO DE EXCLUSIÓN SOCIAL EN LOS DISPOSITIVOS DE CUIDADOS CRÍTICOS Y URGENCIAS DEL DISTRITO

Guillén Maldonado JA, Martín Martín E, López Martín EM

[Jornadas Provinciales de Calidad. Almería](#)

EL ICTUS, UNA ASIGNATURA PENDIENTE

Perez Tornero E, Ruiz Ortiz MS, Jiménez Lozano ML, Avila Marinetto G

[Jornadas Provinciales de Calidad. Almería](#)

UNA "TELE" QUE INFORMA

Perez Tornero E, Jiménez Lozano ML, Ruiz Ortiz MS, Puntas Tejero MJ, Avila Marinetto G

[Jornadas Provinciales de Calidad. Almería](#)