

CAPÍTULO 1. IMPLANTACIÓN DE BUENAS PRÁCTICAS. CENTROS COMPROMETIDOS CON LA EXCELENCIA EN CUIDADOS (CCEC®/BPSO®)

MARÍA DEL MAR DÍAZ CORTÉS. Enfermera. Doctora por la Universidad de Almería. Líder del Proyecto BPSO/CCEC. Supervisora de calidad y seguridad del Hospital Universitario Torrecárdenas.

RESUMEN:

El Programa de **Implantación de Buenas Prácticas en Cuidados** a través de Centros Comprometidos con la Excelencia® o BPSO® se coordina en España desde la Unidad de Investigación en Cuidados y Servicios de Salud (Investén-isciii) y el Centro español para los cuidados de salud basados en la evidencia (CECBE), constituidos como **BPSO Host-España (o Centro Coordinador)**. El objetivo de esta acción es **fomentar, facilitar y apoyar la implantación, evaluación y mantenimiento**, en cualquier entorno de la práctica enfermera, de **buenas prácticas en cuidados**, basadas en las Guías de Registered Association of Ontario (RNAO).

Un **Centro Comprometido con la Excelencia en Cuidados (CCEC® o BPSO®)**, es un Centro reconocido por las instituciones convocantes como una institución implicada en la aplicación, evaluación y mantenimiento de Guías de Buenas Prácticas (GBP).

En España, el programa BPSO® comenzó en 2012. Al igual que RNAO, cada 3 años se realiza una convocatoria para las instituciones interesadas en participar. Con ello se pretende crear una red nacional de Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados® que fidelice el uso de prácticas basadas en los mejores resultados de la investigación en cuidados. Así, los impulsores de buenas prácticas (o champions, en inglés) son profesionales de enfermería y otras profesiones sanitarias convencidos de la necesidad de la práctica basada en la evidencia y dispuestos a mejorar los cuidados en su institución. Están dispuestos para innovar y aceptar el reto de introducir cambios en la práctica, movilizándolo y apoyando a sus compañeros para la implantación de Guías de Buenas Prácticas en el programa CCEC® / BPSO®.

En el **Hospital Universitario Torrecárdenas**, la actual Dirección de Enfermería, propone una reorientación de los cuidados que se prestan, marcándose como objetivo prioritario procurar la **"Excelencia"** en el cuidado de la ciudadanía, centrada en elementos críticos como son: la personalización de los cuidados, identificando profesionales de referencia, la accesibilidad de los ciudadanos a los servicios de salud, la seguridad clínica en los cuidados, la continuidad asistencial, la mejor práctica de cuidados basada en la evidencia y la satisfacción de la ciudadanía, considerando como valores esenciales la participación de la ciudadanía en su cuidado, su autonomía para la toma de decisiones, la diversidad y la corresponsabilidad.

En el marco de éste proyecto, se han seleccionado como líneas prioritarias en gestión, en las que disponemos de un marcado liderazgo global y en las que pretendemos desarrollar al área de liderazgo enfermero. Otras fortalezas han sido, ser centro de referencia provincial o disponer de recursos tanto humanos como materiales, que nos facilitarán no sólo la implantación, sino la consolidación de **Buenas Prácticas (BP)** a lo largo del tiempo, y su integración en la cultura de **Calidad y Seguridad** en nuestro hospital, así como el impacto positivo de los resultados en salud de nuestros pacientes.

De esta forma nos comprometemos a implantar las siguientes GBPs de la RNAO:

Guía 1: Prevención de **Caídas** y Disminución de las Lesiones derivadas de las Caídas (Implantación en toda la institución)

Guía 2: Valoración y Cuidados de los Adultos en Riesgo de Ideación y **Comportamiento Suicida** Implantación en área de Salud Mental.

Guía 3: Lactancia Materna-Fomento y Apoyo al Inicio, la Exclusividad y la Continuación de la **Lactancia Materna** para Recién Nacidos, Lactantes y Niños Pequeños. Implantación en Hospital Materno Infantil.

CAPÍTULO 2. LA CASA DE SOFÍA. ATENCIÓN MULTIDISCIPLINAR AL PACIENTE PEDIÁTRICO CRÓNICO COMPLEJO

MIRIAM PINTOR CASTILLO. *Enfermera especialista en pediatría. Hospital maternoinfantil Sant Joan de Déu. Barcelona.*

RESUMEN:

La Casa de Sofía es el primer centro de atención intermedia especializado en la atención a pacientes pediátricos con enfermedades minoritarias, cronicidad compleja, situaciones de enfermedad avanzada y procesos de final de vida, a los cuales atendemos generalmente en contexto de subagudización, convalecencia o, capacitación, acompañamiento en adaptación al cambio de su enfermedad y final de vida.

La mayoría de nuestros pacientes tienen enfermedades que precisan de un gran número de especialistas, dado el impacto en múltiples sistemas del cuerpo. Esto puede cambiar los roles tradicionales del abordaje sanitario, ya que por lo general acaba siendo la familia la que facilita el intercambio de información entre los profesionales, convirtiéndose en el experto de su enfermedad.

De ahí la importancia de un abordaje interdisciplinario, que facilite una auténtica asistencia sanitaria integral, tanto en promoción, prevención o rehabilitación de la salud. Esto supone un gran desafío tanto para la atención sanitaria primaria, secundaria como terciaria.

Para ello disponemos de diferentes espacios donde poder desempeñar los roles de cada persona del equipo. Generalmente, iniciamos el día con una reunión interdisciplinar (enfermeras, TCAIs, child life, camilleros, pediatras, psicólogos, agentes espirituales, trabajadores sociales, fisioterapeutas y administrativos) con el fin de establecer objetivos diarios y cumplirlos de forma conjunta para dar una respuesta biopsicosocial y espiritual a las necesidades que presenta el paciente y su familia.

Es un momento de reflexión, deconstrucción para volver a construir, en la que cada profesional aporta los conocimientos específicos de su disciplina y establecemos una visión holística del caso. Con el tiempo hemos evidenciado que esta metodología aporta calidad en los cuidados que ofrecemos a nuestros pacientes y familias.

Cada paciente tiene un referente de cada especialidad, responsable de acudir a las reuniones semanales de alta complejidad que realizamos con el objetivo de revisar la evolución de cada caso. La metodología que seguimos en estas reuniones se basa en un modelo de intervención que contempla 7 esferas (física, sociofamiliar, muerte, ética, espiritual, psicológica, impacto en el equipo), que evidencia que la esencia de La Casa de Sofía es el cuidado de forma integral.

Sin embargo, aquellas decisiones sobre procesos de Adecuación de Medidas Terapéuticas, en ocasiones pueden ser polémicas y difíciles de tomar, sobre todo cuando existe gran incertidumbre sobre el desenlace del proceso patológico del paciente o cuando la situación es difícil de comprender para la familia. Esto puede acabar generando gran estrés intelectual y emocional para el personal sanitario que atiende al paciente o para aquellos que tienen la responsabilidad de tomar decisiones, siendo esta unas de las situaciones más complejas a las que nos enfrentamos en el ejercicio de nuestra profesión.

Por ello una vez fallecido un paciente en La Casa de Sofía, pasado un mes, realizamos un cierre profesional. Se trata de un espacio interdisciplinar liderado por la psicóloga de la unidad en el que compartimos las dificultades, retos y aprendizajes que estos pacientes y familias nos han legado, a la vez que nos ayuda a obtener herramientas para mejor nuestro acompañamiento.

Desde casa de Sofía mediante un adecuado abordaje multidisciplinar, unido a todos los recursos de los que disponemos, pretendemos garantizar una atención holística, continua y centrada en la persona, que permita aumentar la calidad de vida del paciente pediátrico y de sus familias, en relación a sus derechos humanos fundamentales, sin limitarnos únicamente al proceso de enfermedad.

CAPÍTULO 3. IMPLEMENTACIÓN DE LA FARMACOGENÉTICA: PROYECTO U-PGX

CRISTINA LUCÍA DÁVILA FAJARDO. *Doctora en Farmacia, Doctora en Medicina. Facultativo especialista en Farmacia Hospitalaria, Hospital Universitario Virgen de las Nieves (Granada).*

RESUMEN:

El beneficio de los test farmacogenéticos antes de comenzar el tratamiento farmacológico ha sido bien documentado para unos pocos fármacos. Sin embargo, la utilidad clínica de la implementación de un mayor número de fármacos y a gran escala de una estrategia de genotipado preventivo de un panel farmacogenético sigue sin estar clara. Nuestro estudio es el primero en investigar los beneficios de una estrategia farmacogenética en pacientes europeos. Nuestros resultados muestran que la prescripción guiada por farmacogenética reduce las reacciones adversas a los medicamentos clínicamente relevantes.

CAPÍTULO 4. LA FIGURA DE LA ENFERMERA PEDIÁTRICA Y ESCOLAR EN ATENCIÓN PRIMARIA

MIGUEL ZAPATA LÓPEZ. Enfermero. Director de Cuidados del Distrito Sanitario Almería.

RESUMEN:

La Atención Primaria de Salud en Andalucía ha experimentado, desde el año 2020, un importante incremento de Profesionales, fundamentalmente en la categoría de Enfermería.

La Pandemia sufrida por la irrupción del SARS-CoV-2 puso de manifiesto la necesidad de reforzar nuestro sistema sanitario en general, pero con especial intensidad el primer nivel asistencial, ya que siempre se ha considerado el mejor capacitado para llegar de forma equitativa a todas las personas y para gestionar de la manera más eficiente la salud de la población.

Actualmente son muchos los proyectos innovadores puestos en marcha en Atención Primaria; entre ellos están las Enfermeras Referentes de Centros Educativos ("Escolares") y las Enfermeras de Atención a la Salud Infantil ("Pediátricas").

Las primeras, tienen su origen en Septiembre de 2020, cuando surgen como Enfermeras Referentes COVID en Centros Educativos, para: a) control y contención de brotes; b) gestión de casos, contactos y brotes en ámbito escolar, familiar y social; c) citación de pruebas diagnósticas y seguimiento de resultados; y d) análisis de fuentes de transmisión y mejora de espacios. En Abril de 2021, inician la promoción de salud sobre COVID y, en Marzo de 2022, tras el control de la última ola pandémica, se pone de manifiesto la sinergia positiva de la coordinación entre Salud y Educación en la escolarización segura del alumnado en Andalucía, considerándose el Centro Educativo, un contexto privilegiado para la promoción de la salud en la infancia y la adolescencia.

En Julio de 2022, hay una reorientación de las funciones de la enfermera "escolar" hacia tres pilares básicos: a) Promoción de hábitos de vida saludable; b) Prevención de la Enfermedad (vacunación) y Vigilancia de la Salud; y c) Gestión de Casos en el ámbito escolar (alumnado con problemas de salud). Se alcanzan cifras nunca imaginadas en actividades de promoción de la salud en centros educativos y coberturas vacunales en niños y adolescentes nunca alcanzadas con anterioridad y en un tiempo récord.

La figura de las Enfermeras de Atención a la Salud Infantil surge en Enero de este año como un compromiso de nuestra Consejería de Salud para promover la salud y el bienestar desde el inicio de la vida, disminuyendo las desigualdades de la Infancia y la Adolescencia; a través del trabajo en equipo, con un modelo compartido de la atención (Pediatra + Enfermera de Atención Primaria con asignación de población menor de 14 años), estos profesionales se convierten en los referentes de la atención integral a la salud de los menores de 14 años. En toda Andalucía se incorporan 906 enfermeras a los centros de salud para compartir los cupos con los pediatras (1170 cupos de pediatría). Su cartera de servicios abarca:

- Programa de Salud Infantil y del adolescente
- Programa de Vacunación de Andalucía
- Menores de 14 años con Problemas crónicos de salud
- Situación de cuidados paliativos

- Niños y niñas con Problemas de salud en el ámbito de los cuidados

Idealmente estas profesionales deberían ser especialistas en Pediatría, pero ni hay tantas con esta formación ni existen bolsas específicas hasta el momento para su contratación. Esta especialización capacitaría a la Enfermera Pediátrica a:

- Ser consultora en los casos de niños y niñas con enfermedades crónicas (Diabetes, Asma, Celiaquía, ...).
- Realizar un abordaje conjunto en el domicilio de población infantil que padece una enfermedad crónica con alto nivel de dependencia y alta necesidad de cuidados complejos (enfermedades oncológicas, neurodegenerativas, daño cerebral adquirido, ...).
- Afrontar un abordaje domiciliario de niños en situación de cuidados paliativos.

Para todas las profesionales no Especialistas en Pediatría, y que van a realizar estas funciones, se ha elaborado un itinerario formativo que permite ofrecer una atención óptima a la salud de los menores de 14 años.

El trabajo colaborativo de estos dos perfiles emergentes de Enfermería va a garantizar una atención sanitaria integral en niños y adolescentes, tanto en el ámbito escolar como en el resto de las esferas de su vida..

CAPÍTULO 5. REALIDAD VIRTUAL EN LA RECUPERACIÓN DE PACIENTES CON LESIONES NEUROLÓGICAS Y/O MUSCULOESQUELÉTICAS

INMACULADA CARMEN LARA PALOMO. *Fisioterapeuta. Profesora del Departamento de Enfermería, Fisioterapia y Medicina.*

RESUMEN:

En los últimos años, se han introducido nuevos tratamientos de rehabilitación basados en realidad virtual (VR) para presentar los ejercicios de rehabilitación en un entorno más práctico y amigable. La RV consiste en el uso de simulaciones interactivas creadas a partir de software y hardware informáticos con el objetivo de ofrecer a los usuarios la oportunidad de participar en entornos virtuales similares al mundo real e interactuar con los objetos virtuales. Las ventajas de esta tecnología incluyen niveles graduados de dificultad, la capacidad de controlar la duración y la intensidad de la tarea, la provisión de comentarios sobre los errores y la provisión de consejos y orientación sobre los movimientos realizados. Además, el uso de juegos de RV destinados a estimular la motivación y la atención en un entorno ameno y lúdico, así como ajustar la dificultad de las tareas según el usuario, puede ser una opción atractiva para los pacientes, permitiéndoles participar activamente en la rehabilitación. Varios estudios demostraron que el uso de la RV tiene beneficios para los niños y adultos tanto con discapacidades neurológicas como motoras. Encontramos varios tipos de dispositivos de RV en función de su grado de inmersión: RV inmersiva (RVi), RV semi inmersiva (RVsi) y RV no inmersiva (RVni), siendo la más empleada el dispositivo de RVni Nintendo® Wii..

SECCIÓN 2.

COMUNICACIONES PREMIADAS

CAPÍTULO 1. DIAGNÓSTICO DE AUTISMO EN MUJERES: LA LUCHA CONTRA LA NORMA

PREMIO A LA MEJOR COMUNICACIÓN DEL ÁREA DE ENFERMERÍA (OTORGADO POR SATSE ALMERÍA)

EVA DEL MAR NAVARRO JIMÉNEZ. *Máster en Investigación en Ciencias de la Enfermería. Universidad de Almería.*

MANUEL MOLINA BUENO. *Máster en Investigación en Ciencias de la Enfermería. Universidad de Almería*

INTRODUCCIÓN:

El diagnóstico de autismo en mujeres se produce en una menor proporción y de forma más tardía, sobre todo en aquellas mujeres con capacidad intelectual igual o superior a la media. Las mujeres autistas suelen presentar mayores tasas de problemas de salud y uso de servicios sanitarios, similar a lo que ocurre en la población general. Estas mujeres se enfrentan a desafíos únicos y a innumerables barreras en el acceso a servicios de apoyo que no cubren sus necesidades.

OBJETIVOS:

Explorar las experiencias y percepciones de mujeres con diagnóstico tardío de autismo sobre el afrontamiento y manejo del mismo.

METODOLOGÍA:

Se realizó un estudio cualitativo descriptivo mediante entrevistas semiestructuradas a 14 mujeres con diagnóstico tardío de autismo que carecían de algún déficit intelectual. Se llevó a cabo en la Universidad de Almería entre los meses de diciembre de 2022 y marzo de 2023.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES:

Del análisis de resultados surgieron tres temas principales: (i) Conseguir un diagnóstico: encajando en la norma, (ii) Herramientas y recursos de apoyo para el manejo del diagnóstico de autismo y (iii) Impacto del desarrollo de mecanismos específicos en mujeres adultas autistas.

Los resultados de esta investigación destacan la importancia del diagnóstico temprano para un mejor acceso a terapias y recursos específicos que resultan primordiales para la evolución favorable de estas pacientes.

PALABRAS CLAVE: Autismo; Diagnóstico tardío; Mujeres.

BIBLIOGRAFÍA:

DaWalt, L. S., Taylor, J. L., Movaghar, A., Hong, J., Kim, B., Brilliant, M., & Mailick, M. R. (2021). Health profiles of adults with autism spectrum disorder: Differences between women and men. *Autism Research*, 14(9), 1896-1904. <https://doi.org/10.1002/aur.2563>

- Dubreucq, M., & Dubreucq, J. (2021). Toward a Gender-Sensitive Approach of Psychiatric Rehabilitation in Autism Spectrum Disorder (ASD): A Systematic Review of Women Needs in the Domains of Romantic Relationships and Reproductive Health. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 630029. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.630029>
- McQuaid, G. A., Lee, N. R., & Wallace, G. L. (2022). Camouflaging in autism spectrum disorder: Examining the roles of sex, gender identity, and diagnostic timing. *Autism: The International Journal of Research and Practice*, 26(2), 552-559. <https://doi.org/10.1177/13623613211042131>
- Simcoe, S. M., Gilmour, J., Garnett, M. S., Attwood, T., Donovan, C., & Kelly, A. B. (2022). Are there gender-based variations in the presentation of Autism amongst female and male children? *Journal of Autism and Developmental Disorders*. <https://doi.org/10.1007/s10803-022-05552-9>
- Weir, E., Allison, C., & Baron-Cohen, S. (2022). Autistic adults have poorer quality healthcare and worse health based on self-report data. *Molecular Autism*, 13(1), 23. <https://doi.org/10.1186/s13229-022-00501-w>

CAPÍTULO 2. EFICACIA DE LA TERAPIA MANIPULATIVA EN PACIENTES CON RADICULOPATÍA LUMBAR. REVISIÓN SISTEMÁTICA

**PREMIO A LA MEJOR COMUNICACIÓN DEL ÁREA DE FISIOTERAPIA
(OTORGADO POR SATSE ALMERÍA)**

RAMÓN PÉREZ GIL. Fisioterapeuta. Hospital de Poniente.

INTRODUCCIÓN:

La radiculopatía lumbar se define como un dolor lumbar irradiado, que afecta al menos a uno de los miembros inferiores en los dermatomas lumbares y/sacros. La incidencia es de 3-5% de la población afectando a hombres y mujeres en la década de los 40-50 años. Desde la fisioterapia se puede abordar con diversas técnicas entre ellas la terapia manipulativa.

OBJETIVOS:

GENERAL: Comprobar la evidencia de la eficacia de la terapia manipulativa en pacientes con radiculopatía lumbar.

ESPECÍFICOS:

- Analizar los efectos de la terapia manipulativa en la reducción del dolor lumbar irradiado.
- Evaluar los posibles cambios que la terapia manipulativa produce sobre la capacidad funcional de los pacientes con radiculopatía.
- Determinar los resultados de la terapia manipulativa sobre la calidad de vida de los citados pacientes.

METODOLOGÍA:

Es una revisión sistemática en la que se siguieron las normas PRISMA. Se consultaron las bases de datos Pubmed, Scopus, PEDro, Cochrane, Lilacs y Dialnet. Se utilizaron las palabras clave "manipulative treatment", "spinal manipulation", "radiculopathy", "sciatica", "fisioterapia", etc. La búsqueda se realizó entre Noviembre 2022 y Enero de 2023. Se incluyeron 6 artículos de ECAs de los últimos 5 años, valorando la calidad metodológica con la escala PEDro y la escala de Riesgo de Sesgo de Cochrane.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES:

Todos los artículos midieron la variable dolor, en la cual todos mejoraron significativamente con respecto al grupo control ($p=0.000$, $p = 0.006$, $p < 0.05$) excepto un estudio (Bello et al.) que si mejoró con respecto a la preintervención. En cuanto a la discapacidad los resultados fueron similares ($p = 0.000$, $p = 0.001$, $p < 0.05$) mejorando significativamente en todos los grupos que incluyen terapia manipulativa. Fueron incluidas otras variables y escalas como ROM, GROC, SBI y solo un estudio valoró con el cuestionario SF-36 ($p < 0.001$).

La terapia manipulativa se muestra eficaz como tratamiento en pacientes con radiculopatía lumbar. Puede producir efectos beneficiosos en la reducción del dolor lumbar irradiado. La terapia manipulativa puede incrementar la capacidad funcional en pacientes con radiculopatía. No se encontró evidencia suficiente para valorar la calidad de vida de los citados pacientes.

PALABRAS CLAVE: Disc herniation; Fisioterapia; Hernia discal; Leg pain; Manipulation; Manipulative treatment; Radiculopathy; Sciatica; Spinal manipulation.

BIBLIOGRAFÍA:

1. satpute K, Hall T, Bisen R, Lokhande P. The Effect of Spinal Mobilization With Leg Movement in Patients With Lumbar Radiculopathy-A Double-Blind Randomized Controlled Trial. Arch Phys Med Rehabil. 2019.
2. Das SMS, Dowle P, Iyengar R. Effect of spinal mobilization with leg movement as an adjunct to neural mobilization and conventional therapy in patients with lumbar radiculopathy: Randomized controlled trial. J Med Sci Res. 2018; 6(1):11-19.
3. Ghasabmahaleh SH, Rezasoltani Z, Dadarkhah A, Hamidipanah S, Mofrad RK, Najafi S. Spinal Manipulation for Subacute and Chronic Lumbar Radiculopathy: A Randomized Controlled Trial. Am J Med. 2021 Jan;134(1):135-141.
4. Danazumi MS, Bello B, Yakasai AM, Kaka B. Two manual therapy techniques for management of lumbar radiculopathy: a randomized clinical trial. J Osteopath Med. 2021 Feb 26;121(4):391-400.

CAPÍTULO 3. LA ENFERMERA GESTORA DE CASOS DE RESIDENCIAS DE MAYORES (EGC RM). UNA GARANTIA DE SEGURIDAD CLINICA Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

PREMIO A LA MEJOR COMUNICACIÓN SOBRE ENFERMERÍA COMUNITARIA (OTORGADO POR ASANEC)

NICOLÁS GALDEANO RODRÍGUEZ. *Diplomado Universitario de Enfermería. Unidad de Apoyo a Residencias de Mayores. Distrito Sanitario Almería.*

ESTRELLA COMINO ARROYO. *Diplomada Universitaria de Enfermería. Unidad de Apoyo a Residencias de Mayores. Distrito Sanitario Almería.*

MANUEL ALCARAZ BLANES. *Diplomado Universitario de Enfermería. Unidad de Apoyo a Residencias de Mayores. Distrito Sanitario Almería.*

INTRODUCCIÓN:

Creciente complejidad relacionada con salud de mayores institucionalizados y necesidades de atención-cuidados, aumentados por covid19, obligó a Sistema Sanitario Público Andaluz a replantearse nuevo modelo de atención sanitaria para incrementar calidad de servicios con criterios de equidad, evidencia científica y eficiencia adaptados a entornos residenciales. Una de las 13 medidas del modelo creación de EGC RM.

OBJETIVOS:

Difundir trabajo EGC RM con las Valoraciones Integrales Exhaustivas (VIEs).

Valorar resultados VIEs de mayores institucionalizados.

METODOLOGÍA:

Estudio descriptivo realizado por EGC RM durante quince meses devimplantación nuevo modelo de asistencia. Realización VIEs crónicos complejos institucionalizados, posterior procesamiento datos infoweeb conocimos Dependencia (Barthel), Fragilidad (Pfeiffer), riesgo caídas (Downton) y riesgo de lesiones relacionadas con dependencia (Norton). Del 1-1-2022 al 15-06-2023 de 1490 mayores en 17 residencias del distrito Almería, 298 eran crónicos complejos priorizados; VIEs realizadas 186(2022) y 143 (2023).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES:

De 1490 mayores en residencias, 298 Crónicos Complejos priorizados, VIE realizada 2022: 186 (62,41%), VIE realizada 2023: 143 (47.98%). DEPENDENCIA: independientes 3.03%, escasa 2.35%, moderada 21%, severa 35.5%, no valorados 11.88%. DETERIORO COGNITIVO: sin deterioro cognitivo 23.62%, leve 10.94%, moderado 20%, severo 27.32%, no valorados: 18.12%. RIESGO LESIONES RELACIONADAS CON DEPENDENCIA: bajo riesgo 20.08%, alto riesgo: 37.98%, no valorados 41.94%. RIESGO CAIDAS: sin riesgo 55.17%, con riesgo 44.36%.

Estos resultados permiten realizar planes de atención personalizados que con coordinación y trabajo en equipo mejoramos seguridad y salud de Mayores.

PALABRAS CLAVE: Cuidados; Dependencia; Fragilidad; Gestor de Casos; Mayores; VIEs.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Parker SG, McCue P, Phelps K, McCleod A, Arora S, Nockels K, Kennedy S, Roberts H, Conroy S. What is Comprehensive Geriatric Assessment (CGA)? An umbrella review. Age Ageing. 2018 Jan 1;47(1):149-155. <https://doi.org/10.1093/ageing/afx166>. PMID: 29206906.
2. Berlowitz DR, Brandeis GH, Anderson J, Du W, Brand H. Effect of pressure ulcers on the survival of long-term care residents. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 1997; 52 (2): M106-10.
3. Sanjoaquín AC, Fernández E, Mesa MP, García-Arilla E. Valoración geriátrica integral. En: Tratado de geriatría para residentes. Madrid: Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. 2008. 59-68. Consulta: 3 de marzo 2012.
4. Leocadio Rodriguez-Mañas, Fernando Rodríguez-Artalejo, Alan J. Sinclair, The Third Transition: The Clinical Evolution Oriented to the Contemporary Older Patient, Journal of the American Medical Directors Association, Volume 18, Issue 1, 2017, Pages 8-9, ISSN 1525-8610, <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2016.10.005>. (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1525861016304832>)

CAPÍTULO 4. NO TODO ACLARAMIENTO DE MACROHEMATURIA ES BUENA SEÑAL

PREMIO A LA MEJOR COMUNICACIÓN SOBRE ENFERMEDAD RENAL (OTORGADO POR ALCER ALMERÍA)

BELÉN GONZÁLEZ DE PRÁDENA. *Médico Interno Residente de Pediatría y sus áreas específicas. Hospital Universitario Torrecárdenas.*

INTRODUCCIÓN:

Los traumatismos abdominales suponen riesgo vital, sobre todo por hemorragia secundaria con afectación hemodinámica. El daño renal traumático es infrecuente y se debe mayoritariamente a traumatismos cerrados. El manejo de los traumatismos urogenitales debe ser multidisciplinar, incluyendo urólogos, radiología intervencionista, cirujanos e intensivistas.

OBJETIVOS:

Manifestar la importancia de los traumatismos abdominales y realizar diagnóstico diferencial de lesiones renales, importante en pacientes con patología previa.

METODOLOGÍA:

Paciente de 13 años, hemofilia A leve en tratamiento a demanda (Factor-VIII), estenosis pielou-reteral derecha y megauréter bilateral intervenidos, nefropatía por reflujo (Función riñón derecho 37.44% y riñón izquierdo 62.56%) trasladado por macrohematuria y dolor en flanco e hipocondrio izquierdos tras traumatismo directo (jugando al fútbol).

En hospital de origen se canalizaron dos vías venosas, se administró Factor-VIII intravenoso (40UI/kg), carga de volumen por hipotensión, paracetamol y cloruro mórfico y se realizaron analítica sanguínea, TAC-abdominal (hemorragia intrarrenal) e interconsulta con Urología, recomendando observación, reposo absoluto sin cirugía.

A su llegada a UCI-pediátrica, hemodinámicamente estable, se repitió dosis de Factor-VIII y corticoterapia intravenosa, sueroterapia, dieta absoluta y sondaje vesical. Se mantuvo estable hemodinámicamente, diuresis cuantificada, sin dolor con analgesia de primer nivel. Se realizó arteriografía (dos pseudoaneurismas tratados mediante embolización selectiva de arterias arciformes). Ante aclaramiento macroscópico de orina, se realizó ecografía (coágulo obstructivo ureteral distal izquierdo, tabique sin doppler y urinoma pararrenal, con autorresolución espontánea) y analítica (Filtrado glomerular: 50ml/min/1.73m²) y descenso de hemoglobina 3 puntos). Mejoría progresiva, dándose de alta domiciliaria, asintomático posteriormente.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES:

Son importantes las complicaciones tras traumatismo renal, incluyendo como diagnóstico diferencial la posibilidad de tabique organizado o disección segmentaria del urotelio.

Existe una clasificación radiológica (TAC) con alta correlación con resultados clínicos.