

¿INFLUYÓ EL TEMOR AL COVID-19 EN EL TIEMPO DE LLEGADA A LA UNIDAD DE ICTUS?

Ranero Uribe, I.; Colina Fuente, B.; Nebreda Saiz, M.; Forero Madinabeitia, O.; Gila Bermejo, M.; Liñeira Sánchez, P. Equipo multidisciplinar de la Unidad de Ictus del Hospital Universitario Basurto, Bilbao.

INTRODUCCIÓN

Las primeras horas tras el ictus son cruciales para la evolución de la enfermedad. Recibir en tiempo los tratamientos en el Ictus Isquémico es fundamental.

OBJETIVOS

- Conocer si los pacientes retrasaron la llegada al Hospital Universitario de Basurto, Bilbao, por temor a contagiarse del virus Sars Cov-2.
- Conocer si los pacientes se sintieron o no seguros en urgencias y en la Unidad de Ictus.



METODOLOGÍA

Es un estudio descriptivo transversal que se desarrolla en Bilbao (Bizkaia). Se realizó entre el 1 de Diciembre de 2020 a 31 de Julio de 2021 y se inicia con el descenso de la 2ª ola.

Se obtuvo el informe favorable del CEIC del Hospital de Basurto.

Rellenaron una encuesta voluntaria y anónima. Se encuestaron a 80 pacientes ingresados durante ese tiempo. Se realizó estadística descriptiva, calculando medias y desviación típica de las variables cuantitativas y porcentajes de las cualitativas.

RESULTADOS

La edad media de los hombres encuestados es de 70,4 años (Dt:12,9) y de las mujeres 67,2 años (Dt:14,4). EL 89% de los encuestados refiere que no retrasó su llegada al Hospital por miedo al coronavirus y el 7% de los que sí lo hicieron tardaron varias horas y otro 1 día.

De las 4 personas que llegaron más tarde, una persona presentó secuelas.

El 94% se sintió seguro en el Hospital y en la Unidad de Ictus en cuanto a medidas de protección.

El 88% no percibió stress en el personal referente a la pandemia.

El 85% o tuvo miedo de contagiarse de Covid en el Hospital.

El 6% sí fue infectado en algún momento de la pandemia.

EL **6%** RETRASÓ LA LLEGADA AL HOSPITAL POR MIEDO AL CORONAVIRUS

EL **93%** SE SINTIÓ SEGURO TANTO EN URGENCIAS COMO EN EL ICTUS

EL **5%** PERCIBIÓ STRESS EN EL PERSONAL

EL **14%** TUVO MIEDO A CONTAGIARSE

CONCLUSIONES

- Es destacable que descendiendo en la 2ª ola de la pandemia, la mayoría de los pacientes no retrasaron su llegada al Hospital.
- La gran mayoría se sintió seguro en cuanto a medidas de protección durante su estancia en éste.

BIBLIOGRAFÍA

- Guía Básica de Cuidados de Osakidetza.
- Organization WH. Global Health Estimates. Geneva. 2012.
- Departamento de Salud del Gobierno Vasco.



EUSKO JAURLARITZA
GOBIERNO VASCO

OSASUN SAILA
DEPARTAMENTO DE SALUD

Influencia del sexo en la capacidad funcional, y fuerza muscular y motricidad fina de miembros superiores en pacientes con Esclerosis Múltiple

María Cuerda-Ballester, Antonio Bustos, Maribel Arrollo-Calvillo, Belén Proaño, Amalia Correcher-Calap, Jose Enrique de la Rubia Ortí



XXVIII Congreso Anual de la Sociedad Española de Enfermería Neurológica y IV Congreso Internacional de Enfermería Neurológica

INTRODUCCIÓN

ESCLEROSIS MÚLTIPLE

La esclerosis múltiple (EM) es una enfermedad neurodegenerativa que causa atrofia muscular progresiva

Durante el curso de la enfermedad, aproximadamente 3 de cada 4 pacientes con EM presentan disfunción de las extremidades superiores

1. INFLUENCIA EN GRADO DE DEPENDENCIA Y CALIDAD DE VIDA
2. LA MOTRICIDAD FINA PRESENTA UN ROL IMPORTANTE EN LA FUNCIONALIDAD

3. SE APRECIAN DIFERENCIAS EN FUNCIÓN DEL SEXO EN LA PROGRESIÓN DE LA ENFERMEDAD

Hipótesis

Existen diferencias clínicas entre hombres y mujeres, y concretamente en la: capacidad funcional, fuerza muscular, y motricidad fina de las extremidades superiores

OBJETIVO

Determinar posibles diferencias en la capacidad funcional, y fuerza muscular y motricidad fina de las extremidades superiores, en función del sexo de pacientes con EM.

METODOLOGÍA

Estudio **descriptivo, cuantitativo y transversal** en el que se aplicaron los siguientes criterios de selección

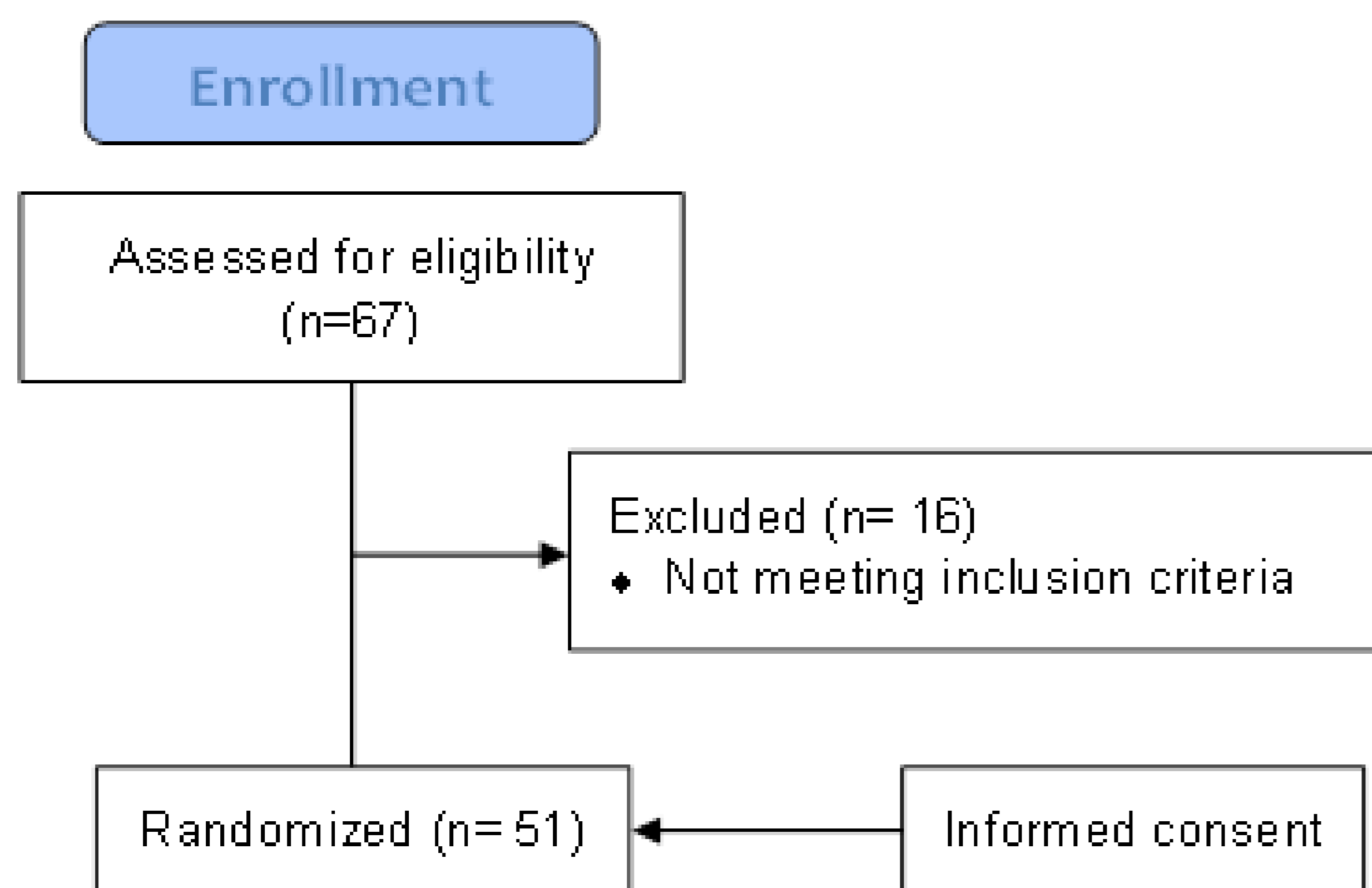


Figura 1. Diagrama de flujo.

A la población de estudio, se le realizará las siguientes mediciones:

1. Escala de equilibrio de **Berg**
2. Escala de confianza del equilibrio (**ABC**)
3. Cuestionario **DASH**
4. Fuerza de agarre (**Jamar**)
5. Dinamómetro: **NedDFM/IBV**
6. 9-Hole Peg Test (**9-HPT**)

RESULTADOS

	Global	Hombre	Mujer			
	Conteo (%)	Conteo (%)	Conteo (%)	p		gl
EM Recurrente Remitente	32	8 (25)	24 (75)	.658	2,267 ^c	2
EM Secundaria Progresiva	17	7 (41)	10 (52)			
EM Primaria Progresiva	2	0	2 (100)			
	M ± DE	M ± DE	M ± DE	p	z	gl
Edad	47 ± 12	48 ± 12	46 ± 12	.606	-0,516	50

Tabla 1. Características sociodemográficas de la población de estudio

	Hombre (M ± DE)	Mujer (M ± DE)	p	z	gl
DASH	29,2 ± 21,8	27,2 ± 22,1	0,6166	-0,5006	46
ABC	65,2 ± 25,9	65 ± 30,1	0,8063	-0,2452	48
BERG	47,2 ± 8,4	46 ± 14,2	0,5227	-0,6392	46

Tabla 2. Comparación entre hombres y mujeres en la capacidad funcional (DASH, Berg y ABC).

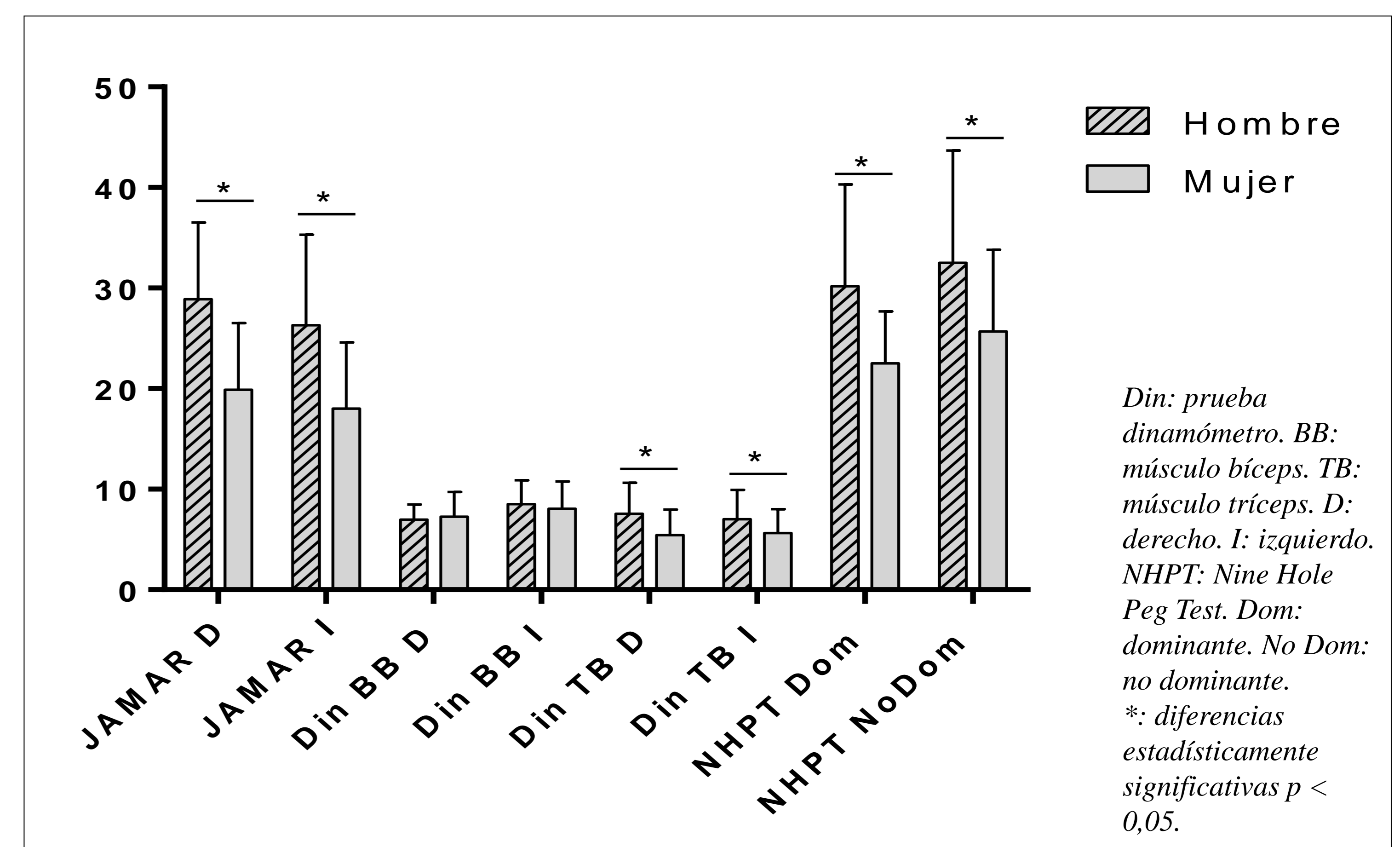


Figura 2. Comparación entre hombres y mujeres de las variables fuerza muscular y motricidad fina en miembros superiores.

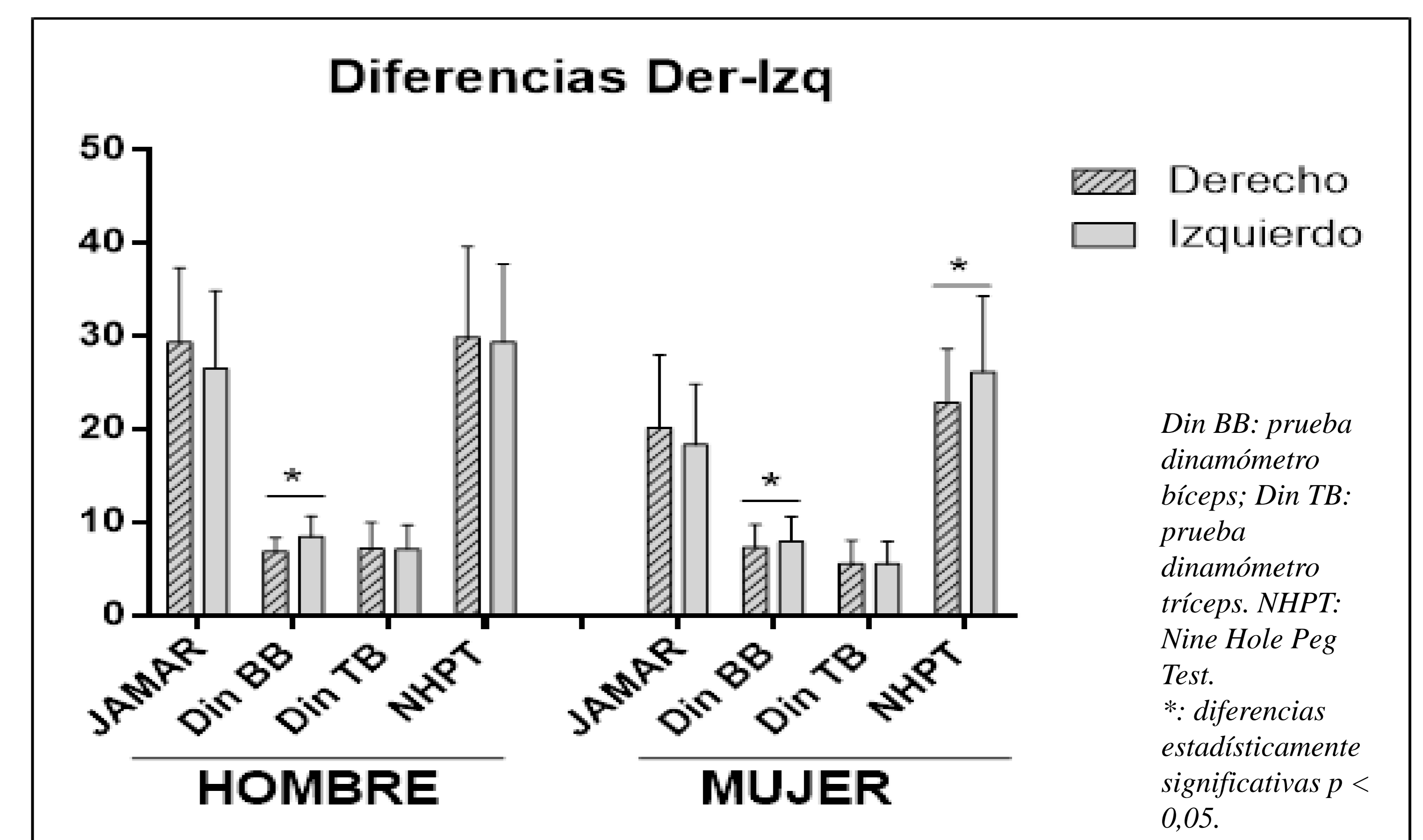


Figura 3. Comparación entre hombres y mujeres de las variables fuerza muscular y motricidad fina entre ambas manos.

CONCLUSIONES

A partir de los resultados obtenidos, no se evidencian diferencias funcionales en relación al género pero sí se aprecian **diferencias entre hombres y mujeres** en los parámetros de **fuerza en pinza** de ambas manos (JAMAR D/I), **fuerza en el TB** de ambos brazos (Din TB D/I) que es mayor en hombres; y en **destreza manual** de ambas manos (NHPT Dom/No Dom) que es mejor en las mujeres.



INTRODUCCION

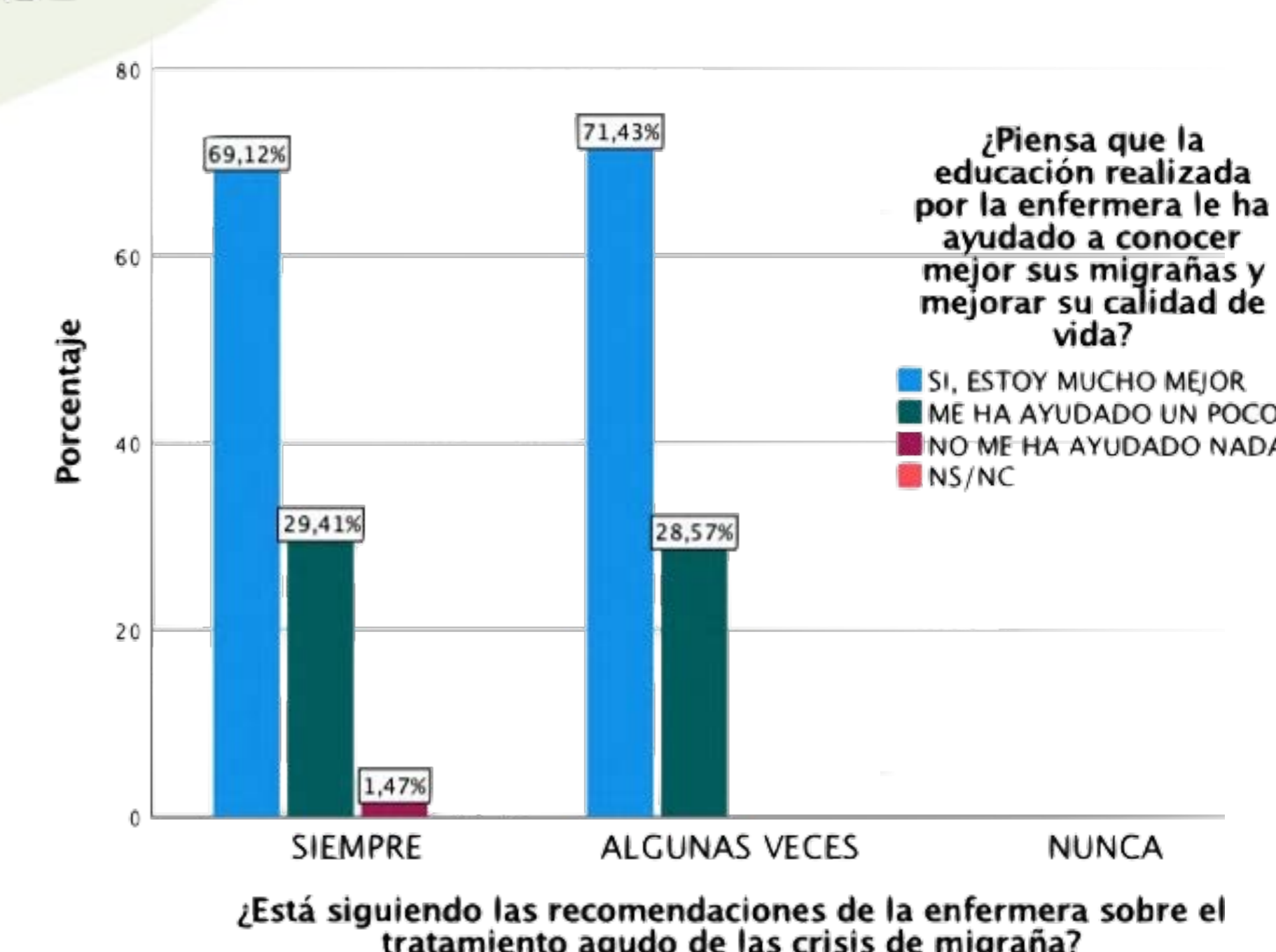
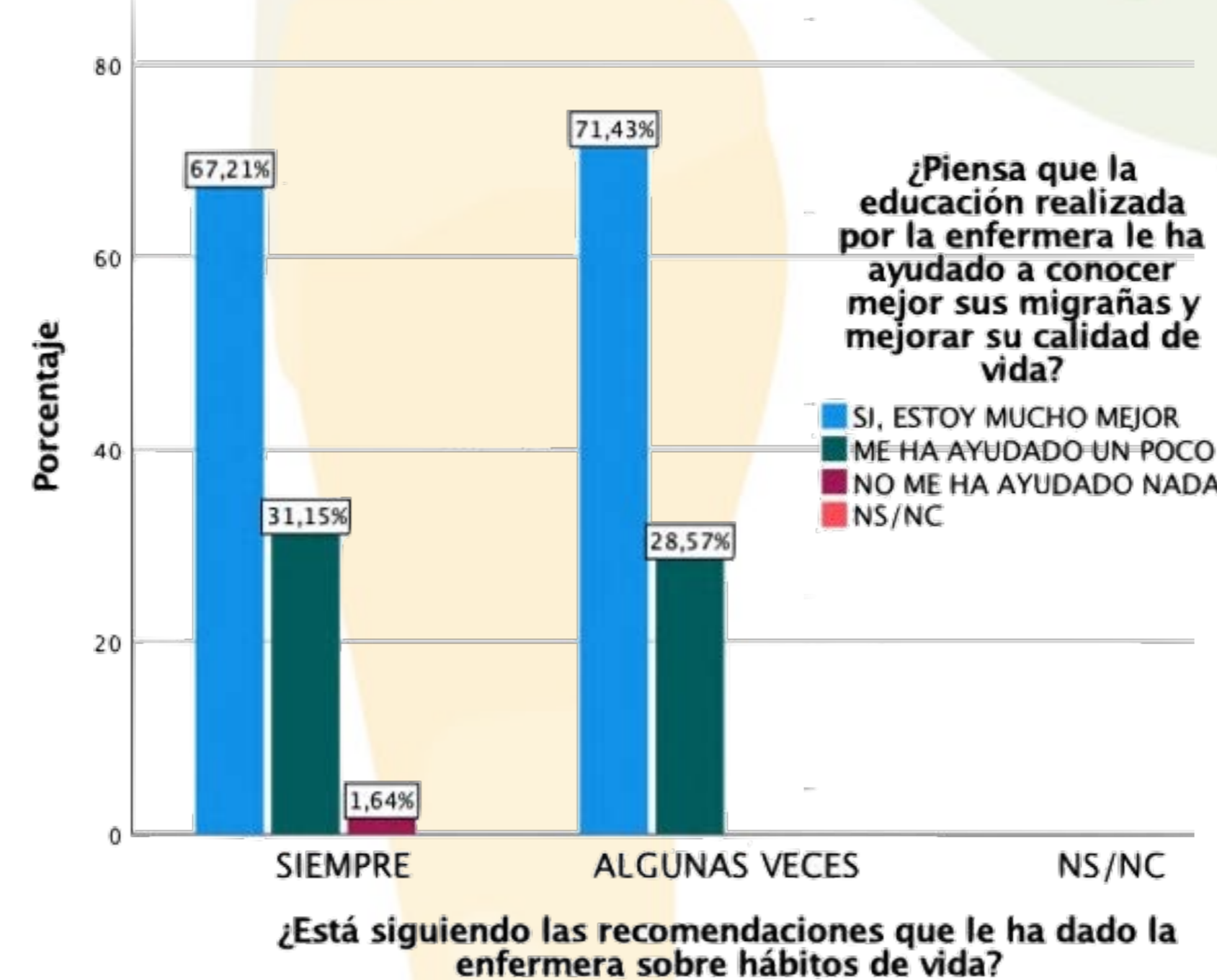
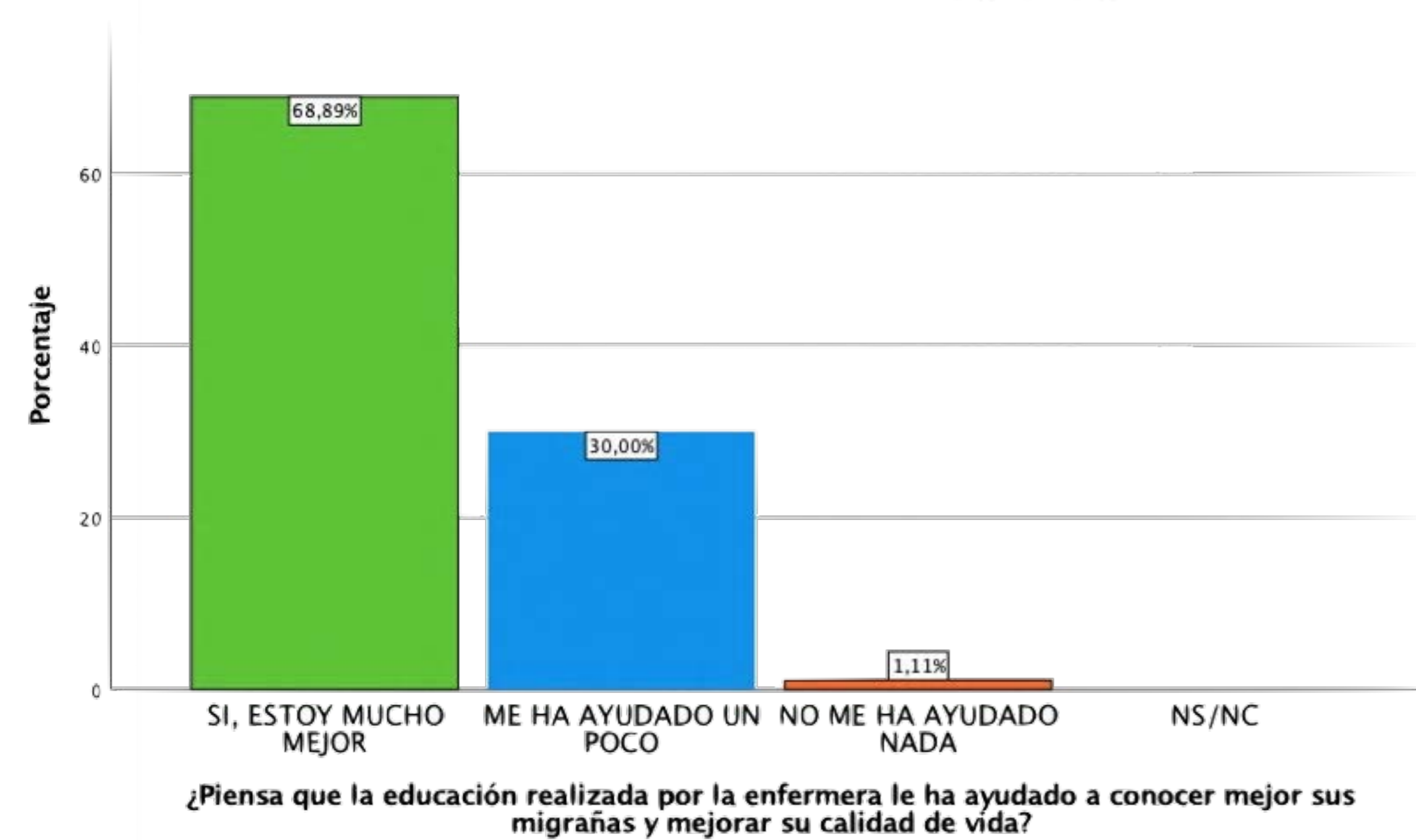
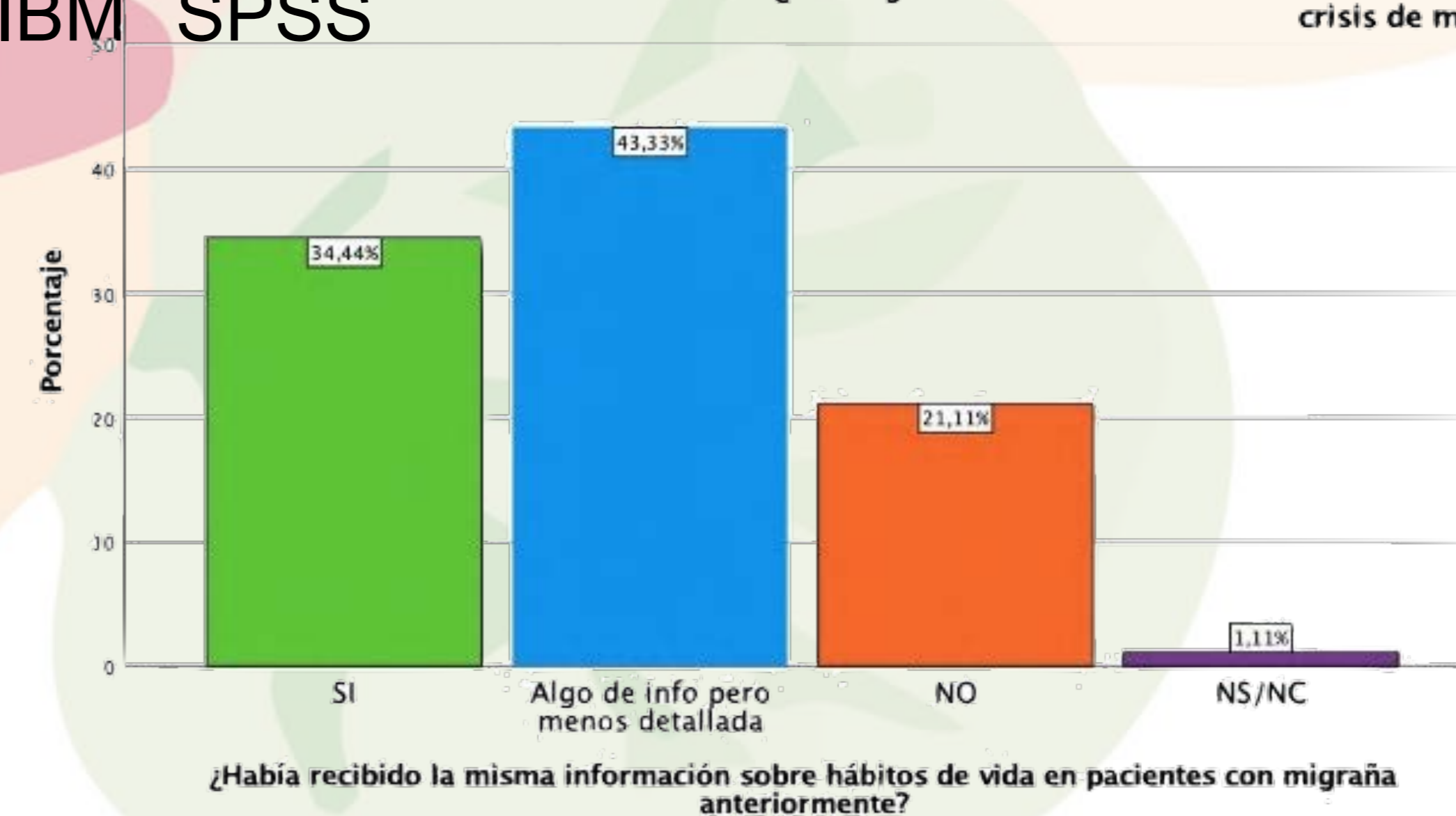
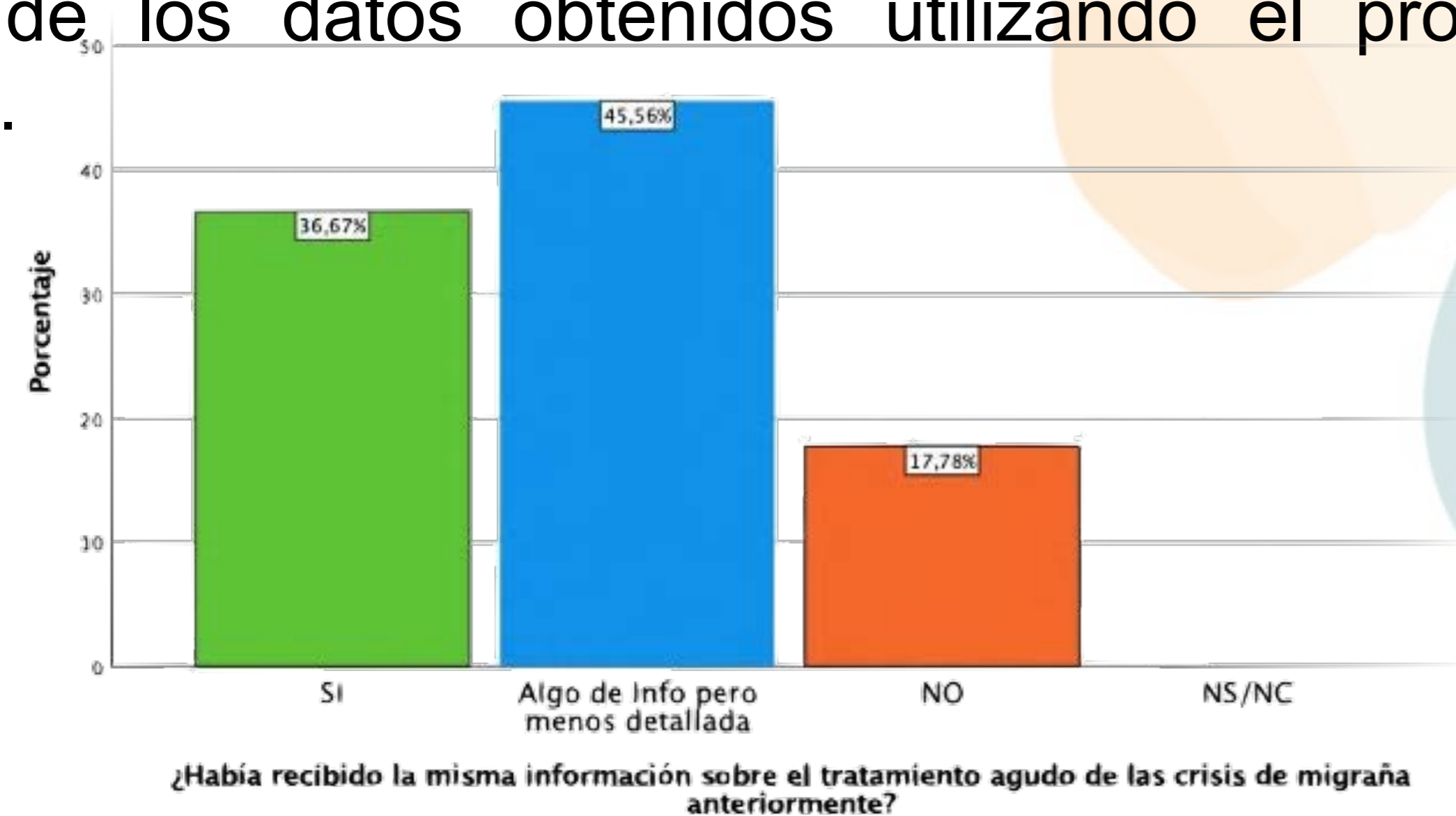
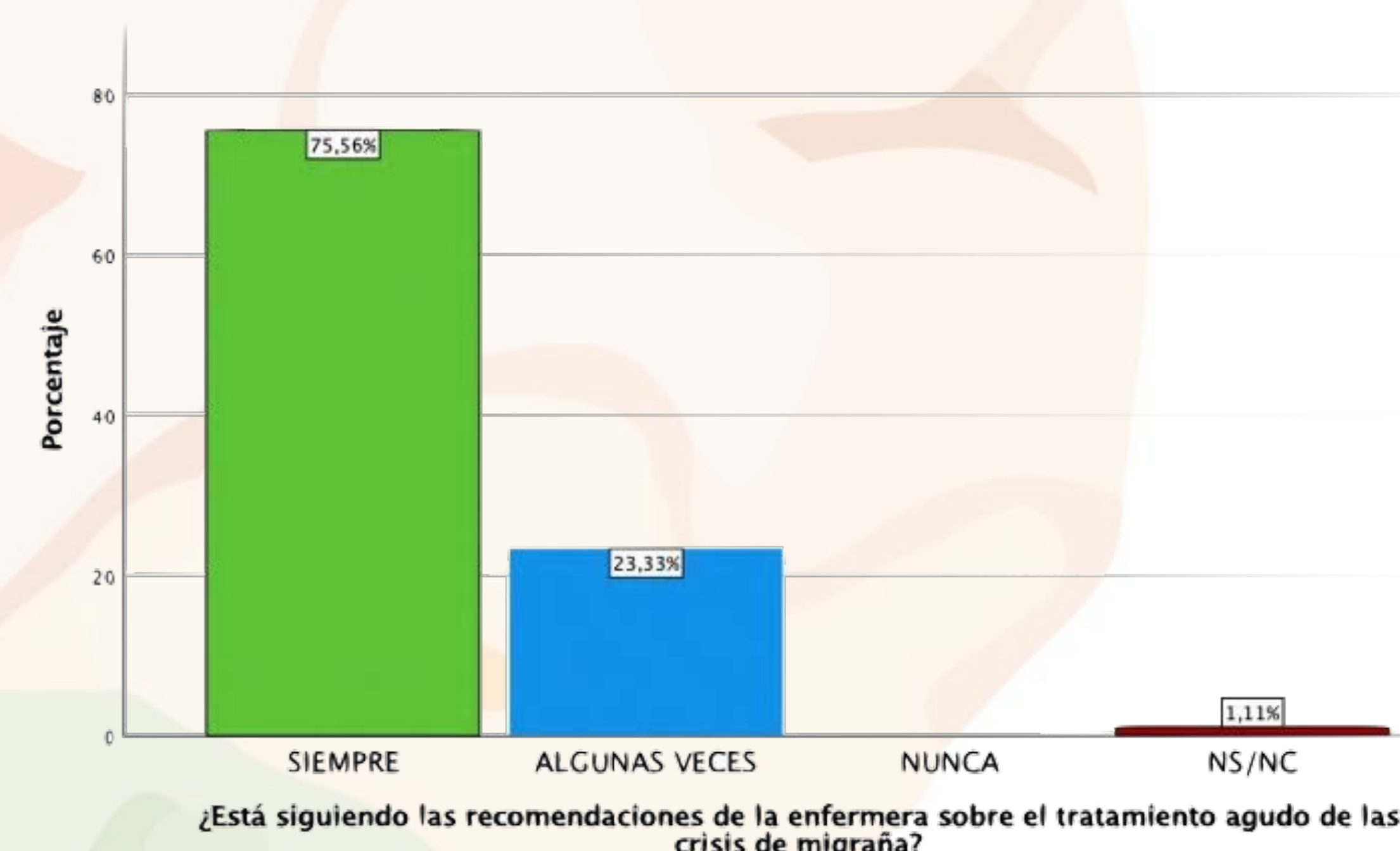
La migraña es una de las principales causas de discapacidad en el mundo con un impacto global en la calidad de vida de los pacientes. Tras la incorporación del tratamiento con anticuerpos monoclonales (AMC) contra el péptido relacionado con el gen de la calcitonina (CGRP) en pacientes con migraña, en la unidad de cefaleas del Hospital Universitario de La Paz se inició un **proyecto de educación y evaluación** periódica de pacientes con migraña en la consulta de enfermería. Nos proponemos evaluar el **impacto de este trabajo** de educación por parte de la enfermera en la **calidad de vida** de los pacientes.

OBJETIVOS

- Medir la **adherencia** a las indicaciones realizadas en educación en migraña.
- Evaluar si los pacientes habían recibido la misma **información** anteriormente a que se lo explicara la enfermera.
- Medir la **mejora de la calidad de vida** percibida.
- Relacionar la mejora de la calidad de vida percibida en función del seguimiento que ha hecho de las recomendaciones recibidas.

METODOLOGIA

- Diseño: Estudio experimental prospectivo con una muestra no probabilística de 90 pacientes con migraña, realizado entre Enero-Junio 2021 para medir el impacto de la educación proporcionada por la enfermera en la calidad de vida y seguimiento de las recomendaciones.
- Recogida de datos a través de una encuesta elaborada "ad hoc" a pacientes a los que se ha realizado el programa de educación en migraña, previa firma de consentimiento informado y explicación del estudio.
- Análisis de los datos obtenidos utilizando el programa estadístico IBM SPSS Statistics.



CONCLUSIONES

- El **75,56%** de los pacientes ha seguido **siempre** las indicaciones recibidas en tratamiento agudo de las crisis de migraña.
- El **43,33%** y **45,56%** de los pacientes habían recibido **algo de información**, pero menos detallada, sobre el estilo de vida y tratamiento agudo de las crisis de migraña, respectivamente.
- El **68,89%** piensa que la educación recibida ha servido para **conocer mejor sus migrañas y mejorar su calidad de vida**.
- El **68%** de los pacientes que han **seguido siempre** las recomendaciones recibidas piensan que ha **mejorado su calidad de vida**.

Podemos concluir que la educación y evaluación periódica realizada por la enfermera es fundamental en la adherencia y mejoría de la calidad de vida percibida por los pacientes con migraña, siendo una parte básica del tratamiento global de esta patología.

Bibliografía

1. Cady R, Farmer K, Beach ME, Tarrasch J. Nurse-based education: an office-based comparative model for education of migraine patients. Headache. 2008 Apr;48(4):564-9. doi: 10.1111/j.1526-4610.2008.00911.x. PMID: 18377379
2. Manual de cefaleas de la Sociedad Española de Neurología 2020. Santos Lasasoa et al Ediciones SEN.
3. Kindelan-Calvo P, Gil-Martínez A, Paris-Alemany A, Pardo-Montero J, Muñoz-García D, Angulo-Díaz-Parreño S, La Touche R. Effectiveness of therapeutic patient education for adults with migraine. A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Pain Med. 2014 Sep;15(9):1619-36. doi: 10.1111/pme.12505. Epub 2014 Aug 26. PMID: 25159212.



Uso de lentes de bajo coste como estrategia enfermera en el tratamiento del Síndrome de Jeavons. A propósito de un caso.

Arantxa Cortés Amador
María Palanca Cámara

Enfermeras Unidad Epilepsia Refractaria, Hospital Universitario y Politécnico la Fe

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Jeavons es un tipo de epilepsia de baja incidencia, caracterizada por descargas generalizadas punta-onda en el electroencefalograma susceptibles a los cambios de luz, acompañada de mioclonías palpebrales, que desaparecen en completa oscuridad. Conlleva alta incidencia de fotosensibilidad y tendencia al estatus no convulsivo.

METODOLOGÍA

- Realización de estimulación lumínica intermitente para diagnóstico del Síndrome de Jeavons, en dos monitorizaciones previa y posterior al uso de lentes de bajo coste oscuras.
- Exploración neurológica durante la aparición de las descargas y crisis mioclónicas palpebrales.
- Administración de la escala Patient Global Impression of Change (PGI-C) para comprobar su sensación de mejoría con las gafas (2º, 4º y 6º mes).

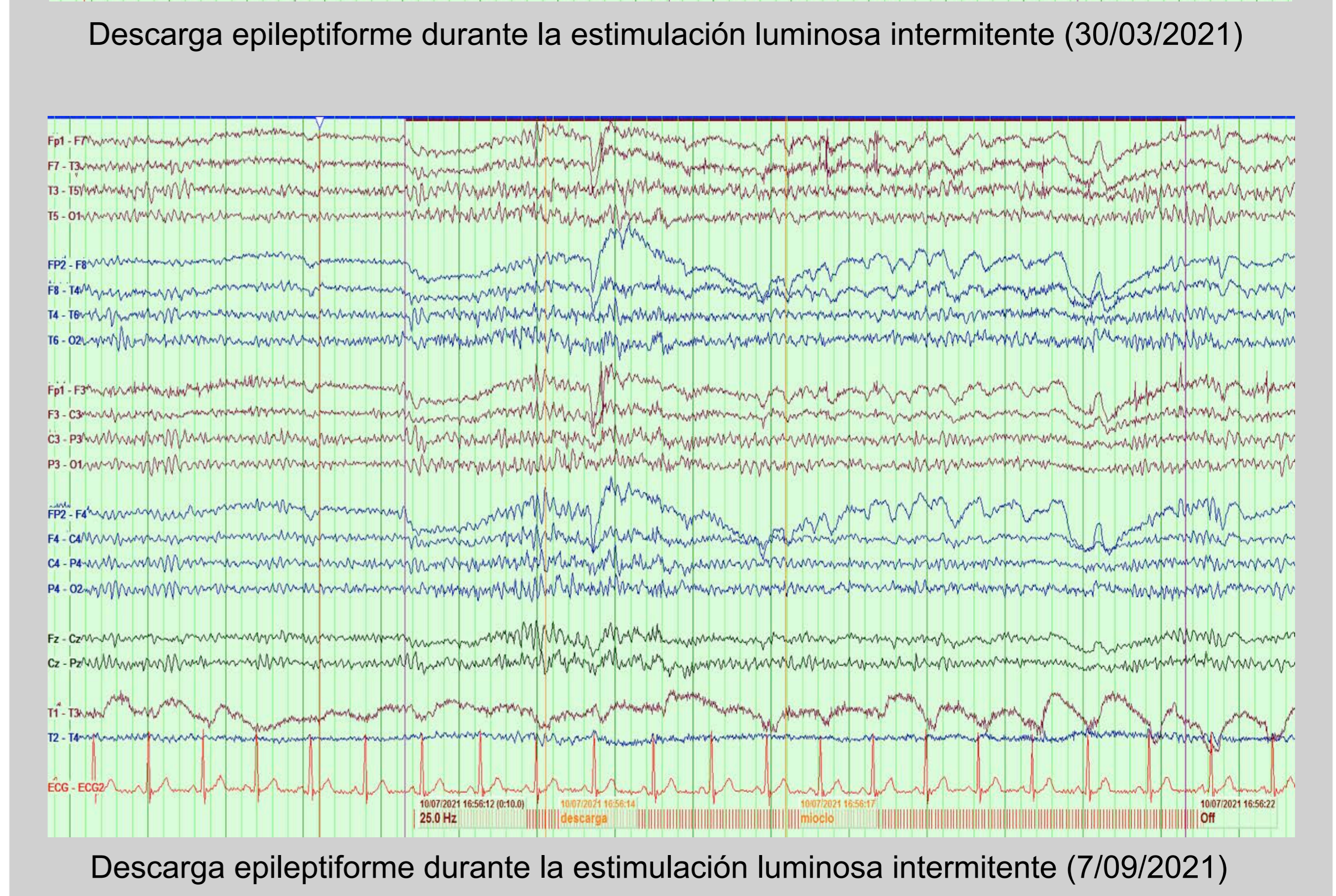
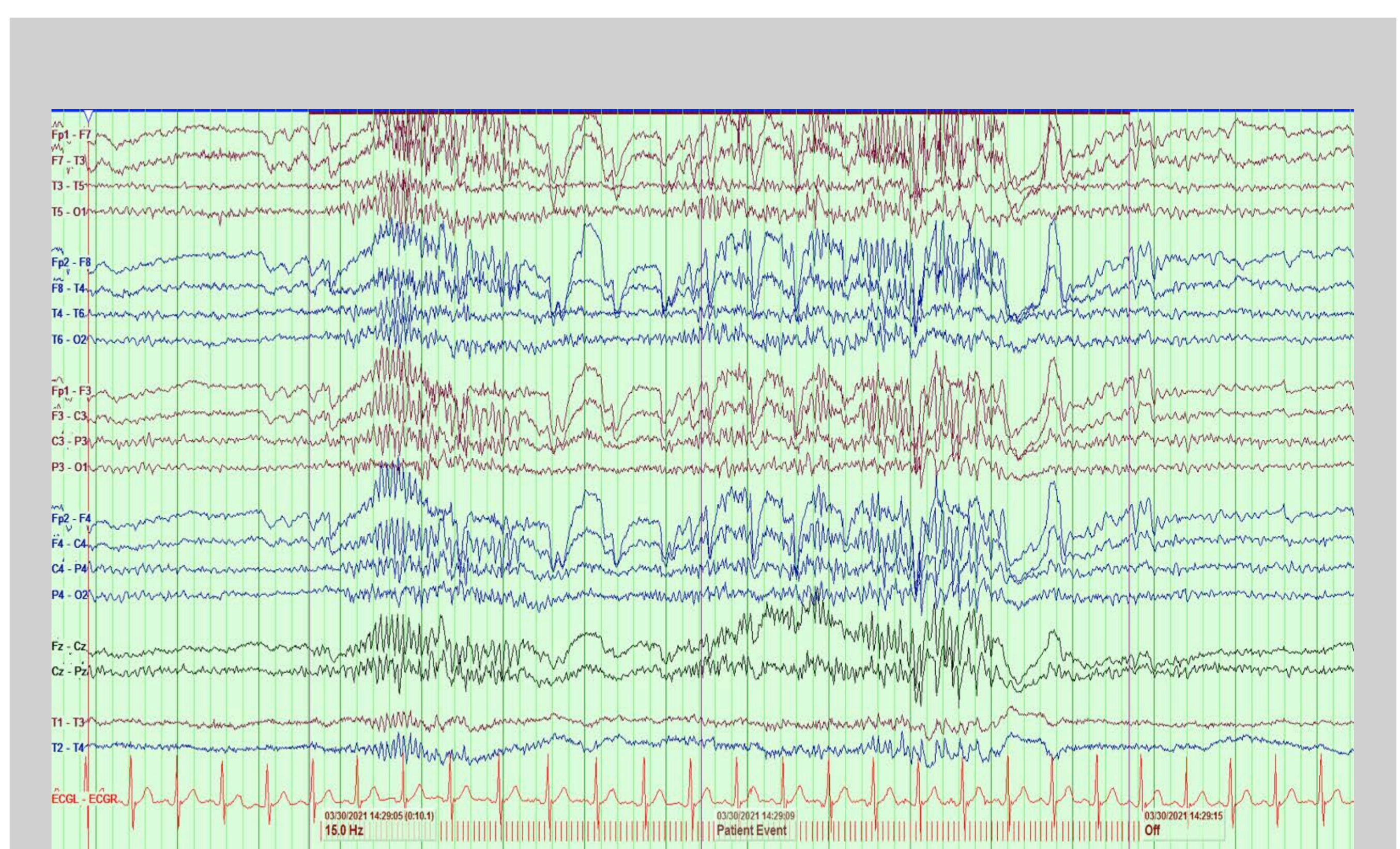
OBJETIVOS

- Comprobar la mejoría subjetiva del paciente mediante el uso de lentes de bajo coste oscuras.
- Comprobar la mejoría objetiva del paciente mediante una nueva monitorización video-EEG con las lentes de bajo coste oscuras.

CASO CLÍNICO

- Varón, de 35 años.
- Independiente para las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.
- Diestro.
- Sin antecedentes médicos de interés.
- Historia previa de crisis mioclónicas palpebrales diarias, asociadas a estímulos luminosos.

NANDA	NOC	NIC
00162 Disposición para mejorar el régimen terapéutico (dominio 1)	<ul style="list-style-type: none"> • Conducta de cumplimiento • Control del síntoma • Participación en las decisiones sobre la asistencia en salud 	<ul style="list-style-type: none"> • Acuerdo con el paciente • Educación en salud • Modificación de la conducta
00122 Alteración de la percepción sensorial visual (dominio 5)	<ul style="list-style-type: none"> • Conducta de compensación visual 	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorización neurológica • Manejo ambiental
00070 Deterioro de la adaptación (dominio 9)	<ul style="list-style-type: none"> • Toma de decisiones 	<ul style="list-style-type: none"> • Facilitar el aprendizaje • Aumentar el afrontamiento • Apoyo en la toma de decisiones



DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Actualmente existen lentes específicas para esta problemática. No obstante, presentan varios inconvenientes, como son: elevado coste económico, dificultad de adquisición e impacto estético. Y, en consecuencia, dificultad de adherencia al tratamiento.

Los resultados del presente, aunque deben ser acogidos con cautela, muestran que las lentes "Ray-Ban®" para ojos especiales, pueden ser una posible solución económica y accesible para mejorar la epilepsia fotoparoxística, que supondría una mejora en la calidad de vida del paciente. Sin embargo, es necesario la realización de futuros estudios para confirmar esta hipótesis.

CONFLICTO DE INTERESES

Las autoras declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

- Butcher H.K, Bulechek G.M, Dochterman J.M, et al. Clasificación de intervenciones de enfermería NIC. 7ª ed. Barcelona, España, 2018.
- Kasteleijn-Nolst D, Rubboli G, Hirsch E, et al. Methodology of photic stimulation revisited: Updated European algorithm for visual stimulation in the EEG laboratory. *Epilepsia*, 2012; 53(1):16–24.
- Moorhead S, Swanson E, Johnson M, et al. Clasificación de resultados de enfermería NOC. 6ª ed. Barcelona, España, 2018.
- NANDA international. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación. 2021-2023. 12ª ed. Barcelona, España. 2021.
- Poleon S, Szaflarski JP, Photosensitivity in generalized epilepsies. *Epilepsy Behav* 2016; 68():225-233.

PREVALENCIA DE DESNUTRICIÓN EN PACIENTES CON ICTUS



Rivas Rodríguez, A.*, Cañón García, O.*, Santiago Blanco, L.*, Rubio Frade, C.*, Ballesteros Pomar, M.**, García-Tuñón Villaluenga, L.***

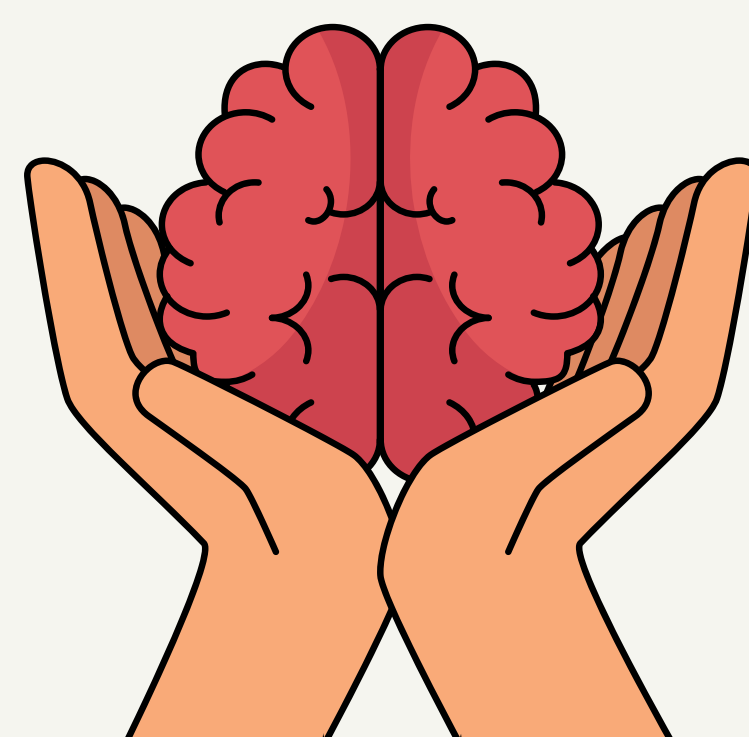
*Enfermera en Complejo Asistencial Universitario de León. Planta Neurología.

**Médica en Endocrinología Complejo Asistencial Universitario de León

***Médico especialista en Neurología en Complejo Asistencial Universitario de León.

INTRODUCCIÓN

La presencia de desnutrición en pacientes con ictus incrementa su morbilidad y empeora notablemente su pronóstico.



OBJETIVO

Estudiar la prevalencia de desnutrición y sus implicaciones en evolución en pacientes tras ictus.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo, longitudinal.

Se recogieron antecedentes personales, distintas escalas y valores antropométricos.

Realizado en la Unidad de Ictus del Complejo Asistencial Universitario de León (CAULE) durante los meses de abril a junio de 2021.

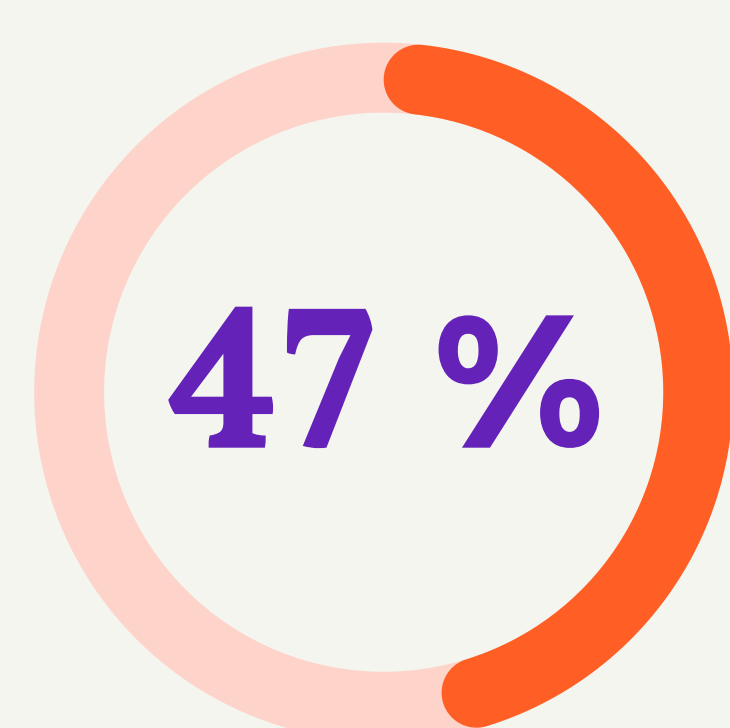
CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes mayores de 18 años.
- Pacientes que otorgaron consentimiento informado.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

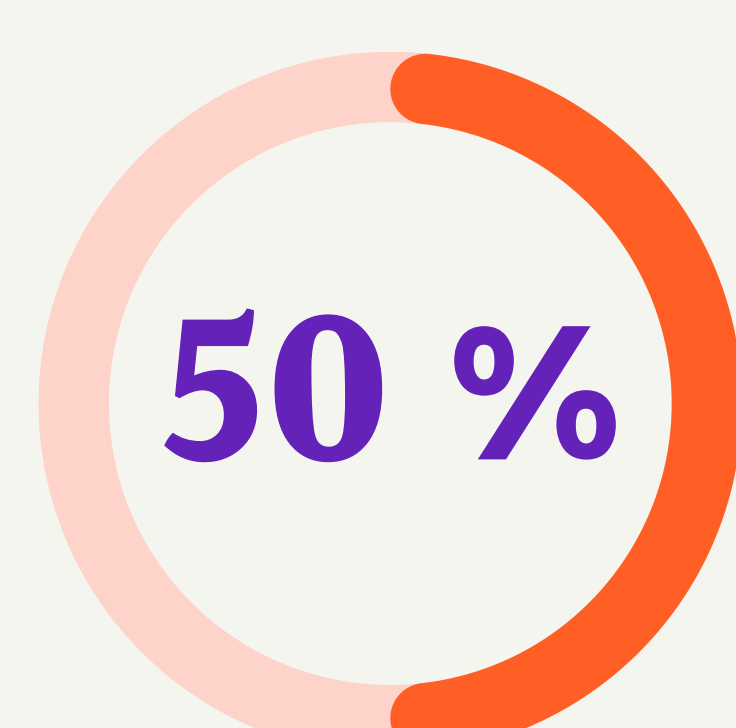
- Pacientes con mal pronóstico desde el ingreso.
- Pacientes cuyo diagnóstico fue accidente isquémico transitorio (AIT).
- Pacientes que ya ingresaron en la unidad con una dieta pautada.

RESULTADOS



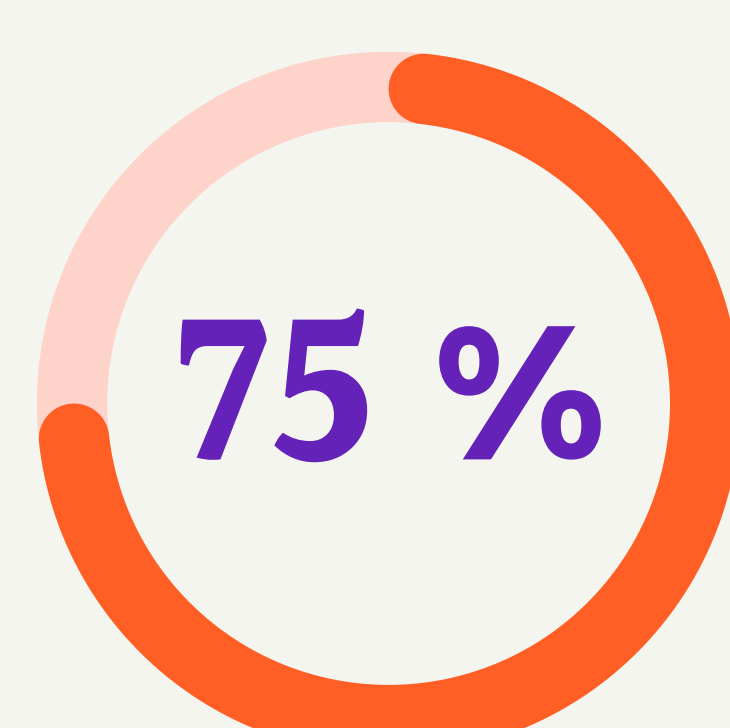
Sexo

47% Mujeres
53% Hombres



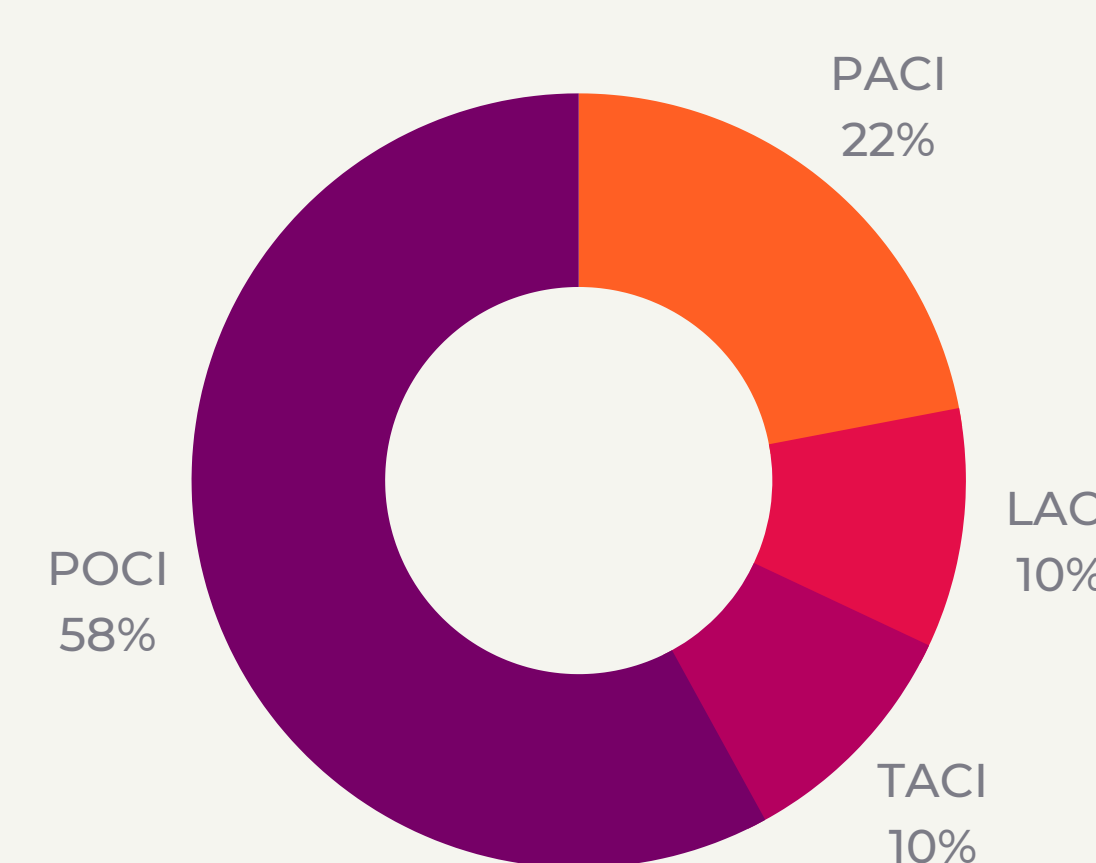
Edad

50% Mayores de 75 años
50% Menores de 75 años

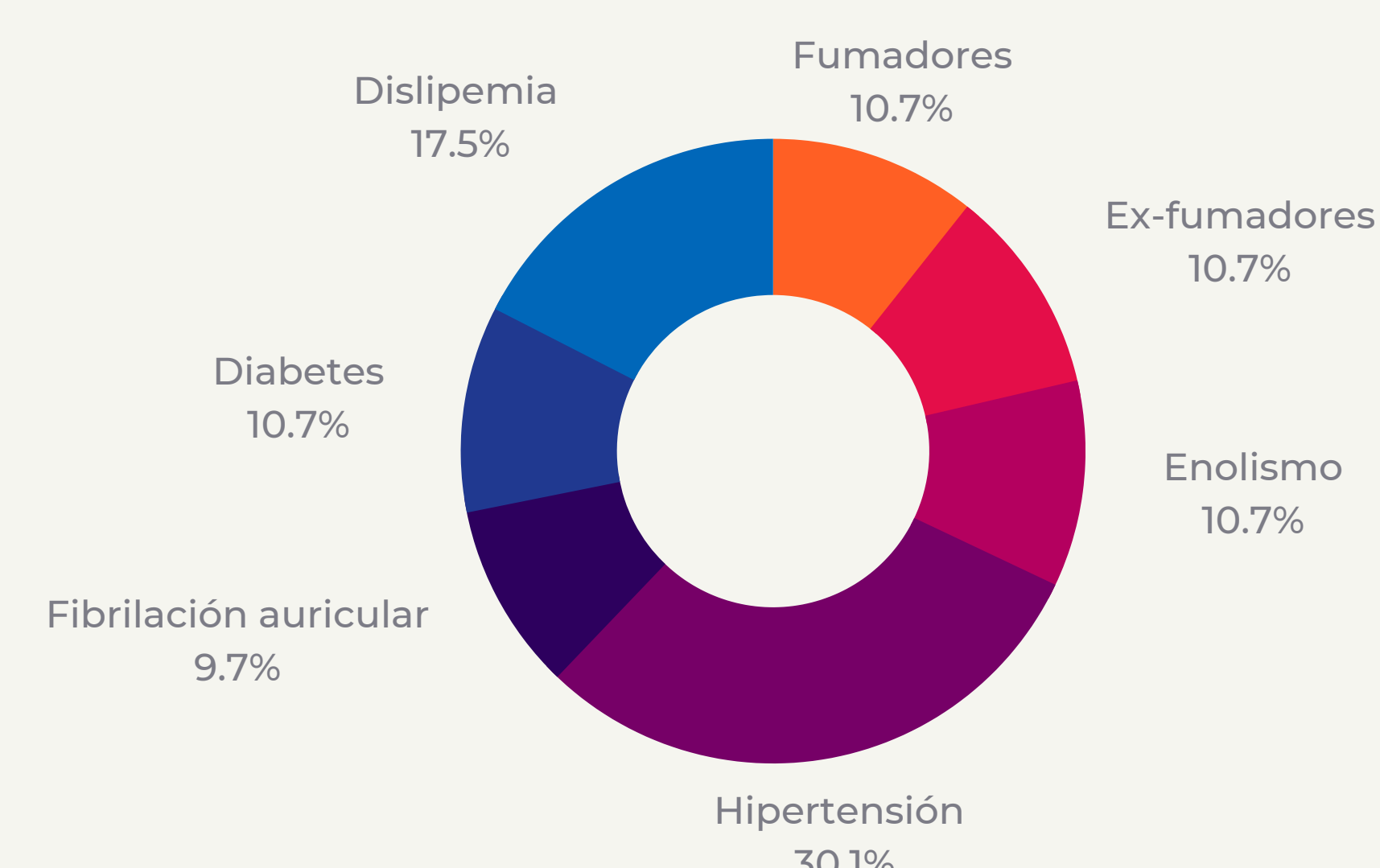


Cribado desnutrición (MUST)

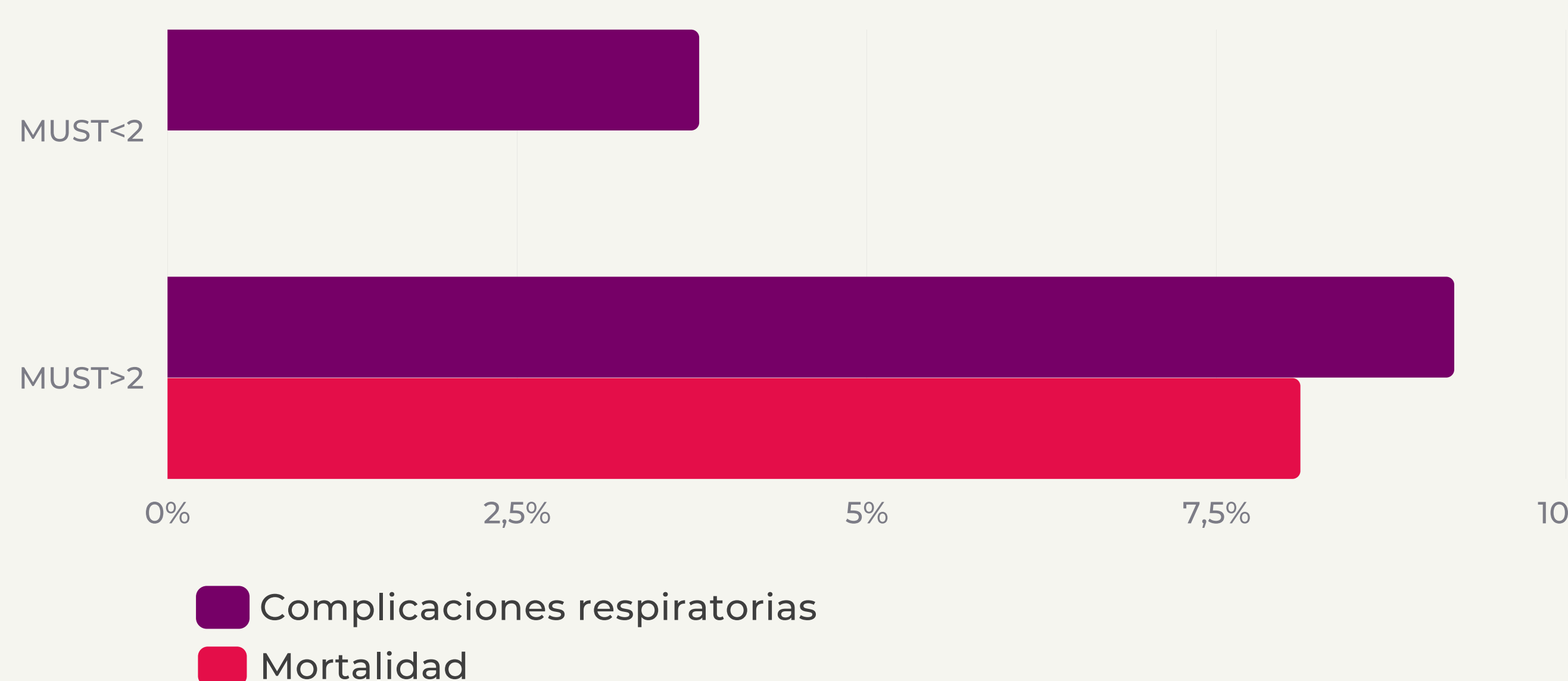
75% Desnutrición al ingreso
25% Desnutrición a la semana



Clasificación Oxford



Factores de riesgo cardiovascular



-Muestra: 95 pacientes
-Peso medio: 75Kg
-IMC medio: 27,7KG/m²
-Media de la circunferencia de la pantorrilla: 28cm
-Pérdida de peso previa: 8,2% de los pacientes
-Pérdida de peso media: 4,2%

CONCLUSIÓN

La prevalencia de riesgo nutricional al ingreso fue alta en pacientes con ictus y se relaciona con mayor mortalidad, más complicaciones respiratorias y mayor estancia media.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.Terré R. Disfagia orofaríngea en el ictus: aspectos diagnósticos y terapéuticos. Rev Neurol. 2020; 70: 444-452.
- 2.Arnold M, Liesirova K, Broeg-Morvay A, Meisterernst J, et al. Dysphagia in Acute Stroke: Incidence, Burden and Impact on Clinical Outcome. PLoS One. 2016;11(2):e0148424.
- 3.Veitía Guillermo. Disfagia orofaríngea. Gen [Internet]. 2009; 63(4): 302-307.
- 4.Pere Clavé A, Viridiana Arreola A, Mercedes Velasco B, Miquel Quer C, et al. Diagnóstico y tratamiento de la disfagia orofaríngea funcional. Aspectos de interés para el cirujano digestivo. Cir Esp. 2007; 82(2): 62-76.

Revisión de los errores de uso de la pluma de administración de anticuerpos monoclonales contra el CGRP en el Hospital de la Vall d'Hebron

Eulàlia Giné, Victor J Gallardo, Marta Torres-Ferrús, Alicia Alpuente-Ruiz, Patricia Pozo-Rosich.

Unidad de Cefalea, Servicio de Neurología, Hospital Universitario Vall d'Hebrón, Barcelona
Headache Research Group, Vall d'Hebron Institut de Recerca (VHIR), Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona

Introducción

- En 2019, se aprobaron los primeros anticuerpos monoclonales contra el péptido relacionado con el gen de la calcitonina (CGRP-mAbs) para el **tratamiento preventivo de la migraña**
- Se autoadministran con una **pluma precargada** de un solo uso, tras el entrenamiento en la **consulta enfermera**

Ezpeleta, D., Rosich, P. P., Romero, J. V., Gago Veiga, A., & Santos Lasaosa, S. (2015). Guía Oficial de la práctica clínica en cefaleas (SEN)
FICHA TECNICA AIMOVIG 70 MG SOLUCION INYECTABLE EN PLUMA PRECARGADA. (AEMPS). Nov 2018
FICHA TECNICA EMGALITY 120 MG SOLUCION INYECTABLE EN PLUMA PRECARGADA. (AEMPS). Nov 2018

Conclusiones

- Los errores en autoadministración de CGRP-mAb son **poco frecuentes**, y fueron más frecuentes en el grupo de **pacientes de mayor edad** y aquellos **tratados con Galcanezumab**
- La **consulta enfermera** es un recurso útil para **reforzar el uso de la pluma** incidiendo en los pasos de autoadministración y dar **soporte** que facilite la comprensión y uso de la pluma para **optimizar** la adherencia terapéutica y minimizar costes económicos secundarios a los errores de autoadministración

Objetivo

Describir la incidencia de errores en la autoadministración de los CGRP-mAbs

Métodos

- Se incluyeron a todos los pacientes con migraña que **iniciaron tratamiento con CGRP-mAbs** (Erenumab o Galcanezumab)
- Se recogieron datos demográficos y se anotaron la **presencia de errores en la autoadministración** del tratamiento durante las primeras 12 dosis
- Se realizó un análisis descriptivo y se comparó la **frecuencia de errores** entre tratamientos mediante la prueba de chi-cuadrado

Resultados

- Se incluyeron **432 pacientes** (250 Erenumab y 182 Galcanezumab) y un total de 2872 dosis administradas
- El 82,87% eran mujeres (358/432) y la edad media era de 47,12±10,78 años. Un 3,70% (16/432) de los pacientes reportaron errores en la autoadministración con un **total de 18/2872 dosis** mal administradas
- Los tipos de errores de autoadministración fueron: encallar pluma (8/18; 44,44%), error de auto-inyección (5/18, 27,78%) y olvidar sacar el tapón (3/18; 16,67%).
- Se encontraron **diferencias estadísticamente significativas** entre:
 - El número de pacientes con errores en la auto-inyección del tratamiento y el CGRP-mAb (Erenumab: 12,5% vs. Galcanezumab: 87,5%, p<0.001)
 - La edad de los pacientes tratados (Erenumab: 44,46±9,84 vs. Galcanezumab: 50,78±10,97, p<0.001)

Discusión

- En anteriores estudios se evidencia que el uso de las plumas precargadas son una **ayuda para los pacientes**, pero se reportaron los errores durante el uso, con mayor frecuencia no sacar el tapón, colocación incorrecta de la pluma o errores relacionados con la activación de la pluma

Weinhold, T., Del Zotto, M., Rochat, J. et al. Improving the safety of disposable auto-injection devices: a systematic review of use errors. AAPS Open 4, 7 (2018)

Variable	Erenumab (250)	Galcanezumab (182)	Total (432)	P valor
Edad, años	44.46 (9.84)	50.78 (10.97)	47.12 (10.78)	<0.001 ¹
Mujeres, n (%)	203 (81.20)	155 (85.16)	354 (82.87)	0.342 ²
Educación, años	19.29 (3.24)	19.05 (3.46)	19.19 (3.33)	0.470 ¹
Diagnóstico, n(%)	59 (23.60)	39 (21.43)	98 (22.68)	0.678 ²
M. Episódica	191 (76.40)	143 (78.57)	334 (77.31)	
M. Crónica				

¹ Test t-student

² Test Chi-cuadrado

Edad y educación expresados en media (SD)

¿PUEDE TU ENFERMERA AYUDARTE EN LA ADHERENCIA A THC:CBD?

AUTORES: García Gimenez, Carmen⁽¹⁾; García García, M^a Dolores⁽²⁾; Ignacio García Herrero⁽²⁾.

(1).- Enfermera consulta Esclerosis Múltiple. Hospital Universitario Santa Lucía, Cartagena (Murcia).

(2).- Complejo Universitario Santa Lucía de Cartagena.

INTRODUCCIÓN

Los pacientes con esclerosis múltiple, entre los síntomas, uno de los destacados es la espasticidad, la cual tiene una gran repercusión en su calidad de vida. El uso de THC:CBD puede mejorar mucho este síntoma, pero este medicamento no tiene dosis estándar, por lo que hay que ajustar a cada paciente. Para lograr éxito y la mayor mejoría de la espasticidad y síntomas asociados, lo más adecuado creemos que es el seguimiento y acompañamiento por parte de la enfermera de la consulta de Esclerosis Múltiple.

OBJETIVO

Nuestro objetivo principal es comprobar si nuestros pacientes realizan el escalado de dosis de la forma correcta para alcanzar la dosis óptima, y con ello consiguen mejoras sustanciales en su calidad de vida al conseguir paliar los síntomas relacionados con la espasticidad (dolor, espasmos, disfunción urinaria, problemas de movilidad y de la marcha).

Nuestro objetivo secundario es enseñar cómo se debe realizar la escalada de dosis de THC:CBD para obtener todos los beneficios ya descritos de su uso entre nuestros pacientes con esclerosis múltiple.

MATERIAL Y METODOS

Este es un estudio descriptivo prospectivo.

Aquí están un cuadro estándar que se aconseja para realizar la escalada de dosis hasta alcanzar la dosis óptima, y el cuestionario semanal en el que, tan solo describirán los síntomas de espasticidad que manifiesten, los cuales haremos a nuestros pacientes durante la escalada de dosis de THC:CBD que den una mejor calidad de vida, sin ningún tipo de efecto indeseable.

EJEMPLO DE ESCALADA

DIA	FECHA	MAÑANA/DIA PULVERIZACIONES	TARDE/NOCHE PULVERIZACIONES	TOTAL PULVERIZACIONES
1	22/05/18	0	1	1
2	23/05/18	0	1	1
3	24/05/18	1	1	2
4	25/05/18	1	2	3
5	26/05/18	1	2	3
6	27/05/18	1	2	3
7	28/05/18	2	2	4
8	29/05/18	2	3	5
9				

← Iniciamos escalada

← Ligero mareo, no aumentamos dosis hasta resolución

← El mareo desaparece

← Reiniciamos escalada

E iremos subiendo así hasta alcanzar **dosis de confort: máxima calidad de vida sin efectos indeseables.**

Aquí están los cuadros que se aconseja para realizar la escalada de dosis hasta alcanzar la dosis óptima⁽¹⁾, y el cuestionario semanal que haremos a nuestros pacientes durante la escalada de dosis de THC:CBD que den una mejor calidad de vida, sin ningún tipo de efecto indeseable.

CUESTIONARIO SEMANAL

SINTOMAS RELACIONADOS CON LA ESPASTICIDAD	SI	NO
DOLOR		
DIFICULTAD PARA CAMINAR		
DISFUNCION URINARIA		
CAPACIDAD PARA REALIZAR ACTIVIDADES DIARIAS		
CALIDAD DEL SUEÑO		
Nº DE ESPASMOS		
Nº DE DESPERTARES NOCTURNOS		
GRADO MEDIO DE ESPASTICIDAD EN LAS ULTIMAS 24 HORAS (DE 0 A 10)		
ALGO QUE DESTACAR		

RESULTADOS

- El 100% de nuestros pacientes en tratamiento con THC:CBD que han realizado la escalada con la ayuda y soporte de la enfermera han alcanzado la dosis de confort de forma progresiva y rápida.
- El cuestionario semanal para monitorizar los síntomas relacionados con la espasticidad presenta unos resultados de mejoría en el 90% de los casos en los que se ha conseguido subir a una dosis recomendada.

CONCLUSIONES

- La tolerancia a alcanzar la dosis correcta de THC:CBD se ha visto aumentada (pendiente de cuantificar en siguientes trabajos) cuando esta ha sido realizada de forma progresiva y con la supervisión de la enfermera, por lo que consideramos recomendable que esta escalada en la dosis se realice con la supervisión de la enfermera de la consulta de esclerosis múltiple.
- La tabla que hemos presentado y usado en el estudio la consideramos la recomendable para que sea usada por las enfermeras de consulta de esclerosis múltiple para la escalada en la dosis de THC:CBD.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- FICHA TECNICA SATIVEX 2,7 MG/2,5 MG SOLUCION PARA PULVERIZACION BUCAL [Internet]. Aemps.es. [citado el 19 de septiembre de 2021]. Disponible en: https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/72544/FT_72544.html

CEFALEAS: UN ABORDAJE ENFERMERO

Moro García, M.Y; Blanco Prado, L; Martínez López, D; Alba Gonzalez, R; Robla Álvarez, H; Martín Pérez, I.M

Complejo Asistencial Universitario de León

INTRODUCCIÓN

La cefalea es un síntoma, síndrome o enfermedad con una etiología muy variada y extremadamente frecuente, que afecta en mayor porcentaje a mujeres que a hombres. Puede ser de poca importancia clínica o representar la primera manifestación de una enfermedad subyacente más grave.

OBJETIVOS



Recopilar información relativa a los signos de alarma tras la aparición de cefalea, así como contenidos referentes a los nuevos tratamientos y terapias alternativas, tanto medicas como enfermeras, para contrarrestar la cefalea y sus consecuencias.

MÉTODOS



Se realiza una revisión bibliográfica con las bases de datos Pubmed, Google Scholar y Web of Science, contemplándose artículos escritos en lengua española o inglesa en los últimos 5 años.
Palabras clave:
-cefalea
-headache / classification
-headache / diagnosis
-chronic daily headache
- headache treatment

CLASIFICACION DE LAS CEFALEAS	
NO ALTERACIÓN ESTRUCTURAL SUBYACENTE	ALTERACIÓN ESTRUCTURAL, TÓXICA O METABÓLICA
CEFALEAS PRIMARIAS	CEFALEAS SECUNDARIAS
MIGRAÑA	TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO
CEFALEA TENSIONAL	TRASTORNOS VASCULARES
CEFALEA EN RACIMOS	TRASTORNOS INTRACRANEALES NO VASCULARES
HEMICRÁNEA PAROXÍSTICA	INFECCIÓN
CEFALEA PRIMARIA PUNZANTE	INGESTA O SUPRESIÓN DE SUSTANCIAS
CEFALEA PRIMARIA DE LA TOS	TRASTORNOS METABÓLICOS O DE HOMEOSTASIS
CEFALEA ASOCIADA A EJERCICIO FÍSICO	ALTERACIÓN ESTRUCTURAL FACIAL O CRENAL
CEFALEA ASOCIADA A ACTIVIDAD SEXUAL	TRASTORNO PSIQUIÁTRICO
CEFALEA CRÓNICA DIARIA	
CEFALEA COMO ENFERMEDAD	CEFALEA COMO SÍNTOMA



- Signos y síntomas de alarma de las cefaleas**
- Inicio a edad ≥ 50 años
 - Cefalea intensa de comienzo súbito
 - Cefalea de intensidad o frecuencia progresiva
 - Datos indicativos de enfermedad sistémica, neoplásica o coagulopatías
 - Migraña con aura atípica
 - Cambio de características de una cefalea crónica
 - Cefalea que se provoca o incrementa con esfuerzos, tos, maniobra de Valsalva, cambios posturales bruscos, etc.
 - Presencia de convulsiones, fiebre o vómitos
 - Presencia de clínica neurológica focal, signos de irritación meníngea o edema de papila
 - Presencia de alteraciones conductuales o cognitivas
 - Toma de tratamiento anticoagulante



TRATAMIENTO



FARMACOLÓGICO



FÁRMACOS PROFILÁCTICOS	FÁRMACOS SINTOMÁTICOS
Anticonvulsivos y antidepresivos • Ácido valproico • Amitriptilina • Fluoxetina • Fenelzina Antifarmacológicos no esteroideos • Ácido acetilsalicílico • Naproxeno • Fenoprofeno Agonistas selectivos de receptores β_2 -adrenérgicos • Propranolol • Timolol Antagonistas de los canales del calcio • Verapamilo • Nimodipino Otros fármacos o productos profilácticos para la migraña • Gabapentina • Toxina botulínica A	Agonistas de receptores serotoninérgicos 5-HT _{1B/1D} • Dihidroergotamina • Ergotamina • Sumatriptán • Zolmitriptán • Rizatriptán • Naratriptán Otros fármacos sintomáticos para la migraña • Isometeptano • Triptolol • Butorfanol • Paracetamol/codenaína • Paracetamol/trifluoroacetato de butilfenil • Naproxeno • Proclorperazina

NO FARMACOLÓGICO



• DIETA SALUDABLE. NO SALTARSE COMIDAS. NO ALCOHOL/TABACO/CAFEÍNA



• EJERCICIO FÍSICO REGULAR. CAMINAR 15 MINUTOS/DÍA E IR AUMENTANDO HASTA UNA HORA



• EVITAR MALAS POSTURAS SI SE ESTA MUCHO TIEMPO SENTADO



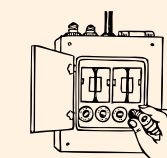
• DORMIR MÍNIMO DE 7 HORAS Y MANTENER UN HORARIO REGULAR



• EVITAR SITUACIONES DE ESTRÉS

TÉCNICAS ALTERNATIVAS

• Estimulación Eléctrica



• Acupresión



• Acupuntura



CONCLUSIONES



La cefalea es uno de los principales motivos de consulta en Neurología. En la gran mayoría de los casos son de etiología primaria. Es necesario reconocer los signos y síntomas de alarma para poder sospechar cefaleas secundarias que pueden constituir un problema grave. Enfermería es un pilar fundamental en cuanto a la recogida de información en la consulta de Atención Primaria, así como a la hora de aportar recomendaciones complementarias no farmacológicas que ayuden al control del dolor de la cefalea desde sus inicios (educación, dieta, sueño y vigilia y ejercicio físico)



BIBLIOGRAFÍA

1. Bennett HV, Rathwell JF, Wu CL, Turk DC, Argoff CE, Hurley BF. Practical Management of Pain: Fifth Edition. Pract Manag Pain Fifth Ed. 1 de enero de 2014. 1115. Disponible en: <https://pubs.ascp.com/doi/10.1197/ptm.2013.01.001>
 2. Cohen F, Colquhoun E. Headache: Classification and diagnosis. Head Update. 2014;13(2):44-48. Disponible en: <http://pubs.ascp.com/doi/10.1197/ptm.2013.01.001>
 3. International Headache Society (IHS). Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. Cephalalgia. 23 de enero de 2018. 38(1):1-171. Disponible en: <https://pubs.ascp.com/doi/10.1197/ptm.2013.01.001>
 4. Signe RB. Headaches and other head pain. Goldman L, Schafer AI, eds. Goldman's Cecil Medicine. 26th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2016: chap 288

Introducción

En noviembre de 2020 se formó el **GEC-SEDENE**. Uno de los objetivos principales del grupo de estudio es **promover la formación y actividades docentes** relacionadas con la enfermería en cefalea. Por este motivo se impulsó la realización de **sesiones formativas internas** sobre actualización de conocimientos en cefalea para las enfermeras que pertenecen al GEC-SEDENE

Metodología

Las participantes fueron aquellas enfermeras que asistieron a las sesiones formativas. Se registraron las variables mediante un cuestionario estandarizado. Los datos se recogieron en una base de datos codificada (REDCap). Fueron autocompletadas por los participantes de manera anónima posteriormente a cada sesión formativa. Los asistentes valoraron la sesión con una puntuación del 1 al 10 sobre 10 (de menor a mayor puntuación), la aplicabilidad de los conocimientos adquiridos, la extensión de la charla, los recursos, el dominio de los ponentes, el interés, la satisfacción global de la charla y sugerencia/ interés por futuras charlas. Se realizó un análisis descriptivo

Objetivo

Evaluar la satisfacción de las sesiones formativas por parte de las enfermeras asistentes del GEC-SEDENE

Resultados

Desde Abril, se han realizado **5 sesiones formativas** con un total de 33 encuestas completadas. En la primera sesión asistieron 8 personas, en la segunda 9, en la tercera 8, en la cuarta 5 y en la quinta sesión 4 participantes. Se cumplieron las expectativas con un valor de **9 y 10 en un 72,7%** de los casos, del mismo modo se obtuvo una puntuación de 9 y 10 en un **72,7%** en el **valor del contenido** y un **87,8%** valora **muy satisfactoriamente la actividad**. De las propuestas de temas a tratar en las siguientes sesiones se propusieron hablar de protocolos de las Unidades de Cefalea, banderas rojas en urgencias, casos especiales, calendarios (en 4 ocasiones), nuevas terapias farmacológicas, estudios clínicos, dudas más comunes de los pacientes, embarazo, casos clínicos y migraña relacionada con trastornos de sueño.

Conclusiones

Los resultados de este estudio muestran que las sesiones formativas de **GECSEDENE bajo el lema "Migraña Café"** realizadas vía online han permitido conseguir uno de los objetivos del grupo de estudio, satisfacer la necesidades formativas de los miembros, así como motivar y fomentar las relaciones y descubrir de manera precoz futuros temas interesantes para abordar en el grupo

ACTUALIZACIÓN DE LA CONSULTA DE ENFERMERIA VASCULAR EN LA MONITORIZACIÓN PROLONGADA EN ICTUS TIPO ESUS. RESULTADOS A 2021

Autores: Joaquín Alberto García Gálvez (1), M^a del Rocío González Martínez (2), Ana M^a Marín Ferrón(1) , Rebeca Ortiz Martínez(1) , Encarnación Egea Resina(1) , M^a Teresa García Pérez (1)
(1) Unidad de Gestión Clínica de Neurología y Neurofisiología del Hospital Universitario Torrecárdenas – Almería -
(2) Unidad de Cardiología. Agencia Sanitaria Hospital de Poniente – El Ejido (Almería) -

INTRODUCCIÓN

El ictus presenta una elevada morbimortalidad, siendo primera causa de mortalidad entre mujeres españolas y la segunda en varones, pudiendo ser el 85 % de los casos isquémicos y el 15 % hemorrágicos.
En un 25 % de los ictus isquémicos no es posible identificar la causa que lo ha producido (criptogénicos), de estos el 20 % se debe a la Fibrilación Auricular.
En diciembre de 2016 la UGC de Neurología del H. U. Torrecárdenas de Almería adquiere dos equipos de monitorización prolongada, para intentar detectar estas arritmias en los ictus isquémicos tipo ESUS.



En la actualidad se dispone de varios equipos con unas bandas de monitorización y sin limitación de equipos de monitorización.



OBJETIVO

Ofrecer mediante la consulta de enfermería vascular cuidados de calidad a los pacientes que han sufrido un ictus y para ello se debe:

- Continuar con educación para la salud en pacientes
- Realizar cuidados y seguimiento al paciente con monitorización prolongada

METODOLOGÍA

Desde el inicio de la colocación de la monitorización hemos modificado la metodología de trabajo, manteniendo:

- Criterios médicos y enfermeros de inclusión.



- Una agenda enfermera en programa Diraya.



- Realizar escalas enfermeras Barthel y Lawton y Brody en la primera visita



Durante los primeros meses se impartía una sesión formativa a paciente y familiar, y se realizaban contactos telefónicos semanales hasta la entrega del dispositivo.

En una segunda etapa se participó en un proyecto de investigación en que se realizaba comprobación de señal a las 48 – 72 horas de su colocación, descarga de información a los 15 días y eliminamos contactos telefónicos.

Actualmente se han adquirido unos nuevos textiles y sistemas de monitorización. Solo se realiza visita inicial y final, no se realizan descargas quincenales. Y se ofrece posibilidad de consultar dudas a través de un teléfono de contacto de lunes a Viernes de 8 a 15 horas.

RESULTADOS

Se realizaron 108 monitorizaciones, 65 hombres y 43 mujeres, con una media de edad de 65,64 años, un puntuación media de Barthel de 91,85 puntos y una puntuación media de Lawton Brody de 6,76 puntos.

De las señales analizadas se pudo detectar Fibrilación Auricular a un 21 % de los pacientes monitorizados con este sistema.



CONCLUSIONES

El sistema de monitorización prolongada demuestra que es eficaz en los porcentajes publicados en la detección de Fibrilación Auricular en pacientes que han sufrido un ictus isquémico.

EVOLUCIÓN DEL PROGRAMA ESCUELA DE FAMILIAS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO TORRECÁRDENAS - ALMERÍA -

Autores: Joaquín Alberto García Gálvez, María Teresa Sánchez Gembero, M^a Dolores López Martínez, Esther Fernández Alles, Angela Villarejo Machado, Teresa Soler Jimenez
Unidad de Gestión Clínica de Neurología y Neurofisiología del Hospital Universitario Torrecárdenas – Almería -

INTRODUCCIÓN

Desde octubre de 2019 en la Unidad de Gestión Clínica de Neurología hemos estado trabajando en un proyecto de Educación Sanitaria dirigido a familiares de pacientes afectados de ictus llamado **Escuela de Familias**. Para ello una de las enfermeras de nuestra unidad participó en un programa de formación facilitado por la **Fundación Dacer**, en el cuál adquirió las competencias necesarias para llevar a cabo este proyecto.

EDUCACIÓN PARA LA SALUD:
La educación para la salud comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente destinadas a mejorar la alfabetización sanitaria que incluye la mejora del conocimiento de la población y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la mejora de la salud.

ESCUELA DE FAMILIAS:
Consiste en la formación a familias de personas que han sufrido un ictus. El objetivo es aprender, de profesionales especializados, a cuidar con seguridad y estimular de forma precoz, global e intensiva.

OBJETIVO

Ofrecer a pacientes y familiares de pacientes que han sufrido un ictus información necesaria, es decir, educación para la salud y de este modo poder estimular al paciente con Daño Cerebral a través de las actividades de la vida diaria. Para ellos la **estimulación** debe ser **precoz, intensiva y global**. Para poder evaluar la repercusión en los usuarios se realizará una comparativa de un cuestionario con 12 preguntas pre y post la intervención.

METODOLOGÍA

La intervención se analizará mediante un estudio observacional transversal y la población diana a atender será todos los familiares y los pacientes con ictus tanto isquémicos como hemorrágicos que puedan acudir y que sean de nueva incorporación en la Unidad de Ictus, en la planta de neurología o de otros servicios que hayan ingresado de forma ectópica. Se realizan sesiones de forma grupal con un periodicidad semanal y con una duración aproximada de una hora, en las cuales se entrega un cuestionario pre y post sesión. Para dar difusión del programa **Escuela de Familias** se coloca cartelera en puntos estratégicos del hospital y se entregan folletos informativos para saber día y hora entre pacientes y familiares susceptibles de asistir a la formación. Los datos analizados serán los obtenidos de las 20 sesiones formativas realizadas desde octubre de 2019 hasta que se desencadenó la Pandemia ocasionada por SARS COVID-19, es decir febrero de 2020.

PREVIA	
1. ¿Considera usted que conoce la lesión de su familiar y las posibles consecuencias que se pueden derivar de ella?	
2. ¿Dispone de fuentes de información (libros, guías, páginas web...) fiables donde poder consultar las posibles dudas que le puedan surgir?	
3. ¿Sabe cómo crear un entorno estimulante para su familia?	
4. ¿Se ve usted capacitado para proporcionar una postura de descanso adecuada a su familiar?	
5. ¿Se ve con los conocimientos suficientes para ayudar a su familiar a mejorar el estado de alerta?	
6. ¿Considera usted que dispone de las herramientas necesarias para dar de comer a su familiar de forma segura?	
7. ¿Se ve usted preparado para movilizar a su familiar?	
8. ¿Considera usted que dispone de las herramientas necesarias para dar de comer a su familiar de una forma segura?	
9. ¿Siente que cuenta con las estrategias necesarias para comunicarse con su familiar?	
10. ¿Se ve usted preparado para asistir en el aseo a su familiar? (pañal, lavar los dientes...)?	
11. ¿Ha recibido información sobre las posibles alteraciones de conducta que puede sufrir su familiar y estrategias para afrontarlas?	
12. ¿Considera que ha recibido la información que necesita para el manejo de su familiar en casa?	

POSTERIOR	
1. ¿Considera usted que conoce la lesión de su familiar y las posibles consecuencias que se pueden derivar de ella?	
2. ¿Dispone de fuentes de información (libros, guías, páginas web...) fiables donde poder consultar las posibles dudas que le puedan surgir?	
3. ¿Sabe cómo crear un entorno estimulante para su familia?	
4. ¿Se ve usted capacitado para proporcionar una postura de descanso adecuada a su familiar?	
5. ¿Se ve con los conocimientos suficientes para ayudar a su familiar a mejorar el estado de alerta?	
6. ¿Considera usted que dispone de las herramientas necesarias para dar de comer a su familiar de forma segura?	
7. ¿Se ve usted preparado para movilizar a su familiar?	
8. ¿Considera usted que dispone de las herramientas necesarias para dar de comer a su familiar de una forma segura?	
9. ¿Siente que cuenta con las estrategias necesarias para comunicarse con su familiar?	
10. ¿Se ve usted preparado para asistir en el aseo a su familiar? (pañal, lavar los dientes...)?	
11. ¿Ha recibido información sobre las posibles alteraciones de conducta que puede sufrir su familiar y estrategias para afrontarlas?	
12. ¿Considera que ha recibido la información que necesita para el manejo de su familiar en casa?	

RESULTADOS

En el periodo analizado se ha impartido la formación a 77 usuarios, entre familiares y pacientes con Ictus en 20 sesiones formativas.

De los 77 asistentes, 57 fueron mujeres (74 %) y 20 fueron hombres (26 %).

La edad media de las mujeres fue de 52 años y la de los hombres de 49 años.

En cuanto al cuestionario pre y post charla, si realizamos una comparativa global de resultados con respecto a puntuaciones de los conocimientos pre y post a recibir la sesión han sido de una puntuación previa de 2239 puntos ante 3641 puntos tras recibir la charla.



CONCLUSIONES

Atendiendo a los resultados se ha llegado a la conclusión que el Programa Escuela de Familias es beneficioso para familiares y pacientes que han sufrido un ictus y que debe implementarse en la práctica diaria de nuestra unidad cuando las medidas sanitarias lo permitan.



EVALUACIÓN EMOCIONAL PERSONAL SANITARIO UNIDAD ICTUS TRAS PANDEMIA

INTRO



La crisis sanitaria ha exigido una transformación en organizaciones sanitarias, en escenario de máxima incertidumbre y complejidad. Sobreadaptación de profesionales, especialmente 1ª línea.



Las UI han sufrido el impacto de la sobrecarga de los servicios asistenciales, y aunque la ocupación en la primera ola se vio disminuida, la reconversión del resto de unidades alteró el normal funcionamiento de las mismas.



Por esto los profesionales han debido asumir nuevos retos, aprender y desarrollar estrategias de adaptación al cambio a un ritmo vertiginoso. De ahí la necesidad de realizar una evaluación sobre las experiencias personales y grupales vividas durante estos meses, y las dificultades emocionales.



La UI de nuestro hospital ha sido considerada zona limpia en toda la pandemia, pero no ha estado exenta de casos que positivaron durante su ingreso.

OBJETIVOS

Evaluar el estado emocional del personal sanitario de la UI durante la pandemia.



MÉTODO

Estudio cualitativo, mediante cuestionario de autodiseño a 50 trabajadores de la UI.



RESULTADO



Emociones negativas como miedo, cansancio, ira, frustración, ansiedad...



Los equipos han fortalecido las relaciones entre ellos.



Mejora en la solución de problemas, adaptación al cambio, liderazgo, reconocimiento de logros,...



Comparación de la actividad de la Unidad de Ictus (UI) de Jaén entre el año 2019 y el año de pandemia 2020

Vallejo de la Paz, Raquel ¹; Estrada Vilchez, M^a Ángeles ²;
Complejo Hospitalario de Jaén. Servicio de Neurología

¹ Enfermera de la Unidad de Ictus del Hospital Neurotraumatológico del Complejo Hospitalario de Jaén ² Enfermera de la URPA del Hospital Médico-Quirúrgico del Complejo Hospitalario de Jaén

Las Unidades de Ictus son unidades hospitalarias de cuidados intermedios, no intensivos, formadas por un equipo multidisciplinar coordinado y especializado en el cuidado de los pacientes con ictus.

La Unidad de Ictus (UI) del Hospital Neurotraumatológico, que está ubicada en la sexta planta del hospital, consta de 6 camas para una población de 670.000 habitantes, con vigilancia intensiva y monitorización continua. Atendida de forma ininterrumpida por neurología y enfermería especializada en el manejo del ictus, que trabajan con protocolos de referencia y con pautas de actuación específicas basados en la mejor evidencia científica disponible.

La patología de Ictus es una patología urgente y tiempo dependiente. La asistencia de los pacientes con ictus en fase aguda en la UI, supone una mejoría en cuanto a su morbilidad y a su recuperación funcional, ya que, el Ictus es la primera causa de invalidez en el mundo y la segunda causa de muerte en nuestro país y la primera en mujeres.



Objetivos

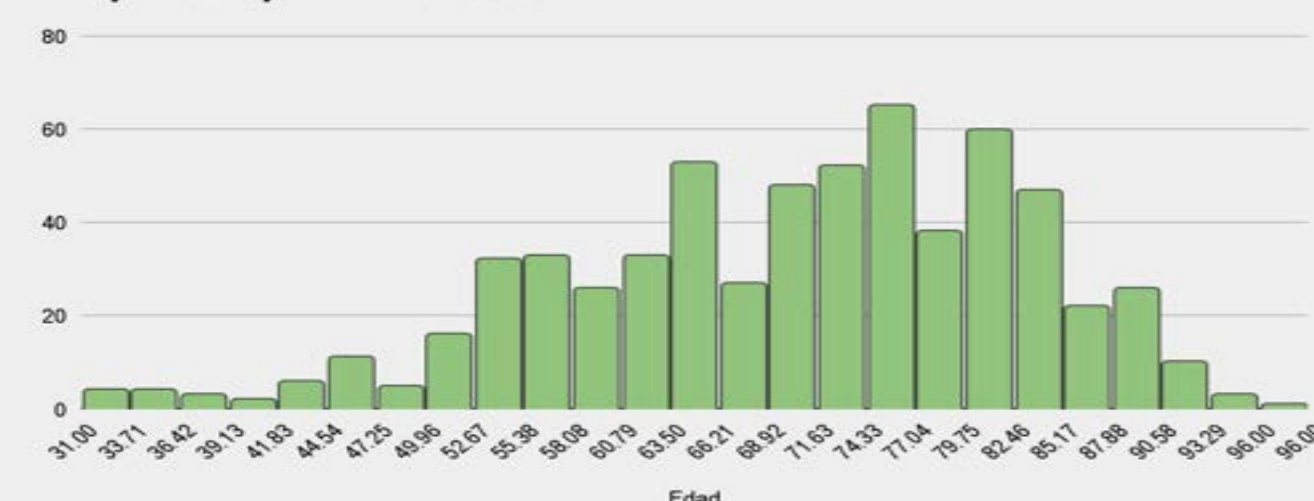
- Analizar la labor realizada en la UI en el año 2020, época de pandemia por COVID-19.
- Comparar la actividad realizada en los tres meses de confinamiento con el mismo período del año 2019.
- Describir las características demográficas de los pacientes y del tratamiento recibido en ambos periodos.

Metodología

- **Diseño del estudio:** Estudio observacional descriptivo, de revisión de registro de la actividad de la UI, de los pacientes ingresados en el año 2020 y 2019. Comparativa de número de ingresos de marzo a mayo del 2020 con el 2019. Se analizan diagnóstico al ingreso, variables demográficas, factores de riesgo y tipo de tratamiento en fase aguda.
- **La población de estudio** son los pacientes con ictus isquémicos o hemorrágicos ingresados en la UI del Hospital Universitario de Jaén, que cumplan los criterios de inclusión al estudio.
Criterios de inclusión: Todos los pacientes ingresados en la Unidad de Ictus desde el 01/01/2020 al 31/12/2020, y desde el 01/03/2019 hasta el 31/05/2019.
Criterios de exclusión: Los pacientes menores de 18 años y los pacientes que presenten falta de información en los registros de la unidad.
- **Recogida de datos:** Libro de Ingresos y Altas de la Unidad de Ictus.
- **Análisis de datos:** Los datos recogidos sobre las variables mencionadas en este estudio se registraron en una base de datos anonimizada, construida para tal fin y procesadas estadísticamente mediante el programa estadístico SPSS v21. Se realizó un análisis estadístico descriptivo de cada una de las variables de la base de datos, mediante representaciones gráficas (gráficos de sectores y diagramas de barras).
- **Aspectos éticos:** El estudio se llevará a cabo según la Ley 14/2007 de 3 de julio de Investigaciones Biomédicas, así como siguiendo los preceptos incluidos en el informe Belmont y la Declaración de Helsinki para la investigación biomédica. También se tendrá en consideración la Ley de Autonomía del paciente 41/2002.

Resultados

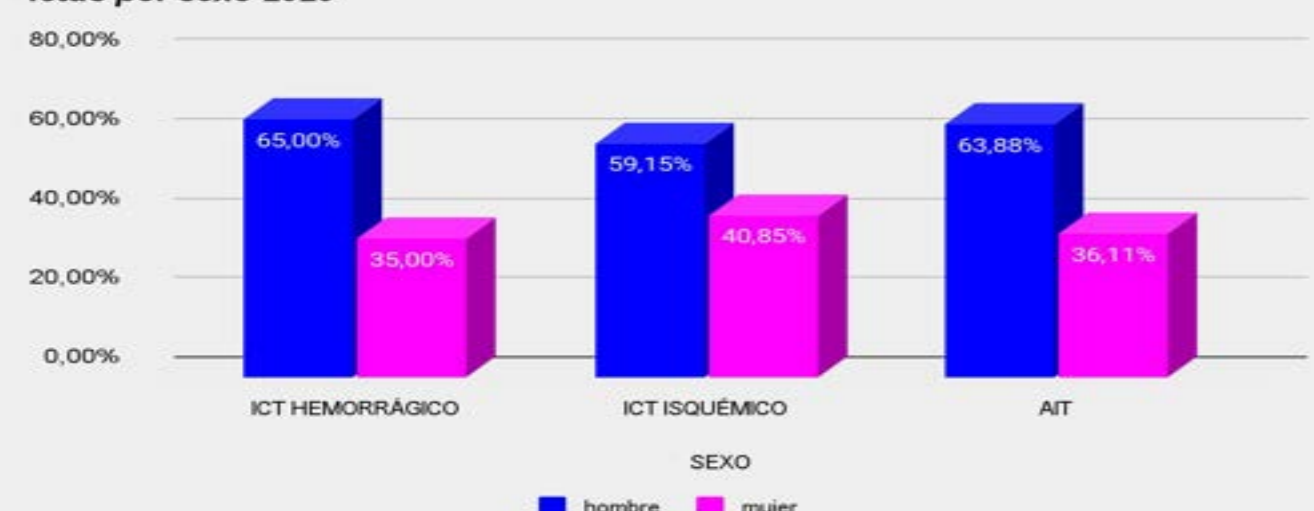
Comparativa por edades 2020



Ingresos por patología 2020



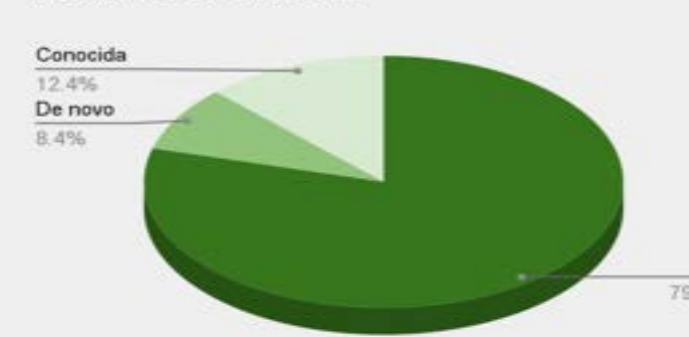
Ictus por sexo 2020



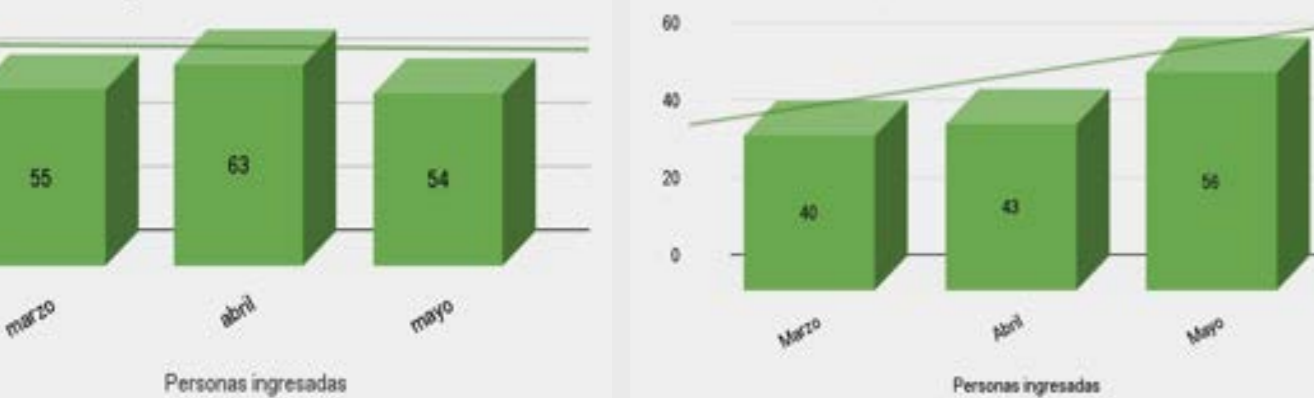
Recuento de HTA 2020



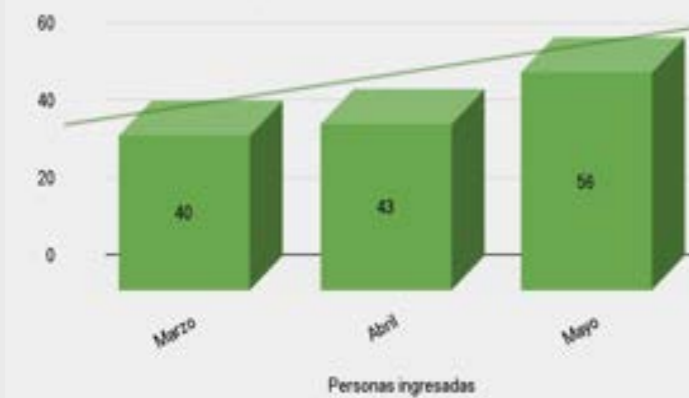
Recuento de FA 2020



Periodo marzo-mayo 2019



Periodo marzo-mayo 2020



Tamaño de la muestra: Se revisaron los datos de los pacientes ingresados en la Unidad de Ictus de Jaén en 2020, 628 pacientes, en concreto 138 pacientes del 1/03/2020-31/05/2020.

Y por otra parte, los pacientes ingresados en la Unidad de Ictus de Jaén en 2019, 670 pacientes, en concreto 172 pacientes del 1/03/2019-31/05/2019.

La muestra de n=628 personas ingresadas **en 2020**, fueron 379 hombres (60.3%) y 249 mujeres (39.7%). La media de edad de los pacientes fue 70.44 años.

A través de un análisis descriptivo por porcentajes, obtuvimos los resultados siguientes:

- El diagnóstico más prevalente de la unidad fue el ictus isquémico en 492 pacientes (78.5% del total), de los cuales 291 fueron hombres y 201 mujeres. Fue seguido por el AIT en 72 pacientes (11.5%), 46 hombres y 26 mujeres. Por último, el ictus hemorrágico se presentó en 60 personas (9.6%), que aunque menos frecuentes son más mortales. 39 fueron hombres y 21 mujeres.
- Existe una menor incidencia de ictus en la mujer, pero a partir de los 75 años se iguala. Es debido al incremento proporcional de ictus con la edad y una esperanza de vida más prolongada en la mujer.
- Terapia de reperusión en fase aguda a los pacientes con ictus isquémico:
74 pacientes (15,04%) de tratamiento intravenoso (TIV)
56 pacientes (11,38 %) de tratamiento endovascular (TEV) en el Hospital Reina Sofía de Córdoba
- Respecto a los factores de riesgo de los ictus de la UI, el más prevalente fue la HTA. De media el 65.2% de los pacientes de la muestra eran hipertensos, el 68.33% de los ictus hemorrágicos lo eran y el 64.43% de los isquémicos. La Hipertensión arterial es el factor de riesgo tratable más potente de ictus, tanto en hemorrágicos como en isquémicos.
- El 12.4% de la muestra (31 pacientes) presentaba fibrilación auricular (FA) previa al ingreso y se diagnosticaron a un 8.4% de la muestra (21 pacientes), una FA de novo, precisando IC con cardiología, ecocardiografía e iniciar tratamiento en algunos casos.
- Un 1% de los pacientes fueron dados de alta a domicilio tras una mejoría significativa y 15 pacientes (2,4%) tuvieron complicaciones que precisaron ingreso en UCI.

Comparativa 2019 y 2020.

Procedemos a comparar la actividad de la UI en los tres meses de confinamiento por COVID-19 (marzo-mayo) con el mismo período del año 2019. Pretendemos comprobar si se vió mermada la actividad en los meses de confinamiento. Nuestro resultado fue el siguiente:

En el año 2019 ingresaron en la UI: 55 pacientes en marzo, 63 en abril y 54 en mayo. **Total: 172 pacientes**

En 2020, período de confinamiento por COVID-19: 40 pacientes ingresados en marzo, 43 en abril y 56 en mayo. **Total: 139 pacientes.**

Efectivamente existió un descenso de los ingresos en dicho período.

Conclusiones

La asistencia de los pacientes con ictus en fase aguda en la UI, supone una mejoría significativa en cuanto a su morbilidad y a su recuperación funcional, en la provincia de Jaén. Los datos analizados en la UI de Jaén se ajustan a los estándares de calidad de otras UI antes de la pandemia y tras los tres meses de confinamiento.

Asistir a pacientes con Ictus en fase aguda, es una medida efectiva en cuanto a mortalidad, demostrado con un nivel de evidencia I basado en estudios aleatorizados y metanálisis, también en la recuperación funcional y dependencia (Stroke Unit Trialists' Collaboration, 2007). Es además una medida coste-efectiva, que disminuye la estancia hospitalaria y acrecenta la supervivencia, sin que ello suponga mayor número de institucionalizaciones, con un mayor número de pacientes independientes.

Nuestros esfuerzos en las enfermedades cerebrovasculares deben centrarse en la prevención de la enfermedad. La identificación de individuos con factores de riesgo (como la HTA) y actuar sobre los mismos, podría evitar hasta el 80% de los casos.

Por último, la UI de Jaén, se vió afectada en los dos primeros meses de confinamiento de 2020 con un descenso de ingresos con respecto a esos mismos meses de 2019, año de apertura de la unidad. Probablemente se vió afectado dicho descenso por el miedo a acudir al hospital por el contagio de COVID-19

Bibliografía

- Matías - Guiu J. Estrategia en Ictus del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Política Social; 2008.
- Vidal D. Protocolo de Atención al Ictus Isquémico y Hemorrágico del Servicio de Neurología del Hospital Universitario de Jaén; 2019.
- Fuente de información: Libro de registro de entradas y salidas de la Unidad de Ictus de Jaén bajo autorización y aprobación del Portal de Ética de la Investigación Biomédica de Andalucía.

INTERVENCIONES ENFERMERAS AL PACIENTE DE NEUROLOGÍA MÁS ANTIGUO EN HOSPITAL DE DÍA

M^a Antonia Ruiz-Díaz, Tomasa Manzano-Martínez, Juana María Ortega-Bueno, M^a Paz Llera Díaz, Inmaculada Pineda Zafra

Complejo Hospitalario Universitario de Jaén. Unidad de Gestión de Neurología.

INTRODUCCIÓN

Nos encontramos ante el caso de un paciente de 69 años, con un diagnóstico de neuropatía motora multifocal, siendo esta una enfermedad de origen inmunológico, que cursa habitualmente con debilidad distal, asimétrica, de predominio en miembros superiores (Dhand, 2006). El paciente, además presenta debilidad en miembros inferiores, hipertensión arterial, falta de apetito e insomnio. Requiere tratamiento semanal con inmunoglobulina G en el hospital de día médico de nuestro centro, desde hace aproximadamente 27 años. El objetivo de este trabajo fue analizar la trayectoria de este paciente y las intervenciones enfermeras durante su estancia en nuestra unidad.

MÉTODO

Estudio de intervenciones enfermeras para conocer el tratamiento y cuidados que recibe un paciente y analizar posibles mejoras. Los datos se obtuvieron mediante anotaciones en diario, previa obtención de consentimientos, del paciente y responsable de la unidad.

RESULTADOS

1. Acogida y acomodación del paciente en su sillón.



2. Toma de constantes: tensión arterial, frecuencia cardiaca, saturación, temperatura.
3. Realización de una valoración inicial según necesidades de Virginia Henderson (1978), un diagnóstico enfermero y un plan de cuidados específicos de pacientes de hospital de día (deterioro de movilidad física, conocimientos deficientes y ansiedad), cuestionarios EMINA (riesgo UPP adultos), escala EVN (Valoración numérica del dolor) y cuestionario escala Barthel (nivel de dependencia).

En el transcurso del tratamiento, se tomaron constantes horarias, así como modificación en el ritmo de infusión e intervenciones de nuestro plan de cuidados.

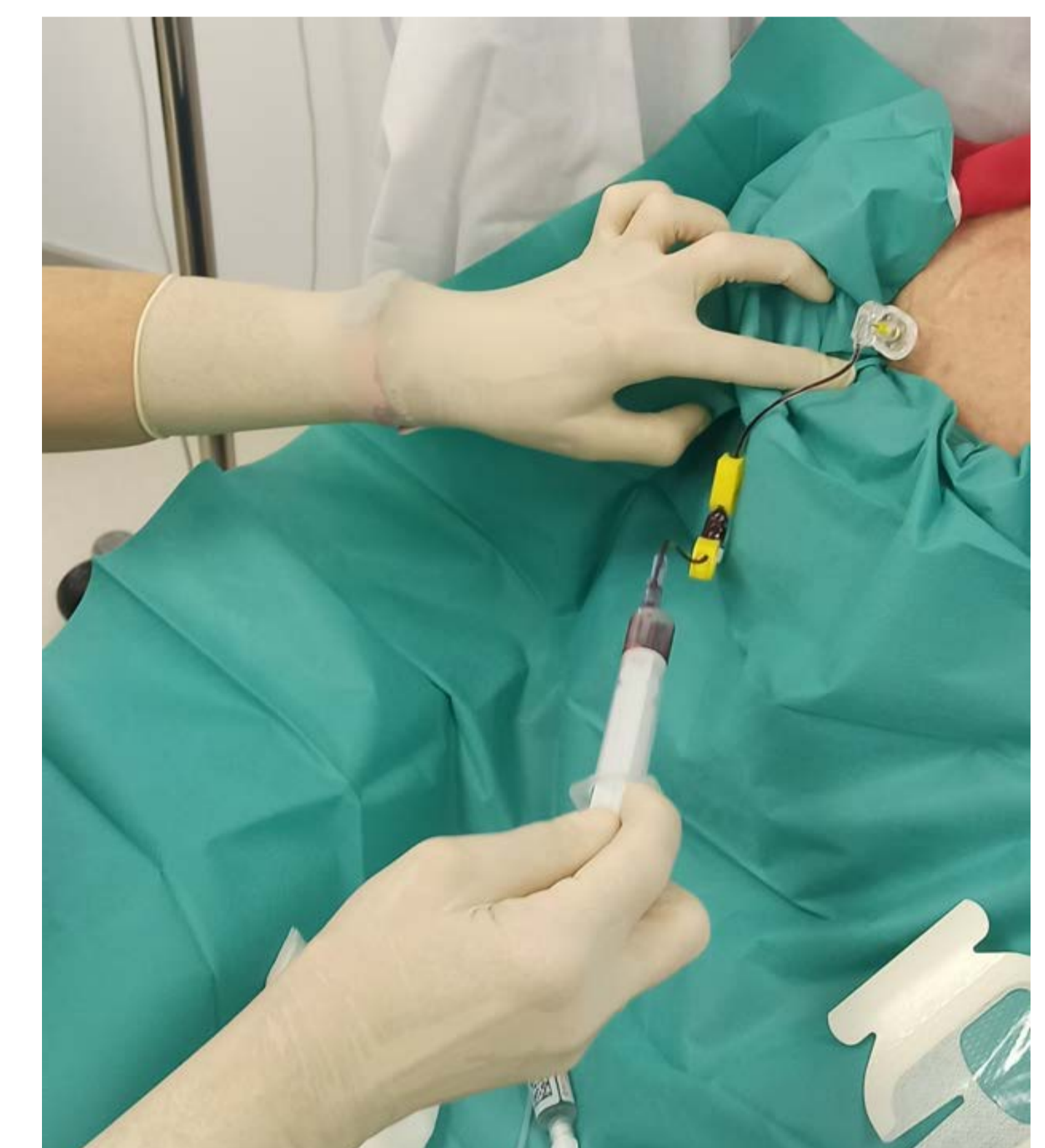


4. Preparación de tratamiento: paracetamol 1g., dexclorfeniramina 5mg., metilprednisolona 40mg., inmonoglobulinas G 50g.



DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Se observa un buen funcionamiento de la unidad, caracterizado por la humanización del trato, que se traduce en satisfacción del paciente con los cuidados y atenciones recibidas por parte del personal de enfermería. Podemos concluir que la buena metodología de trabajo se refleja en la adherencia al tratamiento (27 años). Derivando en la necesidad de mantener estos cuidados en pacientes con patología neurológica.



5. Preparación de acceso venoso del catéter port a cath a través de aguja gripper según técnica de punción del reservorio y se procedió a la administración a ritmo indicado en el protocolo mediante bomba de infusión.



6. Al término del tratamiento, se procedió a retirada de aguja gripper y heparinización del reservorio con cuestionario de retirada de catéter venoso central.
7. Finalmente, se dio un informe de continuidad de cuidados con recomendaciones y cita para la semana siguiente.



IMPLEMENTACIÓN DEL PROTOCOLO FESS EN UNIDAD DE ICTUS DEL HOSPITAL LA FE DE VALENCIA

Purificación Enguix Bou, Jorge Domínguez Siurana, Melisa Barberá Marcilla, Miguel Leiva Atencia, Cristina Hurtado Soler

INTRODUCCIÓN

La implementación del protocolo FeSS*, es un reto para la enfermería y forma parte de los cuidados especializados de las unidades de ictus, demostrando que consigue reducir en un 16% la morbimortalidad de los pacientes.

*FeSS (del inglés Fever, Sugar and Swallow) Intervención dirigida por enfermería en la que se aplican en conjunto tres protocolos para la monitorización, evaluación y manejo de la fiebre, glucosa y deglución durante las primeras 72h del ingreso del paciente en la Unidad de Ictus.

OBJETIVOS

Comparar la adherencia al protocolo en la fase de implementación respecto a la fase pre-implementación o previa.

MÉTODOS

Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo.

Muestra: 99 pacientes ingresados en la Unidad de Ictus siendo 51 de la fase previa.

Periodos: de enero a julio del 2020 y de enero a junio del 2021.

Revisión de la historia clínica Orion Clinic y recogida de datos con el formulario QASC

Los ítems a valorar son:

1. Realización de **cuatro mediciones** diarias de temperatura y glucemia durante las primeras 72 horas del ingreso en la unidad.
2. Administración de antitérmico si la temperatura es $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$ e insulina en glucemias de $\geq 180\text{mg/dl}$.
3. Realización del test de disfagia previo a la ingesta o administración de medicación. oral
4. Análisis estadístico mediante la base de datos REgistry of Stroke Quality.

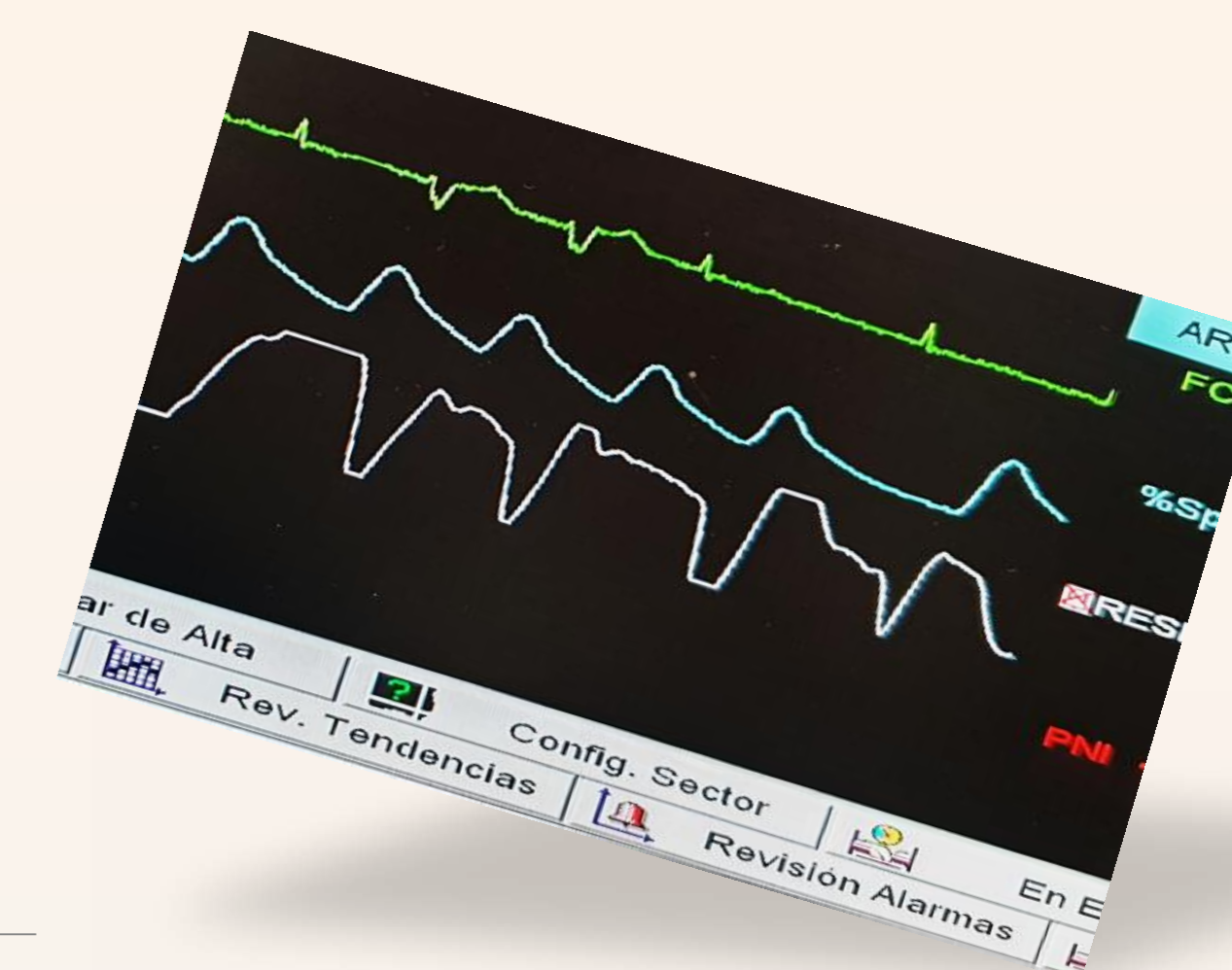
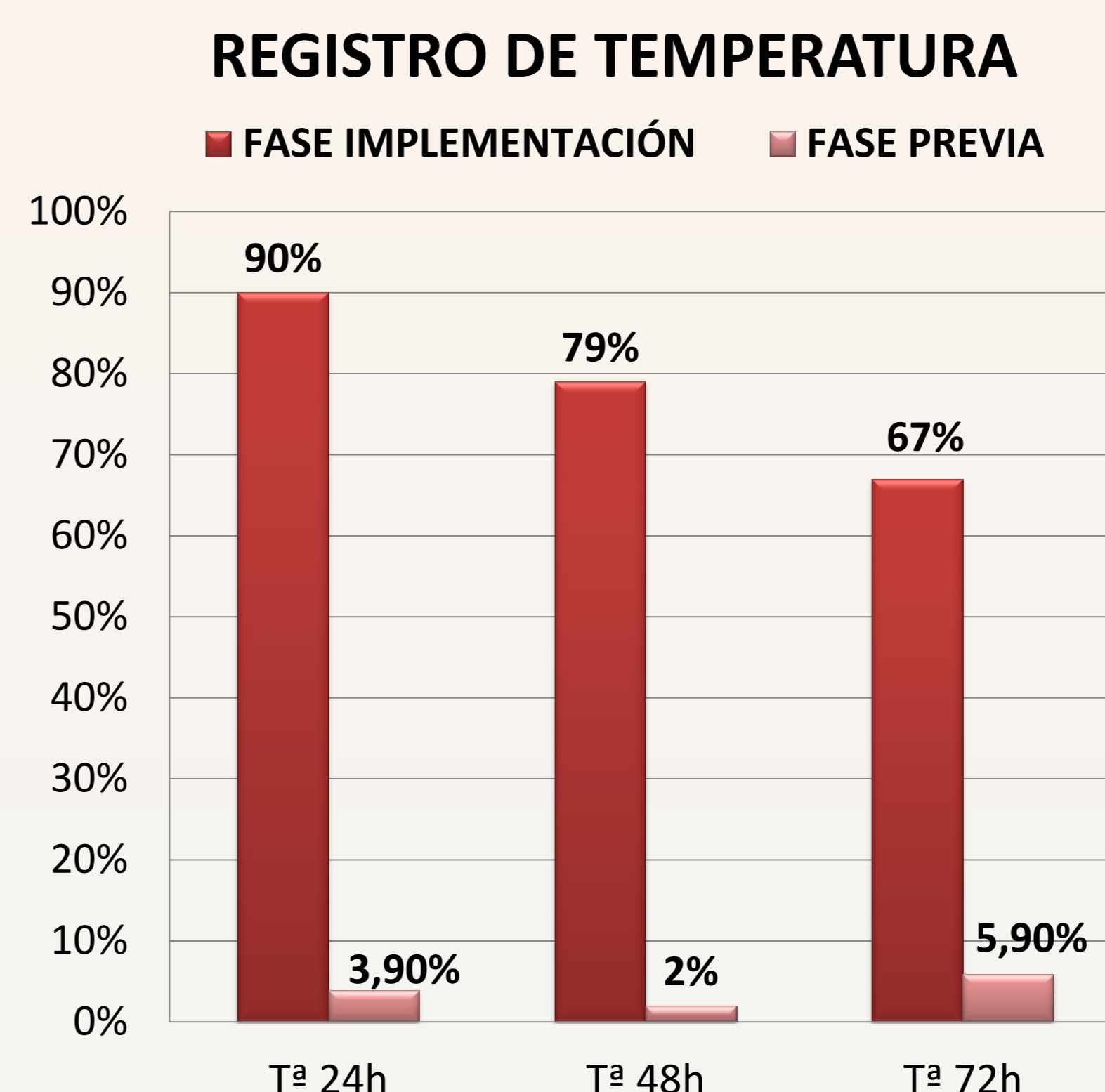
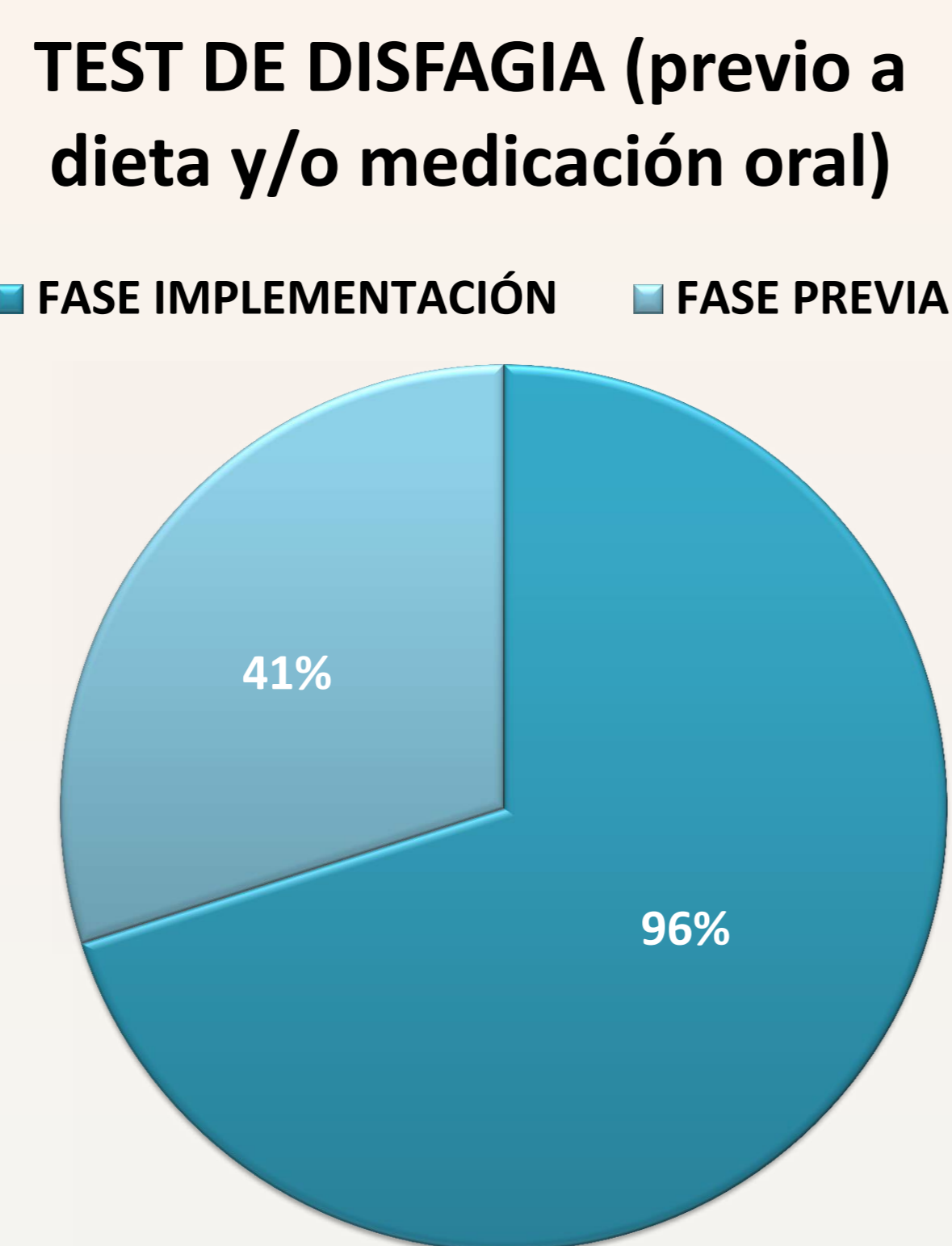
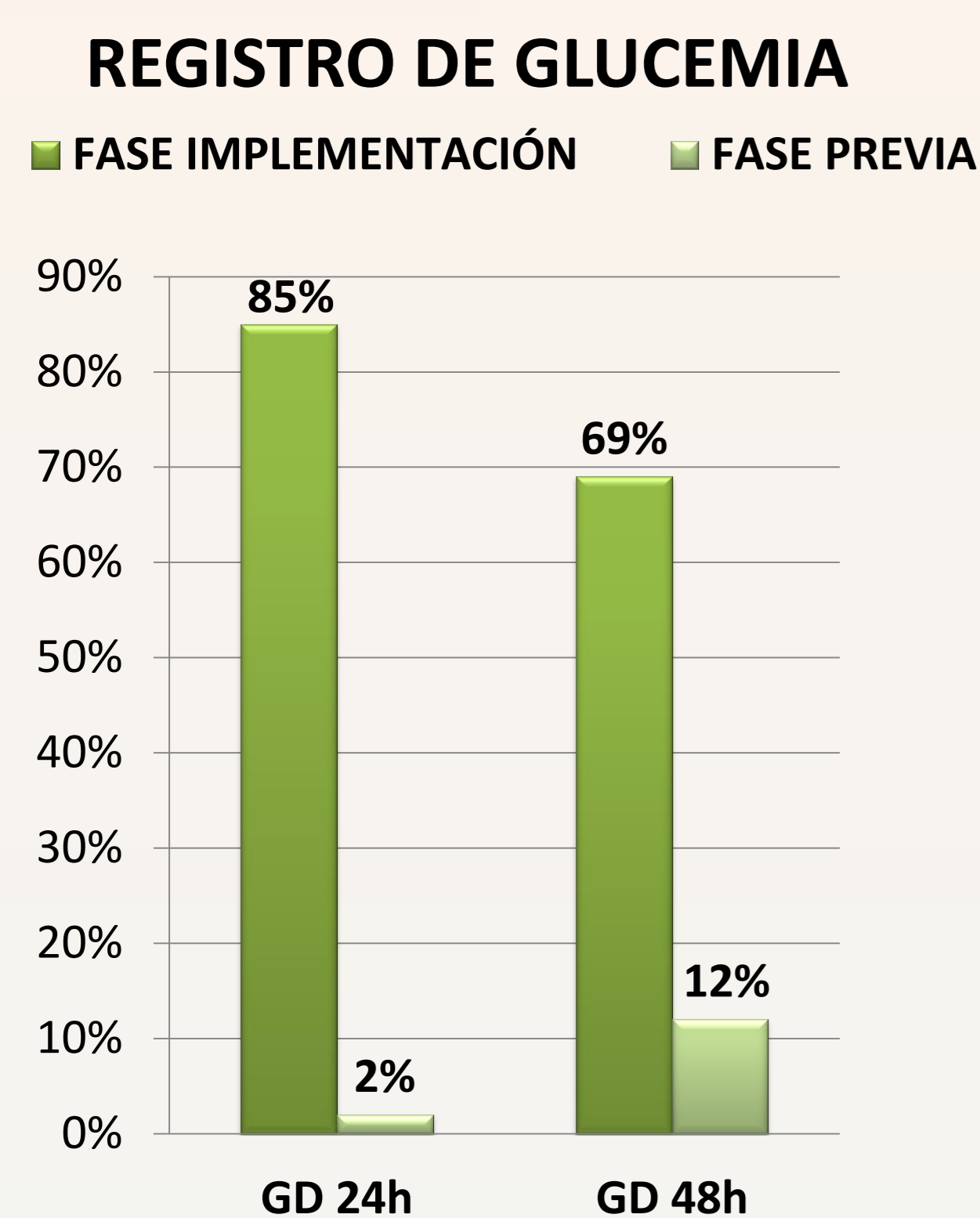
Criterios Inclusión

- Hemorragia intracraneal
- Ictus isquémico/hemorrágico

Criterios Exclusión

- Hemorragia subaracnoidea
- Hemorragia subdural
- Hemorragia extradural
- AIT

RESULTADOS



En los pacientes que presentaron temperaturas de $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$ durante la segunda fase, se administró **antitérmico** en la primera hora en el **83%** de los casos frente al **38%** documentado en la fase previa. En cuanto a la Glucemia durante las primeras 48 horas, un **33%** de la muestra presentó GD $\geq 180\text{ mg/dl}$ en la fase de implementación frente al **22%** registrado en la previa. A estos pacientes se les administró **insulina** antes de la hora en un **81%** frente al **45%** registrado en la fase de pre-implementación.

CONCLUSIÓN

La adherencia al protocolo FeSS ha mejorado considerablemente respecto a la fase previa, si bien, estos registros pueden mejorar todavía. Sin registros es inviable medir la mejora de la calidad de vida de estos pacientes y nuestro próximo objetivo es la valoración de ésta en base a la mejora de los cuidados durante el ingreso.

BIBLIOGRAFIA

1. Greer DM, Funk SE, Reaven NL, Ouzounelli M, Uman GC: Impact of fever on outcome in patients with stroke and neurology injury: a comprehensive metanalysis. Stroke 2008, 39:3029-3035.
2. Williams LS, Rotich J, Fineberg N, Espay A, Bruno A, Fineberg S, Tierney W: Effects of admission hyperglycemia on mortality and cost in acute ischemic stroke. Neurology 2002, 59:67-71.
3. Martino R, Foley N, Bhogal S, Diamant N, Speechley m, Teasell R: Dysphagia after stroke: Incidence, Diagnosis and pulmonary Complications. Stroke 2005, 36. 2756-2763.
4. Middleton S, McElduff P, ward J, Grimshaw JM, dale S, D' Este C, Drury p, Griffiths R, Cheung NW, Quinn C, C.L: Implementation of evidence-based treatment protocols to manage fever, hyperglycaemia, and swallowing dysfunction in acute stroke (QASC): a cluster randomized controlled trial. The Lancet 2011, 378 1699-1706.
5. Middleton s, Coughlan K, Mnatzaganian G, et al. Mortality Reduction for Fever, Hyperglycemia, and swallowing nurse- initiated stroke intervention. Stroke 2017; 48(4).

CUIDADOS HUMANIZADOS EN UNA UNIDAD DE ICTUS

M^a Carmen Aguayo Hornos, M^a Teresa González Álvarez, Dolores Anguita Cruz
Complejo Hospitalario Universitario de Jaén. Unidad de Gestión de Neurología

Introducción

La pandemia por la COVID-19 ha ocasionado una verdadera revolución en los cuidados de enfermería y ha proporcionado a las enfermeras una buena oportunidad para liderar el desarrollo de un plan de humanización de cuidados. Las personas ingresadas en una Unidad de Ictus están en una situación de vulnerabilidad y necesitan el apoyo y la cercanía de los que les rodean y, especialmente, de los profesionales que les cuidan.

Objetivo

Analizar las líneas estratégicas sobre las que sustentar el diseño y desarrollo de un plan de humanización en una Unidad de Ictus, así como identificar las posibles áreas de mejora.

Método

Reuniones de grupos de profesionales de la Unidad con experiencia en la administración de cuidados y formación en humanización.



Búsqueda bibliográfica en PUB MED y CUIDEN de artículos sobre cuidados humanizados.

Estudio de las líneas estratégicas del plan de humanización del SSPA y su aplicación en nuestro entorno laboral.

Elaboración de un Análisis DAFO de nuestro servicio atendiendo a la implementación de los cuidados humanizados.

Resultados

Tras el Análisis DAFO de nuestra Unidad de Ictus, basándonos en las líneas estratégicas del plan de humanización del SSPA, presentamos los resultados e identificamos las acciones de mejora a implementar en cuatro áreas de intervención: área estructural, área asistencial, área relacional y área organizacional.

Análisis DAFO

Debilidades

- Necesidad de promover una Cultura de Humanización.
- Rigidez del Sistema Sanitario.
- Necesidad de mejorar en confortabilidad.
- Escasa formación en Humanización.

Amenazas

- Limitación de recursos.
- Situación de pandemia y crisis sanitaria.

Fortalezas

- Equipos interdisciplinarios, implicados y comprometidos.
- Compromiso y vocación de los profesionales de la Unidad.
- Buenas prácticas en atención sanitaria humanizada.

Oportunidades

- Existencia de evidencia sobre la importancia de la Humanización en los sistemas sanitarios.
- Oportunidad para la mejora de la formación.
- Oportunidad para mejorar el confort de las infraestructuras.

Áreas de intervención y acciones de mejora

ÁREA ESTRUCTURAL

Nuestra Unidad, de reciente creación, reúne unas condiciones favorables para prestar cuidados humanizados.



- Habilitación de espacios de comunicación humanizados.
- Adecuación de espacios confortables para familiares en salas de espera.
- Mayor dotación de recursos humanos y materiales para garantizar el desarrollo de la estrategia de humanización.

ÁREA ASISTENCIAL

El equipo de enfermería asume la responsabilidad de proporcionar unos cuidados humanizados que contemplan al paciente de forma integral.



- Plan de comunicación presencial a pacientes y personas cuidadoras sobre situación y evolución clínica.
- Favorecer la autonomía y participación de pacientes y familias.
- Incorporación en la atención sanitaria un enfoque preventivo y de promoción de la salud.

ÁREA RELACIONAL

La relación enfermera – paciente – familia en la Unidad de Ictus se basa en la comunicación y contribuye a la humanización de los cuidados.



- Desarrollo de actividades formativas para mejorar las habilidades de comunicación, gestión de conflictos y comunicación de malas noticias para profesionales.
- Habilitar tiempos para la escucha activa.
- Utilización de un lenguaje que vele por el respeto y la dignidad de las personas.
- Información y comunicación adaptadas a las necesidades de los pacientes.

ÁREA ORGANIZACIONAL

La organización asistencial centrada en las personas garantiza una atención individualizada según sus necesidades y expectativas, y el acceso a un cuidado seguro y eficiente.



- Formación en humanización de los profesionales.
- Talleres de formación en comunicación, autonomía y participación en las decisiones, dirigidos a pacientes y familiares.
- Análisis y adecuación de cargas de trabajo en los equipos.
- Estrategias de conciliación para los profesionales del servicio.

Conclusiones

La enfermería tiene, en estos momentos, la oportunidad de implementar todos los conocimientos sobre humanización y cuidados adquiridos a lo largo de los años. Es nuestra responsabilidad cambiar la manera de mirar al paciente, además de diagnosticar y tratar. Incorporaremos a nuestra actividad asistencial la esencia fundamental de la profesión enfermera: EL CUIDADO HUMANIZADO.

Acute stroke assessment scales



Caro Muñoz, P.; Tudela Hinojosa, M.; Gómez Jiménez, M.A.; Gutiérrez Sánchez, D.

BACKGROUND

The scoring systems and measurements scales are an important tools for nurses all over the world that help us with the evaluation of the patient's clinical situation. We also use them to predict the patient's outcomes and organise our duties to get them. It's important to know each scale and its application. A future discuss to find the most relevant scale is recommended with the aim to standardize our activities in the stroke units.

PURPOSE

1. Identify the measurements instruments in stroke
2. Select the most relevant scale and study the strengths and limitations

THIS PROTOCOL WAS DESIGNED FOLLOWING THE PREFERRED REPORTING ITEMS FOR SYSTEMATIC REVIEWS AND META-ANALYSES PROTOCOLS (PRISMA-P)

METHODS

Two researchers will be responsible for selecting the studies.

Electronic searches will be performed following the Peer Review of Electronic Search Guidelines (PRESS)

Studies collected in: CINAHL, SciELO, Medline, Cochrane Library, Scopus, WOS, Gray Literature Report, JBI, Cosmin.

Only full text studies will be chosen

Studies published between 2000-2020

A limitation of this review is the selection of articles published in Spanish and English,

2021-2022

Designing
Protocol (July-
September)

Systematic
review (October-
March)

Results-
Publication

THE SYSTEMATIC REVIEW WILL BE CARRIED OUT ACCORDING TO THE CONSENSUS-BASED STANDARDS FOR THE SELECTION OF HEALTH STATUS MEASUREMENTS INSTRUMENTS (COSMIN)

RESULTS

Will be published in impact journals and possible conferences.

IMPORTANCIA DE LAS SESIONES INTERDISCIPLINARES EN UNA UNIDAD DE CEFALEAS Y ALGIAS FACIALES (UCAF)

Teresa Marco, Victor Obach, Santiago Fernandez · Neus Fagregat, Natalia Rodriguez

Hospital Clinic (Barcelona)



INTRODUCCIÓN

Los pacientes con cefalea y algias craneofaciales se tratan generalmente en consultas de atención primaria o generales de neurología. Pocas veces se derivan a neurólogos con consulta monográfica de cefalea, y además hay muy pocas UCAF.

La gran mayoría de estas consultas no disponen de enfermería con experiencia en el manejo en cefaleas, aunque con la aparición del movimiento “nursing now”, esta figura se está integrando en estas unidades.

La principal función de la enfermera de practica avanzada (EPA) en cefaleas, es la gestión de casos, programas de educación terapéutica, asesoramiento sobre hábitos de vida, adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico y dando soporte psicológico y empatía en una enfermedad no grave, pero si discapacitante. La EPA podrá también administrar tratamientos invasivos.

Por otro lado, las sesiones interdisciplinarias de cefaleas, integran a neurólogos especialistas en cefaleas, neurocirujanos, anestesiólogos de la unidad de dolor, neuroradiólogos, neurofisiólogos, neurooftalmólogos y cirujanos maxilofaciales lo que permite analizar casos complejos y la aparición de la EPA completa la evaluación integral de los pacientes.



OBJETIVO

Evaluar la actividad y el efecto de las sesiones interdisciplinarias de la UCAF de un centro terciario durante los primeros 6 meses de funcionamiento.

METODO

Se van a incluir las sesiones bimensuales realizadas desde octubre 2019 a marzo 2020.

Se recogen los títulos de las sesiones monográficas de revisión, el nombre y diagnóstico de los casos complejos presentados y la conclusión de su recomendación.

RESULTADOS

Las 17 sesiones permitieron:

1. Que los profesionales se conocieran, interaccionaran y presentasen la patología de la cual son referentes así como la manera en abordarla.
2. Que se presentasen 12 casos complejos aprovechando la visión diferente y la aproximación diagnóstica y terapéutica, reducir la demora en la aplicación de los protocolos asistenciales. En ocasiones se cito al paciente a la sesión.
3. Hacer formación continuada. Se han hecho revisiones de los temas: neuroimagen funcional en epilepsia y cefalea, cefalea por hipotensión licuoral, tratamiento de la neuralgia del trigémino, el papel de la toxina botulínica y los bloqueos anestésicos en migraña y otras cefaleas.
4. Hacer sinergias para plantear proyectos de investigación.
5. Invitación de expertos de otros centros para compartir conocimientos.

CONCLUSIONES

Las sesiones interdisciplinarias han permitido cohesionar a todos los miembros de nuestra UCAF, mejorar el conocimiento del manejo multidisciplinar de estas patologías y beneficiar la asistencia ágil y de calidad de los pacientes complejos.

SESIONES 2019-2020

1. Revisión: Neuroimagen funcional en epilepsia y en migraña. Dra. Centeno & Dr. Obach.
2. Casos clínicos Cefalea por Hipotensión licuoral. Dra. Plaza & Dr. Obach.
3. Casos clínicos. Dr. Obach.
4. Revisión Indicaciones para derivar pacientes con cefalea y algia facial a la Clínica del Dolor. Circuito asistencial. Dra. Armand (Clínica del Dolor).
5. Revisión: Neuralgia del trigémino. Tratamiento. Dr. Fernández.
6. Casos clínicos, Dra. Fabregat, Dr. Obach.
7. Revisión: Botox y cefalea. Taller práctico. Dra. Fabregat.
8. Revisión: Cefalea y algia facial. Cuando debemos de pensar en una causa oftalmológica? Dra. Camos.
9. Casos clínicos Neurología. Dr. Obach.
10. Revisión Migraña vestibular. Aproximación de ORL. Dr. Larrosa.
11. Casos clínicos: Unidad de Fibromialgia/hipersensibilidad central.
12. Revisión: Cefalea en la gestación y lactancia. Diagnóstico diferencial. Aspectos diferenciales del tratamiento agudo y preventivo.
13. Casos clínicos: neurocirugía. Dr. Rumia.
14. Revisión: que aporta una IPA a la Unidad de Cefalea. Sra. Marco.
15. Casos clínicos: clínica del dolor.
16. Revisión Experiencia del paciente. Como articularla en una Unidad de cefalea. Atenea Solution / Dr. Escarrabill/ Dr. Obach.
17. Casos clínicos. Todos.

Implementación de un circuito COVID en la Unidad de Ictus del Hospital Universitario de Jaén

Teresa González Álvarez, Ana Belén López Araque, Carmen Mata Baena, Isabel Ramírez Vizcaíno, Celia Garrido Sánchez, Lourdes Cueto Peinado

Introducción

Durante el año 2020 se originó una pandemia asociada a un coronavirus hasta entonces desconocido¹. El funcionamiento de los centros sanitarios se alteró y en este contexto, los servicios de Neurología y, especialmente en las unidades de Ictus surge la necesidad de aumentar las precauciones frente al contagio², creando un circuito en el proceso de atención al Ictus que garantice la reducción del riesgo y exposición del paciente y de los profesionales implicados, racionalizando el uso de recursos hospitalarios².



Objetivo

Describir un circuito durante la pandemia de Covid-19 para evitar la transmisión de la enfermedad en la UI del Hospital universitario de Jaén (HUJ).



Metodología

Se ha llevado a cabo un estudio descriptivo de las medidas desarrolladas en la UI del HUJ desde Marzo de 2020 hasta la actualidad. Debido a la situación de emergencia y la necesidad de realizar la función asistencial garantizando la seguridad del paciente y profesional, se organizó un grupo de expertos del servicio de neurología que se encargaron de elaborar el proceso y realizar el seguimiento.

Fases:

- Identificar el problema.
- Selección de expertos.
- Elaboración del proceso (previa revisión bibliográfica).
- Ejecución.
- Evaluación de los resultados y mejora.

Resultados

Se crean circuitos diferenciados para pacientes con y sin sospecha de covid, según precisen tratamientos de reperusión.

- No precisan reperusión:
 - Recepción de usuario/a en sala específica para la realización de test rápido de antígeno.
 - Resultado positivo: traslado habitación de aislamiento, telemetría y realización de Reacción en Cadena de Polimerasa (PCR).
 - Resultado negativo: traslado a UI
 - Si existen síntomas sugestivos de COVID-19 se mantiene aislamiento.
- Precisan reperusión:
 - Recepción de usuario/a en sala de aislamiento preventivo con telemetría y realización de test rápido de antígeno.
 - Resultado positivo: se mantiene en dicha habitación, PCR e inicio de tratamiento fibrinolítico.
 - Resultado negativo: fibrinólisis y traslado a UI.
- Los usuarios infectados por SARS-CoV-2 que requieren monitorización y vigilancia neurológica ingresan en la sala de aislamiento



La implantación de un circuito Ictus coordinado y conocido por todos los profesionales implicados, ha garantizado la adecuada asistencia, evitando riesgos y ofreciendo protección a pacientes y profesionales sanitarios frente al riesgo de contagio por COVID-19; una vez instalado el circuito, no se ha producido hasta el momento ningún contagio conocido por parte de ningún profesional ni paciente, en la estancia hospitalaria.

Discusión

Durante el inicio de la pandemia hubo una disminución temporal en el número de pacientes en las unidades de accidentes cerebrovasculares en todo el mundo³. Los grupos de expertos que han llevado a cabo investigaciones durante la pandemia indican que la prioridad debe ser optimizar la asignación de las escasas camas hospitalarias a aquellos pacientes para intervenciones indispensables según los protocolos, como revascularización con trombolíticos, además, existen posibles restricciones en las pruebas y procedimientos diagnósticos. Conjuntamente, el hecho de aumentar la proporción de cama por enfermera, puede afectar la capacidad de evaluar y monitorear el estado neurológico; y a su vez no minimizar la exposición directa de los sanitarios a la enfermedad^{2,4,5}.

Conclusiones

El circuito que se ha empleado en nuestra unidad de Ictus puede servir de apoyo para la organización de la atención al Ictus agudo en otras unidades, al mismo tiempo que evita un retraso del tratamiento en pacientes con sospecha o potencialmente afectados por el COVID-19 por motivos de aislamiento.

Bibliografía

1. Zhu N, Zhang D, Wang W, Li X, Yang B, Song J, et al. A novel Coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019. *N Engl J Med*. 2020;382(8):727–33. doi: 10.1056/NEJMoa2001017.
2. Rodríguez-Pardo J, Fuentes B, Alonso de Leciana M, Campollo J, Calleja Castaño P, Carneado Ruiz J, et al. Atención al ictus agudo durante la pandemia por COVID-19. *Recomendaciones Plan Ictus Madrid*. *Neurología*. 2020;35(4):258–63. doi: 10.1016/j.nrl.2020.04.008.
3. Butt JH, Fosbol EL, Østergaard L, Yafasova A, Andersson C, Schou M, et al. Effect of COVID-19 on first-time acute stroke and transient ischemic attack admission rates and prognosis in Denmark: A nationwide cohort study. *Circulation*. 2020;142(12):1227–9. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.120.050173.
4. Leira EC, Russman AN, Biller J, Brown DL, Bushnell CD, Caso V, et al. Preserving stroke care during the COVID-19 pandemic: Potential issues and solutions. *Neurology*. 2020;95(3):124–33. doi: 10.1212/WNL.00000000000009713.
5. Matías-Guiu J, Matías-Guiu JA, Alvarez-Sabin J, Ramon Ara J, Arenillas J, Casado-Naranjo I, et al. ¿Va a cambiar la neurología tras la pandemia de COVID-19 en los próximos 5 años? Estudio de enfoque mediante informadores clave. *Neurol*. 2020;35(4):252–7. doi: 10.1016/j.nrl.2020.04.006.

ROL ENFERMERO EN EL FUNCIONAMIENTO DEL HOSPITAL DE DÍA NEUROLÓGICO DE JAÉN

M^a Antonia Ruiz Díaz, Inmaculada Fernández Aguilar, Vanesa Pérez Navarro, Manuela Martínez Espejo.

Complejo Hospitalario Universitario de Jaén. Unidad de Gestión de Neurología.

INTRODUCCIÓN

El Hospital de Día de Neurología de Jaén está ubicado en la 6^a planta del Hospital Neurotraumatológico, siendo inaugurado el 1 de marzo del 2019. Dotado de 6 sillones, proporciona tratamientos intravenosos a la población con patología neurológica de Jaén.

En su apertura se utilizaba un módulo de gestión interno el cual no dejaba registro en la historia clínica del paciente de la atención integral que recibía y las complicaciones que se daban en algunos de ellos.

OBJETIVOS

- Conocer el total de usuarios atendidos y el número de tratamientos administrados en la unidad desde su apertura.
- Crear e implantar un plan de cuidados de enfermería específico para el Hospital de Día.
- Describir los cuidados y tareas que realiza la enfermera en Hospital de Día neurológico de Jaén.
- Implantación de protocolos para la administración de los distintos tratamientos.

MÉTODO

Estudio observacional, longitudinal, retrospectivo de la actividad enfermera en Hospital de Día comprendida entre el 01/03/2019 y 31/08/2021.

Los resultados cuantitativos de este trabajo (total de tratamientos administrados y media de tratamientos administrados por día) han sido obtenidos a partir de una base de datos específica elaborada con los usuarios que son atendidos en este servicio.

Metodología para la elaboración del Plan de Cuidados: Valoración de necesidades de V. Henderson y aplicación de la taxonomía NANDA, NIC, NOC elaborado con el Módulo informático Azahar.

RESULTADOS

- Total de tratamientos administrados: 2521.
- Media de ttos. administrados diariamente en el último año : 4,96.
- % de tratamientos por año: 2019 (25,8%) 2020 (41,2%) y 2021 hasta 31 de agosto (33 %).

Plan de cuidados:

"PACIENTE INGRESADO EN HOSPITAL DE DÍA"

- Valoración integral de Virginia Henderson
- Diagnósticos de enfermería a trabajar en H.D. : *Ansiedad * Deterioro de la movilidad * Conocimientos deficientes*
- Cuestionarios: *Barthel, Emina, EVN, inserción y retirada de catéteres, Maddox*
 - Registro de constantes en gráfica
 - Observaciones de enfermería
 - Informe de Continuidad de Cuidados al Alta.

Labor asistencial:

Acogida, verificación de datos clínicos y tratamiento prescrito del paciente; canalización angiocatéter y administración del tratamiento según protocolo de la unidad (Inmunoglobulina, Natalizumab, Rituximab, Ocrelizumab); recogida de muestras; ayuda con el desayuno y WC; una vez finalizado se saliniza y protege angiocatéter si ha de volver al día siguiente, entregándole por escrito recomendaciones para el cuidado en el domicilio, o se retira.

Educación para la salud:

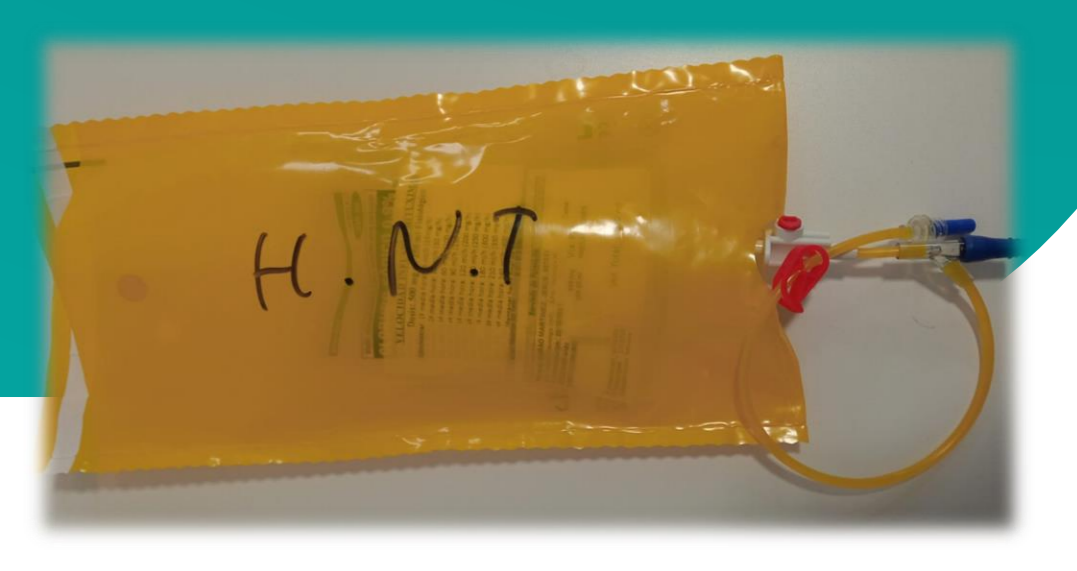
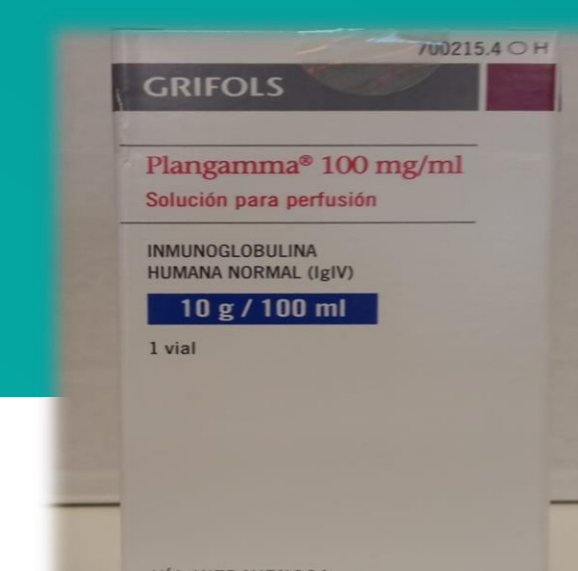
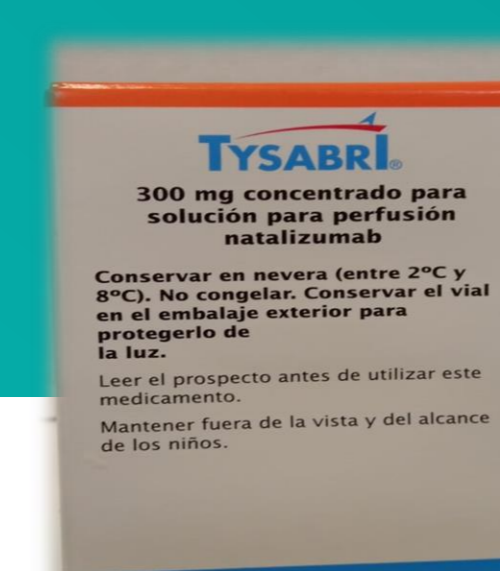
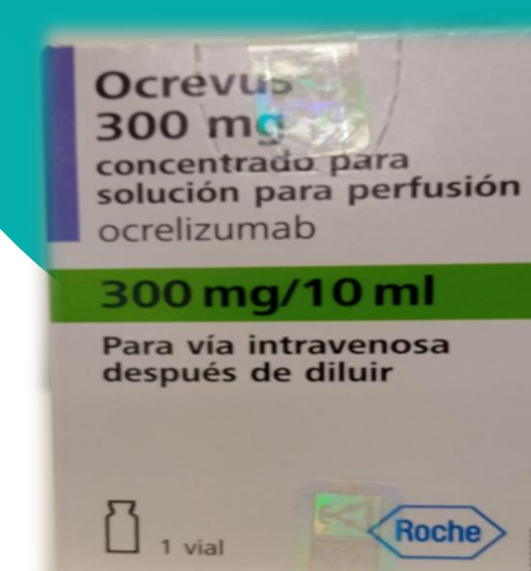
Describir posibles efectos adversos a vigilar durante y después del tratamiento. Hábitos higiénicos y alimentarios en su vida cotidiana.

Labor gestión:

Ingreso y alta administrativa del paciente, programación de citas, tramitación de la ambulancia al paciente que lo precise; emisión de justificantes de asistencia.

Solicitud a farmacia del stock y tratamientos prescritos para el día siguiente.

Petición de dieta individual a cocina.



CONCLUSIONES

El hospital de día no es sólo una unidad donde se administran tratamientos intravenosos al paciente, sino que es atendido desde un modelo biopsicosocial. Se destaca la figura de la enfermera, que no sólo se basa en la administración de tratamientos sino en cubrir las necesidades y prioridades del paciente neurológico, así como actividades de gestión hospitalaria.

Alejandro Lendínez Mesa, María del Carmen Pollo Águila, Iván Herrera Peco, Regina María Moldes Moro, Sergio Segado Fernández, Beatriz Jiménez Gómez, M^a Aránzazu Miravalles García.

Dpto. de Enfermería, Facultad de Medicina. Universidad Alfonso X el Sabio
Supervisora de Enfermería, Unidad de Traumatología y Urología. Hospital Universitario de Fuenlabrada

Introducción

La sobrecarga laboral que se observa en los profesionales sanitarios se caracteriza por el agotamiento emocional, la despersonalización y un sentimiento de baja realización personal. Los niveles de agotamiento emocional del personal de enfermería señalan que el agotamiento físico y mental son los principales síntomas de Burnout.

La sobrecarga laboral es un síndrome que las enfermeras viven en su ámbito laboral sienten esto constatados por varios estudios a través de los trastornos relacionados con el estrés, la ansiedad y la depresión considerándose como reacciones emocionales normales ante esta pandemia COVID 19. Si bien debemos considerar que estas alteraciones pueden suponer un factor estresante al profesional que a la larga genere burnout y desapego con respecto al desarrollo del trabajo, provocando una disminución en la calidad de los cuidados.

Objetivo

Por todo lo expuesto el objetivo del presente trabajo es conocer la sobrecarga laboral existente en enfermeras de neurología durante la segunda ola de la pandemia COVID19

Material y métodos

Se plantea un estudio transversal, observacional y descriptivo que se ha centrado en enfermeras que desarrollan su actividad en Enfermería neurológica de todo el territorio nacional y que estuvieran en activo en el momento de la segunda ola.

Para el desarrollo del presente estudio se utilizó un cuestionario desarrollado "ad hoc" compuesto por dos bloques, el primero recogía datos de carácter sociodemográfico, tales como sexo, edad, experiencia como enfermera, su titulación y si desarrollaron su actividad de una unidad COVID-19 o no. En el segundo bloque se utilizó el Cuestionario de Práctica Basa en la Evidencia (EBP-Q) adaptado a enfermeras españolas (6) el cual posee 3 subescalas centradas en la puesta en práctica de la PBE, la actitud frente a la PBE y los conocimientos y habilidades sobre la PBE).

La recogida de datos se realiza mediante un sistema CAWI, siguiendo un muestreo de bola de nieve, durante la segunda ola de la COVID-19.

Resultados

Se obtuvo una muestra de 99 enfermeras españolas centradas en el área de la neurología, con una media de edad de 40,43 (SD=7,97) años, en un rango que oscila entre 23 y 60 años. En cuanto a la distribución de los participantes según el sexo, el 72% eran mujeres y el 28% hombres, con una media de edad de 40,24 (SD=9.92) y 40,81 (SD=7.90) años, respectivamente.

El 52% de los participantes declaran poseer una experiencia mayor de 10 años como enfermera frente al 48% con menos de 10 años. Por último y en cuanto a su titulación, el 36% indicaron poseer la diplomatura, el 22% poseer el título de grado, un 25% poseía el título de máster y por último, el 17% poseía el título de doctor o estaba realizando los estudios de doctorado. Así mismo se evaluaron las barreras que las enfermeras detectaron a la hora de poner en práctica la PBE, de estas las 3 principales causas definidas por las participantes fueron: i) Falta de tiempo por una elevada carga de trabajo (60,7%, ii) Falta de conocimientos técnicos sobre metodología de investigación (28,3%), iii) dificultad para incluir la PBE en la práctica clínica (11%) (Tabla 1).

No hubo relaciones estadísticamente significativas entre las variables demográficas, sin embargo, se observó que aparece una correlación positiva entre las barreras a la aplicación de la PBE con respecto a la puntuación total de PBE ($r=0,294$; $p=0,003$), la subescala de Actitud frente a la PBE ($r=0,307$; $p=0,001$), así como frente a la subescala de Aplicación de la PBE ($r=0,263$; $p=0,004$).

Discusión y conclusión

Se observa en los resultados que la sobrecarga de trabajo, además de ser destacada como una de los principales problemas para la puesta en práctica de la PBE en la práctica clínica, afecta directamente a la actitud de las enfermeras hacia la propia PBE pero también afecta a la práctica.

Barrera para aplicación de PBE	% de enfermeras	Ejemplos de mensajes en esa categoría
Falta de tiempo por una elevada carga de trabajo	60,7%	Existe falta de apoyo de las supervisoras al hacer excesiva la carga de trabajo
		Falta de interés y apoyo directo por la Dirección de Enfermería
Falta de conocimientos técnicos sobre metodología de investigación	28,3%	Falta de conocimiento en el manejo del idioma inglés
		Falta de conocimientos de lectura crítica
		Falta de conocimientos teóricos de metodología de investigación
dificultad para incluir la PBE en la práctica clínica	11%	Falta de personal, enfermeras, referentes en PBE
		Falta de recursos en español.

Tabla 1. Barreras de aplicación de la PBE

Conclusiones

Se observa en los resultados que la sobrecarga de trabajo, además de ser destacada como una de los principales problemas para la puesta en práctica de la PBE en la práctica clínica, afecta directamente a la actitud de las enfermeras hacia la propia PBE pero también afecta a la práctica.

Alejandro Lendínez Mesa, María del Carmen Pollo Águila, Iván Herrera Peco, Regina María Moldes Moro, Sergio Segado Fernández, Beatriz Jiménez Gómez, M^a Aránzazu Miravalles García.

Dpto. de Enfermería, Facultad de Medicina. Universidad Alfonso X el Sabio
Supervisora de Enfermería, Unidad de Traumatología y Urología. Hospital Universitario de Fuenlabrada

Introducción

El Síndrome de Burnout ha sido reconocido por la Organización Mundial de la Salud como el “síndrome de estar quemado”. El agotamiento que desencadena el estrés prolongado en el lugar de trabajo que no se maneja de manera efectiva genera una respuesta al estrés, muy similar al síndrome de estrés postraumático y es una preocupación para las enfermeras.

Durante la pandemia COVID 19, las enfermeras están sufriendo estrés físico y emocional y angustia moral debido a valores profesionales en conflicto. En la práctica, se enfrentan a problemas éticos desagradables y complejos, con conflictos morales, altos niveles de agudeza y muerte de pacientes. Las enfermeras necesitan un gran valor moral y resistencia para trabajar en la primera línea de la pandemia.

Sin embargo el conocimiento de la evidencia científica disponible incrementa los niveles de autosuficiencia, una competencia asociada con la confianza en uno mismo en su propia capacidad para tomar decisiones, esta capacidad está muy influenciada por la experiencia en la práctica clínica y en el conocimiento y aplicación de las evidencias científicas.

Objetivo

Por todo lo expuesto el objetivo del presente trabajo es conocer la sobrecarga laboral existente en enfermeras de neurología durante la segunda ola de la pandemia COVID19

Material y métodos

Estudio transversal, observacional y descriptivo que se ha centrado en enfermeras que desarrollan su actividad en Enfermería neurológica de todo el territorio nacional.

Como criterio de inclusión: enfermeras que estuvieran en activo en el momento de la segunda ola y que desarrollasen su actividad de modo mayoritario en el área de la enfermería neurológica.

Para el desarrollo del presente estudio se utilizó un cuestionario desarrollado “ad hoc” compuesto por dos bloques, el primero recogía datos de carácter sociodemográfico, tales como sexo, edad, experiencia como enfermera, su titulación y si desarrollaron su actividad e una unidad COVID-19 o no. En el segundo bloque de corte psicosocial se utilizó el CCB-R, que a su vez se subdivide en 4 componentes: impacto personal; insatisfacción laboral, clima social, abandono motivacional.

La recogida de datos se realiza mediante un sistema CAWI, siguiendo un muestreo de bola de nieve, durante la segunda ola de la COVID-19.

Resultados

La muestra final estuvo integrada por un total de 99 enfermeros españoles, con una media de edad de 40,43 (SD=7,97) años, en un rango que oscila entre 23 y 60 años.

Se observó que las variables sexo ($F=0,113$; $p= 0,738$), edad ($F=0,7$; $p= 0,871$), experiencia laboral ($F=0,201$; $p= 0,655$), titulación académica ($F= 0,272$; $p= 0,8469$) (Tabla1). Sin embargo se encontraron diferencias entre aquellas enfermeras que habían desarrollado su actividad en una unidad COVID-19 de aquellas que no lo habían hecho durante la segunda ola. ($F=3,279$; $p= 0,045$)

También se observó que no existía ninguna relación entre el la presencia en unidades COVID-19 y los siguientes componentes de burnout Impacto personal ($r=0,157$; $p=0,059$), Clima social ($r=0,081$; $p=0,21$) y Abandono motivacional ($0,156$; $p=0,06$). Sin embargo si se observa que la Insatisfacción laboral correlaciona positivamente con la presencia en unidades COVID-19 ($r=0,194$; $p= 0,026$)

Variables		F (p-valor)	Rho Spearman (p-valor)
Burnout global	Sexo	0,113 (n.s))	
	Experiencia laboral		0,201 (n.s.)
	Edad		0,7 (0n.s)
	Titulación académica	0,272 (n.s.)	
	Unidad COVID-19	3,279(*)	

Tabla 1. Relación Bournout y variables sociodemográficas

Variables		r(p-valor)
Unidad COVID-19	Burnout Total	0,176 (*)
	Impacto personal	0,157(n.s.)
	Clima social	0,081(n.s.)
	Abandono motivacional	0,156(n.ss.)
	Insatisfacción laboral	0,194 (*)

Tabla 2. Análisis correlacional entre burnout y presencia en unidades COVID-19

Conclusiones

Se observa en los resultados que la sobrecarga de trabajo afecta directamente a la actitud de las enfermeras que desarrollan su actividad en unidades COVID, de las que no. No se encuentra ninguna relación entre los componentes Impacto personal, Clima social y Abandono motivacional pero si se correlaciona positivamente con el componente de Insatisfacción laboral.