

## ENFERMERÍA: OTROS

### ENF-O-01. NUEVO PERFIL POBLACIONAL DE MEDICINA INTERNA

M. Carvajal Almira<sup>1</sup>, M. Valero Legidos<sup>1</sup>, S. Pacheco Pastor<sup>1</sup>, J. García Abellán<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna/ UEI. Hospital General Universitario de Elche. Elche (Alicante).

- J. DÍEZ-MANGLANO. La pluripatología, un reto para los sistemas sanitarios. En: *Revista Clínica Española*, Volume 217, Issue 4, May 2017, Pages 207.

**OBJETIVOS:** Conocer las causas principales de ingresos en nuestra unidad.

Estudiar las características de los pacientes ingresados en nuestra unidad en particular la pluripatología y comorbilidad asociada a la enfermedad crónica.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se han estudiado los 63 pacientes ingresados en nuestra unidad durante el mes de marzo de 2019. Estudio descriptivo en el que se analizan variables demográficas, grado de dependencia, estancia media, polimedición y comorbilidad asociada al Índice de Charlson.

**RESULTADOS:** La muestra está compuesta por 32 hombres y 31 mujeres. Con una edad media de 81,63 años.

Las causas más frecuentes de ingreso fue :infección respiratoria (19,35%) e insuficiencia cardiaca (11,29%) apareciendo como tercera causa de ingreso el problema social (9,68%).

La puntuación media en el Índice de Charlson fue de 5,11 puntos con un alto grado de comorbilidad. Estancia Media :10,16 días.

Número de Fármacos consumidos diariamente:7,59% presentando un alto grado de polimedición.

En el Índice de Barthel se observa un grado de dependencia total del 28,57% seguido de un grado leve con un 22,2 %.

29 de estos pacientes presentaban criterios de paciente crónico complejo no pluripatológico.

**DISCUSIÓN:** La edad de los pacientes ingresados en MIN no ha dejado de aumentar en los últimos años, sobre todo a expensas de la población mayor de 80 años que llega a alcanzar una tercera parte de nuestros ingresos.

La patología crónica prevalece sobre la aguda en los ingresos.

A medida que envejece la población aumenta la comorbilidad , siendo este uno de los factores importantes de ingreso en nuestra unidad.

Otro rasgo a tener en cuenta es la presencia del problema social como causa de ingreso.

**CONCLUSIONES:** Conforme envejece la población aumenta la comorbilidad y está a su vez, asociada a la pluripatología conlleva una peor evolución clínica no solo en el ingreso sino también al alta.

Debido al envejecimiento de la población y a su pluripatología las características de los pacientes ingresados en nuestra unidad ha cambiado en los últimos años.

### ENF-O-02. SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES DE CUIDADOS PALIATIVOS

D. Carmona Heredia<sup>1</sup>, C. Moreno González<sup>1</sup>, S. Vergara López<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Medicina Interna y Continuidad. Hospital de El Tomillar. Dos Hermanas (Sevilla).

- MASLACH C. Burned-out. *Human Behavior*. 1976;5:16-22.
- WESTERMANN C, KOZAK A, HARLING M, NIENHAUS A. Burnout intervention studies for inpatient elderly care nursing staff: Systematic literature review. En: *Int J Nurs Stud*. 2014;51(1):63-71.
- MARTÍNEZ M, CENTENO C, ASANZ-RUBIALES A, DEL VALLE M.L. Estudio sobre el Síndrome de Burnout en Profesionales de Enfermería de Cuidados Paliativos del País Vasco. En: *Rev. Med. Univ. Navarra*. 2009; 53 (1): 3-8.
- GAMA G, BARBOSA F, VIEIRA M. Personal determinants of nurses' burnout in end of life care. En: *European Journal of Oncology Nursing*. 2014;18(5):527-33.

**OBJETIVOS:** Principal: Determinar la prevalencia de burnout en los profesionales que desarrollan su trabajo en las Unidades de Cuidados Paliativos del Hospital El Tomillar.

Secundario: Determinar las variables asociadas a la presencia de Burnout en dichos profesionales.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Tipo de estudio: Observacional descriptivo transversal. Periodo de estudio Abril-Mayo 2018.

Número de muestra: 81

Mediante encuesta con datos sociodemográficos y organizacionales, y escala validada de Maslach. Análisis de datos: SPSS Statistics.

#### RESULTADOS:

- De la población estudiada el 40,7% presenta síndrome de Burnout: 4,9% Grave; 8,6% Moderado; 27,2% Leve.
- Por rango de edad: 44,4% de 46 a 60 años; 50% más de 60 años.
- Por Categoría Profesional: 50% celador/a; 48,1% TCAE; 38,5% enfermería.
- Según el tiempo trabajado en el servicio: 42,9% <15 años de servicio; 36% >15 años en el servicio.
- Con estudios especializados en cuidados paliativos , el 45,6% presenta S. Burnout frente al 25% de personal que no tiene estudios específicos y presentan S. Burnout.

#### CONCLUSIONES:

- 4 de cada 10 profesionales presentan algún grado de Burnout.
- Más de la mitad de los casos encontrados con Burnout son leves.
- La despersonalización es la dimensión más alterada. Aunque en profesionales con antecedentes de depresión, se afecta la realización personal.
- Los resultados muestran brecha entre géneros, sobre todo en el cansancio emocional.
- Los conocimientos específicos en paliativos no son factor protector.
- Los casos graves se dan más a partir de los 25 años de experiencia en el servicio.

### ENF-O-03. INCIDENCIA DE HEPATITIS A EN ESPAÑA: ¿QUE ESTA PASANDO?

M. Valero Legidos<sup>1</sup>, S. Pacheco Pastor<sup>1</sup>, J. García Abellán<sup>1</sup>, M. Carvajal Almira<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Medicina Interna / UEI. Hospital General de Elche. Elche (Alicante).

- Centro Nacional de Epidemiología. CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP). Instituto de Salud Carlos. III. *Resultados de la vigilancia epidemiológica de las enfermedades transmisibles. Informe anual 2016*. Madrid, 2018

**OBJETIVOS:** Conocer los casos declarados en España durante los años 2016, 2017 y 2018. Determinar las características demográficas relacionadas con esta enfermedad.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Revisión Bibliográfica de las páginas web de los siguientes organismos públicos: Organización Mundial de la Salud, Instituto de Salud Carlos y el Instituto Nacional de Estadística.

Palabras Claves: Hepatitis A, incidencia, casos.

**RESULTADOS:** La notificación de Casos fue la siguiente: en 2016 se notificaron 1296, en 2017 se notifican 4408 y en 2018 se notifican 1697.

El índice Epidémico en los tres años se encuentra por encima de 1,25 por lo que la incidencia es alta.

Los casos de Hepatitis A fueron en los tres años más frecuente en hombres en edades comprendidas entre los 24 y los 35 años.

Las Comunidades Autónomas con mayor incidencia en los tres años fueron Andalucía, Madrid y Comunidad Valenciana, excepto en el 2018 que se cuela en tercer lugar Canarias. Y las de menor incidencia son La Rioja, Ceuta y Melilla.

**DISCUSIÓN:** El Último Informe Anual remitido por el Centro Nacional de Epidemiología es el del año 2016 donde se detallan datos demográficos y su incidencia.

En el resto de los años solo se pueden acceder a los datos ofrecidos por la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica en sus boletines epidemiológicos semanales.

**CONCLUSIONES:** Se presenta esporádicamente en forma de brotes asociados a una mala higiene de manos. La prevención primaria es el arma esencial para disminuir la alta tasa de incidencia de esta enfermedad.

Se ha producido un aumento en hombres que tienen relaciones homosexuales por lo que se comienza una campaña para la vacunación de este grupo de riesgo.

Debido a la alta incidencia la OMS adopta la primera "Estrategia mundial del sector de la salud contra la hepatitis vírica". Su objetivo final es eliminar las hepatitis víricas como problema de salud pública por lo que toma la vacunación como parte de un plan integral de prevención y control de hepatitis víricas.

#### ENF-O-05. ENFERMERÍA EN LA CONCILIACIÓN TERAPÉUTICA DEL PACIENTE POLIMEDICADO

M. Ramírez Expósito<sup>1</sup>, M. Solano Alcaide<sup>2</sup>, M. Leiva Grande<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna. Hospital Comarcal Infanta Margarita. Cabra (Córdoba).

<sup>2</sup>Medicina Interna. Hospital Comarcal Infanta Margarita. Cabra (Córdoba).

<sup>3</sup>UGC. Hospital Comarcal Infanta Margarita. Cabra (Córdoba).

- [http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/file:///C:/Users/Equipo/Downloads/LIBRO\\_La\\_conciliacion\\_del\\_tratamiento\\_en\\_el\\_ambito\\_hospitalario](http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/file:///C:/Users/Equipo/Downloads/LIBRO_La_conciliacion_del_tratamiento_en_el_ambito_hospitalario).
- <http://www.elsevier.es/medicinaclinica>
- <http://www.hvn.es/servicios>
- <http://medline.es>
- <http://enfermeriageriatrica.es>

**OBJETIVOS:** Durante el año 2019 se propone poner en marcha un protocolo de enfermería para la conciliación terapéutica del paciente polimedicado ingresado en la planta de hospitalización de medicina interna, entendiendo por conciliación terapéutica el proceso que intenta prevenir los errores de medicación que ocurren en la transición asistencial de los pacientes.

La OMS estableció que una de las soluciones para mejorar la seguridad del paciente debía ser garantizar la exactitud de la medicación en los procesos asistenciales evitando omisión de medicación, duplicidad, cambio en la dosificación prescripción de medicamentos.

**OBJETIVOS:** Fomentar la conciliación terapéutica partiendo de la base Entrevista enfermera-paciente.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Fomentar la conciliación terapéutica partiendo de la base Entrevista enfermera-paciente. **METODOLOGÍA:** Se le realizara a todos los pacientes polimedificados que ingresan, mediante un trabajo interdisciplinar en el cual participa enfermería y personal facultativo .

Al ingreso la enfermera realizara junto con la valoración inicial una lista de comprobaciones para identificar posibles errores de medicación que puedan afectar a la seguridad del paciente.

Como apartados más importantes se propone para ello:

1. Identificar al cuidador principal o responsable del control del tratamiento del paciente
2. Verificar que medicamentos toma actualmente.
3. Preguntar específicamente por medicación que no requiera receta médica y que a menudo el paciente no considera como medicación de interés.

El paciente no tomara ninguna medicación que no sea aportada por el personal sanitario.

Al finalizar de cumplimenta la lista de comprobaciones se facilitara la información al médico internista responsable del paciente.

Circuito de Conciliación Terapéutica

1. INGRESO DEL PACIENTE
2. ENTREVISTA CON EL PACIENTE Y CUMPLIMENTAR (listas lista de comprobaciones)
3. COMPROBAR MEDICACIÓN PRESCRITA CON LA TOMA ACTUAL DEL PACIENTE
4. COMUNICAR AL MEDICO INTERNISTA RESPONSABLE.

**RESULTADOS:** Evitar los posibles errores de medicación aumentando la seguridad del paciente con este registro.

**CONCLUSIONES:** Con la puesta en marcha de este proyecto queremos llevar a cabo es estudio del impacto de estas medidas en la seguridad del paciente.