

InfoTrauma

N° 39

**Fecha de edición
Mayo 2022**

XX Congreso AEETO Palma

**Bloq de Investigación
Cómo hacer y presentar un
Póster: errores y aciertos**

ARTÍCULOS DE ESTE NÚMERO

**Impacto del dolor en la
calidad de vida de los
pacientes sometidos a
cirugía de deformidad
de columna**

**Estudio sobre fracturas de
cadera en mayores de
65 años en el primer año
de pandemia**

**Practica y consigue la
excelencia**

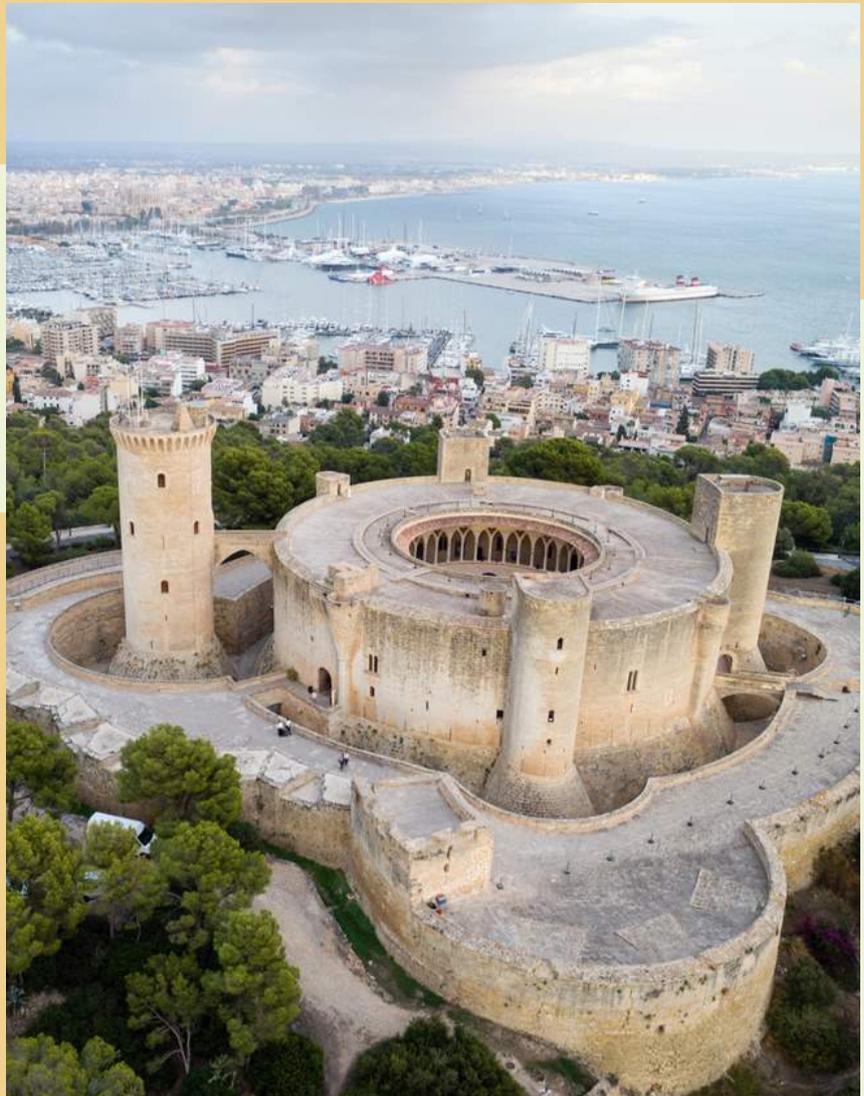
*Revista de la Asociación
Española de Enfermería en
Traumatología y Ortopedia*

www.aeeto.es

info@aeeto.es

infotrauma@aeeto.es

El Castillo de Bellver de Palma: Singularidad



**“La revista creada por y para los
profesionales de Enfermería en
Traumatología y Ortopedia”**

Kendall SCD™, la compresión vascular inteligente

Ayude a prevenir la ETEV tras la cirugía ortopédica



El sistema Kendall SCD™ ha demostrado clínicamente reducir el riesgo de Trombosis Venosa Profunda¹ (TVP) y Embolia Pulmonar² (EP).

Visite [cardinalhealth.es](https://www.cardinalhealth.es)

Bibliografía

1. Lacut K et al. Prevention of venous thrombosis in patients with acute intracerebral haemorrhage. Neurology. 2005 Sep 27;65(6):865-9.
2. Ramos R et al. The efficacy of pneumatic compression stockings in the prevention of pulmonary embolism after cardiac surgery. CHEST. 1996 Jan; 109:82-5.

Solo para profesional Sanitario

© 2022 Cardinal Health. Todos los derechos reservados. CARDINAL HEALTH, el logotipo de Cardinal Health, ESSENTIAL TO CARE y KENDALL son marcas comerciales de Cardinal Health y pueden estar registradas en los EE. UU. o en otros países. Información importante: Antes de usar cualquier dispositivo médico, revise toda la información relevante del envase, incluida la etiqueta y/o las instrucciones de uso. Producto conforme al Real Decreto 1591/2009. 2GM22-1960425 (05/2022)




CardinalHealth™



Mirada Enfermera

Abrimos este nuevo número de Infotrauma celebrando la gran acogida que están teniendo todas las actividades promovidas por nuestra Asociación Española de Enfermería en Traumatología Y Ortopedia A.E.E.T.O.

Año a año se van sumando nuevas iniciativas en las que A.E.E.T.O. actúa Aval o Promotor de Acciones formativas, acciones colaborativas en proyectos de Seguridad e incluso se convierte en motor para la investigación Enfermera en nuestra área competencial, además de recoger diferentes realidades profesionales que hemos querido trasladar al programa científico de nuestro XX Congreso Nacional que este año se celebrará los días 2, 3 y 4 de Noviembre en la Ciudad de Palma con el lema Motivación : Clave en el desarrollo Enfermero en C.O.T.. Cómo cada año, tras la decisión de la junta de la selección de la Sede, hemos querido reunirnos con la enfermeras del Entorno para recoger de primera mano sus experiencias y sensibilidades y darles la oportunidad de participar activamente en el congreso. La sorpresa ha sido mayúscula por la gran acogida recibida y el alto grado de respuesta obtenida que sin duda responde al compromiso, desempeño y promoción del Liderazgo Enfermero proactivo, tan necesario para conseguir unos Cuidados Enfermeros con un alto grado e Calidad y Seguridad. Queda Claro que el liderazgo Enfermero es capaz de promover la motivación profesional y trasladar la mirada Enfermera a todos los ámbitos de los Cuidados.

Queremos invitaros a participar con nosotros en las diferentes actividades promovidas por A.E.E.T.O. Formación presencial, Formación virtual, publicaciones y participación activa presentando vuestras experiencias o proyectos profesionales adaptados a artículos científicos a nuestro congreso. Estamos decididos a avanzar en la creación de una base documental Enfermera en el área de traumatología y Ortopedia, mediante la publicación de todos los contenidos de los trabajos presentados a los cuales se les otorga valor curricular.



El compromiso de A.E.E.T.O. con sus asociados se ve reflejado en cuantas acciones se programan a lo largo del año, y en las becas que A.E.E.T.O. pone a disposición de sus asociados para responder a su fidelidad. Te incitamos desde estas páginas a sumarte a nuestros proyectos y hacerte eco de los mismos con el fin de trasladar nuestras iniciativas a la comunidad Enfermera.

Nuestro objetivo, ya sabéis que es alcanzar Cuotas de Excelencia en los Cuidados Enfermeros en C.O.T.

¡Súmate a nuestros proyectos! ¡Hazte socio de AEETO y participa de sus ventajas!.

Herminio Sánchez Sánchez.

Presidente de AEETO

COMITE EDITOR

Comité Editor

editado por **AEETO**

InfoTrauma

JUNTA DIRECTIVA

Presidente: D. Herminio Sánchez Sánchez
Vicepresidenta: Dña. Margarita Burgueño Declara
Secretario: D. Alberto Hernández Carnicero
Tesorero: D. Francisco Torija Rodríguez de Liebana
Vocal: Dña. Yolanda López Moreno
Vocal: Dña. Ana Isabel Rodríguez Herruzo



DELEGADOS AEETO

Dña. Nerea Estarriaga Gainza

Delegada AEETO Navarra

Dña. Mónica García Fernández

Delegada AEETO Cataluña

Dña. Yolanda López Moreno

Delegada AEETO Madrid

Dña. Laura Moraleda Torres

Delegada AEETO Castilla-La Mancha

Dña. Victoria Apolonia Pascual Reus

Delegada AEETO Islas Baleares

D. David Sanabria Delgado

Delegado AEETO Andalucía

Dña. María Sáez Jalón

Delegada AEETO Cantabria

D. Luis Alberto Pablos Aguadero

Delegado AEETO Castilla-León

COMITÉ EDITORIAL

Dirección: Dña. Yolanda López Moreno
Dña. Mercedes Gil Soria
Vocales: Dña. Laura Moraleda Torres
Dña. Ana Isabel Rodríguez Herruzo

Revista semestral indizada en CUIDEN. ISSN: 1698-5443. Depósito legal: M-23158-2004. Imprime: ADAN ARTES GRÁFICAS S. L.
Diseño y Maquetación: Yolanda Hernández Ayuso.

Para publicar en InfoTrauma, envíelas en formato Word con tipo de letra Times New Roman en tamaño 10 y a 1,5 espacios de interlineado. Las fotografías que acompañen a los artículos deben de estar en formato jpg.

InfoTrauma no se hace responsable de los criterios y opiniones emitidos por los autores en sus artículos.



infotrauma@aeeto.es



Motivación y Conocimiento: Base de la investigación

De nuevo os damos la bienvenida y os animamos a leer este nuevo número que sin duda viene cargado de contenidos de gran interés.

Como tod@s sabéis, Infotrauma tiene la vocación de servir como base documental para apoyar la práctica profesional de las Enfermeras que prestan sus cuidados en el área de Traumatología y Ortopedia. Número a número, aspira a convertirse en una herramienta de consulta donde encontrar las respuestas a las preguntas formuladas en el día a día, y servir de apoyo bibliográfico para el desarrollo de nuevos proyectos de investigación.

Dentro de infotrauma contamos con un excelente apoyo metodológico donde gracias a las aportaciones siempre pedagógicas de Laura Moraleda Torres, miembro de nuestro comité Editorial, y a través del Bloq de Investigación incluido desde el número 28 de Infotrauma, podéis adentraros de forma sencilla en el proceso de la investigación, encontrando respuestas a preguntas tales como: ¿qué tipo de estudios de investigación existen? y ¿cuál es el adecuado a mi proyecto?, ¿cómo realizar una pregunta de investigación y ordenar metodológicamente el proceso?, ¿dónde encontrar las fuentes bibliográficas y como referenciarlas en mi manuscrito?, ¿Cuál es la forma adecuada de definir la población y las variables de estudio?, ¿qué instrumentos y herramientas puedo utilizar para la recogida de información?, ¿cómo debo analizar e interpretación de datos y difundir los resultados de mi investigación?. En definitiva, más de 9 números en los que sin duda, hallareis las respuestas a las preguntas formuladas y que han de servir a los investigadores noveles, a adentrarse en el mundo de la investigación con mayor seguridad. También podéis encontrar en este mismo bloq ejemplos prácticos, en esta línea en el número 38, incluimos en este apartado cómo debe realizarse una revisión bibliográfica donde incluíamos un ejemplo que sin duda os servirá para ver como se traslada la teoría a la escritura científica. En este número podréis consultar como hacer y presentar un trabajo científico en formato póster, con sus aciertos y errores con el fin de que podáis conocer los aspectos que se priman a la hora de evaluar dichos trabajos y que sin duda servirán para minimizar vuestras dificultades a la hora de abordarla.

Os animamos a todos a seguir trasladando y compartiendo vuestras experiencias a través de las páginas que desde Infotrauma ponemos a vuestra disposición. A la vez que os animamos a emprender la tarea de compartir conocimientos y proyectos con nuestro colectivo a través de vuestra participación con trabajos presentados en formato comunicación y poster a nuestro congreso

Yolanda López Moreno
Mercedes Gil Soria
Co-directoras INFOTRAUMA

COMO HACER Y PRESENTAR UNA COMUNICACIÓN ORAL TIPO POSTER: ERRORES Y ACIERTOS

Autora: López Moreno, Yolanda. Enfermera Asepeyo Coslada. Madrid. Máster en Calidad y Gestión de Enfermería por la Universidad de Barcelona. Máster en Ciencias Sociosanitarias Universidad Alcalá de Henares. Vocal AEETO. Delegada AEETO Madrid. Coodirectora Infotrauma
Email de contacto: ylopezmoreno@asepeyo.es

Como venimos desarrollando en este blog de investigación, continuamos ofreciendo información de los distintos aspectos metodológicos que se deben tener en cuenta a la hora de comenzar a realizar una investigación, desarrollarla o difundirla. Haciendo hincapié en este último aspecto, una de las formas para la difusión de material científico, la innovación o los proyectos de mejora de la calidad en cuidados, a parte de la presentación oral o la publicación de un artículo en una revista, es la comunicación tipo poster.

Es a este formato de poster a lo que nos vamos a referir en la nueva entrada de este blog de investigación. Intentaremos explicar las nociones teóricas básicas para la realización de un poster y estableceremos de manera práctica que hacer y que no hacer a la hora de elaborar un poster científico para un evento de difusión de conocimientos.

A diferencia de las comunicaciones orales o de la elaboración de un manuscrito, la creación de un póster requiere una síntesis concisa del contenido junto a un diseño y desarrollo de una apariencia visual atractiva para el asistente y que contenga un mensaje claro.

Es una alternativa a la comunicación oral y tiene la misma categoría científica que las comunicaciones orales a nivel curricular. Como hemos dicho antes, posibilita la transmisión concisa, clara y permanente de su contenido (mientras dura el congreso), sin la caducidad que implica la comunicación oral y permite establecer una comunicación directa con el autor o autores y el intercambio de opiniones a lo largo de su exposición.

El poster es una herramienta cada vez más popular para difundir avances y resultados, ya que nos permite comunicarnos de manera informal y sintética a todo tipo de públicos: con nuestros pares, con investigadores de otras áreas, con estudiantes en un foro estudiantil o con un público en general. En un poster daremos un resumen gráfico de todo un proyecto de investigación, de tal manera que quede claro para el lector qué queríamos saber, qué hicimos para generar tal conocimiento y cuáles han sido los resultados.

El reto al realizar un poster es darle la información al lector, de tal manera, que pueda decidir rápidamente si es o no de su interés, y en caso de ser así, pueda acceder a ella de manera rápida y agradable. Aun cuando el contenido del cartel sea interesantísimo, una mala presentación hará que el lector pierda interés rápidamente... o nunca lo adquiera.

La realización de una comunicación oral tipo poster requiere de manejar las bases del lenguaje visual, es decir, entender que se trata de ser lo más sintético posible para expresar lo esencial. No existen muchas publicaciones que nos den pautas sobre su elaboración más adecuada, pero sí coinciden en determinados aspectos formales y características que deben contener las partes que integran el poster, y vamos a intentar explicarlo de la manera más práctica y sencilla posible.

1.PREPARACIÓN

- Conocer la audiencia a quién va a ir dirigida la información y el ámbito donde se va a realizar la presentación de nuestra comunicación.
- Cada congreso o evento tiene sus normas de presentación y defensa. Es importante conocerlas y adecuarnos a ellas para evitar tener sorpresas después.
- Algunos Congresos piden la realización de un resumen de nuestro trabajo para la selección previa de las comunicaciones, el cual tiene también sus propias normas para su realización y envío.
- Organizar la información derivada de la investigación, definiendo lo que se incluirá en cada sección.
- Seleccionar el software con el que se realizará la maquetación del poster: Power point, Adobe Illustrator, Photoshop, InDesing, etc..

2. DISEÑO

El diseño es importante para llamar la atención de los asistentes y se sientan atraídos a leer el contenido. Aquí os dejamos algunas recomendaciones a la hora de realizar el diseño de vuestro poster:

- Utilizar listas, viñetas y titulares que faciliten la lectura.
- El tamaño de la letra debe permitir que el título sea legible, desde al menos, tres metros de distancia.
- La información debe presentarse en columnas y no en filas.
- Deben estar claros los distintos apartados que deben aparecer separados por espacios en blanco y diferenciados con cajas o fondos distintos.
- Utilizar encabezados para diferenciar las distintas partes del poster.
- Fondo sencillo para centrar la atención en el contenido.
- El color del texto debe contrastar con el fondo para hacer más fácil la lectura.
- Evitar imágenes pixeladas al imprimirlo
- El texto debe contener entre 300 y 800 palabras, representando el 20% del espacio total. El 80% restante debe ser ocupado por imágenes y espacio libre a partes iguales.
- Texto alineado a la izquierda, sin justificar.
- No utilizar mas de 2 tipos distintos de letras, para evitar distracciones en la lectura.
- La información que no sea importante no debe incluirse.
- Los colores estarán limitados a tres o cuatro, pues más colores necesitan más tiempo para decodificar la idea, aumentando la fatiga intelectual.
- También debe tenerse en cuenta el lugar de la composición en la que está colocada la información, y es en este sentido, que en la parte superior izquierda aparecerá de forma más llamativa la información, pues es en este punto del cuadro donde mira el espectador por primera vez. Sin embargo, las conclusiones, además de aparecer resumidas en los titulares de cabecera, pueden ir en un recuadro en el tercio inferior del póster. En la parte inferior derecha estarán colocadas las consideraciones finales (Ley de Brandt y Ley de Starch)

3. CONTENIDO

La información dentro del poster debe estar estructurado en los siguientes apartados: (Imagen 1)

Título: Debe incluir toda la información crucial de la investigación, pero en un máximo de 2 líneas. Evitar la utilización de siglas, acrónimos o abreviaturas. Dentro del recuadro del Título (cabecera), debe incluirse los autores, el centro de trabajo y un e-mail.

Introducción: En este apartado se debe distribuir la información en 1 o 2 párrafos, incluyendo los objetivos y la hipótesis. Hay que recordar que en este apartado se debe justificar el qué se presenta y por qué se presenta.

Material y Métodos: Puede incluir imágenes, diagramas y/o gráficos para evitar la densidad en el apartado. En este apartado recordar que debe incluir: población objeto de estudio, diseño del estudio, nuestras variables y su tratamiento estadístico, además de las herramientas utilizadas para llevar a cabo el trabajo.

Resultados: se deben presentar los datos obtenidos sin saturar el texto con números e incluyendo alguna imagen gráfica para conseguir un resultado más visual. Presentación de hallazgos más relevantes, deben estar relacionados con los objetivos del estudio.

Conclusiones: Las conclusiones deben ser coherentes con los resultados. Son las afirmaciones que se desprenden de los resultados. Resumir brevemente las cuestiones planteadas al inicio de la investigación, los resultados obtenidos y el interés o significado de los mismos.

Referencias: Se deben incluir las referencias bibliográficas que consideremos imprescindibles en relación con el tema, no superando las 4-5 referencias y siguiendo Normas de Vancouver.



TÍTULO DEL TRABAJO

AUTORES: *Primer apellido Segundo apellido, Nombre, *Primer apellido 2º autor segundo apellido 2º autor, Nombre 2º autor;
Categoría (unificar todos los autores que tengan misma categoría). Unidad y Centro de Trabajo

Introducción

Resultados

Materia y Método

Conclusiones

Bibliografía

(se puede sustituir por QR dejar más espacio)

BIBLIOGRAFÍA:

Kratz, C; Carrie, H; Humbles-Pegues, P. "Elaboración de un poster: recomendaciones y trucos para el éxito" (2017). *Revista Nursing*; Vol 34. Num 6. Pag 17-19

Van't Hooft, Anuschka." *Cómo elaborar un cartel científico*". *Revista de El Colegio de San Luis* (2013), 3(5), 134-145. Recuperado en 11 de abril de 2022, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-899X2013000100006&lng=es&tlng=es.

Bravo J.L. *Elaboración de pósters para congresos*. Universidad politécnica de Madrid (2007). Consultado en abril de 2022. Disponible en <http://www.ice.upm.es/documentacion/recursospersonales/jlbr/poster/PosterTexto.pdf>

Guardiola E. *El poster: una forma eficaz de comunicación en un congreso*. I Congreso Nacional de Bibliotecas Públicas. Valencia 2002.

Consultado en Abril de 2022. Disponible en <http://www.fes-web.org/que-hacemos/congresos/IX/archivos/posters.pdf>

Santillán-García, A. "Como hacer una investigación tipo poster". *Enfermería basada en la Evidencia (EBE)* (2012). Consultado en abril de 2022. Disponible en <http://ebevidencia.com/archivos/8>

Revuelta G. *Taller sobre elaboración de posters científicos*. Universitat Pompeu Fabra. Barcelona 2010. Consultado en abril 2022. Disponible en <http://www.occ.upf.edu/img/imatges/cms/manualposters.pdf>

Imagen 1: Ejemplo de contenido de un poster

Esperamos que esta publicación os permita despejar dudas sobre cómo preparar una comunicación científica tipo poster. Con ella os hemos querido acercar los aspectos más importantes y básicos para tener en cuenta a la hora de diseñar vuestro poster científico.

Os remitimos también a la bibliografía para completar la información y consultéis ejemplos teóricos y prácticos sobre qué hacer y que no hacer en el diseño de vuestro futuro poster.



PALMA 2,3,4 Noviembre
2022
XX Congreso
aeeto



Motivación

Clave en el Desarrollo Enfermero en C.O.T.

www.aeeto.es



SEDE: Hotel Meliá Palma Marina
Av. de Gabriel Roca, 29
07014 Palma. Islas Baleares

*Abierto Plazo de
presentación Trabajos:
15 de Junio 2022*



IMPACTO DEL DOLOR EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA DE DEFORMIDAD DE COLUMNA

IMPACT OF PAIN ON THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WHO UNDERWENT SURGERY FOR ADULT SPINAL DEFORMITY

Fuente Riaño, María Pilar*; García García-Bueno, María Luisa**; Lozano Gonzalez, María Teresa*; Díez Lozano, Sandra; Del Cano Rojo, Saray*; Fernández Fernandez, Jesus Antonio*; Esteban Blanco, Marta***.

*Enfermera/o Unidad de Hospitalización del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Complejo Asistencial Universitario de León.

** Enfermera supervisora Unidad de Hospitalización del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Complejo Asistencial Universitario de León.

***Coordinadora de estudios del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Complejo Asistencial Universitario de León. Fundación ICSCYL.

e-mail de contacto:

marisaggb@mail.com / mestebanb.asitec@saludcastillayleon.es

RESUMEN



Introducción y Objetivos: La alineación del raquis puede alterarse por múltiples causas, dando lugar a distintas patologías que pueden modificar significativamente la calidad de vida de los pacientes. El objetivo fue analizar el impacto del dolor en la calidad de vida de los pacientes sometidos a cirugía de deformidad de columna.

Metodología: Estudio retrospectivo de una base prospectiva con 47 pacientes que se sometieron a cirugía utilizándose los cuestionarios VAS, ODI y SRS22.

Resultados: Diferencias estadísticamente significativas en todos los cuestionarios analizados pre y post cirugía tanto a los 6 meses como al año de la misma.

Discusión: El logro de una mejoría "clínicamente" importante para los pacientes sugiere un beneficio para la cirugía compleja de la deformidad del adulto.

Conclusiones: La cirugía de deformidad de raquis consigue una mejora en la calidad de vida de los pacientes en cuanto a la percepción del dolor a lo largo del seguimiento.

ABSTRACT



Introduction and Objectives: The alignment of the spine can be modified for multiple reasons, giving rise to different pathologies that can significantly change the quality of life of patients. The purpose of this study was to analyze the impact of pain on the quality of life of patients undergoing spinal deformity surgery.

Methods: Retrospective study of a prospective database with 47 patients who underwent surgery. VAS, ODI and SRS22 questionnaires were used.

Results: Statistically significant differences in all the questionnaires analyzed before and after surgery, both at 6 months and one year follow-up.

Discussion: The achievement of "clinically" important improvement for the majority of patients suggests a benefit for complex surgery of the adult spine deformity.

Conclusions: Spinal deformity surgery achieves an improvement in the quality of life of patients in terms of pain perception throughout follow-up.

Palabras Clave: Columna vertebral, cirugía de deformidad, calidad de vida, dolor.

Keywords: Spine, deformity surgery, quality of life, pain.

INTRODUCCIÓN

El raquis es un complejo sistema musculoesquelético cuyo equilibrio puede alterarse por múltiples causas, dando lugar a distintas patologías que pueden modificar significativamente la calidad de vida de los pacientes. La deformidad de la columna en adultos puede ser el resultado de una serie de condiciones que incluyen escoliosis idiopática, *de novo* y/o curvas degenerativas, cada una de las cuales conduce a un desequilibrio del soporte estructural de la columna vertebral. La escoliosis presenta una alta prevalencia en la población adulta y puede clasificarse en neuromuscular, congénita e idiopática (1,2) (Fig. 1). Los factores de riesgo más significativos que influyen tanto en su aparición como en el deterioro son los mecánicos, hormonales y metabólicos (2).



Fig 1. Paciente con escoliosis antes (izquierda) y después (derecha) de la cirugía.

Por otro lado, los diferentes síntomas que puede presentar la presencia de esta deformidad son el dolor axial, radicular y el déficit neurológico (3).

La calidad de vida es una evaluación subjetiva acerca de la influencia del estado de salud, los cuidados sanitarios y las dimensiones física, psicológica y social del paciente. La cirugía de deformidad conlleva una serie de riesgos y complicaciones que hacen que sea una cirugía compleja por lo cual los criterios de indicación quirúrgica serían la presencia de dolor raquídeo con o sin clínica neurológica, la progresión o riesgo de progresión de la curva, el riesgo de alteraciones cardiorrespiratorias y las alteraciones de la imagen corporal que produzcan importante afectación emocional (4,5). El desarrollo de este estudio permitió valorar la calidad de vida de los pacientes, importante en el trascurso de esta patología y ello podría derivar en una mejora de la gestión y toma de decisiones de los procedimientos quirúrgicos de la misma.

OBJETIVO

Analizar el impacto del dolor en la calidad de vida de los pacientes sometidos a cirugía de deformidad de columna a los seis meses y al año de la intervención en el Complejo Asistencial Universitario de León.

MATERIAL Y MÉTODO

Este estudio es un análisis retrospectivo de una base de datos prospectiva (2016-2017) de una cohorte de pacientes que se han sometido a cirugía de deformidad. Los criterios de inclusión para toda la base de datos fueron edad mayor de 18 años y presencia de deformidad espinal, definida por al menos 1 de los siguientes: escoliosis ángulo de Cobb de 20° o mayor, eje vertical sagital (SVA) de 5 cm o mayor, inclinación (PT) de 25° o más, y/o cifosis torácica de 60° o más. El mínimo de vértebras instrumentadas fueron 4 y mínimo un año de seguimiento. Los criterios de exclusión fueron deformidad espinal de etiología neuromuscular, presencia de malignidad y pacientes que no pudieron completar los cuestionarios.

Se obtuvieron los datos demográficos y clínicos de cada paciente: edad, sexo, índice de masa corporal (IMC), niveles instrumentados, tiempo de cirugía y sangrado.

Las medidas estandarizadas de calidad de vida relacionada con la salud incluyeron la espalda y la pierna de la escala analógica visual (EVA) que puntúa de 0 (ausencia de dolor) a 10 (peor dolor imaginable), la pregunta 1 (intensidad del dolor) el índice de discapacidad de Oswestry (ODI) puntuando de 0 (Puedo tolerar el dolor sin necesidad de tomar calmantes) y 5 (los calmantes no me alivian el dolor ni los tomo) y el subdominio dolor del cuestionario de la Scoliosis Research Society (SRS-22) que son el resultado de la media de las puntuaciones de las 5 preguntas: ¿cuánto dolor ha tenido en los últimos 6 meses?, ¿cuánto dolor ha tenido en el último mes?, ¿tiene dolor de espalda en reposo?, ¿toma medicamentos para su espalda? y en los últimos 3 meses ¿cuánto tiempo ha faltado al trabajo o al colegio debido a su dolor de espalda? (Imágenes 1, 2,3).

ESCALA VISUAL ANALOGICA del dolor lumbar y miembro inferior

Comenzando por la izquierda, indique la intensidad del dolor en las últimas 4 semanas:

DOLOR DE ESPALDA

Ningún dolor (0) / _____ Máximo dolor (10)

DOLOR DE PIERNA

Ningún dolor (0) / _____ Máximo dolor (10)

Imagen 1. Escala visual analógica del dolor lumbar y miembro inferior

IMPACTO DEL DOLOR EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA DE DEFORMIDAD DE COLUMNA

INDICE DE DISCAPACIDAD DE OSWESTRY (LOW BACK QUESTIONNAIRE)

En las siguientes actividades, marque con una cruz la frase que en cada pregunta se parezca más a su situación:

1 Intensidad del dolor

- 0 Puedo tolerar el dolor sin necesidad de tomar calmantes.
- 1 El dolor es fuerte, pero me arreglo sin tomar calmantes.
- 2 Los calmantes me alivian completamente el dolor.
- 3 Los calmantes me alivian un poco el dolor.
- 4 Los calmantes apenas me alivian el dolor.
- 5 Los calmantes no me alivian el dolor ni los tomo.

2 Estar de pie

- 0 Puedo estar de pie tanto tiempo como quieras sin que me aumente el dolor
- 1 Puedo estar de pie tanto tiempo como quiera, pero me aumenta el dolor
- 2 El dolor me impide estar de pie más de una hora
- 3 El dolor me impide estar de pie más de media hora
- 4 El dolor me impide estar de pie más de 10 minutos
- 5 El dolor me impide estar de pie

3 Cuidados personales

- 0 Me las puedo arreglar sólo sin que me aumente el dolor
- 1 Me las puedo arreglar solo, pero esto me aumenta el dolor
- 2 Lavarme, vestirme, etc., me produce dolor y tengo que hacerlo despacio y con cuidado
- 3 Necesito alguna ayuda, pero consigo hacer la mayoría de las cosas yo sólo
- 4 Necesito ayuda para hacer la mayoría de las cosas
- 5 No puedo vestirme, me cuesta lavarme y suelo quedarme en la cama

4 Dormir

- 0 El dolor no me impide dormir
- 1 Sólo puedo dormir si tomo pastillas
- 2 Incluso tomando pastillas duermo menos de 6 horas
- 3 Incluso tomando pastillas duermo menos de 4 horas
- 4 Incluso tomando pastillas duermo menos de 2 horas
- 5 El dolor me impide totalmente dormir.

5 Levantar peso

- 0 Puedo levantar objetos pesados sin que me aumente el dolor
- 1 Puedo levantar objetos pesados, pero me aumenta el dolor
- 2 El dolor me impide levantar objetos pesados del suelo, pero puedo hacerlo si están en un sitio cómodo (ej. en una mesa)
- 3 El dolor me impide levantar objetos pesados del suelo, pero sí puedo levantar objetos ligeros o medianos si están en un sitio cómodo
- 4 Sólo puedo levantar objetos muy ligeros
- 5 No puedo levantar ni elevar ningún objeto

6 Actividad sexual

- 0 Mi actividad sexual es normal y no me aumenta el dolor
- 1 Mi actividad sexual es normal, pero me aumenta el dolor
- 2 Mi actividad sexual es casi normal, pero me aumenta el dolor
- 3 Mi actividad sexual se ha visto muy limitada a causa del dolor
- 4 Mi actividad sexual es casi nula a causa del dolor
- 5 El dolor me impide todo tipo de actividad sexual

7 Andar

- 0 El dolor no me impide andar
- 1 El dolor me impide andar más de un kilómetro
- 2 El dolor me impide andar más de 500 metros
- 3 El dolor me impide andar más de 250 metros
- 4 Sólo puedo andar con bastón o muletas
- 5 Permanezco en la cama casi todo el tiempo y tengo que ir a rastras al baño

8 Vida social

- 0 Mi vida social es normal y no me aumenta el dolor
- 1 Mi vida social es normal, pero me aumenta el dolor
- 2 El dolor no tiene un efecto importante en mi vida social, pero sí impide mis actividades más enérgicas como bailar, etc.
- 3 El dolor ha limitado mi vida social y no salgo tan a menudo
- 4 El dolor ha limitado mi vida social al hogar
- 5 No tengo vida social a causa del dolor

9 Estar sentado

- 0 Puedo estar sentado en cualquier tipo de silla todo el tiempo que quiera
- 1 Puedo estar sentado en mi silla favorita todo el tiempo que quiera
- 2 El dolor me impide estar sentado más de una hora
- 3 El dolor me impide estar sentado más de media hora
- 4 El dolor me impide estar sentado más de 10 minutos
- 5 El dolor me impide estar sentado

10 Viajar

- 0 Puedo viajar a cualquier sitio sin que me aumente el dolor
- 1 Puedo viajar a cualquier sitio, pero me aumenta el dolor
- 2 El dolor es fuerte, pero aguanto viajes de más de 2 horas
- 3 El dolor me limita a viajes de menos de una hora
- 4 El dolor me limita a viajes cortos y necesarios de menos de media hora
- 5 El dolor me impide viajar excepto para ir al médico o al hospital

Imagen 2. Índice de discapacidad de Oswestry (low back questionnaire)

CUESTIONARIO "SRS-22" SOBRE EL ESTADO DE SALUD (a rellenar por el paciente)	
Este cuestionario está diseñado para valorar el estado de su espalda. Es importante que usted mismo responda a las diferentes preguntas y que señale la respuesta más adecuada a cada pregunta. Por favor, sólo una respuesta por pregunta	
1. ¿Cuánto dolor ha tenido en los últimos 6 meses? Ninguno Ligero Regular Moderado Intenso	12. ¿Le limita la espalda la capacidad para realizar sus actividades habituales por casa? Sólo alguna vez Algunas veces Casi siempre Siempre Nunca
2. ¿Cuánto dolor ha tenido en el último mes? Ninguno Ligero Regular Moderado Intenso	13. Durante los últimos 6 meses, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo? Siempre Casi siempre Algunas veces Sólo alguna vez Nunca
3. Durante los últimos 6 meses, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso? Nunca Sólo alguna vez Algunas veces Casi siempre Siempre	14. ¿Cree que el estado de su espalda influye en sus relaciones personales? Nada Un poco Regular Bastante Mucho
4. Si tuviera que pasar el resto de su vida con la espalda como la tiene ahora, ¿cómo se sentiría? Muy contento Bastante contento Ni contento ni descontento Bastante descontento Muy descontento	15. ¿Ud. o su familia tienen dificultades económicas por su espalda? Mucho Bastante Regular Un poco Nada
5. ¿Cuál es su nivel de actividad actual? Permanente en cama No realiza prácticamente ninguna actividad Tareas ligeras y deportes ligeros Tareas moderadas y deportes moderados Actividad completa.	16. En los últimos 6 meses, ¿se ha sentido desanimado y triste? Nunca Sólo alguna vez Algunas veces Casi siempre Siempre
6. ¿Cómo le queda la ropa? Muy bien Bien Aceptable Mal Muy mal	17. En los últimos 3 meses, ¿cuántos días ha faltado al trabajo o al colegio debido al dolor de espalda? 0 1 2 3 4 o más
7. Durante los últimos 6 meses, ¿se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle? Siempre Casi siempre Algunas veces Sólo alguna vez Nunca	18. ¿Le dificulta la situación de su espalda salir de casa con sus amigos o su familia? Nunca Sólo alguna vez Algunas veces Casi siempre Siempre Nunca
8. ¿Tiene dolor de espalda en reposo? Siempre Casi siempre Algunas veces Sólo alguna vez	19. ¿Se siente atractivo/a con el estado actual de su espalda? Sí, mucho Sí, bastante Ni atractivo/a ni poco atractivo/a No, no demasiado En lo absoluto
9. ¿Cuál es su nivel actual de actividad laboral 100% de lo normal 75% de lo normal 50% de lo normal 25% de lo normal 0% de lo normal Nunca	20. Durante los últimos 6 meses, ¿cuánto tiempo se sintió feliz? Nunca Sólo alguna vez Algunas veces Casi siempre Siempre
10. ¿Cómo describiría el aspecto de su cuerpo (sin tener en cuenta el de la cara y extremidades)? Muy bueno Bueno Regular Malo Muy malo	21. ¿Está satisfecho con los resultados del tratamiento? Completamente satisfecho Bastante satisfecho Indiferente Bastante insatisfecho Completamente insatisfecho
11. ¿Toma medicamentos para su espalda? Ninguno Calmantes suaves 1 a la semana o menos Calmantes suaves a diario Calmantes fuertes 1 a la semana o menos Calmantes fuertes a diario	22. ¿Aceptaría el mismo tratamiento otra vez si estuviera en la misma situación? Sí, sin duda Probablemente sí No estoy seguro/a Probablemente no No, sin duda

Imagen 3. Cuestionario "SRS-22" sobre el estado de salud (a rellenar por el paciente)

IMPACTO DEL DOLOR EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA DE DEFORMIDAD DE COLUMNA

El análisis estadístico se realizó mediante la prueba T de Student y el test de Wilcoxon según si las variables se ajustaban o no a la normalidad para muestras relacionadas. Se utilizó para dicho análisis el paquete estadístico SPSS v21 (IBM).

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 47 pacientes que cumplieron todos los criterios de inclusión, dentro de esta población el 83% eran mujeres, la mediana de edad de la cohorte fue de 64 (55-71,62) años, la mediana de niveles instrumentados fue de 8 (6-9) y del tiempo quirúrgico de 285 (240-368,75), la media de IMC de la cohorte fue de $26,71 \pm 0,36$.

En cuanto a la calidad de vida de los pacientes, analizando el EVA espalda encontramos diferencias estadísticamente significativas entre la visita en el pre-operatorio [8 (8-9,5)] a los 6 meses [5 (2-8) $p=0,001$] y al año de la cirugía [4 (2,5-5,5) $p<0,001$] (Fig. 2).

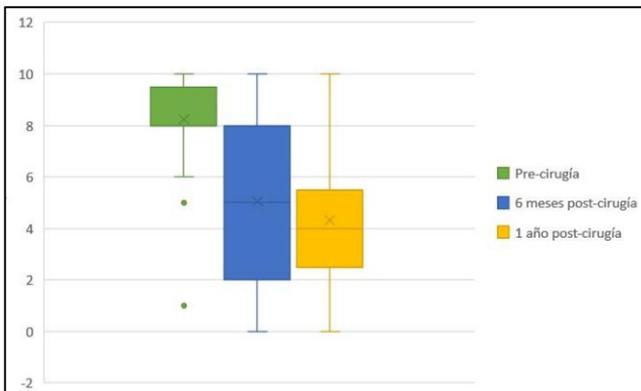


Fig 2. Box plot del cuestionario EVA espalda.

En cuanto al EVA pierna también encontramos diferencias estadísticamente significativas entre la visita en el pre-operatorio $6,73 (\pm 2,6)$ a los 6 meses $[3,50 (\pm 3,30) p<0,01]$ y al año de la cirugía $[3,25 (\pm 3,2) p<0,001]$. Analizando la pregunta 1 del cuestionario ODI encontramos diferencias estadísticamente significativas en el seguimiento, preoperatorio $3,55 (\pm 0,7)$ a los 6 meses $[2,61 (\pm 1,3) p=0,005]$ y al año de la cirugía $[2,19 (\pm 1,4) p<0,001]$. Por último, en el cuestionario SRS-22, los valores del preoperatorio $1,86 (\pm 0,71)$ a los 6 meses $[2,71 (\pm 0,91) p=0,005]$ y al año de la cirugía $[2,85 (\pm 0,97) p=0,000]$, nos muestran diferencias estadísticamente significativas (Fig. 3).

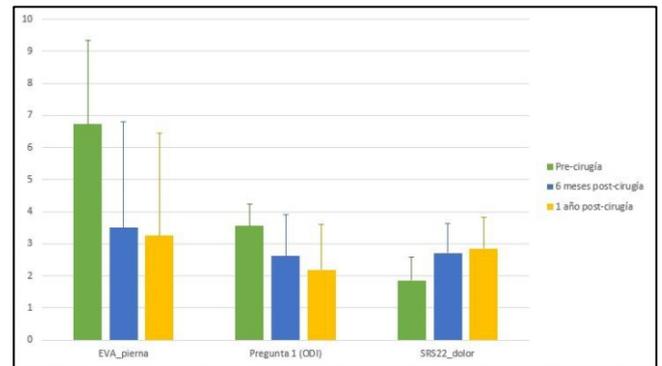


Fig 3. Representación gráfica de los resultados de los cuestionarios EVA pierna, pregunta 1 del ODI y la subescala dolor del SRS-22

DISCUSIÓN

La sociedad actual está cada vez más envejecida y muchos trastornos de la columna están asociados con deformidades espinales degenerativas y como consecuencia un número cada vez mayor de pacientes busca atención médica(6). La deformidad de la columna vertebral constituye una patología que reduce la calidad de vida en los pacientes con escoliosis y que se relaciona de forma específica con la depresión, el dolor de espalda, la capacidad física limitada y una negativa autopercepción corporal con la deformidad(7).

La evaluación del impacto que la cirugía de la deformidad tiene sobre la salud se ha visto facilitada por el desarrollo de cuestionarios validados de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS)(8,6). Los cuestionarios de salud general están diseñados para evaluar el estado general de salud física y mental del individuo y los cuestionarios específicos de enfermedades están diseñados para evaluar el impacto que tiene un proceso de enfermedad específico sobre la calidad de vida, un ejemplo es el Índice de discapacidad de Oswestry (ODI) que mide el porcentaje de discapacidad que las personas sufren en su vida diaria del cual analizamos la pregunta basada en el dolor(10), y el de la Sociedad de Investigación de Escoliosis (SRS-22), que está diseñado para evaluar las limitaciones funcionales secundarias a las deformidades de la columna y que proporciona 5 subdominios: función, dolor, autoimagen, salud mental y satisfacción., en nuestro estudio hemos analizado el subdominio dolor (8,11,12).

Al igual que en nuestro estudio la mayoría de pacientes experimentaron una mejoría clínicamente relevante en los cuestionarios después de la cirugía (9,13). El logro de una mejoría "clínicamente" importante para la mayoría de los pacientes sugiere un beneficio para la cirugía compleja de la deformidad del adulto(13).

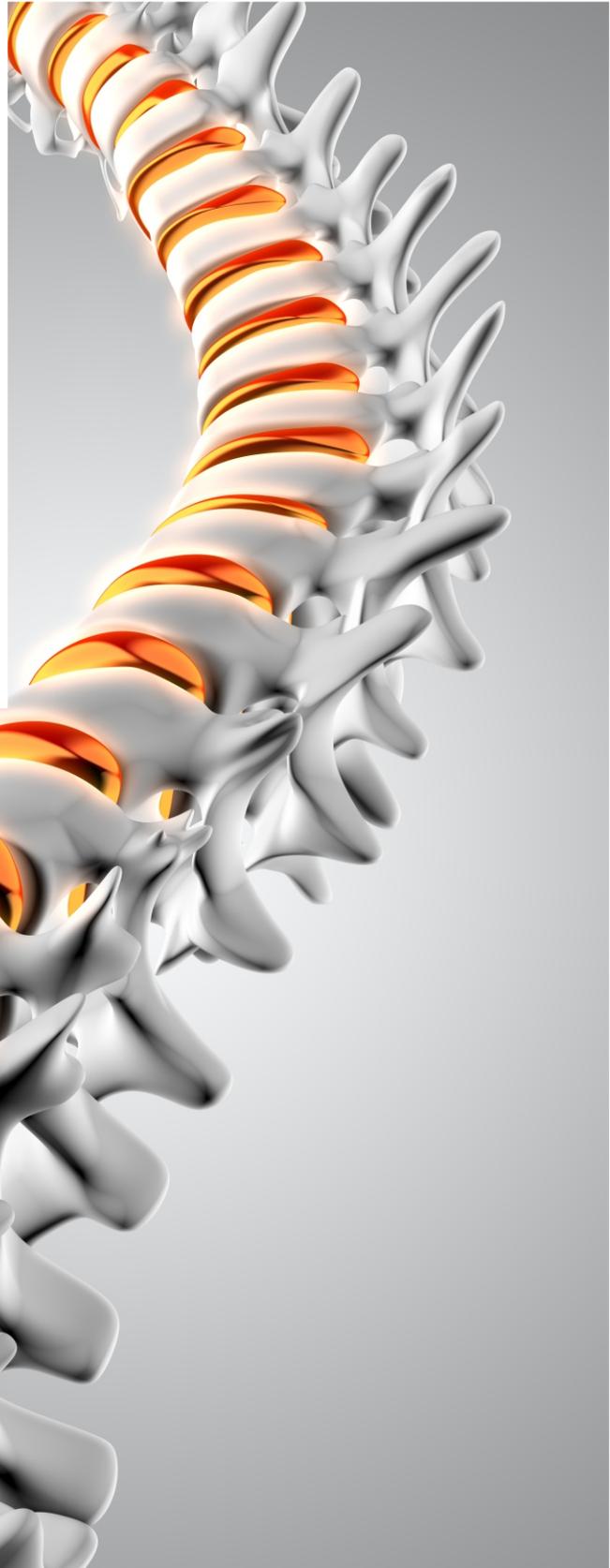
CONCLUSIÓN

Los pacientes con deformidad de Raquis presentan mayor dolor que la población general lo cual puede cuantificarse utilizando cuestionarios de calidad de vida.

En este estudio se observa que la cirugía de deformidad de raquis consigue una mejora en la calidad de vida de los pacientes en cuanto a la percepción del dolor a lo largo del seguimiento.

En una unidad de Cirugía de raquis es necesaria la presencia de enfermeros/as especializados y capacitados para prestar atención a los pacientes con patología de columna.

Este estudio está limitado por el diseño retrospectivo de un solo centro y la falta de una cohorte de comparación no quirúrgica. Debido a que este fue un estudio de un solo centro, estos resultados pueden no ser generalizables a otros centros.



BIBLIOGRAFÍA:

1. Ardura Aragón F; Noriega González DC, Hernández Ramajo R. Deformidades de la columna vertebral. *Pediatría Integral*. 2014;18(7):468–77.
2. Salvador-Esteban E, Luengo-González P. Etiopatogenia e historia natural de la escoliosis idiopática. *Rehabilitación*. 2009;43(6):258–64. A
3. García-Ramos CL, Obil-Chavarría CA, Zárate-Kalfópulos B, Rosales-Olivares LM, Alpizar-Aguirre A. Escoliosis degenerativa del adulto. *Acta Ortopédica Mex*. 2015;29(2):127–38.
4. Valacco M, Gruenberg M, Sola C. Tratamiento quirúrgico de la escoliosis del adulto: cinco años de seguimiento. *Rev Asoc Argent Ortop Traumatol*. 2011;76(4):281–7.
5. Bonilla Carrasco MI, Carmen M, Ruiz S. Escoliosis idiopática adolescente: la experiencia de padecer una deformidad física. 2016;25(2).
6. Yoshida G, Boissiere L, Larrieu D, Bourghli A, Vital JM, Gille O, et al. Advantages and disadvantages of adult spinal deformity surgery and its impact on health-related quality of life. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2017;42(6):411–9.
7. Tsutsui S, Pawelek J, Bastrom T, Lenke L, Lowe T, Betz R, et al. Dissecting the effects of spinal fusion and deformity magnitude on quality of life in patients with adolescent idiopathic scoliosis. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2009;34(18)
8. McCormick JD, Werner BC, Shimer AL. Patient-reported outcome measures in spine surgery. *Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons*. 2013 p. 99–107.
9. Pellisé F, Vila-Casademunt A, Ferrer M, Domingo-Sàbat M, Bagó J, Pérez-Grueso FJS, et al. Impact on health related quality of life of adult spinal deformity (ASD) compared with other chronic conditions. *Eur Spine J*. 2015;24(1):3–11.
10. Mehra A, Baker D, Disney S, Pynsent PB. Oswestry disability index scoring made easy. *Ann R Coll Surg Engl*. 2008 Sep;90(6):497–9.
11. Baldus C, Bridwell KH, Harrast J, Edwards C, Glassman S, Horton W, et al. Age-gender matched comparison of SRS instrument scores between adult deformity and normal adults: are all SRS domains disease specific? *Spine (Phila Pa 1976)*. 2008;33(20):2214–8.
12. Bridwell KH, Cats-Baril W, Harrast J, Berven S, Glassman S, Farcy JP, et al. The validity of the SRS-22 instrument in an adult spinal deformity population compared with the Oswestry and SF-12: A study of response distribution, concurrent validity, internal consistency, and reliability. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2005;30(4):455–61.
13. Riley MS, Bridwell KH, Lenke LG, Dalton J, Kelly MP. Health-related quality of life outcomes in complex adult spinal deformity surgery. *J Neurosurg Spine*. 2018;28(2):194–200.



Cuidamos de su operativa hospitalaria

Le ayudamos en la compleja actividad del instrumental de préstamo

Desinfección de instrumental quirúrgico

Revisión de su funcionalidad

Entregas y recogidas realizadas por especialistas

loaner
services

*Nuestro equipo es capaz de hacer cosas
que para otros resultan imposibles.
Por eso fabricantes y distribuidores nos confían su instrumental de
préstamo, para que llegue perfectamente revisado y con todas
las garantías de limpieza y desinfección.*



Desinfección del instrumental quirúrgico

Limpieza y desinfección mecánica
mediante equipos de termodesinfección
de alto nivel de rendimiento.



Control y recuento de inventario en depósito

Optimización del inventario
y equipos en depósito
en los hospitales.



Outsourcing de almacén

Externalización de los procesos
de recepción, almacenaje y preparación
de pedidos para entrega en quirófano.

ESTUDIO SOBRE FRACTURAS DE CADERA EN MAYORES DE 65 AÑOS EN EL PRIMER AÑO DE PANDEMIA

A STUDY OF HIP FRACTURES IN PATIENTS WHO WERE ≥65 YEARS OF AGE, IN THE FIRST YEAR OF THE PANDEMIC.

Autores: Santiago Fernández, Marta; Roscales San Bartolomé, Elena; Miguel Martín, M^ª Eugenia; Saénz Jalón, María; Sarabia Cobo, Carmen M^ª; Escudero Esteban, Mónica; Gandarillas Gándara, Laura
E-mail contacto: ariam1976@hotmail.com

RESUMEN

Las caídas son una causa importante de discapacidad en las personas mayores. La fractura de cadera provoca más de dos tercios de los ingresos por fracturas; no es una urgencia vital aunque debe realizarse la intervención quirúrgica en las primeras horas después del ingreso. El año 2020 se produjo una epidemia mundial por COVID 19 que afectó de manera notable a la atención hospitalaria de todo tipo de pacientes.

Objetivos: Analizar las características sociodemográficas de pacientes con fracturas de cadera de más de 65 años intervenidas durante el año 2020 y su comparación con años anteriores.

Material y Método: Estudio Observacional descriptivo transversal retrospectivo

Resultados: Se revisaron 337 historias, operadas de urgencia un 45,9% y el 1,7% pacientes fueron COVID+, 84% mujeres.

Conclusiones: Aumentaron los tiempos de espera para intervención quirúrgica en ambos grupos de pacientes y hubo un claro descenso en el número de fracturas comparado con años anteriores.

ABSTRACT

Background: Falls are a major cause of disability in elder people. Hip fracture causes more than two-thirds of hospital admissions due to fractures; although fractures themselves are not a vital emergency, a surgical intervention must be performed in the first hours after admission. In 2020, a global pandemic by COVID 19 took place which significantly affected hospital health care for all types of patients.

Objectives: Analyze the sociodemographic characteristics of patients suffering hip fractures over 65 years old who underwent surgery during 2020 and make a comparison with previous years.

Methods: Retrospective cross-sectional observational study.

Results: A total of 337 records were reviewed, the 45.9% of patients underwent emergency surgery and the 1.7% of those were COVID+. According to sex, the 84% were women.

Conclusions: Waiting lists for surgical intervention increased in both groups of patients and there was a significant decrease in the number of fractures compared to previous years.

Palabras Clave: Fractura, Cadera, Cirugía, COVID-19

Keywords: Fracture, Hip, Surgery, COVID-19

INTRODUCCIÓN

Las caídas son una causa importante de discapacidad en las personas mayores y, a su vez, uno de los desenlaces adversos de la fragilidad (1). Aproximadamente un 30% de las personas mayores de 65 años y un 50% de las mayores de 80 años que viven en la comunidad se caen al menos una vez al año (2). Las caídas en personas mayores tienen graves consecuencias; más de un 70% tienen consecuencias clínicas como fracturas, heridas, esguinces, etc. y más de la mitad presentan secuelas posteriormente; el 50% de las personas que sufren una fractura por una caída no recuperan el nivel funcional previo (3).

La fractura de cadera es una lesión frecuente con alta morbimortalidad en edades avanzadas y es la responsable de más de dos tercios de los ingresos debidos a fracturas (4). En todo el mundo, aproximadamente 1.5 millones de fracturas de cadera se producen cada año y se espera que llegue a incrementarse hasta los 2,6 millones para 2025 y los 4,5 millones para 2050 (5) En España cada año se producen entre 50.000 y 60.000 fracturas de cadera con una incidencia anual de 100 casos/100.000 habitantes (6). La mayoría de los pacientes afectados suelen ser muy mayores, alrededor de los 80 años de edad media y la frecuencia es muy superior en las mujeres, con 3 a 4 casos por cada caso en varones (7, 8).

La repercusión funcional de la FC para el anciano es obvia en lo referente a la capacidad de deambulación, pero además la fractura provoca una incapacidad en el resto de las actividades de la vida diaria (9, 10). Parece ser la causante de la mitad de las muertes tempranas en pacientes con lesiones del sistema musculo esqueléticos. El riesgo de muerte tras una fractura de cadera está reflejado en la bibliografía con un rango de entre el 8% al 36% (11-14) y este riesgo se mantiene incluso 10 años después (5).

La asociación entre los retrasos en la intervención quirúrgica de la fractura de cadera y la mortalidad persiste como

uno de los temas más controvertidos en la literatura médica con respecto a los riesgos asociados con estas fracturas en poblaciones ancianas. Esto se demuestra por el hecho de que las tres revisiones sistemáticas más recientes que examinaron este tema llegaron a conclusiones divergentes con respecto a la asociación entre el momento quirúrgico y la supervivencia del paciente. (4,15-18).

Se han descrito muchas variables que influyen tanto en la mortalidad como en la recuperación funcional: edad, sexo, tiempo desde el ingreso hasta la cirugía, grado de riesgo quirúrgico, situación funcional previa, deterioro cognitivo, complicaciones perioperatorias, plan de rehabilitación y soporte domiciliario (19-22)

En un reciente meta-análisis sobre los factores de riesgo de mortalidad preoperatorios se concluyó que la evidencia hallada no era del todo conclusiva, pero que mostraba una fuerte asociación con 12 factores predictores entre los que estaban: edad, género, estar ingresado en residencia, limitación de movimiento, no realización de las actividades de la vida diaria, ASA alto, deterioro cognitivo, comorbilidades, demencia, diabetes, cáncer y enfermedad cardíaca. (23)

De todos estos factores los más estudiados han sido el género femenino (8, 24-27), el tipo de anestesia ligada al índice ASA y la cirugía temprana (28-30).

A finales de 2019 una serie de casos de neumonías comenzaron a preocupar a las autoridades de Wuhan (China) por la virulencia y la alta mortalidad que estaba provocando en los pacientes. Se trataba de una neumonía vírica que provocaba unos síntomas como fiebre, tos seca y mialgia o fatiga en algunos pacientes y un estado de hiperinflamación pulmonar reactiva con fracaso respiratorio agudo en el 29% de los casos, lesión cardíaca aguda en el 13% y otras infecciones en el 12% de los pacientes. La tasa de mortalidad se acercaba al 10% y parecía que afectaba más gravemente a la población anciana.

Este brote localizado en China a principios del año 2020 se extendió hasta convertirse en la mayor pandemia mundial desde la epidemia de Gripe de los años 20 del siglo pasado. (31)

En España el primer caso se detectó el 31 de Enero de 2021 y en un breve espacio de tiempo los casos fueron aumentando exponencialmente hasta que el 12 de Marzo se instauró el estado de alarma por la rapidísima expansión del virus y la necesidad de parar los contagios por la saturación de hospitales, centros de salud y residencias de ancianos. (32)

Los hospitales tuvieron que hacer frente a un volumen altísimo de ingresos en planta y en cuidados intensivos, lo que provocó que no hubiera camas suficientes para garantizar la actividad quirúrgica programada habitualmente. Dependiendo de la zona geográfica la pandemia provocó mayor o menor disminución de intervenciones quirúrgicas en unos hospitales que en otros. Por ejemplo en la cornisa norte (Asturias y Cantabria) este descenso fue mucho menor que en otras zonas del país. (33,34)

En el hospital Universitario Marqués de Valdecilla (HUMV. Santander) la disminución de la actividad quirúrgica en el bloque de Traumatología y C. Ortopédica se aproximaba al 60%, durante los meses críticos, debido a que había que adecuarse a las necesidades hospitalarias ocasionadas por el virus. En todo momento se han realizado las intervenciones quirúrgicas urgentes, y todas las cirugías no demorables relacionadas con patología grave, enfermedades oncológicas, infecciones o fracturas, como es el caso del que hablamos.

OBJETIVO

Analizar las características de las fracturas de cadera intervenidas durante la pandemia (año 2020) en un hospital terciario en comparación con los años previos.

MATERIAL Y METODO

Estudio Observacional descriptivo transversal retrospectivo. Revisando todas las cirugías de fractura de cadera realizadas durante el año 2020, N=337 en el

HUMV y recogiendo distintas variables sociodemográficas y características del tipo de fractura, del tipo de cirugía y del abordaje terapéutico.

Los pacientes detectados que cumplían los siguientes juicios diagnósticos: Fracturas Intracapsulares (subcapitales, basicervicales, y transcervicales), Fracturas extra capsulares (Pertrocantéreas y PerSubtrocantéreas). Quedando excluidas las Fracturas diafisarias de fémur, fracturas Peri implante, re intervenciones y fracturas Patológicas de fémur fueron un total de 364.

Se decidió incluir solamente en el estudio todas aquellas

ESTUDIO SOBRE FRACTURAS DE CADERA EN MAYORES DE 65 AÑOS EN EL PRIMER AÑO DE PANDEMIA

fracturas de cadera con 65 años o más, comprendidos entre el 1 de Enero de 2020 y el 31 de Diciembre de 2020, quedando así un n=337.

Por lo tanto, las intervenciones quirúrgicas realizadas son: Prótesis Total de Cadera (PTC), Prótesis Parcial de Cadera (PPC), Clavo Intramedular Corto, Clavo Intramedular largo, Tornillos Canulados y Tornillo-Placa.

La recogida de datos se realizó con ayuda de listados de pacientes intervenidos proporcionados por el servicio de Admisión y Codificación, y también mediante la revisión sistemática de todas las hojas de circulante archivadas en el quirófano e Historias Clínicas de los pacientes intervenidos. Utilizamos hoja de cálculo tipo Excel en la cual volcábamos los datos a analizar codificados.

Las variables recogidas fueron: edad, sexo, tipo de fractura (intra capsular o extra capsular), material de osteosíntesis implantado, tipo de anestesia, colocación de drenaje, estancia media, días de espera entre ingreso e intervención (hemos utilizado los días de calendario para medir el retraso quirúrgico desde el ingreso al hospital, método menos preciso que el cálculo de horas, pero más práctico), mortalidad al año, tratamiento anticoagulación e INR. Como variable principal hemos recogido haber padecido COVID-19 tomando como criterio diagnóstico la prueba PCR positiva.

En cuanto al análisis de datos, fueron analizados con el programa estadístico SPSS versión 22.0 en su versión española para Windows. Se realizó un análisis descriptivo, de frecuencias y gráfico según las variables (para las variables cualitativas se utilizaron porcentajes con su Intervalo de Confianza (IC) de 95%, y para las variables cuantitativas se utilizaron medidas de tendencia central (media) y de dispersión (desviación estándar) de acuerdo con el tipo de variable estudiada). La comparación de medias de una variable cuantitativa por otra cualitativa dicotómica se realizará con la t de Student. En los casos en que la variable cualitativa tenga más de 2 categorías, se utilizará el ANOVA de un factor.

Se obtuvo la autorización del Comité de ética y los datos fueron tratados según la legislación vigente.

RESULTADOS

Se revisaron todas las fracturas de cadera comprendidas en el periodo entre el 01 de Enero de 2020 y el 31 de Diciembre de 2020, con un total de 337 casos. Principalmente mujeres (74,9%), con una edad media de 85,10 años, con una edad mínima de 65 años y una máxima de 104 años. Algo más de la mitad de los pacientes (54,3%) fueron intervenidos de manera

programada y mayoritariamente el tipo de anestesia realizado fue la loco regional (91,3%). Los procedimientos realizados con más frecuencia fueron el Enclavado intramedular corto (37,9%) y la Prótesis Parcial (37%).

En la Tabla 1 aparecen las principales variables sociodemográficas y características de la intervención.

Variable	Porcentaje
Edad media (DE)	85,10 (7,39)
Mujeres	74,9% (N=251)
Tipo de cirugía	
Programada	54,3%
Urgente	45,7%
Tipo de anestesia	
General	8,7%
Raquídea	91,3%
Procedimiento	
PPC	37%
PTC	9%
CLAV CORTO	37,9%
LARGO	12,8%
TORN CANAL	3%
PLACA	0,3%
Drenaje	Sí 50%
Sintrom	Sí 6,3% (n=21)

Tabla 1. Variables Sociodemográficas

En cuanto a resultados COVID19, 6 personas (1,8%) fueron PCR+ frente a 331 personas (98,2%) que fueron PCR-.

La estancia media fue de 6,71 días (DE 5,06) y los tiempos medios de espera quirúrgica fueron de 2,74 días (DE 2,32). Con un retraso mínimo de 0 días y un retraso máximo de 20 días. Hubo un 22,8% de éxitos (n=77). La media de supervivencia tras la IQ y el exitus fue de media 140,56 días (DE 116).

De las características de las personas con COVID19, la edad media fue de 87,3 años, 5 eran mujeres. Los 6 pacientes fueron cirugía programada y con anestesia raquídea. A 3 se les puso Clavo corto y a 3 PTC. Y a dos se les puso drenaje.

Variable	COVID +	COVID -	P*
Edad media (DE)	87,3 (DE 8,5)	85,1 (DE 7,4)	.872
Mujeres	1,5%	73,4%	
Tipo de cirugía			.023*
Programada	1,8%	52,5%	
Urgente	0,0%	45,7%	
Exitus	0,6%	22,1%	.464
Tiempo de espera entre ingreso/IQ	6,17 (DE 7,44)	2,68 (DE 2,14)	<.001*
Días de ingreso	13,5 (DE 13,2)	6 (DE 4,01)	<.001*
Días de supervivencia	150 (DE 132)	140,31 (DE 115)	.238

Tabla 2. Análisis descriptivo en inferencial de pacientes Covid y no Covid

*t de Student, para cuantitativas, Chi Cuadrado para cualitativas significativo para $p < .05$

Respecto a la época del año en que hay mayor número de ingresos no hubo diferencias muy llamativas, pero fue ligeramente mayor el número de ingresos entre marzo y mayo ($n=89$), seguidos de diciembre-febrero y junio-agosto con 83 ingresos cada período respectivamente. Y el período con menos ingresos fue septiembre a noviembre con 79, pero sin diferencias significativas entre ellos ($t=111,6$, $p=0.068$).

		Extus						p
		No			Sí			
		N	%	Media	N	%	Media	
COVID	NEGATIVO	256	76,2%		75	22,7%		.530
	POSITIVO	4	1,2%		2	0,6%		
EDAD				84,6			86,8	.236
SEXO	Mujer	203	60,3%		49	14,6%		.017*
	Hombre	58	17,1%		27	8,1%		
TIPO	Programa	142	41,9%		42	12,5%		.852
CIRUGIA	Urgente	119	35,5%		34	10,1%		
Estancia media			6,65				6,96	.147
Intervalo hasta cirugía			2,70				2,89	.235

Tabla 3. Variables descriptivas y análisis estadístico.

CONCLUSIONES

Debido al contexto de pandemia del período a estudio, no existía un consenso a la hora de establecer un protocolo de actuación. En nuestro hospital, el proceder fue realizar sistemáticamente a todo paciente quirúrgico un test de PCR antes de la cirugía para saber si se trataba de un paciente COVID positivo o negativo, siempre que la urgencia de la cirugía lo permitiera, y en caso de no poder esperar al resultado, el personal de quirófano debía tomar las mismas medidas que si se tratase de un paciente positivo.

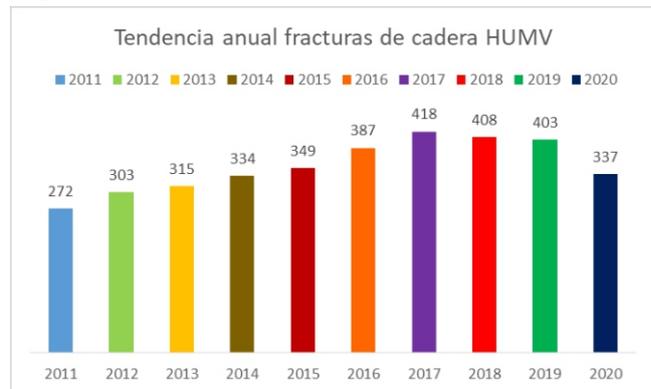
Por la misma razón, se priorizaron las cirugías emergentes y se demoraron algunas urgentes debido a la presión asistencial (cierres de quirófanos, reubicación de personal en hospitalización y UCI) que supusieron una mayor demora en los tiempos de cirugía.

Atendiendo al escaso tamaño muestral de pacientes infectados por Covid intervenidos en el período a estudio, creemos que puede haber una limitación a la hora de interpretar los resultados, ya que a pesar de la alta mortalidad de estos pacientes, parece que una menor demora en la cirugía puede ser beneficiosa para los mismos, siempre y cuando su estado general lo permita. Como hemos podido contrastar también en la escasa bibliografía existente (33).

Como muestra el gráfico 1 de la tendencia de fracturas de

cadera a lo largo de 10 años en nuestro hospital, hemos detectado en 2020 un menor número de casos en relación con años anteriores, creemos que el motivo puede ser, por un lado que durante el período de confinamiento los pacientes presentaban menor riesgo de caídas por estar tiempo en su domicilio sin deambular por la calle. Por otro lado, según el ICANE (instituto Cántabro de Estadística), a fecha de 31/12/2020 había en nuestra Comunidad Autónoma 396 fallecidos a causa de infección por COVID (34), de los cuales más de la mitad pertenecían a nuestro grupo de edad, una cifra importante en la que podrían incluirse pacientes que, de no haber contraído el virus y fallecer, podrían haber tenido un episodio de caída y fractura de cadera.

Gráfico 1. Tendencia anual de las fracturas de cadera HUMV



BIBLIOGRAFÍA:

1. Eschbach DA, Oberkircher L, Bliemel C, Mohr J, Ruchholtz S, & Buecking B. Increased age is not associated with higher incidence of complications, longer stay in acute care hospital and in hospital mortality in geriatric hip fracture patients. *Maturitas*, 2013; 74(2), 185-189.
2. Gutiérrez, R. R. A., García, R. L., Romero, C. E. A., Mendoza, K., Quijano, M. G. M., Solares, A. P., & Rohenes, L. C. M. Mortalidad de pacientes con fractura de cadera a cinco años de evolución en el Hospital Regional General Ignacio Zaragoza. *Rev Esp Méd Quir Volumen*, 2013; 18(1), 32.
3. Kadar, A., Chechik, O., Katz, E., Blum, I., Meghiddo, G., Salai, M., & Sternheim, A. The effects of 'old' red blood cell transfusion on mortality and morbidity in elderly patients with hip fractures—A retrospective study. *Injury*, 2013; 44(6), 747-750.
4. Dugaard, C. L., Jørgensen, H. L., Riis, T., Lauritzen, J. B., Duus, B. R., & Mark, S. V. D. Is mortality after hip fracture associated with surgical delay or admission during weekends and public holidays? A retrospective study of 38,020 patients. *Acta orthopaedica*, 2012; 83(6): 609-613.
5. Sterling RS. Gender and race/ethnicity differences in hip fracture incidence, morbidity, mortality, and function. *Clin Orthop Relat Res* 2010.
6. Etxebarria-Foronda, I., Mar, J., Arrospe, A., & Ruiz de Eguino, J. Mortalidad y costes asociados a la demora del tratamiento quirúrgico por fractura de cadera. *Revista*

ESTUDIO SOBRE FRACTURAS DE CADERA EN MAYORES DE 65 AÑOS EN EL PRIMER AÑO DE PANDEMIA

- Española de Salud Pública, 2013; 87(6): 639-649.
7. Frost, S. A., Nguyen, N. D., Black, D. A., Eisman, J. A., & Nguyen, T. V. Risk factors for in-hospital post-hip fracture mortality. *Bone*, 2011; 49(3), 553-558.
 - 8 Grønskag, A. B., Romundstad, P., Forsmo, S., Langhammer, A., & Schei, B. Excess mortality after hip fracture among elderly women in Norway. *Osteoporosis International*, 2012; 23(6): 1807-1811.
 9. Leung F, Lau TW, Kwan K, Chow SP, Kung AWC (2010) Does timing of surgery matter in fragility hip fractures? *Osteoporosis Int* 21(Suppl 4):S529-S534.
 10. Mas, Y. B., Montalvo, J. I. G., Soler, P. A., & Alarcón, M. T. A. Guías clínicas de fractura de cadera. Comparación de sus principales recomendaciones. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 2012; 47(5): 220-227.
 11. Michaëlsson, K., Nordström, P., Nordström, A., Garmo, H., Byberg, L., Pedersen, N. L., & Melhus, H. Impact of hip fracture on mortality: a cohort study in hip fracture discordant identical twins. *Journal of bone and mineral research*, 2014; 29(2): 424-431.
 12. Miller BJ, Cai X, Cram P. Mortality rates are similar after hip fractures for rural and urban patients. *Clin Orthop Relat Res*. 2012;470(6): 1763-1770.
 13. Omsland, T. K., Emaus, N., Tell, G. S., Magnus, J. H., Ahmed, L. A., Holvik, K., ... & Meyer, H. E. (2014). Mortality following the first hip fracture in Norwegian women and men (1999-2008). A NOREPOS study. *Bone*, 63, 81-86.
 14. Panula, J., Pihlajamäki, H., Mattila, V. M., Jaatinen, P., Vahlberg, T., Aarnio, P., & Kivelä, S. L. Mortality and cause of death in hip fracture patients aged 65 or older—a population-based study. *BMC musculoskeletal disorders*, 2011; 12(1): 105.
 15. Vidan MT, Sanchez E, Gracia Y, Maranon E, Vaquero J, Serra JA. Causes and effects of surgical delay in patients with hip fracture: a cohort study. *Ann Intern Med*. 2011;155(4):226-33, <http://dx.doi.org/10.7326/0003-4819-155-4-201108160-00006>.
 16. Melton III, L. J., Achenbach, S. J., Atkinson, E. J., Therneau, T. M., & Amin, S. Long-term mortality following fractures at different skeletal sites: a population-based cohort study. *Osteoporosis International*, 2013; 24(5), 1689-1696.
 17. Haentjens P, Magaziner J, Colon-Emeric CS, Vanderschueren D, Milisen K, Velkeniers B, et al. Meta-analysis: excess mortality after hip fracture among older women and men. *Ann Intern Med* 2010;152:380-90.
 18. Simunovic N, Devereaux PJ, Sprague S, Guyatt GH, Schemitsch E, Debeer J, et al. Effect of early surgery after hip fracture on mortality and complications: systematic review and meta-analysis. *CMAJ*. 2010;182(15):1609-16, <http://dx.doi.org/10.1503/cmaj.092220>.
 19. Castronuovo E, Pezzotti P, Franzo A, Di Lallo D, Guasticchi G. Early and late mortality in elderly patients after hip fracture: a cohort study using administrative health databases in the Lazio region, Italy. *BMC Geriatr*. 2011;11:37, <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2318-11-37>.
 20. Chau, P. H., Wong, M., Lee, A., Ling, M., & Woo, J. Trends in hip fracture incidence and mortality in Chinese population from Hong Kong 2001-09. *Age and ageing*, 2013; 42(2): 229-233.
 21. Reguant, F., Bosch, J., Montesinos, J., Arnau, A., Ruiz, C., & Esquiú, P. Factores pronóstico de mortalidad en los pacientes mayores con fractura de cadera. *Revista Española de Anestesiología y Reanimación*, 2012; 59(6): 289-298.
 22. Ribeiro, T. A., Premaor, M. O., Larangeira, J. A., Brito, L. G., Luft, M., Guterres, L. W., & Monticelo, O. A. Predictors of hip fracture mortality at a general hospital in South Brazil: an unacceptable surgical delay. *Clinics*, 2014; 69(4): 253-258.
 23. Vidal, E. I. D. O., Moreira-Filho, D. C., Pinheiro, R. S., Souza, R. C., Almeida, L. M., Camargo Jr, K. R., ... & Coeli, C. M. (2012). Delay from fracture to hospital admission: a new risk factor for hip fracture mortality?. *Osteoporosis International*, 24(12), 2828. Hu, F., Jiang, C., Shen, J., Tang, P., & Wang, Y. Preoperative predictors for mortality following hip fracture surgery: a systematic review and meta-analysis. *Injury*, 2012; 43(6): 676-685.
 25. Karaca, S., Ayhan, E., Kesmezacar, H., & Uysal, O. Hip fracture mortality: is it affected by anesthesia techniques?. *Anesthesiology research and practice*, 2012.
 26. LeBlanc ES, Hillier TA, Pedula KL, Rizzo JH, Cawthon PM, Fink HA, Cauley JA, Bauer DC, Black DM, Cummings SR, Browner WS. Hip fracture and increased short-term but not long-term mortality in healthy older women. *Arch Intern Med*. 2011;171(20):1831-7.
 27. White SM, Moppett IK, Griffiths R. Outcome by mode of anaesthesia for hip fracture surgery. An observational audit of 65 535 patients in a national dataset. *Anaesthesia*. 2014;69(3):224-230
 28. Fields, A. C., Dieterich, J. D., Buterbaugh, K., & Moucha, C. S. Short-term complications in hip fracture surgery using spinal versus general anaesthesia. *Injury*, 2015; 46(4): 719-723.
 29. Neuman MD, Silber JH, Elkassabany NM, Ludwig JM, Fleisher LA. Comparative effectiveness of regional versus general anesthesia for hip fracture surgery in adults. *Anesthesiology*. 2012;117(1):72-9.
 30. Ciotti, M., Ciccozzi, M., Terrinoni, A., Jiang, W. C., Wang, C. B., & Bernardini, S. (2020). The COVID-19 pandemic. *Critical reviews in clinical laboratory sciences*, 57(6), 365-388.
 31. Martín, U., Bacigalupe, A., & Jiménez Carrillo, M. (2021). COVID-19 y género: certezas e incertidumbres en la monitorización de la pandemia. *Rev Esp Salud Pública*, 95(30), 11.
 32. Martín-Sánchez, V., Barquilla-García, A., Vitelli-Storelli, F., Segura-Fragoso, A., Ruiz-García, A., Serrano-Cumplido, A., & Calderón-Montero, A. (2020). Análisis de las tasas de letalidad de la infección por SARS-CoV-2 en las comunidades autónomas de España. *Medicina de Familia. SEMERGEN*, 46, 12-19.
 33. Muñoz Vives JM, Jornet-Gibert M, Cámara-Cabrera J, Esteban PL, Brunet L, Delgado-Flores L, Camacho-Carrasco P, Torner P, Marcano-Fernández F; Spanish HIP-COVID Investigation Group. Mortality Rates of Patients with Proximal Femoral Fracture in a Worldwide Pandemic: Preliminary Results of the Spanish HIP-COVID Observational Study. *J Bone Joint Surg Am*. 2020 Jul 1;102(13):e69. doi: 10.2106/JBJS.20.00686. PMID: 32618917; PMCID: PMC7396221.
 34. <https://www.ine.es/cantabria/2020/04/06/hospital-valdecilla-garantiza-asistencia-segura-14655854.html>. Consultada el 18 de Marzo de 2022.

LA GAMA MÁS COMPLETA DE SOLUCIONES PARA LA PREVENCIÓN DEL TROMBOEMBOLISMO VENOSO

VENAFLOW[®] Elite

Los primeros en la prevención
de la trombosis venosa profunda

Único dispositivo que combina
terapia de inflado rápido e inflado lento

Efecto fibrinolítico

Tratamiento de la TVP imitando
la deambulación del paciente

AIRCAST



geko[™]
circulation support

Estimulación del nervio peroneo
común con tecnología OnPulse[™]

Indicado y avalado por la guía NICE (MTG19) en
pacientes en los que puede estar contraindicado
utilizar medicamentos o profilaxis mecánica



firstkind
living science

60%

El aumento del flujo sanguíneo
es igual al 60% del flujo al caminar
sin que el paciente tenga que moverse

Cero

Sin cables ni electrodos
Pequeño, ligero y cómodo
Silencioso

10g

Solo pesa 10 g
Rápido y fácil de colocar

PRACTICE AND GET EXCELLENCE

Autores: Garnacho Núñez, Susana; García Fernández, Mónica; Aparicio Llobet, Cristina; Labeau Gratadour, Beatriu; Rodríguez Guizada, Leidy; Sáez Parrado, Arantxa; Tudó Puig, Rosa
DUE's Quirófano. Clínica MC MUTUAL Copérnico. Barcelona.
E-mail: sgnunyez@gmail.com.

RESUMEN

Las complicaciones en el quirófano aparecen, pero existe un cambio de los signos clínicos antes de que el paciente se deteriore fisiológicamente, sea cual sea el proceso subyacente. El reconocimiento precoz de estos signos es el primer eslabón de la cadena de supervivencia⁵.

El diseño de un programa de formación del personal sanitario en el ámbito quirúrgico mejoraría las habilidades prácticas del personal enfermero, aumentando la seguridad del paciente.

SUMMARY

Complications in the operating room appear, but there is a change in clinical signs before the patient deteriorates physiologically, whatever the underlying process. Early recognition of these signs is the first link in the chain of survival⁵.

The design of a training program for health personnel in the surgical field would improve the practical skills of nursing personnel, increasing patient safety.

Palabras Clave: Habilidad de competencias, urgencia vital, procedimiento enfermero, enfermera de práctica clínica.

Keywords: Skills skills, vital urgency, nursing procedure, clinical practice nurse.

INTRODUCCIÓN

En nuestra Clínica MC Mutual, el servicio de Quirófano tiene una plantilla de 17 personas de las cuales 5 son de nueva incorporación, 3 realizan un servicio rotatorio y el resto es personal de larga experiencia en el Servicio.

El quirófano es un servicio donde se presta una atención global e individualizada de los pacientes por un equipo interdisciplinario de profesionales sanitarios. Integran este equipo en todos los actos que se hacen bajo anestesia (general o local según el acto que debe efectuarse y el estado de salud del paciente). La cantidad de actuaciones que se realizan sobre el paciente durante una cirugía, el estado de salud propio del paciente y situaciones no controladas de seguridad durante las intervenciones, pueden desembocar en situaciones de emergencia intraoperatorias, en las que todo el personal implicado dentro del equipo multidisciplinar que atiende a ese paciente debe ser capaz de contribuir a la resolución de la emergencia de la mejor y más efectiva forma posible.

Todos los estudios valorados coinciden que el diseño de un programa de formación del personal sanitario en el ámbito quirúrgico ayudaría a mejorar la eficiencia de las actuaciones ante una urgencia vital⁵

Partiendo de la base que el conocimiento de las normas básicas de actuación y la práctica mediante simulación nos ayudaría a adelantarnos a posibles complicaciones, nos planteamos, mediante la realización de reuniones en grupo, la elaboración del presente trabajo.

Con el objetivo de analizar las necesidades de formación y conocimiento, en el momento actual, del colectivo enfermero en el área quirúrgica de MC Mutual, en situaciones de urgencia, se ha realizado un estudio transversal descriptivo en que se analiza cualitativamente la situación actual de las urgencias presenciadas y una revisión bibliográfica de las situaciones más practicadas como posibles urgencias.

Tras los resultados obtenidos se extraen las actuaciones de urgencia que se trabajarán en las sesiones formativas. La actuación en una intubación de urgencia, el manejo y administración de medicación de urgencia y la actuación ante una broncoaspiración serán las sesiones clínicas con las que se iniciará el proyecto.

OBJETIVO PRINCIPAL

Analizar las necesidades de formación y conocimiento del colectivo enfermero en el área quirúrgica en situaciones de urgencia en la Clínica MC Mutual.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realiza un estudio transversal descriptivo en que se analiza cualitativamente la situación actual de las urgencias presenciadas y una revisión bibliográfica de las situaciones más practicadas como posibles urgencias.

La población objeto de estudio: Enfermeros, TCAEs, técnicos en radiología y celadores que trabajan en el área Quirúrgica MC Mutual Copérnico durante los turnos de mañana y tarde.

Se realiza una revisión bibliográfica a través de la búsqueda en la base de datos de Cuiden, Pubmed y motores de búsqueda como Google académico, en la que el criterio de inclusión eran aquellos artículos en que se describieran urgencias vitales no controladas, ocurridas en un área quirúrgica durante el tiempo perioperatorio. Se excluyeron aquellos artículos donde se describían o estudiaban situaciones de emergencia perioperatorias o extrahospitalarias.

A continuación, se realizó la cumplimentación de una encuesta Ad-hoc (Imagen 1), donde se van a estudiar unas variables cuantitativas, que nos determinarán, las características demográficas de la población de estudio y unas variables cualitativas, que nos permitirán conocer aquellas situaciones de emergencia dentro del área quirúrgica en su tiempo perioperatorio, que son susceptibles de mejora en su resolución.

Las variables cuantitativas serían: edad, sexo, categoría profesional, antigüedad, casos de urgencia presenciados y errores o circunstancias a mejorar en estos casos presenciados.

Las variables cualitativas serían: sensaciones subjetivas de la situación de necesidad de mejora.

ENCUESTA AD-HOC

El estudio a realizar tiene como objetivo el análisis de las necesidades de formación y conocimiento que requiere el colectivo enfermero, auxiliar de enfermería, celadores y técnicos de rayos del área quirúrgica de MC Mutual en situaciones de urgencia.

La encuesta es voluntaria y anónima, con los resultados se tiene el propósito de diseñar un programa de formación que cubra las competencias del personal sanitario del equipo quirúrgico ante una urgencia vital, según su ámbito de actuación.

Edad Años de experiencia en el área quirúrgica ...
Puesto de trabajo:

Enfermera Auxiliar enfermería TER Celador

Crees necesaria la práctica en el manejo de situaciones de urgencia

Sí

No

Por qué?

¿Has presenciado alguna situación de urgencia en que has tenido que actuar?

*Enuméralos:

¿Qué crees hubiese necesitado?..... *

¿Cómo te sentiste?.....

Crees que si hubieras realizado sesiones clínicas en que se trabajen éstos temas podrías haber actuado

Antes (forma preventiva)

Más tranquila

Más rápida

¿Sabes localizar las medicaciones de urgencia que puedan necesitar en una situación de urgencia? Si

Algunas Ninguna

¿Te gustaría realizar un repaso de las diferentes medicaciones de urgencia que habitualmente se administran en éstas situaciones y saberlas localizar en tu centro de trabajo?

Necesario

Innecesario

¿Crees que el entrenamiento mediante simulación de casos te ayudará a adelantarte a posibles complicaciones?

Si ; No

Menciona temas posibles que te gustaría trabajar si éste proyecto se lleva a cabo:

.....

¿Crees que las tutorías regulares y sesiones clínicas ayudan a mejorar las capacidades de trabajar en equipo?

Sí No

Imagen 1. Encuesta Ad-hoc. Necesidades de Formación



PRACTICA Y CONSIGUE LA EXCELENCIA

Posteriormente se realiza la evaluación mediante la confección de una encuesta Ad-Hoc escala Likert, de la satisfacción de las sesiones y el nivel de adquisición de conocimientos prácticos (Imagen 2)

ENCUESTA AD-HOC:	
Escala Likert de la satisfacción de las sesiones y el nivel de adquisición de conocimientos prácticos	
1. En general, estoy satisfecho con la práctica recibida	1□; 2□; 3□; 4□; 5□
2. Los contenidos de la sesión son útiles para mi trabajo diario	1□; 2□; 3□; 4□; 5□
3. Considero que se han alcanzado los objetivos del curso	1□; 2□; 3□; 4□; 5□
4. Opina acerca del desarrollo del curso	1□; 2□; 3□; 4□; 5□
5. El material es suficiente claro y ameno	1□; 2□; 3□; 4□; 5□
6. Los casos prácticos y tareas han sido adecuadas	1□; 2□; 3□; 4□; 5□
7. Las sesiones de trabajo están organizadas adecuadamente	1□; 2□; 3□; 4□; 5□
8. El periodo de tiempo para la realización ha sido adecuado	1□; 2□; 3□; 4□; 5□
9. La duración del curso ha sido adecuada	1□; 2□; 3□; 4□; 5□
Opina acerca de que te hubiera faltado o hubieras reforzado	
.....	
.....	

Imagen 2. Encuesta Ad-hoc. Satisfacción Formación

RESULTADOS

En el siguiente apartado vamos a desarrollar los resultados obtenidos tanto con la búsqueda bibliográfica que se realizó, como con los resultados obtenidos con las encuestas Ad Hoc que se formalizaron por parte de los profesionales sanitarios participantes en el estudio.

1. Resultados encuestas Ad-hoc

1.1. Variables cuantitativas

Se pasaron 17 cuestionarios entre los distintos profesionales que posteriormente se detallan, de los que fueron respondidos 15.

Las categorías profesionales estudiadas fueron: 4 TCAEs, 8 enfermeras, 2 técnicos de Radiología y 1 celador. La

media de antigüedad en la empresa son de 13,8 años, siendo 1 año el que menos antigüedad tiene en el Servicio y 34 años el mayor tiempo de antigüedad (Imagen 3)

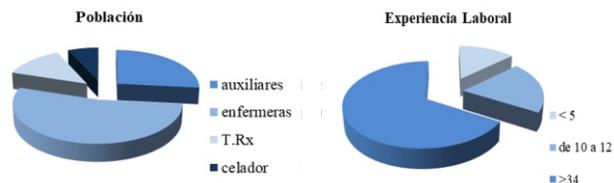


Fig 3. Categorías Profesionales Estudiadas y Antigüedad.

Las situaciones presenciadas nombradas en la encuesta Ad hoc realizada y que son consideradas como situaciones de emergencia susceptibles de mejora en su resolución fueron, por orden de mayor a menor, las siguientes:

1. RCP en Recovering dónde la falta de líder y el nerviosismo fue común,
2. Alergia Medicamentosa en que necesitaron más información de actuación sintiéndose asustada por falta de respuesta,
3. Bradicardia severa en Quirófano donde refieren faltó más tranquilidad,
4. Síndrome vagal en recovering en que el ambú les hubiera ido mejor más cerca,
5. Absorción de anestésico local en que se realizó intubación de urgencia,
6. Broncoespasmo en que demandan más conocimiento para poder actuar,
7. Depresión respiratoria en recovering en que vuelve a surgir el hecho que el ambú y el tubo no estaban a mano,
8. Depresión respiratoria tras bloqueo intradural en quirófano en que se realizó intubación de urgencia.

1.2. Variables cualitativas

El 100% responde que la simulación de CASOS ayudaría a adelantarse a situaciones de URG aumentando su capacidad de organización y de trabajo en EQUIPO.

El 10% cree que con la PRÁCTICA de CASOS hubiesen actuado antes, el 60% con más tranquilidad y el 30% más rápido.

El 93% ha presenciado una SITUACIÓN de URGENCIA.

El 33% sabe localizar las medicaciones de urgencia, el

60% algunas.

El 100% cree necesario repasar el manejo de la medicación de urgencia.

1.3. Los temas de posibles urgencias demandados para realizar sesiones son:

1. Actuación de RCP avanzado in situ evaluando elementos de mejora, realizando recordatorio del funcionamiento, ubicación de elementos, trabajando la organización y comunicación,
2. Actuación, manejo y administración de medicamentos de urgencia,
3. Actuación ante una hemorragia, sangrado masivo que requiera reposición de volumen y transfusión de urgencia,
4. Actuación ante convulsiones, movilización y medicación a realizar.
5. Actuación ante un síndrome vagal.
6. Actuación en una intubación de urgencia, preparación de anestesia y funcionamiento básico del carro de anestesia.

2. Resultados revisión bibliográfica

Tras la revisión destacamos como principales situaciones de urgencia vital dentro del área quirúrgica las siguientes:

1. Hemorragia, shock hipovolémico con hipotensión arterial y parada cardíaca¹
2. Broncoaspiración secundario a restos gástricos¹⁻⁵,
3. Obstrucción vía aérea,
4. Hipoxia⁵,
5. Broncoespasmo^{1,5},
6. Extubación accidental⁵,
7. Hemorragia vía aérea alta.

Una vez analizados los casos presenciados, los casos demandados y los casos más frecuente que se encontraron en la bibliografía realizada, se desarrollarán las sesiones clínicas que se impartirán para mejorar conocimientos, por orden de demanda serían:

- Medicación de urgencia (manejo, localización)
- Extubación accidental.
- Reacción Anafiláctica.
- Broncoaspiración.
- Rcp avanzado.
- Hemorragia masiva.
- Broncoespasmo.
- Depresión respiratoria.
- Bradicardia severa.

DISCUSIÓN/CONCLUSIÓN

Encontramos que tanto en la encuesta Ad-hoc realizada a las enfermeras de quirófano de MC Mutual y en los casos estudiados revisados en la bibliografía, los temas de cómo actuar ante un broncoespasmo y una intubación de urgencias^{5.1} coinciden como urgencias vitales más habituales, el resto difiere debido a la especificidad y características de nuestro servicio.

Tras los resultados conjuntos obtenidos entre las encuestas y la bibliografía, las tres primeras sesiones que se ha decidido realizar son:

1. Manejo y administración de medicación de urgencia,
2. Actuación en una intubación de urgencia, preparación de anestesia y funcionamiento básico del carro de anestesia y
3. Actuación ante broncoaspiración secundaria a restos gástricos.

Las tutorías o sesiones clínicas podrían contribuir a desarrollar el hábito de reflexión, facilitando explicitar su propio criterio desarrollando práctica profesional.

El conocimiento de las normas básicas de actuación y el entrenamiento mediante simulación nos ayudaría a adelantarnos a posibles complicaciones, aumentando la seguridad del paciente.

BIBLIOGRAFÍA:

1. López Aguila SC, Diosdado Iradola Ferrer M, Álvarez Li FC, Dávila Cabo de Villa E, Álvarez Barzagal MC. Factores de riesgo de mortalidad de los pacientes graves. vol47. (7):281-286. Revista española de anestesiología y Reanimación; 2000.
2. Gómez Uргуiza JL. "Nurse escape room".vol.72. Revista Nurse Education today. 2019.
3. Echevarría Toledo S. Material de apoyo al taller de diseño de proyectos de investigación educacional y social. Univ.Ciencias Médicas de la Habana. Uvsfajardo. SLD.CU>SITES>FILES.PDF.
4. Jiménez Sánchez C, Lafuente Uretan R, Ortiz Lucas M, Lindsey Bruton, Millán Luna V. Desarrollo room scape. Univ.Politécnica de Valencia. Congres.In-Red 2017.
5. Jairo Rodríguez J, Melo Ceballos PA, Enríquez Rodríguez DA, Arteaga Velásquez J, García García E, Higuera Gutiérrez JF. "Frecuencia de complicaciones en el manejo de la vía aérea. Revisión sistemática de la Literatura.vol.14. Review Article I MedPub Journal 2018.



CURSO BÁSICO DE INSTRUMENTACIÓN EN CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA EDICIÓN XVI



Lugar de Celebración:
Complejo Asistencial Universitario de León HULE.

Altos de Nava S/N 24008 León

Solicitada Acreditación C.F.C. Información en www.aeeto.es

Asociación de Enfermería En Traumatología y Ortopedia AEETO
Formación Continua

1 de Junio de 2022

- 15:00h Presentación del Curso.
- 15:15h Examen de valoración inicial
- 15:30h Bloque Quirúrgico: quirófano de C. Ortopédica y Traumatología.
- 17:00h Campos Quirúrgicos de un solo uso.
- 17:30h DESCANSO
- 18:00h-19:30h TALLERES
 - Campos Quirúrgicos. Instrumental quirúrgico.
 - Preparación del quirófano de Traumatología

2 de Junio de 2022

- 9:00h Osteosíntesis. Estabilidad absoluta
- 10:00h Osteosíntesis con Tornillos Canulados.
- 10:30h Cómo leer una Radiografía y Medidas de Protección ante Rx
- 11:00h DESCANSO
- 11:30h-13:30h TALLERES
 - Placa de compresión y tornillo de tracción
 - Tornillos Canulados
- 14:30h Esterilización y Mantenimiento del Instrumental.
- 15:00h Enclavado Intramedular.
- 15:30h Evolución de la placa con tornillo deslizante.
- 16:00h Fijadores Externos.
- 16:30h DESCANSO
- 17:00h-19:00h TALLERES
 - Enclavado Intramedular
 - Fijadores Externos

3 de Junio de 2022

- 9:00h Prótesis de Cadera.
- 9:45h Prótesis de rodilla.
- 10:30h Fracturas de húmero proximal/Prótesis de hombro
- 11:00h DESCANSO
- 11:30h-13:30h TALLERES
 - Prótesis de cadera
 - Prótesis de rodilla
- 14:30h Cuidados de Enfermería en posicionamiento quirúrgico.
- 15:00h Cemento Quirúrgico.
- 15:30h Introducción a la Cirugía de Columna.
- 16:00h Artroscopia de Rodilla y de Hombro.
- 16:30h DESCANSO
- 17:00h -18:45h TALLERES:
 - Cemento quirúrgico
 - Artroscopia de rodilla y hombro

Evaluación final conocimientos

Precio Curso:

- Asociados AEETO 120 €
- No Asociados 150 €

INSCRIPCIÓN:

NOMBRE Y APELLIDOS: _____

DIRECCIÓN: _____

TELÉFONO DE CONTACTO: _____

CENTRO Y LUGAR TRABAJO: _____

¡Plazas limitadas! ¡Riguroso orden de inscripción!

Imprescindible para garantizar la reserva de plaza formalizar el pago mediante transferencia y enviar comprobante de transferencia realizada. Por mail o por Fax a Fabula Congress **eugeniavidal@fabulacongress.es**. TFN-FAX: 914735042

**La cumplimentación de la reserva online exclusivamente
No confiere carácter de reserva formal.**

CUENTA DE AEETO:

Banco Santander Central Hispano: ES68-0049-0912-10-2110274588

- 2 Becas AEETO Socios. (previa solicitud y valoración AEETO).
- Adjuntar curriculum. Dirección envío: info@aeeto.es
- 2 Becas Hospital donde se realiza





CURSO DE ACTUALIZACIÓN DE INSTRUMENTACIÓN EN CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA. EDICIÓN XVI



Lugar de Celebración:

Complejo Asistencial Universitario del Sureste

Ronda del Sur, 10. 28500. Arganda del Rey (Madrid)

Solicitada Acreditación C.F.C. Información en www.aeeto.es

Imprescindible para el aprovechamiento del Curso: Haber realizado el Curso Básico previamente y/o tener experiencia en Quirófano de Traumatología.

Asociación de Enfermería En Traumatología y Ortopedia AEETO
Formación Continua

5 de octubre de 2022

- 15:00h Presentación del Curso
- 15:15h Evaluación inicial de conocimientos
- 15:30h Cifoplastia.
- 16:00h Cirugía de Columna: Fijación Vertebral.
- 16:30h Banco de Tejidos
- 17:00h DESCANSO
- 17:30h -19:30h TALLERES:
 - Cifoplastia
 - Cirugía de Columna

6 de octubre de 2022

- 9:00h Osteosíntesis. Estabilidad relativa.
- 9:30h Reimplantes y Reconstrucciones de miembros.
- 10:00h Tecnología en Tratamiento Tumores Óseos
- 10:30h Seguridad del Paciente en Quirófano
- 11:00h DESCANSO
- 11:30h -13:30h TALLERES:
 - Osteosíntesis. Estabilidad relativa
 - Tecnología en Tratamiento Tumores óseos
- 14:30h Extracción de Material de Osteosíntesis y sus dificultades.
- 15:00h Recambio de Prótesis de Cadera y Rodilla.
- 15:45 Navegador en la prótesis de rodilla
- 16:30h DESCANSO
- 17:00h-19:00h TALLERES:
 - Recambio de Prótesis de Cadera y Rodilla
 - Navegador en la prótesis de rodilla

7 de octubre de 2022

- 9:00h Prótesis de hombro.
- 9:30h Cirugía Robótica
- 10:15h Cirugía Ortopédica y Traumatología Infantil.
- 11:15h DESCANSO
- 11:45h -13:45h TALLERES:
 - Prótesis de hombro
 - Cirugía Robótica

- 15:00h Artroscopia de rodilla: Reconstrucción de LCA.
- 15:30h Artroscopia de hombro: Sutura.
- 16:00h Artroscopia de codo, muñeca, tobillo y cadera.
- 17:00h DESCANSO
- 17:30h-19:15h TALLERES:
 - Instrumentación de Reconstrucción de LCA
 - Instrumentación de Artroscopia de hombro
- Evaluación final de conocimientos

Precio Curso:

- Asociados AEETO 120 €
- No Asociados 150 €

INSCRIPCIÓN:

NOMBRE Y APELLIDOS: _____

DIRECCIÓN: _____

TELÉFONO DE CONTACTO: _____

CENTRO Y LUGAR TRABAJO: _____

¡Plazas limitadas! ¡Riguroso orden de inscripción!

Imprescindible para garantizar la reserva de plaza formalizar el pago mediante transferencia y enviar comprobante de transferencia realizada. Por mail o por Fax a Fabula Congress **eugeniavidal@fabulacongress.es**. TFN-FAX: 914735042

La cumplimentación de la reserva online exclusivamente No confiere carácter de reserva formal.

CUENTA DE AEETO:

Banco Santander Central Hispano: ES68-0049-0912-10-2110274588

- 2 Becas AEETO Socios. (previa solicitud y valoración AEETO).
- Adjuntar curriculum. Dirección envío: info@aeeto.es
- 2 Becas Hospital donde se realiza



Hospital Universitario del Sureste



Ventajas Asociados A.E.E.T.O.

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ENFERMERIA EN TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA A.E.E.T.O.

¡Hazte socio y disfruta de las ventajas de ser Asociados AEETO!

Acceso Publicaciones AEETO 2008/2022
con usuario y contraseña

Recepción Revista Bianaual INFOTRAUMA
por correo postal

Acceso Sección Quirúrgica
con usuario y contraseña

Acceso a Becas Congresos importe 100%
Si permanencia > 4 años

Acceso a Becas Cursos importe 100%
Si permanencia > 4 años

Preferencia de Publicación en INFOTRAUMA
Autores de Trabajos Científicos

Información actividades AEETO
mediante correo postal y mail

Posibilidad de colaborar activamente
Presentar propuestas a la Asociación

¡Ventajas adicionales!

Acceso recursos documentales incluidos en la SALUSTECA de SalusPlay
Colaboración Salusplay - A.E.E.T.O.

Descuentos en los Cursos y MASTERS de SalusPlay
DESDE LA FECHA DE ALTA DE ASOCIADO



Apellidos _____ Nombre _____

DNI. _____ TFN. _____ TF N° MOVIL _____

Domicilio _____ Ciudad _____

C.P. _____ Provincia: _____

Titulación profesional _____ Cargo _____

Institución _____

Mail: _____

DATOS BANCARIOS

Banco/Caja _____

IBAN: _____ ENTIDAD _____ SUCURSAL _____ D.C. _____ N° CUENTA _____

Cuota Anual Asociado A.E.E.T.O 35€,

Cuota Anual Asociado A.E.E.T.O **NO RESIDENTES EN ESPAÑA 55€**

www.aeeto.es

4s

Intelligent Trauma Care



e**S**tandarización

Implante e**S**téril

Gestión de **S**tock

Seguridad



81354-210628

Estos productos cumplen los requisitos de aplicación de la legislación de productos sanitarios. Por favor consulte las instrucciones de uso antes de la utilización de estos productos sanitarios. Johnson & Johnson, S.A. Paseo de las Doce Estrellas, 5-7, Campo de las Naciones, 28042 Madrid Tel.: +34 91 722 8262

 **DePuy Synthes**
THE ORTHOPAEDICS COMPANY OF *Johnson & Johnson*

NORMAS DE PUBLICACIÓN INFOTRAUMA

- Serán publicados en **InfoTrauma** aquellos trabajos enviados y que obtengan respuesta de aceptación. Se enviarán directamente a infotrauma@aeeto.es
- Los autores ceden los derechos de publicación a **InfoTrauma** desde el momento del envío voluntario de sus trabajos a la revista.
- El envío de trabajos a **InfoTrauma** implica la aceptación de las normas de presentación.
- Corrección alfabética y de estilo a cargo de los autores.

Formato de envío artículos:

Fuente de letra Word letra Times New Roman tamaño 10, máximo 5 páginas. Se pueden incluir imágenes gráficos y/o tablas ilustrativas. (Referenciar el orden en el texto). Estas ilustraciones serán imágenes electrónicas formato JPEG. Abstenerse de insertar notas a pie de páginas.

Estructura de presentación trabajo-Artículo científico:

1. Título y Autor/res

Título completo del trabajo escrito en forma clara y precisa, seguido de la lista de autores con sus nombres y apellidos completos en el orden en que deberán figurar en la publicación. A cada autor se le especificarán sus títulos académicos y el nombre completo del centro de trabajo si desean referenciarlo. e_mail de contacto del autor principal para publicación.

2. Resumen y palabras clave

Se presentará un resumen con un máximo de 150 palabras. El resumen debe incluir el objetivo del trabajo, los materiales y métodos utilizados, los principales hallazgos/resultados y una aproximación a las conclusiones a las que se ha llegado o plantear una discusión.

Es necesario destacar de tres a seis palabras clave que permitan identificar el tema del artículo.

Se recomienda el envío del resumen también en inglés.

3. Metodología

Se recomienda seguir la estructura de la escritura científica:

- ❖ **Introducción:** Debe incluir el propósito del trabajo y algunos antecedentes que fundamenten el trabajo presentado.
- ❖ **Objetivos:** Deberán indicar claramente la finalidad que persigue el artículo.
- ❖ **Material y métodos:** En esta sección se incluirán los procedimientos de selección de los recursos utilizados. Deben describirse los métodos, equipo y procedimientos con suficiente detalle.
- ❖ **Resultados:** Los resultados se presentarán siguiendo una secuencia lógica tanto en el texto como en los cuadros y figuras. Estarán relacionados con los objetivos propuestos.
- ❖ **Discusión:** En esta sección se hace énfasis en los aspectos más novedosos e importantes del trabajo. Los datos ya presentados en la sección de resultados pueden comentarse aquí en forma resumida. Los resultados suelen compararse aquí con resultados de otros trabajos similares.
- ❖ **Conclusiones:** Harán referencia a los objetivos planteados en relación con los resultados obtenidos.
- ❖ **Referencias bibliográficas:** Se presentarán al final del trabajo y se ordenarán numéricamente de acuerdo con la secuencia de aparición en el texto. En éste sólo se incluirá el número arábigo de la referencia correspondiente impreso en forma de exponente. Las webs deberán reflejar la fecha de visita. Se recomienda ajustarse a las normas Vancouver.



serhosa

SERVICIOS HOSPITALARIOS

DISTRIBUIDOR OFICIAL DE PRODUCTOS HOSPITALARIOS:



ARTROSCOPIA Y
MOTORES QUIRÚRGICOS



ZIMMER BIOMET
Your progress. Our promise.™

CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y
TRAUMATOLOGÍA



CURACIÓN DE HERIDAS
COLCHONES ALTERNANTES