



XXX Congreso Nacional de la SEEIUC

Libro de
Comunicaciones



TARRAGONA
Palacio de Congresos
6-9 de junio de 2004

Comité Organizador del XXX Congreso de la Seeiuc

JUNTA DIRECTIVA:

Presidenta: M.^a de los Desamparados Bernat Adell

Secretaria: Mercedes Gámez Perales

Tesorera: Rosa M.^a García Díez

Directora de la Revista: María del Mar Sánchez Soria

Vocales: Alicia Robas Gómez
Gemma Martínez Estalella
María de los Ángeles Rosado Muñoz
Olga Soriano Berenguer
Mónica Vázquez Calatalud

COMITÉ CIENTÍFICO DEL CONGRESO:

Juan Carlos Muñoz Camargo
María Asunción Sanz Jiménez
Miriam del Barrio Linares
Pilar Delgado Hito
Dolors Ortiz Chinchilla
Marisa Rosa Jam Gatell

COMITÉ ORGANIZADOR LOCAL:

Presidente local: Carles Olivé Ollé

Miembros Comité Científico: Dolors Toda Savall
Lluís M.^a Rius Ferrus

Vocales: Montserrat Aragonés Mestres
M.^a del Pilar García Vela
Laura Anguera Saperas
Laura Bordonado Pérez
Margarita Cosi Marsan

Índice

Pág.

Lunes 7 de Junio de 2004

AUDITORIO

8:30 - 9:30 h. – Comunicaciones Orales - Mesa 1

INFORMES DE ALTA DE ENFERMERÍA DE CUIDADOS INTENSIVOS EN ESPAÑA:
ANÁLISIS Y SITUACIÓN.

Navarro Arnedo JM (1), Orgiler Uranga PE (1), De Haro Marín S (2).

(1) Servicio de Medicina Intensiva. Hospital General Universitario de Alicante. Alicante.

(2) Servicio de Hospitalización a Domicilio. Hospital General Universitario de Alicante. Alicante. 17

¿QUÉ SUCEDE CON LA FAMILIA DEL PACIENTE INGRESADO EN NUESTRA
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS?

**Rodríguez Borrego MA, Gutiérrez Alejandro A, Villafruela Medina R, Plaza Granja MA,
Leal Pérez A, Calvo Palomino R, Sánchez García E, Magallanes Vidal B, Villa Ruiz R,
Gutiérrez González J, Rodríguez Corral C.**

Servicio de Medicina Intensiva. Hospital "Río Carrión". Palencia. 18

CIRUGÍA CARDÍACA EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS:
NUESTRA EXPERIENCIA.

Amorós Cerdá SM, Fontanella Sastre JM, Pérez Juan E.

UCI. Hospital Universitario Son Dureta. Palma de Mallorca (Balears). 20

DETERMINACIÓN DEL MÍNIMO VOLUMEN DESECHABLE EN LA EXTRACCIÓN DE
UNA ANALÍTICA A TRAVÉS DE UN CATÉTER ARTERIAL.

**Arias Rivera S (1), Conde Alonso P (1), Sánchez Izquierdo R (1), García Granell C (1),
Martín de la Torre Pérez-Cejuela JA (1), Ortega Castro ME (1), Berlanga D (2),
Pascual T (2), Oña F (3), de la Cal MA (4).**

(1) Servicio de Cuidados Intensivos y Unidad de Grandes Quemados.
Hospital Universitario de Getafe. Getafe (Madrid).

(2) Área de gestión de Análisis Clínicos. Hospital Universitario de Getafe. Getafe (Madrid).

(3) Servicio de Hematología y Hemoterapia. Hospital Universitario de Getafe. Getafe (Madrid). 21

COINCIDENCIA ENTRE DOS MÉTODOS DE ANÁLITICA RUTINARIA EN PACIENTES
CRÍTICOS. MICROANALIZADOR DE CABECERA FRENTE A ANALÍTICA CONVENCIONAL.

**Moliner Escrig R, García Morón J, Fernández Vázquez MJ, Chulilla Martín J, Murciano F,
Gascó García C, Abizanda Campos R, Bernat Adell MD.**

Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitario Asociado General de Castellón. Castellón. 22

AUDITORIO

13:00 - 14:00 h. – Comunicaciones Orales - Mesa 2

SENSACIONES Y SENTIMIENTOS DE LAS ENFERMERAS ANTE EL AFRONTAMIENTO DEL SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO.

Iniesta Sánchez J (1), Cerezo San Martín M (2), Ignoto Sanz MA (1), Ruiz Morales T (1), Pérez García M (1), Romero Pareja MD (1).

(1) Servicio de Medicina Intensiva. Hospital General Universitario de Murcia.

(2) Servicio de Urología. Hospital General Universitario de Murcia. 25

ORDEN DE NO REANIMAR EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.

Braña Marcos B (1), Cerezo Torres S (2), Álvarez García IM (2), Boto Díaz P (2), Cambor Martínez MJ (2).

(1) Unidad de Cuidados Intermedios. Hospital de Jove. Gijón (Asturias).

(2) Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital de Cabueñes. Gijón (Asturias). 26

FORMACIÓN ESPECÍFICA EN CUIDADOS INTENSIVOS EN OSAKIDETZA. UNA EXPERIENCIA.

Capillas Echevarría B, Ruiz de Ocenda Sanz E.

Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Santiago Apóstol. Vitoria-Gasteiz (Álava). 27

ESTUDIO PARA LA DISMINUCIÓN DE ERRORES EN EL REGISTRO DE LOS BALANCES HÍDRICOS DE PACIENTES CRÍTICOS INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.

Gutiérrez Alejandro A, Marcos Camina RM, Calvo Buey JA.

Servicio de Medicina Intensiva. Hospital General Río Carrión. Palencia. 28

REPERCUSIÓN DE LOS CAMBIOS POSTURALES EN LAS MEDICIONES HEMODINÁMICAS A TRAVÉS DE UN SWAN-GANZ.

García Briñon M, Fernández Blanco JA, Colino Lamparero MJ, Corujo Fernández B, Muñoz Muñoz I, Simón García MJ, Martín Benítez JC.

Unidad de Críticos I. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. 29

SALA B

13:30 - 14:00 h. – Comunicaciones Orales - Mesa 3

URGENCIAS EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS: PERSPECTIVA DE ENFERMERÍA DE DOS HOSPITALES GENERALES UNIVERSITARIOS.

Rodríguez Mondéjar JJ (1), Peñalver Hernández F (2), Pérez Botella FJ (1), Hernández González M (2), Rodríguez Mondéjar M (1), Rabadán Anta M (1), Parra Dormal F (1), Valbuena Moya RM (1).

(1) Servicio de Medicina Intensiva. Hospital General Universitario de Murcia. Murcia.

(2) Servicio de Medicina Intensiva del H.G.U. Morales Meseguer.

Servicio Murciano de Salud. Murcia. 33

ANÁLISIS DE LA ESTRUCTURA MOTIVACIONAL DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO.

Almaida Fernández MB (1), Pérez García M (1), Martín Lozano R (1), Morales Martínez RM (1), Sánchez Nieto JM (2).

(1) Servicio Medicina Intensiva. Hospital Morales Meseguer. Murcia.

(2) Unidad de Investigación. Hospital Morales Meseguer. Murcia. 34

DETECCIÓN DE NECESIDADES PERCIBIDAS Y NIVELES DE ANSIEDAD EN FAMILIARES DE PACIENTES ADULTOS INGRESADOS EN CUIDADOS INTENSIVOS. Gómez-Calcerrada Pérez P. Servicio de Medicina Intensiva. Hospital General Universitario de Alicante. Alicante.	35
¿ES VÁLIDA LA ESTIMACIÓN SUBJETIVA DE PESO Y TALLA PARA EL CÁLCULO DEL ÁREA DE SUPERFICIE CORPORAL? Gutiérrez Alejandro A, Marcos Camina RM, Calvo Buey JA. Servicio de Medicina Intensiva. Hospital General Río Carrión. Palencia	36
INFORMACIÓN ESCRITA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS, ¿FÁCIL O DIFÍCIL DE ENTENDER? Arantón Areosa L, Rumbo Prieto JM, Goas Iglesias-Ussel R, Sierto Díaz E, Díaz Seoane B, López Pérez N. Unidad de Cuidados Intensivos. Complejo Hospitalario Arquitecto Marcide. Ferrol (A Coruña)	37

AUDITORIO

16:00 - 17:00 h. – Comunicaciones Orales - Mesa 4

PERFIL PREVIO DEL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACIÓN AL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA. Chaparro Toledo S, Erice Criado A, Belaustegui Arratibel A, Moraza Angulo A, Peña Tejera C, Álvarez González MJ. Servicio de Medicina Intensiva. Hospital de Txagorritxu. Vitoria-Gasteiz (Álava)	41
VALIDACIÓN DEL PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA ESTANDARIZADO Y SECUENCIADO DEL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO EN LA UNIDAD DE VIGILANCIA INTENSIVA. Esteve Ferran J, Morcillo López A, Pi Guerrero M, Martínez Arce MJ, Reina Rubio A, Rodríguez Hebra I. Consorci Sanitari Integral. Hospital Dos de Maig. Barcelona. Unitat de Vigilància Intensiva.	42
EVALUACIÓN DE LA COMPETENCIA PRÁCTICA Y DE LOS CONOCIMIENTOS CIENTÍFICOS DE ENFERMERAS DE UCI EN LA ASPIRACIÓN ENDOTRAQUEAL DE SECRECIONES. Martínez Mingo A, Anía González N, Eseberri Sagardoy M, Margall Coscojuela MA, Asiain Erro MC. Unidad de Cuidados Intensivos. Clínica Universitaria. Universidad de Navarra. Pamplona	43
CONOCIMIENTO Y VALORACIÓN DE LA LEY DE VOLUNTADES ANTICIPADAS DE LOS FAMILIARES EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. Acosta Mejuto B, Batlle Sevil M, Fernández Lucio MJ, Fuentes Carmona M, Montalbán Mateo S, Ricart Basagaña M, Sánchez Segura JM, Sola Prado A, Sola Solé N. Servicio de Medicina Intensiva. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.	45
CONOCIMIENTO Y VALORACIÓN DE LA LEY DE VOLUNTADES ANTICIPADAS POR LOS ENFERMOS INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. Acosta Mejuto B, Batlle Sivill M, Fernández Lucio MJ, Fuentes Carmona M, Montalbán Mateo S, Ricart Basagaña MT, Sánchez Segura JM, Sola Prado A, Sola Solé N. Servicio de Medicina Intensiva. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.	46

ESTRATEGIA DE CAMBIO PARA LA IMPLANTACIÓN DE UN NUEVO MODELO DE VISITA ABIERTA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI). VALORACIÓN DE UN AÑO DE EXPERIENCIA.

Segarra Perramon T, Camps Toldrà D, Mármol Cubillo MJ, Mingo Vallès P, Guirado Alaiz M.

Servicio de Medicina Intensiva. Fundación Althaia. Manresa (Barcelona).

47

SALA B

16:00 - 17:00 h. – Comunicaciones Orales - Mesa 5

SISTEMA DE SOPORTE HEPÁTICO. PLAN DE CUIDADOS.

García Aranda FJ, Navarro Alonso A, Enrique Arias C.

Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Central de Asturias. Oviedo (Asturias).

51

GUÍA PRÁCTICA DE CUIDADOS CRÍTICOS DE ENFERMERÍA.

Álvarez González MJ, Arkaute Estrada I, Chaparro Toledo S, González García MP,

Peña Tejera C, Santos Cambero I.

Servicio de Medicina Intensiva. Hospital de Txagorritxu. Vitoria-Gasteiz (Alava).

52

CUIDADOS Y MANEJO DE ENFERMERÍA DEL PACIENTE CRÍTICO CON INFECCIONES DE ALTO RIESGO.

Morán Marmaneu MA, Villa Fernández C, Albert Albiol L, Tejedor López R, Sanchís Muñoz J, Gascó García C, Bernat Adell MD.

Servei de Medicina Intensiva. Hospital Universitario Asociado General de Castelló. Castelló.

53

POLINEUROPATÍA EN EL PACIENTE CRÍTICO.

Glez. Quintana Daniel, Hdez. Romero Alejandro, Castro Aristi Ángel,

Lorenzo Rivero Sergio, Pérez Quintero Raquel.

D.U.E. Hospital Universitario de Canarias. Unidad de Vigilancia Intensiva

54

“ROMPER BARRERAS PARA SALVAR VIDAS” (DISEÑO Y PUESTA EN MARCHA DE UN PROGRAMA HOSPITALARIO DE DESFIBRILACIÓN TEMPRANA).

Benlliure Portero F, Perales y Rodríguez de Viguiri N, Samper Herrero M, Serrano Mateos C, Sánches Chillon FJ, Benlliure Enríquez E.

Unidad de Cuidados Postoperatorios de Cirugía Cardíaca. Hospital Universitario 12 de Octubre.

Madrid

55

Martes 8 de Junio de 2004

AUDITORIO

8:30 - 9:30 h. – Comunicaciones Orales - Mesa 6

ÚLCERAS POR PRESIÓN SECUNDARIAS A LA INMOVILIZACIÓN CON COLLARÍN CERVICAL: UNA COMPLICACIÓN DE LA LESIÓN CERVICAL AGUDA.

Molano Álvarez E, Murillo Pérez A, Salobral Villegas MT, Domínguez Caballero M, Cuenca Solanas M, García Fuentes C.

Unidad de Cuidados Intensivos de Trauma y Emergencias. Hospital Doce de Octubre. Madrid. 59

VARIACIÓN DE LA TENSIÓN ARTERIAL CON LOS CAMBIOS DE JERINGA EN PERFUSIÓN DE NORADRENALINA.

Correa López M, García Mozo A, Hermida Muntaner E, Lastra Cubel P, Matos Pascual P, Sánchez Calvin C.

Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Universitario Son Dureta. Palma de Mallorca (Illes Balears) . 60

IDENTIFICACIÓN DE LAS POSIBILIDADES DE MEJORA EN LAS VISITAS E INFORMACIÓN A LOS FAMILIARES DE PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.

Lacasaña Bellmunt P, Ros Martínez M, Graner Aparisi V, Tur Riera J, Mínguez López I, Martín Rey C.

Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Can Misses. Ibiza (Balears). 61

ANÁLISIS DEL NIVEL DE DESGASTE PROFESIONAL (BURNOUT) DE LOS DIPLOMADOS DE ENFERMERÍA DE LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS DE LOS DOS HOSPITALES PÚBLICOS DE GRAN CANARIA.

Yáñez Quintana B (1), Jiménez García J (2), Hernández Monzón I (3).

(1) Servicio de Medicina Intensiva. Hospital General de Gran Canaria. Dr. Negrín. (Canarias).

(2) Servicio de Psiquiatría. Hospital General de Gran Canaria. Dr. Negrín (Canarias).

(3) Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitario Insular. (Canarias). 62

EVALUACIÓN Y MEJORA EN LA CUMPLIMENTACIÓN DE LA GRÁFICA DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE INTENSIVOS DEL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE MURCIA.

Iniesta Sánchez J (1), Martín Lozano R (1), Alburquerque García C (2), Soriano Molina P (3), Carrión Tortosa F (1), Muñoz Franco MJ (1).

(1) Unidad de Intensivos del Hospital General Universitario de Murcia.

(2) Servicio de Traumatología. Hospital Morales Meseguer Murcia.

(3) E.A.P. Abarán. Área 6 Murcia. 63

AUDITORIO

13:00 - 14:00 h. – Pósters - Mesa 7

P 001	EL DISPOSITIVO GUTI-VAL AUMENTA LA COMODIDAD Y LA EFICACIA DE LA MASCARILLA CPAP EN EL PACIENTE CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA. Gutiérrez Valverde L (1), Hernández Casanova I (1), Rodríguez Rajadell P (1), Rosero Arenas E (2), García García MA (1) (1) UCI Hospital de Sagunt (Valencia). (2) CS Salvador Allende (Valencia)	67
P 002	CUIDADOS Y COMPLICACIONES DEL PACIENTE SOMETIDO A INTUBACIÓN OROTRAQUEAL EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. Bejarano Montañez J, Peinador Nuño MJ, García Caíña R, González Ruiz S. Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital de Madrid. Madrid.	68
P 003	INTOXICACIONES AGUDAS POR ARSÉNICO. García Velasco Sánchez Morago S, Torres de la Torre R, Puebla Martín A, Díaz Fernández F, Puebla Martín MA, Sánchez Coello MD. Servicio de Medicina Intensiva. Hospital de Alarcos. Ciudad Real.	69
P 004	CARACTERÍSTICAS DE LAS PACIENTES OBSTÉTRICAS INGRESADAS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE. García Velasco Sánchez Morago S, Sánchez Coello MD, Puebla Martín A, Díaz Fernández F, Torres de la Torre R, Puebla Martín MA. Servicio de Medicina Intensiva. Hospital de Alarcos. Ciudad Real.	70
P 005	CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA NUTRICIÓN ENTERAL CONTINUA EN EL PACIENTE CRÍTICO. Valero Mora E, Fortes del Valle ML, Vallejo Henao LM, Domínguez Galán E, Sandiumenge Camps A, Jiménez Herrera MF. Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitario de Tarragona Joan XXIII de Tarragona.	71
P 006	¿INTUICIÓN O EXACTITUD? POSICIONAMIENTO INTUITIVO DE LA CABECERA DE LA CAMA EN PACIENTES CRÍTICOS. ¿NECESITAMOS MEDIRLO? Montial Fernández E, Ruiz de Escudero García N, Prieto Arriba E, Bailez Aguirregoikoa I. Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Santiago Apóstol. Vitoria (Álava).	72
P 007	INFLUENCIA DEL MÉTODO DIAGNÓSTICO DE LA MUERTE ENCEFÁLICA EN LA CARGA ASISTENCIAL DE ENFERMERÍA. Benítez Ruiz L, Landríguez Márquez C, García-Orea Álvarez M, Junquera González MV, Sierra Camerino R, Sánchez Rodríguez A. Coordinación de Trasplantes. Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias del Hospital Universitario Puerta del Mar de Cádiz.	73
P 008	VALORACIÓN DE DOS MÉTODOS DE RETIRADA DE VENDAJES COMPRESIVOS. Ramírez Patiño MD, García García R, Robas Gómez A, González Sánchez MI, Sánchez Martín R, Romero Romero V. Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Provincial Ntra. Sra. de la Misericordia. Toledo.	74

P 009	TÉCNICA DE SELDINGER PARA LA INSERCIÓN DE UN CATÉTER CENTRAL ANTECUBITAL. UNA NUEVA TÉCNICA PARA ENFERMERÍA. Ortells Huerta X, Alemany Puig J, Amador Bueno S, Pacheco Torrijo L. Unidad de Cuidados Críticos. Hospital Marina Alta. Denia. Alacant	75
P 010	ESTADENCIA DEL PACIENTE CRÍTICO EN LA ASISTENCIA SANITARIA DE UNA ESTACIÓN DE ESQUÍ DE ALTA MONTAÑA (VALLTER 2000, SETCASES, GIRONA). Couñago Méndez S (1), Rodríguez Martínez X (2), Julve Ibáñez A (3), Casadevall Castella J (4), Trayner Güixens M (5). Servicio Médico de Vallter 2000 y: (1) DUE Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. Barcelona. (2) DUE Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitari Vall d'Hebrón. Barcelona. (3) DUE Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitario de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona). (4) Dr. Servicio de Medicina Intensiva del Hospital de Manresa. (5) Dra. SCUB-061 Barcelona.	76
P 011	MEDICIÓN DE ESCALA DE NEMS EN UCI. VALORACIÓN EN ENFERMOS AGITADOS Y NO AGITADOS. Rodríguez Castro, Gregoria; Sánchez Matilla, Belén; Cereijo, Enrique. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid..	77

SALA B

13:00 - 14:00 h. – Pósters - Mesa 8

P 012	PROCESO DE ELABORACIÓN DE LA GUÍA CLÍNICA EN EL LESIONADO MEDULAR CERVICAL. March Jardí M, Anguera Saperas L, Rius Ferrús LL, Salmerón Hernández M, Uruén Pueyo S. Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitario Juan XXIII. Tarragona.	81
P 013	IMPACTO DE LA RELACIÓN DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS CON LA ASOCIACIÓN DE DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO DE ÁLAVA. Arana Monte M, López de Audicana Jiménez de Aberásturi Y. Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Santiago Apóstol. Vitoria-Gasteiz (Álava).	82
P 014	IMPLANTACIÓN DE UN MODELO DE FORMACIÓN INTERNA EN UNA UCI POLIVALENTE. Rodríguez Mondéjar JJ (1), Iniesta Sánchez J (1), Martínez Pallarés JM (2), Rodríguez Soler J (1), Aldavero Izquierdo JL (2), Martínez López MC (1). (1) Servicio de Medicina Intensiva. Hospital General Universitario. Murcia. (2) Servicio de Medicina Intensiva. H.G.U. Morales Meseguer. Murcia. Servicio Murciano de Salud.	83
P 015	TRASLADO A UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE NUEVA CREACION. NUESTRA EXPERIENCIA. Rosado Muñoz A, Martín Corrochano G, Rodríguez Navarro MJ, Muñoz Aceituno J, Rodríguez Pérez JL, Blázquez Sánchez RM. Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina (Toledo). SESCAM	84

P 016	PROCESO DE DECANULACIÓN EN PACIENTES QUE HAN PRECISADO VENTILACIÓN MECÁNICA PROLONGADA. Bueno Gómez J, Blanco López P, Fernández Martín MJ, Martínez Mesas M, Moreno Durán A, Soriano Ferrín A, Via Clavero G. Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitario de Bellvitge. Hospitalet de Llobregat (Barcelona).	85
P 017	PROMOVER EL CUIDADO ÉTICO EVITA LA "FATIGA POR COMPASIÓN". Jiménez Herrera MF, *Velasco Guillén C, Nogués Domingo C, *Clarasó Ruifernández G. Escuela Universitaria Enfermería EUI.URV. *Intensivos-SEM UCI Joan XXIII-SEM. Tarragona.	86
P 018	MEDICIÓN DE LA PRESIÓN INTRAABDOMINAL POR EL MÉTODO INTRAVESICAL. PROTOCOLO DE ENFERMERÍA. Guerra Gallego MJ, Pérez Fernández-Infantes S, Maeso Espadas MJ, Cinjordi Valverde P, Moreno Ortiz J, Bermejo González C, Tejada Serrano R, Alfonso Díaz L, Muñoz Camargo JC. Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Nuestra Señora de Alarcos. Ciudad Real.	87
P 019	INICIO DE LA DIETA ORAL EN EL PACIENTE TRAQUEOTOMIZADO. Fortes del Valle ML, Valero Mora E, Vallejo Henao LM, Domínguez Galán E. Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitario Joan XXIII de Tarragona	88
P 020	PUESTA EN MARCHA DE UN PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE INFECCIÓN NOSOCOMIAL POR ACINETOBACTER. Sánchez Moya P, González Giménez C, Del Moral Sánchez AG, Torres Casas MJ, Andrés Saliente A, Monforte Zafón E. Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Obispo Polanco. Teruel	89
P 021	PAPEL DE LA ENFERMERÍA ANTE NUEVOS RETOS EN LA MEDICIÓN DEL GASTO CARDÍACO CONTINUO: SISTEMA LIDCOTM (LITHIUM DILUTION CARDIAC OUTPUT). Sarralde Pérez de San Román S, Ibáñez de Garayo Elorza S, Bailez Aguirregoikoa I, Pérez Aguiar A, Icaya Martínez de Lizarduy L. Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Santiago Apóstol. Vitoria-Gasteiz (Álava).	90
P 022	PROTOCOLO DE ENFERMERÍA EN LA DONACIÓN DE ÓRGANOS EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE MUERTE ENCEFÁLICA. Vargas Lara G, Espejo Zamora F, Robles Palomo H, Gallego Carmona A. Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital de Antequera. Antequera (Málaga).	91
P 023	DELIRIUM EN EL PACIENTE DE UCI: PROTOCOLO DE ENFERMERÍA PARA SU PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO. Mendoza Delgado D, Gil Cama A. Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias. Hospital del SAS de Jerez. Jerez de la Frontera (Cádiz).	92
P 024	¿SWAN... QUÉ?, SWAN-GANZ. Martínez Aguilà M. Hospital Sant Pau i Sta. Tecla. Tarragona.	93
P 025	REVISIÓN DEL REGISTRO DE ENFERMERÍA EN LA VALORACIÓN INICIAL DE LOS PACIENTES QUE INGRESAN EN CUIDADOS INTENSIVOS. Bordonado Pérez L, Dalmau Agraz N, Gallart S, González Carballo S, Ferret López L, Sáez Cerezo O, Mulero Rimbau I. Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitari Joan XXIII de Tarragona. (Tarragona). .	94

AUDITORIO**16:00 - 17:00 h. – Comunicaciones Orales - Mesa 9**

SENSIBILIDAD Y ESPECIFICIDAD DE LA PREDICCIÓN DE MORTALIDAD MEDIANTE TRES ÍNDICES DE GRAVEDAD (I.G.) GENERALES EN NUESTRA UNIDAD.

Santos Gómez M^a L, Andrade de la Cal FJ, García Conejero I. M^a, Casado Pacheco M, Gil Vivaracho I, Núñez Núñez A.

Unidad de Medicina Intensiva. Hospital General de Mérida. Mérida (Badajoz) 97

PROCESO DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON DOLOR TORÁCICO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS.

Recio Recio ML, Recio Recio N, Escalante Ordóñez A, Vargas Lara G, Caballero Ruiz A, Salguero García G.

Unidad de Gestión Clínica Área de Críticos y Urgencias. Hospital de Antequera. Antequera (Málaga). 99

RENDIMIENTO Y EFICIENCIA DE LOS HEMOCULTIVOS.

Arias Rivera S, Frutos Vivar F, Cerdá Cerdá E, de la Cal López MA.

Unidad de Cuidados Intensivos y Grandes Quemados. Hospital Universitario de Getafe (Madrid). . . 100

DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS PREDOMINANTES EN PACIENTES CON VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA CON MASCARILLA BOUSSIGNAC®

Recio Recio N, Recio Recio ML, Recio Recio I, Moreno López C.

Unidad de Gestión Clínica Área de Críticos y Urgencias. Hospital de Antequera. Antequera (Málaga). 101

NECESIDADES DE CONTACTO FAMILIAR EN EL PACIENTE QUEMADO, INGRESADO EN LA UNIDAD CRÍTICA CERRADA.

Barrio Cadiñanos I, González Hernández MA, Martín Morente E.

Unidad de Quemados. Hospital Universitario La Paz. Madrid (Madrid).. 102

Lunes 7 de Junio de 2004

AUDITORIO

8:30 a 9:30 h

Comunicaciones Orales

Mesa 1



INFORMES DE ALTA DE ENFERMERÍA DE CUIDADOS INTENSIVOS EN ESPAÑA: ANÁLISIS Y SITUACIÓN.

Navarro Arnedo JM (1), Orgiler Uranga PE (1), De Haro Marín S (2).

(1) Servicio de Medicina Intensiva. Hospital General Universitario de Alicante. Alicante.

(2) Servicio de Hospitalización a Domicilio. Hospital General Universitario de Alicante. Alicante.

OBJETIVOS: Conocer qué unidades de cuidados intensivos cumplimentan un informe de alta de enfermería, analizar la información que aportan y determinar cómo transmiten la información las unidades que no cumplimentan éste registro.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo observacional realizado desde abril de 2002 a septiembre de 2003. Se envió a la supervisión de las UCIs un cuestionario sobre el informe de alta de enfermería y se solicitó un ejemplar del mismo. Se analizó, en los informes recibidos, la información que aportaban. De las UCIs que no cumplimentaban informe de alta se registró cómo facilitaban a la planta de destino información sobre el estado del paciente al alta.

RESULTADOS: Respondieron 259 UCIs. En 176 (68%) cumplimentaban informe de alta de enfermería. El 99% de los informes recogía en su estructura información sobre las necesidades de alimentación y eliminación, mientras el 7% de éstos lo hacía sobre las necesidades de vestirse, vivir según creencias y autorrealización. Sólo veintiocho informes seguían un modelo conceptual de enfermería. En las 79 UCIs (31%) que no cumplimentaban informe de alta, la información se transmitía acompañando al paciente a planta en 43 unidades (54%), avisando por teléfono en 22 (27%) y enviando la gráfica con el relevo escrito en el resto.

CONCLUSIONES: Un porcentaje alto de UCIs cumplimentan informe de alta de enfermería. En los informes, las necesidades biológicas se contemplan mucho más que las psicológicas y sociales. El 54% de las unidades que no elaboran informe de alta acompañan al enfermo a planta.

Palabras clave:

Informe de alta de enfermería, Unidad de Cuidados Intensivos, Registros de Enfermería.

¿QUÉ SUCEDE CON LA FAMILIA DEL PACIENTE INGRESADO EN NUESTRA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS?

Rodríguez Borrego MA, Gutiérrez Alejandro A, Villafruela Medina R, Plaza Granja MA, Leal Pérez A, Calvo Palomino R, Sánchez García E, Magallanes Vidal B, Villa Ruiz R, Gutiérrez González J, Rodríguez Corral C.

Servicio de Medicina Intensiva. Hospital "Río Carrión". Palencia.

INTRODUCCIÓN: Hemos planteado un proyecto de actuación con un marco metodológico de referencia, la Investigación Cualitativa y en ella el método de "Investigación-Acción" definido por Lomax (1990) como una intervención en la práctica profesional con la intención de ocasionar una mejora. El objetivo en este primer acercamiento es "conocer opiniones, sentimientos y expectativas de las familias de los pacientes ingresados en nuestra Unidad".

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio: longitudinal, observacional. Población: todo familiar de paciente ingresado en una Unidad de Cuidados Intensivos de un Hospital General, en el período comprendido entre el 19 de noviembre de 2003 y el 22 de diciembre de 2003. Muestra: 24 familiares de los pacientes ingresados en el período mencionado. Criterios de inclusión: todo familiar que entre en la Unidad a la hora de visita, tanto por la mañana como por la tarde. Variables, repartidas en 4 secciones: a) Datos de filiación del paciente: edad, sexo, estado civil, cabeza de familia, bloque general donde se encuadra el diagnóstico (cardiológico, respiratorio, etc.). b) Área familiar: composición del hogar familiar, estudios del que realiza la encuesta, primer familiar que ingresa en la UCI. c) Sentimientos del familiar en relación a sí mismo, a su familiar ingresado y sobre la Unidad. d) Opiniones del familiar sobre el personal e infraestructuras de la UCI. Formulario de recogida de datos: basado en el formulario del Albistur y Colaboradores (2000) con modificaciones, cuenta con el informe favorable del comité de ética asistencial del hospital. Recogida de datos: los formularios se entregarán durante la estancia del paciente en la Unidad, posterior al primer informe y primera visita, es decir, al ingreso si es posible, a los cinco días y al alta o óbitos. En todo momento se preserva la intimidad del paciente y familia. Codificación: se lleva a cabo desde 2 perspectivas: los datos cuantificables con el programa SPSS10 y las preguntas abiertas por categorización. Análisis de los datos: obtención de frecuencias absolutas y relativas y la aplicación de la metodología específica del análisis del contenido.

RESULTADOS: a) Filiación del paciente: la media de edad de los pacientes se encuentra en 66 años; 66'7% son hombres, 33'3% mujeres; predominan los casados con un 41'7%; siendo un 50% cabezas de familia; con un diagnóstico cardiológico en el 70'8% de los casos ingresados, siendo éstos en la Unidad de Coronarias. b) Área familiar: predomina con un 41'7% el hogar compuesto por paciente, cónyuge e hijos; los estudios del que responde la encuesta son el 75% elementales, siendo la primera experiencia en UCI de un 62'5%. c) Sentimientos del familiar: un 54'2% no necesita más información frente al 41'7% que sí; expresándolo según dos categorías: más a menudo y más información. En relación a sus preocupaciones hacia el paciente, al 50% le preocupa que pueda sufrir. Y en cuanto al futuro, su preocupación se centra en que viva para valerse por sí mismo en un 58'3%. En cuanto a su situación personal, los familiares en un 58'3% confiesan estar angustiados y deprimidos. En relación a la sala de espera, aunque un 58'3% la encuentra cómoda, el 54'2% dice que permanecen mucho tiempo esperando información; y un porcentaje semejante dice esperar mucho tiempo para entrar en la visita. d) Sobre las opiniones del familiar sobre la UCI el 62'5% la

tiene buena, y un 58'3% ve muy bien el trabajo de las enfermeras. Y, en cuanto a la pregunta sobre ¿qué esperan de la UCI?, un 58'3% de los familiares expresaron sus opiniones, que se pueden agrupar en las siguientes categorías: recursos materiales y humanos, atención al paciente, mejores infraestructuras, resultados positivos, y atención al sufrimiento del familiar que espera.

CONCLUSIÓN: En la valoración de los datos se encuentra una práctica ausencia de formularios al 5º día de estancia y al alta, la mayoría son pacientes coronarios y al ser el nuestro un hospital que precisa derivar para determinadas prestaciones a otros hospitales de referencia, se ha perdido la posibilidad de seguimiento en la mayoría de los casos. Al familiar le preocupa que el paciente sufra y él, a su vez, sufre angustia y depresión. No les preocupa tanto la carencia de información como el mucho tiempo que esperan para obtenerla. Las opiniones sobre la Unidad muestran que las expectativas sobre la misma son muchas y altas, quizá vengan justificadas, visto que luego la opinión sobre la UCI es buena, en el hecho de que en un porcentaje importante es la primera vivencia de un paciente ingresado en UCI.

Palabras clave:

Familia, sentimientos, opiniones, expectativas, unidad cuidados intensivos.

CIRUGÍA CARDÍACA EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS: NUESTRA EXPERIENCIA.

Amorós Cerdá SM, Fontanella Sastre JM, Pérez Juan E.

UCI. Hospital Universitario Son Dureta. Palma de Mallorca (Baleares).

INTRODUCCIÓN: El inicio de la cirugía cardíaca (Q-C) en nuestro hospital supuso un reto para enfermería. El objetivo del estudio es describir: perfil del paciente, tipo de intervención quirúrgica (IQ), estancia media en la unidad de cuidados intensivos (UCI) y complicaciones más frecuentes.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo retrospectivo realizado en la UCI del Hospital Universitario Son Dureta (HUSD) del 26 de noviembre del 2002 al 9 de enero del 2004 con un total de 288 pacientes ingresados en el postoperatorio inmediato de Q-C. Se revisaron las historias clínicas (HC) de dichos pacientes.

VARIABLES: edad, sexo, urgencia y tipo de IQ, tiempo de desconexión de ventilación mecánica (VM), estancia media en UCI y complicaciones presentadas.

Para el análisis de las variables se utilizó el programa SPSS para Windows 98.

Resultados: De los 288 pacientes 67.7% eran hombres y 32.3% mujeres.

Mediana de edad = 66 años.

Tipo de IQ más frecuente: 37.5% By-pass coronario; 39.6% cirugía valvular.

IQ programadas 89.3% y urgentes 10.7%.

Tiempo de desconexión de VM: menor de 12 h en un 70.5%.

Estancia media en UCI= 3 días.

Las complicaciones más frecuentes fueron las cardíacas y en menor medida neurológicas, respiratorias, infecciosas y renales. No han presentado ninguna complicación 16.7% y éxitus 2.1%.

CONCLUSIONES: La vigilancia y cuidados de Enfermería son de suma importancia en el postoperatorio inmediato para la prevención de complicaciones. Un mayor conocimiento del paciente de Q-C facilitará su manejo, aumentando la calidad de los cuidados de enfermería al paciente y a su familia.

Palabras clave:

UCI, cirugía cardíaca, complicaciones, postoperatorio, cuidados de enfermería.

DETERMINACIÓN DEL MÍNIMO VOLUMEN DESECHABLE EN LA EXTRACCIÓN DE UNA ANALÍTICA A TRAVÉS DE UN CATÉTER ARTERIAL.

Arias Rivera S (1), Conde Alonso P (1), Sánchez Izquierdo R (1), García Granell C (1), Martín de la Torre Pérez-Cejuela JA (1), Ortega Castro ME (1), Berlanga D (2), Pascual T (2), Oña F (3), de la Cal MA (4).

(1) Servicio de Cuidados Intensivos y Unidad de Grandes Quemados. Hospital Universitario de Getafe. Getafe (Madrid).

(2) Área de gestión de Análisis Clínicos. Hospital Universitario de Getafe. Getafe (Madrid).

(3) Servicio de Hematología y Hemoterapia. Hospital Universitario de Getafe. Getafe (Madrid).

OBJETIVO: Una utilidad de los catéteres arteriales es la extracción de muestras. Para mantener su permeabilidad, utilizamos una perfusión con heparina que podría contaminarlas y alterar los resultados. Nuestro objetivo fue determinar el volumen mínimo desechable en las extracciones para evitar resultados alterados en los análisis de bioquímica, coagulación y gasometría.

METODOLOGÍA: Estudio prospectivo desarrollado en una unidad de 18 camas. Se incluyeron los pacientes portadores de un catéter arterial (Seldicath®), mantenido con 500 U de heparina en salino de 500 ml, presurizado a 300 mmHg mediante presurizador (Tycos®). El espacio muerto (EM) del sistema en las arterias radiales es de 0.8 ml y de 1 ml en las femorales. Consideramos como volumen desechable control 16.5 ml+EM y lo comparamos con desechar volúmenes de 3 ml+EM, 7.5 ml+EM y 12 ml+EM. El análisis estadístico se realizó mediante T de Student.

RESULTADOS: Obtuvimos 40 muestras. En la bioquímica no se encontraron diferencias significativas en ninguno de los volúmenes desechados, salvo en el potasio ($p < 0.001$) con 3 ml+EM frente al control, aunque no es relevante clínicamente [diferencia media = -0.29 mEq/l (IC95% (-5.24-4.66))]. En coagulación se hallaron diferencias significativas en la protrombina ($p = 0.001$) comparando 3 ml+EM frente al control y en la cefalina comparando 3 ml+EM ($p < 0.001$), 7.5 ml + EM ($p = 0.03$) frente al control. En las determinaciones de gases no hubo diferencias.

CONCLUSIONES: Nuestro estudio demuestra que para obtener resultados analíticos seguros, no es necesario desechar más de 3 ml+EM para la bioquímica y la gasometría, para las determinaciones de coagulación sería necesario desechar un mínimo de 12 ml+EM.

Palabras clave:

Bioquímica, coagulación, gasometría, heparina, catéter, cuidados intensivos, técnicas de enfermería, determinaciones analíticas.

COINCIDENCIA ENTRE DOS MÉTODOS DE ANALÍTICA RUTINARIA EN PACIENTES CRÍTICOS. MICROANALIZADOR DE CABECERA FRENTE A ANALÍTICA CONVENCIONAL.

Moliner Escrig R, García Morón J, Fernández Vázquez MJ, Chullilla Martín J, Murciano F, Gascó García C, Abizanda Campos R, Bernat Adell MD.

Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitario Asociado General de Castellón. Castellón.

INTRODUCCIÓN: La analítica rutinaria y repetida es una necesidad asistencial insoslayable para la vigilancia y control de los pacientes críticos ingresados en una UCI. Se ha discutido la oportunidad de reiterar estos controles analíticos, basándose en el coste de los mismos y en la frecuente exigencia de obtención de sangre para realizarlos. El objeto de este trabajo es valorar la adecuación de las determinaciones analíticas a través de un micrométodo realizado a la cabecera del paciente, con la finalidad de minimizar la cantidad de sangre requerida para cumplir esta necesidad asistencial y acortar los tiempos de recepción de los resultados bioquímicos.

PACIENTES Y MÉTODO: Durante 2003, se han realizado determinaciones simultáneas y duplicadas de determinada pruebas analíticas. Unas, mediante remisión convencional de la muestra al Laboratorio central del centro o mediante procesamiento de la misma a través de un analizador de gases AVL 560 de Radiometer, ubicado en la propia UCI. Las otras, mediante micro muestra y procesamiento a través de microanalizador ABBOTT I-STAT. Las determinaciones realizadas han sido las de gases sanguíneos, monograma, glucosa, urea y hematocrito. Se han estudiado un total de 104 pares de muestras y se han analizado los resultados obtenidos mediante regresión lineal, cálculo de los coeficientes de correlación y análisis de concordancia por Test de Bland - Altman.

RESULTADOS: Los estudios realizados confirman la posibilidad de utilizar microanalizadores para las determinaciones analíticas rutinarias en UCI, no habiendo encontrado buena interutilización (concordancia) en las determinaciones de cloro (límites de variación de hasta 33 mOsm), glucosa (no concordancia dentro del IC 95% de más del 24% de las muestras), y dudosa valor en el caso del hematocrito (oscilaciones de hasta 20 puntos porcentuales dentro del IC 95%).

CONCLUSIONES: Nuestro estudio confirma la posibilidad de utilizar un microanalizador, con buenos márgenes de seguridad, sobre todo en lo que se refiere a análisis de gases sanguíneos, a la cabecera del pacientes, disminuyendo así el volumen de muestra obtenida y el "robo de sangre" continuado a los pacientes críticos.

Palabras clave:

Controles analíticos, microanalizador, necesidad asistencial.

Lunes 7 de Junio de 2004

AUDITORIO

13:00 a 14:00 h

Comunicaciones Orales

Mesa 2



SENSACIONES Y SENTIMIENTOS DE LAS ENFERMERAS ANTE EL AFRONTAMIENTO DEL SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO.

Iniesta Sánchez J (1), Cerezo San Martín M (2), Ignoto Sanz MA (1), Ruiz Morales T (1), Pérez García M (1), Romero Pareja MD (1).

(1) Servicio de Medicina Intensiva. Hospital General Universitario de Murcia.

(2) Servicio de Urología. Hospital General Universitario de Murcia.

OBJETIVO: conocer las sensaciones y sentimientos de las enfermeras de nuestra unidad, que aparecen ante un problema de enfermería concreto como el "síndrome confusional agudo" (sca), así como, establecer sus necesidades y explorar los recursos y capacidades utilizados en el manejo del sca por enfermería.

METODOLOGÍA: Estudio cualitativo, mediante ocho entrevistas abiertas en profundidad, con contacto único e individual, durante el periodo comprendido entre el 1 de noviembre del 2002 y el 31 de enero del 2003, analizándose posteriormente los discursos de las transcripciones. Se realizó un muestreo de intensidad entre el personal de nuestra unidad.

RESULTADOS: El discurso muestra las necesidades de apoyo y comunicación como eje fundamental para establecer la práctica profesional, sobre las cuales se determina el trabajo en equipo y se establece una compleja red de relaciones interprofesionales de los distintos colectivos. Dependiendo si estas necesidades quedan cubiertas o no, pueden aparecer situaciones de estrés, angustia, miedo, e incluso burn-out. En lo referente a recursos y conocimientos identifican que son aprendidos de profesionales con mayor experiencia, o con el tiempo, ya que no han tenido acceso a ellos mediante ciclos formativos.

CONCLUSIONES: Es preciso establecer un buen sistema de comunicación y apoyo entre los distintos profesionales que integran el equipo de uci para afrontar de forma satisfactoria los problemas que se les plantean en la práctica diaria de la profesión. Sería aconsejable llevar a cabo actividades formativas relacionadas con el sca. Es necesario establecer un protocolo que guíe la actuación de enfermería ante el paciente con sca.

Palabras clave:

Práctica de enfermería. Investigación cualitativa. Personal de enfermería. Relación médico-enfermera. Síndrome confusional.

ORDEN DE NO REANIMAR EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.

Braña Marcos B (1), Cerezo Torres S (2), Álvarez García IM (2), Boto Díaz P (2), Camblor Martínez MJ (2).

(1) Unidad de Cuidados Intermedios. Hospital de Jove. Gijón (Asturias).

(2) Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital de Cabueñes. Gijón (Asturias).

OBJETIVOS:

- Determinar el número de RCP (reanimación cardiopulmonar) y de no RCP, así como la patología en ambos casos de los éxitos de 1984, 1992 y 2002.
- Determinar el registro de ONR (orden de no reanimar), y lugar de la historia clínica donde fueron registradas.

METODOLOGÍA: Estudio descriptivo y retrospectivo de los 158 pacientes fallecidos en la UCI (unidad de cuidados intensivos) del Hospital de Cabueñes durante 1984, 1992 y 2002. Se revisaron las variables: existencia de ONR, RCP, edad, diagnóstico de entrada, tiempo de estancia en UCI. El análisis estadístico se realizó a través de Chi cuadrado (variables cualitativas), coeficiente biserial puntual (variables continuas y discontinuas) e hipótesis bilateral (comparación de proporciones).

RESULTADOS: Encontramos diferencias estadísticamente significativas entre el número de no-RCP de 1984 y 2002; no así entre 1992 y 2002. Lo mismo ocurre con la ONR. No existieron diferencias significativas entre la edad de los pacientes, su patología ni el tiempo de estancia en UCI, en relación con la ONR.

CONCLUSIONES: Existe aumento de ONR y de LET (limitación del esfuerzo terapéutico), aunque éste se mantiene a partir de 1992. Disminuyen las maniobras de RCP. La decisión de LET es más elevada en polivalentes que en coronarios y se toma con menor tiempo de estancia en UCI. Hay mayor registro de ONR (Curso Clínico y Hoja de Enfermería). Nuestro análisis bioético pretende exponer abiertamente estos temas que sabemos son controvertidos. Es para nosotros un logro hacer reflexionar sobre el tema al menos durante la exposición de nuestro trabajo.

Palabras clave:

Cuidados Intensivos. Reanimación Cardiopulmonar (RCP). Orden de no reanimar (ONR). Limitación del esfuerzo terapéutico (LET).

FORMACIÓN ESPECÍFICA EN CUIDADOS INTENSIVOS EN OSAKIDETZA. UNA EXPERIENCIA.

Capillas Echevarría B, Ruiz de Ocenda Sanz E.

Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Santiago Apóstol. Vitoria-Gasteiz (Álava).

INTRODUCCIÓN: Ante la ausencia de especialidades de Enfermería, Osakidetza inició en el año 2001 unos módulos de formación para listas de contratación específicas de servicios especiales incluyendo en una de estas a la UCI.

OBJETIVOS: Conocer la eficacia de este sistema de formación, entendiéndolo como eficaz que el mayor porcentaje de sustituciones tenga una formación específica.

Conocer la valoración de las enfermeras formadas.

METODOLOGÍA: Estudio descriptivo del número de enfermeras formadas anualmente, el número de días trabajados y la proporción con respecto al total de sustituciones, durante los años 2001, 2002 y 2003.

Para analizar la valoración que las enfermeras hacen utilizamos once variables mediante la valoración de escala Likert y una pregunta abierta.

RESULTADOS: De 25 enfermeras formadas por esta modalidad: 9 en el año 2001, 4 en el 2002 y 12 en el 2003, han trabajado 1 día o más un 72%. Siendo un 22,2% de las sustituciones del año 2001, un 44,4% de las del 2002 y un 71% de las del 2003.

De las 14 encuestas recibidas ninguna de las variables ha recibido la calificación de mala o muy mala, obteniendo la mayor cantidad de "muy bueno" el parámetro preparación del docente, y seguido la utilidad de lo aprendido para trabajar y su integración.

CONCLUSIONES: La cantidad y calidad de la formación del personal de nueva incorporación ha aumentado influyendo directamente en la mejora de la calidad asistencial. La valoración que ha obtenido este programa nos hace tener en cuenta aspectos mejorables.

Palabras clave:

Formación postgrado, especialidad de enfermería, enfermería de cuidados críticos.

ESTUDIO PARA LA DISMINUCIÓN DE ERRORES EN EL REGISTRO DE LOS BALANES HÍDRICOS DE PACIENTES CRÍTICOS INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.

Gutiérrez Alejandro A, Marcos Camina RM, Calvo Buey JA.

Servicio de Medicina Intensiva. Hospital General Río Carrión. Palencia

OBJETIVOS: Debido a que los resultados de los balances hídricos no se ajustaban a las variaciones ponderales de los pacientes y basándonos en diagnósticos, intervenciones y resultados enfermeros de NANDA, NIC y NOC, nos planteamos estudiar las fuentes de errores en los registros y cómo reducirlos.

METODOLOGÍA: Estudio descriptivo: tablas de contingencia, medidas de tendencia central y dispersión, correlación (Pearson) y concordancia (Bland-Altman (BA)) para validar nuestros sistemas de medición y detección de errores aritméticos en registros; histórico: establecimiento de valores de pérdidas insensibles y agua endógena y experimental: t Student de diferencias significativas entre registros actuales (RA), corregidos aritméticamente (CA) y corregidos aritméticamente y en errores de medición (CT) en todos los pacientes ingresados durante 5 días (tiempo medio de estancia). El nivel de confianza fue del 95%.

RESULTADOS: Variaciones significativas en el volumen real de los sueros (+10%). Para bombas de perfusión, copas graduadas, bolsas Coloplast y pesaje de material absorbente (grupo A) se obtuvo $r > 0,9979$ y R^2 de BA $> 0,8343$. Para valoración subjetiva de volúmenes, cajetines de diuresis y bolsas Uroway $r > 0,9795$ R^2 BA $< 0,0074$. Para botellas de diuresis $r = 0,6986$ y R^2 BA $= 0,7325$. Detectamos un 63,5% (sobre 75 registros) con errores aritméticos. En el análisis de t Student obtuvimos: RA/CA $p = 0,654$, CA/CT $p = 0,000$, RA/CT $p = 0,016$ (nivel de significación $= 0,05$).

CONCLUSIONES: Aceptamos como buenos sistemas de medición el grupo A. Eliminamos: valoración subjetiva y cajetines y botellas de diuresis (éstas por mala concordancia para volúmenes < 200 cc.). Establecimos curva de correlación de bolsas Uroway ($Y = 4,0117X + 0,8292$). Hay diferencias significativas entre los registros corregidos aritméticamente y en errores de medición y los actuales y los corregidos sólo aritméticamente.

Palabras clave:

Balance hídrico. Error. Registros de enfermería. Bland-Altman. Student.

REPERCUSIÓN DE LOS CAMBIOS POSTURALES EN LAS MEDICIONES HEMODINÁMICAS A TRAVÉS DE UN SWAN-GANZ.

García Briñon M, Fernández Blanco JA, Colino Lamparero MJ, Corujo Fernández B, Muñoz Muñoz I, Simón García MJ, Martín Benítez JC.

Unidad de Críticos I. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

OBJETIVO: Evaluar la influencia de la posición, en las mediciones hemodinámicas efectuadas a través del catéter de Swan-Ganz.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio prospectivo, realizado en una unidad de Cuidados Críticos Cardiovasculares durante el año 2003. El mismo paciente es grupo control y grupo estudio. Se realizaron 3 mediciones consecutivas en cada paciente, comenzando en Decúbito Supino (DS), Decúbito Lateral Derecho (DLD) y Decúbito Lateral Izquierdo (DLI). Se dejó un periodo de estabilización hemodinámica entre el cambio postural y las mediciones de 30 minutos. Se excluyeron aquellos pacientes con inestabilidad hemodinámica. Las variables a estudio fueron, en cada postura, Índice Cardíaco (IC), Presión Arteria Pulmonar Sistólica, Diastólica y Media (PAPS, PAPD y PAMP), Presión Capilar Pulmonar (PCP), Aurícula Derecha (AD), Presión Arterial Sistólica, Diastólica y Media (PAS, PAD, PAM) y Frecuencia Cardíaca (FC). Se han incluido 28 pacientes. En el análisis estadístico se ha utilizado el Anova, los datos se expresan en medias con su intervalo de confianza.

RESULTADOS: La media de edad de los pacientes fue de 62,05 (57,05 - 67,05) años, el 82% fueron varones, el NEMS medio fue de 42,4 (39,9 - 44,9). Las mediciones hemodinámicas en las diferentes posturas fue la siguiente:

	DS	DLD	DLI	P
IC	2,7 (2,5-3)	2,8 (2,5-3,1)	2,9 (2,6-3,2)	0,77
PAPS	41,6 (35,6-47,6)	41 (35,5-46,4)	40,9 (34,1-47,5)	0,98
PAPD	20 (17-22,9)	20,6 (17,6-23,6)	20 (17,1-22,8)	0,93
PCP	16,4 (14,4-18,4)	16,5 (14,5-18,4)	16,5 (14,1-18,8)	0,99
AD	9,6 (7,4-11,8)	9,8 (7,6-12)	9,1 (6,9-11,4)	0,90

CONCLUSIONES: La posición, no repercute en la medición de las presiones y valores hemodinámicos.

Palabras clave:

Cambios posturales. Posición. Presiones hemodinámicas. Swan-Ganz.

Lunes 7 de Junio de 2004

SALA B

13:30 a 14:00 h

Comunicaciones Orales

Mesa 3



URGENCIAS EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS: PERSPECTIVA DE ENFERMERÍA DE DOS HOSPITALES GENERALES UNIVERSITARIOS.

Rodríguez Mondéjar JJ (1), Peñalver Hernández F (2), Pérez Botella FJ (1), Hernández González M (2), Rodríguez Mondéjar M (1), Rabadán Anta M (1), Parra Dormal F (1), Valbuena Moya RM (1).

(1) Servicio de Medicina Intensiva. Hospital General Universitario de Murcia. Murcia.

(2) Servicio de Medicina Intensiva del H.G.U. Morales Meseguer. Servicio Murciano de Salud. Murcia.

INTRODUCCIÓN: En las unidades de cuidados intensivos se trabaja sometido a tensiones e imprevistos, pero es necesario profundizar más en los factores que pueden generar una urgencia en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCIs), así como condicionantes relacionados. El objetivo de este estudio es conocer que entendemos como urgencias en nuestras UCIs y describir algunos aspectos ligados con las mismas.

MATERIAL Y METODOLOGÍA: Tipo de estudio: Prospectivo, descriptivo, de corte transversal mediante una encuesta de opinión. Población a estudio: La muestra se obtuvo de la población de personal de enfermería que realizó un curso interno de formación avanzada en UCI (todos trabajaban allí). Lugar: Se realizó en dos UCIs polivalentes de Hospitales Generales Universitarios de Murcia. Tiempo: Abril 2003. Fuente de datos: cuestionario con 5 variables sociodemográficas y 17 ítems, 3 abiertos, 14 cerrados. Nueve planteaban las respuestas en escala tipo Likert (modificada). Procesamiento estadístico: con paquete SPSS v.10.0. Las variables cuantitativas se presentan como medias y desviación estándar, y las cualitativas mediante porcentajes. La relación entre dos variables cualitativas se realizó mediante el test exacto de Fisher y entre una cualitativa dicotómica y una cuantitativa mediante test U Man Whitney. Todos los análisis se realizaron a dos colas, y se consideró una relación significativa con valores de $p < 0.05$.

DESARROLLO: Se pasó el cuestionario en un seminario presencial de urgencias en UCI, y después al resto de participantes que no pudieron acudir.

RESULTADOS: 51 encuestados, se recogieron 34 cumplimentados (66%). Edad 35,5 años DE 5,2 (27-46), Sexo: mujer 27 (71,4%). Meses de experiencia profesional 130,6 DE 44,6 (42-240), meses de experiencia en UCI 72,2 DE 37,9 (24-168). Genera situaciones de urgencia innecesaria: la falta de formación y la inexperiencia (tanto médica como de enfermería) 91,2%, el exceso de carga asistencial y el estrés 91,2%, la falta de equipo y la competitividad 91,2%, los recursos humanos escasos 73,5%. Se detectan como Urgencias en UCI: agitación de un enfermo 52,9%, la avería de un aparato de uso vital 100%, falta de medicación 97,1%. Situaciones que más impactaron como urgencias: parada cardiorrespiratoria que no se pudo intubar 15,6%, Hemorragia digestiva activa 8,3%, parada respiratoria 5,5%, intubación muy costosa 8,3%, rotura cardíaca 6,4%, extubación accidental 5,5%, traqueotomía urgente por edema de glotis 4,6%, resto en una miscelánea muy variada. Otros aspectos que influyen: el estado de ánimo de los profesionales 91,2%, apoyo del supervisor o responsables 82,4%. Las urgencias en UCI se viven y afrontan con paciencia 34,4%, estrés importante 15,6%, otras 50%. Las alarmas disparadas hacen pensar una urgencia en un 26,5%. A mayor edad (36,17 años frente a 29,33) consideran que la falta de formación y experiencia en UCI del personal crea urgencias innecesarias con $p = 0,03$.

CONCLUSIONES: La urgencia en UCI se entiende y se vive de muy distintas maneras influyendo factores internos y externos, así como la disponibilidad de los recursos humanos y materiales. Se detecta como mejora iniciar medidas que disminuyan los aspectos que originan las urgencias innecesarias.

Palabras clave:

Urgencias en UCI, emergencias en UCI, opinión sobre las urgencias en intensivos, enfermería y urgencias en cuidados críticos.

ANÁLISIS DE LA ESTRUCTURA MOTIVACIONAL DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO.

Almaida Fernández MB (1), Pérez García M (1), Martín Lozano R (1), Morales Martínez RM (1) Sánchez Nieto JM (2).

(1) Servicio Medicina Intensiva. Hospital Morales Meseguer. Murcia.

(2) Unidad de Investigación. Hospital Morales Meseguer. Murcia.

INTRODUCCIÓN: La motivación es el impulso en el ser humano que le lleva a actuar para satisfacer unas necesidades. Desde un punto de vista antropológico, las necesidades permiten explicar los fenómenos de identificación de las personas con las organizaciones. De acuerdo con la teoría antropológica, la motivación consta de 3 planos, intrínseco, extrínseco y trascendente. De forma similar, la organización satisface cada uno de los planos de la motivación mediante una compensación. La interrelación de los planos de la motivación y de la compensación conlleva al compromiso en cada uno de ellos, y de la interrelación entre ellos surge la dedicación.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se adaptó y confeccionó un cuestionario autoadministrado, basado en la teoría antropológica de la motivación. El cuestionario constaba de 58 ítems agrupados en un número determinado de factores para medir los siguientes constructos: la estructura motivacional, la estructura compensatoria, el compromiso y la dedicación. Para medir los ítems que determinan cada una de las variables, se utilizó una escala de Likert de cinco puntos. El cuestionario fue validado mediante un proceso reiterativo habitual. Finalmente el cuestionario fue administrado a todo el personal de enfermería del hospital, durante el mes de febrero de 2002.

Análisis estadístico: Para las variables de las escalas de la estructura motivacional se calculó como estimador de centralización la media aritmética, y como estimadores de precisión los intervalos de confianza al 95%. Las comparaciones entre las variables cuantitativas y cualitativas dicotómicas se realizó mediante la aplicación de ANOVA. Así mismo, la comparación entre dos variables cuantitativas se realizó mediante análisis de correlación.

RESULTADOS: Fueron distribuidas 338 encuestas entre el personal de enfermería y fueron devueltas cumplimentadas 174, lo que representa una tasa de respuesta de 51.4 %.

La edad media de los enfermeros/as estudiados fue de 34.1 años; 123 mujeres. El tiempo medio trabajado en instituciones sanitarias fue 10.7 años, y 4.5 años trabajando en el hospital. La dedicación entre el personal evaluado es elevada, con un valor medio de 3.98 (IC-95% de 3.89 a 4.06). De los planos de la motivación, los mas valorados son la trascendente con un valor medio de 4,34 (IC-95% de 4.26 a 4.41), y la intrínseca, valor medio de 4.9 (IC-95% de 4.10 a 4.27). Los valores obtenidos más bajos son los que miden la compensación percibida trascendente, 2.57 (IC-95% de 2.45 a 2.70) y el compromiso trascendente, 2.64 (IC-95% de 2.50 a 2.78). El sexo se relaciona con el vinculo económico, siendo mayor para hombre (media: 5.06) que para la mujer (media: 4.14) ($p=0.040$). El servicio hospitalario donde el enfermero/a desarrolla el trabajo se relaciona con los valores internos del hospital, siendo el personal de intensivos y urgencias los que de forma significativa presentan! menor identificación con los valores internos de la organización ($p=0.002$).

CONCLUSIONES: La dedicación del personal de enfermería es elevada, así como los planos intrínsecos y trascendente de la motivación. El personal de Cuidados Intensivos y Urgencias son los que menos identificados están con los valores internos de la organización.

Palabras clave:

Motivación. Dedicación. Encuesta validada.

DETECCIÓN DE NECESIDADES PERCIBIDAS Y NIVELES DE ANSIEDAD EN FAMILIARES DE PACIENTES ADULTOS INGRESADOS EN CUIDADOS INTENSIVOS.

Gómez-Calcerrada Pérez P.

Servicio de Medicina Intensiva. Hospital General Universitario de Alicante. Alicante.

OBJETIVO: Detectar las necesidades percibidas y los niveles de ansiedad de los familiares de pacientes adultos ingresados en nuestra Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

METODOLOGÍA: Estudio descriptivo transversal con muestra n=62, elegidos mediante muestreo de casos consecutivos (01-03-2003/30-04-2003). Se recogieron las siguientes variables (48-72 h. post-ingreso):

- Relacionadas con paciente: APACHE-II, Unidad de Ingreso (UCI-Polivalente/UCI-Cardiológica).
- Datos sociodemográficos del familiar.
- Necesidades del familiar: Cuestionario CCFNI.
- Ansiedad (Estado (A/E)/Rasgo (A/R)) del familiar: Cuestionario STAI.

RESULTADOS: Necesidad más importante: "Estar seguro de que se le está dando al paciente el mejor cuidado posible". Por categorías, de más a menos importancia: "Información", "Seguridad", "Estar cerca del paciente", "Apoyo-ayuda" y "Confort con el entorno".

En ambos sexos encontramos puntuaciones elevadas en A/E (varones A/E=percentil 76.5, mujeres A/E=percentil 82.5). Ansiedad independiente de importancia atribuida a necesidades, salvo entre A/E y "Tener instrucciones de cómo actuar al lado del paciente" ($r = 0.254, p < 0.046$).

Diferencias significativas según Unidad de Ingreso para "Estar cerca del paciente" ($z = -2.008, p < 0.045$) y A/E ($z = -3.851, p < 0.000$).

Correlación significativa entre Apache-II y "Estar cerca del paciente" ($r = 0.272, p < 0.032$) y entre Apache-II y A/E ($r = 0.440, p < 0.001$).

CONCLUSIONES: Nuestra UCI representa un agente ansiógeno plausible donde la familia expresa inicialmente necesidades relacionadas con la información y la seguridad. En UCI-Polivalente encontramos familiares más ansiosos y con mayor interés en permanecer junto al paciente. Los más ansiosos demandan instrucciones para comportarse durante la visita, y no siempre existen.

Esta situación plantea cuestionamientos relacionados con la información sobre el cuidado, la intervención a nivel familiar y la elaboración de una guía/folleto de la Unidad.

Palabras clave:

Cuidados intensivos. Familia. Necesidades. Ansiedad.

¿ES VÁLIDA LA ESTIMACIÓN SUBJETIVA DE PESO Y TALLA PARA EL CÁLCULO DEL ÁREA DE SUPERFICIE CORPORAL?

Gutiérrez Alejandro A, [Marcos Camina RM](#), Calvo Buey JA.

Servicio de Medicina Intensiva. Hospital General Río Carrión. Palencia.

OBJETIVO: Determinar si existen diferencias significativas entre el área de superficie corporal (ASC) real (obtenido sobre la base de peso y talla medidos) y el ASC estimado (peso y talla calculados subjetivamente)

METODOLOGÍA: Elegimos 8 personas (4 hombres y 4 mujeres) representantes de diferentes antropometrías para que el personal sanitario no facultativo de nuestra U.C.I (38 personas) estimara su peso y talla. Determinamos las ASC reales y estimadas mediante la fórmula de Dubois (la empleada por nuestros aparatos de monitorización hemodinámica invasiva). Comparamos ambas ASC mediante la correlación (r de Pearson), la concordancia: Bland-Altman, (tras descartar la proporcionalidad del error con respecto a la media); la fiabilidad: coeficiente de correlación intraclass (CCI) y la existencia o no de diferencias significativas (rangos de Wilcoxon tras estudio de normalidad de Kolmogorov-Smirnov) todo ello con intervalos de confianza al 95%.

RESULTADOS: Al comparar el ASC real y el ASC estimado obtuvimos $r = 0.95$. En Bland-Altman: media de las diferencias = -0.003 , I.C. entre -0.015 y 0.009 . En el estudio de fiabilidad CCI= 0.95 (I.C. al 95% entre 0.93 - 0.96) y Alfa de Cronbach= 0.97 . En el test de Wilcoxon $p=0.88$ (>0.05).

CONCLUSIONES: Dado que los resultados muestran una buena correlación, concordancia, fiabilidad y ausencia de diferencias significativas entre ambos métodos, podemos suponer que el error que se produce al introducir en los aparatos de monitorización hemodinámica invasiva los valores estimados de talla y peso de los pacientes, no tiene demasiada influencia en los resultados de los índices que calculan estos aparatos teniendo como base el área de superficie corporal.

Palabras clave:

Peso, talla, área de superficie corporal, monitorización hemodinámica invasiva.

INFORMACIÓN ESCRITA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS, ¿FÁCIL O DIFÍCIL DE ENTENDER?

Arantón Areosa L., Rumbo Prieto JM, Goas Iglesias-Ussel R, Sierito Díaz E, Díaz Seoane B, López Pérez N.

Unidad de Cuidados Intensivos. Complejo Hospitalario Arquitecto Marcide. Ferrol (A Coruña).

INTRODUCCIÓN: La prioridad de los documentos escritos es ofrecer información, pero conocer si ésta es comprendida y asimilada, es un problema constante en la práctica de la salud.

OBJETIVO: Evaluar el grado de comprensibilidad formal (legibilidad) de la información escrita generada en UCI.

METODOLOGÍA: Se revisan todos los textos y documentos actualmente en vigor en nuestra UCI, dirigidos tanto a usuarios (pacientes y familiares) como al personal de enfermería (procedimientos y protocolos). A través de diversas estadísticas de legibilidad, se obtienen los cálculos e indicadores necesarios para medir la comprensibilidad formal de cada documento.

RESULTADOS: Se revisaron 43 textos referidos a procedimientos y protocolos de enfermería, además de la hoja de información para acompañantes de pacientes ingresados en UCI y de la hoja de información y recomendaciones para pacientes con Angor/IAM. En todos los documentos se ha valorado el índice de Flesch (según adaptación al idioma español elaborada por Fernández Huerta), habiendo obtenido un índice de legibilidad de $57,74 \pm 17,7$ (grado: "un poco difícil"). El 49% (22 textos) han puntuado en este nivel, 13 (29%) corresponden a "textos estándar", 3 (7%) han sido catalogados como "un poco fácil" y finalmente 7 (15%) han puntuado entre 30-50, por lo que se consideran "difíciles". Las hojas informativas a usuarios han puntuado más de 60 ("nivel estándar").

CONCLUSIONES: Este estudio deja abierta una línea de investigación, que posibilita detectar la adecuación de los textos que generamos.

La información escrita que manejamos en UCI, es adecuada y comprensible para quién está dirigida.

Palabras clave:

Legibilidad, información, UCI, documentación, procedimientos enfermeros.

Lunes 7 de Junio de 2004

AUDITORIO

16:00 a 17:00 h

Comunicaciones Orales

Mesa 4



PERFIL PREVIO DEL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACIÓN AL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA.

Chaparro Toledo S, Erice Criado A, Belaustegui Arratibel A, Moraza Angulo A, Peña Tejera C, Álvarez González MJ.

Servicio de Medicina Intensiva. Hospital de Txagorritxu. Vitoria-Gasteiz (Álava).

INTRODUCCIÓN: El personal de nueva incorporación (PNI) de enfermería accede a unidad de cuidados intensivos (UCI): realizando reciclaje: 6 semanas con objetivos de aprendizaje; mediante experiencia laboral previa en UCI, cursos de postgrado o formación no reglada para fijas.

OBJETIVOS: Describir perfil formación pregrado y postgrado del PNI entre 1999 -2003. Evaluar la satisfacción en etapa pregrado, postgrado y periodo laboral. Determinar dificultades. Comparar grado de autonomía al trabajar, del grupo reciclado frente al resto.

METODOLOGÍA: Estudio descriptivo retrospectivo. Muestra: 42. Cuestionario: 17 Preguntas cerradas, validado. Variables cuantitativas y cualitativas Resultados en porcentajes. Encuesta personal/telefónica.

RESULTADOS: Del 45% que recibieron formación pregrado, 26% se muestran satisfechas.

Del 71% PNI con experiencia previa, 26% del reciclaje. De ellas, 61% están satisfechas.

El 47% PNI indica + de 2 meses tiempo óptimo para aprender.

Sentimientos: desconocimiento: sin experiencia (SE): Bastante (B)33%, Suficiente (S) 50%; reciclado (R): B-40%, S-30%; con otra experiencia (CE): B-12%,S-52%. Inseguridad: SE: Mucho (M) 25%, B-42%; R: M-20%, B-20%; CE: B-29%, Poco (P) 41%. Ansiedad: SE: M-25%, B-50%; R: B-50%, P-30%; CE: M-24%, S-34%. Falta de Control: SE: B-33%, S-42%; R: M-20%, B-30%, S- 20%; CE: B-12%, S-34%.

Identifican manejo de aparataje con dificultad: M-25%, B-45%, S-15%

Autonomía: PNI SE consideran P- 84%; R: P-40%, S-30%; CE: P-29%, S-47%.

CONCLUSIONES: El reciclaje se considera satisfactorio en tiempo y objetivos pero para aprender óptimamente demandan más tiempo. La dificultad laboral: manejo de aparataje específico. Desconocimiento e inseguridad disminuyen con el reciclaje y experiencia. La falta de control disminuye con la experiencia; la ansiedad disminuye con el reciclaje.

Palabras clave:

Personal de nueva incorporación, perfil previo, unidad de cuidados intensivos, formación pregrado, formación postgrado.

VALIDACIÓN DEL PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA ESTANDARIZADO Y SECUENCIADO DEL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO EN LA UNIDAD DE VIGILANCIA INTENSIVA.

Esteve Ferran J, Morcillo López A, Pi Guerrero M, Martínez Arce M.J, Reina Rubio A, Rodríguez Hebra I.

Consorci Sanitari Integral. Hospital Dos de Maig. Barcelona. Unitat de Vigilància Intensiva.

INTRODUCCIÓN: El objetivo de nuestro trabajo fue validar el Plan de Cuidados Estandarizado y Secuenciado (PCEs) del IAM, verificando si los diagnósticos enfermeros y criterios de resultado seleccionados fueron los apropiados para garantizar una alta calidad de cuidados y asegurar una continuidad asistencial.

MATERIAL Y METODOLOGÍA: Estudio descriptivo, retrospectivo desde Mayo 2002 a Noviembre 2003. Se recogieron los datos obtenidos de los PCEs del IAM Killip I/II realizados en la Unidad de Vigilancia Intensiva (UVI) que cumplieron los criterios de inclusión. Para la recogida de las variables se utilizó la base de datos creada para el seguimiento de los PCEs y la hoja de registro. La recogida de datos incluyó: criterios de resultados correspondientes para cada diagnóstico de enfermería (D.E), los motivos de exclusión, los de interrupción así como las variaciones registradas durante el proceso.

RESULTADOS: Se incluyeron 78 pacientes (83.8%) que iniciaron el PCEs en la UVI, en 25 (32.05%) se interrumpió el PCEs en la UVI y 4 (5.12%) en la Unidad de Hospitalización.

Los motivos más frecuentes de la interrupción del PCEs en la UVI fueron: el cambio de orientación diagnóstica (13/25 52%), complicación del IAM (6/25 24%), retraso del alta en la UVI (>48 h) (3/25 12%), confusión aguda (1/25 4%) y cateterismo cardíaco urgente (2/25 8%).

En relación al D.E **Intolerancia a la actividad** un 98.1% verbalizó signos y síntomas de alarma a las 24 horas del ingreso, un 81.1% realizó deposición sin esfuerzos en las primeras 48h, un 96.2% toleró >2 h en sedestación y un 96.2% la familia y paciente verbalizaron las limitaciones de la actividad en la unidad de hospitalización. Referente al D.E **ansiedad** un 92.4% refirió descanso reparador a las 24 horas del ingreso y manifestaron dudas y temores del proceso en un 92.4%. Y referente al D.E. **Riesgo de síndrome de estrés del traslado**, un 98.1% de pacientes verbalizaron seguridad frente al traslado.

Respecto a las variaciones registradas, 7.6% presentaron Estreñimiento Agudo como problema de enfermería más frecuente, dolor precordial en un 4.8% como problema interdisciplinar, y se retrasó/adelantó el alta en la UVI en un 18.8%.

CONCLUSIONES: Los pacientes incluidos en el PCEs que finalizaron el proceso sin interrupción en la UVI cumplieron en un alto porcentaje los criterios de resultado seleccionados. No se observaron otros D.E relevantes que se pudieran incluir en el PCEs del IAM.

EVALUACIÓN DE LA COMPETENCIA PRÁCTICA Y DE LOS CONOCIMIENTOS CIENTÍFICOS DE ENFERMERAS DE UCI EN LA ASPIRACIÓN ENDOTRAQUEAL DE SECRECIONES.

Martínez Mingo, A.; Ania González, N.; Eseberri Sagardoy, M.; Margall Coscojuela, M.A.; Asiain Erro, M.C.

Unidad de Cuidados Intensivos. Clínica Universitaria. Universidad de Navarra. Pamplona.

INTRODUCCIÓN: La aspiración endotraqueal de secreciones es un procedimiento imprescindible para el mantenimiento de la permeabilidad de la vía aérea artificial; la realización del mismo puede estar asociada a riesgos para los pacientes. Por este motivo es de gran importancia conocer si las enfermeras realizan correctamente este procedimiento, fundamentándolo en la evidencia científica. Esto, a su vez, permite identificar las posibles carencias y establecer el plan de formación específico para proporcionar un cuidado de calidad.

OBJETIVOS: 1) Evaluar la competencia práctica de las enfermeras, así como los conocimientos científicos sobre el procedimiento de la aspiración endotraqueal de secreciones, en una Unidad de Cuidados Intensivos Polivalente. 2) Analizar si existen discrepancias entre la competencia práctica y los conocimientos científicos en este procedimiento.

MÉTODO: Este estudio descriptivo realizado en una muestra de conveniencia de 34 enfermeras especialistas en Cuidados Intensivos ha analizado: a) la realización de la aspiración endotraqueal de secreciones mediante observación directa, utilizando para la recogida de datos una parrilla estructurada que incluye 19 aspectos a evaluar, agrupados en 6 categorías (información previa al paciente, profilaxis de la infección, prevención de la hipoxemia y atelectasias, selección de la sonda, aplicación y duración de la aspiración, instilación de suero fisiológico); b) los conocimientos acerca del procedimiento utilizando un cuestionario autoadministrado de 19 ítems, agrupados también en 6 categorías, que evaluaban los mismos aspectos observados. En el procedimiento de aspiración de secreciones se utilizó el resucitador manual con reservorio según el protocolo establecido en la Unidad y éste se llevó a cabo en pacientes sin patología respiratoria y hemodinámicamente estables. Todas las enfermeras participaron libremente en el estudio. Para el análisis de los datos se utilizó estadística descriptiva.

RESULTADOS: La puntuación media obtenida en la parrilla de observación fue de 12,09 (min. 10 - máx. 17) para una puntuación máxima de 19. En el cuestionario de conocimientos fue de 14,24 (min. 11 - máx. 19) para un máximo de 19 puntos. Al analizar por categorías se obtuvo: **Información previa al paciente**, en la práctica el 82% de las enfermeras informaron al paciente, mientras que en el cuestionario de conocimientos el 100% la consideraban necesaria. **Profilaxis de la infección**, el uso de guantes estériles, sonda desechable y manejo aséptico se observó en el 100% de las enfermeras, así mismo en el cuestionario de conocimientos el 100% consideró necesario la utilización de estos medios. En cuanto al uso de mascarilla en la Práctica (P) el 74% de las enfermeras la utilizaron y en los Conocimientos (C) el 79% afirmaba que debía emplearse. Por otro lado se observó discrepancia entre práctica y conocimientos en el lavado de manos previo, (P= 56% C=97%), y en el lavado de manos final (P= 85% C=97%). **Prevención de hipoxemia y atelectasias**, la hiperoxigenación e hiperinsuflación fue realizada correctamente sólo por el 12% de las enfermeras (sin observarse problemas de hipoxemia en ningún paciente), mientras en el cuestionario de

conocimientos el 94% consideraban necesario hiperoxigenar e hiperinsuflar. **Selección de la sonda**, en la práctica el 100% utilizó la sonda atraumática tipo aero-flow, sin embargo el calibre de la sonda utilizada siempre fue incorrecto (100%). Con relación a los conocimientos, el 85% sabía que debe utilizarse una sonda atraumática y el 53% conocía cuál es el calibre correcto de la sonda con relación a la luz del tubo. **Aplicación y duración de la aspiración**, el momento de aplicar la aspiración, el tiempo de permanencia de la sonda y el número de veces que se introdujo la sonda fue realizado correctamente por el 100% de las enfermeras, mientras que en el cuestionario de conocimientos respondieron de forma correcta el 97%, el 76% y el 73% respectivamente. **Instilación de suero fisiológico (SF)**, en la práctica el 29% no instiló SF y en cuanto a los conocimientos el 59% sabían que no debían utilizarlo.

CONCLUSIONES: Las enfermeras en la competencia práctica alcanzan una puntuación media similar a la de sus conocimientos. Sin embargo al analizar por categorías existen discrepancias entre la práctica y los conocimientos en varios de los aspectos evaluados, lo que orienta hacia las necesidades específicas de formación en este procedimiento.

CONOCIMIENTO Y VALORACIÓN DE LA LEY DE VOLUNTADES ANTICIPADAS DE LOS FAMILIARES EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.

Acosta Mejuto B, Batlle Sevil M, Fernández Lucio MJ, Fuentes Carmona M, Montalbán Mateo S, Ricart Basagaña M, Sánchez Segura JM, Sola Prado A, Sola Solé N.

Servicio de Medicina Intensiva. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

OBJETIVO: Averiguar el conocimiento y opinión sobre las Voluntades anticipadas (VVAA) de los familiares en la UCI de un hospital universitario nivel III a partir de la ley que dispone Catalunya.

Material y método: Estudio prospectivo observacional y descriptivo de familiares de pacientes de la UCI, en un año, mediante entrevista personal con preguntas mixtas, en la primera semana de ingreso, realizada en dos fases. La segunda parte de la entrevista se hizo tras dar información sobre la ley de VVAA a los familiares que la desconocían. Se incluyó un familiar por paciente, eligiendo preferentemente al responsable de la información médica. Se excluyeron unidades familiares de paciente con éxitus antes de las 48 horas y a los que residían en Catalunya menos de 3 meses. El análisis estadístico se ha realizado con SPSS (v.10.0). Se ha aceptado un nivel de significación de $p=0.05$.

RESULTADOS: Entrevistamos 183 familias (80%) de las 229 elegibles. Edad media de 45 años (SD14, 79), 174 (94,9%) eran familiares de primer grado, 11 (6%) son profesionales de la salud. Sólo 56 (30,6%) familiares tienen conocimiento de la existencia de la ley. No hay relación estadísticamente significativa entre conocimiento de VVAA y las variables estudiadas excepto en cuanto a profesión: los profesionales sanitarios tienen un conocimiento mayor de la ley ($p<0.05$). La opinión mayoritaria (90,5%) es que la ley aporta beneficios ya que permite respetar las decisiones del paciente y ejercer su autonomía (68%), contribuye a disminuir el sufrimiento de los pacientes (15,2%), facilita a familiares y médicos la toma de decisiones (9,3%) y mejora la calidad de vida de los enfermos (6,9%). El 60,7% reconocen que formularían documento de VVAA pero no hay ningún documento elaborado en el momento de las entrevistas. Un 63,2% creen que su familiar querría decidir sobre sus cuidados pero el 43,6% desconocen qué decidirían.

CONCLUSIONES: El conocimiento de la ley por la población estudiada es muy bajo traduciéndose en escasos documentos de VVAA .

La información y educación sobre VVAA en el período de estudio refleja aceptación y beneficios de la misma.

Una campaña de promoción fomentaría la elaboración de documentos.

Palabras clave:

Voluntades anticipadas, conocimiento, familias.

CONOCIMIENTO Y VALORACIÓN DE LA LEY DE VOLUNTADES ANTICIPADAS POR LOS ENFERMOS INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.

Acosta Mejuto B, Battle Sivill M, Fernández Lucio MJ, Fuentes Carmona M, Montalbán Mateo S, Ricart Basagaña MT, Sánchez Segura JM, Sola Prado A, Sola Solé N.

Servicio de Medicina Intensiva. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

OBJETIVO: Conocer el grado de competencia para tomar decisiones, y el conocimiento y opinión sobre las Voluntades Anticipadas (VVAA) de los enfermos de UCI.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio prospectivo observacional y descriptivo de los pacientes ingresados en una UCI polivalente durante un año.. Se valoraron los pacientes a las 24 horas del ingreso y al alta para constatar estado de consciencia, capacidad de comunicación (escrita y oral) y estado anímico. Al alta y siempre que el paciente estuviese consciente y orientado se le daba información sobre las VVAA y se le realizaba una entrevista estructurada sobre su opinión.

RESULTADOS: Evaluamos 389 enfermos. Las patologías más frecuentes fueron respiratorias, neurológicas y sépsis, SAPS II de 35,35 (SD 14,50) y APACHE de 16,27 (SD 7,72).

132 pacientes presentaban un Glasgow 15 o 11T (con capacidad de comunicación escrita. De éstos, 109 (28%) se consideraron capacitados para decidir. Sólo 134 (34,4%) enfermos tenían conocimiento de su enfermedad. De los 296 enfermos que se dieron de alta se evaluaron 220. 158 con capacidad de expresarse oralmente o por escrito. De ellos, se reconocen 148 (67,28%) con la suficiente capacidad para tomar decisiones en el momento de ser dados de alta de UCI, de estos se considero oportuno dado su estado anímico realizar la entrevista sobre VVAA a 35 pacientes, de ellos 10 conocían la ley y 30 solicitaron información, la mayoría opina que es beneficioso porque favorece su autonomía.

CONCLUSIONES: Tres de cada cuatro pacientes no tienen capacidad para ejercer su autonomía en la decisión sobre los cuidados en el momento de ingreso en la UCI. La decisión queda transferida a familiares y equipo médico. Un elevado porcentaje de familiares desconoce las voluntades de sus allegados enfermos (1). Aunque los pacientes se muestran favorables a la información, el número bajo de pacientes entrevistados muestra que no es el momento adecuado para recibir información. Disponer de documentos de VVAA supondría que los pacientes podrían ejercer su derecho de autonomía.

Palabras clave:

Voluntades anticipadas, pacientes, conocimiento.

ESTRATEGIA DE CAMBIO PARA LA IMPLANTACIÓN DE UN NUEVO MODELO DE VISITA ABIERTA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI). VALORACIÓN DE UN AÑO DE EXPERIENCIA.

Segarra Perramon T, Camps Toldrà D, Màrmol Cubillo MJ, Mingo Vallès P, Guirado Alaiz M.

Servicio de Medicina Intensiva. Fundació Althaia. Manresa (Barcelona).

INTRODUCCIÓN: Durante un año se ha permitido la entrada continua de visitas para mejorar la atención del enfermo y familiares. Este cambio ha tenido efectos sobre el personal. Nuestro objetivo es comprobar el impacto, en la satisfacción del personal y de los usuarios, en este periodo.

METODOLOGÍA: Estudio descriptivo de la opinión de profesionales y usuarios mediante la aplicación de cuestionarios a todo el personal de la unidad y a los usuarios dados de alta de UCI en el periodo comprendido entre 1 de enero y 31 de diciembre de 2002. También contamos con la opinión de un grupo de trabajo formado ad hoc y representativo de todos los turnos de enfermería.

RESULTADOS: El índice de encuestas de satisfacción del usuario contestadas fue de 14,2%. Las opiniones "muy satisfechos" y "bastante satisfechos" con el nuevo sistema de visita suponen el 95%.

Se contestaron el 80,4% de las encuestas repartidas al personal. Los resultados son: Algunas visitas molestan a los enfermos (52,7%). Sería mejor una propuesta de horario, con restricción de visitas pero favoreciendo la figura del acompañante (63,8%). El enfermo tiene derecho a opinar sobre quien quiere de acompañante (97,3%). Los profesionales no les incomoda trabajar con el acompañante que designa el enfermo, pero si con las visitas (83,7%).

CONCLUSIONES: El personal está convencido que una nueva organización de visitas que potenciara la permanencia continua del acompañante designado por el enfermo, se conseguiría un efecto beneficioso, tanto para el enfermo como para el personal, sin disminuir la satisfacción del usuario.

Palabras clave:

Visita abierta, acompañante, satisfacción del personal, satisfacción del usuario.

Lunes 7 de Junio de 2004

SALA B

16:00 a 17:00 h

Comunicaciones Orales

Mesa 5



SISTEMA DE SOPORTE HEPÁTICO. PLAN DE CUIDADOS

García Aranda FJ, Navarro Alonso A, Enrique Arias C.

Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Central de Asturias. Oviedo (Asturias).

El sistema de recirculación de absorbentes moleculares (MARS) es una técnica de soporte hepático que permite la depuración de la sangre de sustancias tanto hidrosolubles como liposolubles, lo que conlleva una ganancia de tiempo en situaciones de fallo hepático a la espera de un trasplante de hígado, o bien a la espera de la regeneración de los hepatocitos dañados. Es una combinación de tres circuitos de circulación sanguínea extracorpórea a través de una vía venosa de grueso calibre y doble luz; en ellos la sangre circula por el interior de un capilar sintético que hace de membrana semipermeable por cuyos poros difunden las sustancias tóxicas o de desecho que son arrastradas por un líquido de diálisis y una solución de albúmina. En el circuito de diálisis se depuran las sustancias hidrosolubles y en el de albúmina las liposolubles.

Se presenta un plan de cuidados específico de esta técnica.

Palabras clave:

Técnica soporte hepático - Depuración sustancias liposolubles - Membrana semipermeable - Albúmina - Plan de cuidados.

GUÍA PRÁCTICA DE CUIDADOS CRÍTICOS DE ENFERMERÍA.

Álvarez González MJ, Arkaute Estrada I, Chaparro Toledo S, González García MP, Peña Tejera C, Santos Cambero I.

Servicio de Medicina Intensiva. Hospital de Txagorritxu. Vitoria-Gasteiz (Álava).

INTRODUCCIÓN: Realizamos cuidados nuestros pacientes/familiares basándonos en protocolos +/- actualizados.

Desde 1999-2003 trabajaron 42 enfermeras nueva incorporación (PNI) con poca experiencia que repercutió en calidad de cuidados y en sobrecarga trabajo.

Objetivo del estudio:

Elaborar guía-libro práctica cuidados críticos enfermeros basada en evidencia científica.

MATERIAL Y MÉTODOLÓGIA: Creación grupo trabajo. 14 enfermeras, 2 auxiliares.

Período: Noviembre 2002-Enero de 2004, reuniones semanales 2 horas.

Cada enfermera realiza revisión de protocolos de unidad y bibliografía temas asignados (Internet, libros, artículos revistas científicas...).

En reuniones sucesivas cada enfermera expone el desarrollo de su tema y se debate en grupo.

Se realizaron 28 reuniones, participando entre 4-8 personas; en total 487 horas.

Cada capítulo revisado y consensuado está disponible al resto del personal en ordenadores, para realizar aportaciones y sugerencias. Realizándose una segunda revisión.

RESULTADOS: Elaboración de guía práctica de cuidados críticos enfermeros en formato libro de bolsillo de 120 páginas. Consta de autores, prólogo, 16 capítulos agrupados en 4 bloques:

I: Actividad asistencial: monitorización no-invasiva, cuidados diarios, ingreso, alta, familiares, registros, atención a paradas.,

II: Procedimientos-técnicas especiales: cuidados vía aérea, vía venosa central y arterial, marcapasos temporal, balón intraaórtico, cateterismo/angioplastias, punciones.

III: Medicación y controles analíticos.

IV: Actividades administrativas, docencia e investigación.

CONCLUSIONES: La guía sirve para:

Actualizar, protocolizar y sistematizar procedimientos, actividades y protocolos de cuidados intensivos para mejorar la calidad asistencial.

Disponer de documento único de fácil consulta/acceso que permita investigar y realizar revisiones y actualizaciones.

Servir de guía de referencia al personal enfermero y especialmente al PNI.

Palabras clave:

Guía práctica, guía clínica, cuidados críticos, enfermería.

CUIDADOS Y MANEJO DE ENFERMERÍA DEL PACIENTE CRÍTICO CON INFECCIONES DE ALTO RIESGO.

Morán Marmaneu MA, Villa Fernández C, Albert Albiol L, Tejedor López R, Sanchís Muñoz J, Gascó García C, Bernat Adell MD.

Servei de Medicina Intensiva. Hospital Universitario Asociado General de Castelló. Castelló.

INTRODUCCIÓN: Distintos factores convierten las UCIs en áreas de alto riesgo en cuanto a la adquisición y diseminación de infecciones nosocomiales (IN). Estas aumentan la morbilidad y estancias de los pacientes con el consiguiente aumento del coste y de cargas de trabajo. En nuestra UCI, desde al año 2002 y septiembre de 2003, se produjeron 1853 ingresos, de los que 176 presentaron IN tras su ingreso, multiplicando por 5 las estancias y por 9 el coste medio. Nuestros datos en cuanto a pacientes infectados a los que se sometió a aislamiento de contacto (AC) se registran a partir de 2003. En los primeros 9 meses de este año, de un total 870 ingresos, 74 padecieron IN y 61 fueron sometidos a AC.

OBJETIVO: Describir nuestra rutina de interrupción de la cadena epidemiológica de las IN, atacando su mecanismo de transmisión cruzada mediante actuaciones sencillas que precisan su cumplimiento tanto por parte del personal asistencial como por los familiares y acompañantes de estos pacientes.

MÉTODO: Con independencia del diagnóstico y exigencias del paciente, existen unas medidas básicas y de aplicación general que se resumen en LIMPIEZA. 1) se mantiene una correcta higiene del paciente, 2) se insiste en la propia higiene del personal, especialmente un minucioso lavado de manos con jabón antiséptico, seguido de la aplicación de una solución antiséptica de base alcohólica. Una vez diagnosticada la IN se procede al aislamiento de contacto que se inicia con el cierre del cubículo, informando al propio paciente, familiares, personal de la UCI y externo a ella, e incluyendo al personal de limpieza, del por qué de las medidas a seguir. Se dota el cubículo del material necesario y se mantiene todo al que no sea preciso para la atención inmediata del paciente (gráficas e historia incluidas) fuera del box. Se realiza la limpieza del cubículo y de los materiales a utilizar siguiendo las recomendaciones del Medicina Preventiva, Conselleria de Sanitat y CDC. El personal asistencial no se involucra en la asistencia a otros pacientes, y si es preciso, lo hace tras someterse a un cambio de vestimenta de protección y cuidadoso aseo personal. Ningún material es interutilizado entre pacientes afectos de IN y pacientes libres de ella.

CONCLUSIONES: Resulta imprescindible el seguimiento estricto de una normativa que estandarice las actuaciones de enfermería, de fácil comprensión y puesta en práctica, que sea aceptada por el personal que debe llevarla a cabo, y que debe incluir la información sencilla y clara a las familias y personal extra UCI para asegurar la comprensión y seguimiento de estas medidas.

Palabras clave:

Aislamiento, prevención, diseminación, infección nosocomial, lavado de manos.

POLINEUROPATÍA EN EL PACIENTE CRÍTICO

Glez. Quintana Daniel; Hdez. Romero Alejandro; Castro Aristi Ángel; Lorenzo Rivero Sergio; Pérez Quintero Raquel.

D.U.E. Hospital Universitario de Canarias. Unidad de Vigilancia Intensiva.

INTRODUCCIÓN: El concepto de polineuropatía en el paciente crítico (PPC), se describió por primera vez a principios de los ochenta por Charles F. Bolton, y es la primera alteración neuromuscular reconocida como característica del enfermo crítico. La etiopatogenia es desconocida, pero está íntimamente relacionada con la sepsis y el fracaso multiorgánico (FM). El diagnóstico médico no siempre resulta fácil y es generalmente tardío. El personal de enfermería puede establecer un diagnóstico precoz y poner en marcha un plan de cuidados específico.

OBJETIVOS:

- Presentar una escala de valoración para detectar al paciente en riesgo de desarrollar la PPC.
- Formular un diagnóstico precoz en los pacientes ingresados en una unidad de cuidados críticos.
- Establecer los cuidados de enfermería específicos para este tipo de pacientes.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión bibliográfica desde las primeras reseñas a esta patología en pacientes críticos hasta la actualidad.

Nos llama la atención que el 100% de los pacientes con sepsis o/y fallo multiorgánico desarrollan la PPC. En base a esto proponemos una escala de valoración, que identifica al paciente candidato a sufrir una polineuropatía.

Una vez identificado el paciente en alto riesgo, se establece el diagnóstico precoz de síndrome de desuso. Este diagnóstico se define como el estado en el que un individuo tiene alto riesgo de deterioro de sistemas corporales o de funcionamiento alterado como resultado de la inactividad musculoesquelética.

A partir del diagnóstico se desarrolla un plan de cuidados estandarizado con el fin de prevenir y/o minimizar las consecuencias que produce la PPC.

CONCLUSIONES: En las unidades de cuidados críticos, los datos establecen una incidencia de PPC del 70%, con una mortalidad por encima del 50%. La PPC está directamente relacionada con patologías muy frecuentes como la sepsis y el fallo multiorgánico.

Normalmente se sospecha la PPC cuando presenta dificultades para iniciar la desconexión del respirador, pudiendo haber pasado varias semanas; estableciéndose así un diagnóstico tardío.

La PPC es un cuadro muy incapacitante (gran debilidad muscular generalizada, atrofas musculares, etc.), lo que determina una estancia prolongada tanto en cuidados intensivos como posteriormente en la planta de hospitalización.

Todo esto junto con la rehabilitación, la gran disminución en la calidad de vida del paciente y el alto coste, refleja la importancia de la PPC.

“ROMPER BARRERAS PARA SALVAR VIDAS” (DISEÑO Y PUESTA EN MARCHA DE UN PROGRAMA HOSPITALARIO DE DESFIBRILACIÓN TEMPRANA).

Benlliure Portero F, Perales y Rodríguez de Viguiri N, Samper Herrero M, Serrano Mateos C, Sánchez Chillon FJ, Benlliure Enríquez E.

Unidad de Cuidados Postoperatorios de Cirugía Cardíaca. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

OBJETIVOS: Disminuir las muertes prematuras y las minusvalías provocadas por las fibrilaciones ventriculares (FV) en el Hospital y en los centros de especialidades del Area 11 de salud de la Comunidad Autónoma de Madrid.

Implantar un programa de desfibrilación Temprana Hospitalaria (DTH)

Posibilitar que en los centros sanitarios del área sea posible efectuar la primera desfibrilación en los primeros 3 + – 1 mn. de evolución de una FV

Integrar la DTH en la cadena de la supervivencia del Centro Sanitario.

MÉTODO: Para la implantación del programa se han tenido en cuenta los componentes esenciales que de acuerdo con las recomendaciones internacionales debe reunir un programa de esta índole. Concretamente Entrenamiento y reciclaje del personal, integración de la desfibrilación semiautomática (DESA) en la cadena de la supervivencia hospitalaria, implantación de un programa de mantenimiento de equipos, una recogida de datos estandarizada.

DESARROLLO: En un primer paso se ha iniciado el programa con la inclusión de cinco equipos de DESA en 5 unidades especialmente elegidas por la posibilidad de que en ellas se produzca un mayor número de Paradas por FV.

En esas cinco unidades se ha planificado la formación de todo el personal de enfermería, 90 enfermeras en total, en técnicas de Soporte vital instrumentalizado con DESA, con un programa de formación específico, ya que los programas existentes no incluían la formación en Soporte Vital Hospitalario con DESA, para ello se han seguido las recomendaciones internacionales adaptándolas a la realidad hospitalaria. En el primer trimestre del año 2004 se realizaron 5 cursos de formación y 2 más a lo largo del año.

La Formación se ha planificado a partir de Grupo de Soporte Vital Básico del Hospital impartiendo en primer lugar un curso de monitores.

Además se ha creado un Comité de RCP con representantes tanto médicos como de enfermería pertenecientes a ambas direcciones (medica y de enfermería) así como representantes de las distintas unidades de cuidados intensivos del hospital.

En el programa se han previsto las dificultades en cuanto a la formación de los distintos profesionales, especialmente enfermería, así como las diferentes barreras que pueden existir en el colectivo de enfermería a la hora de asumir la desfibrilación como una parte esencial de su actuación frente a una PCR por FV.

Palabras clave:

Parada cardiorrespiratoria. Fibrilación ventricular. Desfibrilación temprana. Desfibrilación semiautomática. Enfermería.

Martes 8 de Junio de 2004

AUDITORIO

8:30 a 9:30 h

Comunicaciones Orales

Mesa 6



ÚLCERAS POR PRESIÓN SECUNDARIAS A LA INMOVILIZACIÓN CON COLLARÍN CERVICAL: UNA COMPLICACIÓN DE LA LESIÓN CERVICAL AGUDA.

Molano Álvarez E, Murillo Pérez A, Salobral Villegas MT, Domínguez Caballero M, Cuenca Solanas M, García Fuentes C.

Unidad de Cuidados Intensivos de Trauma y Emergencias. Hospital Doce de Octubre. Madrid.

OBJETIVO: Una complicación del collarín es el desarrollo de úlceras por presión (UPP). Los objetivos son determinar incidencia y características de pacientes con lesión cervical aguda (LCA) con UPP por collarín y describir aspectos relacionados con estas lesiones.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio de cohortes. Criterios de inclusión: pacientes con LCA y collarín, ingresados más de 24 horas en Unidad de Cuidados Intensivos desde enero/2000-diciembre/2003. Analizamos variables demográficas, incidencia, factores de riesgo y características de UPP. Variables cuantitativas expresadas como: media±SD comparada con t-student y cualitativas con χ^2 . Análisis con programa SPSS 10.0[®]

RESULTADOS: Se incluyeron 92 pacientes con edad $35,5\pm 13,8$, 75% hombres e Injury Severity Score (ISS) $32,7\pm 14$. Incidencia UPP de 23,9%. Los pacientes con UPP tenían: ISS más elevado ($37,5\pm 9,8$ vs. $31,3\pm 14,9$), más monitorización de presión intracraneal (PIC) (55,6% vs. 16,2%), días de ventilación mecánica ($15,4\pm 8,2$ vs. $6,1\pm 9$) y estancia ($24,6\pm 10,9$ vs. $10\pm 10,3$), todas $p < 0,05$. Estas UPP representan el 11% del total (38/348). Las lesiones/pacientes fueron de $1,8\pm 0,8$. La mediana del día de aparición fue 7 (RI 5-13,8). Localizaciones más frecuentes: mentón (36,8%), occipital (28,9%) y supraescapular (13,2%). Fueron de grado II 42,1% y 39,5% grado III. Las lesiones occipitales fueron más graves (46,7% grado III) y más tardíamente detectadas [Mediana 13 (RI 5-19)]. Resueltas al alta 26,3% de UPP (grado I, 83,3%).

CONCLUSIONES:

1. Se requiere alto índice de sospecha de UPP por collarín en pacientes con LCA, elevado ISS, monitorización de PIC, ventilación mecánica y estancias prolongadas.
2. La zona occipital precisa especial atención por desarrollar UPP de mayor gravedad y más tardíamente detectadas

Palabras clave:

Úlceras por decúbito, collarín cervical, lesión espinal cervical.

VARIACIÓN DE LA TENSIÓN ARTERIAL CON LOS CAMBIOS DE JERINGA EN PERFUSIÓN DE NORADRENALINA.

Correa López M, García Mozo A, Hermida Muntaner E, Lastra Cubel P, Matos Pascual P, Sánchez Calvin C.

Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Universitario Son Dureta. Palma de Mallorca (Illes Balears).

OBJETIVOS: Detectar las causas que producen diferencia de TA con los cambios de jeringa en las perfusiones de noradrenalina.

METODOLOGIA: Se estudiaron 164 casos de cambios de jeringa, con bomba P7000 de "Alaris", en Noviembre y Diciembre de 2003. Variables Asociadas: Edad, Género, Variación mayor de 5% de TA media en los 5 minutos posteriores al cambio, Concentración y dosis de NA, Bombas perfusoras, Administración de bolos de sedantes, antitérmicos, furosemida, y cambios en perfusiones de drogas vasoactivas durante 1 h. antes del cambio, Necesidad de variar la dosis de NA tras cambio de jeringa.

RESULTADOS: En 106 (64.6%) hubo variación de la TA. La mediana de edad 69 a. con rango de 19-82 a., siendo 143 (87.2%) hombres. Concentración de NA 20 mcg/K/m en 50 cc SF, 61 (37.2%) casos y 50 mcg/K/m en 103 (62.8%). La dosis de NA varió entre 0.005 y 20 mc/K/m, mediana de 0.75 mc/K/m. En 107 (65.2%) casos se perfundió NA por dos bombas. En 7 (4.3%) casos se administró bolo de sedante previo. En 1 (0.6%) antitérmico, en cero, furosemida o cambio de perfusión de drogas vasoactivas. En ningún caso hubo repercusión hemodinámica. La media de dosis (cuando existió variación de TA) 0.90 mc/K/m, y 3.38 mc/K/m (sin variación de TA) con una significación de 0.004. En 19 (11.6%) casos con una significación de 0.001, se precisó variar la dosis de NA para compensar los efectos del cambio de jeringa. Las variables que no se especifica no tuvieron significación estadística.

CONCLUSIONES: Las dosis de NA eran más elevadas cuando no hubo variación en la TA. En pocos casos fue necesario variar la dosis de NA por variación en la TA.

Palabras clave:

Noradrenalina, bombas de jeringa, hipertensión, hipotensión.

IDENTIFICACIÓN DE LAS POSIBILIDADES DE MEJORA EN LAS VISITAS E INFORMACIÓN A LOS FAMILIARES DE PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.

Lacasaña Bellmunt P, Ros Martínez M, Graner Aparisi V, Tur Riera J, Mínguez López I, Martín Rey C.

Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Can Misses. Ibiza (Balears).

INTRODUCCIÓN: El conocimiento de la realidad percibida y de la satisfacción de los familiares de los enfermos de UCI con respecto a nuestros sistemas de información y visitas, nos permitirá identificar sus posibilidades de mejora.

MÉTODOLOGÍA: Diseñamos un estudio descriptivo observacional prospectivo mediante cuestionarios anónimos y voluntarios, que fueron entregados a los "familiares principales" de los pacientes, siendo estos los que asumían el papel de interlocutores con el personal sanitario, actuando como líderes del grupo familiar. El otro requisito era una estancia mínima de 48 horas.

El cuestionario estaba compuesto por 22 preguntas en 4 grupos: Visita (5), Información (8), Trato (4) y datos sociodemográficos (edad, sexo y parentesco). Las cuestiones estaban redactadas en lenguaje coloquial, redacción simple y corta y respuestas cerradas.

RESULTADOS: Durante el periodo de estudio (15 de Noviembre 2002, 15 de Febrero 2003) ingresaron en UCI 98 pacientes y se recogieron 42 cuestionarios (42.8%) Edad media del familiar 41.13 años; 45% hombres; 42% hijos, 32% cónyuges. En las visitas, solo el 16.1 % estaba insatisfecho con el numero y duración de estas, aumentando al 35.4 % en lo referente a los retrasos en estas. En cuanto a la información, lo mas relevante fue que un 25.8% percibía la información recibida por parte de la enfermera como deficiente. El trato era valorado como satisfactorio por mas del 90%.

CONCLUSIONES: La especial situación afectiva de los familiares de UCI aconseja minimizar los tiempos de retraso en las visitas. Sin embargo, el 86.6% estaban de acuerdo con el número y duración de éstas. Así mismo, el personal de enfermería debe de implicarse en mayor medida en el proceso de información a los familiares.

Palabras clave:

Cuidados críticos (critical care), necesidades de los familiares (family needs), cuidados comunicación (communication care), proceso de información (information processing), visitas en UCI (ICU visits), satisfacción familiares (relatives satisfaction), calidad percibida (perceived quality), posibilidades de mejora (improvement possibilities).

ANÁLISIS DEL NIVEL DE DESGASTE PROFESIONAL (BURNOUT) DE LOS DIPLOMADOS DE ENFERMERÍA DE LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS DE LOS DOS HOSPITALES PÚBLICOS DE GRAN CANARIA.

Yáñez Quintana B (1), Jiménez García J (2), Hernández Monzón I (3).

(1) Servicio de Medicina Intensiva. Hospital General de Gran Canaria. Dr. Negrín. (Canarias).

(2) Servicio de Psiquiatría. Hospital General de Gran Canaria. Dr. Negrín (Canarias).

(3) Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitario Insular. (Canarias).

OBJETIVO:

- Valorar si existe desgaste profesional en los Diplomados de Enfermería (DUEs) y cuantificar su nivel.
- Comparar los resultados obtenidos en ambos hospitales.

METODOLOGÍA: Se ha llevado a cabo un estudio descriptivo transversal de carácter comparativo y bicéntrico, utilizando como población de estudio a 120 DUEs de los Servicios de Medicina Intensiva (UMI) de los dos Hospitales públicos de Gran Canaria. Para la recogida de datos se utilizó un cuestionario que recogía variables sociodemográficas (sexo, edad, tipo de contrato, años de profesión ejercida, años de trabajo en la UMI, tener pareja estable, tener hijos, con quién convive, turnos de trabajo, consideración del salario, haber estado de baja laboral y su motivo, solicitud de traslado de servicio y desplazarse geográficamente por trabajo) y la Maslach Burnout Inventory (MBI), cuestionario de 22 ítems que reflejan las tres dimensiones del Burnout. Se realizó de forma anónima y voluntaria. Se procesaron los datos con el programa estadístico SPSS. Se utilizó un intervalo de confianza del 95%.

RESULTADOS: Obtuvimos un alto nivel de respuesta, 120 de 137, (87.6%).

Encontramos diferencias significativas en el cansancio emocional entre ambos hospitales.

En cuanto a las variables sociodemográficas vimos que las de mayor relevancia eran las de el Hospital en que se trabaja, edad, tener hijos, turno de trabajo y solicitud de traslado.

CONCLUSIÓN: De las 16 variables sociodemográficas, en 5 encontramos relaciones significativas.

La más afectada es la Realización Personal.

En líneas generales hay un bajo nivel del burnout, con respecto a otros estudios.

Palabras clave:

Síndrome de quemarse, variables sociodemográficas, enfermería de cuidados intensivos.

EVALUACIÓN Y MEJORA EN LA CUMPLIMENTACIÓN DE LA GRÁFICA DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE INTENSIVOS DEL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE MURCIA.

Iniesta Sánchez J (1), Martín Lozano R (1), Albuquerque García C (2), Soriano Molina P (3), Carrión Tortosa F (1), Muñoz Franco MJ (1).

- (1) Unidad de Intensivos del Hospital General Universitario de Murcia.
- (2) Servicio de Traumatología. Hospital Morales Meseguer Murcia.
- (3) E.A.P. Abarán. Área 6 Murcia.

INTRODUCCIÓN: En las unidades de intensivos la gráfica de enfermería constituye nuestro principal instrumento de trabajo, es por ello que decidimos llevar a cabo un ciclo de evaluación y mejora respecto a su cumplimentación, con el objetivo de detectar deficiencias y establecer las medidas correctoras, valorando su impacto.

METODOLOGÍA: Se estudia la dimensión científico-técnica, obteniendo datos de proceso para cada uno de los cinco criterios a estudiar:

Criterio 1 (C1) datos de filiación; criterio 2 (C2) alergias; criterio 3 (C3) constantes; criterio 4 (C4) vías venosas; criterio 5 (C5) relevo.

Las unidades de estudio fueron los pacientes ingresados en nuestra unidad y el personal sanitario durante el año 2003, y la fuente de estudio las gráficas seleccionadas.

Se realizó un muestreo aleatorio simple seleccionando 30 pacientes, e intencionado para las 60 gráficas. Se llevó a cabo una autoevaluación interna y retrospectiva previa a la intervención y otra posterior.

RESULTADOS: De las 60 gráficas examinadas en cada una de las evaluaciones se obtuvieron un total de 126 incumplimientos en la 1ª evaluación, que descendieron a 92 incumplimientos en la 2ª evaluación tras la aplicación de las medidas correctoras, lo que supone una mejora global del 27.77%.

Por criterios se trabajó con un intervalo de confianza del 95%, se recogieron frecuencias absolutas, relativas, relativas acumuladas, y mejoras relativas y absolutas, siendo las últimas de un 3.33% para C1; 13.33% para C2, con $p > 0.05$ para ambos criterios; y del 26.66% para C4 y C5 con una significación estadística de $p = 0.032$ y $p = 0.020$ respectivamente. En C3 se produjo un incremento del incumplimiento en un 13.33% con $p > 0.05$.

CONCLUSIONES:

- El personal de enfermería considera las actividades de registro como secundarias y de poca importancia.
- Tras las medidas correctoras se produce una mejora global, aunque es preciso establecer medidas de refuerzo para que la mejora permanezca en el tiempo y que el cambio de actitud se produzca y perdure.

Palabras clave:

Calidad. Registros de enfermería. Gráfica de enfermería.

Martes 8 de Junio de 2004

AUDITORIO

13:00 a 14:00 h

Sesión Pósters

Mesa 7



EL DISPOSITIVO GUTI-VAL AUMENTA LA COMODIDAD Y LA EFICACIA DE LA MASCARILLA CPAP EN EL PACIENTE CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA.

Gutiérrez Valverde L (1), Hernández Casanova I (1), Rodríguez Rajadell P (1), Rosero Arenas E (2), García García MA (1)

(1) UCI Hospital de Sagunt (Valencia).

(2) CS Salvador Allende (Valencia)

OBJETIVO: Evaluar la eficacia del dispositivo de sujeción GUTI-VAL en el tratamiento de la insuficiencia respiratoria con la mascarilla CPAP en términos de comodidad y aceptación del paciente, prevención de la intubación y de lesiones cutáneas.

MÉTODO: Estudio de seguimiento retrospectivo durante un año (julio 2002 a junio 2003) de los pacientes ingresados en nuestra UCI, unidad polivalente de un hospital comarcal, por insuficiencia respiratoria aguda o crónica agudizada a los que se trató con ventilación no invasiva con mascarilla CPAP según criterio médico. Los datos se recogieron mediante revisión de las historias clínicas y a través de una encuesta telefónica.

RESULTADOS: Se estudiaron 16 casos (11 hombres y 5 mujeres). La causa más frecuente de insuficiencia respiratoria fue el edema agudo de pulmón. Se intubaron 4 pacientes (25%). Fallecieron 7 pacientes (43,7%). La mediana de estancia en UCI fue de 8 días. El tiempo de aplicación de la mascarilla (mediana) fue 16 horas. No se obtuvieron de la revisión de las historias datos de intolerancia o complicaciones derivadas del uso de la mascarilla. Ningún paciente tuvo necrosis cutánea, y 2 pacientes refirieron eritema (datos recogidos a través de la encuesta telefónica de 9 pacientes).

CONCLUSIÓN: La colocación del dispositivo GUTI-VAL se asocia a baja morbilidad y buena tolerancia del uso de la mascarilla CPAP en estos pacientes.

Palabras clave:

Ventilación no invasiva, CPAP, insuficiencia respiratoria, confort, lesiones cutáneas.

CUIDADOS Y COMPLICACIONES DEL PACIENTE SOMETIDO A INTUBACIÓN OROTRAQUEAL EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.

Bejarano Montañez J, Peinador Nuño MJ, García Cañía R, González Ruiz S.

Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital de Madrid. Madrid.

OBJETIVO: El objetivo de nuestro estudio ha sido recoger la incidencia de complicaciones que aparecen en el paciente que precisa TOT, aplicando un protocolo de cuidados de enfermería del paciente intubado.

METODOLOGÍA: Se realizó un estudio prospectivo durante 6 meses, en una UCI polivalente de 8 camas. Se incluyeron el total de pacientes que precisaron IOT. Se recogieron como variables causa de intubación, edad, sexo y días de intubación. Se dividió a los pacientes en dos grupos: pacientes con menos de 48 horas de intubación y pacientes más de 48 horas de intubación. Finalmente se recogieron las complicaciones que tuvieron lugar.

RESULTADOS: Se incluyeron un total de 92 pacientes (64 h / 28 m). La media de edad fue de 68,3 años. Las causas de intubación fueron: cirugía digestiva 42 pacientes, insuficiencia respiratoria 18 pacientes, patología neurológica 12 pacientes, patología endocrina y sepsis 4 pacientes en cada caso y patología ginecológica 2 pacientes. El 63% de los pacientes se extubó en las primeras 48 horas (grupo I) y el 37% precisó más días de intubación. La principal complicación por número de pacientes fue: escara de mucosa labial (8 pacientes), intubación bronquio derecho (4 pacientes), extubación accidental (2 pacientes), rotura de neumotaponamiento (2 pacientes). Del total de pacientes del grupo I sólo 2 presentaron complicaciones.

CONCLUSIONES: La intubación mantenida por largo periodo incrementa la incidencia de complicaciones, pese a utilizar protocolos de cuidados de enfermería. Con el fin de evitar dichos problemas sería preciso la realización de traqueotomía de forma más precoz.

Palabras clave:

Tubo orotraqueal, intubación, lesión mucosa labial, neumotaponamiento.

INTOXICACIONES AGUDAS POR ARSÉNICO.

García Velasco Sánchez Morago S., Torres de la Torre R, Puebla Martín A, Díaz Fernández F, Puebla Martín MA, Sánchez Coello MD.

Servicio de Medicina Intensiva. Hospital de Alarcos. Ciudad Real.

OBJETIVO: Las intoxicaciones agudas por arsénico pueden producir fallo hepático, renal y shock. Si comprometen la vida del paciente o precisan de tratamiento médico avanzado pueden ingresar en los Servicios de Medicina Intensiva (M.I.). Se valoran los pacientes que ingresan en MI con ese diagnóstico.

MÉTODOLÓGÍA: Estudio prospectivo durante un periodo de un año del 15-10-2002 al 15-10-2003 de los pacientes que ingresan en el Servicio de M.I. diagnosticados de intoxicación aguda por arsénico. Se recogen datos de edad, sexo, vía, dosis y motivo de ingesta, constantes vitales, tratamiento administrado y evolución.

RESULTADOS: Ingresaron en MI 1093 pacientes y 4 de ellos tuvieron una intoxicación aguda por arsénico. Todos fueron varones con edad media de 47 (límites: 20 y 70) años. Tres pacientes sufrieron una ingesta accidental y el cuarto fue un intento de autolisis. El APACHE II al ingreso fue de 15 ± 9 (media \pm desviación estándar). Todos recibieron tratamiento con lavado gástrico y carbón activado, bicarbonato intravenoso y dimercaprol (dosis de 3-5mg/kg/4h intramuscular el primer día). Dos de los pacientes evolucionaron favorablemente con afectación gastrointestinal siendo dados de alta a Medicina Interna y otros dos, los que tuvieron mayor ingesta, fallecieron (uno de ellos el de la autolisis por fallo multiorgánico y el otro por fallo hepático fulminante).

CONCLUSIONES: El pronóstico de las intoxicaciones agudas por arsénico depende en gran medida de la dosis tomada y absorbida. La ingesta de una cantidad suficiente conlleva un alto grado de muerte a pesar de iniciar precozmente un tratamiento adecuado.

Palabras clave:

Intoxicación aguda, arsénico, antídotos.

CARACTERÍSTICAS DE LAS PACIENTES OBSTÉTRICAS INGRESADAS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE.

García Velasco Sánchez Morago S, Sánchez Coello MD, Puebla Martín A, Díaz Fernández F, Torres de la Torre R, Puebla Martín MA.

Servicio de Medicina Intensiva. Hospital de Alarcos. Ciudad Real.

OBJETIVO: Valorar las pacientes obstétricas ingresadas en la unidad de cuidados intensivos (UCI) y analizar la patología atendida y los cuidados prestados por constituir un desafío importante debido a su especial estado.

MÉTODOLÓGÍA: Estudio retrospectivo durante tres años (2001-2003) de las pacientes obstétricas que ingresan en UCI. Se recoge: edad, diagnóstico, estancia, APACHE II, NEMS, técnicas (vía central, arterial, Swan-Ganz), fármacos vasoactivos, hemoderivados, ventilación mecánica, cirugías y mortalidad materno-fetal.

RESULTADOS: Ingresaron 3250 pacientes, 10 con patología grave obstétrica (0,3%). El Hospital atendió 4746 partos (0,21%). La edad media fue 29 (límites: 24 y 36) años. El motivo de ingreso fue: eclampsia 6 (60%), insuficiencia respiratoria aguda (IRA) 2 (20%), un coma hipernatrémico (10%) y una cetoacidosis diabética (10%). La estancia media fue 4,7 días (DE 2,5). El APACHE II y NEMS fue 13,9 (DE 6,1) y 30,7 (DE 7,7) respectivamente. Se realizaron 5 cesáreas urgentes antes del ingreso (50%) y 5 durante el mismo (50%). Las intervenciones diagnóstico-terapéuticas fueron vía central ocho (80%), vía arterial 3 (30%), catéter Swan-Ganz una (10%), fármacos vasodilatadores 5 (50%), inotropos 2 (20%) y hemoderivados 6 (60%). Cinco precisaron ventilación mecánica (50%) dos por IRA, dos postcirugía y una por coma. No hubo ninguna muerte.

CONCLUSIONES: La paciente grave obstétrica rara vez ingresa en UCI polivalentes, cuando lo hacen requieren gran cantidad de intervenciones terapéuticas. No hubo fallecimientos maternos ni fetales, siendo esta mortalidad elevada en otros estudios. La escala NEMS nos sitúa en un nivel asistencial alto con gran utilización de recursos.

Palabras clave:

Embarazo, unidad de cuidados intensivos, complicaciones obstétricas, ventilación mecánica.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA NUTRICIÓN ENTERAL CONTÍNUA EN EL PACIENTE CRÍTICO.

Valero Mora E, Fortes del Valle ML, Vallejo Henao LM, Domínguez Galán E, Sandiumenge Camps A, Jiménez Herrera MF.

Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitario de Tarragona Joan XXIII de Tarragona.

OBJETIVO: Valorar la adquisición de conocimientos sobre los cuidados enfermeros de la nutrición enteral continua.

Metodología: Estudio descriptivo, prospectivo y observacional mediante encuesta de respuesta múltiple, al personal de enfermería de cuidados intensivos del Hospital Universitario Joan XXIII de Tarragona.

RESULTADOS: Tras un año de aplicación de un árbol de toma de decisiones sobre la nutrición enteral continua en el paciente crítico, se encuesta de nuevo a los profesionales, concluyendo que el 90% de los encuestados sigue el árbol de toma de decisiones.

CONCLUSIONES: Unificar criterios en los cuidados de enfermería de la nutrición enteral continua del paciente crítico. Se garantiza un soporte lo más precoz y continuo posible en el paciente crítico. Ayuda a que los profesionales consolidemos nuestra práctica diaria y asegura una buena nutrición al paciente crítico.

Palabras clave:

Nutrición enteral, encuesta de respuesta múltiple, paciente crítico.

¿INTUICIÓN O EXACTITUD? POSICIONAMIENTO INTUITIVO DE LA CABECERA DE LA CAMA EN PACIENTES CRÍTICOS. ¿NECESITAMOS MEDIRLO?

Montial Fernández E, Ruiz de Escudero García N, Prieto Arriba E, Bailez Aguirregoikoa I.

Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Santiago Apóstol. Vitoria (Álava).

OBJETIVO: La posición de la cabecera de la cama ha demostrado ser, una eficiente medida para prevenir broncoaspiraciones, la NAVM (Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica) y para el manejo del paciente neurocrítico. Nuestro objetivo es valorar la capacidad del personal de enfermería para posicionar la cabecera de la cama a 30° y 45°.

METODOLOGÍA: En Diciembre de 2003 realizamos en una UCI (Unidad de Cuidados Intensivos) polivalente de 13 camas, un estudio prospectivo observacional al personal de nuestra unidad. Se solicitó que se colocara la cabecera de la cama a 30° y 45° partiendo desde 0°, en camas con indicador de inclinación, que permaneció oculto durante todo el estudio. El estudio se realizó en pacientes sin contraindicación médica para el cambio de posición de la cabecera de la cama, y previo consentimiento informado. Se recogen años de experiencia en UCI, puesto de trabajo y características globales del paciente. Expresamos variables con media e intervalos de confianza IC 95%.

RESULTADOS:

CONCLUSIÓN: En nuestra unidad, frecuentemente colocamos la cabecera de la cama por debajo de los grados solicitados, independientemente de las variables estudiadas.

Palabras clave:

Indicador de inclinación, intuición, enfermería, NAVM.

INFLUENCIA DEL MÉTODO DIAGNÓSTICO DE LA MUERTE ENCEFÁLICA EN LA CARGA ASISTENCIAL DE ENFERMERÍA.

Benítez Ruiz L, Landróguez Márquez C, García-Orea Álvarez M, Junquera González MV, Sierra Camerino R, Sánchez Rodríguez A.

Coordinación de Trasplantes. Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias del Hospital Universitario Puerta del Mar de Cádiz.

OBJETIVOS: Estudiar características del diagnóstico de la muerte encefálica (ME) en los donantes de órganos y tejidos (DOT) y su relación con la carga asistencial.

MÉTODOS: Diseño: estudio prospectivo, durante dos años. Ámbito: Una Coordinación Sectorial de Trasplantes, integrada por 4 hospitales, uno de ellos de referencia. Variables: DOT con ME, edad, sexo, causas de muerte, pruebas instrumentales utilizadas, tiempo empleado y cargas asistenciales en el diagnóstico de ME.

RESULTADOS: Se estudiaron 74 DOT, edad media 50 años (3-75), hombres 63,5%. Causas de ME: Ictus, 67,6%; traumatismos craneo-encefálicos (TCE), 24,2%; y otras, 8%. Formas de reconocer la ME: 1) Sólo diagnóstico clínico (DC) (dos exámenes durante un plazo de al menos 6 h): 11%. 2) Con un examen clínico apoyado por pruebas complementarias confirmatorias (PCC): Doppler transcraneal (DTC), 50,5%; Electroencefalograma, (EEG) 18%; gammagrafía cerebral, 1,5%; DTC + EEG, 19%. El 30% de los TCE necesitó dos PCC. El tiempo empleado para obtener un diagnóstico de ME fue: < 6 horas, 78%; > 6 horas, 22%. El 47% de los de >6 horas fue con sólo el DC, (ninguno fue en el hospital de referencia). Los exámenes clínicos requirieron más atención de Enfermería que las PCC.

CONCLUSIONES: Las PCCs que ayuden a reconocer la ME acortan el tiempo de mantenimiento del DOT en la UCI antes de la extracción y ahorran un examen clínico; todo ello reduce la carga asistencial de la Enfermería. La atención de los DOT en los hospitales menos especializados conlleva una mayor carga asistencial.

Palabras clave:

Muerte encefálica, cargas de enfermería, diagnóstico de muerte.

VALORACIÓN DE DOS MÉTODOS DE RETIRADA DE VENDAJES COMPRESIVOS.

Ramírez Patiño MD, García García R, Robas Gómez A, González Sánchez MI, Sánchez Martín R, Romero Romero V.

Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Provincial Ntra. Sra. de la Misericordia. Toledo.

OBJETIVOS: Ante las complicaciones observadas en la retirada de vendajes compresivos femorales tras la cateterización de arterias de grueso calibre (enrojecimiento de la piel, flictenas, pérdida de continuidad de la piel...), decidimos realizar un estudio comparativo entre dos métodos de retirada, en busca del que fuese más beneficioso para el paciente y que evitase en mayor número las complicaciones.

METODOLOGÍA: Estudio realizado en una UCI polivalente de 6 camas perteneciente a un hospital comarcal durante el pasado 2003 utilizando una metodología observacional mediante la aplicación de una hoja de registro con los siguientes datos:

- Procedencia
- Actividades precaterismo
- Método de retirada
- Problemas en el momento de la retirada
- Problemas en el turno siguiente a la retirada

Se recogieron los datos pertenecientes a 40 pacientes: al 50% de la población se le retiró el vendaje con agua templada y jabón y al otro 50% con alcohol de manera aleatoria y consecutiva.

Resultados: El 80% de la muestra analizada fueron varones y la edad media de 67,25 años.

Al 70% le pudimos realizar los cuidados previos a la aplicación de vendaje compresivo protocolizados en nuestra unidad, que incluyen rasurado y aplicación de Cavilón® (protector cutáneo no irritativo).

Observamos las siguientes complicaciones:

Tensoplast enrollado Rotura de la piel Enrojecimiento Fácil retirada Dolor

Alcohol 40% 30% 90% 85% 30%

Agua y jabón 40% 45% 85% 60% 35%

Otra variable estudiada fue la aplicación de Cavilón®:

Aguja y jabón Tensoplast enrollado Rotura de la piel Enrojecimiento Fácil retirada Dolor

Cavilón® si 66,6% 50% 83,3% 66,6% 16,6%

Cavilón® no 33,3% 33,3% 83,3% 66,6% 50%

Alcohol Tensoplast enrollado Rotura de la piel Enrojecimiento Fácil retirada Dolor

Cavilón® si 33,3% 50% 83,3% 83,3% 33,3%

Cavilón® no 66,6% 50% 83,3% 83,3% 50%

CONCLUSIONES:

- En la retirada con alcohol hay menos pérdidas de continuidad de la piel, ésta resulta más fácil y menos dolorosa.
- Con la aplicación preventiva de Cavilón® no hemos conseguido disminuir la aparición de complicaciones.

Palabras clave:

Vendaje compresivo. Retirada. Complicaciones.

TÉCNICA DE SELDINGER PARA LA INSERCIÓN DE UN CATÉTER CENTRAL ANTECUBITAL. UNA NUEVA TÉCNICA PARA ENFERMERÍA.

Ortells Huerta X (1), Alemany Puig J (1), Amador Bueno S (1), Pacheco Torrijo L (2).

Unidad de Cuidados Críticos. Hospital Marina Alta. Denia. Alacant.

OBJETIVOS: Describir la técnica de Seldinger para la inserción de un catéter central antecubital. Estudiar el parámetro malposición respecto a otras técnicas.

METODOLOGÍA: Descripción de la técnica de Seldinger y estudio comparativo de la inserción de 180 catéteres centrales antecubitales (77 mediante técnica convencional y 103 con técnica de Seldinger).

RESULTADOS: Utilizando una técnica convencional en 77 casos, en el 20,7% (17 casos) el catéter no se ubicó en el lugar apropiado (desde el punto de vista radiológico, por encima de la carina). Utilizando la técnica de Seldinger en 103 casos, en el 12,6% (13 casos) el catéter no se ubicó en el lugar apropiado.

CONCLUSIONES: La utilización de la técnica de Seldinger minimiza el número de errores en cuanto a la ubicación óptima del catéter en un 8,1% respecto a otra técnica convencional, siendo ésta menos traumática y evitando complicaciones.

Palabras clave:

Seldinger antecubital. Malposición.

INCIDENCIA DEL PACIENTE CRÍTICO EN LA ASISTENCIA SANITARIA DE UNA ESTACIÓN DE ESQUÍ DE ALTA MONTAÑA (VALLTER 2000, SETCASES, GIRONA).

Couñago Méndez S (1), Rodríguez Martínez X (2), Julve Ibáñez A (3), Casadevall Castella J (4), Trayner Güixens M (5).

Servicio Médico de Vallter 2000 y:

- (1) DUE Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. Barcelona.
- (2) DUE Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitari Vall d'Hebrón. Barcelona.
- (3) DUE Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitario de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona).
- (4) Dr. Servicio de Medicina Intensiva del Hospital de Manresa.
- (5) Dra. SCUB-061 Barcelona.

OBJETIVO: El conocimiento del paciente crítico "tipo" de cada uno de los lugares en los que el equipo multidisciplinar desarrolla su trabajo, garantiza su adecuada preparación para atender a dichos pacientes.

Con esta premisa presentamos las características de los pacientes críticos asistidos en Vallter en el período 1998-2003, en el que ha desarrollado su labor un equipo multidisciplinar compuesto por médicos, enfermería y pisters-socorristas.

METODOLOGÍA: Análisis estadístico descriptivo, retrospectivo usando la memoria asistencial, proporcionando información exhaustiva del trabajo realizado en referencia a los procesos sanitarios en nuestra pista de esquí.

Casuística con datos demográficos, temporales, mecanismos lesionales y consideraciones de gravedad. Asimismo se recogen los procedimientos terapéuticos realizados y la patología existente, definiendo el paciente crítico asistido.

RESULTADOS: En la estación de Vallter 2000, se han asistido un total de 3098 pacientes entre los años 98-03 sobre 367.994 usuarios de la estación, con una tasa de incidencia del 0.84% del total.

La media de edad resultó alrededor de 22 años siendo en su mayoría hombres.

La patología traumática es la más frecuente (91,44%) frente al 8,55% de patología médica. El número de pacientes catalogados como críticos ha sido de 36, lo que representa el 1,16% de las asistencias.

Desglosamos los datos por aparatos y sistemas afectados relacionándolos con los procedimientos llevados a cabo.

CONCLUSIONES: El porcentaje de pacientes críticos atendidos en nuestra estación de esquí es bajo comparado con el leve, pero no por ello es menos importante su consideración, dados los nefastos resultados de su atención no inmediata.

Palabras clave:

Paciente crítico de alta montaña. Esquí. Traumatismos.

MEDICIÓN DE ESCALA DE NEMS EN UCI. VALORACIÓN EN ENFERMOS AGITADOS Y NO AGITADOS.

Rodríguez Castro, Gregoria; Sánchez Matilla, Belén; Cereijo, Enrique.

Hospital Universitario de la Princesa. Madrid.

OBJETIVOS: Medir el NEMS y valorar nivel de asistencia. Valorar la puntuación entre distintos turnos.

Valoración de la escala NEMS en pacientes agitados y no agitados.

MATERIAL Y MÉTODO: El estudio se llevó a cabo en el Hospital de la Princesa. La recogida de datos se realizó en una primera etapa en mayo del 2002 y una segunda etapa entre junio del 2002 y mayo del 2003. En la primera etapa se registró la escala NEMS en los tres turnos de trabajo por el personal de enfermería. En la segunda etapa se registró la escala NEMS por el personal que realizó el trabajo. En todos los pacientes se registró edad, sexo, diagnóstico, APACHE II, SAPS II y NEMS. Paralelo a este registro se recogieron en pacientes agitados y no agitados, que presentaron el mismo diagnóstico, edad, sexo, APACHE II, SAPS II y NEMS, actividades de enfermería agrupadas por categorías que fueron tomadas de un trabajo publicado previamente (Crit Care Med 1996; 24:64-73). Las horas en las que se hicieron los registros de las actividades de enfermería fueron elegidas por sistema aleatorio desde las 00:00 a las 24:00 horas. Las personas que realizaron el registro eran ajenas al cuidado del paciente.

RESULTADOS: El registro del NEMS se hizo en 337 pacientes, de los cuales el 64,09% eran varones y un 35,9% eran mujeres. La edad media era 59,11% con una mínima de 16 y una máxima de 83. La estancia media era de 8,54 días y presentaban una media de APACHE II de 18 y un SAPS de 34. El 51,4 % eran enfermos de Cirugía Cardiovascular; 11,47% pertenecían a Neumología; el 11,16% a Medicina Interna; el 15,64% de Neurología o Neurocirugía; el 9,16% a Cirugía General; el 1,90% a Hematología y el 1,52% a Traumatología. En la 1ª etapa se recogieron 1856 determinaciones y en la 2ª etapa 2265, de las cuales se registró un NEMS >30 en un 55,76%; un NEMS entre 18 y 30 en un 46,66%, y un NEMS menor de 18 en un 0,57%. En el análisis diferencial entre los tres turnos destaca que entre la mañana y la noche hay un diferencia de 1,26 con un margen de error de 0,16 ($p > 0,0001$). Entre la mañana y la tarde es de 0,81 con un margen de error de 0,14 y una ($p < 0,0001$), y entre la tarde y la noche la diferencia es de 0,47 con margen de error de 0,11 ($p < 0,0001$). En cuanto a la actividades de enfermería relacionadas con el paciente e incluidas en la escala NEMS (Categoría I) se registró un 32,39% en pacientes no agitados y un 1,2% en pacientes agitados. De la categoría II que son actividades relacionadas directamente con el paciente, y no incluidas en la escala NEMS, se registraron un 13,4% en los no agitados y un 80,4% en los agitados. Del resto de actividades que corresponden a las categorías III, V y VI se registraron un 47,5% en no agitados y un 19,5% en los agitados.

CONCLUSIONES: 1. Los valores medios de puntuación obtenidos en la escala NEMS indican que la población estudiada requiere un nivel de asistencia II y III.

2. La diferencia significativa que hay entre la mañana y el resto de los turnos es mínima.

3. La mayor parte de las actividades de enfermería que se realizan a un paciente agitado (80.4%) se dedican a actividades relacionadas directamente con el paciente que no están incluidas en la escala NEMS.

Martes 8 de Junio de 2004

SALA B

13:00 a 14:00 h

Sesión Pósters

Mesa 8



PROCESO DE ELABORACIÓN DE LA GUÍA CLÍNICA EN EL LESIONADO MEDULAR CERVICAL.

March Jardí M, Anguera Saperas L, Rius Ferrús LL, Salmerón Hernández M, Uruén Pueyo S.

Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitario Juan XXIII. Tarragona.

OBJETIVO: Introducir el concepto y la metodología de la elaboración de la guía de práctica clínica en el lesionado medular cervical.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se creó un grupo de trabajo para elaborar esta guía clínica. Nuestro hospital es el de referencia en toda la provincia para el lesionado medular. Nuestra experiencia en el cuidado de este tipo de pacientes y la documentación revisada han servido de base para elaborar la guía clínica.

RESULTADOS: Guía clínica del paciente con lesión medular cervical.

CONCLUSIONES: La participación y el consenso de los profesionales enriquece el trabajo pero a la vez ralentiza el proceso de elaboración de la misma.

Palabras clave:

Guía clínica. Lesionado medular. Enfermería.

IMPACTO DE LA RELACIÓN DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS CON LA ASOCIACIÓN DE DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO DE ÁLAVA.

Arana Monte M, López de Audicana Jiménez de Aberásturi Y.

Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Santiago Apóstol. Vitoria-Gasteiz (Álava).

INTRODUCCIÓN: La relación de nuestra Unidad de Cuidados Intensivos, de referencia para paciente neurocrítico, con la asociación, surge en 1994. Debido al interés de mejora de atención y calidad de vida de afectados y sus familiares, la relación ha ido evolucionando desde la presentación de folletos informativos hasta hoy, en que existe un apoyo y colaboración mutua en las actividades que se desarrollan.

MATERIAL Y MÉTODO: Exposición descriptiva-histórica de las relaciones existentes con la asociación, inicio de la relación, actividades conjuntas, y valoración, análisis e impacto experimentado por ambas partes.

RESULTADOS: El conocimiento de la asociación y su ámbito de actuación, importancia de la implicación familiar en los cuidados del paciente, la confianza depositada en el personal de Enfermería por parte de familiares, han aumentado desde la existencia de esta relación.

CONCLUSIONES: Desde el inicio de la relación con la asociación y a pesar de la evolución tecnológica experimentada en el cuidado de estos pacientes, hemos detectado que tienen importantes necesidades pendientes de satisfacer. En nuestra Unidad se ha producido:

- Aumento de sensibilidad por parte del personal hacia los familiares con especial importancia en la recepción-acogida, en el establecimiento de una relación de confianza, en la accesibilidad de ese personal sanitario y en la implicación del familiar en los cuidados.
- Mayor apoyo a otras unidades en la orientación del cuidado tanto del paciente como de familiares.
- Necesidad de diseño y realización de guía explicativa para familiares en la etapa de cuidados intensivos.

Palabras clave:

Daño cerebral adquirido, asociación, enfermería, familia.

IMPLANTACIÓN DE UN MODELO DE FORMACIÓN INTERNA EN UNA UCI POLIVALENTE.

Rodríguez Mondéjar JJ (1), Iniesta Sánchez J (1), Martínez Pallarés JM (2), Rodríguez Soler J (1), Aldavero Izquierdo JL (2), Martínez López MC (1).

(1) Servicio de Medicina Intensiva. Hospital General Universitario. Murcia.

(2) Servicio de Medicina Intensiva. H.G.U. Morales Meseguer. Murcia. Servicio Murciano de Salud.

INTRODUCCIÓN: Es conocida la necesidad de formación para el personal de los servicios de cuidados intensivos debido a la renovación tecnológica y a la aplicación de nuevas técnicas y cuidados en los enfermos críticos. Por ello se decidió hacer un curso avanzado, con amplitud de temas y con la implicación de todo el personal de enfermería que quisiera participar en el mismo, con una doble vertiente, de profesor y de alumno. El objetivo es mejorar la formación interna.

MATERIAL Y METODOLOGÍA: consistió en clases teóricas, y paralelamente clases prácticas en los servicios de UCI del HGUM y en el HGU Morales Meseguer (150 horas). También se ha tenido que asistir a 5 seminarios presenciales distribuidos a lo largo del curso. La teoría fue no presencial (trabajo en casa), ya que se entregaba mensualmente 6 temas y se recogía una plantilla de evaluación de la anterior entrega.

RECURSOS ECONÓMICOS: El curso no ha tenido presupuesto. Tanto los profesores como los alumnos, no han recibido, ni pagado nada (respectivamente). Se ha encuadrado como objetivo de la unidad de UCI. Material didáctico: Temas en formato papel o en CD (opcional). Diapositivas, proyector LCD, y transparencias en los seminarios. Criterios para la priorización de solicitudes y selección de alumnos: a) Estar prestando servicios en UCI en el momento del inicio del curso, b) Participar como profesor del curso realizando el desarrollo de al menos un tema del mismo, c) Orden de inscripción y mayor tiempo trabajando en UCI del Hospital General o del H. Morales Meseguer de Murcia. Acreditación: Escuela de Administración Pública de la Región de Murcia.

RESULTADOS: Inscritos 53 compañeros. 51 alumnos acabaron el curso de forma satisfactoria. Participaron un total de 67 profesores. El curso duró 18 meses, 310 horas lectivas (160 + 150 prácticas). Se impartieron 110 temas relacionados con el enfermo crítico. La evaluación antes y postcurso marcó índices superiores a 4 puntos (sobre una escala de 1 a 5).

CONCLUSIONES: Se ha conseguido un curso completo, accesible y flexible que facilita la formación de la enfermería dentro del servicio de UCI, con un sistema semipresencial no utilizado hasta ahora en nuestro servicio. El curso ha sido evaluado positivamente por los alumnos y profesores.

Palabras clave:

Formación en UCI, docencia en cuidados intensivos, formación interna, curso avanzado de críticos.

TRASLADO A UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE NUEVA CREACION. NUESTRA EXPERIENCIA.

Rosado Muñoz A, Martín Corrochano G, Rodríguez Navarro MJ, Muñoz Aceituno J, Rodríguez Pérez JL, Blázquez Sánchez RM.

Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina (Toledo). SESCAM.

INTRODUCCIÓN: El traslado a una unidad de nueva creación es un acontecimiento muy importante y estresante para todo el equipo asistencial de la unidad a la vez que peligroso para los enfermos ingresados. Enfermería es quien lleva el peso de dicho evento, coordinado por la supervisora/or de la unidad.

OBJETIVO: Dada la antigüedad de la mayoría de los Hospitales de la red Nacional, que ronda entre los 25 y 30 años, son muchas las unidades de críticos que están esperando remodelación o nueva creación, porque se han quedado pequeñas u obsoletas.

Contando nuestra experiencia esperamos ayudar y orientar a los equipos que aún no han pasado por este trance.

MATERIAL Y METODOLOGÍA: Explicación detallada de la organización: 1) plan de necesidades; 2) plan de montaje; 3) plan de traslado; 4) cronograma de traslado, y 5) el "día 0".

RESULTADOS: Entre las 10 y las 12:30 trasladamos a la U.C.I. nueva: 7 enfermos intubados con respirador, 1 enfermo intubado con oxígeno en T, 2 enfermos salieron a planta. A todos se les ubicó en las nuevas camas sin incidencias. Además se trasladó todo el aparataje mobiliario, medicación y material fungible, quedando colocado lo más importante a las 21 horas.

CONCLUSIONES: Aunque es complicado, no solo por el traslado masivo de enfermos críticos, sino por los problemas de adaptación del equipo asistencial al nuevo medio, con una exhaustiva organización y coordinación, es posible no encontrar ningún problema. Al final del día, gracias a un eficaz equipo y a una buena organización, queda la satisfacción del trabajo bien hecho.

Palabras clave:

Unidad de cuidados intensivos, unidad de nueva creación, remodelación de unidad, traslado, plan de traslado, papel de enfermería.

PROCESO DE DECANULACIÓN EN PACIENTES QUE HAN PRECISADO VENTILACIÓN MECÁNICA PROLONGADA.

Bueno Gómez J, Blancas López P, Fernández Martín MJ, Martínez Mesas M, Moreno Durán A, Soriano Ferrín A, [Via Clavero G](#).

Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitario de Bellvitge. Hospitalet de Llobregat (Barcelona).

INTRODUCCIÓN: La aparición de unidades de cuidados intensivos (UCI) denominadas de alta dependencia ha generado un modelo de enfermería de UCI centrado en la rehabilitación de las necesidades respiratoria, de alimentación y movilidad, como un paso previo a las unidades de hospitalización.

En lo referente a la rehabilitación respiratoria en pacientes con traqueostomía que han precisado ventilación mecánica (VM) prolongada nuestro trabajo consiste en intentar coordinar el tramo final del "weaning" con el tubo en T, el inicio de la deglución y la reducción progresiva de la cánula hasta la decanulación final.

OBJETIVO: Establecer cuáles son los cuidados de enfermería necesarios para facilitar el cierre precoz de la traqueostomía en enfermos que han precisado VM prolongada.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio descriptivo de los cuidados de enfermería en cada fase del proceso de decanulación y sus complicaciones. Contrastar nuestra experiencia diaria con la de la bibliografía a partir de la revisión en las bases de datos (Medline) e Internet.

RESULTADOS: Se distingue entre dos tipos de situaciones: enfermo con tubo en T que inicia deglución y fonación y enfermo que tolera cánula tapada y deglute correctamente.

Se describe el material habitual (cánulas con balón, fenestradas, de plata) y sus posibilidades de oclusión.

Se establecen pautas para detectar precozmente las complicaciones.

CONCLUSIONES: Es enfermería quien valora la posibilidad de avanzar en el proceso de decanulación. El conocimiento del material y la clarificación de los cuidados en cada fase permite el cierre precoz de la traqueostomía y la prevención de complicaciones.

Palabras clave:

Decanulación, traqueostomía, UCI.

PROMOVER EL CUIDADO ÉTICO EVITA LA "FATIGA POR COMPASIÓN".

Jiménez Herrera, M.F.; *Velasco Guillén, C.; Nogués Domingo, C.; *Clarasó Ruifernández, G.

Escuela Universitaria Enfermería EUI.URV. *Intensivos-SEM UCI Joan XXIII-SEM. Tarragona.

INTRODUCCIÓN: El cuidado de las personas que han sufrido graves incidentes en su salud y que desde el discurso biomédico se clasifican de enfermos críticos, forman parte del día a día de muchos profesionales sanitarios que desempeñan su labor asistencial mayoritariamente en unidades como urgencias, emergencias o cuidados intensivos. Estas experiencias aportan al profesional una serie de aspectos tanto positivos como negativos que hacen que influyan en el desarrollo personal y profesional de los mismos. Con esta comunicación queremos centrarnos en los aspectos que pueden influir en el profesional hasta el extremo de generar desorden en la propia salud y como podemos evitarlos y transformar las relaciones en las situaciones críticas en experiencias positivas. A este tipo de desorden, en la literatura científica, se le denomina "*compassion fatigue*" frente al sufrimiento del ser humano, la muerte, el dolor...

OBJETIVOS:

- Definir el concepto de fatiga por compasión.
- Describir las diferencias que existen entre fatiga por compasión y burn-out.
- Describir diferentes causas que pueden desencadenar al profesional sanitario fatiga por compasión.
- Describir herramientas que nos lleven a la prevención y a la transformación del cuidado en experiencias positivas.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica sobre el tema y análisis de experiencias de profesionales de los ámbitos asistenciales de emergencias, urgencias y cuidados intensivos, obtenidas a través de entrevistas guiadas sobre los sentimientos que generan las situaciones extremas de cuidado al paciente crítico.

CUERPO DEL TRABAJO: Se realiza el enmarque teórico del concepto, viendo las diferencias que existen con el término del burn-out para así, evitar posibles confusiones. También se describen las diferentes causas que pueden desencadenar fatiga por compasión en los profesionales sanitarios y que herramientas podemos utilizar para evitar los efectos negativos que de ellas puedan derivarse.

CONCLUSIONES: Existen gran desconocimiento, por parte de los profesionales sanitarios, de la posibilidad de aparición del status "fatiga por compasión, aunque algunos de ellos relatan sufrir desencanto, falta de idealismo, impotencia frente a las situaciones o desgaste, entre otros. El desconocimiento impide llevar a cabo estrategias para evitar los efectos negativos derivados de este tipo de experiencias. El cuidado ético hace que el profesional mantenga la calidad y capacidad en la asistencia protegiéndose a si mismo de los elementos negativos que se pueden generar de experiencias traumáticas.

MEDICIÓN DE LA PRESIÓN INTRAABDOMINAL POR EL MÉTODO INTRAVESICAL. PROTOCOLO DE ENFERMERÍA.

Guerra Gallego MJ, Pérez Fernández-Infantes S, Maeso Espadas MJ, Cinjordi Valverde P, Moreno Ortiz J, Bermejo González C, Tejeda Serrano R, Alfonso Díaz L, Muñoz Camargo JC.

Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Nuestra Señora de Alarcos. Ciudad Real.

INTRODUCCIÓN: El valor de la presión intraabdominal (PIA) es un parámetro a tener en cuenta en pacientes con patología abdominal.

El aumento de la PIA puede provocar compromiso pulmonar, fallo renal, cardíaco, shock y muerte.

La medición de la PIA a través del método intravesical puede ser utilizada como herramienta diagnóstica permitiendo instaurar un tratamiento precoz que disminuya los efectos indeseables ocasionados por el aumento de la PIA.

PROTOCOLO DE ENFERMERIA: A continuación se describe el procedimiento que realiza la enfermera de cuidados intensivos a la cabecera del paciente.

OBJETIVO:

- Identificar las complicaciones que puede causar el aumento de la PIA.
- Establecer un tratamiento rápido y eficaz.
- Evaluar las decisiones tomadas con relación al tratamiento.

METODOLOGÍA:

I. Equipo: 1) Sonda Foley de dos vías. 2) Equipo para medir presión venosa central (PVC). 3) Bolsa recolectora de orina o Cistofló. 4) Regleta con escala métrica. 5) Guantes y gasas estériles. 6) Abocath calibre 14-16 ch. 7) Suero fisiológico (SF).

II. Procedimiento: 1.º Paciente con Sonda Vesical. 2.º Conectar la bolsa de suero salino al equipo de PVC. 3.º Purgue el sistema. 4.º Coloque el Abocath entre el sistema de PVC y la sonda vesical. (Zona verde del cistofló). 5.º Colocar al paciente en posición horizontal. 6.º Pinzar la vía de salida de la bolsa recolectora de orina. 7.º Pasar 100 ml de suero fisiológico. 8.º Tomar como referencia la sínfisis púbica. Haga coincidir con ella el cero de la escala. 9.º Permita el paso de suero fisiológico desde la vejiga hacia el equipo medidor de PVC. 10.º Mida el nivel de oscilación de la columna y anote el valor. 11.º Despinza la vía de salida de la orina. 12.º Reste 100ml al volumen total de la diuresis.

CONCLUSIONES: La medición de la PIA por el método intravesical es tan efectiva como otros métodos diagnósticos con la ventaja de que es menos invasiva, disminuyendo los riesgos y molestias para el paciente.

Palabras clave:

Presión intrabdominal - método intravesical - protocolo de enfermería.

INICIO DE LA DIETA ORAL EN EL PACIENTE TRAQUEOTOMIZADO.

Fortes del Valle ML, Valero Mora E, Vallejo Henao LM, Domínguez Galán E.

Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitario Joan XXIII de Tarragona.

OBJETIVO: Garantizar la nutrición del paciente traqueotomizado por vía oral, mediante la realización de una guía de actuación de enfermería para mejorar la alimentación en el paciente.

METODOLOGÍA: Establecer un algoritmo en el inicio de la dieta oral en el paciente traqueotomizado. Unificar criterios e intervenciones de enfermería.

Esta experiencia se realiza con pacientes traqueotomizados tras intubación traqueal y en respiración espontánea. Dichos enfermos están conscientes, colaboradores y responden a ordenes verbales sencillas sobre como facilitar la acción de deglutir. Para la realización de esta prueba se aplican técnicas compensatorias: la técnica postural y la textura alimentaria (gelatina). Estas técnicas facilitan la deglución, disminuyendo el riesgo de broncoaspiración y son controladas por el personal de enfermería.

RESULTADOS: Mejorar la calidad asistencial y la práctica diaria enfermera.

CONCLUSIONES: Se unifican las intervenciones de enfermería y se establece un alimento idóneo en inicio de la dieta oral.

Palabras clave:

Traqueotomía, gelatina, intervención, broncoaspiración.

PUESTA EN MARCHA DE UN PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE INFECCIÓN NOSOCOMIAL POR ACINETOBACTER.

Sánchez Moya P, González Giménez C, Del Moral Sánchez AG, Torres Casas MJ, Andrés Saliente A, Monforte Zafón E.

Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Obispo Polanco. Teruel.

INTRODUCCIÓN: Ante la presencia de un brote epidémico por Acinetobacter en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Obispo Polanco de Teruel, conjuntamente con el Servicio de Medicina Preventiva, se diseñó un protocolo de prevención de infección nosocomial que una vez puesto en marcha ha demostrado su efectividad.

OBJETIVO: Describir un protocolo de prevención y control de la infección nosocomial por Acinetobacter.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo y retrospectivo durante 2 años en una UCI de un hospital de II nivel sobre una población de 700 pacientes aproximadamente.

RESULTADOS: Se realizó un protocolo consistente en cultivos semanales axilar, faríngeo y anal a todos los pacientes, con objeto de identificar a los portadores. Establecimiento medidas de aislamiento y barrera; higiene de enfermos, boxes y material en los casos con al menos un cultivo positivo. Hubo un seguimiento individualizado a través de una encuesta de los pacientes en los que se aisló Acinetobacter, con una revisión semanal y un grado de cumplimiento del 100%. El proyecto se desarrolló gracias a la colaboración de todo el personal de la Unidad, responsabilizando del seguimiento del protocolo a 3 enfermeras de la plantilla. La incidencia acumulada de infección nosocomial debida a Acinetobacter descendió de un 10.8% a un 6%.

CONCLUSIONES: El alto grado de cumplimiento de un protocolo de prevención de la infección nosocomial en una UCI, hace posible la disminución de las tasas de infección. Para ello se hace necesario el estímulo permanente del personal de enfermería.

Palabras clave:

Prevención. Acinetobacter.

PAPEL DE LA ENFERMERÍA ANTE NUEVOS RETOS EN LA MEDICIÓN DEL GASTO CARDÍACO CONTINUO: SISTEMA LiDCOTM (LITHIUM DILUTION CARDIAC OUTPUT).

Sarralde Pérez de San Román S, Ibáñez de Garayo Elorza S, Bailez Aguirregoikoa I, Pérez Aguiar A, Icaya Martínez de Lizarduy L.

Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Santiago Apóstol. Vitoria-Gasteiz (Álava).

INTRODUCCIÓN: La medición del Gasto Cardíaco (GC) es una práctica habitual en el cuidado del paciente crítico. Han sido escasos los dispositivos capaces de medir el GC sin recurrir a la cateterización de la arteria pulmonar con los riesgos que de ello se pueden derivar.

Los avances tecnológicos han hecho posible el desarrollo de un nuevo sistema de medición de Gasto Cardíaco continuo mediante inyección de Litio: sistema LiDCOTM.

Los cuidados de enfermería en el paciente con LiDCOTM están dirigidos a la correcta colocación, funcionamiento, registro y control de los parámetros hemodinámicos con el fin de prevenir y actuar ante posibles complicaciones hemodinámicas en el paciente crítico.

OBJETIVO: Establecer un protocolo de cuidados de enfermería en pacientes monitorizados con el sistema LiDCOTM en nuestra unidad.

MATERIAL Y MÉTODOS: Basándonos en la revisión bibliográfica, en el manual del usuario del Monitor Hemodinámico LiDCOTM plus y en nuestra propia experiencia, se elabora un protocolo con los siguientes apartados:

- 1.- Fundamentación teórica.
- 2.- Descripción del sistema.
- 3.- Funcionamiento:
 - Conexión.
 - Calibración.
 - Modos LiDCOTM/ Pulse CO (sistema de medición de GC continuo por la variación de presión sistólica).
- 4.- Cuidados de enfermería en el paciente monitorizado con LiDCOTM

CONCLUSIONES: La incorporación del sistema LiDCOTM al control del paciente crítico precisa realizar una guía para la colocación, funcionamiento y registro de parámetros que permitan la detección temprana del deterioro hemodinámico.

LiDCOTM es un sistema que proporciona una medición continua del GC y de la volemia de forma menos invasiva que el catéter de Swan-Ganz. Sin embargo, es recomendable la realización de estudios comparativos entre ambos sistemas.

Palabras clave:

Medición del gasto cardíaco, gasto cardíaco continuo, LiDCOTM, cuidados, paciente crítico, papel de enfermería, control del paciente crítico.

PROTOCOLO DE ENFERMERÍA EN LA DONACIÓN DE ÓRGANOS EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE MUERTE ENCEFÁLICA.

Vargas Lara G, Espejo Zamora F, Robles Palomo H, Gallego Carmona A.

Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital de Antequera. Antequera (Málaga).

El actual protocolo de donación de órganos nace de la necesidad de estandarizar los procedimientos para el proceso de donación. En el se aborda el tema de la donación desde el punto de vista de los cuidados que se derivan de los cambios fisiopatológicos que se producen tras la muerte encefálica (ME).

Se realiza una amplia revisión bibliográfica, obteniendo las últimas novedades sanitarias como legislativas.

El protocolo consta de dos partes: Una parte dedicada a la estandarización de los cuidados derivados del área interdependiente y una segunda parte donde abordamos el apoyo que hemos de brindar a la familia en esos momentos de dolor, propios de la función independiente de enfermería.

Todo ello tratado bajo un modelo conceptual (Virginia Henderson) que oriente los cuidados, un lenguaje común con unos criterios de resultado e intervenciones enfermeras (NANDA, NIC, NOC) y un método científico (Plan de Cuidados).

Palabras clave:

Donación, muerte encefálica, cuidados, enfermería, área independiente, área interdependiente.

DELIRIUM EN EL PACIENTE DE UCI: PROTOCOLO DE ENFERMERÍA PARA SU PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO.

Mendoza Delgado D, Gil Cama A.

Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias. Hospital del SAS de Jerez. Jerez de la Frontera (Cádiz).

INTRODUCCIÓN: En nuestra UCI se observa, con relativa frecuencia, que los enfermos ingresados desarrollan delirium en algún momento de su estancia. Los objetivos de este estudio son:

- conocer qué factores predisponen y desencadenan este cuadro psiquiátrico agudo, su diagnóstico y tratamiento.
- establecer una guía para la prevención, así como el tratamiento de elección una vez diagnosticado el delirium.

MATERIAL Y MÉTODOS: Partiendo de una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos (CINAHL, MEDLINE, CUIDEN,...), se hizo una revisión de la importancia del delirium en el paciente crítico, y se redactó un protocolo con: la clínica, factores de riesgo y predisponentes, diagnóstico, actuaciones de enfermería para su prevención y tratamiento. Se informó al personal de UCI de su puesta en marcha.

RESULTADOS: En una primera fase, se aplican las medidas de prevención a los pacientes ingresados susceptibles de desarrollar delirium (según patología y factores de riesgo identificados). Si las medidas preventivas no son eficaces, y el cuadro comienza a desarrollarse, aplicamos el cuestionario de Pfeiffer al enfermo, para valorar el grado de afectación así como el tratamiento etiológico y sintomático (medidas ambientales y farmacológicas).

CONCLUSIONES: El delirium es un trastorno de alta incidencia en UCI que añade complicaciones alargando su estancia hospitalaria, así como un mayor requerimiento de los cuidados de enfermería. Puesto que las medidas de control ambiental son inocuas y en numerosos estudios se ha demostrado su eficacia, deberían aplicarse en todas las UCIs.

Queda pendiente de valoración la utilidad del protocolo en un próximo estudio.

Palabras clave:

Delirium. UCI. Enfermería. Protocolo. Prevención.

¿SWAN... QUÉ?, SWAN-GANZ.

Martínez Aguilà, M.

Hospital Sant Pau i Sta. Tecla. Tarragona

INTRODUCCIÓN: Para los estudiantes de enfermería y enfermeras que habitualmente no trabajan en cuidados intensivos, la forma de manipular el catéter de Swan Ganz es desconocida y compleja. A partir de esta realidad, nos planteamos la realización de diferentes procedimientos para dar a conocer cuales son las actividades y asegurar la calidad asistencial.

OBJETIVOS:

- Presentar el conjunto de procedimientos en los que la enfermera participa de forma directa o indirecta durante la cateterización y medición de constantes del Swan-Ganz
- Asegurar la continuidad de los cuidados

METODOLOGÍA: Trabajo descriptivo donde se dan a conocer los diferentes procedimientos que intervienen en el control de constantes hemodinámicas medidas por el catéter de Swan-Ganz. Los procedimientos son elaborados teniendo en cuenta la experiencia profesional y la búsqueda bibliográfica. Cada procedimiento va descrito a partir del siguiente esquema: definición, objetivo del procedimiento, objetivo de enfermería, material necesario, preparación del personal, preparación de la persona y ejecución del procedimiento.

RESULTADO: Con el conjunto de procedimientos los profesionales saben manipular y controlar el catéter y como medir las constantes hemodinámicas de la persona.

CONCLUSIONES: La enfermera colabora en la colocación del catéter y es la responsable de su mantenimiento. El cuidado del catéter y la correcta interpretación de los parámetros implica, un mayor control de la evolución de la persona y por consiguiente, el éxito global del tratamiento. La estandarización de los cuidados de forma profesional evita complicaciones y asegura la calidad asistencial.

REVISIÓN DEL REGISTRO DE ENFERMERÍA EN LA VALORACIÓN INICIAL DE LOS PACIENTES QUE INGRESAN EN CUIDADOS INTENSIVOS.

Bordonado Pérez L, Dalmau Agraz N, Gallart S, González Carballo S, Ferret López L, Sáez Cerezo O, Mulero Rimbau I.

Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitari Joan XXIII de Tarragona. (Tarragona).

OBJETIVOS:

- Realizar un análisis de la información registrada en la hoja diaria de enfermería.
- Demostrar su eficacia en el desarrollo del plan de cuidados.
- Demostrar su eficacia en la valoración continua del enfermo.
- Demostrar su eficacia en la cobertura de sus necesidades básicas según el modelo conceptual de Virginia Henderson.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizará un estudio de la hoja diaria de enfermería analizando el tipo de información que se registra en los últimos 50 ingresos, dividida en los apartados de: cobertura de necesidades básicas del paciente, cuidados de enfermería, control de sondas y catéteres, control del riesgo de alteración de la integridad cutánea mediante la escala EMINA y valoración objetiva y subjetiva del paciente. Se contrastarán las actividades reflejadas dependiendo de la procedencia del paciente en el momento de su ingreso y su patología.

RESULTADO ESPERADO Y CONCLUSIONES: El registro de la valoración inicial se cumplimenta correctamente en el 100% de los casos estudiados.

La hoja de registro diario de enfermería es eficaz para realizar una valoración inicial y continua de las necesidades del paciente, permitiendo la elaboración inmediata de un Plan de Actuación de Enfermería. El tener registrados todos estos datos también hace posible una análisis de las cargas de trabajo de los diferentes pacientes dependiendo de la patología y su procedencia.

Palabras clave:

Ingreso, Cuidados Intensivos, Registros.

Martes 8 de Junio de 2004

AUDITORIO

16:00 a 17:00 h

Comunicaciones Orales

Mesa 9



SENSIBILIDAD Y ESPECIFICIDAD DE LA PREDICCIÓN DE MORTALIDAD MEDIANTE TRES ÍNDICES DE GRAVEDAD (I.G.) GENERALES EN NUESTRA UNIDAD.

Santos Gómez M^a L.; Andrade de la Cal, F.J.; García Conejero, I. M^a; Casado Pacheco, M.; Gil Vivaracho, I.; Núñez Núñez, A.

Unidad de Medicina Intensiva. Hospital General de Mérida. Mérida (Badajoz)

INTRODUCCIÓN: La fase final del desarrollo de un sistema pronóstico es la verificación estadística de la relación existente entre la predicción de la mortalidad y la mortalidad ocurrida. La forma más fiable de validar un índice, es tener una población de pacientes, distintos de los utilizados para extraer los valores originales, para aplicar dicho índice.

Como la mortalidad hospitalaria es una variable dicotómica (un paciente está vivo o muerto), una forma directa de evaluar la exactitud predictiva es, comparar la mortalidad observada y la prevista, con grupos de pacientes o niveles de riesgo específico y clínicamente significativo.

MATERIAL Y METODO: Se analizan todos los pacientes ingresados desde el 1 de enero de 1999 hasta el 31 de Diciembre del 2003. Se excluyeron los pacientes que ingresaron para la realización de procedimientos en la UCI (implante de marcapasos, cardioversión programada, fibrobroncoscopia de alto riesgo etc). Se obtienen los valores de APACHE II (Acute Physiology And Chronic Health Evaluation), SAPS II (New Simplified Acute Physiology Score) y LODS (Logistic Organ Dysfunction System) de cada paciente. Se calcula para cada uno de los I.G la predicción de muerte asociada a cada valor (según fórmula desarrollada por los autores). Para el APACHE II se calcula: $\frac{e^{-\text{Logit}}}{(1 + e^{-\text{Logit}})}$, siendo $\text{Logit} = -3.517 + (\text{Apache II}) * 0.146$. Para el SAPS II se calcula: $\frac{e^{-\text{Logit}}}{(1 + e^{-\text{Logit}})}$, siendo $\text{Logit} = -7.7631 + 0.0737 * (\text{SAPS II}) + 0.9971 * \ln((\text{SAPS II}) + 1)$. Para el LODS se calcula: $\frac{e^{-\text{Logit}}}{(1 + e^{-\text{Logit}})}$, siendo $\text{Logit} = -3.4043 + 0.4173 * (\text{LODS})$. Se realiza estudio analítico longitudinal retrospectivo de los pacientes vivos y de los fallecidos. Para la valoración de la Sensibilidad (S) y Especificidad (E) se busca de cada población de variables de los I.G los valores correspondientes al Percentil 25, 50 y 75, calculándose la S y E para esos valores además de para el total. Se utilizó el programa estadístico SPSS para Windows.

RESULTADOS.

Se analizaron 1378 pacientes. Hombres 916 (66.5%) y Mujeres 462 (33.5%). Mortalidad Total 14.4%. APACHE II m: 7.3, PmApache II: 13.5%; SAPS II m: 29.6, PmSaps II: 16.6%; LODS m: 2.4, PmLods: 14.4%.

ApachII	Sensibilidad	Especificidad	Mortal. Real	Mortal. Est
P25	89.1%	99.6%	3.0%	3.4%
P50	98.9%	99.9%	3.9%	3.9%
P75	86.5%	98.8%	6.9%	5.8%
P100	94.0%	99.1%	14.4%	13.5%

SAPSII	Sensibilidad	Especificidad	Mortal. Real	Mortal. Est
P25	27.0%	98.4%	0.6%	2.1%
P50	91.2%	99.7%	3.1%	3.4%
P75	93.6%	99.5%	5.9%	6.3%
P100	87.0%	97.5%	14.4%	16.6%

LODS	Sensibilidad	Especificidad	Mortal. Real	Mortal. Est
P25	86.4%	99.5%	2.8%	3.2%
P50	89.2%	99.5%	4.2%	3.7%
P75	73.2%	97.2%	7.3%	4.6%
P100	99.6%	99.9%	14.4%	14.4%

CONCLUSIONES:

- 1- A nivel global los tres IG presentaron buenos valores de Sensibilidad y Especificidad
- 2- El Lods con la mejor cifra de Sensibilidad y Especificidad a nivel global presenta en el P25 y P50 valores de S < 90%.
- 3- El SAPS presenta una baja Sensibilidad en niveles de baja gravedad (P25).
- 4- El Apachell es el IG que presenta mejor Sensibilidad y Especificidad en todos los niveles de gravedad.

PROCESO DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON DOLOR TORÁCICO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS.

Recio Recio ML, Recio Recio N, Escalante Ordóñez A, Vargas Lara G, Caballero Ruiz A, Salguero García G.

Unidad de Gestión Clínica Área de Críticos y Urgencias. Hospital de Antequera. Antequera (Málaga).

INTRODUCCIÓN: El proceso de Enfermería es un método sistemático y organizado que permite administrar cuidados de una forma lógica, racional y sistemática. Permite identificar las necesidades reales y potenciales del paciente. Para prevenir, fomentar la salud de los pacientes y establecer planes de cuidados (identificar problemas, marcar unos objetivos y desarrollar intervenciones). Hace partícipe al paciente de sus autocuidados y da rigor científico a la práctica asistencial de la enfermería.

OBJETIVOS:

- Elaboración e implantación de un registro de enfermería con valoración inicial del paciente.
- Elaboración e implantación de un plan de cuidados estandarizados y de educación sanitaria.
- Contrastar el nivel de aprendizaje de los pacientes con Cardiopatía Isquémica.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se utilizó el Modelo de Enfermería de Virginia Henderson para la realización de la valoración inicial por necesidades. Se extraen los diagnósticos de enfermería más frecuentes (NANDA), planteamiento de objetivos (NOC), sus intervenciones relacionadas (NIC). Previa revisión bibliográfica se desarrolla un plan de educación para la salud, constituido por un tríptico informativo y charlas educativas.

Se realiza una muestra preliminar del grado de aceptación de los pacientes.

RESULTADOS: Se realizó el estudio con una muestra de 53 pacientes en el intervalo de 10 meses. De los pacientes con ingreso previo los conocimientos de los factores de riesgo y la actuación ante un dolor torácico fue del 44,4% y en los pacientes sin ingresos previos el conocimiento de los factores de riesgo es del 64,2% y el conocimiento de actuación ante un dolor torácico fue del 7,15%.

CONCLUSIONES: El Proceso de Enfermería es útil en pacientes con DT como instrumento para garantizar la eficacia y continuidad de cuidados.

El Proceso de Enfermería método útil para la valoración de la respuesta humana del paciente ante las actividades dependientes e independientes que realiza el personal de enfermería.

Existe una buena aceptación del programa de educación sanitaria por el paciente.

Palabras clave:

Educación sanitaria.

RENDIMIENTO Y EFICIENCIA DE LOS HEMOCULTIVOS.

Arias Rivera S, Frutos Vivar F, Cerdá Cerdá E, de la Cal López MA.

Unidad de Cuidados Intensivos y Grandes Quemados. Hospital Universitario de Getafe (Madrid).

OBJETIVO: Aunque la extracción de hemocultivos es una práctica habitual en las Unidades de Cuidados Intensivos se desconoce la sensibilidad y especificidad de esta prueba diagnóstica debido a la falta de un gold Standard. Además, un hemocultivo positivo no es siempre clínicamente relevante y un hemocultivo negativo puede deberse a factores confusores. Tras la realización de un protocolo de extracción de hemocultivos nos propusimos determinar la tasa de falsos positivos y analizar la eficiencia de la extracción de hemocultivos en relación con la tasa de verdaderas bacteriemias.

METODOLOGÍA: Estudio de cohortes prospectivo desarrollado en una unidad de 18 camas. Se incluyeron todos los pacientes que ingresaban en la unidad a quienes se les solicitaba extracción de hemocultivos. Se registró la administración concomitante de antibióticos y/o descontaminación digestiva selectiva (DDS).

RESULTADOS: De los 2663 pacientes ingresados, obtuvimos 953 hemocultivos (16% positivos, 6% contaminados, 2% indeterminados). Fue más probable tener un hemocultivos positivo si el paciente no recibe antibióticos [OR=2,1(IC95%:1,43-3,2)] ni DDS [OR=1,5(IC95%:1-2,32)]. En el análisis de la eficiencia obtuvimos una tasa de 6,1 hemocultivos por episodio de bacteriemia verdadera.

CONCLUSIONES: Nuestras tasas de falsos positivos es elevada y nos obliga a replantearnos el protocolo de extracción. Se obtienen mejores rendimientos cuando el paciente no recibe tratamiento antibiótico. Nuestra tasa de eficiencia es buena en comparación con otros estudios.

Palabras clave:

hemocultivos, infección, bacteremia, técnicas de enfermería.

DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS PREDOMINANTES EN PACIENTES CON VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA CON MASCARILLA BOUSSIGNAC®

Recio Recio N, Recio Recio ML, Recio Recio I, Moreno López C.

Unidad de Gestión Clínica Área de Críticos y Urgencias. Hospital de Antequera. Antequera (Málaga).

INTRODUCCIÓN: En los últimos años la ventilación mecánica no invasiva (VMNI) ha presentado un espectacular avance como alternativa en pacientes con fracaso respiratorio agudo, tanto en los servicios de Urgencias como en los servicios de Cuidados Intensivos. En nuestra Unidad estamos utilizando entre otros, el método CPAP Boussignac® en la VMNI.

OBJETIVO: Desde el punto de vista enfermero nuestro objetivo es analizar los diagnósticos enfermeros más comunes que surgen en los pacientes con VMNI con mascarilla Boussignac®, ya que el papel de la enfermería en el cuidado y la atención del paciente con VMNI es fundamental para el éxito de su aplicación.

MÉTODO: Tipo de estudio: descriptivo, prospectivo y observacional. Se realizó en la Unidad de Cuidados Críticos y Urgencias del Hospital de Antequera, en el período de 8 meses. Pacientes con diferentes patologías: EPOC 29,1%, Edema Agudo de Pulmón 25,9%, Neumonía 16,1%, Postintubación-destete 12,9%, Sepsis 9,6% y Traumatismos 6,4%. Las variables estudiadas: Según las necesidades de Virginia Henderson se realizó una valoración del paciente para detectar las necesidades que se encontraban alteradas, obteniendo la identificación de los problemas más frecuentes.

RESULTADOS: La muestra estudiada fue de 33 pacientes, con edad media de 69,5 años y con una duración media de VMNI de 48 horas. De la muestra estudiada 2 casos no presentaron ningún problema. La distribución de diagnósticos enfermeros fue: Conocimiento deficiente de la enfermedad y del procedimiento/tratamiento 67.7%. Deterioro de la integridad tisular 67.7% relacionado con el deterioro de la mucosa oral (61.3%) y con el deterioro de la mucosa conjuntival (22.6%). Deterioro del patrón del sueño según características definitorias 61.3%. La Ansiedad relacionada con la amenaza de cambio en el estado de salud 58.1% (según la escala de Golberg). Deterioro de la integridad cutánea relacionado con la utilización de mascarilla facial (utilizándose en un 80.6% apósitos hidrocoloides) 16.1%. Limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionado con el acúmulo de secreciones 16.1%. Riesgo de aspiración relacionado con un aumento de la presión intragástrica, náuseas y vómitos 9.6%. Deterioro de la comunicación verbal relacionado con barreras físicas (mascarilla facial) 6.2%.

CONCLUSIONES: En el análisis de los resultados de nuestro estudio de VMNI con mascarilla Boussignac® comparado con otros estudios previos utilizando VMNI, observamos que disminuye el deterioro de la comunicación verbal, la limpieza ineficaz de las vías aéreas y el deterioro de la integridad cutánea. La detección de los problemas enfermeros en pacientes sometidos a VMNI contribuye al éxito de su aplicación.

Palabras clave:

Diagnósticos enfermeros. Ventilación mecánica no invasiva.

NECESIDADES DE CONTACTO FAMILIAR EN EL PACIENTE QUEMADO, INGRESADO EN LA UNIDAD CRÍTICA CERRADA.

Barrio Cadiñanos I, González Hernández MA, Martín Morente E.

Unidad de Quemados. Hospital Universitario La Paz. Madrid (Madrid).

OBJETIVO: Evaluar la importancia de la presencia física de la familia para el paciente quemado ingresado en una unidad cerrada.

METODOLOGÍA: Entrevista personal a 50 pacientes ingresados durante mas de 15 días en la unidad de críticos. El rango de edad comprende desde 20 hasta 75 años, de ambos sexos. Se tabulan 5 variables (tratamiento psiquiátrico de apoyo, visitas de sus familiares dentro de la unidad, valoración del propio paciente mediante cuestionario sobre lo positivo y negativo de estas visitas en una escala de 0 a 10, infecciones producidas durante su estancia y grado de comprensión del aislamiento)

RESULTADOS: El 96% de los pacientes entrevistados valora como muy positiva la presencia de su familia dentro de la habitación durante un corto periodo de tiempo, lo esperan como algo que rompe la rutina, mejora su estado de ánimo y consideran la confidencialidad factor indispensable en la relación con sus familiares.

CONCLUSIONES: La entrada de un familiar a la unidad mejora perceptiblemente el estado de ánimo del paciente y con las medidas oportunas, no representa un riesgo para él.

Palabras clave:

Aislamiento. Infecciones. Familia. Confidencialidad.

NOTAS

NOTAS

NOTAS

NOTAS



C/. Vicente Caballero, 17
28007 MADRID
Tel. y Fax: 91 573 09 80
e-mail: 915730980@infonegocio.com
<http://www.seeiuc.com>

SECRETARÍA TÉCNICA



Josep Irla i Bosch, 5-7, 6.ª planta
08034 BARCELONA
Tel. 93 206 46 46 - Fax 93 204 97 32
e-mail: mccannmeetings@mccann.es