



# XXXI Congreso Nacional de la SEEIUC



Libro de  
Comunicaciones

LA CORUÑA  
19-22 de Junio de 2005



# ***Comité Organizador del XXXI Congreso Nacional de la Seeiuc***

## **JUNTA DIRECTIVA:**

- Presidenta:** M.<sup>a</sup> de los Desamparados Bernat Adell
- Vicepresidente:** Pedro Miguel Lastra Cubel
- Secretaria:** Mercedes Gámez Perales
- Tesorera:** Rosa M.<sup>a</sup> García Díez
- Director de la Revista:** Juan Carlos Muñoz Camargo
- Vocales:** Gemma Martínez Estalella  
Concepción Miralles Frutos  
Alicia Robas Gómez  
María de los Ángeles Rosado Muñoz  
Olga Soriano Berenguer  
Mónica Vázquez Calatalud

## **COMITÉ CIENTÍFICO:**

- Coordinador:** Pedro Miguel Lastra Cubel
- Miembros:** Miriam del Barrio Linares  
Pilar Delgado Hito  
Juan Carlos Muñoz Camargo  
Marisa Rosa Jam Gatell  
Dolors Ortiz Chinchilla  
María Asunción Sanz Jiménez

## **COMITÉ ORGANIZADOR LOCAL:**

- Presidencia:** Dolores Eiriz Barbeito  
Valentina Fernández López  
M.<sup>a</sup> Teresa Rodríguez Piñón
- Vocales:** Davina Esmoris Vettor  
Manuel Fraiz Barbeito  
Esther Gago García  
Beatriz García Trigo  
Luz Regueira Morandeira  
Santiago J. De Santiago Méndez



# Índice

Pág.

**Lunes 20 de Junio de 2005**

## **AUDITORIO LA GAVIOTA – Comunicaciones Orales**

- 1 **ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LAS COMPLICACIONES DE LA TRAQUEOSTOMÍA PERCUTÁNEA CON LA TÉCNICA DE CIAGLIA BLUE RHINO.**  
Gómez Arroyo J, González Ferragut A, Macias Chaves M, Ramis Latorre E, Ramis Murillo M, Rosselló Sancho J.  
Servicio de Medicina Intensiva. Policlínica Miramar. Palma de Mallorca (Islas Baleares). . . . . 21
- 2 **FACTORES AMBIENTALES ESTRESANTES EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.**  
Ayllón Garrido N (1), Alvarez Gonzalez M (1), Belaustegi A (1), González García M (1), Sainz Nieto R (2), Aparicio Cilla L (1).  
(1) Servicio de Medicina Intensiva. Hospital de Txagorritxu. Vitoria.  
(2) Servicio de Reanimación. Hospital de Galdácano. Vizcaya. . . . . 22
- 3 **RESPUESTA DE LA PRESIÓN INTRACRANEAL DURANTE LA ASPIRACIÓN DE SECRECIONES PREVIA INFUSIÓN DE UN RELAJANTE MUSCULAR.**  
Navarro García MA, Chivite Fernández N, Martínez Oroz A, Marraco Boncompte M, Salvador Nuin E.  
Servicio de Medicina Intensiva. Hospital de Navarra. Pamplona (Navarra). . . . . 23
- 4 **NURSING ACTIVITY SCORE - NAS. NUESTRA EXPERIENCIA CON UN SISTEMA DE COMPUTO DE CARGAS DE ENFERMERÍA BASADO EN TIEMPOS.**  
Bernat Adell A, Abizanda Campos R, Cubedo Rey M, Quintana Bellmunt J, Sanahuja Rochera E, Sanchis Muñoz J, Soriano Canuto M, Tejedor López R, Yvars Bou M.  
Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitario Asociado General de Castellón. Castellón. . . . . 24
- 5 **EVALUACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LA CARGA DE TRABAJO ASISTENCIAL EN PACIENTES INGRESADOS EN UCI. ESTUDIO COMPARATIVO NINE EQUIVALENTS OF NURSE MANPOWER USE SCORE VERSUS NURSING ACTIVITY SCORE.**  
Bernat Adell A, Abizanda Campos R, Yvars Bou M, Quintana Bellmunt J, Gascó García C, Soriano Canuto M, Reig Valero R, Vidal Tejedor B.  
Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitario Asociado General de Castellón. Castellón. . . . . 25

## **SALA MAYOR – Comunicaciones Orales**

- 6 **EVOLUCIÓN DEL NIVEL DE SEDACIÓN DURANTE LA VENTILACIÓN MECÁNICA.**  
Arias Rivera S, Sánchez Izquierdo R, Sánchez Sánchez MM, Santos Díaz R, Gallardo Murillo MJ, Frutos Vivar F.  
Servicio de Cuidados Intensivos/Grandes Quemados. Hospital Universitario de Getafe. Getafe (Madrid). . . . . 29

<b>7 ANÁLISIS DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE A TRAVÉS DEL PERSONAL QUE HA PRESTADO SUS SERVICIOS.</b>	
Rodríguez Mondéjar JJ, Cevidanas Lara MM, Iniesta Sánchez J, Ramón Carbonell M, Pérez López J, Flores Baeza MJ, Sevilla Vallés MA, Peñalver Hernández F, Rodríguez Mondéjar M. Servicio de Medicina Intensiva. Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia. Murcia. . . . .	30
<b>8 DEPURACIÓN HEPÁTICA MEDIANTE MARS. NUESTRA EXPERIENCIA</b>	
Esmerís Vettor D, Fernández López V, Torre Barbeito G, Regueira Morandeira L, Gago García E. Diplomadas Universitarias en Enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos Politraumatizados/Polivalentes del Complejo Hospitalario "Juan Canalejo" . . . . .	31
<b>9 HEMOFILTRACIÓN VENO-VENOSA CONTINUA COMO MÉTODO PARA LA INDUCCIÓN DE HIPOTERMIA MODERADA TRAS PARADA CARDÍACA.</b>	
Rodrigo Frontelo R, García González AI, Torralba Tejero E, González Calle JA. Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Severo Ochoa. Leganés (Madrid) . . . . .	32
<b>10 PROGRAMA DE SEGUIMIENTO Y CONTROL DE LA INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO RELACIONADA CON CATETERISMO VESICAL EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.</b>	
Arantón Areosa L, Rumbo Prieto JM, Arcos Fuentes C, Goas Iglesias-Ussel, R; López Pérez N, Sierto Díaz E, Pesado Cartelle J, Rivera Herrero P. Unidad de Cuidados Intensivos. Complejo Hospitalario Arquitecto Marcide. Ferrol (A Coruña). . . . .	33

**AUDITORIO LA GAVIOTA – Comunicaciones Orales**

<b>11 VALIDACIÓN DE UN SISTEMA CERRADO PARA LA MEDICIÓN DE LA PRESIÓN INTRAABDOMINAL POR VÍA TRANSVESICAL EN PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.</b>	
Icaya Martínez de Lizarduy L, Ibañez de Garayo Elorza S, Sarraalde Pérez de San Román S, Bailez Aguirregoicoa I, Fernandez Rey AB, Martínez Tobar MB, Pérez Aguiar A, Mingo Elguea N. Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Santiago Apóstol. Vitoria-Gasteiz (Álava). . . . .	37
<b>12 ÚLCERAS POR PRESIÓN EN CUIDADOS INTENSIVOS: VALORACIÓN DEL RIESGO Y MEDIDAS DE PREVENCIÓN.</b>	
Aizpirtarte Pegenaute E, García de Galdiano Fernández A, Zugazagoitia Ciarrusta N, Margall Coscojuela MA, Asiain Erro MC. Unidad de Cuidados Intensivos. Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona (Navarra). . . . .	38
<b>13 APLICACIÓN DEL MODELO "MAGNET HOSPITAL" PARA EVALUAR LA CALIDAD DE LOS CUIDADOS Y EL RENDIMIENTO PROFESIONAL EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.</b>	
Arantón Areosa L, Rumbo Prieto JM, Carballal Balsa MC, Rodeño Abelleira A, Tenreiro Rodríguez MI, Facio Villanueva A. Unidad de Cuidados Intensivos. Complejo Hospitalario Arquitecto Marcide. Ferrol (A Coruña). . . . .	39
<b>15 RELACIONES INTERDISCIPLINARES Y HUMANIZACIÓN EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS.</b>	
Cosí Marsans M, Martínez Márquez C, Miró Borràs A, Rubio Rico L, Sans Riba L, Toda Savall D, Velasco Blasco C. Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitari Joan XXIII. Tarragona. . . . .	40

**SALA MAYOR – Comunicaciones Orales**

<b>16 INFLUENCIA DE LA SEDO-ANALGESIA EN LA DESCONEXIÓN DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA.</b>	
Arias Rivera S, Santos Díaz R, Gallardo Murillo MJ, Sánchez Izquierdo R, Sánchez Sánchez MM, Frutos Vivar F. Servicio de Cuidados Intensivos/Grandes Quemados. Hospital Universitario de Getafe. Getafe (Madrid). . . . .	43

<b>17</b>	<b>IMPORTANCIA DE LA SEDACIÓN COMO CRITERIO PARA LA REALIZACIÓN DE UNA PRUEBA DE RESPIRACIÓN ESPONTÁNEA.</b> Arias Rivera S, Sánchez Sánchez MM, Santos Díaz R, Gallardo Murillo MJ, Sánchez Izquierdo R, Frutos Vivar F. Servicio de Cuidados Intensivos/Grandes Quemados. Hospital Universitario de Getafe. Getafe (Madrid).	44
<b>18</b>	<b>AURORA 2003: NUEVO GESTOR DE INFORMES DE ALTA DE ENFERMERÍA.</b> Navarro Arnedo JM (1), Orgiler Uranga PE (1), De Haro Marín S (2). (1) Servicio Medicina Intensiva. Hospital General Universitario. Alicante. (2) Unidad de Hospitalización a Domicilio. Hospital General Universitario. Alicante	45
<b>19</b>	<b>INFECCIÓN EN CATÉTERES ARTERIALES Y CUMPLIMENTACIÓN DEL PROTOCOLO DE ENFERMERÍA.</b> Rodríguez Castro G, De la Calle de la Fuente T, Barriuso Carazo L, Romero Robles A. Gómez Martín JJ. Servicio de Medicina Intensiva del Hospital Universitario de la Princesa de Madrid (C/ Diego de León 62, 28006 - Madrid).	46
<b>20</b>	<b>INCIDENCIA DE LA INFECCIÓN NOSOCOMIAL EN UCI PEDIÁTRICA.</b> López Romero D, Gómez Fernández ME, Martínez Bonet N, Moyano Tost MJ, Torres Barba D, Gómez Romero E, Rodríguez Gómez M. Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos . Hospital Materno-Infantil Gregorio Marañón. Madrid	47
 <b>AUDITORIO LA GAVIOTA – Comunicaciones Orales</b>		
<b>21</b>	<b>EL RESPETO A LA DIGNIDAD DEL PACIENTE CRÍTICO EN LOS ORIGINALES PUBLICADOS EN REVISTAS DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADAS DURANTE EL PERÍODO 1995-2004.</b> Martínez Ques AA (1), Vecillas Sevilla MT (2). (1)Servicio de Medicina Intensiva. Complejo Hospitalario de Ourense. (2) Dirección de Enfermería. Complejo Hospitalario de Ourense.	51
<b>22</b>	<b>ESTUDIO COMPARATIVO DE DOS PROTOCOLOS DE CONTROL DE GLUCEMIA EN EL POSTOPERATORIO DE CIRUGÍA CARDÍACA.</b> Martínez García, M. Vila Fernández, I., Gutiérrez Plata, M., Pequeño García, B., Oroso Da Silva, J.L. Reanimación de Cirugía Cardíaca. Hospital Meixoeiro. Instituto Gallego de Medicina Técnica. Vigo (Pontevedra).	52
<b>23</b>	<b>CALIDAD DE VIDA A LARGO PLAZO DEL PACIENTE CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO SEVERO.</b> Molano Álvarez E, Cabrero Cabrero AI, Cornejo Bauer C, Domínguez Caballero M, Gómez García H, Murillo Pérez A, Torrente Vela SA, Vinagre Gaspar R, Cuenca Solanas M, García Fuentes C Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Doce de Octubre. Madrid.	53
<b>24</b>	<b>VALORACIÓN DE CARGAS DE TRABAJO Y TIEMPOS DE ENFERMERÍA: PROPUESTA DE UNA NUEVA ESCALA DE VALORACIÓN.</b> Braña Marcos B, Del Campo Ugidos RM, Fernández Menéndez E, De La Villa Santoveña M, Blanco Vázquez MP. Unidad de Cuidados Intermedios. Fundación Hospital de Jove. Gijón (Asturias).	54
<b>25</b>	<b>ANÁLISIS DE LOS RECURSOS ENFERMEROS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE NIVEL 1.</b> Lacasaña Bellmunt P, Mínguez López I, Rueda García J, Tur Riera J, Ruiz Orengo B, Gámez Cantero S, Ros Martínez M. Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Can Misses. Ibiza (Illes Balears).	55

**SALA MAYOR – Comunicaciones Orales**

**26 EVALUACIÓN DE LAS NECESIDADES DE SEDACIÓN, ANALGESIA Y BLOQUEO NEUROMUSCULAR DEL PACIENTE SOMETIDO A VENTILACIÓN MECÁNICA**  
 Arias Rivera S, Sánchez Sánchez MM, Santos Díaz R, Gallardo Murillo MJ, Simarro Blasco JA, Sánchez Izquierdo R, Frutos Vivar F.  
 Servicio de Cuidados Intensivos/Grandes Quemados. Hospital Universitario de Getafe. Getafe (Madrid). . . . . 59

**27 ANÁLISIS DEL NIVEL ÓPTIMO DE SEDACIÓN DE LOS PACIENTES VENTILADOS MECÁNICAMENTE MEDIANTE LA ESCALA GLASGOW MODIFICADA POR COOK.**  
 Arias Rivera S, Gallardo Murillo MJ, Sánchez Izquierdo R, Sánchez Sánchez MM, Santos Díaz R, Frutos Vivar F.  
 Servicio de Cuidados Intensivos/Grandes Quemados. Hospital Universitario de Getafe. Getafe (Madrid). . . . . 60

**28 PLAN DE CUIDADOS FRENTE A PROTOCOLO. UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS.**  
 González Sánchez JA (1), Corujo Fernández B (1), Colino Lamparero MJ (1), López Ortega S (1), Molina de Arévalo MV (1), Rosado Muñoz Nuria (1), Simón García MJ (2), Blesa Malpica AL (3).  
 (1) Enfermero. Unidad de Críticos I. Hospital Clínico San Carlos. Calle Profesor Martín Lagos s/n. Madrid (Madrid).  
 (2) Enfermera adjunta. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. Hospital Clínico San Carlos. Calle Profesor Martín Lagos s/n. Madrid (Madrid). (3) Médico adjunto. Unidad de Medicina Intensiva. Hospital Clínico San Carlos. Calle Profesor Martín Lagos s/n. Madrid (Madrid). . . . . 61

**29 HIPOTERMIA EN LA REDUCCIÓN DEL DAÑO CEREBRAL TRAS PARADA CARDÍACA.**  
 Rodrigo Frontelo R, Espinosa Serrano EM, Díaz Castellanos L, Sanz Fuentes S.  
 Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Severo Ochoa. Leganés (Madrid). . . . . 62

**30 ¿ES EL TRASLADO INTRAHOSPITALARIO DEL PACIENTE CRÍTICO UNA SITUACIÓN DE COMPROMISO VITAL? ANÁLISIS DEL RIESGO INTRÍNSECO.**  
 Rodríguez Martínez FJ, Closas Pazos V, García Miguelez H, Flo García MA, Vacas Joya S, Nova García R, Merino Marcelo I.  
 UCI Polivalente. Hospital Universitario de la Vall d'hebron. Barcelona. . . . . 63

**Martes 21 de Junio de 2005**

**AUDITORIO LA GAVIOTA – Comunicaciones Orales**

**31 BURNOUT. NO, GRACIAS.**  
 Acebes Fernández MI, Montial Fernández E, Ruiz de Escudero García N, Arana Monte M, López de Audicana Jiménez de Aberásturi Y.  
 Unidad de Medicina Intensiva. Hospital Santiago Apóstol. Vitoria-Gasteiz. . . . . 67

**32 CARDIOVERSIÓN ELÉCTRICA ELECTIVA EN CUIDADOS INTENSIVOS.**  
 Álvarez González MJ, Novales Salcedo P, Vila Gómez M, Giraldo Martinez G, González García MP, Soletto Pares G.  
 Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Txagorritxu. Vitoria (Alava) . . . . . 68

**33 GRADO DE EVIDENCIA CIENTÍFICA SOBRE DOS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA: REINTRODUCCIÓN O RECHAZO DEL CONTENIDO GÁSTRICO RESIDUAL**  
 Valls Miró C, Carreño Granero A, Asensio Malo G, Martínez Estalella G, Llusà Finestres J, Domingo Felici MC, García Córdoba C, Juvé Udina ME,  
 Servicio de Cuidados Intensivos. Hospital Universitari de Bellvitge. Hospitalet del Llobregat (Barcelona). . . . . 69

<b>34 NEMS, UNA ESCALA OBJETIVA DE LA CARGA ENFERMERA.</b>	
Moreno Mulet C, Arenas Gallero R, Medina Atiénzar I, Prieto González S, Salvatierra Bourel JM. Unidad de Cuidados Intensivos. Área de Críticos. Hospital Son Llàtzer. Palma de Mallorca. . . . .	70
<b>35 SOBRECARGA ASISTENCIAL DEL PACIENTE TRATADO CON UN PROTOCOLO DE CONTROL INTENSIVO DE GLUCEMIA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.</b>	
Cruz Ramos A, García González A, Diego Romero MA, Arias Torre S, Perea Moraga MC, Fontán Vinagre G, Rivera Alvarez J. Servicio de Medicina Intensiva. Unidad Polivalente. Hospital Universitario Doce de Octubre. Madrid. . . . .	71

## **SALA MAYOR – Comunicaciones Orales**

<b>36 SEGURIDAD MICROBIOLÓGICA DE LA PREPARACIÓN EN UCI DEL DIALIZADOR DE ALBÚMINA PARA TRATAMIENTO MARS.</b>	
Rodríguez Herrero, C., Zurita Melero, T., Jurado Oñate, L., Medina Carmona, A., Fernández Vargas, M.L., Herrera Gutiérrez, M.E. SCCU. Hospital Carlos Haya. Málaga. . . . .	75
<b>37 PROTOCOLO DE INGRESO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL TRASPLANTE HEPÁTICO. MANEJO EN EL POSTOPERATORIO INMEDIATO.</b>	
Cabrejas Ayuso A. Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitario de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona. . . . .	76
<b>38 ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON HEMORRAGIA CEREBRAL NO TRAUMÁTICA.</b>	
Oms RM, Vega M, Pérez G, Huerta S, Ricart MT, Solà N. Servicio de Medicina Intensiva. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Hospital Universitario de la UAB. Barcelona. . . . .	77
<b>39 MONITORIZACIÓN DE INDICADORES COMO HERRAMIENTA DE MEJORA DE LA CALIDAD.</b>	
Fransi Labat C, Gonzalez Recasens S, López Martínez N, Martín Arias C, Martínez Carbó S, Rodríguez Roselló S. Servicio de Medicina Intensiva. Centro Médico Delfos. Barcelona (Barcelona). . . . .	78
<b>40 VIGILANCIA DE LA INFECCIÓN URINARIA ASOCIADA A SONDAGE URETRAL EN UNA UCI COMARCAL.</b>	
Gutiérrez Valverde L (1), Pinazo Murria M (2), Rodríguez Rajadell P (1), Hernández Casanova I (1), Fuentes Núñez J (1), Mula Tortajada (1), García López I (1), Albiñana Vidal G (1), Broch Porcar MJ (1). (1) Servicio Medicina Intensiva. (2) Servicio Medicina Preventiva. Hospital de Sagunto. Sagunto (Valencia)	79
<b>41 VENTILACIÓN NO INVASIVA EN PACIENTES CON FALLO RESPIRATORIO Y CÁNCER.</b>	
Martín Lozano R, Almada Fernández MB, Pérez Pérez R, Pérez García M, Salmerón Saura E, López Real MD UCI. Hospital Morales Meseguer. Murcia. . . . .	83
<b>42 UN SOPLO DE AIRE QUE MARCA LA DIFERENCIA.</b>	
Carrera Martínez D, Fernández Cuervo M C, Casas Rodríguez R, Calvo Fernández L, Díaz-Caneja Sela V, Álvarez Fernández L. Servicio de Medicina Intensiva. Hospital de Cabueñes. Gijón (Asturias). . . . .	84
<b>43 HEMOCULTIVOS EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.</b>	
Barcenilla Román N, Robles López ML, Fernández García E, Vara Pérez J, Suárez Arias R. Hospital de León. León. . . . .	85
<b>44 INCIDENCIA DE INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO ASOCIADA A CATETERISMO VESICAL.</b>	
Robles López ML, Barcenilla Román N, Olivera Seijas C, López Alonso C, Pérez Álvarez L, Acedo Diego MJ. Unidad de Medicina Intensiva. Hospital de León. León. . . . .	86

<b>45 FAMILIARES Y ENTORNO DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS: ESTADO DE LA CUESTIÓN Y PROPUESTAS DE INVESTIGACIÓN FUTURA.</b>	
Sánchez Calvin C (1), Zaforteza Lallemand C (2), Lastra Cubel P (1).	
(1) Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Universitario Son Dureta.	
(2) Departament i Escola d'Infermeria i Fisioteràpia. Universitat de les Illes Balears. . . . .	87

**AUDITORIO LA GAVIOTA – Comunicaciones Orales**

<b>46 MEDIDAS DE AISLAMIENTO EN EL PACIENTE TRASPLANTADO. ¿SE CONOCEN Y SE APLICAN?</b>	
Domingo Zambudio J, Martínez Martínez A, López Corbalan MC.	
Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. El Palmar (Murcia). . . . .	91
<b>48 CORRELACIÓN ENTRE DOS ESCALAS DE VALORACIÓN DEL RIESGO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTES DE UCI.</b>	
Arana Fajardo M, Figueras Bosch MJ.	
Servicio de Medicina Intensiva SCIAS Hospital de Barcelona. Avenida Diagonal 660, 08034 Barcelona. . . . .	92
<b>49 COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE CON VÍA AÉREA ARTIFICIAL (INTUBADO/TRAQUEOSTOMIZADO). UN NUEVO MÉTODO MEDIANTE SISTEMA INFORMÁTICO</b>	
Bello González MI, Buleo Lorca MJ, Rodrigo Frontelo R, Pérez Curiel G.	
Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Severo Ochoa. Leganés (Madrid). . . . .	93
<b>50 CUBIS: CUESTIONARIO DE BIENESTAR PSICOLÓGICO. UN INSTRUMENTO DE MEDIDA DE LA REPERCUSIÓN DE LA ENFERMEDAD Y EL AMBIENTE SOBRE LOS ENFERMOS DE UCI Y SUS FAMILIARES.</b>	
Ramos Branchadell P (1), Fernández Catalá D (1), Martínez Vinuesa L (1), Yvars Bou M (1), Ballester R (2), Abizanda Campos R (2), Bernat Adell A (1).	
(1) Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitario Asociado General de Castellón. Castellón.	
(2) Departamento de Psicología. Universidad Jaume I. Castellón. Castellón. . . . .	94

**PÓSTERS**

<b>P01</b>	<b>VARIACIONES EN LOS RESULTADOS DE LA GASOMETRIA ARTERIAL (GA) EN FUNCION DEL TIEMPO DE PROCESAMIENTO DE LA MUESTRA.</b> Reyero Alonso M (1), Sánchez Vallejo A (1), Sabugo Molina V (1), Artega Sánchez J (2), González González AB (1), Rodríguez Grande MJ (1). (1) Servicio de Medicina Intensiva. Hospital de León. León. (2) Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Doctor Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. . . . .	97
<b>P02</b>	<b>ENVIN CONTINUADO PARA EL CONTROL DE LA INFECCIÓN EN UCI. PAPEL DE ENFERMERÍA EN SU GESTIÓN.</b> Perz O, Jordà R, Bergadá J. Clínica Rotger. Palma Mallorca. Baleares. . . . .	98
<b>P03</b>	<b>ACTUACIONES DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE SOMETIDO A CIRUGÍA MAXILOFACIAL.</b> Artázcoz Artázcoz MA, Soria Sarnago MT, Martín Goñi E, Espelós Betelu A, Jimeno Montes Y. Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Virgen del Camino. Pamplona (Navarra). . . . .	99
<b>P04</b>	<b>INCIDENCIA DE SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO EN UCI. FACTORES DE RIESGO.</b> Ayllón Garrido N (1), González García M (1), Álvarez González M (1), Belaustegi A (1), Carmona Quintana E (2), Salvador Moral C (2). (1) Servicio de Medicina Intensiva. Hospital de Txagorritxu. Vitoria. (2) Servicio de Reanimación. Hospital de Galdacano. Vizcaya. . . . .	100
<b>P05</b>	<b>GANGRENA DE FOURNIER. PROTOCOLO DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN UNA UCI.</b> Muñoz Camargo JC, Guerra Gallego MJ, Espadas Maeso MJ, Perez Fernandez-Infantes S, Cinjordis Valverde P, Alfonso Díaz MD. Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Nuestra Señora de Alarcos. Ciudad Real. . . . .	101
<b>P06</b>	<b>ANÁLISIS Y REGISTRO DE LAS AGRESIONES EN CUIDADOS INTENSIVOS.</b> Camacho García MG (1), Fernández Martín MJ (1), Olmos Aullón C (2), Ruiz García S (2), Sanjuán Naváis (1). (1) Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitario de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona. (2) Unidad Coronaria. Hospital Universitario de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona. . . . .	102
<b>P07</b>	<b>EVALUACIÓN DE UNA APLICACIÓN INFORMÁTICA EN U.C.I. PROGRAMA GACELA.</b> Feal Fonte D, Miralles Frutos C, Fernández Loureiro C, García Jiménez A, Díaz Díaz M. Servicio de Cuidados Intensivos. C.H.A. Marcide-Novoa Santos. Ferrol (La Coruña). . . . .	103
<b>P08</b>	<b>PREOCUPACIONES DE PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS TRAS UN INFARTO.</b> Rodríguez Rodríguez A (1), Rodríguez Fernández (2), Rodríguez Fernández C (3). (1) Centro de Saúde de Mariñamansa. Ourense. (2) Unidad de Corta Estancia. Complejo Hospitalario de Ourense. Ourense. (3) Unidad de Reanimación. Complejo Hospitalario de Ourense. Ourense. . . . .	104
<b>P09</b>	<b>EDUCACIÓN SANITARIA EN EL TRASPLANTADO HEPÁTICO.</b> Cabrejas Ayuso A. Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitario de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona. . . . .	105
<b>P10</b>	<b>CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE PORTADOR DE BALÓN DE CONTRAPULSACIÓN INTRAÓRTICO.</b> Cabrejas Ayuso A. Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitario de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona. . . . .	106

P11	<b>ACCIDENTES BIOLÓGICOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS: "MEJOR PREVENIR QUE CURAR".</b> Albiñana Vidal G (1), García López MA (1), Herraiz Ortiz JA (1), Piqueras Altabella R (2), Gómez Martínez E (1), Calvo Embuena R (1), González Monte C (2). (1) Servicio de Medicina Intensiva. Hospital de Sagunt. Sagunt (Valencia). (2) Servicio de Medicina Preventiva. Hospital de Sagunt. Sagunt (Valencia). . . . .	107
P12	<b>ESTUDIO DE DESORIENTACIÓN EN LOS PACIENTES INGRESADOS EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.</b> Pérez Vega E, Moreno Jiménez E, Rodríguez Navarro MJ, Trigueros Oliva MJ, Sánchez Galán T, Espí Gil S. Servicio de Cuidados Intensivos. Hospital Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina (Toledo). . .	108
P13	<b>ADAPTACIÓN DEL REGISTRO DE ENFERMERÍA AL PLAN DE CUIDADOS. METODOLOGÍA DELPHI.</b> Viñuales Cabasés H, Gil Ariño M, Magaña Carpio L, Vilalta Pérez M, Real Llovera T, Sancho Alonso M. Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitario Arnau de Vilanova. Lleida. . . . .	109
P14	<b>VALORACIÓN DEL INFORME DE ENFERMERÍA AL ALTA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS POR ENFERMERAS DE HOSPITALIZACIÓN.</b> Palacios Romero AM, Rey Gallego N, Irigoyen Aristorena I, Yagüe Gastón A. Servicio de Medicina Intensiva. Hospital de Navarra. Pamplona (Navarra). . . . .	110
P15	<b>ESTUDIO DESCRIPTIVO SOBRE LA POLITICA DE VISITAS EN CATALUNYA.</b> Mariné Cabré M, Molina Chueca R. Servei de Medicina Intensiva. Hospital Universitari de Sant Joan. Reus. Tarragona. . . . .	111
P16	<b>SATISFACCIÓN PROFESIONAL Y AGENTES ESTRESORES EN LA PROFESIÓN DE ENFERMERÍA Y SU RELACIÓN CON VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y PROFESIONALES.</b> Casas Anel I, García Álvarez M, Díaz Rubio MI, Hernández Rodríguez I. Servicio de Cuidados Intensivos. Hospital de León. León. . . . .	112
P17	<b>UTILIZACIÓN DE LA ESCALA NEMS (NINE EQUIVALENTS OF NURSING MANPOWER USE SCORE).</b> Romero Romero V, Sánchez Martín R, García García R, Gómez Vallejo E, Robas Gómez A, Cabestrero Alonso D. Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Provincial Ntra. Sra. de la Misericordia. Toledo. . . . .	113
P18	<b>PERFIL DEL ENFERMO CORONARIO INGRESADO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE UN HOSPITAL COMARCAL.</b> Bravo Fernández C, Verdugo Páez A, Horrillo Gutiérrez de Tena MA, Aparicio Ortega I, Terrón Moreno FJ, Vega Reyes I, Fernández Romero R., Virues Gómez J. Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Comarcal "Valle de Los Pedroches". Pozoblanco (Córdoba). .	114
P19	<b>PROTOCOLO DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA POLINEUROPATÍA DEL PACIENTE CRÍTICO.</b> Muñoz Camargo JC (1), De La Rúa Delgado A (2), García Picón S (2), Guerra Gallego MJ (1), Espadas Maeso MJ (1), Pérez Fernández-Infantes S (1), Cinjordi Valverde P (1), Alfonso Díaz MD (1), Moreno Ortiz J (1). (1) Servicio de Medicina Intensiva. Complejo Hospitalario Nuestra Señora de Alarcos de Ciudad Real. Ciudad Real. (2) Servicio de Rehabilitación. Complejo Hospitalario Nuestra Señora de Alarcos de Ciudad Real. Ciudad Real. . . . .	115
P20	<b>EVALUACIÓN DE UN PROTOCOLO DE WEANING EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.</b> Perarnau Manau G, Medina García P, Gámez Cantero S, Aguilar Martínez R, García Verdejo JA. Servicio Medicina Intensiva. Hospital Can Misses. Ibiza. Baleares. . . . .	116

P21	<b>LEGIBILIDAD DEL FOLLETO DE INFORMACIÓN PARA LOS FAMILIARES DE UNA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVOS.</b> Ros Martínez M, Vila Rumbo M, Ramos Rodríguez JM, García Verdejo J, Perarnau Manau G, Urbano Cobos E, Lacasaña Bellmunt P. Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Can Misses. Ibiza (Balears). . . . .	117
P22	<b>IMPLICACIÓN PROFESIONAL Y ÚLCERAS POR PRESIÓN EN CUIDADOS INTENSIVOS</b> Arantón Areosa L, Rumbo Prieto JM, Linares Ocampo P, Sierto Díaz E, Díaz Seoane B, Eguren Llera P. Unidad de Cuidados Intensivos. Complejo Hospitalario Arquitecto Marcide. Ferrol (A Coruña). . . . .	118
P23	<b>PERMEABILIDAD DE LOS CATÉTERES ARTERIALES SIN PERFUSIÓN DE HEPARINA.</b> Clemente López FJ, Santana Medina JN, Rodríguez Soler A, Delgado Díaz A. Servicio Canario de Salud . . . . .	119
P24	<b>VALORACIÓN DEL INFORME DE ENFERMERÍA AL ALTA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. PRESENTACIÓN DE UN NUEVO MODELO.</b> Blanco Longueira MB, Esmorís Vettor DN, Fernández López MV, Gago García ME, Regueira Morandeira ML, Torre Barbeito G. Unidad de Cuidados Intensivos de Politraumatizados-Polivalentes. Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. La Coruña . . . . .	120
P25	<b>PLASMAFILTRACIÓN: EXPERIENCIA EN LA UCIP DEL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN.</b> Burgos Sala A, Izquierdo Izquierdo V, Fuentes Montes E, Fernández Deza E. Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. Hospital Materno-Infantil Gregorio Marañón. Madrid. . . . .	121
P26	<b>VENTILACIÓN DE ALTA FRECUENCIA OSCILATORIA EN UN CASO DE CONTUSIÓN PULMONAR BILATERAL, NEUMOTÓRAX Y HEMORRAGIA PULMONAR.</b> Gómez Masía A, Rivas Martín R, Naranjo Peña I, Puerta Ortega Y, Cordero Martínez M. Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. Hospital Materno-Infantil Gregorio Marañón. Madrid. . . . .	122
P27	<b>ESTUDIO DE UN BROTE EPIDÉMICO POR ACINETOBACTER BAUMANNII.</b> López Ventoso M (1), Martínez López AI (2), Menéndez Robledo E (3), Pérez López L (2), Sousa Fernández A (4). (1) Eventual. Área VI. Asturias. (2) Eventual. Área V. Asturias. (3) Eventual. Área IV. Asturias. (4) Eventual. Área III. Asturias. . . . .	123
P28	<b>CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON INTOXICACIÓN POR ORGANOFOSFORADOS.</b> Cabrejas Ayuso A. Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitario de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona. . . . .	124
P29	<b>DE EXCURSIÓN CON EL PACIENTE CRÍTICO... ¿CÓMO ORGANIZAR UN TRASLADO INTRAHOSPITALARIO SEGURO?</b> Cabrejas Ayuso A. Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitario de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona. . . . .	125
P30	<b>RELACIÓN COLOR DE OJOS CON PACIENTES INTERVENIDOS DE BY-PASS CORONARIO.</b> Sánchez Delgado I, Aragó Fonts M, Gómez Fernández M, Guitart Aparicio M. Unidad de Cuidados Intensivos 2, postoperados de cirugía cardiaca. Hospital Universitario Germans Trias i Pujol. Badalona (Barcelona). . . . .	126

P31	<p><b>NIVEL DE SATISFACCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA ANTE CAMBIOS ORGANIZATIVOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO INSULAR DE GRAN CANARIA</b></p> <p>Martín Fuentes M, Forteza Pons L, Guijo Pérez V, Ramos Falcón L, González Campos S.                  Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Universitario Insular de Gran Canaria. Las Palmas (Las Palmas de Gran Canaria) . . . . .</p>	127
P32	<p><b>EXPERIENCIA DE ENFERMERÍA EN LA IMPLANTACIÓN DE MARCAPASOS DEFINITIVOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL SANTA MARÍA NAI EN OURENSE DURANTE EL AÑO 2003.</b></p> <p>Añel Álvarez ME, Iglesias Otero MI, Costas García MC, Domínguez García MC.                  Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Santa María Nai.                  Complejo Hospitalario Ourense (Ourense). . . . .</p>	128
P33	<p><b>ANÁLISIS DE LOS TIPOS DE ESTRUCTURAS ORGANIZATIVAS EN UCI.</b></p> <p>Godoy Déniz S, González Campos JA.                  Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Insular Universitario de Gran Canaria. Las Palmas (Las Palmas de Gran Canaria) . . . . .</p>	129
P34	<p><b>PROTOCOLO DE ACTUACIÓN FRENTE AL ACINETOBACTER BAUMANNII.</b></p> <p>López Ventoso M (1), Martínez López AI (2), Menéndez Robledo E (3), Pérez López L (2), Sousa Fernández A (4).                  (1) Eventual. Área VI. Asturias. (2) Eventual. Área V. Asturias.                  (3) Eventual. Área IV. Asturias (4) Eventual. Área III. Asturias. . . . .</p>	130
P35	<p><b>GUÍA PARA LA ADMINISTRACIÓN DE ÓXIDO NÍTRICO INHALADO EN UNIDADES DE CUIDADOS CRÍTICOS DE ADULTOS Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA.</b></p> <p>Collado Sáiz IC (1), García Alcalde C (2).                  (1) Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.                  (2) Unidad de Cuidados Postoperatorios de Cirugía Cardíaca. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. . . . .</p>	131
P36	<p><b>CONOCER EL GRADO DE SATISFACCIÓN DE PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS Y DE SUS FAMILIARES</b></p> <p>Galceran Ubach La.                  Unidad de Vigilancia Intensiva Hospital Dos de Maig. Barcelona . . . . .</p>	132
P37	<p><b>LÁTEX: RIESGO O PROTECCIÓN.</b></p> <p>Iriarte Ramos S, Martín Calvo V, Martínez Forcén S, Tarrero Lozano MC.                  Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Nuestra Señora de Gracia. Zaragoza. . . . .</p>	133
P38	<p><b>¿ESTAMOS LOS SANITARIOS ENCAMINADOS A SER ALÉRGICOS AL LÁTEX?</b></p> <p>Iriarte Ramos S, Martín Calvo V, Martínez Forcén S, Tarrero Lozano MC.                  Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Nuestra Señora de Gracia. Zaragoza. . . . .</p>	134
P39	<p><b>PLAN DE CHOQUE ANTE UN BROTE DE ACINETOBACTER BAUMANNII (A.B). DESCRIPCIÓN DEL PROCESO DE ACTUACIÓN.</b></p> <p>Bueno Gómez J, Martínez Mesas M, Vía Clavero G, Moreno Durán A, Fernández Martín MJ, Blancas López P, Pena Alfaro M., Argerich González MJ.                  Diplomadas Universitarias Enfermería. Servicio de Medicina Intensiva.                  Hospital Universitario de Bellvitge (HUB). . . . .</p>	135

P40	<b>UTILIZACIÓN DE LA OPCIÓN "FLUJO ON" 2.0 DEL VENTILADOR NELLCOR PURITAN BENNETT 7200 SERIES. ANÁLISIS DE NUESTRA EXPERIENCIA.</b> Via Clavero G, Moreno Durán A, Fernández Martín MJ, Blancas López P, Martínez Mesas M, Bueno Gómez J, Camacho García G. Diplomados Universitarios de Enfermería. Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitario de Bellvitge. . . . .	136
P41	<b>EVOLUCIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA SOBRE UNA PACIENTE AFECTA DE CELULITIS CUTÁNEA SÉPTICA.CURAS ESPECÍFICAS SOBRE EL 33% DE LA SUPERFICIE CORPORAL.</b> Rodríguez Martínez FJ (1), Calixto Rodríguez J (1), Couñago Méndez S (2). (1) Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitari Vall d'Hebrón. Barcelona. (2) Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. Barcelona. . . . .	137
P42	<b>CUIDADOS DE ENFERMERÍA PROPIOS DEL CONTROL DE LOS DRENAJES JACKSON PRATT EN LOS TRASPLANTES HEPÁTICOS.</b> Calixto Rodríguez J (1), Rodríguez Martínez FJ (1), Couñago Méndez S (2). (1) Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitari Vall d'Hebrón. Barcelona. (2) Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. Barcelona. . . . .	138
P43	<b>INTOXICACIÓN AGUDA POR INGESTIÓN DE INSECTICIDAS ORGANOFOSFORADOS.</b> Blancas López P, Julve Ibañez A, Ordoñez Rufat Pilar. Hospital Universitario de Bellvitge . . . . .	139
P44	<b>EDUCACIÓN SANITARIA TRAS LA CIRUGÍA DE BYPASS AORTOCORONARIO.</b> Blanco Zapata RM, Ramirez Villamor ML, Alvarez Mielgo MA, Lecuona Calzón I, Cubillo Fernández E, Monguiló Martitegui MJ, Espiño Jul RM, Gutiez Corcuera I. Servicio de Medicina Intensiva. Hospital de Cruces. Baracaldo (Vizcaya). . . . .	140
P45	<b>SATISFACCIÓN LABORAL EN CUIDADOS INTENSIVOS: ¿REALIDAD O UTOPIA?</b> Giménez Gomariz F, Ribelles Hernández MV, Vergel Méndez CL. Servicio de Medicina Intensiva.Hospital Universitario de San Juan.(Alicante). . . . .	141
P46	<b>SHOCK SÉPTICO: REVISIÓN</b> Salas Campos L, Martín Campos R, Pastor Amorós MT. Hospital General Vall D'Hebron . . . . .	142
P47	<b>VIGILANCIA Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA ASOCIADOS AL TRATAMIENTO CON PROTEÍNA C REACTIVA.</b> Pastor Amorós MT, Salas Campos L, Martín Campos R. Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital General Vall d'Hebron. . . . .	143
P48	<b>ANALGESIA I: MONITORIZACIÓN DEL DOLOR EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. ESCALAS DE VALORACIÓN.</b> Abad Casteleiro M, Huertas Pozurama Y, Mariñas Balado A, Rodríguez Álvarez MJ, Suárez López P. Servicio de Cuidados Intensivos. Unidad de Intermedios. Complejo Hospitalario Juan Canalejo. La Coruña . . . . .	144
P49	<b>ANALGESIA II: MONITORIZACIÓN DE LA SEDACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. ESCALAS DE VALORACIÓN.</b> Abad Casteleiro M, Huertas Pozurama Y, Mariñas Balado A, Rodríguez Álvarez MJ, Suárez López P. Servicio de Cuidados Intensivos. Unidad de Intermedios. Complejo Hospitalario Juan Canalejo. La Coruña . . . . .	145
P50	<b>PSEUDOARRITMIAS VENTRICULARES. UNA CAUSA POTENCIAL DE ERRORES VITALES.</b> García Velasco Sánchez Morago S, Puebla Martín A, Sánchez Coello MD, Torres de la Torre R, Puebla Martín MA. Servicio de Medicina Intensiva. Hospital de Alarcos. Ciudad Real. . . . .	146

P51	<b>ANALGESIA III: ANALGESIA EPIDURAL. CUIDADOS DE ENFERMERÍA</b> Abad Castelleiro M, Huertas Pozurama Y, Mariñas Balado A, Rodríguez Alvarez MJ, Suárez López P. Unidad de Intermedios. Servicio de Medicina Intensiva. Complejo Hospitalario Juan Canalejo. La Coruña . . . . .	147
P52	<b>FALLO MULTIORGÁNICO IRREVERSIBLE POR SHOCK SÉPTICO MENINGOCÓCCICO: UN RETO PARA LA ENFERMERIA INTENSIVA.</b> Villar Miranda H, Calixto Rodríguez Q, Gallart Vivé E. Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General Valle Hebrón. Barcelona. . . . .	148
P53	<b>¿ES NECESARIA LA UTILIZACIÓN DEL "MORDEDOR" EN TODOS LOS PACIENTES INTUBADOS?</b> Gasulla Guillermo A (1), Ordóñez Rufat P(2), Polit Martínez V (2), Gasulla Guillermo, M.(3) (1) Servicio de vigilancia intensiva respiratorio. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. Barcelona. (2) Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitario de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat. (3) Serv. Medicina Intensiva. Hospital del Mar. BARCELONA. . . . .	149
P54	<b>USO DE LAS BOMBAS DE ANALGESIA CONTROLADA POR EL PACIENTE EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.</b> Blanco Longueira MB, Esmoris Vettor DN, Fernández López MV, Gago García ME, López Rodríguez MJ, Regueira Morandeira ML, Torre Barbeito G. Unidad de Cuidados Intensivos de Politraumatizados-Polivalentes. Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. La Coruña. . . . .	150
P55	<b>PREVENCIÓN DE LOS PROBLEMAS MUSCULOESQUELÉTICOS ORIGINADOS POR LA INMOVILIDAD EN PACIENTES EN LAS UNIDADES DE CRÍTICOS.</b> Martín Goñi E, Espelosin Betelu A, Soria Sarnago MT, Jimeno Montes Y, Artázcoz Artázcoz MA. Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Virgen del Camino. Pamplona, Navarra. . . . .	151
P56	<b>CONTROL DE CALIDAD EN LA ADMINISTRACIÓN DE HEPARINAS DE BAJO PESO MOLECULAR EN TRATAMIENTOS TERAPÉUTICOS.</b> Florensa Cabré Y. Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitario Arnau de Vilanova. Lleida. . . . .	152
P57	<b>INFORME DE ENFERMERÍA AL ALTA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.</b> García Pazo P, De La Torre Tur L, Segarra Moreno M, Simón Lázaro S, Sánchez Martín A, Morón Canis M, Mulet Amengual A. Unidad de Cuidados Intensivos. Área de críticos. Hospital Son Llàtzer. Palma de Mallorca (Balears). . . . .	153
P58	<b>LIMITACIONES DE LA MONITORIZACIÓN CONTINUA NO INVASIVA DE LA SATURACIÓN DE OXÍGENO ARTERIAL -PULSIOXÍMETRO-</b> Artázcoz Artázcoz MA (1), Villar Miranda H.(2). (1)Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Virgen del Camino Pamplona (Navarra). (2)Servicio de medicina Intensiva. Hospital General Universitario Valle d'Hebrón Barcelona . . . . .	154
P59	<b>LOGRO DE CONSENTIMIENTOS INFORMADOS EN UN ENSAYO CLÍNICO MULTIDISCIPLINAR.</b> Cabrejas Ayuso A, Sánchez Salido LT. Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitario de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona. . . . .	155
P60	<b>RESULTADOS DE UN AÑO DE FORMACIÓN SOBRE SOPORTE VITAL BÁSICO Y DESFIBRILADORES AUTOMÁTICOS EN EL ÁREA V.</b> González Suárez O, Gómez Allende F, García Damorín MJ. Enfermera/o del servicio de Medicina Intensiva del Hospital de Cabueñes. Gijón (Asturias). . . . .	156

P62	<b>IAM, CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD: INCLUSIÓN EN EL PROGRAMA CORAZÓN, EDUCACIÓN SANITARIA.</b> Hernández López R, Martín Ojeda FJ, García Gallardo MC. Enfermeros en la Unidad de cuidados intensivos del Hospital Universitario San Cecilio. Granada. . . . .	157
P63	<b>DROTRECUGINA ALFA (ACTIVADA): ADMINISTRACIÓN EN 52 PACIENTES CON SEPSIS GRAVE ASOCIADA A DOS O MÁS FALLOS ORGÁNICOS.</b> García Velasco Sánchez Morago S, Torres de la Torre R, Rubio Rivero RE, Fernández González M, Puebla Martín A, Ruiz Ramírez MS. Servicio de Medicina Intensiva. Hospital de Alarcos. Ciudad Real. . . . .	158
P64	<b>REDUCCIÓN DE LAS CARGAS DE TRABAJO DE ENFERMERÍA EN PACIENTES TRATADOS CON TÉCNICAS DE REEMPLAZO RENAL CONTINUO.</b> Dorado Arriaga M, Sanchez Diez G, Alvarez Tornero M, Fernandez Martos JM, Justo Mota P. UCI. Clínica Rúber. Madrid. . . . .	159
P65	<b>ACTUALIZACIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON BALÓN DE CONTRAPULSACIÓN INTRAAÓRTICO.</b> Cebrián Cuevas E, Bencomo García MY, Cruz Cabeza MI, Mayo González N. Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitario Ntra. Sra. de la Candelaria. Santa Cruz de Tenerife. . . . .	160
P66	<b>COMPARATIVA DE LA INFECCIÓN EN UN PACIENTE QUEMADO CRÍTICO Y EN UN PACIENTE DE CUIDADOS INTENSIVOS CON OTRA PATOLOGÍA.</b> Barrio Cadiñanos I, González Hernández MA, Martín Morente E Eva. Unidad de Quemados, Hospital Universitario La Paz. Madrid. . . . .	161
P67	<b>REVISIÓN DEL USO DE UN REGISTRO DE ENFERMERÍA PARA LA VALORACIÓN Y CONTROL DE LA EVOLUCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN EN UNIDADES DE CRÍTICOS.</b> Peña Vivar MA, Girona Zaguirre M. Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Universitario de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona. . . . .	162
P68	<b>MONITORIZACIÓN DE LA PRESIÓN INTRAABDOMINAL: REVISIÓN DE MÉTODOS.</b> Matheu Clop E, González López M, Heering Ch, Luna Redondo G, Cirera Guasch A, Adalia Bartolomé R. Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgicos. Hospital Clínic Barcelona. Barcelona (Cataluña). . . . .	163
P69	<b>HIGIENE BUCAL DEL PACIENTE INTUBADO.</b> Marón Lorenzo A, Peláez Vázquez I. Unidad de Críticos. Hospital POVISA. Vigo (Pontevedra). . . . .	164
P70	<b>SEGURIDAD DE LOS PACIENTES VS SEGURIDAD DE LA ENFERMERÍA.</b> Argilaga Molero E, Tamar Sánchez L. Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitario de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona) . . . . .	165
P71	<b>SATISFACCIÓN LABORAL DEL PERSONAL DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO NUESTRA SEÑORA DE CANDELARIA.</b> Bonilla Pérez JC (1), Jorge Díaz MY (1), Alberto Rodríguez I (1), González Toledo JP (1), Mesa Alonso S (2). (1)Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Tenerife. (2)Servicio de Neurología. Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Tenerife. . . . .	166
P72	<b>GOLPE DE CALOR. CUIDADOS DE ENFERMERÍA.</b> García Velasco Sánchez Morago S, Sánchez Coello MD, Puebla Martín A, Puebla Martín MA. Servicio de Medicina Intensiva. Hospital de Alarcos. Ciudad Real. . . . .	167



***Lunes 20 de Junio de 2005***

***AUDITORIO LA GAVIOTA***

***08:30***

**Comunicaciones Orales**





## **ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LAS COMPLICACIONES DE LA TRAQUEOSTOMÍA PERCUTÁNEA CON LA TÉCNICA DE CIAGLIA BLUE RHINO.**

Gómez Arroyo J, González Ferragut A, Macías Chaves M, Ramis Latorre E, Ramis Murillo M, Rosselló Sancho J.

Servicio de Medicina Intensiva. Policlínica Miramar. Palma de Mallorca (Islas Baleares).

**OBJETIVO.** Identificar las complicaciones inmediatas y tardías de la traqueostomía percutánea con la técnica de Ciaglia Blue Rhino.

**MATERIAL Y MÉTODO.** Estudio descriptivo retrospectivo que incluye pacientes conectados a ventilación mecánica y que se les practicó una traqueostomía percutánea. El estudio se realizó entre el 1/1/2003 y el 31/06/2004.

**RESULTADOS.** Se incluyeron 56 pacientes, 34 hombres y 22 mujeres, realizándose a todos una traqueostomía percutánea. La edad media correspondió a 66,4 años en varones y 66,18 años en mujeres. El tiempo medio de intubación endotraqueal fue de 12,67 días. Estuvieron una media de 25,08 días traqueostomizados. Las patologías de ingreso más frecuentes en la unidad de cuidados intensivos fueron: patologías respiratorias (35,7%), patologías cardíacas (19,6%), cirugías (12,5%) y hemorragias cerebrales (12,5%). Durante la técnica de la traqueostomía 26 pacientes presentaron algún tipo de complicación, todas de carácter leve, siendo las más frecuentes el sangrado (19,6%), la desaturación temporal (17,8%) y la hipotensión (16,1%). Se observó también en 18 pacientes alguna complicación tardía, siendo el sangrado menor la mayoritaria (23,2%). Se decanularon 19 pacientes sin que apareciesen problemas relevantes en el cierre del estoma.

**CONCLUSIÓN.** En los pacientes sometidos a dicha técnica se observan pocas complicaciones (todas ellas de carácter leve) tanto en su realización como en los días posteriores. La escasez de complicaciones junto a la sencillez de la técnica y a la autonomía del servicio respecto a otros hacen que la traqueostomía percutánea sea un buen recurso para pacientes donde la ventilación mecánica vaya a ser prolongada.

**Palabras clave:**

Traqueostomía percutánea con la técnica de Ciaglia Blue Rhino. Ventilación prolongada. Complicaciones inmediatas y tardías.

## FACTORES AMBIENTALES ESTRESANTES EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.

Ayllón Garrido N (1), Alvarez Gonzalez M (1), Belaustegi A (1), González García M (1), Sainz Nieto R (2), Aparicio Cilla L (1).

(1) Servicio de Medicina Intensiva. Hospital de Txagorritxu. Vitoria. (2) Servicio de Reanimación. Hospital de Galdácano. Vizcaya.

**OBJETIVOS:** conocer los factores ambientales generadores de estrés en nuestra Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y establecer diferencias entre pacientes que desarrollaron o no delirium en UCI.

**METODOLOGÍA:** Estudio analítico, observacional y prospectivo. Criterios de inclusión: mayores de 18 años, estancia > 3 días. Exclusión: trastornos psíquicos, traumatismo craneoencefálico, infección del sistema nervioso central, accidente cerebrovascular, diagnóstico de ingreso coronario, consumo de sustancias psicoactivas, traslado de otra UCI.

Variables: 43 ítems correspondientes a factores ambientales estresantes incluidos en la "ESCALA DE ESTRESORES AMBIENTALES" de Ballard modificada, realizada al alta de UCI.

Delirium: se considera que el paciente padeció delirium si su puntuación fue igual o superior a 4 en la "ESCALA DE DELIRIUM" de Bergeron.

Análisis: número y porcentaje de pacientes que consideraban bastante o muy estresante el ítem en cuestión. Odds Ratio para expresar la fuerza de asociación entre cada ítem y el desarrollo de delirium (IC:95%).

**RESULTADOS:** entrevistamos a 91 pacientes, 33 desarrollaron delirium en UCI y 58 no. Los 10 factores considerados más estresantes corresponden, a los ítems 33,7,2,16,12,4,1,20,5,6.

Los pacientes que sufrieron delirium recordaron más estresantes: tener las manos atadas, sentirse en una fábrica o zona de guerra y desorientación temporo-espacial. En el grupo que no sufrió delirium, el ruido de alarmas y tener sed fueron significativamente más recordados.

**CONCLUSIONES:** sed, dificultad/imposibilidad para dormir, tubos, desorientación, pesadillas y aislamiento de familiares son factores generadores de estrés en UCI. Existen algunas diferencias en sus recuerdos entre el grupo de pacientes que padeció delirium y el que no.

### Palabras clave:

Estrés, UCI, factores ambientales, vivencias, experiencias, delirium, pacientes.

### Financiación:

Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco.

## RESPUESTA DE LA PRESIÓN INTRACRANEAL DURANTE LA ASPIRACIÓN DE SECRECIONES PREVIA INFUSIÓN DE UN RELAJANTE MUSCULAR.

Navarro García MA, Chivite Fernández N, Martínez Oroz A, Marraco Boncompte M, Salvador Nuin E.

Servicio de Medicina Intensiva. Hospital de Navarra. Pamplona (Navarra).

La aspiración de secreciones es una técnica de enfermería habitual en los pacientes sometidos a ventilación mecánica, que puede ser causa de elevación de la Presión Intracraneal (P.I.C.).

**OBJETIVO.** El objetivo del estudio es valorar la repercusión de un relajante muscular sobre la P.I.C. ante la aspiración de secreciones.

**METODOLOGÍA.** Ensayo clínico tomando al mismo paciente como caso y control realizando dos aspiraciones endotraqueales a cada paciente, una de ellas previa infusión de un relajante muscular (Cis-Atracurio) y otra no. La administración en bolo del relajante en la primera o segunda aspiración se ha realizado de forma aleatoria. Se estudiaron 13 pacientes portadores de catéter de medición de P.I.C. intraparenquimatoso dentro de las primeras 36 horas postcolocación y sedoanalgesiadados para una puntuación de 6 en la escala de Ramsay. Se midió la P.I.C. antes, durante y después de cada aspiración.

**METODOLOGÍA ESTADÍSTICA:** programa utilizado SPSS 11.0. Análisis de datos mediante la t de student para datos apareados. El nivel de significación estadística aceptado ha sido del 5%.

**RESULTADOS.** Adjuntamos tabla de resultados:

	PIC con relajante PIC <sub>R</sub>		PIC sin relajante PIC <sub>̄</sub>		DIFERENCIAS PIC <sub>R</sub> - PIC <sub>̄</sub>		Signif.  P<0,05
	Media	Desviación Estándar	Media	Desviación Estándar	Media	Desviación Estándar	
<b>Basal</b>	16,07	18,14	15,00	16,15	1,08	5,85	0,520
<b>Durante</b>	15,15	16,61	21,15	18,52	-6,00	8,91	<b>0,032</b>
<b>A los 5'</b>	15,46	16,10	16,31	17,09	-0,85	2,73	0,286

**CONCLUSIONES:** Según los datos obtenidos en el estudio se ha observado menor aumento de la P.I.C. durante la aspiración de secreciones en aquellos casos en los que se ha administrado el relajante muscular previo a la aspiración.

**Palabras clave:**

hipertensión intracraneal, relajante neuromuscular, trauma craneoencefálico, cisatracurio, aspiración de secreciones.

## **NURSING ACTIVITY SCORE - NAS. NUESTRA EXPERIENCIA CON UN SISTEMA DE COMPUTO DE CARGAS DE ENFERMERÍA BASADO EN TIEMPOS.**

Bernat Adell A, Abizanda Campos R, Cubedo Rey M, Quintana Bellmunt J, Sanahuja Rochera E, Sanchís Muñoz J, Soriano Canuto M, Tejedor López R, Yvars Bou M.

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

**INTRODUCCIÓN.-** Los sistemas de cómputo de cargas de trabajo de enfermería en UCI no han gozado del mismo éxito, en su implantación, que los sistemas de estimación pronóstica de supervivencia. Las causas de ello pueden ser: un diseño médico no orientado a enfermería (TISS en todas sus versiones), una falta de adaptación al cálculo de plantillas (NEMS, niveles de asistencia), y una exigencia de permanente actualización tecnológica. En 2003, se publica NAS, en un intento de obviar todos los problemas expresados y cuyo resultado expresa el porcentaje de tiempo de trabajo de enfermería que requiere la atención de cada paciente. Nuestro objetivo ha sido aplicar el método en nuestra UCI y evaluar sus resultados.

**PACIENTES Y MÉTODO.-** Durante el último trimestre de 2004 se aplicó el NAS sistemáticamente a todos los pacientes ingresados en nuestra UCI, con independencia del motivo de ingreso y el tiempo de estancia en la Unidad. El análisis de esta aplicación se ha realizado mediante SPSS/PC 11.

**RESULTADOS.-** Se han recogido, durante el periodo citado, cómputos de NAS de 315 pacientes, lo que representa 1575 registros diarios. Se ha analizado el resultado de NAS del primer día  $40.8 \pm 14.1$  comparándolo con su evolución durante todos los días de estancia de cada paciente, hasta alcanzar el día de alta de la UCI ( $39.3 \pm 12.7$ ). La estancia media de nuestra serie, ha sido durante este período de  $4,3 \pm 5.4$  días, y el NAS acumulado total por paciente de  $196.2 \pm 279.8$ . No existió buena correlación ( $R^2 : 0.273$ ) entre la puntuación NAS del primer día de estancia en UCI, y sí la hubo entre NAS total y estancia total de cada caso ( $R^2: 0.958$ ). Traducido en tiempos, esto implica que una enfermera puede atender (por turno y promedio) en nuestra UCI a 2.5 pacientes.

**CONCLUSIONES.-** Este sistema se adapta, sin exigencias de actualización periódica, al trabajo real de la enfermería en UCI, su diseño esta orientado al trabajo de enfermería, con independencia de la patología que justifica el ingreso en UCI y es útil para evaluar, adecuadamente, la plantilla de enfermería en una UCI convencional.

### **Palabras clave:**

Cargas de trabajo. Supervivencia. Cálculo plantillas

## **EVALUACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LA CARGA DE TRABAJO ASISTENCIAL EN PACIENTES INGRESADOS EN UCI. ESTUDIO COMPARATIVO NINE EQUIVALENTS OF NURSE MANPOWER USE SCORE VERSUS NURSING ACTIVITY SCORE.**

Bernat Adell A, Abizanda Campos R, Yvars Bou M, Quintana Bellmunt J, Gascó García C, Soriano Canuto M, Reig Valero R, Vidal Tegedor B.

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

**INTRODUCCIÓN.-** Los sistemas de cómputo de carga asistencial no han alcanzado aún los niveles de utilización generalizada que poseen los sistemas de estimación pronóstica de supervivencia. La causa de ello son sus potenciales defectos de diseño (conceptualización médica y no de enfermería) y la, a veces farragosa cumplimentación (TISS 76). Los más simples (NEMS, niveles de asistencia) añaden la dificultad de utilización para el cálculo de plantillas. El desarrollo de NAS (*nursing activity score*) por FRICE® intenta solventar todos estos problemas. Nuestro objetivo ha sido comparar nuestra experiencia (mas de 9 años) con el uso de NEMS con la puesta en marcha de NAS como sistema de expresión y computo de carga asistencial.

**PACIENTES Y MÉTODO.-** Durante el último trimestre de 2004 se han utilizado simultáneamente NEMS y NAS, por parte del personal de enfermería. Durante este período se han recogido 150 pares de valores de computo diario de NEMS - NAS y 150 pares de valores de computo por turno de NEMS - NAS. Se ha realizado la comparación de medias y la correlación lineal de valores obtenido, así como el análisis de los histogramas de valores de cada serie, sus rangos de valor y el análisis de sus coeficientes de sesgo. El análisis se ha realizado mediante SPSS/PC 11.

**RESULTADOS.-** Durante el período señalado se ha constatado que NEMS tiene un rango de valor mucho más estrecho que NAS, tanto en lo que se refiere a valores diarios (18 - 45 frente a 29,70 - 84,50) como en lo que se refiere a valores por turno (18 - 45 frente a 22,40 - 84,50). El análisis de sesgo muestra una desviación a la izquierda de ambas series de valores. La correlación lineal entre NEMS - NAS por turno muestra una R2 de 0,1634, y se empobrece aún más en la correlación NEMS - NAS por día con R2 de 0,0212. Debe destacarse, además, que NEMS expresa sus resultados en puntos, mientras que NAS lo hace en porcentaje de tiempo ocupado en la atención y cuidado del paciente.

**CONCLUSIONES.-** En este estudio preliminar se constata la mejor adecuación de NAS frente a NEMS a las reales cargas de trabajo de los pacientes ingresados en UCI y la no posible correlación entre los valores de ambos sistemas

**Palabras clave:**

Carga de trabajo. Niveles asistenciales. Supervivencia.



***Lunes 20 de Junio de 2005***

***SALA MAYOR***

***08:30***

**Comunicaciones Orales**





## **EVOLUCIÓN DEL NIVEL DE SEDACIÓN DURANTE LA VENTILACIÓN MECÁNICA.**

Arias Rivera S, Sánchez Izquierdo R, Sánchez Sánchez MM, Santos Díaz R, Gallardo Murillo MJ, Frutos Vivar F.

Servicio de Cuidados Intensivos/Grandes Quemados. Hospital Universitario de Getafe. Getafe (Madrid).

**OBJETIVO:** Determinar el nivel de sedación durante el periodo de ventilación mecánica y el periodo de desconexión.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio observacional prospectivo desarrollado en una UCI polivalente de 18 camas durante 18 meses. El nivel de sedación fue determinado mediante la escala de sedación de Glasgow modificada por Cook(G-C). Se definieron 3 niveles de sedación: a)profundamente sedado, pacientes con GC &#61603; 7 puntos, b)nivel óptimo de sedación, pacientes con GC 8-12 puntos, c)insuficientemente sedado, pacientes con GC &#61619; 13 puntos. Evaluamos el nivel de sedación durante dos periodos: a)desde que el paciente es intubado hasta que se realiza la primera prueba de respiración espontánea, b)desde que se realiza la prueba de respiración espontánea hasta que el paciente es extubado. Se registró diariamente la dosis de midazolam, propofol y morfina.

**RESULTADOS:** En los 176 pacientes incluidos, observamos que los enfermos sedados con midazolam tienen un nivel de sedación más profundo, antes de la prueba de respiración espontánea, que los enfermos sedados con propofol ( $p < 0,05$ ) y que los enfermos que recibían propofol, tuvieron un menor tiempo de desconexión de la ventilación mecánica que los que fueron sedados con midazolam (1 día vs. 3 días;  $p < 0.05$ ).

**CONCLUSIONES:** En nuestra cohorte de enfermos encontramos que la sedación con midazolam produce una sedación más profunda durante el tiempo de ventilación mecánica y que esto se asocia a una mayor duración del destete en comparación con la sedación con propofol.

**Palabras clave:**

Sedación, midazolam, propofol, ventilación mecánica, destete, weaning, escala de sedación de Glasgow modificada por Cook.

**Financiación:**

FIS PI03/1177 (Ministerio de Sanidad)  
Red RESPIRA C03/11 (Instituto Carlos III)

## **ANÁLISIS DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE A TRAVÉS DEL PERSONAL QUE HA PRESTADO SUS SERVICIOS.**

Rodríguez Mondéjar JJ, Cevidanes Lara MM, Iniesta Sánchez J, Ramón Carbonell M, Pérez López J, Flores Baeza MJ, Sevilla Vallés MA, Peñalver Hernández F, Rodríguez Mondéjar M.

Filiación institucional

Servicio de Medicina Intensiva. Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia. Murcia.

**OBJETIVO:** conocer y analizar las opiniones de los compañeros que han estado en UCI, entrando en su mayoría de novatos, a través de un cuestionario voluntario cuando se marchan. Metodología: estudio prospectivo, descriptivo. Caso: compañeros que finalizan contrato, o cambian de servicio, después de estar al menos un mes. Lugar: UCI polivalente de 10 camas\* en un hospital general universitario. Dimensión estudiada: calidad con clientes internos. Tiempo: 8 años. Fuente de datos: cuestionario autoadministrado. Las variables recogidas han sido: datos sociodemográficos, expectativas, integración, ventajas e inconvenientes del servicio, percepción de miedo y de ansiedad, mejor experiencia y peor, funcionamiento global del servicio, y otros. Procesamiento estadístico: SPSS/PC, v.12.00, realizando estadística descriptiva para variables cuantitativas con medias y desviación estándar, y para cualitativas utilizando porcentajes, comparadas con Chi2, aceptando significación si  $p < 0,01$

**5. RESULTADOS:** muestra recogida: 50 casos, edad 29,26 años DE 7,2 (20-47). Sexo: mujer 38 (77,6%). Mes: Julio 80,8%. Enfermeras 56,3%, Auxiliar Enf (39,6%), celador sanitario (4,2%).Tiempo en UCI: 267,5 días. Cumplidas expectativas e integración: 98,1 y 98,2%.Ventajas: estímulos profesionales 57,4%, trabajo en equipo 19,9%. Desventajas: aspectos organizativos y estructurales 49,2%, estrés y carga emocional 21,5%. Buenos profesionales: 100%. Volverían: 98%. Significación estadística entre categoría profesional y sentir ansiedad o estrés, y tiempo contrato y excesivo trabajo a realizar. Conclusiones: 1.El personal que pasa por UCI se siente integrado, se cubren sus expectativas, y volvería al servicio. 2.La profesionalidad y el compañerismo son aspectos positivos destacados, mientras que son inconvenientes las cargas de trabajo y el ser un servicio cerrado.

### **Palabras clave:**

estudio de opinión profesional, enfermería en cuidados críticos, calidad interna, clientes internos en UCI, cuidados intensivos y enfermería

## DEPURACIÓN HEPÁTICA MEDIANTE MARS. NUESTRA EXPERIENCIA

Esmoris Vettor D, Fernández López V, Torre Barbeito G, Regueira Morandeira L, Gago García E.

Diplomadas Universitarias en Enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos  
Politraumatizados/Polivalentes del Complejo Hospitalario "Juan Canalejo"

La insuficiencia hepática se asocia a una importante mortalidad. Aunque en los últimos años se han introducido notables avances en el tratamiento de las complicaciones de la enfermedad hepática, el único tratamiento que ha demostrado una eficacia real es el trasplante hepático. Sin embargo, casi el 25 % de los pacientes hepáticos pendientes de tx fallecen esperando un hígado.

Entre las alternativas que se investigan para mantener vivo y en las mejores condiciones al paciente a la espera de un órgano se encuentra una nueva técnica de diálisis hepática denominada MARS (Molecular Adsorber Recirculating Sistem) que consiste en la depuración extracorpórea de la sangre eliminando las toxinas ligadas a la albúmina.

Se revisa la actualidad científica sobre esta nueva técnica que muestra resultados alentadores en la mejoría de algunas de las complicaciones de la insuficiencia hepática. Tras esta revisión, nos proponemos exponer nuestra experiencia con esta técnica. Desde la puesta en marcha con la formación de un grupo de médicos y enfermeras de nuestra unidad de Cuidados Intensivos para el montaje, cebado y tratamiento, hasta una revisión de los cuidados y atención de enfermería que necesitan los pacientes sometidos a ella, complicaciones asociadas a la misma y evaluación de los resultados obtenidos según los datos clínicos, hemodinámicos y analíticos de los siete pacientes con distintas complicaciones hepáticas a los que se realizó una detoxificación hepática mediante MARS.

### **Palabras clave:**

Insuficiencia hepática. Diálisis hepática. MARS.

## **HEMOFILTRACIÓN VENO-VENOSA CONTINUA COMO MÉTODO PARA LA INDUCCIÓN DE HIPOTERMIA MODERADA TRAS PARADA CARDÍACA.**

Rodrigo Frontelo R, García González AI, Torralba Tejero E, González Calle JA.

Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Severo Ochoa. Leganés (Madrid)

**OBJETIVO:** Valoración de la utilidad de la Hemofiltración veno-venosa continua (HFVVC) como método para inducción y mantenimiento de hipotermia moderada en pacientes que han sufrido parada cardíaca (PC)

**METODOLOGÍA:** Cinco pacientes tras una PC recuperada fueron sometidos a hipotermia. Se colocó Shaldon en femoral iniciándose inmediatamente la HFVVC. Se utiliza una máquina Prisma (Hospal), mediante postdilución, siendo los cartuchos de 0,9 m<sup>2</sup> de superficie con membrana AN-69, reponiendo con solución salina, para mantener inicialmente un balance equilibrado. Heparinización para mantener en el circuito y Hemofiltro una PTTa de dos veces el control. La medición de la Temperatura se realiza mediante catéter de Swan-Ganz, que se coloca inmediatamente a la inserción del Shaldon en la vena femoral. La necesidad del procedimiento estriba en mantener a los pacientes 48 horas en hipotermia como parte del protocolo, sedoanalgesiados y con relajación muscular, dejando el recalentamiento de forma pasiva, suspendiendo la relajación y la sedoanalgesia. Los pacientes fueron monitorizados mediante catéter arterial, pulmonar, y vena cava superior.

**RESULTADOS:** Se consiguió la temperatura deseada (32-33 °C) entre las 6-7 horas tras el inicio del procedimiento, manteniéndose durante 48 horas sin oscilaciones, salvo en un caso en que la T<sup>3</sup> llegó a 30°C. El recalentamiento pasivo normalizó la temperatura en las siguientes 8 horas tras el cese de la hemofiltración. Los filtros se mantuvieron sin problemas durante las 48 sin necesidad de ser recambiados.

**CONCLUSIONES:** Es un método cómodo en nuestro entorno de UCI por ser una técnica empleada comúnmente, logrando una adecuada hipotermia en un tiempo relativamente rápido.

**Palabras clave:**

Hipotermia. Parada cardíaca. Hemofiltración veno-venosa continua.

## **PROGRAMA DE SEGUIMIENTO Y CONTROL DE LA INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO RELACIONADA CON CATETERISMO VESICAL EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.**

Arantón Areosa L, Rumbo Prieto JM, Arcos Fuentes C, Goas Iglesias-Ussel, R; López Pérez N, Sierro Díaz E, Pesado Cartelle J, Rivera Herrero P.

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

**INTRODUCCIÓN:** Según EPINE (Estudio de Prevalencia de Infecciones Nosocomiales en España), la infección urinaria representa un 21,7% (2002); datos similares arroja el ENVIN-UCI (Estudio de Vigilancia de Infección Nosocomial en Unidades de Cuidados Intensivos), en el que las infecciones urinarias relacionadas con sondaje vesical suponen el 22,3% (2001), o el EPIC (European Prevalence of Infection in Intensive Care) que las sitúa en el 17,6% (1995).

**OBJETIVO:** Dar a conocer el programa de calidad para el seguimiento y control de la infección del tracto urinario relacionada con cateterismo vesical que estamos implantando en nuestra UCI.

**METODOLOGÍA:** El diseño y ejecución se realiza en coordinación con la Unidad de Calidad: planteamiento del programa, actualización de protocolos, elaboración de hoja de seguimiento, sesiones formativas, diseño de carteles y dípticos e implantación del programa (enero de 2005). El seguimiento será retrospectivo mediante análisis estadísticos descriptivos periódicos.

**RESULTADOS:** Los aspectos claves planteados son la importancia de extremar normas de asepsia, utilización de sistemas de drenaje cerrado y concienciación del profesional. Pretendemos:

- Concienciar e implicar al personal como agente clave para minimizar la infección.
- Uniformizar criterios de actuación en base a evidencia científica.
- Aplicar medidas correctoras que permitan la mejora continua.
- Disminuir la tasa de infección urinaria.

**CONCLUSIONES:** El programa de calidad aquí planteado viene a garantizar la implicación y actualización del personal de enfermería de la UCI con el fin de minimizar la infección del trato urinario secundario a sondaje vesical.

**Palabras clave:**

sondaje vesical, infección nosocomial, cuidados, enfermería, infección urinaria, prevención.



***Lunes 20 de Junio de 2005***

***AUDITORIO LA GAVIOTA***

***13:00***

**Comunicaciones Orales**





## **VALIDACIÓN DE UN SISTEMA CERRADO PARA LA MEDICIÓN DE LA PRESIÓN INTRAABDOMINAL POR VÍA TRANSVESICAL EN PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.**

Icaya Martínez de Lizarduy L, Ibañez de Garayo Elorza S, Sarralde Pérez de San Román S, Bailez Aguirregoicoa I, Fernandez Rey AB, Martínez Tobar MB, Pérez Aguiar A, Mingo Elguea N.

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

**OBJETIVO:** Analizar la concordancia de los valores de presión intraabdominal (PIA) obtenidos utilizando un sistema cerrado a estudio, con los valores obtenidos utilizando el sistema abierto descrito por Kron (1984).

**METODOLOGÍA:** Estudio prospectivo entre el 1-12-2004 y el 10-1-2005 recogiendo valores de PIA por ambos sistemas en 11 pacientes. Se obtuvieron los valores medidos con el sistema cerrado y con el sistema abierto, los tiempos empleados en la realización de las medidas y las incidencias (fugas y pinchazos accidentales).

**RESULTADOS:** 75 mediciones sistema cerrado y 75 mediciones sistema abierto; mediana de valores sistema cerrado: 17 mmHg (5-38); mediana de valores sistema abierto: 16 mmHg (8-36).

Mediana de tiempo empleado sistema cerrado: 135 segundos (68-255); mediana de tiempo empleado sistema abierto: 195 segundos (105-360).

Análisis estadístico: t de Wilcoxon para pruebas no paramétricas de datos apareados.

No hay diferencias significativas entre las medidas de PIA por ambos sistemas ( $p=0,7$ ); por lo que existe concordancia entre ambos métodos.

Existen diferencias significativas entre los tiempos empleados por ambos sistemas ( $p<0,001$ ), siendo el sistema cerrado entre 45 y 69 segundos más rápido.

Incidencias sistema cerrado: 0%. Incidencias sistema abierto: 61,3%.

### **CONCLUSIONES:**

- El sistema cerrado propuesto en nuestra unidad para la medición de la PIA es un método sencillo de realizar, cuyos resultados son válidos si se comparan con el sistema abierto.
- La medición de la PIA por el sistema cerrado consume menos tiempo de enfermería.
- El sistema cerrado presenta menor tasa de incidencias.

### **Palabras clave:**

Medición de la presión intraabdominal, validación, sistema cerrado, sistema abierto, tiempo de medición, incidencias.

## ÚLCERAS POR PRESIÓN EN CUIDADOS INTENSIVOS: VALORACIÓN DEL RIESGO Y MEDIDAS DE PREVENCIÓN.

Aizpirtarte Pegenaute E, García de Galdiano Fernández A, Zugazagoitia Ciarrusta N, Margall Coscojuela MA, Asiain Erro MC.

Unidad de Cuidados Intensivos. Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona (Navarra).

Las úlceras por presión (UPP) se asocian a mayor morbi-mortalidad en los pacientes (p).

**OBJETIVOS 1.-** Valorar el grado de riesgo que presentan los pacientes de una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de desarrollar UPP utilizando la escala de Waterlow. 2.-Identificar los pacientes con UPP y su relación con el grado de riesgo. 3.-Analizar los cuidados aplicados para su prevención.

**MÉTODO.** Estudio descriptivo que analizó el riesgo de desarrollar UPP en pacientes de UCI con estancia >3días (n=91); durante 8 meses de 2004. Instrumento: escala Waterlow (11 factores de riesgo). Se recogieron datos sociodemográficos, causa de ingreso, pacientes con UPP, localización, grado (G) y cuidados aplicados. Obteniéndose aprobación del Comité de Ética para recoger los datos de Historias Clínicas. Estadística: descriptiva; t Student, test de Fisher.

**RESULTADOS.** Edad media de los 91pacientes 60,5. Estancia media 10,5días. Puntuación Waterlow: 8p sin riesgo (<10), 22p con riesgo (10-14), 28p alto riesgo (15-19) y 33p muy alto riesgo (>20). Trece pacientes presentaron úlceras, 10 las tenían al ingreso; 6p G-I, 4p G-II, 3p G-III; su puntuación fue de riesgo en 1p, alto riesgo en 6p, muy alto riesgo en los otros 6. Existe diferencia entre la puntuación media del riesgo en pacientes con úlcera y sin úlcera (21,5-17,1; p=0,013). No hubo asociación entre edad, sexo, diagnóstico y presencia de úlceras. Cuidados: higiene/hidratación (100%pacientes), cambios posturales c/2-1h (80%pacientes), colchón-antiescaras (74,24%pacientes).

**CONCLUSIÓN.** La mayoría de los pacientes tienen alto riesgo de desarrollar UPP. La baja incidencia de úlceras permite considerar apropiado el protocolo de cuidados.

**Palabras clave:**

Úlceras de decúbito, úlceras por presión, valoración del riesgo, escala de Waterlow, valoración de enfermería, enfermería de Cuidados Intensivos.

## **APLICACIÓN DEL MODELO "MAGNET HOSPITAL" PARA EVALUAR LA CALIDAD DE LOS CUIDADOS Y EL RENDIMIENTO PROFESIONAL EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.**

Arantón Areosa L, Rumbo Prieto JM, Carballal Balsa MC, Rodeño Abelleira A, Tenreiro Rodríguez MI, Facio Villanueva A.

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

**INTRODUCCIÓN:** El modelo "Magnet Hospital" surge en EE.UU (años 80), como resultado de la búsqueda de la excelencia de los cuidados de enfermería. Su aplicación implica el esfuerzo tanto de la dirección como del personal asistencial en la mejora de los cuidados. Visión, misión y objetivos se centran en la noción de que enfermería es el componente más importante del cuidado hospitalario, por lo que se les otorga autoridad y autonomía para desarrollar sus conocimientos y así, elevar el estándar de cuidados a la excelencia.

**OBJETIVO:** evaluar la competencia profesional y los estándares de práctica de I@s enfermer@s de nuestra UCI, a través del modelo "Magnet Hospital".

**METODOLOGÍA:** traducción y adaptación contextual de los estándares utilizados para el reconocimiento internacional de la excelencia de los servicios de enfermería en los hospitales magnéticos. Aplicación y evaluación interna del método por valoración intraobservador.

**RESULTADOS:** Se evaluaron los 14 estándares del modelo "Magnet Hospital". El estándar de cuidados de enfermería suma una puntuación del 59.2% y el rendimiento profesional alcanzando es un 66.5%. El resultado global es de 62.85%.

**CONCLUSIONES:** El "Magnet Nursing Services Recognition"® es el único sistema acreditador (internacional) que concede la distinción de excelencia de los servicios hospitalarios de enfermería (magnet hospital). En nuestro caso, no sería posible la acreditación ya que no alcanzamos el 90% establecido en el modelo; habría que considerar que el programa está validado en hospitales norteamericanos y anglosajones por lo que los estándares no se ajustan a nuestra idiosincrasia.

### **Palabras clave:**

hospital magnético, cuidados, enfermería, acreditación, calidad

### **Financiación:**

Parte de los datos para este estudio proceden del estudio "Nivel de adecuación del hospital al programa internacional de acreditación de la excelencia de los cuidados en las unidades de enfermería: International Magnet Recognition Program" (PGIDIT03SAN91501), proyecto financiado por el Servicio Galego de Saúde y la Secretaría Xeral de Investigación de la Xunta de Galicia

## RELACIONES INTERDISCIPLINARES Y HUMANIZACIÓN EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS.

Cosí Marsans M, Martínez Márquez C, Miró Borràs A, Rubio Rico L, Sans Riba L, Toda Savall D, Velasco Blasco C.

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

**INTRODUCCIÓN:** El estudio de la humanización de la atención a la salud se ha abordado desde diferentes perspectivas, pero no es habitual la consideración de su carácter interdisciplinar. La realidad de la UCI, que por su intensidad mantiene en un contacto estrecho y constante a diferentes profesionales, obliga a tomar en consideración este carácter interdisciplinar de la atención dispensada y la influencia que dicha relación pueda tener en la construcción de un determinado tipo de atención.

**OBJETIVOS:** 1) Identificar los valores que guían la práctica profesional de los distintos miembros del equipo asistencial. 2) Detectar diferencias de valores entre ellos. 3) Explorar el sentimiento de autonomía profesional de los distintos miembros del equipo. 4) Detectar posibles limitaciones de la autonomía profesional que interfieran en la calidad humana de la atención. 5) Detectar otros factores relacionados con el equipo asistencial, decisivos para la construcción de una atención humanizada.

**METODOLOGÍA:** Tipo de estudio: Etnografía. Unidad de análisis y observación : UCI polivalente de adultos de 14 camas. Recogida de datos: 9 entrevistas en profundidad a diferentes miembros del equipo asistencial , en número proporcional a su presencia real en la unidad (4 enfermeras, 2 auxiliares, 2 médicos y 1 celador), seleccionados atendiendo a su talante reflexivo y humano. Entrevista semiestructurada, con un guión conocido de antemano por el informador y compromiso de una segunda circulación del material -del entrevistador al informante- para verificar la validez del análisis realizado. Todos los entrevistados participaron libremente en el estudio. Análisis: asignación de los datos a categorías surgidas a partir del material de origen y contrastación con teorías existentes.

**RESULTADOS:** La mayoría de valores identificados se circunscriben al paradigma enfermero . Se asocian los valores a características de tipo personal más que profesional, aunque se admite que el rol profesional y la permanencia a la cabecera del enfermo comportan la emergencia de unos valores en detrimento de otros. Prácticamente todos los profesionales aquejan cierta falta de autonomía: las enfermeras identifican mayoritariamente su dificultad para aliviar situaciones de sufrimiento extremo, las auxiliares y el celador sienten que son poco requeridos para el trabajo en equipo, y uno de los médicos identifica como principales limitaciones, la confianza en el personal, la falta de tiempo y el estrés, mientras que el otro médico no detecta limitaciones de autonomía. Se valora positivamente la comunicación interdisciplinar en la construcción de un equipo asistencial de calidad y humano. La mayoría refiere una buena experiencia de trabajo en equipo. Se identifica una buena relación personal y un ambiente de comunicación tolerante y abierto como factores favorecedores de una atención de calidad y humana. Se identifican la falta de tiempo, las limitaciones personales y el déficit de recursos personales y materiales como limitaciones; se reclama ayuda de la institución para favorecer un entorno de trabajo libre de tensiones que facilite la relación y el trabajo.

**DISCUSIÓN:** Llama la atención la adscripción mayoritaria al paradigma enfermero. Para alcanzar un retrato más real, convendría aumentar el número de entrevistas. Contrasta la buena experiencia de trabajo en equipo con las limitaciones a la autonomía, explicable a partir de situaciones puntuales que generan discrepancia pero que no constituyen la generalidad. Un ambiente de colaboración, respecto y tolerancia ya ha sido identificado por otros autores como factor decisivo en la calidad de la atención, así como el compromiso de la institución en la creación de un entorno humanizado.

**Palabras clave:**

UCI, Humanización, equipo asistencial, valores, autonomía profesional, comunicación, relaciones interdisciplinares.

***Lunes 20 de Junio de 2005***

***SALA MAYOR***

***13:00***

**Comunicaciones Orales**





## INFLUENCIA DE LA SEDO-ANALGESIA EN LA DESCONEXIÓN DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA.

Arias Rivera S, Santos Díaz R, Gallardo Murillo MJ, Sánchez Izquierdo R, Sánchez Sánchez MM, Frutos Vivar F.

Servicio de Cuidados Intensivos/Grandes Quemados. Hospital Universitario de Getafe. Getafe (Madrid).

**OBJETIVO:** Determinar si la dosis de sedantes y/o analgésicos administrados durante la ventilación mecánica y en las 24/48h previas a la primera prueba de respiración espontánea, se relacionan con el fracaso de la desconexión de la ventilación mecánica, definido como: fracaso de la prueba de respiración espontánea durante dos días consecutivos o reintubación en las siguientes 48h en los enfermos extubados tras la primera prueba de respiración espontánea.

**MATERIAL Y MÉTODO:** Estudio observacional prospectivo en una UCI polivalente de 18 camas durante 18 meses. Se incluyeron 176 pacientes con ventilación mecánica > 48h. Fueron registrados datos demográficos, ventilación mecánica(tiempo de intubación, destete, reintubación), sedantes(midazolam, propofol) y analgésicos(morfina).

**RESULTADOS:** 96 pacientes(55%) tuvieron desconexión de la ventilación mecánica con éxito y 80(45%) fracasaron(66 pacientes fracasaron en la prueba de respiración espontánea en dos días consecutivos y 14 pacientes por reintubación). No hubo diferencias en la dosis media de analgésicos/sedantes durante la ventilación mecánica. La administración de morfina en las 24h previas a la prueba de respiración espontánea se relaciona con el éxito de la misma [OR=2,2(IC95%:1,1-3)]. Entre los pacientes que recibieron morfina encontramos diferencias en la dosis recibida entre los que tuvieron una extubación exitosa y los que fracasaron [38 mgr/24h vs 21mgr/24h(p<0.05)]. No hallamos diferencias en el nivel de conciencia entre ambos grupos.

**CONCLUSIONES:** Hemos observado que el éxito en la prueba de respiración espontánea se relaciona con la administración de una dosis baja de morfina (alrededor de 1.5 mg/h) en las 24h previas a la prueba.

**Palabras clave:**

Sedación, analgesia, destete, *weaning*, ventilación mecánica, extubación.

**Financiación:**

FIS PI03/1177 (Ministerio de Sanidad)

Red RESPIRA C03/11 (Instituto Carlos III)

## IMPORTANCIA DE LA SEDACIÓN COMO CRITERIO PARA LA REALIZACIÓN DE UNA PRUEBA DE RESPIRACIÓN ESPONTÁNEA.

Arias Rivera S, Sánchez Sánchez MM, Santos Díaz R, Gallardo Murillo MJ, Sánchez Izquierdo R, Frutos Vivar F.

Servicio de Cuidados Intensivos/Grandes Quemados. Hospital Universitario de Getafe. Getafe (Madrid).

**OBJETIVO:** Determinar la importancia del nivel de sedación como componente de los criterios para realizar una prueba de respiración espontánea(PRE) en enfermos ventilados mecánicamente.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio prospectivo en una UCI polivalente de 18 camas durante 18 meses. Se incluyeron los pacientes con ventilación mecánica>48h que cumplen criterios de destete y son extubados. Se registraron datos demográficos, sedación/analgesia administrada, nivel de sedación diario, inicio de ventilación mecánica, cumplimiento de criterios clínicos de destete, realización de PRE, extubación y reintubación. Criterios clínicos de destete: a)mejoría/resolución de la causa que motivó la intubación, b)PaO<sub>2</sub>/FIO<sub>2</sub>>200, c)ausencia de fármacos vasoactivos, d)temperatura central<38°C, d)hemoglobina>8 gr/dl.

**RESULTADOS:** Se incluyeron a 171 pacientes que fueron extubados tras una PRE: 48 pacientes(28%) tras la primera PRE y 123(72%) tras fracaso de la primera PRE y PRE diaria posterior. Los enfermos que fracasaron en la primera PRE estaban más sedados, el día de la prueba, que los enfermos que fueron extubados: media en la escala de Glasgow-Cook[11(4) vs. 14(3);p<0,05]. No observamos diferencias en el nivel de sedación en el día de la extubación ni en la tasa de reintubación entre los enfermos extubados en la primera PRE y los enfermos con desconexión prolongada(15% vs 19%). La mediana de la estancia de los pacientes extubados con éxito en la primera PRE fue menor[7(5,14) vs 13(7,21);p<0.05].

**CONCLUSIONES:** En nuestra cohorte de enfermos hemos encontrado que el nivel de sedación es un factor a tener en cuenta en el momento de iniciar una PRE en los pacientes que cumplen criterios.

### Palabras clave:

Sedación, escala de sedación, *weaning*, destete, prueba de respiración espontánea, criterios de destete.

### Financiación:

FIS PI03/1177 (Ministerio de Sanidad)  
Red RESPIRA C03/11 (Instituto Carlos III)

## **AURORA 2003: NUEVO GESTOR DE INFORMES DE ALTA DE ENFERMERÍA.**

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

(1) Servicio Medicina Intensiva. Hospital General Universitario. Alicante. (2) Unidad de Hospitalización a Domicilio. Hospital General Universitario. Alicante

**INTRODUCCIÓN.-** En la UCI del HGU de Alicante, desde diciembre de 2003 se dispone de un programa informático, Aurora 2003, para cumplimentar y archivar un nuevo informe de alta de Enfermería.

**OBJETIVOS.-** Analizar la satisfacción de los profesionales de planta y UCI con el nuevo informe.

- Determinar la satisfacción de los profesionales de UCI con el nuevo programa Aurora 2003.

**MATERIAL Y MÉTODOS.-** Se encuestó anónimamente a los profesionales de planta acerca del nuevo informe de alta y a los profesionales de UCI sobre el nuevo informe y el programa informático. Se determinó el porcentaje de cumplimentación del alta, los informes cumplimentados con el programa sobre el total de informes emitidos y los profesionales que habían pasado de cumplimentar el informe manualmente a hacerlo mediante ordenador.

**RESULTADOS.-** El nuevo informe es mejor para el 85% de los profesionales de planta y el 83% de la UCI. En el 85% de los pacientes que salieron de alta se emitieron informes de enfermería: El 84% con Aurora 2003 y el 16% manualmente. El 93% de los profesionales de UCI utiliza el programa, para el 71% es fácil de utilizar y al 52% no les supone mayor carga de trabajo.

**CONCLUSIONES.-** El nuevo informe de alta de Enfermería es mejor según los profesionales que lo utilizan. El programa Aurora 2003 es una buena herramienta para la gestión de los informes de alta de Enfermería.

**Palabras clave:**

Alta de Enfermería, informática, registros de Enfermería

**Financiación:**

Beca FIS (expediente nº PI020009)

## **INFECCIÓN EN CATÉTERES ARTERIALES Y CUMPLIMENTACIÓN DEL PROTOCOLO DE ENFERMERÍA.**

Rodríguez Castro G, De la Calle de la Fuente T, Barriuso Carazo L, Romero Robles A. Gómez Martín JJ.

Servicio de Medicina Intensiva del Hospital Universitario de la Princesa de Madrid (C/ Diego de León 62, 28006 - Madrid).

### **OBJETIVOS:**

-Incidencia de infección ó colonización por catéter arterial.

-Conocer en que porcentaje se cumple el protocolo de cura y mantenimiento de catéteres arteriales.

**MATERIAL Y MÉTODO.** El estudio se realiza en la UCI del Hospital de la Princesa de Madrid en el mes de noviembre del 2004. Para la recogida de datos del estudio de infección por catéter se cumplimenta ficha con datos clínicos, microbiológicos y del catéter. Para la evaluación del protocolo del mantenimiento de catéteres arteriales se cumplimenta planilla de 13 ítems a dos horas distintas: las 8h. y las 14h. El número máximo de días de cumplimentación por catéter es de 10 días. No forman parte del estudio los catéteres de solo 24 horas de inserción.

**RESULTADOS.** La muestra esta formada por 37 pacientes y 45 catéteres. La edad media de los pacientes era de 53,32 años; el 68% eran hombres y el 32% mujeres; la media de APACHE era de 15,38 y de SAPS de 36,10; el 83% tenia ventilación mecánica. El motivo de ingreso fue en un 54% por Cirugía de Cardiovascular; el 29% eran neurológicos; un 3% por sepsis; 6% EPOC y un 8% otros.

Los catéteres presentaban una media de días puestos de 6,7 con un máximo de 25 días y un mínimo de 2. El 66% se puso en la UCI y el 34% en quirófano. La localización del catéter fue en un 66% en la arteria radial, un 30% en la humeral y un 4% en la femoral. La causa de retirada fue en un 47% por alta, un 11% por fiebre y mal aspecto; un 9% por mal funcionamiento y un 20% por no ser necesario. Fueron cultivados el 98% de los catéteres y ninguno presentó infección. En cuanto a los resultados de evaluación del protocolo lo más significativo fue que alrededor de un 93% se mantiene el apósito limpio, el sistema esta presurizado, las llaves de tres pasos tienen taponés y estos son cerrados. Por contrapartida en un 50% no se registra la cura de la vía y la alargadera del sistema contiene restos de sangre.

**CONCLUSIONES.** El protocolo de mantenimiento de la vía arterial se cumple en un 68,65% y no se hace en un 31,34%. Los resultados de microbiología fueron satisfactorios, no hallándose infección en los catéteres cultivados.

### **Palabras clave:**

Infección, catéteres arteriales, protocolo enfermería.

## INCIDENCIA DE LA INFECCIÓN NOSOCOMIAL EN UCI PEDIÁTRICA.

López Romero D, Gómez Fernández ME, Martínez Bonet N, Moyano Tost MJ, Torres Barba D, Gómez Romero E, Rodríguez Gómez M.

Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos . Hospital Materno-Infantil Gregorio Marañón. Madrid

**OBJETIVO:** Vigilancia y disminución de la infección nosocomial en nuestra Unidad.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se calcula la densidad de incidencia (número de episodios por 1000 días) durante un período de un año (desde enero a diciembre 2004) de neumonía asociada a ventilación mecánica (NAVМ) bacteriemia relacionada con catéter central(BRC) e infección asociada a sondaje vesical(ITU-SV). Población estudiada: todos los pacientes ingresados en el tiempo de estudio.

**RESULTADOS:** La densidad de incidencia anual de NAVM es de un 4,4 episodios/1000 días de estancia, manteniéndonos dentro de los estándares de calidad, siendo el germen más frecuente la *Pseudomona aureoginosa* en un 55%. En BRC es de 1,25 episodios/1000 días de estancia estando muy por debajo de los estándares. En ITU-SV la densidad de incidencia es de 8,6 episodios/1000 días de estancia, superando el estándar de calidad, siendo el germen más frecuente la *Klebsiella pneumonia* productora de BLEA en un 40%.

**CONCLUSIONES:** La infección nosocomial (IN) se asocia en nuestra Unidad a los pacientes más graves, en ocasiones en fallo multiorgánico, sometidos a múltiples técnicas invasivas y con estancias prolongadas (mayor de 15 días).

Es esencial insistir en el control y en las medidas de prevención de la IN.

**Palabras clave:**

Infección nosocomial. *Pseudomona aureoginosa*. *Klebsiella pneumonia*. Bacteriemia. Densidad de incidencia.



***Lunes 20 de Junio de 2005***

***AUDITORIO LA GAVIOTA***

***16:00***

**Comunicaciones Orales**





## EL RESPETO A LA DIGNIDAD DEL PACIENTE CRÍTICO EN LOS ORIGINALES PUBLICADOS EN REVISTAS DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADAS DURANTE EL PERÍODO 1995-2004.

Martínez Ques AA (1), Vecillas Sevilla MT (2).

(1)Servicio de Medicina Intensiva. Complejo Hospitalario de Ourense. (2)Dirección de Enfermería. Complejo Hospitalario de Ourense.

**OBJETIVO.** Analizar las características del concepto de respeto de la dignidad del paciente crítico a través de artículos originales de revistas de enfermería especializadas.

**METODOLOGÍA.** Descriptivo retrospectivo. Ámbito del estudio: Originales en inglés de 10 revistas enfermeras especializadas en intensivos y ética. Muestra aleatoria de 42 artículos seleccionados de 252 artículos recuperados de Medline utilizando como descriptores: *dignity* y *critical care*, durante 1995-2004. Las principales variables estudiadas son: revista, tipo de artículo, temática ética, referencias bibliográficas, año de publicación, y marco conceptual. Análisis: programa SPSS 10.0©.

**RESULTADOS.** *Journal of Advanced Nursing* registra el mayor número de artículos (35,7% n= 15) seguido de *Nursing Ethics* (31% n=13), *Intensive & Critical Care Nursing* (11,9% n=5), y *Dimensions of Critical Care Nursing*, *Critical Care Nurse*, *Critical Care Nursing Quaterly*, *AACN Clinical Issues*, *Journal of Clinical Nursing*, *Nursing in Critical Care*, *American Journal of Critical Care* el resto. Un 54,8% (23) se refiere a implicaciones éticas en la práctica asistencial, un 16,7% (7) a características definitorias, un 16,7% a la dignidad ante la muerte, un 7,1% (3) trata la participación en investigaciones y un 4,8% (2) a desarrollo de Códigos éticos. Un 35,7% (15) son revisiones, mientras que 64,3% (27) son estudios de diferente diseño.

**CONCLUSIONES:** El concepto y sus características definitorias esta desarrollado en los originales analizados. Las revistas publican junto a revisiones un buen número de estudios sobre intervenciones de enfermería que maximizan y salvaguardan la dignidad del paciente crítico en diferentes ámbitos. *Nursing Ethics* presenta un mayor número de estudios clínicos.

**Palabras clave:**

Ética, enfermería, bioética, humanización, cuidados intensivos, derecho a morir con dignidad.

## **ESTUDIO COMPARATIVO DE DOS PROTOCOLOS DE CONTROL DE GLUCEMIA EN EL POSTOPERATORIO DE CIRUGÍA CARDÍACA.**

Martínez García, M. Vila Fernández, I., Gutiérrez Plata, M., Pequeño García, B., Oroso Da Silva, J.L. Reanimación de Cirugía Cardíaca. Hospital Meixoeiro. Instituto Gallego de Medicina Técnica. Vigo (Pontevedra).

**OBJETIVOS.** Comparar medias de glucemia valorando si un nuevo protocolo es eficaz para mantenerla entre 80 y 110 mg/dl.

-carga de trabajo de enfermería.

-complicaciones derivadas de su utilización.

**METODOLOGÍA.** Estudio retrospectivo observacional sobre dos muestras de 50 pacientes sometidos a cirugía coronaria programada, excluyendo diabéticos tipo I, la primera con el protocolo estándar (PS), desde octubre a diciembre de 2002 y la segunda con el nuevo protocolo estricto (PE), desde octubre a diciembre de 2003. Se recogió la media de glucemias, glucemia a las 6 h. (laboratorio), número de glucemias, consumo de insulina, y número de intervenciones en la perfusión durante las primeras 24 h. de estancia. El paquete estadístico utilizado fue el SPSS v.11. Los valores se muestran como media±desviación standard.

**RESULTADOS.** Los grupos fueron equiparables en variables basales. El número de glucemias en PE fue de  $11.80 \pm 3.3$  y  $6.50 \pm 2.85$  en PS ( $p < 0.05$ ). La media de glucemia (laboratorio) en PE fue de  $108.20 \pm 21.96$  y de  $135.92 \pm 34.22$  en PS ( $P < 0.05$ ). El consumo de insulina fue mayor en el PE que en el PS ( $0.017$  U/Kg/h vs.  $0.006$  U/Kg/h,  $p < 0.05$ ), el nº de intervenciones en la perfusión de insulina fue 5 veces mayor en PE respecto al PS ( $p < 0.05$ ). Hubo más hiperglucemias en el PS (50% vs. 2%,  $p < 0.05$ ) pero no hubo diferencias en la incidencia de hipoglucemia (10% en PE vs. 2% en PS, p ns.).

**CONCLUSIONES.** El nuevo protocolo es efectivo, con una mayor carga de enfermería y un nivel de complicaciones tolerable.

## **CALIDAD DE VIDA A LARGO PLAZO DEL PACIENTE CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO SEVERO.**

Molano Álvarez E, Cabrero Cabrero AI, Cornejo Bauer C, Domínguez Caballero M, Gómez García H, Murillo Pérez A, Torrente Vela SA, Vinagre Gaspar R, Cuenca Solanas M, García Fuentes C

Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Doce de Octubre. Madrid.

**OBJETIVO:** Determinar la calidad de vida (CV) del paciente con Traumatismo Craneoencefálico Severo (TCS) comparándolo con la población general.

**MATERIAL Y MÉTODO:** Estudio descriptivo transversal. Criterios inclusión: pacientes con TCS, Glasgow Coma Score (GCS)  $\leq 8$ , dados de alta en UCI, domicilio español, ingresados en UCI desde Enero 2000 a Diciembre 2002. Administramos telefónicamente cuestionario SF36 que valora Función Física (FF), Función Social (FS), Rol Físico (RF), Rol Emocional (RE), Salud Mental (SM), Vitalidad, Dolor y Percepción de la Salud General (PSG); y el Índice de Katz como índice de estado funcional global. Variables cuantitativas expresadas como media  $\pm$  SD comparada con t de student. Análisis con programa SPSS 11.0.

**RESULTADOS:** Se incluyeron 78 pacientes con edad  $36 \pm 15,6$ , 89,7% hombres, GCS  $5,4 \pm 1,7$ , ISS  $35,5 \pm 9,2$ , monitorización PIC 78,2%. Grado de cumplimentación 82,1%(64), 8 fueron éxitos. Katz grado A (independiente funcionalmente) 82,1%, B 3,6%, E 8,9%, F 3,6%, G 1,8%. SF36 muestra vs. población general fue: FF  $71,2 \pm 29,7$  vs.  $94,4 \pm 12,8$ ; FS  $76,6 \pm 25,8$  vs.  $96 \pm 14,1$ ; RF  $65,9 \pm 40,4$  vs.  $91,1 \pm 25,7$ ; RE  $64,9 \pm 41,2$  vs.  $90,1 \pm 26$ ; SM  $68,6 \pm 23,8$  vs.  $77,7 \pm 17,3$ ; vitalidad  $67,4 \pm 21,7$  vs.  $69,9 \pm 18,4$ ; dolor  $71,3 \pm 31,2$  vs.  $82,3 \pm 24,8$ ; PSG  $66 \pm 25,7$  vs.  $80 \pm 18,8$ , todos  $p < 0,05$  excepto vitalidad (sin diferencias significativas). 19,6% recibieron atención domiciliaria y 71,4% rehabilitación.

### **CONCLUSIÓN:**

1. Los valores medios de todas las dimensiones de CV del SF36, excepto vitalidad, son inferiores a los de la población general española.
2. A pesar de estas diferencias la mayoría de los pacientes son independientes en sus actividades funcionales de la vida diaria.

### **Palabras clave:**

calidad de vida, traumatismo craneoencefálico, índice de Katz, cuestionario SF36.

## VALORACIÓN DE CARGAS DE TRABAJO Y TIEMPOS DE ENFERMERÍA: PROPUESTA DE UNA NUEVA ESCALA DE VALORACIÓN.

Braña Marcos B, Del Campo Ugidos RM, Fernández Menéndez E, De La Villa Santoveña M, Blanco Vázquez MP.

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

**OBJETIVO PRINCIPAL:** Demostrar que VACTE (escala de Valoración de Cargas de Trabajo y Tiempos de Enfermería) elaborada en nuestra unidad es más precisa que la NEMS (Nine Equivalentents of Nursing Manpower Score Use) utilizada hasta el momento.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** se realizó un estudio retrospectivo de los pacientes ingresados (121) en la UCIN (Unidad de Cuidados Intermedios) del Hospital de Jove desde el 1/1/04 hasta el 31/3/04. Pacientes excluidos (permanencia inferior a 24 horas): 30. Variables analizadas: edad, sexo, procedencia, diagnóstico, APACHE, NEMS, VACTE, tiempo de estancia y destino al alta.

Para analizar la existencia de relación entre las diferentes variables (APACHE, VACTE y NEMS) se aplicó un análisis de regresión lineal simple. En el caso de existir relación, su fuerza se estimó mediante el coeficiente de correlación de Spearman.

**RESULTADOS:** Existió relación entre la gravedad de los pacientes estimada por el método APACHE y la carga de trabajo de enfermería estimada por NEMS y VACTE ( $p= 0,008$  y  $p<0,001$ , respectivamente). Dicha relación presentó más fuerza con la escala VACTE ( $r= 0,43$ ;  $p<0,001$ ) que con la NEMS ( $r=0,23$ ;  $p=0,02$ ).

**CONCLUSIONES:** para un mismo nivel de gravedad, VACTE establece una correlación más directa de las cargas de trabajo del personal de enfermería que NEMS. VACTE se completa con todos aquellos cuidados de enfermería realizados en una UCIN, incluyendo aspectos que no guardan relación directa con la gravedad del paciente (aislamientos, desorientación.)y que aumentan significativamente la carga de trabajo de enfermería.

**Palabras clave:**

Cuidados intermedios. APACHE. NEMS. Escalas de valoración. Tiempos de enfermería.

## ANÁLISIS DE LOS RECURSOS ENFERMEROS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE NIVEL 1.

Lacasaña Bellmunt P, Mínguez López I, Rueda García J, Tur Riera J, Ruiz Orengo B, Gámez Cantero S, Ros Martínez M.

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

**OBJETIVO.** 1. Cuantificar las cargas de trabajo de enfermería en nuestra UCI. 2. Valorar su adecuación al número de enfermeras programadas. 3. Conocer el perfil de los pacientes, atendiendo a la carga de trabajo que precisan.

**METODOLOGÍA.** Estudio descriptivo prospectivo en UCI Polivalente, 9 camas, Hospital Nivel1. Periodo estudio febrero/septiembre 2004. Se aplicó "Nine equivalents of nursing manpower use score" (NEMS) diariamente a todos los pacientes. Se registraron variables sociodemográficas, de actividad y diagnóstico. Se calculó NEMS score, índices "Work utilization Ratio" (WUR), "Nivel de Cuidados Planificado" (LOCp) y "Nivel de Cuidados Operativo" (LOCop), analizados por días, por meses y para todo el periodo.

**RESULTADOS.** Se incluyeron 328 pacientes, edad  $60 \pm 17$  años, 63,88% hombres. Total registros NEMS 1293 (3,94 registros/paciente). Índice de ocupación 4.82 camas/día. Estancia media 3,39 días. Las cargas medias de trabajo diarias fueron  $113 \pm 37$ , WUR periodo 0,896 (mínimo 0.552 mayo, máximo 1.257 septiembre). LOCp 0,40 (mínimo 0.26 mayo, Máximo 0.55 septiembre). LOCop 2,46 (mínimo 1.51 mayo, Máximo 3.44 septiembre). El perfil de los pacientes según ratio paciente/enfermera: 51,47% Nivel1 (ratio 3:1), 29,22% Nivel2 (2:1), 19,30% Nivel3 (1:1).30%. Ventilación mecánica en 31% registros. Adecuación de recursos enfermeros por día: Normal (80-110%) 29%, deficitaria (>110%) 26%, excesiva (<80%) 45%.

### CONCLUSIONES.

1. Gran variabilidad de cargas de trabajo.
2. Baja adecuación de los recursos a la demanda real de cuidados.
3. La complejidad de los pacientes, 49% superiores al Nivel1 planificado, 31% ventilación mecánica, explica el elevado ratio de eficiencia en la utilización de recursos (0.89) con una ocupación baja.

### Palabras clave:

Cargas de trabajo, UCI, recursos enfermeros, NEMS, perfil de pacientes, demanda de cuidados, adecuación de recursos.



***Lunes 20 de Junio de 2005***

**SALA MAYOR**

***16:00***

**Comunicaciones Orales**





## EVALUACIÓN DE LAS NECESIDADES DE SEDACIÓN, ANALGESIA Y BLOQUEO NEUROMUSCULAR DEL PACIENTE SOMETIDO A VENTILACIÓN MECÁNICA

Arias Rivera S, Sánchez Sánchez MM, Santos Díaz R, Gallardo Murillo MJ, Simarro Blasco JA, Sánchez Izquierdo R, Frutos Vivar F.

Servicio de Cuidados Intensivos/Grandes Quemados. Hospital Universitario de Getafe. Getafe (Madrid).

**OBJETIVO:** Un alto porcentaje de los pacientes críticos que requieren ventilación mecánica precisan analgesia y/o sedación para mejorar su adaptación al ventilador, evitar la agitación, disminuir la ansiedad y el disconfort. Nuestro objetivo es evaluar las necesidades de sedación, analgesia y bloqueo neuromuscular en una cohorte de pacientes que requieren ventilación mecánica invasiva durante más de 48 horas y determinar si existen diferencias entre los pacientes ventilados  $\leq$  5 días(ventilación mecánica corta-VMC-) y los que requieren ventilación mecánica  $>$  5 días(ventilación mecánica prolongada-VMP-).

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio observacional prospectivo desarrollado en una UCI polivalente desde Junio 2001 hasta Noviembre 2002. Se incluyeron los pacientes con ventilación mecánica invasiva durante más de 48h siguiéndolos hasta su extubación. Se registraron las dosis administradas diariamente de sedantes(midazolam, propofol, diazepam, haloperidol, etomidato y pentotal), analgésicos(morfina, fentanilo), y bloqueantes neuromusculares(bromuro de pancuronio, atracurio y cisatracurio).

**RESULTADOS:** Se incluyeron 176 pacientes[79 pacientes(45%) precisaron VMC y 97 pacientes(55%) VMP]. En la tabla se muestran los fármacos y dosis utilizados en perfusión continua.

	VMC		VMP		P
	n(%)	Dosis media	n(%)	Dosis media	
Midazolam	65(82)	0,034	95(98)	0,043	0,2
Propofol	56(71)	0,184	79(81)	0,197	0,7
Morfina	54(68)	0,004	85(88)	0,004	0,5
Diazepam	2(2.5)	0,035	1(1)	0,005	0,5
Atracurio	1(1)	0,126	4(4)	0,048	0,4

**CONCLUSIONES:** En nuestro estudio encontramos: 1)Hubo más enfermos con sedantes y analgésicos en el grupo de ventilación mecánica prolongada; 2)La dosis media diaria es independiente de la duración de la ventilación mecánica; 3)Un porcentaje bajo de enfermos requieren bloqueantes neuromusculares en perfusión continua.

## ANÁLISIS DEL NIVEL ÓPTIMO DE SEDACIÓN DE LOS PACIENTES VENTILADOS MECÁNICAMENTE MEDIANTE LA ESCALA GLASGOW MODIFICADA POR COOK.

Arias Rivera S, Gallardo Murillo MJ, Sánchez Izquierdo R, Sánchez Sánchez MM, Santos Díaz R, Frutos Vivar F.

Servicio de Cuidados Intensivos/Grandes Quemados. Hospital Universitario de Getafe. Getafe (Madrid).

**OBJETIVO:** Determinar el nivel de sedación, de los pacientes ventilados mecánicamente durante más de 48h, a lo largo del período de intubación endotraqueal, para conocer cuántos pacientes se encuentran en un nivel óptimo de sedación, y qué fármaco sedante mantiene este nivel, en una unidad sin protocolo de sedación.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio observacional prospectivo desarrollado en una UCI de 18 camas durante 18 meses. El nivel de sedación se midió a las 8:00h y a las 15:00h mediante la escala de sedación de Glasgow modificada por Cook(GC). Consideramos 3 niveles de sedación: a)profundamente sedado, pacientes con GC≤7 puntos, b)nivel óptimo de sedación, pacientes con GC 8-12p y c)insuficientemente sedado, pacientes con GC≥13p. Se registraron los sedantes(midazolam y propofol) y analgésicos(morfina) administrados diariamente.

**RESULTADOS:** Analizamos 2651 valoraciones GC, en 176 pacientes. 1308 mediciones de GC se realizaron a las 8:00h y 1343 a las 15:00h. En la tabla mostramos la distribución de las mediciones obtenidas según el nivel de sedación y el fármaco administrado.

	Cook≤7	Cook8-12	Cook13-18
(n=2651)	41%	30%	29%
Midazolam(n=540)	38%	32%	30%
Propofol(n=97)	27%	25%	48%
Midazolam+propofol(n=571)	33%	33%	34%
Midazolam+propofol+morfina(n=708)	47%	31%	22%
Midazolam+morfina(n=508)	49%	28%	23%
Propofol+morfina(n=8)	25%	36%	39%

**CONCLUSIONES:** En una unidad sin protocolo de sedación establecido, encontramos que sólo en un 30% de las mediciones el nivel de sedación fue el óptimo. Observamos un mayor porcentaje de nivel óptimo de sedación en los pacientes sedados con propofol y morfina que en los pacientes sedados con midazolam.

## PLAN DE CUIDADOS FRENTE A PROTOCOLO. UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS.

González Sánchez JA (1), Corujo Fernández B (1), Colino Lamparero MJ (1), López Ortega S (1), Molina de Arévalo MV (1), Rosado Muñoz Nuria (1), Simón García MJ (2), Blesa Malpica AL (3).

(1) Enfermero. Unidad de Críticos I. Hospital Clínico San Carlos. Calle Profesor Martín Lagos s/n. Madrid (Madrid). (2) Enfermera adjunta. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. Hospital Clínico San Carlos. Calle Profesor Martín Lagos s/n. Madrid (Madrid). (3) Médico adjunto. Unidad de Medicina Intensiva. Hospital Clínico San Carlos. Calle Profesor Martín Lagos s/n. Madrid (Madrid).

**INTRODUCCIÓN:** La metodología que emplee la enfermería en una unidad de cuidados intensivos condiciona el trabajo de dichos profesionales. De ahí la importancia por conocer cuál puede ser la más adecuada.

**OBJETIVO:** Conocer los resultados del plan de cuidados y del protocolo, en una aplicación informática.

**MATERIAL Y MÉTODO:** Se realiza un estudio experimental, con ambos procedimientos definidos para el cateterismo cardíaco, en pacientes que tengan un NEMS y un Norton máximo de 31 y de 1 respectivamente.

Se recogen 38 casos, 17 de protocolo y 21 de plan de cuidados.

Se compara la cumplimentación de registros, su corrección con el procedimiento; y el tiempo invertido en los registros.

Previamente recabamos la opinión de los participantes sobre el plan de cuidados.

### RESULTADOS

	Protocolo	PAE
<b>Edad-poblacional (años)</b>	60,71± 11,56	61,62± 13,44
<b>Estancia media (días)</b>	3,06± 0,827	3,14± 1,062
<b>Primeras 72 h (casos incluidos)</b>	64,7%	71.5%
<b>Indicadores cumplimentados</b>	65,01%	70,67%
<b>Corrección en la cumplimentación</b>	79,56%	84,95%

Con el protocolo el tiempo medio (segundos) empleado en los registros por turno fue menor de forma significativa:

	24 horas		48 horas		72 horas	
	Protocolo	Plan	Protocolo	Plan	Protocolo	Plan
<b>Mañana</b>	118±37,5*	221±79,8*	88,9±30,2*	191,9±52,9*	85,8±38,9*	187,1±62,2*
<b>Tarde</b>	124,7±75*	217,4±52,9*	137,4±116,6	195,6±54,8	175±109,6	131,9±98,7
<b>Noche</b>	106,2±52,6*	160,9±48,6*	78,8±42*	175,7±22,9*	---	

\*(p<0,05)

Enfermería valora el interés y la utilidad hacia el plan de cuidados como escaso, en el 50,0% y 42,9% respectivamente.

**CONCLUSIONES:** La calidad mejora con el plan, mientras el tiempo destinado al protocolo es inferior. La encuesta previa al estudio muestra poca motivación hacia el plan.

## **HIPOTERMIA EN LA REDUCCIÓN DEL DAÑO CEREBRAL TRAS PARADA CARDÍACA.**

Rodrigo Frontelo R, Espinosa Serrano EM, Díaz Castellanos L, Sanz Fuentes S.

Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Severo Ochoa. Leganés (Madrid).

Utilización de la Hipotermia inducida moderada como mecanismo de neuroprotección en las paradas cardíacas extrahospitalarias.

**METODOLOGÍA:** Se indujo hipotermia (32-33°C) en tres paradas cardíacas extrahospitalarias cuyo primer ritmo detectado fue Asistolia en dos ocasiones y Fibrilación Ventricular (FV) en una ocasión. El tiempo de recuperación de la circulación espontánea estuvo entre 20-30 minutos. Se ha empleado como método de enfriamiento la Hemofiltración Veno-Venosa Continua (HFVVC). Se colocó Shaldon para realización de HFVVC en vena femoral. Se insertó catéter arterial, en arteria pulmonar y vía venosa central de 3 luces. Se administró sedoanalgesia y relajación muscular (Midazolán 0,1 mg/Kg/h, Cloruro Mórfico 1 mg/h, cisatracurio 5 mcg/Kg/min). La hipotermia se mantuvo 48 horas, y la relajación 56 horas, suspendiéndose tras el recalentamiento. En dos ocasiones el origen fue un Infarto Agudo de Miocardio. Se ha hecho seguimiento ulterior midiendo el estado funcional y mediante escalas validadas: escala CPC (cerebral performance category), escala de Barthel y de Roser.

**RESULTADOS:** De los tres pacientes en dos se ha obtenido un resultado favorable con buena recuperación neurológica al alta de UCI y del Hospital así como al seguimiento durante los 6 primeros meses. El tercer paciente ha presentado daño neurológico importante siendo dado de alta a planta en estado vegetativo

**CONCLUSIONES:** Parece que el medio más eficaz para evitar el daño neurológico tras PC es la hipotermia inducida. Nosotros lo hacemos aumentando el tiempo de hipotermia a 48 horas y aceptando tanto los pacientes cuyo primer ritmo monitorizado es FV como asistolia.

**Palabras clave:**

Hipotermia, Hemofiltración veno-venosa continua. Parada cardíaca. Fibrilación ventricular. Asistolia.

## ¿ES EL TRASLADO INTRAHOSPITALARIO DEL PACIENTE CRÍTICO UNA SITUACIÓN DE COMPROMISO VITAL? ANÁLISIS DEL RIESGO INTRÍNSECO.

Rodríguez Martínez FJ, Closas Pazos V, García Miguelez H, Flo García MA, Vacas Joya S, Nova García R, Merino Marcelo I.

UCI Polivalente. Hospital Universitario de la Vall d'hebron. Barcelona.

**OBJETIVO:** Conocer el riesgo real de morbi-mortalidad del paciente crítico relacionada con el traslado intrahospitalario (TI).

**METODOLOGÍA:** Estudio descriptivo prospectivo desde 1 de enero de 2000 hasta el 1 de enero de 2005, sobre el total de traslados intrahospitalarios de pacientes de la UCI a otros servicios.

**RESULTADOS:** Se han realizado un total de 1160 TI durante el periodo definido (100% población de estudio). Se han recogido datos de frecuencias sobre diferentes servicios diana de los traslados, así como los tiempos de duración de los mismos, las incidencias relacionadas con el aparataje propio del traslado (camilla, monitor, VM..), dispositivos del paciente (drenajes, vías, sistemas de monitorización...) y situaciones con afectación a la situación clínica del paciente (morbi-mortalidad). El número de incidencias detectadas fue del 4%, de las que más del 95% fueron mecánicas y sólo el 0'45% de las incidencias afectaron a la morbi-mortalidad de nuestros pacientes.

**CONCLUSIONES:** 1. La incidencia de complicaciones atribuibles al TI, que afecten a la situación clínica de nuestros pacientes es realmente baja, relacionado con el número elevado de traslados realizados sobre pacientes críticos. 2. Detectamos un alto índice de problemas relacionados con la comunicación interservicios (TAC ocupado).

**Palabras clave:**

traslado intrahospitalario, riesgo vital, pruebas complementarias.



***Martes 21 de Junio de 2005***

***AUDITORIO LA GAVIOTA***

***08:30***

**Comunicaciones Orales**





## BURNOUT. NO, GRACIAS.

Acebes Fernández MI, Montial Fernández E, Ruiz de Escudero García N, Arana Monte M, López de Audicana Jiménez de Aberásturi Y.

Unidad de Medicina Intensiva. Hospital Santiago Apóstol. Vitoria-Gasteiz.

**OBJETIVO:** Medir el grado de desgaste profesional en personal de enfermería.

**METODOLOGÍA:** Estudio transversal. Cuestionario voluntario de diciembre/2004-enero/ 2005 al personal en activo: Diplomado universitario en enfermería(DUE) y Auxiliar de enfermería(AE) Recoge datos sobre variables sociodemográficas y la versión validada en España del Maslach Burnout Inventory(MBI) que consta de 3 variables cuantitativas. Análisis: programa SPSS 10.0.Pruebas de normalidad Kolmogorov-Smirnov y Shapiro-Wilks y no paramétricas Mann -Withney o Kruskal-Wallis.

**RESULTADOS:** realizamos un estudio del tamaño de la muestra, matemáticamente representativo. Se incluyeron 140 cuestionarios 94(67,14%) DUE y 46(32,86%) AE.

Tras el análisis estadístico existen diferencias significativas ( $p < 0,05$ ):según la edad en el grupo de 20 a 30 años (burnout 24,39%) según el lugar de trabajo en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) (burnout 23,53%) y Servicio de psiquiatría (burnout 9.09%)

De las 3 variables cuantitativas, el cansancio emocional y la despersonalización tienen una distribución normal con media 28,74(26,75-30,72) y 12,69(11,67-13,71) siendo el intervalo de confianza 95% y la realización personal con mediana 29.Existen diferencias significativas en medias de la puntuación de cansancio emocional según la experiencia laboral colocando valor de corte a los 10 años:<10 años 25,75(22,92- 28,58),>10 años 30,98(28,68-33,67)En función del lugar de trabajo resultan puntuaciones menores en cansancio emocional y despersonalización en UCI 23,76(20,20-27,33) vs.11(9,44-7,88) y psiquiatría 16,91(11,70-22,12)vs.7,91(4,14-11,68) Según tipo de contrato: el interino alcanza mayor burnout 55,56% y según lugar de trabajo: quirófano con 60% burnout.

**CONCLUSIONES:** Experiencia laboral>10años aumenta el cansancio emocional aproximándose al desgaste profesional. UCI o psiquiatría en cansancio emocional y despersonalización obtienen valores bajos alejándose del desgaste profesional. Grupo de 20 a 30 años de edad menor índice burnout.

**Palabras clave:**

burnout, personal de enfermería, cansancio emocional, despersonalización, desgaste profesional.

## CARDIOVERSIÓN ELÉCTRICA ELECTIVA EN CUIDADOS INTENSIVOS.

Álvarez González MJ, Novales Salcedo P, Vila Gómez M, Giraldo Martínez G, González García MP, Soletto Pares G.

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

**OBJETIVO:** Describir un protocolo de cardioversión eléctrica (CVE) de fibrilación (FA) y flutter (fIA) auricular a pacientes ambulatorios.

**MATERIAL Y MÉTODO:** estudio descriptivo. Criterios de inclusión: todos los pacientes con fIA o FA crónica estable y anticoagulados remitidos a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) para CVE desde julio/2001-diciembre/2004.

Analizamos variables demográficas, tipo y tiempo de la arritmia, número de choques, reversión a ritmo sinusal (RS) y tiempo empleado en la CVE.

Las variables se examinan mediante distribución de frecuencias y porcentajes. Análisis: programa SPS10.0.

**PROCEDIMIENTO:** ingreso en Unidad de Cirugía sin Ingreso (UCSI), canalización catéter periférico, analítica y electrocardiograma.

Admisión en sala de procedimientos de UCI: monitorización, administración de sedoanalgesia: propofol (1mg/kg/1min) + remifentanilo (0,5 mcg/kg/1min) en bolus. Choques bifásicos sincronizados con electrodos adhesivos (50-100-150J para fIA, y 150-200-200J para FA), despertar, estabilizar.

Traslado a UCSI y alta domiciliaria.

**RESULTADOS:** Se incluyeron 161 pacientes: 118 FA y 43 fIA.

EDAD  $62 \pm 11$  años; SEXO (129 masculino/32 femenino); TIEMPO ARRITMIA:  $170 \pm 357$  días.

Nº choques  $1,6 \pm 1$ ; REVERSION A RS: Todos los fIA, y el 96% (113 pacientes.) de las FA.

TIEMPO EMPLEADO de cada CVE:  $25 \pm 5$  minutos.

Presentan deterioro hemodinámico transitorio en 3 pacientes (1,9%).

Precisan ventilación transitoria con Ambú: 93 pacientes (57%), ninguno requiere intubación.

Conclusiones: La realización de CVE de forma ambulatoria es un procedimiento eficaz y eficiente.

Se aprovechan los recursos humanos y materiales del Servicio de Medicina Intensiva.

Aplicando el protocolo de CVE, el tiempo empleado es similar a otros procedimientos de UCI.

**Palabras clave:**

cardioversión eléctrica, fibrilación auricular, fluter auricular.

## **GRADO DE EVIDENCIA CIENTÍFICA SOBRE DOS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA: REINTRODUCCIÓN O RECHAZO DEL CONTENIDO GÁSTRICO RESIDUAL**

Valls Miró C, Carreño Granero A, Asensio Malo G, Martínez Estalella G, Llusà Finestres J, Domingo Felici MC, García Córdoba C, Juvé Udina ME,

Servicio de Cuidados Intensivos. Hospital Universitari de Bellvitge. Hospitalet del Llobregat (Barcelona).

**INTRODUCCIÓN:** La determinación del volumen gástrico residual es una práctica frecuente en pacientes críticos, pero existe falta de consenso sobre la conveniencia de reintroducir o desechar el contenido gástrico aspirado (CGA).

**OBJETIVO:** Determinar el grado de evidencia científica sobre la eficacia de dos intervenciones - reintroducción / rechazo - del CGA en pacientes críticos.

**METODOLOGÍA:** Revisión sistemática de la evidencia disponible sobre la conveniencia de introducir o desechar el CGA. Proceso: (1) Establecimiento de los criterios de inclusión/exclusión; (2) Determinación de la estrategia de búsqueda (palabras clave e itinerarios); (3) Vaciado de las bases de datos: MEDLINE, CINAHL, CUIDEN, IME, SCIELO y COCHRANE. Búsqueda por método indirecto y vaciado manual de índices; (4) Lectura crítica independiente y contrastada, utilizando la plantilla CASPe; (5) Contraste de resultados del análisis crítico.

**RESULTADOS:** Los itinerarios de búsqueda generan más de 800 referencias que una vez depuradas, permiten seleccionar 54. Después de su lectura, sólo 4 se centran realmente en cuestiones relacionadas con la reintroducción/rechazo del CGA: 2 revisiones, 1 estudio observacional y un ECA de muestra pequeña. La heterogeneidad de estos estudios no permite emplear técnicas de metaanálisis. Por ello se analizan por separado los resultados de cada estudio. Mediante este proceso se obtiene un resultado final que demuestra un bajo grado de evidencia científica.

**CONCLUSIONES:** Existe escasa evidencia científica sobre la conveniencia, la seguridad y los beneficios de ambas intervenciones. Es difícil establecer un protocolo de cuidados, por lo que nos planteamos realizar un estudio experimental para establecer las indicaciones y contraindicaciones de ambas intervenciones.

**Palabras clave:**

Volumen gástrico residual, intervención enfermera, evidencia científica, enfermería intensiva

**Financiación:**

Solicitada beca de ayuda a la investigación del COIB

## **NEMS, UNA ESCALA OBJETIVA DE LA CARGA ENFERMERA.**

Moreno Mulet C, Arenas Gallero R, Medina Atiénzar I, Prieto González S, Salvatierra Bourel JM.

Unidad de Cuidados Intensivos. Área de Críticos. Hospital Son Llàtzer. Palma de Mallorca.

**OBJETIVO.** Evaluar la diferencia entre los ratios enfermera-paciente (E-P) planificados (loc. p) y los ratios operativos teóricos (loc. op) mediante la escala Nems, en nuestra unidad. Valorar la adecuación de nuestra plantilla, analizando los resultados obtenidos.

**METODOLOGÍA.** Estudio descriptivo retrospectivo. Se midieron los NEMS, a todos los pacientes ingresados en la unidad desde el 01 de noviembre de 2003 al 31 de octubre de 2004. Se han calculado los NEMS medios mensuales y las desviaciones estándar, así como el loc.p y el loc.op correspondientes a los meses incluidos en el estudio; obteniendo la carga media añadida por enfermera y día.

**RESULTADOS:** Durante el periodo de estudio, hubo un total de 600(04) + (03) ingresos. El índice de ocupación medio fue de 0.82 +/- 0.05. Se obtuvieron 10891 mediciones de NEMS de las cuales 848 corresponden a valoraciones diarias y el resto 10043 a valoraciones por turno. Los siguientes resultados corresponden a las medias y las desviaciones del periodo de estudio: la puntuación NEMS media fue 24.29 +/- 0.42, el loc. p fue 2.11 +/- 0.21 el loc. op fue 1.89 +/- 0.10 , la carga añadida por enfermera fue 0.21 +/- 0.19 y la carga añadida por día fue 1.89 +/- 1.22.

**CONCLUSIONES:** Mediante la escala NEMS hemos objetivado que existen en nuestra unidad diferencias entre la carga real del colectivo enfermero y la carga teórica calculada , evidenciando que normalmente la plantilla es adecuada a pesar de que en momentos puntuales puede resultar insuficiente.

**Palabras clave:**

Ratios, carga enfermera, escala NEMS, Loc p, Loc op.

## **SOBRECARGA ASISTENCIAL DEL PACIENTE TRATADO CON UN PROTOCOLO DE CONTROL INTENSIVO DE GLUCEMIA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.**

Cruz Ramos A, García González A, Diego Romero MA, Arias Torre S, Perea Moraga MC, Fontán Vinagre G, Rivera Alvarez J.

Servicio de Medicina Intensiva. Unidad Polivalente. Hospital Universitario Doce de Octubre. Madrid.

**INTRODUCCIÓN:** El paciente grave tratado con una perfusión continua de insulina, precisa de una monitorización constante de la glucemia.

**OBJETIVO:** Valorar las cargas de trabajo que supone la aplicación de dicho protocolo.

**MATERIAL Y MÉTODO:** Estudio descriptivo prospectivo de una muestra de pacientes ingresados en UCI durante 5 meses. Se registró el diagnóstico, la edad, el género y el Therapeutic Intervention Scoring System (TISS -28) al ingreso y los días 3º, 5º, 10º y al alta. Se aplicó un protocolo de extracción y monitorización de la glucemia. Se registró: Tiempo y número de determinaciones, glucemias máximas y mínimas, tipo de nutrición y unidades insulina/día. Las variables cuantitativas se expresan como mediana y rango intercuartil, las cualitativas como frecuencias y se analizaron con pruebas no paramétricas.

**RESULTADOS:** Se estudiaron 25 enfermos, 56% mujeres, edad 62 años ( 49-68) y TISS-28 1º día 43 (39-54); 3º, 44 (42-50); 5º, 38 (34-43);10º, 34 (24-38); alta, 26 (22-30). Se realizaron 139 determinaciones de glucemia, 61 por vía central, 70 por arteria y 8 por punción y tiempo de enfermería. Los tiempos medios de enfermería fueron 49 min. El día del ingreso, 42 el 3º día, 34 el día 5º, 20 el 10º día y 18 al alta.

**CONCLUSIÓN:** El paciente grave sometido a control intensivo de glucemia incrementa el TE, de forma significativa durante los 5 primeros días, alcanzando hasta un 10% del TISS.

**Palabras clave:**

glucemia, insulina, TISS, tiempo de enfermería.



***Martes 21 de Junio de 2005***

***SALA MAYOR***

***08:30***

**Comunicaciones Orales**





## SEGURIDAD MICROBIOLÓGICA DE LA PREPARACIÓN EN UCI DEL DIALIZADOR DE ALBÚMINA PARA TRATAMIENTO MARS.

Rodríguez Herrero, C., Zurita Melero, T., Jurado Oñate, L., Medina Carmona, A., Fernández Vargas, M.L., Herrera Gutiérrez, M.E.

SCCU. Hospital Carlos Haya. Málaga.

**OBJETIVO.** El MARS es un sistema de depuración extracorpórea orientado al fracaso hepático. Se trata de una técnica segura pero entre sus complicaciones se cita la posibilidad de provocar infección por contaminación del dializador de albúmina. Para la preparación de este se requieren 600 cc de albúmina humana al 20%, que solo se comercializa en frascos de 50cc. Existen tres opciones: 1.- Premezcla en recipiente de volumen alto mediante campana de flujo laminar. 2.- Premezcla en la UCI mediante procedimiento estéril. 3.- Uso de los recipientes comerciales directamente con sustitución de los mismos hasta completar el procedimiento de cebado. Dado que en la UCI el procedimiento será iniciado de forma urgente en numerosas ocasiones y por lo tanto sin disponibilidad de campana de flujo, hemos diseñado un protocolo para valorar la seguridad bacteriológica del dializador cuando se realiza premezcla en UCI.

**MATERIAL.** Estudio prospectivo de todos los procedimientos realizados en la UCI entre Mayo y Diciembre de 2004. Se toma muestra del dializador de albúmina una vez finalizado el tratamiento mediante toma de muestra estéril en puntos de punción del circuito de albúmina para cultivo del mismo. La premezcla se realiza en el momento de inicio de montaje por el enfermero/a responsable del montaje del sistema y del control posterior del paciente y se realiza mediante preparación de campo estéril, lavado quirúrgico y protección de aislamiento (gorro, mascarilla, guantes y bata quirúrgica estériles), en una bolsa para nutrición parenteral de 3 L de capacidad. La mezcla se mantiene en nevera envuelta en paños quirúrgicos estériles hasta el momento de su uso.

**RESULTADOS.** Hemos tratado 8 pacientes de 53,8+/-10,5 años, 75% varones, 37,5% ingresados en UCI por insuficiencia hepática aguda y el resto en pacientes crónicos que ingresan de forma programada para tratamiento por insuficiencia aguda sobre crónica. En estos pacientes hemos realizado 28 sesiones (2,7+/-1,5 por paciente) con una duración media de 16,6 +/-4,2 horas por sesión. El tiempo máximo de espera desde la preparación hasta la infusión de la albúmina fue de 2 horas. En ningún caso se realizó manipulación posterior del circuito hasta su retirada (no se extrajeron muestras ni se realizaron punciones hasta este momento).

En el 7,1% (2 de las 28) muestras analizadas se detectó crecimiento de un germen (Staf epidermidis en ambos casos), aunque en uno de estos casos se había detectado previamente una rotura del sistema (segmento de bomba) con pérdida de albúmina por lo que la causa de la contaminación se justifica por esta complicación.

Ninguno de estos 2 pacientes presentó problemas de infección con posterioridad a la realización del tratamiento. Un paciente presentaba infección previa a la realización de los tratamientos y en este caso no se aisló ningún germen en el dializador.

**CONCLUSIONES.** 1- El protocolo de aislamiento empleado en nuestra Unidad para la preparación del dializador de albúmina del sistema MARS es seguro para el paciente. 2.- Este protocolo permite asegurar la disponibilidad del tratamiento en cualquier Unidad y momento aunque no se disponga de campana de flujo laminar en tanto no se dispongan de recipientes comerciales de tamaño adecuado.

**Palabras clave:**

Diálisis con albúmina. Infección. MARS.

## **PROTOCOLO DE INGRESO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL TRASPLANTE HEPÁTICO. MANEJO EN EL POSTOPERATORIO INMEDIATO.**

Cabrejas Ayuso A.

Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitario de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona.

**INTRODUCCIÓN.** La atención de enfermería en el postoperatorio inmediato del trasplante hepático es de compleja magnitud debido a las alteraciones fisiológicas del proceso.

### **OBJETIVOS:**

Prevenir, identificar y colaborar en el tratamiento de las complicaciones: hemorragia, hipovolemia, tromboembolismo, broncoaspiración, insuficiencia renal aguda, hiper o hipopotasemia y rechazo. Favorecer el bienestar del paciente y realizar la acogida de la familia. Detección de características propias del proceso.

**METODOLOGÍA.** Descripción secuencial de las actividades a la llegada del paciente a UCI:

1. Conexión a ventilación mecánica, parámetros y alarmas.
2. Monitorización y alarmas.
3. Valoración del nivel de conciencia, reflejos fotomotores pupilares, nivel de dolor.
4. Comprobar permeabilidad de sonda nasogástrica, vesical y drenajes. Características y débito.
5. Control de permeabilidad de accesos venosos centrales y periféricos e instaurar el tratamiento farmacológico y el inmunosupresor.
6. Colocar al paciente en posición semi-fowler.
7. Acogida de la familia.
8. Realización de pruebas complementarias.

Pautas de Actuación:

Descripción de las alteraciones fisiológicas ocasionadas por la magnitud de la intervención y el manejo posterior:

- sistema cardiovascular- alto gasto cardíaco y baja resistencia periférica- hipotensión arterial- hipertensión arterial-
- sistema respiratorio- extubación precoz.
- sistema renal- insuficiencia renal moderada postoperatoria- valoración hemofiltración/diálisis.
- hematología- leucopenia- trombocitopenia- nivel de hematócrito.
- disfunción del aloinjerto- diferenciación del daño reversible al daño de preservación- no funcionamiento del injerto- rechazo agudo.
- complicaciones técnicas- trombosis arteria hepática- complicaciones del ductus biliar.

**CONCLUSIONES.** La correcta monitorización de todos los parámetros es vital para la detección de complicaciones y su tratamiento, con la mejora de la calidad asistencial.

### **Palabras clave:**

cuidados de enfermería, trasplante hepático, postoperatorio inmediato.

## ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON HEMORRAGIA CEREBRAL NO TRAUMÁTICA.

Oms RM, Vega M, Pérez G, Huerta S, Ricart MT, Solà N.

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

Desde 1996, utilizamos el proceso de atención de enfermería (PAE) y los diagnósticos de NANDA como metodología de trabajo. En el proceso de mejora de la atención, detectamos que la hemorragia craneal por ruptura de malformación vascular presenta características diferenciales de la hemorragia cerebral de origen traumático.

**OBJETIVO:** Elaborar un PAE para el paciente afecto de hemorragia cerebral no traumática. Disponer de indicadores de calidad para mejorar los cuidados.

**MÉTODO:** Constituimos un equipo investigador formado por seis enfermeras de UCI polivalente. Revisamos bibliográfica sobre la patología para reforzar el conocimiento de la etiopatogenia y posibles complicaciones relacionadas. Revisamos retrospectivamente las historias clínicas de los pacientes ingresados en UCI desde enero 2003 hasta diciembre 2004 por hemorragia subaracnoidea e intraventricular no traumática para constatar los cuidados de enfermería. Seleccionamos tres historias clínicas que analizamos para definir al paciente tipo y elaborar un PAE base que integrara los cuidados específicos según modelo Henderson.

**RESULTADOS:** El cuidado integral del paciente implica un PAE de todas sus necesidades. Observamos la existencia de diferentes cuidados al ingreso, durante las diferentes pruebas intervencionistas y tras la realización de las mismas que englobamos en el mismo PAE.

Los resultados son:

1- Necesidades a destacar:

- . Respirar
- . Evitar peligros.

2- Problemas interdependientes específicos:

- . Afectación del centro respiratorio
- . Riesgo de lesión del tejido cerebral.
- . Riesgo de sangrado secundario a la manipulación vascular.
- . Riesgo de lesión relacionado con la administración de contraste yodado.

3- Los objetivos e intervenciones han sido los derivados de la NANDA.

**CONCLUSIONES:** La elaboración de un PAE específico para este tipo de pacientes ha permitido identificar los problemas interdependientes y diagnósticos dando lugar a la unificación de criterios y una mejora de la calidad asistencial.

**Palabras clave:**

Hemorragia cerebral no traumática. Atención de enfermería.

## MONITORIZACIÓN DE INDICADORES COMO HERRAMIENTA DE MEJORA DE LA CALIDAD.

Fransi Labat C, Gonzalez Recasens S, López Martínez N, Martín Arias C, Martínez Carbó S, Rodríguez Roselló S.

Servicio de Medicina Intensiva. Centro Médico Delfos. Barcelona ( Barcelona).

**OBJETIVOS:** Evaluar la utilidad de la determinación de diferentes indicadores como herramienta de mejora de la calidad asistencial. Analizar la existencia de oportunidades de mejora mediante el control de indicadores de calidad, que permitan la implementación de medidas correctoras

**MATERIAL Y MÉTODO.** Durante los años 2003-2004, dentro de un programa de mejora de la calidad, en relación a la Acreditación del SMI, se diseñaron, recogieron y evaluaron 15 indicadores de calidad. En la Tabla 1 se detalla el nombre del indicador, el tipo y el periodo de evaluación. Las dimensiones abarcadas por los diferentes indicadores fueron : riesgo, efectividad, eficacia, satisfacción, adecuación y continuidad asistencial. También se detalla el resultado conseguido y las medidas correctoras.

### RESULTADOS

Tabla 1 :

Nombre	Tipo	Periodo	Estándar	Acciones
Úlceras por presión	Resultado	Anual	Conseguido	Activo
Extubación involuntaria	Resultado	Anual	Superior	Protocolo contención Protocolo sedación
Caidas accidentales	Resultado	Anual	Superior	Protocolo contención Protocolo sedación
Punción accidental	Resultado	Anual	Activo	
Encuesta satisfacción	Proceso	Cuatrimstral	Conseguido	Activo
Calidad percibida	Resultado	Cuatrimstral	Inferior	Información familiares Ruidos ambientales
Errores administración fármacos	Resultado	15 días /año	Superior	Informatización prescripción
Efectos adversos fármacos	Resultado	Anual	Conseguido	Comité Farmacia
Neumonía asociada VM	Resultado	Anual	Superior	Acciones formativas Revisión protocolo
Infección urinaria	Resultado	Anual	Conseguido	Activo
Bacteriemia por catéter	Resultado	Anual	Superior	Acciones formativas Revisión protocolos
Betabloqueantes en el IAM	Proceso	6 meses	Inferior	Acciones formativas
Trat. fibrinolítico en el IAM	Proceso	Anual	Conseguido	Pasivo
Administración AAS en IAM	Proceso	6 meses	Conseguido	Pasivo
Consentimiento informado hemoderivados	Proceso	6 meses	Inferior	Información
Cabezal cama incorporado	Proceso	2 meses	Conseguido	Pasivo

**CONCLUSIONES.** La monitorización y análisis de determinados indicadores de calidad ha permitido detectar áreas de mejora en nuestra actividad diaria, así como la implementación de acciones específicas. También ha permitido la objetivación de la calidad asistencial. La monitorización de determinados indicadores es una herramienta útil en la mejora de la calidad asistencial.

### Palabras clave:

Indicadores. Calidad. Medicina Intensiva.

## VIGILANCIA DE LA INFECCIÓN URINARIA ASOCIADA A SONDAJE URETRAL EN UNA UCI COMARCAL.

Gutiérrez Valverde L (1), Pinazo Murria M (2), Rodríguez Rajadell P (1), Hernández Casanova I (1), Fuentes Núñez J (1), Mula Tortajada (1), García López I (1), Albiñana Vidal G (1), Broch Porcar MJ (1).

(1) Servicio Medicina Intensiva. (2) Servicio Medicina Preventiva. Hospital de Sagunto. Sagunto (Valencia)

**INTRODUCCIÓN.** La Vigilancia Epidemiológica de Infecciones Nosocomiales en nuestra UCI la efectúa personal del Servicio de Medicina Intensiva y Preventiva, monitorizando diariamente la infección urinaria relacionada con el sondaje uretral (IUSU), objetivo de la presente comunicación.

**MÉTODO.** Estudio de cohortes prospectivo de los sondajes uretrales realizados en los pacientes ingresados en una UCI médico-quirúrgica de 9 camas desde Enero a Diciembre 2003. Se han registrado las IUSU. Las tasas se expresan como densidad de incidencia (DI) por 1000 días de instrumentación. Se presenta la tasa acumulada a lo largo del periodo de estudio y la tasa de utilización de la sonda, comparándose con la tasa ENVIN (Estudio Nacional de Vigilancia de Infección Nosocomial).

**RESULTADOS.** Ingresaron 559 pacientes (79.4% con patología médica) con una edad media de 68 años, siendo el 67.4% varones. La estancia media fue de 4.7 días y la mortalidad de 13.4%. El número de días de sondaje uretral fue de 1633. Se detectaron 11 IUSU. La DI acumulada fue de 6.74 infecciones por 1000 días de sonda y la tasa de utilización del 73%, cifras superiores a las del ENVIN del año 2003 (4.95 y 80% respectivamente).

**CONCLUSIONES.** Tras observar que nuestra DI es superior a la tasa nacional, se han revisado los protocolos de inserción y mantenimiento de la sonda uretral, y se ha elaborado una hoja de control evolutivo para ambas técnicas con el fin de mejorar nuestra DI.

**Palabras clave:**

Infección urinaria, sondaje uretral, densidad de incidencia



***Martes 21 de Junio de 2005***

**SALA MAYOR**

***13:00***

**Comunicaciones Orales**





## VENTILACIÓN NO INVASIVA EN PACIENTES CON FALLO RESPIRATORIO Y CÁNCER.

Martín Lozano R, Almada Fernández MB, Pérez Pérez R, Pérez García M, Salmerón Saura E, López Real MD

UCI. Hospital Morales Meseguer. Murcia.

**OBJETIVOS:** Los pacientes con fallo respiratorio agudo (FRA) e inmunosupresión se benefician del uso de ventilación no invasiva (VNI) para evitar la intubación endotraqueal. El objetivo de este estudio es analizar la efectividad de la VNI en estos pacientes.

**MÉTODOS:** Estudio prospectivo observacional de los pacientes, diagnosticados de cáncer diseminado, linfoma, leucemia o mieloma, con necesidad de VNI debido a FRA. Las variables cuantitativas se expresan como medias+DE, las cualitativas como porcentajes. Las variables que en el análisis univariante mostraban asociación significativa fueron introducidas en un modelo multivariante.

**RESULTADOS:** Se han estudiado 109 pacientes con FRA agudo e inmunosupresión (55 cáncer diseminado, 19 linfomas, 25 leucemias y 10 mielomas). La edad media era de  $62\pm 18$  años, 62.4% varones, SAPS II:  $49\pm 14$ . Las etiologías más frecuentes del FRA: 20.2% neumonía, 23.9% SDRA, 11.9% edema pulmonar y 11.9% EPOC agudizado. El éxito de la VNI (intubación evitada): 62 casos (56.9%). La mortalidad en UCI: 37.4%. Las variables que se relacionaron con el fracaso de la VNI mediante regresión logística:

PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> 1 hora con VNI (OR:0.933, IC-95:0.920 0.991), Frecuencia respiratoria 1 hora VNI (OR:0.955, IC-95%:0.933 0.985, SOFA máximo (OR:1.111, IC-95:1.053 1.211) Orden No Intubación (OR:3.433, IC-95%:2.198 5.231).

**CONCLUSIONES:** La tasa de éxito de la VNI es aceptable en este tipo de pacientes, con una mortalidad en UCI elevada. La respuesta a la VNI, la gravedad del síndrome de disfunción orgánica y la presencia de orden de no intubación son determinantes para el éxito de la técnica.

**Palabras clave:**

Ventilación no invasiva. Neoplasia. Inmunodepresión

## UN SOPLO DE AIRE QUE MARCA LA DIFERENCIA.

Carrera Martínez D, Fernández Cuervo M C, Casas Rodríguez R, Calvo Fernández L, Díaz-Caneja Sela V, Álvarez Fernández L.

Servicio de Medicina Intensiva. Hospital de Cabueñes. Gijón (Asturias).

**OBJETIVOS:** Evaluar la efectividad y tolerancia a la BiPAP (Bilevel Positive Airway Pressure) en pacientes de UCI (Unidad de Cuidados Intensivos). Determinar las características generales de los pacientes a los que se aplica la BiPAP.

**METODOLOGÍA:** Estudio observacional retrospectivo de 49 pacientes a los que se proporcionó VMNI (Ventilación Mecánica No Invasiva) en modalidad de BiPAP en la UCI del Hospital de Cabueñes en los años 2002 y 2003. Se analizaron las siguientes variables: edad, sexo, procedencia, diagnóstico, tolerancia, efectividad, efectos no deseados (úlceras por presión, desaturación, agotamiento, disminución del nivel de conciencia, tos, sed, vómitos, fugas, ansiedad), intubación endotraqueal, éxitus, APACHE II y parámetros hemodinámicos. Las comparaciones entre variables se realizaron mediante test de Chi cuadrado, T de Student, tabla de Guilford y análisis porcentual.

**RESULTADOS:** Encontramos un 65,3% de hombres frente a un 34,7% de mujeres. La media de edad fue de 63 años. Un 40,81% tenía un APACHE nivel IV. Existió buena tolerancia en el 83,67% y la BiPAP fue efectiva en el 67,34% de los casos. No hubo efectos indeseados en el 69,38%. El más frecuente fue la desaturación (16,32%) seguido de la ansiedad (14,28%). Tras la BiPAP sólo se precisó intubación en el 26,53% y fueron éxitus el 16,32%.

**CONCLUSIONES:** Se observa una alta efectividad y tolerancia de la BiPAP, así como ausencia de efectos no deseados en 7 de cada 10 pacientes: la desaturación y la ansiedad son los más frecuentes, no existiendo ningún caso de úlcera por presión relacionado con este procedimiento.

**Palabras clave:**

UCI. Ventilación mecánica. VMNI. BiPAP. Efectividad. Tolerancia. Intubación. Ansiedad.

## HEMOCULTIVOS EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.

Barcenilla Román N, Robles López ML, Fernández García E, Vara Pérez J, Suárez Arias R.

Hospital de León. León.

**OBJETIVOS:** Analizar las tasas de extracción de hemocultivos y su positividad en los pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) .

**METODOLOGÍA:** Estudiamos de forma prospectiva las tasas de extracción de hemocultivos (número de hemocultivos por 100 ingresos), el número de hemocultivos positivos y cuantos de estos se consideran contaminados, en pacientes ingresados en la UCI polivalente durante un periodo de tres meses.

La extracción se realiza según protocolo: muestras de 10 ml. de sangre seriadas en tres sets con intervalos de 30 minutos, en puntos de punción diferentes.

Se consideró cultivo positivo cuando se aisló en al menos un sets alguno de los siguientes microorganismos: cocos gram positivos diferentes de *Staphylococcus coagulasa-negativo*, bacilos gram negativos o hongos. También se consideró positivo cuando en los dos sets se aisló *Staphylococcus coagulasa-negativo* y el paciente presentaba clínica compatible con bacteriemia. Hemocultivo se consideró contaminado cuando se aisló en un solo sets *Staphylococcus coagulasa-negativo*, *Bacillus sp*, *Propionibacterium acne* o *Corynebacterium sp*.

**RESULTADOS:** Durante el periodo de estudio ingresaron 152 pacientes. Se obtuvieron 67 hemocultivos ( 44%, IC del 95% de 35,1-50,9 ), de estos 25 (37,3% ) fueron positivos, 17 (25,3%) se consideraron positivos verdaderos y 8 ( 11,9%) contaminados.

### CONCLUSIONES:

- 1.- Aproximadamente a la mitad de los pacientes ingresados en UCI se le extraen hemocultivos.
- 2.- Alto porcentaje de hemocultivos positivos.
- 3.- La tasa de hemocultivos contaminados nos sugiere revisar el protocolo de extracción de muestras.

### Palabras clave:

Hemocultivos, contaminados, protocolo.

## INCIDENCIA DE INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO ASOCIADA A CATETERISMO VESICAL.

Robles López ML, Barcenilla Román N, Olivera Seijas C, López Alonso C, Pérez Álvarez L, Acedo Diego MJ.

Unidad de Medicina Intensiva. Hospital de León. León.

**OBJETIVOS.** Conocer la incidencia de infección urinaria en pacientes con cateterismo vesical (CV) ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

**METODOLOGÍA.** Estudiamos de forma prospectiva la densidad de incidencia de ITU (número de ITU por 1000 días de CV), el ratio de utilización del CV (número de días de CV/ total días de estancia) y las comparamos con los resultados del estudio ENVIN-UCI 2003, en una UCI polivalente durante un periodo de 3 meses. Además analizamos el intervalo de tiempo de aparición del primer cultivo positivo (100000 ufc ) y gérmenes aislados.

**RESULTADOS.** Durante el periodo de estudio ingresaron 152 pacientes, con CV 151, la RUCV en nuestro medio es de 0,99 (percentil 75). Presentaron fiebre 36 pacientes (23,6%); se recogieron 60 muestras de orina, resultando positivas 14 (23,3%, con IC 95%: 12,6-34). La TIITU es de 9 por mil días de sondaje (percentil 75).

El 60% de las muestras fueron positivas en los 4 primeros días de ingreso. Los gérmenes aislados con más frecuencia son Gram negativos (80%).

### CONCLUSIONES:

- 1.- La TI ITU en nuestra unidad es elevada, con un RUCV alto.
- 2.- Más de la mitad de las ITU ocurren en los primeros 4 días de ingreso.
- 3.-Deberíamos tomar medidas para reducir la tasa de incidencia de ITU: disminuir el número de CV, revisar los protocolos de inserción , manejo de CV y lavado de manos.

### Palabras clave:

Infección urinaria, cateterismo vesical, incidencia.

## **FAMILIARES Y ENTORNO DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS: ESTADO DE LA CUESTIÓN Y PROPUESTAS DE INVESTIGACIÓN FUTURA.**

Sánchez Calvin C (1), Zaforteza Lallemand C (2), Lastra Cubel P (1).

(1) Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Universitario Son Dureta. (2) Departament i Escola d'Infermeria i Fisioteràpia. Universitat de les Illes Balears.

**INTRODUCCIÓN:** La atención a los familiares de UCI es insuficiente en España y en el contexto internacional. Nos centramos en las dificultades que experimenta la familia con el entorno de la unidad.

**OBJETIVOS:** 1) determinar qué temas se han investigado y su nivel de evidencia. 2) Identificar líneas emergentes de investigación.

**MÉTODOS:** exploración retrospectiva sistemática de la bibliografía referente a familia del paciente de UCI y entorno de UCI. Bases: Medline y CUIDEN. Revista REMI. Acotado 1993 a 2004.

### **DESCRIPTORES MEDLINE:**

Environment or visit and

-Family & ICU

-Relative & ICU

-Relatives & ICU

-Intensive care unit & family

-Intensive care units & relatives. Descriptores CUIDEN:

Entorno or visit\* and

-Famil\* & UCI

-Famil\* & unidad cuidados intensivos. Resultados: 82 artículos hallados, artículos seleccionados 25

**TEMAS EMERGENTES:** entorno tecnológico, necesidades, papel de enfermería, experiencia de los familiares en la UCI, autonomía, política visitas. Un artículo nivel de evidencia II y el resto de nivel inferior a VIII (Niveles según la Agencia de Evaluación de Tecnología Médica de Cataluña). Tres artículos cualitativos.

**CONCLUSIONES:** Desarrollar y evaluar estrategias globales de atención a la familia. Diseñar proyectos intervencionistas que establezcan un alto nivel de evidencia. Es necesario generar conocimientos a partir de diseños de investigación rigurosos y abandonar los principios de tradición, autoridad, lógica y ensayo y error para la atención a los familiares del paciente de UCI.

### **Palabras clave:**

UCI, familia, entorno, investigación, enfermería basada en evidencia.



***Martes 21 de Junio de 2005***

***AUDITORIO LA GAVIOTA***

***16:00***

**Comunicaciones Orales**





## **MEDIDAS DE AISLAMIENTO EN EL PACIENTE TRASPLANTADO. ¿SE CONOCEN Y SE APLICAN?**

Domingo Zambudio J, Martínez Martínez A, López Corbalan MC.

Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. El Palmar (Murcia).

**INTRODUCCIÓN.** Las personas trasplantadas constituyen un grupo de alto riesgo, puesto que son pacientes altamente inmunodeprimidos, por tanto subsidiarios de contraer infecciones por gérmenes oportunistas o infecciones bacterianas. Por ello, se han de extremar las medidas de aislamiento con el fin de evitar infecciones cruzadas, creando barreras entre el paciente y el profesional.

**OBJETIVOS.** Pretendemos detectar y analizar el nivel de conocimiento y grado de ejecución de las normas de aislamiento protocolizadas para este tipo de pacientes, que debe aplicar todo el personal que entra en contacto con ellos.

**MATERIAL Y MÉTODO.** En una UCI de 32 camas, hemos observado durante un periodo de 6 semanas un box de aislados, con un promedio de 3 pacientes trasplantados en este periodo. Desarrollamos un estudio descriptivo, prospectivo que consta de :- Encuesta realizada al personal sanitario para valorar el nivel de conocimiento de las normas de aislamiento. - Observación del grado de cumplimiento de dichas normas.

**RESULTADOS.** Conocimiento: DUE 80.70%, médicos 62.50%, celadores 33.30%, auxiliares 65%. Cumplimiento: DUE 65.04%, médicos 33.30%, celadores 40%, auxiliares 45.30%.

**CONCLUSIONES.** De los datos obtenidos, se deduce un alto conocimiento de estas medidas, pero sin embargo, ponen de manifiesto el escaso cumplimiento o ejecución de las mismas. Creemos oportuno y necesario el constante reciclaje de todo el personal de UCI, así como la exposición de las consecuencias derivadas, de la no ejecución de dichas normas.

**Palabras clave:**

Trasplante, normas de aislamiento, protocolos.

**Financiación:**

Fondo de investigación sanitaria.

## **CORRELACIÓN ENTRE DOS ESCALAS DE VALORACIÓN DEL RIESGO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTES DE UCI.**

Arana Fajardo M, Figueras Bosch MJ.

Servicio de Medicina Intensiva SCIAS Hospital de Barcelona. Avenida Diagonal 660, 08034 Barcelona.

**OBJETIVOS.** Determinar las cargas de trabajo de una nueva escala (Braden) de riesgo de úlceras por presión (UPP), respecto a la utilizada tradicionalmente para este fin (Norton).

Correlacionar las puntuaciones de ambos instrumentos con el fin de establecer si la nueva escala es comparable al método tradicional.

**MÉTODOS.** Estudio prospectivo y controlado. Criterios de inclusión. Pacientes ingresados en una UCI general de 8 camas durante el periodo comprendido entre septiembre 2003 y agosto 2004.

**INSTRUMENTOS.** Se compararon las puntuaciones y tiempos de trabajo de enfermería obtenidas con la escala de Norton (controles) y las determinadas con la escala de Braden. Las puntuaciones obtenidas por cada una de las escalas se correlacionaron mediante regresión lineal.

**RESULTADOS.** Se realizaron 1767 determinaciones con cada una de las escalas a la muestra de pacientes incluidos en el estudio (n=825). El tiempo requerido para la realización de las puntuaciones fue significativamente mas alta en la escala de Braden (4,1+/-2,3 minutos) que con la de Norton (1,0+/-0,2 minutos; p= 0,0001)

**CONCLUSIONES.** Ambas escalas son equivalentes para la valoración UPP aunque la de Braden requiere cuatro veces mas tiempo de trabajo para su realización. La efectividad del protocolo de prevención se confirma para la baja tasa de úlceras detectadas en el seguimiento.

**Palabras clave:**

Cargas de trabajo, correlación entre dos escalas, úlceras por presión, escala de Braden, escala de Norton.

## **COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE CON VÍA AÉREA ARTIFICIAL (INTUBADO/TRAQUEOSTOMIZADO). UN NUEVO MÉTODO MEDIANTE SISTEMA INFORMÁTICO**

Bello González MI, Buleo Lorca MJ, Rodrigo Frontelo R, Pérez Curiel G.

Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Severo Ochoa. Leganés (Madrid).

**OBJETIVO:** Comprobar la utilidad de un sistema de comunicación mediante pictogramas y conversor de texto-voz para atender las necesidades de expresión y comunicación los pacientes.

**METODOLOGÍA:** Mediante el asesoramiento y financiación de la Fundación Telefónica se diseñó un programa para identificación de las necesidades de expresión de los pacientes: 1.- necesidades, 2.- deseos, 3.- dudas y preguntas acerca de su estado y situación.

Mediante ordenador portátil con pantalla táctil se utiliza un sistema de lenguaje alternativo y sencillo. El menú se compone de diferentes pictogramas e iconos que permiten identificar por un lado las diferentes zonas corporales, y mediante un convertidor texto voz dar lugar a poder escuchar locuciones pregrabadas. El ordenador dispone de un teclado desplegable en pantalla para utilización bien táctil como con ratón que permite configurar diálogos tanto por el paciente como por sus cuidadores. Este convertidor de voz puede expresarse en cualquiera de las lenguas del estado. Puede conectarse a la red de telefonía para poder establecer una conversación telefónica, utilizando frases configuradas y pregrabadas como las que el paciente quiera elaborar.

**RESULTADOS:** Se ha probado este sistema para valorar su "amigabilidad" con el paciente, destacando que disminuye la ansiedad y angustia que produce la incomunicación. Por otro lado puede plantear alguna limitación en pacientes bajo efecto reciente de sedoanalgesia prolongada al interferir en la movilidad táctil.

**CONCLUSIONES:** Nos parece que este intercomunicador es un método eficaz y un enfoque nuevo en la interrelación y comunicación de los pacientes con vía aérea artificial y sus cuidadores

**Palabras clave:**

Intercomunicador. Comunicación paciente-cuidador. Vía aérea artificial.

**Financiación:**

Asesorado y financiado por Fundación Telefónica

## **CUBIS: CUESTIONARIO DE BIENESTAR PSICOLÓGICO. UN INSTRUMENTO DE MEDIDA DE LA REPERCUSIÓN DE LA ENFERMEDAD Y EL AMBIENTE SOBRE LOS ENFERMOS DE UCI Y SUS FAMILIARES.**

Ramos Branchadell P (1), Fernández Catalá D (1), Martínez Vinuesa L (1), Yvars Bou M (1), Ballester R (2), Abizanda Campos R (2), Bernat Adell A (1).

(1) Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitario Asociado General de Castellón. Castellón.  
(2) Departamento de Psicología. Universidad Jaume I. Castellón. Castellón.

**INTRODUCCIÓN.-** Es frecuente evaluar los cambios en la calidad de vida percibida de los pacientes que ingresan en UCI. Sin embargo, no existe en nuestro país, y en nuestro idioma un instrumento validado para medir la repercusión psicológica que produce esa experiencia. Nuestro objetivo ha sido diseñar ese tipo de instrumento, proceder a su validación, y en una fase posterior aplicarlo sistemáticamente.

**MÉTODO.-** Tras revisión bibliográfica, se ha procedido (técnica Delphi) al enunciado de los ítems a incluir y de los momentos en que se administrará el cuestionario. Se procede a obtener el consentimiento (CI) del paciente y / o de su familia. En los momentos que evalúen la situación pre UCI, la situación a las 48 horas, y a la semana tras el alta de UCI, el cuestionario es administrado por enfermería. La situación a los 6 meses está previsto realizarla tras contacto telefónico, remitiendo el cuestionario por correo y procediendo a su autoadministración. Los resultados de Cubis se correlacionan con los de calidad de vida (Barthel). La validación del cuestionario se realizará por métodos de "bootstrapping" (Montecarlo o similar).

**RESULTADOS.-** Durante el último semestre de 2004, se han atendido en nuestra UCI 256 pacientes con más de 48 de estancia. De estos se dispone (negativa a otorgar el CI, fines de semana y festivos, vacaciones personal involucrado, diagnóstico de síndrome coronario) de 70, y de 6 con seguimiento a 6 meses. El valor máximo de CUBIS ES DE 330 puntos, y se comprueba que la alteración del bienestar psicológico esta en relación a las perspectivas de recuperación, siendo el valor más bajo obtenido intraUCI de > 75 puntos. Se expone el cuestionario y ejemplos de su aplicación.

**CONCLUSIONES.-** Se enfatiza el interés de disponer de instrumentos adecuados para medir la repercusión psicológica de la enfermedad crítica y su proceso asistencial y la importancia que ello tiene en el diseño de la atención postUCI.

### **Palabras clave:**

Calidad de vida. Bienestar. Repercusión psicológica.

### **Financiación:**

Beca de la Consellería de Sanitat del Govern Valencia

## ***Comunicaciones Pósters***





## VARIACIONES EN LOS RESULTADOS DE LA GASOMETRIA ARTERIAL (GA) EN FUNCION DEL TIEMPO DE PROCESAMIENTO DE LA MUESTRA.

Revero Alonso M (1), Sánchez Vallejo A (1), Sabugo Molina V (1), Arteaga Sánchez J (2), González González AB (1), Rodríguez Grande MJ (1).

Filiación institucional

(1) Servicio de Medicina Intensiva. Hospital de León. León. (2) Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Doctor Negrín. Las Palmas de Gran Canaria.

**OBJETIVO.** La demora en el procesamiento de muestras es un problema frecuente en nuestros hospitales. El objetivo de nuestro estudio es determinar si existen diferencias en los resultados analíticos de la GA en función del tiempo transcurrido desde su extracción hasta su procesamiento y valorar su relevancia clínica.

**METODOLOGÍA.** Estudio prospectivo observacional en la UCI del Hospital de León. Se extrajeron 50 muestras de GA. Se procesaron en dos momentos diferentes en un analizador de Radiometer, la primera vez en un tiempo inferior a 5 minutos y la segunda conservándose a temperatura ambiente hasta su procesamiento en un intervalo de 18-31 minutos desde su extracción.

Las variables cuantitativas se expresaron en media y desviación estándar, y la comparación de las medias de los valores de ph, pO<sub>2</sub>, pCO<sub>2</sub>, bicarbonato (Bic) y saturación de oxígeno (SatO<sub>2</sub>) con la T de Student para datos apareados, IC 95%. Análisis: programa SPSS 11.0.

**RESULTADOS.** 50 muestras; 17 pacientes. Varones 70%. Edad media 63 años, DE 13,85. Tiempo medio 2º procesamiento 22,12 min., DE 3,20. Diferencia medias pO<sub>2</sub>: 3,52 mmHg. IC 95% (0,62-6,43), p=0,018. En ph, pCO<sub>2</sub>, Bic y SatO<sub>2</sub> la diferencia de medias fue menor de 0,5, p <0,05

Conclusión. Aunque la SEPAR y Radiometer recomienden procesar las muestras antes de 10-15 minutos desde su extracción y sino conservarlas en hielo triturado, los resultados muestran que únicamente existen cambios en la pO<sub>2</sub> aunque sin relevancia clínica.

**Palabras clave:**

Gasometría Arterial. Tiempo. Procesamiento de muestras.

## **ENVIN CONTINUADO PARA EL CONTROL DE LA INFECCIÓN EN UCI. PAPEL DE ENFERMERÍA EN SU GESTIÓN.**

Perz O, Jordà R, Bergadá J.

Clínica Rotger. Palma Mallorca. Baleares.

**INTRODUCCIÓN:** El sistema ENVIN es un medio de control de la infección (I) en UCI con una eficacia contrastada. Sin embargo únicamente se realiza 2 meses al año por su complejidad en la introducción de datos.

**OBJETIVOS:** Mantener el control de la infección en UCI a través del sistema ENVIN con recogida de datos continuos.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Introducción y control de la recogida de datos con un equipo formado por dos miembros, uno del colectivo médico y otro del de enfermería. Se recogieron todas las infecciones ingresadas en UCI con especial seguimiento de las infecciones nosocomiales (IN), según criterios del ENVIN. Se controló el consumo de tiempo diario para introducir nuevos casos, actualización de datos, y el total realizado.

**RESULTADOS:** UCI de 10 camas. Se controlaron 452 p.del 01/01/2004 al 01/01/2005.La edad era de 67,9(DE13,8) años, con predominio de hombres (68,2%), y un APACHE II de 12,4(DE 6,38).La estancia fué de 5(DE 5,99) d., la mortalidad cruda de 31 p (6,92%).El rango de ingresos diarios fue de 1,21.

Se controlaron un total de 57 procesos infecciosos, 27 (47,4%) a IN, y 30 (52,6%) I comunitaria. De las 27 IN, 16(59,2%) se relacionaron con factores de riesgo controlados: NAV 5 (31,2%), IU 5 (31,2%), BAC-CVC 6 (37,5%).La DI en relaciona a 1.000 días de uso de riesgo fueron correlativamente de: 13,16; 4,08; y 4,77.Se les administró antibióticos (ATB) a 246 p. con un total de 319 ATB, de los que 197 (61,76%) correspondía a profilaxis.

El tº necesario para la inclusión de un nuevo paciente, actualización de las tablas de datos, y control al alta era siempre < 5'.El tiempo acumulado diario para cada miembro del equipo nunca fue > 30'.

**CONCLUSIONES:** Las tasas de IN de nuestra unidad se encuentran dentro de los valores del ENVIN nacional.

El ENVIN continuado permite no solo el control de la IN si no de otras infecciones, uso de ATB y control de gérmenes.

El reparto de tareas entre estamentos permite un consumo de tiempo asumible para realizar el ENVIN de forma continua.

**Palabras clave:**

ENVIN. Infección nosocomial. Epidemiología.

Financiación:

Institución.

## **ACTUACIONES DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE SOMETIDO A CIRUGÍA MAXILOFACIAL.**

Artázcoz Artázcoz MA, Soria Sarnago MT, Martín Goñi E, Espelosin Betelu A, Jimeno Montes Y.

Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Virgen del Camino. Pamplona (Navarra).

**INTRODUCCIÓN:** En los últimos años el perfeccionamiento de las técnicas quirúrgicas, junto con avances en anestesia y técnicas ventilatorias, ha permitido que un gran número de pacientes se puedan beneficiar de intervenciones de cirugía maxilofacial (mxf), sin la necesidad de una traqueotomía, siendo ventilados a través de un tubo nasotraqueal (nst). Ingresan en la unidad entre 24-72 horas tras el acto quirúrgico, que es agresivo y de larga duración, para controlar el edema en las vías respiratorias altas producido por la manipulación de una zona altamente vascularizada.

**OBJETIVOS:** Describir protocolo de actuación de enfermería teniendo en cuenta el tipo de cirugía mxf. realizada. Prevenir problemas potenciales por intubación nst. como sinusitis, infecciones traqueales, necrosis por presión de la mucosa y aleta nasal.

**METODOLOGÍA:** Estudio retrospectivo realizado de 1 de enero a 31 diciembre 2004 en una unidad de críticos polivalente. De 576 ingresos ,37(6,42%) fueron para control postoperatorio mxf., 31 ventilados a través de intubación nst. (83,78%) ,6 (6,22%) por traqueotomía realizada en el acto quirúrgico, de estos 3 (3,11 ) por problemas en la intubación nst.Las patologías intervenidas se agrupan:

- Neoplasias de suelo de boca, paladar, lengua, cervical +vaciamiento ganglionar +colgajo. 23 pacientes (62,16%)
- Reconstrucción de maxilares con cerclajes .12 (32,43%)
- Abscesos mandibulares, de suelo de boca 2 (5,40%).

Contrastar nuestra experiencia diaria, bibliografía y las bases de datos Medline y CINAHL .

**CONCLUSIONES:** La vigilancia y protocolización de los cuidados de enfermería son de suma importancia en el postoperatorio inmediato para la prevención de complicaciones.

**Palabras clave:**

Cirugía maxilofacial, intubación nasotraqueal, edema, protocolos de enfermería.

**Financiación:**

## **INCIDENCIA DE SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO EN UCI. FACTORES DE RIESGO.**

Ayllón Garrido N (1), González García M (1), Álvarez González M (1), Belaustegi A (1), Carmona Quintana E (2), Salvador Moral C (2).

Filiación institucional

(1) Servicio de Medicina Intensiva. Hospital de Txagorritxu. Vitoria. (2) Servicio de Reanimación. Hospital de Galdacano. Vizcaya.

**OBJETIVOS:** Calcular la incidencia de Síndrome Confusional Agudo (SCA) en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital de Txagorritxu. Determinar los factores de riesgo de SCA.

**METODOLOGÍA:** Estudio analítico, observacional y prospectivo Pacientes, seleccionados por orden consecutivo de ingreso. Criterios de inclusión: mayores de 18 años, estancia > o igual a 3 días. Criterios de exclusión: trastornos psíquicos, traumatismo craneoencefálico, infección del Sistema Nervioso Central, accidente cerebro vascular, motivo de ingreso coronario, consumo de sustancias psicoactivas, traslado de otra UCI.

Variables: SCA: alteración transitoria y reversible del estado mental manifestándose por desorientación, ansiedad, terror, alucinaciones o ideas paranoides. Se establecerá su diagnóstico con una puntuación superior o igual a 4 en la "ESCALA DE DELIRIUM de N. Bergeron", valorada diariamente.

Otras: edad, sexo, enfermedades asociadas, tabaco, sedación, opiáceos, analgesia epidural, ventilación mecánica, índice pronóstico APACHE II y días de estancia. Datos recogidos en la "HOJA DE REGISTRO DE DATOS" al ingreso.

Análisis: test chi2 ( $p < 0.05$ ), Odds Ratio para estudiar la relación entre las variables.

**RESULTADOS:** Se incluyeron 112 pacientes, con edad  $68 \pm 18.2$ , APACHE II  $15 \pm 7$ , días de estancia media 8.35. Incidencia Acumulada de SCA: 41.3%. Tasa de Incidencia de SCA: 11 casos/100pacientes-día. APACHE II  $> 15$ , edad  $> 68$ , sedación, relajación muscular y ventilación mecánica guardan una relación estadísticamente significativa con el SCA.

**CONCLUSIONES:** 1. La incidencia de delirium es significativa y, por tanto, se debe actuar sobre ello. 2. La edad avanzada, el pronóstico grave, la ventilación mecánica así como el coma inducido son factores de riesgo para el SCA.

### **Palabras clave:**

UCI, delirium, factores de riesgo, síndrome de UCI, síndrome confusional agudo.

### **Financiación:**

Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco.

## **GANGRENA DE FOURNIER. PROTOCOLO DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN UNA UCI.**

Muñoz Camargo JC, Guerra Gallego MJ, Espadas Maeso MJ, Perez Fernandez-Infantes S, Cinjordis Valverde P, Alfonso Díaz MD.

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

**INTRODUCCIÓN:** La Gangrena de Fournier (GF) es un proceso agudo necrotizante con afectación del pene, el periné, el escroto y la pared abdominal que da lugar a un cuadro tóxico con fiebre y afectación general. Está producido por flora mixta ( bacilos gramnegativos, cocos grampositivos, aerobios, anaerobios.)

El 21% de los casos es de origen colorrectal, 19% urológico, 24% cutáneo y 36% de origen desconocido.

La mortalidad por GF oscila entre 16-53% en función de que este localizada o asociada a shock séptico.

**METODOLOGÍA:** Se elabora un protocolo de cuidados de enfermería en pacientes con GF que ingresa en nuestra unidad y que lleva a cabo el personal de enfermería.

Las actuaciones están encaminadas a dar respuesta a los principales Diagnósticos de Enfermería (DE) que encontramos en estos pacientes:

- Alto riesgo de infección en relación con la destrucción de la primera línea de defensa contra la invasión bacteriana.
- Alteración del bienestar relacionado con el dolor secundario a la realización de curas periódicas.
- Alto riesgo de deterioro de la integridad cutánea en relación con la inmovilidad y reposo en cama prescrito.

Protocolo:

- Pauta de analgesia previa a la cura.
- Cura con suero fisiológico y Antiséptico.
- Utilización de hidrogel para limpieza autolítica del lecho.
- Educación sanitaria sobre higiene de la zona afectada.
- Puesta en marcha del protocolo de prevención de úlceras por presión.

**CONCLUSIONES:** La GF es una enfermedad con una alta mortalidad cuyo tratamiento descansa en cuatro pilares fundamentales: Diagnóstico certero y precoz, desbridamiento agresivo y radical, antibioterapia adecuada, soporte nutricional. El personal de enfermería juega un papel importante tanto en la detección como en la evolución de esta patología a través de la puesta en marcha de un protocolo estricto del cuidado y seguimiento de la zona quirúrgica , contribuyendo a la reducción de la morbi-mortalidad que se produce por la Gangrena de Fournier.

**Palabras clave:**

Gangrena de Fournier, protocolo de Enfermería, Diagnósticos de Enfermería.

## ANÁLISIS Y REGISTRO DE LAS AGRESIONES EN CUIDADOS INTENSIVOS.

Fernández Martín MJ (1), Camacho García MG (1), Olmos Aullón C (2), Ruiz García S (2), Sanjuán Naváis (1).

(1) Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitario de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona. (2) Unidad Coronaria. Hospital Universitario de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona.

**OBJETIVO:** Determinar si se registran las agresiones realizadas por parte de la familia o del enfermo al personal de enfermería.

Promover el uso adecuado de un registro de agresiones.

**METODOLOGÍA:** Estudio descriptivo, mediante un cuestionario a enfermería realizado entre noviembre y diciembre del 2004 respecto a las agresiones sufridas en su vida laboral. Consulta de las agresiones registradas en la Unidad Básica de Prevención de Riesgos Laborales del hospital (UBPRLL). Criterios de inclusión: personal de enfermería de las unidades cuidados intensivos (UCI).

**RESULTADOS:** De 134 encuestas el 74% ha sido agredido en su vida laboral. La media de edad es de 40.2 años, un 85% son mujeres y el 15% son hombres. La media de años trabajados es de 18.

El 68% especifica haber sufrido agresión verbal por parte de la familia y/o del enfermo y el 62% refiere agresiones físicas por parte de los mismos. El 73% refiere haberlo comunicado verbalmente a un superior o compañero. El 86% dice no haber dejado constancia escrita del evento.

En los dos últimos años, según la UBPRLL, no se ha registrado ninguna agresión de enfermería de UCI.

Al 17.2% les ha repercutido en su vida laboral y al 7% en su vida personal.

**CONCLUSIONES:** Un alto porcentaje de las enfermeras de UCI han sufrido agresiones tanto físicas como verbales en su ámbito de trabajo, con repercusiones en su vida personal y laboral.

La mayoría de las veces enfermería comenta las agresiones a compañeros o superiores, aunque no deja constancia escrita de éstas.

**Palabras clave:**

Agresiones. Registro. Enfermería. Unidad de Cuidados Intensivos.

## **EVALUACIÓN DE UNA APLICACIÓN INFORMÁTICA EN U.C.I. PROGRAMA GACELA.**

Feal Fonte D, Miralles Frutos C, Fernández Loureiro C, García Jiménez A, Díaz Díaz M.

Servicio de Cuidados Intensivos. C.H.A. Marcide-Novoa Santos. Ferrol (La Coruña).

**OBJETIVO:** La aplicación informática GACELA (Gestión de Cuidados de enfermería Línea Abierta) se encuentra introducida en varios hospitales. En nuestra UCI se emplea desde noviembre 2001 manteniéndose simultáneamente la gráfica estándar, registros previos, etc. Realizamos una evaluación de la utilidad de dicho sistema.

**METODOLOGIA:** Se elaboró una encuesta estructurada para comparar la eficacia del sistema GACELA respecto a la gráfica y registros tradicionales, evaluando posible beneficios al paciente. Dicha encuesta se suministró a todas las enfermeras, auxiliares y médicos de UCI.

**RESULTADOS:** La encuesta fue respondida por el 85% del personal de UCI (N:42). En el 100% de las respuestas de enfermeras, auxiliares y médicos se estimó que los registros y la gráfica del aplicativo GACELA eran peores que la gráfica tradicional y, salvo en una respuesta, se estimó que la introducción del GACELA no había mejorado los cuidados administrados al paciente.

**CONCLUSIONES:** 1-No todos los sistemas informáticos diseñados para el cuidado de los pacientes son útiles para dichos pacientes y para el personal que los usa. 2-El sistema aplicativo informatizado GACELA es valorado como una inadecuada herramienta de trabajo para el personal de UCI siendo menos útil y práctico que la gráfica estándar usada y en nuestra experiencia, no aportando beneficios al paciente.

**Palabras clave:**

Programa GACELA. Gráfica estándar. Registros tradicionales. Valoración de los profesionales. Beneficios al paciente.

## PREOCUPACIONES DE PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS TRAS UN INFARTO.

Rodríguez Rodríguez A (1), Rodríguez Fernández (2), Rodríguez Fernández C (3).

(1) Centro de Saúde de Mariñamansa. Ourense. (2) Unidad de Corta Estancia. Complejo Hospitalario de Ourense. Ourense. (3) Unidad de Reanimación. Complejo Hospitalario de Ourense. Ourense.

**INTRODUCCIÓN.** Las enfermedades cardiovasculares son el principal problema de salud en los países desarrollados. Las Unidades de Cuidados Intensivos (UCIS) son áreas generadoras de estrés, originando una importante percepción de amenaza en el individuo. Disminuir la preocupación de los pacientes puede ayudarles a reducir el estrés. Entendemos por preocupación el ocupar predominante e insistentemente el pensamiento en alguna cosa que causa inquietud. (Este estudio forma parte de otro más amplio dirigido a estudiar las estrategias de afrontamiento desarrolladas por los pacientes ingresados en una UCI).

**OBJETIVO.** Describir las preocupaciones de los pacientes ingresados en una UCI tras un infarto.

**MATERIAL Y MÉTODO.** Estudio cualitativo de carácter descriptivo. El método de investigación :entrevista en profundidad, en pacientes que reunían criterios de inclusión/exclusión preestablecidos, y acceder a participar previa obtención del consentimiento informado.

**RESULTADOS.** La muestra estuvo compuesta por 14 pacientes, todos ingresados en la UCI .Edades comprendidas entre 30 - 80 años. Principales preocupaciones detectadas:

\*Dolor.

\* Familia:

- Sufrimiento de la familia por la enfermedad.
- Pérdida del rol de cuidador principal dentro de la familia.

\*Pérdida de rol:

- Cambio de domicilio pasando a depender de otras personas.
- En su trabajo.

\* Pruebas diagnósticas, tanto en la realización como en el resultado.

\* Falta de independencia durante el ingreso. Preocupación por molestar.

\* Somatización de síntomas.

\* Falta de intimidad.

**CONCLUSIONES.** Conocer las preocupaciones presentes en pacientes coronarios puede servir para el manejo del afrontamiento ineficaz. El papel de enfermería informando al paciente es esencial para reducir la preocupación.

**Palabras clave:**

Preocupación. Afrontamiento. Estrés. Ingreso.

## **EDUCACIÓN SANITARIA EN EL TRASPLANTADO HEPÁTICO.**

Cabrejas Ayuso A.

Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitario de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona.

**INTRODUCCIÓN.** La imprevisibilidad del número de donaciones y de la idoneidad del donante-receptor y de la magnitud de la intervención hace que sus cuidados sean excepcionales para prevenir el rechazo y complicaciones.

**OBJETIVO.** Facilitar al personal las herramientas necesarias para proporcionar a los pacientes trasplantados la mayor preparación para el autocuidado.

**MATERIAL Y METODOLOGÍA.** Descripción del protocolo de educación sanitaria al trasplantado hepático, que se pone en marcha una vez despierta el paciente en UCI.

Los cuidados abarcan:

1. Dieta: medidas higiénico-dietéticas.
2. Medicación: inmunosupresión que deberá tomar según protocolo, y los horarios de las tomas. Condiciones específicas de la toma de algunos fármacos.
3. Cuidados higiénicos diarios, de la herida y bucales.
4. Animales domésticos y condiciones.
5. Relaciones sexuales.
6. Reanudación de la actividad laboral.
7. Situaciones especiales como pruebas diagnósticas, toma otro tipo de medicación, pruebas diagnósticas y donde acudir en caso de malestar general.

### **CONCLUSIONES:**

- Un protocolo de educación es imprescindible para mejorar la calidad asistencial.
- Un buen ensinistramiento en el autocuidado previene las complicaciones y optimiza la calidad de vida del paciente.
- Facilita la autonomía del paciente y le estimula a la detección de posibles situaciones adversas de forma precoz.

### **Palabras clave:**

Trasplantado hepático. Educación sanitaria. Cuidados.

## **CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE PORTADOR DE BALÓN DE CONTRAPULSACIÓN INTRAÓRTICO.**

Cabrejas Ayuso A.

Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitario de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona.

**INTRODUCCIÓN.** La terapia con balón de contrapulsación intraórtico (BCPIAo) es frecuente en pacientes cardíacos. La disposición de un protocolo de actuación para el mantenimiento y retirada del mismo facilita su manejo y la prevención de complicaciones.

**OBJETIVO.** Elaboración de un plan de cuidados de enfermería para el mantenimiento y retirada del BCPIAo.

### **MATERIAL Y METODOLOGÍA.**

Actuación de enfermería:

A) Mantenimiento del BCPIAo:

Monitorización hemodinámica, control de perfusión periférica, auscultación cardíaca y pulmonar, cabecera < 45°, medidas de confort, inmovilización de la extremidad puncionada, examinar área alrededor del punto de punción, control de anticoagulación, control de la consola.

A.1. Detección precoz de complicaciones: pérdida de vacío, sospecha de ruptura del balón, rotura del balón.

B) Retirada del BCPIAo:

Criterios clínicos para la retirada, procedimiento de la retirada. Control de isquemia, hemostasia.

**CONCLUSIONES.** La estandarización de los cuidados de enfermería en el procedimiento del BCPIAo es fundamental para garantizar la calidad de los cuidados y disminuir la ansiedad del paciente.

**Palabras clave:**

cuidados de enfermería, balón de contrapulsación intraórtico.

## **ACCIDENTES BIOLÓGICOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS: "MEJOR PREVENIR QUE CURAR".**

Albiñana Vidal G (1), García López MA (1), Herraiz Ortiz JA (1), Piqueras Altabella R (2), Gómez Martínez E (1), Calvo Embuena R (1), González Monte C (2).

(1) Servicio de Medicina Intensiva. Hospital de Sagunt. Sagunt (Valencia). (2) Servicio de Medicina Preventiva. Hospital de Sagunt. Sagunt (Valencia).

**OBJETIVO.** La seguridad laboral es un problema a mejorar en cuidados intensivos (UCI), debido al gran número de técnicas invasivas utilizadas. El objetivo de nuestro estudio es el análisis de los accidentes laborales biológicos acontecidos en la UCI del Hospital de Sagunt en el periodo comprendido entre 1994-2003.

**METODOLOGÍA.** Nuestra UCI es una unidad médico-quirúrgica de 9 camas, en el que se trabaja en turno rotatorio. Los datos relativos a los accidentes biológicos son recogidos por el Servicio de Medicina Preventiva, y se exponen tras su análisis retrospectivo.

**RESULTADOS.** El número total de accidentes biológicos hospitalarios registrados en el periodo del estudio fue de 635, de los cuales 66 (10,39%) ocurrieron en la UCI. De ellos, el mayor número correspondió a pinchazos accidentales (62%), seguido de heridas por objeto cortante (15%) y contacto con conjuntivas (15%). Entre los accidentados, 58 (87%) manifestaron haber tomado precauciones entre las que figuran: uso de guantes (84%); mascarilla (18%); gafas de protección (6%). Los accidentes acontecieron mayoritariamente en turno de mañana (51%) y noche (30%). Los accidentes relacionados directamente con fallos humanos y/o material inadecuado fueron 19 (28%).

### **CONCLUSIONES.**

- 1.- Los accidentes biológicos en la UCI suponen un porcentaje considerable del total de ámbito hospitalario.
- 2.- La existencia de un protocolo de vigilancia y actuación es fundamental y recomendable.
- 3.- La utilización de medidas preventivas básicas y la mayor disponibilidad de material adecuado podría contribuir a la mejora de la seguridad laboral en las UCI.

### **Palabras clave:**

accidentes biológicos; seguridad laboral; dispositivos barrera; prevención.

## ESTUDIO DE DESORIENTACIÓN EN LOS PACIENTES INGRESADOS EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.

Pérez Vega E, Moreno Jiménez E, Rodríguez Navarro MJ, Trigueros Oliva MJ, Sánchez Galán T, Espí Gil S.

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

**OBJETIVO.** Comprobar la incidencia de desorientación témporo-espacial en pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos(UCI) y variables que inciden en dicha desorientación.

**METODOLOGÍA.** Estudio prospectivo de 6 meses de duración con seguimiento de pacientes que ingresaron en UCI. Realizamos un registro de variables sexo, edad, días de estancia, diagnóstico, si el paciente era sedado o no, y si se desorientaba. Para determinar si las variables se correlaciona con el objetivo del estudio, se realizó una prueba de "chi cuadrado" con intención de valorar la significación estadística. De 186 pacientes, se pudo completar el seguimiento en 180(96,8%).

**RESULTADOS.** En cuanto al sexo, se desorientaron 23,4% hombres y 21,7% mujeres (no significativo). La distribución por edades fue: pacientes <50 años se desorientaron 12,5%, de 51-65 años 13,5%, de 66-80 años 25,6% y >80 años 37,9% (P= 0,04, significativo). Según la estancia: de 1-5 días de ingreso, se desorientaron 16,9% y más de 6 días de ingreso 40,9% (P=0,01, significativo). De los enfermos con sedación se desorientaron 44,4% , frente a los no sedados 17,4% (P=0,01, significativo). Según diagnóstico: cardíacos 13,2% desorientados, respiratorios 43,3%, otros 31,8% (P=0,01, significativo).

**CONCLUSIONES:** la desorientación se agrupa con mayor grado de significación estadística a la edad de los pacientes, existiendo una relación proporcional entre la misma y la aparición de desorientación, los días de estancia (siendo significativa cuando los enfermos estaban >6 días), la administración de sedación y la patología motivo de ingreso del paciente (menor desorientación de enfermos cardiológicos, respecto a los demás).

**Palabras clave:**

desorientación, sedación, estancia

**Financiación:**

Alaris

## **ADAPTACIÓN DEL REGISTRO DE ENFERMERÍA AL PLAN DE CUIDADOS. METODOLOGÍA DELPHI.**

Viñuales Cabasés H, Gil Ariño M, Magaña Carpio L, Vilalta Pérez M, Real Llovera T, Sancho Alonso M.  
Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitario Arnau de Vilanova. Lleida.

**INTRODUCCIÓN.** La gráfica de enfermería es una herramienta de trabajo diaria que tiene que ser dinámica. La gestión hospitalaria se basa en la calidad de los servicios y la evaluación de las cargas de trabajo. Esto nos hace plantear la necesidad de reestructurar y modificar nuestros registros de enfermería. También la incorporación del servicio de neurocirugía al hospital y la adaptación a nuevos tratamientos y tecnologías, nos obliga a incorporar nuevos parámetros hasta entonces no evaluados.

**OBJETIVO.** Adecuar la gráfica a las nuevas necesidades del servicio e implantarla como un completo plan de cuidados de enfermería.

**MATERIAL Y MÉTODOS.** La evaluación se ha realizado utilizando el método Delphi. Mediante dos circulaciones. En la primera y de manera abierta a expertos (equipo multidisciplinar que no participó en el equipo técnico). Recogemos las necesidades percibidas de cambio sobre el registro antiguo y tras explicar de manera detallada los cambios, en la segunda circulación establecemos un registro definitivo que se incorpora experimentalmente en la práctica diaria.

**RESULTADOS.** Mostramos una nueva gráfica con:

- 21 ítems eliminados: 17 por no ser útiles y 4 por agrupación.
- 41 ítems modificados: 14 de situación, 9 de diseño, 10 de expresión, 3 por desglosamiento y 5 por agrupación.
- 37 ítems nuevos: 3 por neurocirugía, 2 por nuevas tecnologías (PRISMA) y 32 por otros motivos.

**CONCLUSIONES.** La aplicación de la metodología delphi ha sido eficaz para la elaboración de la nueva gráfica del servicio de una manera adaptada a las necesidades y objetivos de este.

**Palabras clave:**

Registros de enfermería. Metodología Delphi. Plan de cuidados.

## VALORACIÓN DEL INFORME DE ENFERMERÍA AL ALTA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS POR ENFERMERAS DE HOSPITALIZACIÓN.

Palacios Romero AM, Rey Gallego N, Irigoyen Aristorena I, Yagüe Gastón A.

Servicio de Medicina Intensiva. Hospital de Navarra. Pamplona (Navarra).

**INTRODUCCIÓN:** El informe de enfermería al alta (I.E.A) resulta fundamental puesto que ayuda a una mejor planificación en la continuidad de los cuidados del paciente en hospitalización.

Tras dos años de su implantación se pretende conocer el grado de utilidad para nuestros compañeros de planta así como las posibles reformas que facilitarían su labor.

**OBJETIVOS:** Conocer el seguimiento que se realiza en hospitalización del I.E.A.

Recabar información sobre su utilidad y sugerencias de mejora.

**MATERIAL Y MÉTODO:** Estudio transversal. Se entregaron 110 cuestionarios en las unidades receptoras de mayor número de pacientes de U.C.I, entre octubre-noviembre 2004, preguntando sobre el conocimiento, utilidad y sugerencias del I.E.A. Análisis de datos mediante SPSS 12.0. Variables cualitativas con chi cuadrado.

**RESULTADOS:** La tasa de respuestas fue del 52,7%(58 cuestionarios). Conocen el Informe 45 enfermeras(77,5%) y no lo conocen 13(22,4%) (nunca lo han recibido) .

Los que no leen I.E.A recurren a la gráfica de U.C.I 2,6 veces más que los que sí lo leen (p:0,018).

Consideran 37(63,8%) que el I.E.A ha mejorado bastante la recepción del paciente y 27(46,5%) que facilita bastante su trabajo. Como sugerencias, 16(27,6%) proponen mejorar el formato y 9(15,5%) añadir otros datos.

**CONCLUSIONES:** El I.E.A es una herramienta útil para la recepción del paciente en hospitalización. Aunque se conoce nuestro Informe debería ser más útil y práctico, facilitando que disminuyeran las consultas a la gráfica de U.C.I. Se tendrán en cuenta las mejoras sugeridas. El sistema de recogida de datos deberá ser mejorado para aumentar la participación.

**Palabras clave:**

Alta de enfermería. U.C.I.

## ESTUDIO DESCRIPTIVO SOBRE LA POLITICA DE VISITAS EN CATALUNYA.

Mariné Cabré M, Molina Chueca R.

Servei de Medicina Intensiva. Hospital Universitari de Sant Joan. Reus. Tarragona.

**OBJETIVOS.** Hacer una fotografía de la política de visitas (PV) de los familiares en los servicios de Medicina Intensiva (SMI) de Catalunya.

**METODOLOGÍA.** Estudio descriptivo y transversal realizado entre febrero y junio del 2004. Para la recogida de datos se ha utilizado un cuestionario que recoge parámetros relacionados con: Información a los familiares, Organización de las visitas, Estructura arquitectónica de la unidad. El cuestionario es cumplimentado por correo/entrevista telefónica dirigido a responsable del SMI. De 48 cuestionarios, recibimos 43.

Consideramos visita abierta, cuando el tiempo total de visitas (TTV) es superior a 6 horas al día o bien visita continuada \_4 horas.

**RESULTADOS.** La mayoría de SMI se rigen por una organización de los horarios de visita. De los criterios establecidos, solo existen dos centros que los cumplen: 9 y 5h30, el que representa un 4.65% del total. Un 44.2%, tienen un TTV de entre 0 a 2 horas. En todos los centros encuestados, los familiares entran de uno en uno o de dos en dos. Por lo que respecta a las medidas de barrera, la respuesta es que en 20 unidades entran sólo con bata, en 19 vestidos de calle y en 4 con bata y polainas.

En 13 unidades de 43 realizan lavado de manos previamente y a la salida.

### CONCLUSIONES:

- La visita abierta entendida como la libertad de los familiares para entrar en la unidad libremente si las circunstancias lo permiten NO existe.
- A pesar de la diversidad de PV existentes, las enfermeras flexibilizan las pautas establecidas..
- La estructura arquitectónica condiciona que tengan que existir unas normas de entrada de familiares.

### Palabras clave:

política de visitas,

## **SATISFACCIÓN PROFESIONAL Y AGENTES ESTRESORES EN LA PROFESIÓN DE ENFERMERÍA Y SU RELACIÓN CON VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y PROFESIONALES.**

Casas Anel I, García Álvarez M, Díaz Rubio MI, Hernández Rodríguez I.

Servicio de Cuidados Intensivos. Hospital de León. León.

**INTRODUCCIÓN:** El estrés es frecuente en enfermería Puede provocar insatisfacción laboral. Objetivos: Variación en los niveles de estrés dependiendo de variables sociodemográficas y profesionales. Identificar los agentes estresores más frecuentes

**METODOLOGÍA:** Se repartió cuestionario autoadministrado al personal de Enfermería de Cuidados Intensivos (UCI) y Medicina Interna (MI). Satisfacción laboral mediante encuesta de Warr, Cook y Wall de 15 ítems,(rango 15-105; a mayor puntuación, mayor satisfacción) y estresores mediante encuesta de 54 ítems (rango 54-216; a menor puntuación menor estrés). Se obtuvo información de distintas variables sociodemográficas y profesionales. Se utilizó la T de student para muestras independientes. Se estableció significación estadística para  $p < 0,05$ . Programa estadístico: SPSS 11.0

**RESULTADOS:** 92,2% mujeres. Edad media 35 años (22-54). 54,7% casados. 59,4% sin hijos. 73,4%enfermeras(DE).26,6% auxiliares de enfermería(AE).71,9% de UCI. 28,1% de MI. Sólo se encontró significación estadística relacionando estrés-satisfacción laboral con el servicio donde se trabaja. Cuestionario estresores: Media de la puntuación 117,18(DE:21,72) en UCI y en MI 136,21(DE:16,52)  $p < 0,002$ . Encuesta satisfacción laboral: Media de la puntuación 62,28 (DE:9,40) en UCI y 49,67(DE:11,46)en MI  $p < 0,001$ . Estresores más frecuentes: Sufrimiento del paciente, sobrecarga de trabajo y bajo salario.

**CONCLUSIONES:** 1.Mayores niveles de estrés e insatisfacción laboral sólo se relacionan con el servicio donde se trabaja, estando más estresado e insatisfecho el personal de MI. 2. Los estresores más frecuentes son el sufrimiento del paciente, la sobrecarga de trabajo y el bajo salario

**Palabras clave:**

agentes estresores, satisfacción laboral, variables sociodemográficas y profesionales, cuidados intensivos, Medicina Interna

## UTILIZACIÓN DE LA ESCALA NEMS (NINE EQUIVALENTS OF NURSING MANPOWER USE SCORE).

Romero Romero V, Sánchez Martín R, García García R, Gómez Vallejo E, Robas Gómez A, Cabestrero Alonso D.

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

**INTRODUCCIÓN:** El empleo de escalas cuantificadoras de esfuerzo terapéutico y nivel de gravedad es una práctica habitual en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI).

### OBJETIVOS:

- Familiarizarnos con el uso de la escala NEMS como práctica de trabajo habitual en la unidad.
- Cuantificar el esfuerzo asistencial que requieren nuestros pacientes.
- Relacionar los datos obtenidos de la aplicación de las escalas NEMS y APACHE II.
- Distribuir los pacientes según niveles asistenciales.

**METODOLOGÍA:** Estudio prospectivo realizado en 458 pacientes admitidos en una UCI polivalente de 6 camas de un hospital comarcal, entre el 11 de junio de 2003 y el 11 de enero de 2005. Las escalas se aplicaron al alta del paciente y los datos se trataron mediante el programa estadístico SPSS.

### RESULTADOS:

1. Tras aplicar la escala NEMS destacamos:

- El NEMS medio de los pacientes ingresados es 23,66.
  - El 67% de ellos son cardiológicos; puntuación media 22,27.
  - La puntuación más alta corresponde a intervenciones de cirugía cardiovascular (período subagudo): 39,13.
  - El valor NEMS es significativamente más alto en los enfermos que fallecen ( $p > 0.001$ ).
2. NEMS y APACHE II están correlacionados por un coeficiente de Pearson de 0,6.

3. Distribución de pacientes en niveles asistenciales:

- Nivel 2 (NEMS 18-30) = 93,88%
- Nivel 3 (NEMS > 31) = 6,12%

### CONCLUSIONES:

- Constatamos que la escala NEMS es de fácil aplicación y que refleja el esfuerzo asistencial, pero no toda la actividad de enfermería.
- La mayoría de nuestros pacientes están en el nivel 2 (monitorización invasiva y no invasiva).

### Palabras clave:

UCI, NEMS, APACHE II.

## **PERFIL DEL ENFERMO CORONARIO INGRESADO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE UN HOSPITAL COMARCAL.**

Bravo Fernández C, Verdugo Páez A, Horrillo Gutiérrez de Tena MA, Aparicio Ortega I, Terrón Moreno FJ, Vega Reyes I, Fernández Romero R., Vírués Gómez J.

Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Comarcal "Valle de Los Pedroches". Pozoblanco (Córdoba).

**OBJETIVOS.** Conocer el perfil epidemiológico del paciente con patología coronaria de nuestra comarca. Analizar los factores de riesgos coronarios y su impacto en la población.

**METODOLOGÍA.** Estudio observacional retrospectivo de los pacientes con patología coronaria ingresados en nuestra unidad de cuidados intensivos. Período: 2 años (2003-04). Se recogen las siguientes variables: edad, sexo, factores de riesgo coronario, estancia en UCI, APACHE II, y mortalidad. Estudiamos que factores de riesgo que predominan en nuestra muestra y su distribución según el sexo. Se utiliza el programa informático SPSS

**RESULTADOS.** Se estudian 294 pacientes ,el 72% eran hombres, el 44% tenían una edad entre 70-80 años, siendo, el 12% mayor de 80. Respecto al diagnóstico observamos un incremento progresivo de ángor inestable (41%), aunque la primera causa es IAM con elevación ST (43%). Tienen un APACHE II menor de 10. Factores de riesgo coronario: HTA(68,4%), dislipemia (60,5%), diabetes mellitus (40,5%) obesidad (20%) y tabaco(29%). En ambos sexos los factores más importantes son la HTA y la dislipemia. Como diferencia, en los hombres hay mayor incidencia de tabaquismo, y en las mujeres la obesidad.

### **CONCLUSIONES:**

- Observamos que el paciente coronario tipo de la comarca es: varón entre 70-80 años, hipertenso y dispéptico que ingresa por IAM con elevación del ST y con un APACHE II bajo. Su estancia en UCI es corta.

- Creemos conveniente la realización de una guía educativa dirigida a prevenir los factores de riesgo y potenciar un cambio en el estilos de vida saludable, que facilitaríamos a sus familiares o paciente en la 24 primeras horas.

### **Palabras clave:**

Paciente coronario. Factores de riesgo.

## PROTOCOLO DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA POLINEUROPATÍA DEL PACIENTE CRÍTICO.

Muñoz Camargo JC (1), De La Rúa Delgado A (2), García Picón S (2), Guerra Gallego MJ (1), Espadas Maeso MJ (1), Pérez Fernández-Infantes S (1), Cinjordi Valverde P (1), Alfonso Díaz MD (1), Moreno Ortiz J (1).

(1) Servicio de Medicina Intensiva. Complejo Hospitalario Nuestra Señora de Alarcos de Ciudad Real. Ciudad Real. (2) Servicio de Rehabilitación. Complejo Hospitalario Nuestra Señora de Alarcos de Ciudad Real. Ciudad Real.

**INTRODUCCIÓN:** La polineuropatía del paciente crítico (PPC) es una degeneración axonal primaria de fibras motoras y sensitivas que se acompaña de degeneración de las fibras musculares como resultado de la denervación aguda que sufren. Ocurre especialmente en pacientes críticos que desarrollan síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SRIS) y sepsis grave con síndrome de disfunción multiorgánica (SDMO).

**METODOLOGÍA:** Todo los autores coinciden en la importancia de un diagnóstico precoz y la instauración temprana de un programa de rehabilitación que pueda contribuir a mejorar la capacidad funcional de los afectados. El objetivo fundamental del protocolo es el de llevar a cabo una serie de actividades que serán realizadas por los fisioterapeutas y el personal de enfermería de la unidad para reducir las secuelas musculares producidas por la PPC.

Protocolo de cuidados:

-Rotar al paciente para evitar daño nervioso adicional por compresión.

-Vigilancia articular y muscular.

-Movilizaciones programadas a diario:

a) Miembros superiores:

Flexo- extensión del hombro

Flexo- extensión del codo

Extensión de muñecas y dedos

b) Miembros inferiores:

Movimientos de la articulación Tibio-peronea

Dorsiflexión, inversión y eversión del pie

Movilización de la articulación de la rodilla

Flexión y extensión de la cadera

**CONCLUSIÓN:** La incidencia de PPC en pacientes con SDMO se sitúa alrededor del 75%, por lo que es importante intentar mejorar las secuelas musculares que se producen por esta patología, no solo evitándose los factores conocidos que favorecen su desarrollo, si no con la instauración precoz de fisioterapia.

Cada vez se hace más necesario la presencia de fisioterapeutas dentro del equipo multidisciplinar que se encarga de cuidar al paciente crítico.

**Palabras clave:**

Polineuropatía. Paciente crítico. Rehabilitación.

## EVALUACIÓN DE UN PROTOCOLO DE WEANING EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.

Perarnau Manau G, Medina García P, Gámez Cantero S, Aguilar Martínez R, García Verdejo JA.

Servicio Medicina Intensiva. Hospital Can Misses. Ibiza. Baleares.

**OBJETIVOS:** Descripción pacientes en ventilación mecánica (VM) tras la aplicación de un protocolo de weaning en una UCI de un hospital nivel I. Evaluar grado adhesión al protocolo. Papel desarrollado por enfermería.

**MÉTODOS:** Estudio prospectivo descriptivo del año 2003. Se aplicó protocolo desconexión a los pacientes que cumplían al menos 5 criterios de inclusión: GCS $\geq$ 8; PEEP $\leq$ 5; PO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub>>200; reflejo tusígeno; F/VT<105, ausencia de drogas vasoactivas altas dosis y mejoría del cuadro clínico causal. En este caso se realizó prueba de respiración espontánea con tubo en T o PS durante 30-60 min. Dichas variables fueron recogidas por enfermería en hoja de registro. Analizamos otras demográficas, clínicas, APACHE II, tiempo VM, fracaso del weaning.

**RESULTADOS:** 108 pacientes en VM. No hubo registro en 44. Del total de pacientes en VM 32 fallecen antes de la inclusión en el protocolo. Sí se aplicó en 4 exitus. Realizadas 10 traqueotomías. 32 pacientes (42.11%) a los que se aplicó el protocolo tenían edad: 56.17+-19.83 años; 7 mujeres (21.8%). APACHE II 16.41+-8.35. Días VM 9.29+-13.54. Pacientes con < 1 día VM 11 (34.38%). El 38.7% postoperatorios, respiratoria 27.4%, intoxicación drogas 13%, cardiovascular 9.67%, sépticos 6.45% y politraumas 4.83%. Fracasaron en el weaning 5 (15.63%): 2 fueron reconectados a través de su traqueotomía, 2 reintubados y 1 requirió ventilación no invasiva.

**CONCLUSIONES:** La adhesión a nuestro protocolo de weaning es baja. Debemos difundir nuevamente dicho protocolo para alcanzar un estándar del 90%. Hay que insistir en la importancia del papel de enfermería a la cabecera del enfermo durante el proceso de destete. Debemos incluir en la hoja de registro las variables demográficas, clínicas, APACHE II, tiempo VM y fracaso del weaning.

**Palabras clave:**

Protocolo. Weaning. Enfermería.

## LEGIBILIDAD DEL FOLLETO DE INFORMACIÓN PARA LOS FAMILIARES DE UNA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVOS.

Ros Martínez M, Vila Rumbo M, Ramos Rodríguez JM, García Verdejo J, Perarnau Manau G, Urbano Cobos E, Lacasaña Bellmunt P.

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

**OBJETIVO.** En el ámbito del "Plan de mejora de la Calidad de la Información que reciben los familiares", nos propusimos como objetivos de este estudio: 1. Analizar la legibilidad estructural (readability) de la información escrita en nuestro folleto de información para familiares. 2. Valorar la adecuación del folleto al nivel de comprensión de la población al que va dirigido. para conseguir valores de legibilidad adecuados.

**METODOLOGÍA.** Se seleccionaron 3 muestras de 100 palabras calculándose: Índice Flesch adaptado castellano por Fernández Huerta (IF-H), Índice facilidad lectura adaptado por García López (IFL), Índice de complejidad oracional (ICO) e Índice integrado de legibilidad (LEGIN).

### RESULTADOS

	FLESC-HUERTA	FACILIDAD LECTURA	COMPLEJIDAD ORACIONAL	LEGIBILIDAD INTEGRADA
MUESTRA 1	44.67	12.36	25	120
MUESTRA 2	41.31	12.28	8	133
MUESTRA 3	56.09	10.87	10	146
Texto conjunto	47.49	11.80	10	137

**CONCLUSIONES.** Un texto dirigido a la población general, debe tener unos valores del IF-H entre 61-70, IFL<12 años, ICO<30 y LEGIN>70. En el análisis del texto del folleto, el IF-H lo clasifica como de difícil lectura, mientras el IFL esta en el limite de los 12 años. Por otra parte los índices ICO y LEGIN presentan valores adecuados al nivel de comprensión exigido. Los índices que dependen de la extensión de palabras y frases, IF-H y IFL presentan valores de legibilidad inadecuados, no siendo así en el ICO, que depende de la complejidad sintáctica de las frases. Para corregir esto, deberemos usar en este texto frases mas cortas y palabras mas sencillas, manteniendo la estructura sintáctica.

### Palabras clave:

Legibilidad, familiares, UCI, nivel de comprensión, información.

## **IMPLICACIÓN PROFESIONAL Y ÚLCERAS POR PRESIÓN EN CUIDADOS INTENSIVOS**

Arantón Areosa L, Rumbo Prieto JM, Linares Ocampo P, Sierto Díaz E, Díaz Seoane B, Eguren Llera P.

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

**INTRODUCCIÓN:** Las úlceras por presión (UPP) son un problema asistencial de gran magnitud y la prevención, la estrategia de acción más eficaz. En UCI, por las características específicas de los pacientes se corre el riesgo de priorizar otros aspectos, relegando la prevención a un nivel secundario.

**OBJETIVO:** Evaluar en función del plan de calidad asistencial, los indicadores relativos a UPP de la UCI, así como las medidas correctoras aplicadas y su repercusión en los resultados.

**METODOLOGÍA:** Estudio descriptivo retrospectivo. Análisis cuanti-cualitativo de las variables: riesgo de UPP y Prevalencia de UPP, así como de los indicadores de proceso relativos a la prevención y tratamiento de las UPP establecidos en el programa de calidad.

**RESULTADOS:** Los datos obtenidos desde el año 2002 al 2004 describen que la tasa de pacientes de riesgo al inicio del estudio, era del 22%, la tasa de prevalencia del 9,1% y la de cumplimentación del proceso de UPP del 76%. Tras la aplicación de medidas correctoras (básicamente sesiones de enfermería que describiremos durante el congreso), pasaron en el 2003 a 21,5% de riesgo; 3,3% de UPP y 86,6% de cumplimentación; en el 2004, sobre un 23% de pacientes de riesgo; la prevalencia supuso un 3,4% y la cumplimentación del proceso un 100%.

**CONCLUSIONES:** La aplicación del plan de calidad coordinado entre UCI y Unidad de Calidad permitió mejorar tanto los indicadores de proceso como los de resultados. Destacar que nada de ello sería posible sin la formación e implicación del personal de enfermería.

**Palabras clave:**

úlceras por presión, enfermería, prevención, cuidados.

## **PERMEABILIDAD DE LOS CATÉTERES ARTERIALES SIN PERFUSIÓN DE HEPARINA.**

Clemente López FJ, Santana Medina JN, Rodríguez Soler A, Delgado Díaz A.

Servicio Canario de Salud

Para mantener la permeabilidad de los catéteres arteriales, se usa una perfusión de heparina con suero salino. Existe el riesgo de contaminar las muestras con heparina y por otro lado, anemizamos al paciente porque desechamos sangre para no contaminarlas. Como no hay unidad de criterios sobre su uso y se hace según criterio del personal, hemos realizado un estudio comparativo para evaluar estadísticamente la duración de los catéteres arteriales, que usamos, con perfusión de heparina y sin ella. No hemos encontrado significación estadística que justifique el uso de heparina ya que la duración del catéter es la misma, que no existe riesgo de trombosis arterial al no usar heparina porque los tiempos de coagulación son los mismos al estar todos los pacientes anticoagulados en UVI y por lo tanto, no hay que desechar sangre, ya que no hay riesgo de contaminación repercutiendo en un menor grado de anemización.

### **Palabras clave:**

Catéter, arterial, heparina, duración, perfusión, anemización.

## **VALORACIÓN DEL INFORME DE ENFERMERÍA AL ALTA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. PRESENTACIÓN DE UN NUEVO MODELO.**

Blanco Longueira MB, Esmorís Vettor DN, Fernández López MV, Gago García ME, Regueira Morandeira ML, Torre Barbeito G.

Unidad de Cuidados Intensivos de Politraumatizados-Polivalentes. Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. La Coruña

En la Unidad de Cuidados Intensivos se realiza el Informe de Enfermería al Alta (IEA), documento que se adjunta al resto de la Historia Clínica del paciente cuando es trasladado a otra Unidad. En el IEA se recoge información sobre posibles problemas del paciente a nivel de enfermería.

Un grupo de enfermeras de nuestra Unidad enviamos 50 cuestionarios a diferentes unidades del Complejo para que valorasen la utilidad del IAE. A estos cuestionarios se adjuntó un nuevo modelo de informe con el propósito de que los compararan, eligieran el más adecuado y dándoles la posibilidad de que nos indicaran aquellos datos que les gustaría que modificásemos o introdujáramos.

Como resultado obtuvimos:

- Una elevada aceptación del IEA, describiéndolo como útil para su trabajo.
- Elección del nuevo modelo de IEA, que modificamos según el resultado obtenido de los cuestionarios.

### **Palabras clave:**

Informe de Enfermería al Alta. Problemas del paciente a nivel de Enfermería. Nuevo modelo de Informe de Enfermería al Alta

## **PLASMAFILTRACIÓN: EXPERIENCIA EN LA UCIP DEL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN.**

Burgos Sala A, Izquierdo Izquierdo V, Fuentes Montes E, Fernández Deza E.

Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. Hospital Materno-Infantil Gregorio Marañón. Madrid.

En los últimos años se ha desarrollado una nueva línea de investigación en el tratamiento del shock séptico, que consiste en el empleo de la plasmafiltración para favorecer la disminución de endotoxinas circulantes y restaurar los niveles de inmunoglobulinas.

En nuestra Unidad ingresó una niña de 13 años, remitida desde otro hospital, diagnosticada de shock séptico meningocócico, refractario al tratamiento con expansión y catecolaminas.

Se realizó por primera vez tratamiento simultáneo con plasmafiltración y hemodiafiltración venovenosa continua durante 30 horas, consiguiendo una rápida estabilización hemodinámica y control de la coagulopatía. La paciente sobrevivió recuperando progresivamente la función renal, pero se tuvo que realizar amputación de miembro inferior izquierdo.

### **Palabras clave:**

Shock séptico, plasmafiltración, plasmaféresis, hemodiafiltración, insuficiencia renal aguda, sepsis meningocócica.

## **VENTILACIÓN DE ALTA FRECUENCIA OSCILATORIA EN UN CASO DE CONTUSIÓN PULMONAR BILATERAL, NEUMOTÓRAX Y HEMORRAGIA PULMONAR.**

Gómez Masía A, Rivas Martín R, Naranjo Peña I, Puerta Ortega Y, Cordero Martínez M.

Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. Hospital Materno-Infantil Gregorio Marañón. Madrid.

La ventilación de alta frecuencia oscilatoria (VAFO) es una modalidad ventilatoria aplicada fundamentalmente en niños con patología pulmonar severa y de uso poco frecuente en adultos en nuestra Unidad. Presentamos el caso clínico de un varón adulto de 18 años, en el que la VAFO contribuyó a su estabilización y mejoría.

El paciente víctima de atentado, sufría múltiples lesiones secundarias a onda expansiva. Presentaba contusión pulmonar neumotórax bilateral y hemorragia pulmonar asociados a lesiones de vísceras abdominales y múltiples contusiones corporales. Se inició ventilación mecánica convencional sin conseguirse una adecuada oxigenación y ventilación, por lo que se decide comenzar con la VAFO, que permitió un buen control de su situación respiratoria pudiendo ser extubado al 8º día sin incidencias.

En este paciente, la VAFO resultó ser una terapia útil para el manejo de patología pulmonar severa en el adulto.

### **Palabras clave:**

VAFO, patología pulmonar severa, ventilación mecánica convencional.

## **ESTUDIO DE UN BROTE EPIDÉMICO POR ACINETOBACTER BAUMANNII.**

López Ventoso M (1), Martínez López AI (2), Menéndez Robledo E (3), Pérez López L (2), Sousa Fernández A (4).

(1) Eventual. Área VI. Asturias. (2) Eventual. Área V. Asturias. (3) Eventual. Área IV. Asturias. (4) Eventual. Área III. Asturias.

En los últimos años los microorganismos multirresistentes hacen de la labor médica y de enfermería una verdadera carrera de fondo para lograr su erradicación o al menos su control, siendo las unidades de cuidados intensivos las que presentan un mayor número de casos, dada la patología de base de sus pacientes, las técnicas invasivas, los tratamientos agresivos,...

Son precisamente todas estas prácticas las que están ocasionando que microorganismos ubicuos en la naturaleza, pasen a ser agentes patógenos causantes de infección, siendo éste el caso del acinetobacter baumannii (AB).

**OBJETIVO.** Estudio de la cadena epidemiológica de la infección por A.B., mediante el análisis de casos, para poder establecer medidas de manejo de la infección.

**METODOLOGÍA.** En un primer lugar se procedió a un análisis bibliográfico sobre la infección por AB, para luego llevar a cabo un estudio cuantitativo, longitudinal y retrospectivo sobre las historias de los 12 pacientes que sufrieron colonización/infección por AB en la UCI de Cabueñes en el período comprendido entre el 1 de abril de 2003 al 18 de marzo de 2004.

**RESULTADOS.** El principal vector de transmisión es el personal y el lavado de manos la forma de evitarlo. El cultivo de las secreciones traquéales es el mejor indicador precoz de la colonización por AB.

**CONCLUSIONES.** El estudio desveló la necesidad de consensuar una serie de medidas para el manejo integral del paciente y el control de la infección.

**Palabras clave:**

Bacterias multiresistentes, acinetobacter baumannii, control de infección, medicina intensiva, aislamiento entérico y de contacto.

## **CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON INTOXICACIÓN POR ORGANOFOSFORADOS.**

Cabrejas Ayuso A.

Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitario de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona.

**INTRODUCCIÓN.** Los organofosforados actúan uniéndose a la colinesterasa inactiva, acumulando acetilcolina no degradada de forma irreversible, provocando hiperactividad a nivel de receptores muscarínicos, receptores nicotínicos, sistema nervioso central y otras manifestaciones.

**OBJETIVOS:** 1) Disminuir la absorción del tóxico y administración de antídotos. 2) Tratamiento y control de síntomas.

**METODOLOGÍA.** Trabajo descriptivo de los cuidados de enfermería en intoxicación por organofosforados a raíz de un caso en UCI, y revisión bibliográfica e internet.

Actuación de enfermería:

1. Determinar la vía de entrada del tóxico.

2. Mantener la vía aérea permeable.

3. Canalizar acceso venoso.

4. En función de la vía de entrada:

a) percutánea: retirada de ropa, y lavar con agua y jabón.

b) digestiva: lavado gástrico, administración de peristaltógenos, enemas, control de balance hidroelectrolítico.

5. Administración de antídotos:

a) atropina: inhibidor a nivel de receptores muscarínicos. En perfusión y control de clínica.

b) oximas: rompe enlace tóxico-colinesterasa, y cese de efectos. Percusión continua y siempre simultánea a la perfusión de atropina.

6. Cuidados según aplicación de medidas de soporte: ventilación mecánica, hemofiltración.

**CONCLUSIONES.** Facilita el conocimiento al personal de enfermería ante procesos tóxicos ocasionales en el servicio de UCI. La correcta actuación de enfermería evitará la absorción y/o facilitará la eliminación precoz, detectará las complicaciones tempranamente y se corregirán.

**Palabras clave:**

cuidados de enfermería, intoxicación por organofosforados.

## DE EXCURSIÓN CON EL PACIENTE CRÍTICO... ¿CÓMO ORGANIZAR UN TRASLADO INTRAHOSPITALARIO SEGURO?

Cabrejas Ayuso A.

Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitario de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona.

**INTRODUCCIÓN.** El traslado intrahospitalario del paciente crítico supone una monitorización adicional, que describe un 20% de complicaciones y aprecia un 68% de cambios fisiológicos de más de 5 minutos de duración. También el traslado conlleva la pérdida de personal médico y de enfermería en la UCI.

**OBJETIVOS:** 1) Evitar la aparición de complicaciones que aumenten la morbilidad y mortalidad. 2) Valoración de peligros potenciales y necesidades individuales. 3) Mantenimiento de la vigilancia clínica y tratamiento de los problemas.

**METODOLOGÍA.** 3 fases:

1. Fase de preparación: El objetivo es determinar y preparar al paciente y necesidades de material. Las actividades: debe cumplir los criterios de traslado; correcto funcionamiento y estado de baterías de oxígeno, monitor.; protección de vías y drenajes, y retirada momentánea de aquellos no imprescindibles; set de traslado: sedación, analgesia, antiarrítmicos, laringe, tubo endotraqueal entre otros.

2. Fase de transporte: El objetivo es mantener vigilancia óptima. Las actividades: monitorizar los signos vitales cada 5-10 minutos; correcta coordinación entre servicios.

3. Fase de reposo: Reinstaurar perfusiones, monitorizar e instalar al paciente en el box.

Se describen las alteraciones más frecuentes al transporte, a nivel: cardiovascular, respiratorio y neurológico.

**CONCLUSIONES.** Un traslado coordinado y correctamente monitorizado del paciente previene las complicaciones. La aparición de accidentes (desconexiones, pérdida de electrodos) son de escasas consecuencias, pero la interrupción de perfusiones puede tener consecuencias graves.

**Palabras clave:**

cuidados de enfermería, traslado intrahospitalario.

## **RELACIÓN COLOR DE OJOS CON PACIENTES INTERVENIDOS DE BY-PASS CORONARIO.**

Sánchez Delgado I, Aragón Fonts M, Gómez Fernández M, Guitart Aparicio M.

Unidad de Cuidados Intensivos 2, postoperados de cirugía cardíaca. Hospital Universitario Germans Trias i Pujol. Badalona (Barcelona).

**OBJETIVO:** Demostrar que los pacientes de ojos azules, tienen mayor probabilidad de sufrir patología coronaria

**METODOLOGÍA:** Estudio demográfico: observación del color de los ojos.

Estudio transversal comparativo entre color de ojos y pacientes intervenidos de by-pass coronario.

Variables: Independiente (ojos azules)

Dependiente (intervención coronaria).

Extraña (edad).

Aplicación estadística: fórmula de coeficiente de correlación biserial puntual.

**RESULTADO:** Se obtiene del estudio demográfico un 10% de personas con ojos azules.

En pacientes postoperados de by-pass coronario un 23% tienen ojos azules.

**CONCLUSIÓN:** Existe relación entre color de ojos y la patología coronaria intervenida.

**Palabras clave:**

Color de ojos. Cirugía cardíaca. By-pass coronario. Postoperados.

## **NIVEL DE SATISFACCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA ANTE CAMBIOS ORGANIZATIVOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO INSULAR DE GRAN CANARIA**

Martín Fuentes M, Forteza Pons L, Guíjo Pérez V, Ramos Falcón L, González Campos S.

Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Universitario Insular de Gran Canaria. Las Palmas (Las Palmas de Gran Canaria)

**INTRODUCCIÓN:** En los últimos años, la unidad de Cuidados Intensivos del Complejo Hospitalario Materno-Insular (CHMIGC), ha estado sometido a una reestructuración de su infraestructura y cambio de ubicación. Esto ha generado un aumento y cambios de la plantilla existente, nuevo organigrama, nueva organización interna, nuevos turnos de trabajo, modificación de la ratio...: factores claramente condicionantes para poder influir, para bien o para mal, en el sistema de trabajo, en las relaciones interpersonales, laborales y multidisciplinar.

**OBJETIVOS:** Conocer el nivel de satisfacción personal a nivel laboral en la unidad de Cuidados Intensivos.

Conocer la opinión del personal ante los cambios organizativos en el seno de la unidad de Cuidados Intensivos.

**METODOLOGÍA:** Se ha elaborado un cuestionario como instrumento de entrevista utilizando el de Salud Laboral de J.L. Meliá y J.M. Peiró (1998) modificada y adaptada a las características de la Unidad, compuesta por veinte preguntas, agrupadas en: Datos sociodemográficos, satisfacción personal-laboral y de satisfacción multifactorial el cual se pasara a la totalidad de la plantilla de enfermería (60 enfermeras y 47 auxiliares de enfermería).

Una vez conseguidos los permisos pertinentes se realizará una reunión donde se explique al personal el desarrollo del trabajo, la participación es voluntaria y se preserva el anonimato.

Los Datos obtenidos se procesarán en el programa informático, SPSS versión 12.0 para Windows.

**Palabras clave:**

satisfacción laboral, salud laboral, enfermería.

**Financiación:**

autofinanciación

## **EXPERIENCIA DE ENFERMERÍA EN LA IMPLANTACIÓN DE MARCAPASOS DEFINITIVOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL SANTA MARÍA NAI EN OURENSE DURANTE EL AÑO 2003.**

Añel Álvarez ME, Iglesias Otero MI, Costas García MC, Domínguez García MC.

Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Santa María Nai. Complejo Hospitalario Ourense (Ourense).

**OBJETIVO:** Analizar la incidencia en la implantación de marcapasos definitivo dentro de nuestra área de influencia. Desarrollar cuidados de enfermería y valorar su eficacia en la aparición de complicaciones.

**METODOLOGÍA:** Revisión retrospectiva de 191 implantes realizados en nuestro Centro en 2003 con una población de referencia de 329479 habitantes; con análisis de variables de procedencia, edad, sexo, modos de estimulación y complicaciones durante su estancia y en la primera revisión (7 días).

**RESULTADOS:** Fueron realizados 191 intervenciones (0,05% de la población) con edad media del 77,94%, hombres 56%, mujeres 44%. Modos de estimulación: SSI 6,28%; SSIR 33,5%; VDDR 26,7%; DDD 5,75%;

**COMPLICACIONES:** Hematomas 6,8%, dislocaciones 0,5%, exteriorizaciones 0,5%, neumotórax yatrogénico 0,5%, infecciones 0%.

Nuestro protocolo consta de :

Preimplantación: Anamnesis de enfermería; canalización de vía venosa; consentimiento informado; electrocardiograma; radiografía de tórax; analítica; ayunas (4 horas preintervención).

Postimplantación: Recepción y comunicación con el paciente; monitorización de arritmias cardiacas; control de constantes vitales; electrocardiograma; analgesia oral preautada con pequeña ingesta y valoración posterior; cura diaria con antiséptico y apósito; vigilancia de complicaciones -signos de sangrado, hematoma, infección y arritmias-; movilización progresiva; proporcionar medidas de comodidad y confort; educación al paciente y a su familia sobre movilizaciones y curas domiciliarias; proporcionar ayuda en aseo personal y alimentación.

**CONCLUSIONES:** El bajo número de complicaciones -8,3%- confirman la importancia de los cuidados de enfermería, e información exhaustiva al paciente y su entorno en cuanto a movilización y realización de curas domiciliarias. La presencia de hematomas a los 7 días está relacionada con la resintronización precoz; no precisando drenaje.

**Palabras clave:**

Cuidados enfermería. Marcapasos definitivo. Complicaciones.

## ANÁLISIS DE LOS TIPOS DE ESTRUCTURAS ORGANIZATIVAS EN UCI.

Godoy Déniz S, González Campos JA.

Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Insular Universitario de Gran Canaria. Las Palmas (Las Palmas de Gran Canaria)

**INTRODUCCIÓN:** El aumento poblacional de algunas zonas de España ha provocado el incremento de necesidad de ampliación de las antiguas unidades de cuidados intensivos. Estas nuevas unidades, en numerosas ocasiones, han surgido de viejas unidades preexistentes que han aumentado el número de camas disponibles. Esto ha provocado una ampliación de plantilla de esas unidades. Las estructuras organizativas han sufrido en ocasiones cambios radicales, pasando por fases intermedias de pruebas de estructuras organizativas. Los profesionales sanitarios de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Insular hemos querido analizar estos cambios, las consecuencias que han provocado, y hemos establecido encuestas de satisfacción y de burn-out según las diferentes estructuras organizativas.

**OBJETIVOS:** Analizar los tipos de estructuras organizativas en diferentes unidades de cuidados intensivos.

Reflexionar sobre los cambios de estructuras organizativas debido al crecimiento de las unidades asistenciales.

Comparar e interpretar los datos de grados de satisfacción y de burn-out de diferentes unidades de cuidados intensivos.

**METODOLOGÍA:** Estudio bibliográfico de las diferentes estructuras organizativas en el ámbito sanitario.

Realización e interpretación de las encuestas de grado de satisfacción y de burn-out.

**RESULTADOS:** Relacionando las variables sociodemográficas de edad, sexo, estado civil y tiempo trabajado, con las variables de este estudio: cansancio personal, despersonalización y relaciones personales, hemos llegado a las siguientes conclusiones:

**CONCLUSIONES:** Las nuevas estructuras organizativas han provocado un intento de subdivisión de las unidades en pequeños grupos que mantenían la antigua estructura organizativa.

Es preciso un estudio multicéntrico de las diferentes soluciones organizativas a este problema común, para estudiar la correspondencia del grado de satisfacción de los profesionales de la salud y el burn-out que éstos manifiestan.

**Palabras clave:**

análisis, estructura, organización.

**Financiación:**

Autofinanciación.

## PROTOCOLO DE ACTUACIÓN FRENTE AL ACINETOBACTER BAUMANNII.

López Ventoso M (1), Martínez López AI (2), Menéndez Robledo E (3), Pérez López L (2), Sousa Fernández A (4).

(1) Eventual. Área VI. Asturias. (2) Eventual. Área V. Asturias. (3) Eventual. Área IV. Asturias (4) Eventual. Área III. Asturias.

**OBJETIVO.** El *Acinetobacter Baumannii* (AB), en los últimos años, está cobrando un protagonismo creciente en la infección nosocomial, dadas las dificultades que plantea su control.

En Unidades de Cuidados Intensivos es donde mayor incidencia presenta, ya que a su gran capacidad de proliferación y a su multirresistencia, se le unen la patología del paciente, técnicas diagnósticas y terapias invasivas, tratamientos agresivos con antibióticos,...

Debido a la presencia de un brote epidémico en la UCI de Cabueñes de agosto de 2003 a febrero de 2004, se planteó la necesidad de establecer unas medidas a tomar para el manejo integral del paciente infectado por AB.

El propósito de este trabajo fue elaborar un protocolo de actuación que recogiera una serie de medidas para el control de la infección.

**METODOLOGÍA.** Mediante el estudio de la cadena infecciosa del agente, los 13 casos estudiados y el análisis bibliográfico, se procedió a recopilar las medidas de manejo de la infección en un protocolo.

Para comprobar la eficacia de la aplicación de dichas medidas se amplió el período a estudio de agosto de 2003 a agosto de 2004.

**RESULTADOS.** Con la puesta en marcha y mantenimiento de las medidas descritas, tras el último paciente colonizado por AB hasta agosto de 2004, la incidencia de casos fue disminuyendo progresivamente.

**CONCLUSIONES.** Los resultados obtenidos parecen mostrar la eficacia que, la puesta en marcha de las medidas recogidas en el protocolo, tienen en la disminución de la incidencia de infección por AB.

**Palabras clave:**

*Acinetobacter baumannii*. Control de infección. Cuidados críticos. Medicina intensiva. Aislamiento de contacto.

## **GUÍA PARA LA ADMINISTRACIÓN DE ÓXIDO NÍTRICO INHALADO EN UNIDADES DE CUIDADOS CRÍTICOS DE ADULTOS Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA.**

Collado Sáiz IC (1), García Alcalde C (2).

(1) Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. (2) Unidad de Cuidados Postoperatorios de Cirugía Cardíaca. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

El objetivo del trabajo es analizar el uso del óxido nítrico inhalado (ONI), como agente terapéutico en las unidades de cuidados intensivos (UCI) de adultos, así como elaborar unas pautas de actuación de enfermería aplicables a los pacientes sometidos a este tipo de terapia.

Hemos realizado una revisión bibliográfica sobre aspectos del ONI tales como sus propiedades físico-químicas, efectos biológicos, mecanismo de acción, aplicaciones y resultados más significativos obtenidos hasta el momento; igualmente aportamos nuestra experiencia profesional con pacientes de UCI de adultos sometidos a dicho tratamiento.

El resultado es una guía para enfermería sobre utilidad, recomendaciones, material necesario para su administración, precauciones y correcto manejo de los sistemas de administración de óxido nítrico y posibles efectos adversos.

Dado que el uso de ONI se está extendiendo, concluimos que sería conveniente la creación de un protocolo estandarizado para su aplicación en distintos servicios.

### **Palabras clave:**

Óxido nítrico. Cuidados intensivos. Distrés respiratorio. Cirugía cardíaca. Hipertensión pulmonar.

## **CONOCER EL GRADO DE SATISFACCIÓN DE PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS Y DE SUS FAMILIARES**

Galceran Ubach La.

Unidad de Vigilancia Intensiva Hospital Dos de Maig. Barcelona

Un ingreso en una Unidad de Cuidados Intensivos supone una separación física del núcleo familiar y puede llegar a ser una situación difícil de afrontar por parte de la familia.

**OBJETIVO:** Conocer el grado de satisfacción de los pacientes ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos y el de sus familiares.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Diseñamos dos encuestas; una de ellas dirigida a pacientes, en la que se valoraban 7 ítems diferentes y otra dirigida a familiares, en la que se cuestionaba, entre otros, la información recibida por parte del personal. Las encuestas se entregaron en el momento de ser dado de alta el paciente. El periodo de inclusión fue desde marzo a octubre de 2004.

**RESULTADOS:** Se recogieron 100 encuestas; 50 de las cuales pertenecientes a pacientes y otras 50 a familiares. El diagnóstico principal de los pacientes ingresados fue la patología cardíaca seguido de la respiratoria. Como valoración global del servicio de UVI, tanto por parte de pacientes como de familiares hemos obtenido una media de 9 sobre 10.

**CONCLUSIONES:** Hemos detectado varias necesidades, comunes a pacientes y familiares. Es el caso del horario de visitas, valorando la posibilidad de tener un acompañante siempre y también el caso de la contaminación ambiental.

**LÁTEX: RIESGO O PROTECCIÓN.**

Iriarte Ramos S, Martín Calvo V, Martínez Forcén S, Tarrero Lozano MC.

Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Nuestra Señora de Gracia. Zaragoza.

La alergia al látex es un problema sociosanitario grave, debido a sus consecuencias clínicas y al alarmante número de prevalencia en nuestro ámbito de trabajo, ya que somos uno de los colectivos más expuestos a este material. Por todo lo anterior consideramos necesario e interesante el desarrollo de un póster que contenga aspectos genéricos de la alergia (definición, tipos de alergia, alergias cruzadas...), así como medidas de prevención primaria, secundaria y terciaria.

**Palabras clave:**

Alergia al látex, personal sanitario, prevención.

## ¿ESTAMOS LOS SANITARIOS ENCAMINADOS A SER ALÉRGICOS AL LÁTEX?

Iriarte Ramos S, Martín Calvo V, Martínez Forcén S, Tarrero Lozano MC.

Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Nuestra Señora de Gracia. Zaragoza.

Actualmente el látex, al estar cada vez más presente en el mundo laboral, y debido a los cada vez más numerosos casos de hipersensibilidad, ha pasado a engrosar la lista de enfermedades profesionales. Aunque actualmente todavía son pocos los diagnósticos el estudio que estamos realizando demuestra que la incidencia de los síntomas relacionados con el primer estadio de la enfermedad(eritema, picor...), va en aumento.

En este trabajo interaccionan diversas variables, obtenidas mediante un muestreo aleatorio en los principales hospitales públicos de Zaragoza capital, como años de vida laboral, sexo, edad, servicios hospitalarios, reacciones alérgicas..., con las que conseguimos establecer relaciones que avalan el progresivo incremento de la intolerancia al látex.

### **Palabras clave:**

Alergia al látex, edad, sexo, servicio hospitalario, vida laboral.

## **PLAN DE CHOQUE ANTE UN BROTE DE ACINETOBACTER BAUMANNII (A.B). DESCRIPCIÓN DEL PROCESO DE ACTUACIÓN.**

Bueno Gómez J, Martínez Mesas M, Vía Clavero G, Moreno Durán A, Fernández Martín MJ, Blancas López P, Pena Alfaro M., Argerich González MJ.

Diplomadas Universitarias Enfermería. Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitario de Bellvitge (HUB).

**INTRODUCCIÓN:** La aparición de un brote de AB en el año 2001 en nuestras UCIS alertó al hospital que instauró un plan de choque para evitar y disminuir la diseminación de la infección en el resto de pacientes ingresados.

**OBJETIVO:** Dar a conocer al resto de profesionales de enfermería las medidas de aislamiento y procedimientos utilizados en el proceso, desde el inicio del brote hasta la actualidad.

**METODOLOGÍA:** Estudio descriptivo retrospectivo desarrollado en el servicio de medicina intensiva, mediante la recogida de datos desde el inicio del brote de AB.

**RESULTADOS:** Anteriormente al brote de AB, existía un protocolo de actuación que consistía en la aplicación de medidas de aislamiento cutáneo básicas. Dado que los casos continuaban incrementando se estableció un plan de choque que consistió en:

\* Cambios arquitectónicos

\* Cambios de gestión de camas.

\* Reestructuración del circuito de pacientes críticos.

\* Cambios en las medidas de actuación:

- Utilización del gel alcoholico
- Cambio en el protocolo de mantenimiento y colocación de catéteres.
- Recogida de los recipientes de muestras en bolsas individuales para su traslado.
- Protocolo higiénico del paciente para pruebas complementarias fuera de la unidad.
- Detección precoz de los pacientes mediante frotis semanales axilares y rectales.

**CONCLUSIONES:** No podemos especificar qué medida en el proceso fue determinante para disminuir la infección, pero sí podemos constatar que el conjunto de todas ellas unidas al reciclaje e información a todo el personal que interviene en el cuidado del paciente, ha hecho posible controlar la infección.

**Palabras clave:**

Acinetobactes baumannii, UCI, infección, medidas de aislamiento.

## **UTILIZACIÓN DE LA OPCIÓN "FLUJO ON" 2.0 DEL VENTILADOR NELLCOR PURITAN BENNETT 7200 SERIES. ANÁLISIS DE NUESTRA EXPERIENCIA.**

Via Clavero G, Moreno Durán A, Fernández Martín MJ, Blancas López P, Martínez Mesas M, Bueno Gómez J, Camacho García G.

Diplomados Universitarios de Enfermería. Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitario de Bellvitge.

**INTRODUCCIÓN:** El manejo de pacientes con fracasos de weaning es un reto para enfermería que busca mejorar el confort y la seguridad del paciente mediante el uso de modalidades de ventilación mecánica alternativas a las modalidades convencionales.

**OBJETIVO:** Describir las alternativas en la utilización de la tecla "flujo on" del ventilador Puritan Bennett 7200 series en nuestra UCI.

**METODOLOGÍA:** Estudio descriptivo retrospectivo en una UCI de once camas cuyo criterio de inclusión son enfermos con fracasos previos de weaning.

**RESULTADOS:** En primer lugar, se distingue el uso de la opción "flujo on" añadida a una modalidad de soporte ventilatorio convencional (SIMV, PSV) y, en segundo lugar, su uso como alternativa equivalente a un tubo en T. Se analizan ventajas e inconvenientes en cada caso a partir de la experiencia de enfermería.

**CONCLUSIONES:** La utilización del "flujo on" en términos de trigger de flujo está dentro de nuestra práctica habitual y reduce los asincronismos derivados de la ventilación espontánea convencional con trigger de presión (autociclado, esfuerzo no detectado). Como alternativa al tubo en T, a pesar de las ventajas demostradas en su uso el riesgo de incrementar la dependencia del ventilador contraindica su utilización.

**Palabras clave:**

Flujo ON, Puritan Bennett 7200 series, UCI, weaning, trigger de flujo.

## **EVOLUCIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA SOBRE UNA PACIENTE AFECTA DE CELULITIS CUTÁNEA SÉPTICA. CURAS ESPECÍFICAS SOBRE EL 33% DE LA SUPERFICIE CORPORAL.**

Rodríguez Martínez FJ (1), Calixto Rodríguez J (1), Couñago Méndez S (2).

Filiación institucional

(1) Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitari Vall d'Hebrón. Barcelona. (2) Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. Barcelona.

**OBJETIVO:** Conocer la evolución de los cuidados de enfermería según la progresión de la regeneración tisular, utilizando diferentes productos de cura.

**METODOLOGÍA:** Seguimiento fotográfico (durante 20 semanas) de las curas realizadas con los diferentes horarios y productos empleados

**RESULTADOS:** Observamos la regeneración tisular en los diferentes estadios de la cura, logrando la formación de la dermis y epidermis de la zona afectada (previos injertos cutáneos), al final del ingreso hospitalario.

**CONCLUSIONES:** La utilización de diferentes productos de cura según la evolución de las lesiones cutáneas de origen séptico, favorece la regeneración tisular y el control de la infección. La valoración enfermera mantiene y mejora la calidad de los cuidados específicos

**Palabras clave:**

celulitis séptica, curas cutáneas, tratamiento crítico.

## **CUIDADOS DE ENFERMERÍA PROPIOS DEL CONTROL DE LOS DRENAJES JACKSON PRATT EN LOS TRASPLANTES HEPÁTICOS.**

Calixto Rodríguez J (1), Rodríguez Martínez FJ (1), Couñago Méndez S (2).

Filiación institucional

(1) Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitari Vall d'Hebrón. Barcelona. (2) Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. Barcelona.

**OBJETIVOS:** Conocer la ubicación intraoperatoria de los drenajes de Jackson Pratt (JP). Actualizar los conocimientos en relación a estos dispositivos.

**METODOLOGÍA:** Reportaje fotográfico intra y postoperatorio de su colocación y mantenimiento.

**RESULTADOS:** Se obtiene protocolo de mantenimiento de los drenajes JP, haciendo hincapié en los indicadores de normalidad, tanto de las cantidades como las cualidades del drenado. Definimos los cuidados de enfermería propios de la colocación, mantenimiento y retirada de los drenajes JP.

**CONCLUSIONES:** El adiestramiento del profesional de enfermería en el manejo de estos dispositivos puede detectar de manera precoz las posibles complicaciones en el postoperatorio del paciente trasplantado hepático.

**Palabras clave:**

drenajes abdominales, Jackson Pratt, trasplante hepático

## **INTOXICACIÓN AGUDA POR INGESTIÓN DE INSECTICIDAS ORGANOFOSFORADOS.**

Blancas López P, Julve Ibañez A, Ordoñez Rufat Pilar.

Filiación institucional

Hospital Universitario de Bellvitge

**INTRODUCCIÓN:** Los organofosforados son plaguicidas utilizados con frecuencia en la industria agrícola y en el hogar como insecticidas. Se han convertido en los de mayor uso en la actualidad. El 20% de las intoxicaciones agudas (IA) por insecticidas organofosforados (IOF) son por vía digestiva, considerados como vía "atípica" de entrada en el organismo, siendo intoxicaciones graves. Las vías cutáneo-mucosa y respiratoria ocupan el 80% de estas intoxicaciones, habitualmente son menos graves. Las IA por IOF produce una inhibición de la enzima acetilcolinesterasa. Como esta enzima es la encargada de destruir el neurotransmisor acetilcolina en la sinapsis nerviosa, su inactivación produce un aumento de acetilcolina en el receptor y, por lo tanto, se presentan un exceso de manifestaciones que se clasifican en tres tipos: muscarínicas, nicotínicas y del sistema nervioso central (SNC).

**OBJETIVO:** Debido a su uso creciente, cada vez cobran más importancia, siendo en la actualidad un importante problema de Salud Pública en muchos países. Por este motivo queremos dar a conocer un caso por IA por vía digestiva directa de forma accidental por ingestión de una solución por error.

### **MATERIAL Y MÉTODO:**

- Estudio descriptivo.
- Caso clínico constatado con bibliografía.
- Valoración de las manifestaciones clínicas.
- Evaluación
- Cuidados de enfermería.
- Tratamiento hemodinámico.
- Tratamiento antídoto.

### **CONCLUSIONES:**

1. Es de vital importancia acudir de inmediato a un centro sanitario tras su intoxicación IOF para poder iniciar tratamiento y poder prevenir complicaciones.
2. Adecuada formación profesional.
3. Correcta identificación de las soluciones.
4. Educación higiénica-dietética.

### **Palabras clave:**

Intoxicaciones agudas (IA). Insecticidas organofosforados (IOF). Sistema Nervioso Central (SNC)

## **EDUCACIÓN SANITARIA TRAS LA CIRUGÍA DE BYPASS AORTOCORONARIO.**

Blanco Zapata RM, Ramirez Villamor ML, Alvarez Mielgo MA, Lecuona Calzón I, Cubillo Fernández E, Monguiló Martitegui MJ, Espiño Jul RM, Gutiez Corcuera I.

Filiación institucional

Servicio de Medicina Intensiva. Hospital de Cruces. Baracaldo (Vizcaya).

**INTRODUCCIÓN.** La derivación aortocoronaria consiste en establecer un puente entre la aorta y la parte distal de las arterias coronarias obstruidas o estenosadas, mediante un conducto vascular del propio enfermo, que puede ser venoso o arterial. Según la zona anatómica de donde se haya extraído el injerto se pueden presentar complicaciones distintas.

### **OBJETIVOS:**

1. El paciente conocerá y realizará correctamente los ejercicios de movilización e identificará signos y síntomas de alarma.
2. Se evitará la aparición de complicaciones relacionadas con la zona dadora del injerto.

**METODOLOGÍA.** Este trabajo se ha elaborado recogiendo los cuidados realizados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital de Cruces, basándolo en la experiencia del personal de la unidad y tras revisión bibliográfica.

**RESULTADOS.** Se han elaborado unas normas de educación sanitaria orientadas a prevenir las complicaciones más frecuentes. Se deberá enseñar al paciente a realizar de forma precoz una movilización correcta y una fisioterapia respiratoria adecuada, especialmente en aquellos en los que el bypass se realiza con arteria mamaria interna. Tras la disección de la vena safena interna la educación sanitaria irá orientada a facilitar el retorno venoso de la extremidad afectada hasta el desarrollo de circulación colateral. En el caso de la disección de la arteria radial se enseñarán las pautas de movilización progresiva del brazo afectado.

### **CONCLUSIONES:**

1. El paciente conoce las normas de movilización y realiza los ejercicios correctamente.
2. El paciente reconoce signos y síntomas de alarma favoreciendo su autocuidado.

### **Palabras clave:**

Bypass aortocoronario. Educación sanitaria. Esternotomía. Arteria mamaria interna. Vena safena interna. Arteria radial.

## **SATISFACCIÓN LABORAL EN CUIDADOS INTENSIVOS: ¿REALIDAD O UTOPIA?**

Giménez Gomariz F, Ribelles Hernández MV, Vergel Méndez CL.

Servicio de Medicina Intensiva.Hospital Universitario de San Juan.(Alicante).

**INTRODUCCIÓN:** Habitualmente el trabajo en las Unidades de Cuidados Críticos presenta un clima laboral estresante. Además, los distintos aspectos del mismo ,producen en el personal, satisfacción o insatisfacción en algún grado.

Nuestro interés por conocer el Grado de Satisfacción Laboral (GSL)en la unidad, estuvo marcado por su efecto en el rendimiento, el absentismo, la desmotivación y el cambio de organización interna.

**OBJETIVO:** Determinar el GSL en el equipo multidisciplinario.

**MATERIAL Y MÉTODO:** Estudio analítico transversal descriptivo mediante el Cuestionario de Satisfacción Laboral S20/23 de Meliá y Peiró (1998).

Se solicita la participación voluntaria de la plantilla, con respuesta del 94'1%:DE- 47'9%, facultativos-22'9% y AE- 29'2%.

Se analizaron 5 áreas de satisfacción:

- Supervisión.
- Ambiente físico.
- Prestaciones recibidas.
- Participación en la empresa.
- Satisfacción intrínseca del trabajo.

Tomamos como variables edad y estamento

**RESULTADOS:** Los datos obtenidos fueron sometidos a análisis estadístico mediante el programa Open Office.

**CONCLUSIONES:** El GSL se mantiene indiferente para todos los estamentos sin llegar a manifestar ningún grado de satisfacción ,no obstante ,se observa una tendencia a mayor nivel de satisfacción en la población más joven.

**Palabras clave:**

Estamento, cuidados críticos, satisfacción laboral, grado, edad.

## **SHOCK SÉPTICO: REVISIÓN**

Salas Campos L, Martín Campos R, Pastor Amorós MT.

Hospital General Vall D´Hebron

A pesar de los nuevos conocimientos que existen sobre su fisiopatología, el shock séptico(SS) sigue siendo uno de las principales causas de la mortalidad global, entre un 30 y 50%.

La vigilancia, control y nuevas formas de tratamiento de esta enfermedad, obligan al personal de enfermería a identificar nuevas situaciones, plantear diferentes actividades y potenciar sus conocimientos respecto a este proceso.

Mediante revisión bibliográfica, queremos presentar una actualización de esta enfermedad, adaptada a los cuidados de enfermería, incidiendo en su definición, manifestaciones clínicas, nuevas formas de tratamiento, posibles complicaciones y cuidados de enfermería relacionados con cada uno de estos apartados.

### **Palabras clave:**

Shock séptico. Vigilancia. Control. Manifestaciones clínicas. Revisión bibliográfica. Cuidados de enfermería.

## **VIGILANCIA Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA ASOCIADOS AL TRATAMIENTO CON PROTEÍNA C REACTIVA.**

Pastor Amorós MT, Salas Campos L, Martín Campos R.

Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital General Vall d'Hebron.

La proteína C es una proteína plasmática que juega tres papeles importantes en la sepsis. Sus propiedades anticoagulantes, profibrinolíticas y antiinflamatorias la convierten en un nuevo tratamiento ante la sepsis.

Su principal complicación es la hemorragia. Queremos describir cuales son las actividades de enfermería relacionadas con el tratamiento, administración y vigilancia de la proteína c activada

**Palabras clave:**

Proteína C activada (PAC). Sepsis. Cuidados de enfermería.

## **ANALGESIA I: MONITORIZACIÓN DEL DOLOR EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. ESCALAS DE VALORACIÓN.**

Abad Casteleiro M, Huertas Pozurama Y, Mariñas Balado A, Rodríguez Álvarez MJ, Suárez López P. Servicio de Cuidados Intensivos. Unidad de Intermedios. Complejo Hospitalario Juan Canalejo. La Coruña

\* Dolor: experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por lesión tisular real o potencial; de inicio súbito o lento; de intensidad leve a severa; con final anticipado o predecible.

\* MANEJO DEL DOLOR: las premisas básicas para el manejo del dolor son:

- Anticiparlo
- Reconocerlo
- Encontrar la causa
- Tratarlo

\* DIAGNÓSTICO: el dolor lo podemos valorar en base a:

- 1.- Observación subjetiva del comportamiento (movimientos, expresión facial,...)
- 2.- Indicadores fisiológicos (frecuencia cardíaca, tensión arterial, frecuencia respiratoria)
- 3.- Escalas de valoración:
  - . Escala analógica visual (VAS)
  - . Escala descriptiva simple (EDS)
  - . Escala analógica verbal
  - . Escala numérica

### **Palabras clave:**

Dolor, monitorización, escalas.

## **ANALGESIA II: MONITORIZACIÓN DE LA SEDACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. ESCALAS DE VALORACIÓN.**

Abad Casteleiro M, Huertas Pozurama Y, Mariñas Balado A, Rodríguez Álvarez MJ, Suárez López P. Servicio de Cuidados Intensivos. Unidad de Intermedios. Complejo Hospitalario Juan Canalejo. La Coruña

El objetivo de la sedación es proporcionar comodidad, disminuyendo la ansiedad, en situaciones de grave compromiso hemodinámico e insuficiencia respiratoria.

Debemos conseguir en cada momento el nivel de sedación adecuado según la situación clínica del paciente.

Para mejorar el tratamiento sedante del paciente crítico, se precisa disponer de instrumentos válidos y fiables para control de la sedación.

Hoy día existen sofisticados métodos e instrumentos para la monitorización de la sedación, pero cualquiera de ellos no ha demostrado mayor utilidad que las clásicas y sencillas escalas clínicas de sedación:

- \* Escala de Ramsay
- \* Escala de coma de Glasgow modificada por Cook y Palma
- \* Escala de sedación SAS
- \* Escala de sedación de RASS

Cualquier protocolo asegura la aplicación del tratamiento médico de forma estandarizada y eficiente, al mismo tiempo que favorece la comunicación entre diferentes profesionales.

### **Palabras clave:**

Sedación, monitorización, escalas.

## **PSEUDOARRITMIAS VENTRICULARES. UNA CAUSA POTENCIAL DE ERRORES VITALES.**

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

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

**INTRODUCCIÓN:** La monitorización electrocardiográfica constituye una medida rutinaria de vigilancia vital. Los artefactos electrocardiográficos que tiene suficiente amplitud y duración pueden simular arritmias ventriculares. Una inadecuada interpretación de estos artefactos podría llevar a procedimientos cardíacos diagnósticos y terapéuticos innecesarios.

**OBSERVACIONES CLÍNICAS:** Se presentan 8 artefactos electrocardiográficos que simulaban arritmias ventriculares: 5 casos de taquicardia ventricular, una de ellas durante masaje cardíaco, 2 flutter ventriculares y 1 fibrilación ventricular.

**DISCUSIÓN:** Los artefactos electrocardiográficos pueden diferenciarse de las taquicardias ventriculares cuando existen complejos QRS normales o porciones de ellos dentro del artefacto, especialmente si son múltiplos del intervalo RR del ritmo de base. También ayuda a diferenciarlos la ausencia de repercusión hemodinámica, una línea isoeleétrica vacilante (antes, durante o después del evento), la asociación con los movimientos del paciente o presencia de electrodos y cables defectuosos.

**CONCLUSIONES:** Los artefactos electrocardiográficos deben incluirse en el diagnóstico diferencial de las taquicardias con QRS ancho.

**Palabras clave:**

Pseudoarritmias, artefactos electrocardiográficos, UCI, errores diagnósticos.

## **ANALGESIA III: ANALGESIA EPIDURAL. CUIDADOS DE ENFERMERÍA**

Abad Casteleiro M, Huertas Pozurama Y, Mariñas Balado A, Rodríguez Alvarez MJ, Suárez López P.

Unidad de Intermedios. Servicio de Medicina Intensiva. Complejo Hospitalario Juan Canalejo. La Coruña

Analgésia epidural. También llamada analgesia extradural o peridural.

Es la abolición de la sensibilidad al dolor provocada farmacológicamente mediante la inyección de solución analgésica en el espacio extradural.

\* Indicaciones:

- 1.- Dolor postoperatorio
- 2.- Dolor postraumático
- 3.- Pancreatitis aguda
- 4.- Dolor crónico oncológico
- 5.- Congelación

\* Contraindicaciones:

- 1.- Paciente anticoagulado
- 2.- Insuficiencia respiratoria severa
- 3.- Enfermedad neurológica preexistente
- 4.- Adicción a opiáceos
- 5.- Artritis o enfermedad espinal

\* Fármacos más empleados:

- 1.- Anestésicos locales ( lidocaina, bupivacaina, ropivacaina 2%)
- 2.- Opiáceos ( fentanilo, morfina, meperidina)

\* Complicaciones. Cuidados de enfermería

- 1.- Debidos a efectos secundarios de fármacos ( náuseas, sedación, aumento del dolor, depresión respiratoria)

Cuidados: desde dieta absoluta para evitar broncoaspiración, hasta valorar el patrón ventilatorio.

- 2.- Debidas a técnica y catéter ( cefalea, bloqueo sensorial y hematoma epidural)

Cuidados: desde posición supina garantizando seguridad, hasta máxima esterilidad en manejo del catéter.

**Palabras clave:**

Dolor, epidural, cuidados.

## **FALLO MULTIORGÁNICO IRREVERSIBLE POR SHOCK SÉPTICO MENIGOCÓCICO: UN RETO PARA LA ENFERMERÍA INTENSIVA.**

Villar Miranda H, Calixto Rodríguez Q, Gallart Vivé E., Peña Morón, M.

Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General Valle Hebrón. Barcelona.

**OBJETIVOS:** Actualizar conocimientos del Fallo Multiorgánico (FMO) para valorar y mantener la hemostasia, en la instauración y manejo de dichas disfunciones orgánicas.

**METODOLOGÍA:** Análisis de caso clínico de treinta días de evolución basado en reportaje fotográfico constatado con bibliografía: Mujer de 43 años acude a Urgencias de Hospital Comarcal por presentar, odinofagia, fiebre, púrpura. Hemocultivo y LCR: meningococo tipo C. Se ingresa en UCI por deterioro progresivo, ECO doppler mostró miositis de musculatura extensora superficial, flexora de antebrazo y tríceps distal. Por situación de FMO, Insuficiencia (I) Renal Aguda anúrica, I. Hepática, Coagulación Intravascular Diseminada, Síndrome Compartimental incipiente, Síndrome de Waterhouse-Friederichsen se traslada a nuestro centro. En UCI fue valorada por Cirugía Vasculuar y Plástica, una vez estable y corregida la coagulación se lleva a quirófano practicándole fasciotomías en antebrazo ambas piernas, mano derecha. Precisó la amputación infracondilea de la EID, amputación miembro superior izquierdo, desbridamientos por necrosis y abscesos.

**RESULTADOS:** Iniciamos la atención de Enfermería encaminada a cubrir las necesidades más importantes: Aislamiento de contacto; Apoyo al temor; Soporte ventilatorio con sedoanalgesia por dolor y CMV; Situación hemodinámica; Deterioro de la integridad cutánea y Perfusión Tisular Ineficaz, con curas minuciosas mostradas en reportaje fotográfico; Duelo de la paciente y familiares.

Conclusiones: Dada la gravedad del Síndrome Compartimental en el FMO seguimos constatando que dichas entidades siguen siendo un reto para los intensivistas, que superaremos a través de profundizar conocimientos y dedicación.

**Palabras clave:**

fallo multiorgánico irreversible, shock séptico menigocócico, enfermería intensiva, síndrome compartimental, reportaje fotográfico.

## ¿ES NECESARIA LA UTILIZACIÓN DEL "MORDEDOR" EN TODOS LOS PACIENTES INTUBADOS?

Gasulla Guillermo A (1), Ordóñez Rufat P(2), Polit Martínez V (2), Gasulla Guillermo, M.(3)

(1) Servicio de vigilancia intensiva respiratorio. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. Barcelona.

(2) Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitario de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat. (3) Serv. Medicina Intensiva. Hospital del Mar. BARCELONA.

**INTRODUCCIÓN.** Los pacientes con intubación orotraqueal (IOT) requieren cuidados específicos para mantener la integridad de la vía aérea, cavidad bucal y tubo orotraqueal (TOT). El "mordedor", dispositivo específico de protección del TOT, reduce el riesgo de roturas por cierre mandibular voluntario o involuntario (mordedura). Hemos observado que la utilización del "mordedor" puede ser de forma sistemática e indiscriminada o bien sólo cuando existe un riesgo real de rotura del TOT y previa valoración del paciente.

**OBJETIVO.** Valorar la necesidad de estandarizar el uso de "mordedores" en pacientes intubados.

**MÉTODO.** Estudio observacional, prospectivo, desarrollado en: Unidad de Cuidados Intensivos Polivalente (UCI-P) -Hospital Universitario de Bellvitge- y Unidad de Vigilancia Intensiva Respiratoria (UVIR) -Hospital Clínic-, de Barcelona. Se elaboró una Hoja de recogida de datos con: variables demográficas; características del paciente, TOT, "mordedor"; complicaciones bucofaringeas y del TOT. Se registraron 100 casos consecutivos durante dos meses, con una distribución de 50 casos/centro.

**RESULTADOS.** El 100% de los pacientes de la UCI-P llevaron "mordedor" desde su ingreso o intubación. En la UVIR, sólo se instauró en un X%, por problemas de oclusión de la luz del TOT por mordedura mantenida. En la UCI-P se produjeron un Y% de lesiones bucales y un Z% de oclusión de la luz del TOT a pesar del "mordedor" ya instaurado. Sólo un T% de casos en la UVIR presentó lesiones bucales.

**CONCLUSIONES.** Es necesario estandarizar el uso de "mordedores" para mejorar el confort del paciente, reducir el riesgo de lesión bucofaringea y racionalizar los recursos disponibles.

**Palabras clave:**

Intubación orotraqueal (IOT). Tubo orotraqueal (TOT). Mordedor.

## **USO DE LAS BOMBAS DE ANALGESIA CONTROLADA POR EL PACIENTE EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.**

Blanco Longueira MB, Esmorís Vettor DN, Fernández López MV, Gago García ME, López Rodríguez MJ, Regueira Morandeira ML, Torre Barbeito G.

Unidad de Cuidados Intensivos de Politraumatizados-Polivalentes. Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. La Coruña.

La Analgesia Controlada por el Paciente (PCA) es una modalidad individualizada de analgesia en la que se libera medicación con una frecuencia determinada por el propio paciente a la que se puede añadir una perfusión continua. La terapia se aplica mediante las bombas PCA.

No se restringe a un solo fármaco ni a una vía única, aunque lo más frecuente es que se refiera a opioides por vía intravenosa.

Aunque está dirigida principalmente a pacientes que comprendan la técnica y el uso de la misma, se está usando con buenos resultados en pacientes sometidos a Ventilación Mecánica, siendo la enfermera la que pulsa el interruptor de descarga del bolo, bien cuando el paciente lo requiere, bien cada cierto tiempo o bien de forma profiláctica previa a maniobras dolorosas.

Principales conclusiones:

- Técnica segura
- Permite un ahorro de tiempo
- Permite una administración más racional de los analgésicos
- Posibilita un control más eficaz del dolor

**Palabras clave:**

bombas de PCA, opioides, ventilación mecánica.

## **PREVENCIÓN DE LOS PROBLEMAS MUSCULOESQUELÉTICOS ORIGINADOS POR LA INMOBILIDAD EN PACIENTES EN LAS UNIDADES DE CRÍTICOS.**

Martín Goñi E., Espelosin Betelu A, Soria Sarnago MT, Jimeno Montes Y, Artázcoz Artázcoz MA.

Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Virgen del Camino. Pamplona, Navarra.

**INTRODUCCIÓN:** Por las características propias de los pacientes que ingresan en nuestra unidad, sabemos que pasan tiempo en posturas que aún siendo fisiológicas terminan perjudicando al paciente en un futuro. El servicio de Rehabilitación de nuestro hospital tiene la percepción de que los problemas que ellos reciben respecto a pacientes de estancias largas en nuestra unidad son, en su gran mayoría, secuelas originadas por la debilidad muscular y en menor medida por compresión de ciático externo y pie equino.

**OBJETIVOS:** Desarrollar un plan de cuidados estandarizado con el fin de fomentar: la función motora óptima al establecer la alineación corporal apropiada y un régimen de ejercicio regular, impedir la incapacidad y deformidad e iniciar ejercicios activos y pasivos tan pronto como sea posible.

**METODOLOGÍA:** Revisión bibliográfica, puesta en contacto con el servicio de rehabilitación y presentación de una escala de valoración para detectar al paciente con riesgo de sufrir problemas musculoesqueléticos. Los parámetros a tener en cuenta serán: edad, motivo de ingreso, estado nutricional, ventilación mecánica, sedoanalgesia, estabilidad hemodinámica, entre otros. Elaboración de un plan de cuidados específico para este tipo de pacientes.

**CONCLUSIONES:** El plan de cuidados estandarizados nos sirve para actualizar, protocolizar, sistematizar procedimientos y actividades de enfermería con el fin de prevenir las complicaciones durante los periodos de enfermedad cuando hay limitación de los movimientos y funciones regulares del cuerpo, por inmovilización prolongada

**Palabras clave:**

Problemas musculoesqueléticos ,inmovilidad, movilizaciones pasivas, cuidados estandarizados.

## **CONTROL DE CALIDAD EN LA ADMINISTRACIÓN DE HEPARINAS DE BAJO PESO MOLECULAR EN TRATAMIENTOS TERAPÉUTICOS.**

Florensa Cabré Y.

Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitario Arnau de Vilanova. Lleida.

**OBJETIVO.** Comprobar si al administrar las heparinas de bajo peso molecular (HBPM) a dosis terapéuticas se obtienen los mismos resultados utilizando jeringas precargadas o utilizándolas cargadas manualmente a partir de ampollas.

**METODOLOGÍA.** Estudio transversal mediante la aplicación de una encuesta.

La población fueron las enfermeras/os del hospital Arnau de Vilanova de Lleida (HUAV) con algunas exclusiones. Se obtuvo una muestra de 150 enfermeras/os mediante muestreo aleatorio durante el mes de mayo y la 1ª quincena de junio, siendo un 53'19% de la población total. Elaboramos una encuesta de 20 preguntas, diferenciando 4 fases ponderadas (pre-administración, preparación/dosificación, administración y postadministración) y dos técnicas (técnica manual y técnica precargada) que analizaríamos en función de los años de profesión, tipo de contrato y frecuencia de administración de las HBPM.

**RESULTADOS.** El 67,3% cargan con las jeringas manuales un exceso de dosis. Un 82,7% realiza correctamente la técnica jeringa precargada frente a un 61,3% en la técnica jeringa manual.

Más de un 75% de los DUE superan la puntuación mínima requerida (anexo2) en todas las fases excepto en la fase 2 preparación /dosificación.

**CONCLUSIONES:** Con las jeringas precargadas de HBPM mejoramos la dosificación a los enfermos y la técnica de administración total. La encuesta es una herramienta útil para la evaluación de procedimientos de enfermería y para mejorar la calidad de estos.

**Palabras clave:**

Heparinas de bajo peso molecular, inyección subcutánea, hematomas de pared, jeringa precargada de HBPM, evaluación procedimiento de enfermería.

## **INFORME DE ENFERMERÍA AL ALTA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.**

García Pazo P, De La Torre Tur L, Segarra Moreno M, Simón Lázaro S, Sánchez Martín A, Morón Canis M, Mulet Amengual A.

Unidad de Cuidados Intensivos. Área de críticos. Hospital Son Llàtzer. Palma de Mallorca (Baleares).

Los pacientes de la unidad de cuidados intensivos que son dados de alta, tendrán un informe de enfermería al alta cumplimentado. Para promover la continuidad de cuidados en la unidad receptora.

Se realizan diversas reuniones entre los enfermeros de la unidad de cuidados intensivos y los enfermeros de las unidades receptoras, para conocer la información que precisan.

Se reúnen los enfermeros de nuestra unidad y redactan el esquema del informe de alta. Después se reúnen con el equipo informático del hospital, para hacer operativo el informe dentro de nuestro programa informático con el que trabajamos en la unidad.

El resultado, un informe en soporte informático que refleja las siguientes variables: Datos demográficos, alergias, enfermera responsable, valoración por sistemas, valoraciones por necesidades, vías invasivas, tratamiento, pruebas diagnósticas pendientes, diagnósticos de enfermería, cuidados de enfermería, complicaciones potenciales, medicación y pruebas diagnósticas pendientes.

### **Palabras clave:**

Unidad de Cuidados Intensivos, organización UCI, informe de alta, registros, continuidad de cuidados, alta hospitalaria.

## LIMITACIONES DE LA MONITORIZACIÓN CONTINUA NO INVASIVA DE LA SATURACIÓN DE OXÍGENO ARTERIAL -PULSIOXÍMETRO-

Artázcoz Artázcoz MA (1), Villar Miranda H.(2).

(1)Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Virgen del Camino Pamplona(Navarra). (2)Servicio de medicina Intensiva. Hospital General Universitario Valle d'Hebrón Barcelona

**INTRODUCCIÓN:** El pulsioxímetro es un método para estimar la saturación de oxígeno (spo2) basándose en las propiedades de absorción espectrofotométricas (ley de Beer-Lambert) de la hemoglobina funcionante, estos valores son equiparables a los obtenidos al realizar una gasometría arterial. Al ser una técnica no invasiva eliminamos el riesgo de isquemia, hematoma y dolor en el paciente, nos sirve de guía en la realización de la mayoría de las acciones de enfermería en el paciente crítico: maniobras de aspiración traqueo bronquial, intubación y/o extubación, cambios posturales , decúbito prono, modificación del patrón ventilatorio, oxido nítrico, disminución de la Fio2 (fracción inspiratoria de oxígeno) , técnicas invasivas(fibrobroncoscopio, colocación de drenajes torácicos y de líquido cefalorraquídeo así como sensores de PIC ) entre otras. Es una buena manera de valorar la SP O2 rápidamente y más exacto que la valoración visual. Pero esta "herramienta de trabajo" tiene sus limitaciones y creemos que es necesario sean conocidas por enfermería.

**OBJETIVO:** Realizar un protocolo que nos sirva de guía ante las dificultades que se plantean por problemas con el pulsioxímetro, actuaciones de enfermería.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio descriptivo mediante revisión de bibliografía de las limitaciones del pulsioxímetro u oxímetro.

**CONCLUSIONES:** Evitamos el descenso del hematocrito ya que disminuye considerablemente la extracción de sangre para gasometrías. La puesta en práctica de esta guía ha ayudado a los profesionales de enfermería de nuestras unidades de críticos a detectar y solucionar en un instante problemas que anteriormente nos suponían un aumento adicional de las cargas de trabajo.

**Palabras clave:**

Actuaciones de enfermería, pulsioxímetro, saturación de oxígeno.

## **LOGRO DE CONSENTIMIENTOS INFORMADOS EN UN ENSAYO CLÍNICO MULTIDISCIPLINAR.**

Cabrejas Ayuso A, Sánchez Salido LT.

Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitario de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona.

**INTRODUCCIÓN.** La importancia de una buena información, coherente y adecuada al proceso que pretendemos realizar y según la ley del consentimiento informado, es prioritario para un estudio clínico multidisciplinar.

**OBJETIVO.** Conseguir el máximo porcentaje de consentimientos favorables para la participación en un estudio clínico multidisciplinar.

**MATERIAL Y MÉTODOS.** Estudio descriptivo del proceso de obtención del consentimiento que nos autorice para su participación en el ensayo clínico pretendido, en el que forma parte enfermería. Basado en los aspectos principales de la ley del consentimiento.

**RESULTADOS.** Se obtiene un 100% de consentimientos autorizados en nuestro estudio.

**CONCLUSIONES.** Un buen enfoque de la propuesta, de la información y selección de los candidatos por parte del equipo multidisciplinar, predispone a conseguir un elevado porcentaje de autorizaciones.

**Palabras clave:**

consentimiento informado, equipo multidisciplinar, enfermería.

## RESULTADOS DE UN AÑO DE FORMACIÓN SOBRE SOPORTE VITAL BÁSICO Y DESFIBRILADORES AUTOMÁTICOS EN EL ÁREA V.

González Suárez O, Gómez Allende F, García Damorín MJ.

Enfermera/o del servicio de Medicina Intensiva del Hospital de Cabueñes. Gijón (Asturias).

**OBJETIVOS:** 1) Proporcionar los conocimientos y habilidades sobre Soporte vital básico (SVB) y manejo de desfibriladores automáticos (DEA). 2) Evaluar los conocimientos previos a realizar el curso y después del mismo. 3) Conocer la valoración del curso y su utilidad por parte del alumnado.

**MÉTODO Y MATERIAL:** Desde mayo del 2003 hasta abril de 2004 se impartieron 7 cursos sobre SVB y uso de DEA organizados por el departamento de Docencia de Enfermería del Hospital de Cabueñes y 9 organizados por la Fundación de Medicina Intensiva de Gijón dirigidos a personal sanitario y no sanitario del Área V del SESP. Los docentes eran personal de Enfermería de la UCI del Hospital de Cabueñes e instructores en SVB. El formato de los cursos con una duración de 8 horas teórico-prácticas constaba de: 1) Realización de un test antes de comenzar el curso sobre SVB y el uso de DEA. 2) Bloque teórico de 2 horas. 3) Bloque teórico-práctico de 4 horas con talleres de RCP básica, DEA, ventilación instrumental, y técnicas de SVB como PLS y protocolo de atragantamiento. 4) Evaluación práctica: 1 hora. 5) Evaluación teórica: 1 hora mediante realización de test similar al realizado antes del curso. 6) Realización de encuesta anónima.

Las clases teóricas se impartieron con apoyo de material multimedia y los talleres con maniqués de RCPB (5), un DEA de entrenamiento y un maniquí de ventilación instrumental.

Los test de evaluación pre y postcurso se han extraído del manual oficial de SVB editado por la SEMICYUC.

La superación del curso consistía en acertar como mínimo el 60% del test y realizar correctamente las técnicas de SVB, así como saber manejar un DEA.

La encuesta final que era anónima trataba de recopilar la opinión de los alumnos sobre el curso, su utilidad en su trabajo diario y en la vida cotidiana

**RESULTADOS:** · El número de alumnos global fue de 315 en un total de 16 cursos, con una media de 19.6 participantes por curso. · Distribución por estamentos. En el grupo de otros se incluyen TEL, Fisioterapeutas, Administrativos, Matronas, un Médico y dos Arquitectos. · La edad media de los participantes fue de: 37.6 años. · Distribución por sexo: · Formación previa en SVB y DEA: · Resultados test precurso y postcurso en media de % de aciertos. Enfermeras: precurso 65.6% postcurso 95.5%. Aux. de enfermería: precurso 52.1% postcurso 86.5%. Otros : precurso 42% postcurso 85%.

**RESULTADOS GLOBALES:** · Resultados test precurso: ACIERTOS: 53.2%. · Resultados test postcurso: ACIERTOS 89%. · Valoración del curso: 98.5% MUY BUENO. · Utilidad para el trabajo diario: 92.9% MUY ÚTIL. · Utilidad para la vida diaria: 87.7% MUY ÚTIL. · ¿Recomendaría el curso?: 76.6% SÍ, CON INTERÉS

**CONCLUSIONES:** 1) La totalidad de los participantes superaron con claridad el curso demostrando saber actuar ante una emergencia médica vital. 2) La mayoría de ellos no había recibido éste tipo de formación previamente. Los resultados finales fueron similares en todos los estamentos sin distinción, incluso en el caso de personas sin formación sanitaria. 3) En cuanto a la opinión sobre el curso por parte de los participantes todos lo valoran como muy bueno. Creen que les va a ser muy útil en su trabajo diario y también en su vida diaria. La mayoría recomienda la realización de éste tipo de cursos con interés

**Palabras clave:**

SVB. Soporte Vital Básico. DEA. Desfibrilador semiautomático.

## **IAM, CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD: INCLUSIÓN EN EL PROGRAMA CORAZÓN, EDUCACIÓN SANITARIA.**

Hernández López R, Martín Ojeda FJ, García Gallardo MC.

Enfermeros en la Unidad de cuidados intensivos del Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

En la asistencia al paciente con IAM, la consejería de salud de la Junta de Andalucía, define en el proceso asistencial, entre otros criterios de calidad, la inclusión del paciente en una base de datos de pacientes con cardiopatía isquémica como es el "Programa Corazón" de la empresa pública de emergencias sanitarias EPES y la educación sanitaria sobre aspectos importantes de su patología.

### **OBJETIVOS:**

- Incluir al paciente en el programa corazón.
- Identificar diagnósticos de enfermería relacionados.
- Educación sanitaria al paciente y familia sobre el uso adecuado de los recursos del sistema sanitario y manejo básico del dolor isquémico.
- Crear un registro propio.

### **METODOLOGÍA:**

- Previo al alta del paciente se explica en que consiste el programa corazón y se le oferta su inclusión en dicho programa.
- Evaluamos los conocimientos del paciente sobre el uso del sistema de emergencias y conocimientos sobre el manejo del dolor.
- Enseñamos al paciente técnicas básicas de manejo del dolor.
- Cumplimentamos nuestro registro.

### **RESULTADOS:**

- Buena aceptación por parte de los pacientes a su inclusión en el programa.
- Identificamos un diagnóstico de enfermería: Conocimientos deficientes sobre recursos del sistema sanitario y sobre el manejo del dolor isquémico.
- Evaluación positiva de la adquisición de conocimientos por parte del paciente y su familia.

### **Palabras clave:**

Calidad y diagnósticos de enfermería.

### **Financiación:**

Por los propios autores

## **DROTRECUGINA ALFA (ACTIVADA): ADMINISTRACIÓN EN 52 PACIENTES CON SEPSIS GRAVE ASOCIADA A DOS O MÁS FALLOS ORGÁNICOS.**

García Velasco Sánchez Morago S, Torres de la Torre R, Rubio Rivero RE, Fernández González M, Puebla Martín A, Ruiz Ramírez MS.

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

**OBJETIVO:** Estudiar todos los pacientes (P) con sepsis grave que fueron tratados con drotrecogina (DA) para conocer los incidentes acaecidos durante la infusión.

**RESULTADOS:** Se trata de 52 P, 36 varones, con edad media 54 años. La dosis completa de DA la recibieron 42 P (80,77%) e incompleta 7 P (19,23 %), 5 P por muerte en las primeras 24 h y 1 P embolia pulmonar. En 5 P (9,62%) hubo una interrupción temporal de infusión de DA por cirugía mayor o procedimientos invasivos. Hemorragias durante infusión: hemorragia pulmonar en 1 P y hemorragias menores en 9 P (17,3%).

**DISCUSIÓN:** La administración de DA exige vía única central o periférica, completar 96 h tras las interrupciones, suspender la DA antes de procedimientos invasivos y vigilar la aparición de hemorragias.

**CONCLUSIÓN:** La perfusión de DA puede realizarse sin problemas, exigiendo una gran carga de trabajo para enfermería por la sepsis grave.

**Palabras clave:**

Sepsis grave, drotrecogina alfa, UCI, enfermería, incidentes, hemorragias.

## REDUCCIÓN DE LAS CARGAS DE TRABAJO DE ENFERMERÍA EN PACIENTES TRATADOS CON TÉCNICAS DE REEMPLAZO RENAL CONTINUO.

Dorado Arriaga M, Sanchez Diez G, Alvarez Tornero M, Fernandez Martos JM, Justo Mota P.

UCI. Clínica Rúber. Madrid.

**OBJETIVO:** Valorar la reducción de la carga de trabajo y el manejo de un sistema de reemplazo renal nuevo en nuestra UCI (multiFiltrate de Fresenius Medical Care), en pacientes con fallo renal agudo (FRA).

**MATERIAL Y MÉTODOS:** El multiFiltrate es un dispositivo multifuncional para tratamiento sustitutivo renal y plamaféresis. Consta de pantalla de color LCD para ver parámetros, funciones y alarmas con un menú guía de montaje y funcionamiento; 4 bombas peristálticas; 4 básculas de alta precisión y 2 calentadores individuales más el cassette del sistema de líneas. se han estudiado 10 pacientes durante el año 2004, analizando edad, causa de ingreso, tiempo de preparación del multiFiltrate, horas de funcionamiento, complicaciones y atención de enfermería.

**RESULTADOS:** La edad media fue de 69.7 años, las causas de ingreso fueron cardiológicas 60%, sepsis y shock séptico 30% y otras 10%. Se tardó una media de 15 minutos en preparar las líneas del multiFiltrate (cebado, instalación de bolsas y programación), manteniendo activo el sistema una media de 36 horas. Se cambiaron las bolsas de fluido de reposición y diálisis de las básculas cada 4 horas de media. Se anotó en la gráfica el balance indicado en la pantalla una vez cada 24 horas y se mantuvieron en hemodiafiltración los pacientes una media de 7 días. La atención de enfermería fue similar a la que precisa un monitor y no hubo complicaciones técnicas siendo la mortalidad del 40%.

**CONCLUSIONES:** La depuración extrarrenal con multiFiltrate es una técnica segura que reduce la carga de trabajo de enfermería en UCI.

**Palabras clave:**

Fracaso renal agudo(FRA). Depuración extrarrenal. Dispositivo multiFiltrate. Carga de trabajo de enfermería.

## **ACTUALIZACIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON BALÓN DE CONTRAPULSACIÓN INTRAAÓRTICO.**

Cebrián Cuevas E, Bencomo García MY, Cruz Cabeza MI, Mayo González N.

Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitario Ntra. Sra. de la Candelaria. Santa Cruz de Tenerife.

**OBJETIVO.** En nuestra Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital de la Candelaria la utilización del balón de contrapulsación intraaórtico (BCIA) ha aumentado, por lo que nos planteamos el objetivo de establecer un protocolo actual de cuidados de enfermería en pacientes con BCIA.

**METODOLOGÍA.** Revisión bibliográfica centrándose en los cuidados de enfermería tanto en la inserción, en el manejo de la consola, y en la prevención y detección de complicaciones durante todo el proceso, así como en su retirada.

**RESULTADOS.** Se ha elaborado un protocolo, teniendo en cuenta los aspectos más actuales, en el que han quedado registrados los cuidados de enfermería en el paciente con BCIA desde su colocación hasta su retirada.

**CONCLUSIONES.** La elaboración de este protocolo nos ha permitido adquirir nuevos conocimientos y unificar criterios para el rápido establecimiento de cuidados, prevención y detección de complicaciones en el paciente con BCIA.

**Palabras clave:**

Protocolo, cuidados de enfermería, balón de contrapulsación intraaórtico.

## **COMPARATIVA DE LA INFECCIÓN EN UN PACIENTE QUEMADO CRÍTICO Y EN UN PACIENTE DE CUIDADOS INTENSIVOS CON OTRA PATOLOGÍA.**

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

Unidad de Quemados, Hospital Universitario La Paz. Madrid.

**OBJETIVO.** Analizar los agentes infecciosos que afectan a un pacientes quemado crítico y a un paciente de cuidados intensivos con otra patología médicas ingresados en la misma unidad y observar si existen una mayor susceptibilidad a las infecciones y diferencias sustanciales en los lugares de colonización del paciente quemado.

**MATERIAL Y MÉTODO.** Revisión de dos historias: una de un paciente quemado crítico y otra de un enfermo a cargo de cuidados intensivos con otra patología, haciendo un análisis comparativo de los cultivos microbiológicos y de medicina preventiva recogidos durante el ingreso; valorando el agente productor de la infección y lugar de colonización y teniendo en cuenta que ambos tuvieron una estancia larga de ingreso, seleccionamos a estos pacientes por ser los que tuvieron una estancia más larga en tiempo durante el año 2004.

**RESULTADOS.** Encontramos cultivos faríngeos, rectales, nasales y de esputo infectados en un 100% de las muestras, los cultivos de piel quemada y piel sana resultaron infectados en un 80% de los casos en ambos pacientes. Los cultivos de orina y punta de catéter resultaron estériles en el 95% de las muestras recogidas, independientemente de que el paciente fuera quemado o afectado por otra patología distinta a la quemadura.

**CONCLUSIONES.** No existen diferencias sustanciales en cuanto al grado de infección, el paciente no afectado por quemaduras se infectó prácticamente en la misma medida que el pacientes quemado. Tampoco en los lugares de colonización pueden describirse variaciones importantes, como hemos mencionado en los resultados , las cultivos de punta de catéter fueron en su mayoría estériles, a pesar de encontrarse en ocasiones próximos a la zona quemada, lo que aumentaría teóricamente el riesgo de infección. Por tanto creemos que la patología que ocasiona el ingreso es poco significativa a la hora de valorar la susceptibilidad a la infección de nuestras pacientes.

**Palabras clave:**

Infección, cultivos, microrbiología.

## **REVISIÓN DEL USO DE UN REGISTRO DE ENFERMERÍA PARA LA VALORACIÓN Y CONTROL DE LA EVOLUCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN EN UNIDADES DE CRÍTICOS.**

Peña Vivar MA, Girona Zaguirre M.

Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Universitario de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona.

**OBJETIVOS.** Las úlceras por presión (UPP), juegan un papel fundamental en el ámbito sanitario, ya que su presencia repercute, tanto a nivel del paciente, mermando su calidad de vida, como al sistema de salud aumentando sus costes y cargas de trabajo al personal de enfermería. Es básico por tanto, la prevención, detección y aplicación del tratamiento oportuno.

Por todo ello, se decide, en nuestro hospital, la introducción, a modo de prueba, de un registro específico para las UPP en las distintas unidades de críticos, con el fin de valorarlas correctamente.

1. Valoración de la eficacia de este nuevo registro.
2. Conocer las posibles modificaciones a realizar para su mayor utilidad.

**MATERIAL Y MÉTODO.** Un registro en el que se tiene en cuenta una primera valoración de la UPP y el tratamiento a seguir y una posterior valoración de la evolución con los posibles cambios.

Tras un período de pruebas de 6 meses en las unidades de críticos se decide hacer una evaluación mediante encuesta al personal de enfermería que lo ha cumplimentado.

**Palabras clave:**

úlceras por presión, registro, valoración.

## **MONITORIZACIÓN DE LA PRESIÓN INTRAABDOMINAL: REVISIÓN DE MÉTODOS.**

Matheu Clop E, González López M, Heering Ch, Luna Redondo G, Cirera Guasch A, Adalia Bartolomé R.

Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgicos. Hospital Clínic Barcelona. Barcelona (Cataluña).

**INTRODUCCIÓN.** El Síndrome Compartimental Abdominal (SCA) se define como un aumento de la presión intrabdominal (PIA) superior a 25mmHg asociado a la alteración de la mecánica pulmonar, junto a un fracaso renal. La mortalidad asociada a este síndrome es muy elevada y es fundamental detectar de forma precoz los aumentos de la PIA, midiéndola de forma sistemática. Los métodos validados en la actualidad utilizan la replección vesical con un volumen determinado de líquido, para poder obtener el valor de esta presión.

**OBJETIVO.** Describir dos métodos no invasivos de monitorización de la PIA vía intravesical destacando sus ventajas e inconvenientes.

**METODOLOGÍA.** Método intravesical a través de transductor de presión. A la sonda Foley se le adapta una llave de tres pasos: por una luz se instilan 50ml de suero salino y por la otra se monitoriza la PIA a través de un transductor de presión, pinzando previamente la salida de la bolsa recolectora de orina. Método manómetro de Foley. Prototipo de medición de la PIA que usa como medio transmisor de la presión la propia orina del paciente (Holtech Medical).

**RESULTADOS.** Ambos métodos son igual de fiables para conocer el valor de la PIA. Sin embargo el método intravesical por transductor de presión requiere una mayor manipulación lo que incrementa la carga de trabajo y aumenta el riesgo de contaminación.

**CONCLUSIONES.** El método manómetro de Foley presenta más ventajas en las intervenciones de enfermería que el método intravesical a través de transductor de presión aún no estando validado a nivel multicéntrico.

**Palabras clave:**

Presión intraabdominal. Presión intravesical. Síndrome compartimental abdominal.

## HIGIENE BUCAL DEL PACIENTE INTUBADO.

Marón Lorenzo A., Peláez Vázquez I.

Unidad de Críticos. Hospital POVISA. Vigo (Pontevedra).

**OBJETIVO.** El mantenimiento de una correcta higiene de la cavidad oral en pacientes sometidos a intubación endotraqueal, para evitar o minimizar las posibles complicaciones tanto locales como sistémicas, erosiones, gingivitis, halitosis... así como el desarrollo de microorganismos patógenos que podrían ser causa de infecciones respiratorias.

**METODOLOGÍA.** Búsqueda bibliográfica y análisis de la información obtenida.

**RESULTADOS.** Protocolo para realización de higiene bucal en pacientes sometidos a intubación endotraqueal en la Unidad de Cuidados Críticos. (Ilustrado con fotografías)

**CONCLUSIONES.** Los protocolos de cuidados:

- Garantizan la continuidad en la prestación de cuidados entre el equipo de Enfermería.
- Unifican criterios de actuación, basados en la lex artis.
- Representan una importante herramienta de defensa legal.

**Palabras clave:**

higiene bucal, intubación endotraqueal.

## SEGURIDAD DE LOS PACIENTES VS SEGURIDAD DE LA ENFERMERIA.

Argilaga Molero E, Tamar Sánchez L.

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

**OBJETIVO:** 1) Objetivar la cumplimentación o no de los formularios de errores de medicación de nuestros centros. 2) Averiguar si estos formularios cumplen los requisitos para no ser utilizados "contra" las enfermeras que los cumplimentan.

**METODOLOGÍA:** Investigación cualitativa mediante entrevistas, reunión de expertos, grupos de discusión multicéntricos, observación participante y revisión bibliográfica.

**RESULTADOS:** Se constata una baja cumplimentación de los formularios, así como que en la mayoría de casos, aún siendo anónimos, pudieran ser utilizados contra las enfermeras que los han cumplimentado o las responsables de los pacientes sujetos a dichos errores y contra los centros en los que ejercen. Asimismo se objetiva el desconocimiento de las enfermeras de las repercusiones negativas que pudieran tener estos registros según se realicen estos.

**CONCLUSIONES/DISCUSIÓN:** 1) Hemos de fomentar la utilización de los formularios de errores de medicación como mejor método para prevenirlos. 2) Se han de estudiar los criterios y datos a incluir en estos formularios para que nunca puedan ser utilizados contra aquellos que los rellenan ni contra los centros que los acogen. 3) La sociedad debe establecer los resortes para que en caso de producirse dichos errores y estos sean registrados, no se vean repercutidos negativamente contra aquella que los ha detectado.

**Palabras clave:**

errores de medicación; seguridad pacientes; seguridad enfermería.

## **SATISFACCIÓN LABORAL DEL PERSONAL DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO NUESTRA SEÑORA DE CANDELARIA.**

Bonilla Pérez JC (1), Jorge Díaz MY (1), Alberto Rodríguez I (1), González Toledo JP (1), Mesa Alonso S (2).

(1)Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Tenerife.

(2)Servicio de Neurología. Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Tenerife.

Con el objetivo de medir la satisfacción laboral del personal de cuidados intensivos se realizó un estudio, de tipo descriptivo, a través de la escala Overall Job Satisfaction de Warr, Cook y Wall, la cual valora tanto factores extrínsecos (aspectos relativos a la organización del trabajo como el horario, la remuneración, condiciones físicas del trabajo, etc.) como intrínsecos (aspectos como el reconocimiento obtenido en el trabajo, responsabilidad, promoción, etc.), cumplimentada por médicos, enfermeras y auxiliares de dicha unidad.

De los 62 cuestionarios recogidos se observa que los tres gremios se encuentran por debajo de la media (70.53) tanto a nivel intrínseco como extrínseco, mostrando un clima laboral de insatisfacción general.

Tras el análisis, los factores referentes a la variedad de tareas y la relación con los compañeros de trabajo son motivo de satisfacción; por el contrario el salario, la gestión y la relación con la dirección son causa de insatisfacción.

## **GOLPE DE CALOR. CUIDADOS DE ENFERMERÍA.**

García Velasco Sánchez Morago S, Sánchez Coello MD, Puebla Martín A, Puebla Martín MA.

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

**OBJETIVO:** Evaluar la presentación clínica, tratamiento, cuidados de enfermería, complicaciones y morbimortalidad de los pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) con diagnóstico de golpe de calor.

**METODOLOGÍA:** Estudio retrospectivo de los pacientes con diagnóstico de golpe de calor durante la ola de calor de agosto de 2003. Se recoge: edad, motivo del ingreso, estancia, constantes vitales, APACHE II, NEMS, motivo de ingreso, empleo e indicación de ventilación mecánica y mortalidad.

**RESULTADOS:** Ingresaron en UCI 5 pacientes diagnosticados de golpe de calor, 3 hombres y 2 mujeres. La edad media fue 63 (DE 10,3) años. El motivo de consulta fueron alteraciones neurológicas en 4 pacientes y disnea en uno, todos presentaron anhidrosis. La estancia media en UCI fue de 6,8 días (DE 3,8). El APACHE II y NEMS en las primeras 24 horas fueron 23,6 (DE 8,3) y 31,6 (DE 13,1) respectivamente. Únicamente un paciente había realizado ejercicio previo. Todos tenían factores de riesgo (2 cardiológicos, 2 neurológicos y uno psiquiátrico). La temperatura inicial media fue de 40,6°C y el Glasgow al ingreso 8,2. El tratamiento fue medidas habituales de soporte, rehidratación y medidas físicas intensas para el enfriamiento. 3 pacientes necesitaron ventilación mecánica durante tres días. Dos pacientes (40%) fallecieron, uno en UCI y el otro posteriormente en planta de hospitalización.

**CONCLUSIONES:** El golpe de calor es una emergencia aguda, poco frecuente, pero no por ello menos grave, genera una gran presión asistencial consumiendo grandes recursos de enfermería y presentando el cuadro una elevada mortalidad.

**Palabras clave:**

Golpe de calor, atención de enfermería, temperatura, termorregulación, hipertermia.

**Financiación:**

**NOTAS**

## NOTAS

**NOTAS**





C/. Vicente Caballero, 17  
28007 MADRID  
Tel. y Fax: 91 573 09 80  
e-mail: [seeiuc@telefonica.net](mailto:seeiuc@telefonica.net)  
<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: [nuria.bosch@mccann.es](mailto:nuria.bosch@mccann.es)