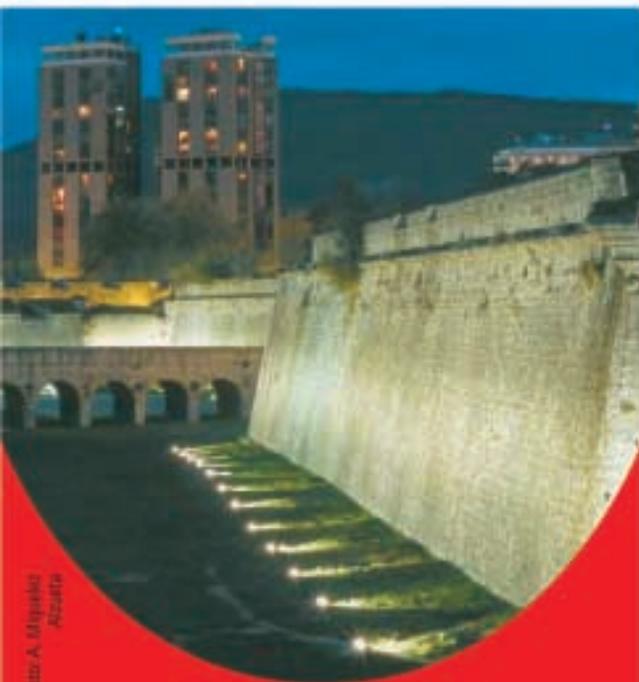




# XXXII Congreso Nacional de la SEIUC

**PAMPLONA**  
**Palacio de Congresos**  
**25-28 de junio de 2006**



**Libro de  
Comunicaciones**



## **Comité Organizador del XXXII Congreso Nacional de la SEEIUC**

### **JUNTA DIRECTIVA:**

- Presidente:** Pedro Miguel Lastra Cubel
- Vicepresidenta:** Rosa García Díez (en funciones)
- Secretaria:** Alicia Robas Gómez (en funciones)
- Tesorera:** Rosa M. García Díez
- Director de la Revista:** Juan Carlos Muñoz Camargo
- Vocales:** Concepción Miralles Frutos  
Alicia Robas Gómez  
M<sup>a</sup>. de los Ángeles Rosado Muñoz  
Olga Soriano Berenguer  
Mónica Vázquez Calatayud

### **COMITÉ CIENTÍFICO:**

- Miembros:** Miriam del Barrio Linares  
Pilar Delgado Hito  
Juan Carlos Muñoz Camargo  
M<sup>a</sup>. Rosa Jam Gatell  
Dolores Ortiz Chinchilla  
M<sup>a</sup>. Asunción Sanz Jiménez  
Susana Arias Rivera

### **COMITÉ ORGANIZADOR LOCAL:**

- Presidencia:** Mariví Herranz Ayesa
- Miembro Comité Científico:** Beatriz Lasterra Sánchez  
Belén Zariquiegui Aldave
- Vocal Comité Local:** Isabel Aranaz Flamarique  
Pilar Olazábal Torron  
Irene Aldabe Moreno  
Ana Barroso del Río  
Susana Retana Alonso  
Pilar Maravi Artieda



# Índice

Pág.

**Lunes, 26 de junio de 2006**

## **SALA PRINCIPAL**

**08.30-09.00 h - Sesión defensa oral Pósters - Moderadora: Carmen Jover Sancho**

- P001 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA TRAQUEOSTOMÍA PERCUTÁNEA CON TORACOTRAQ®.  
**Hernández Asensio F, Sánchez García P, López López I, Menéndez Albuixech M.**  
Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitario de Bellvitge. Hospitalet de Llobregat. (Barcelona). . . . . 105
- P002 EVOLUCIÓN Y CUIDADOS DEL TRASPLANTE INTESTINAL EN EL POSTOPERATORIO INMEDIATO.  
**Frade Mera MJ, Jacue Izquierdo S, Fontan Vinagre G, Montejo González JC.**  
Servicio de Medicina Intensiva. UCI Polivalente. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid (Madrid). . . . . 106
- P003 BENZODIACEPINAS: ¿MEJORA LA CALIDAD DEL SUEÑO?  
**Catalán Gutiérrez del Arroyo E, Maurici Díez C, Sánchez Pedraza A.**  
Servicio Cuidados Intensivos Coronarios. Hospital Universitario San Cecilio. Granada. . . . . 107
- P037 PROTOCOLO DE MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS PARA LA PREVENCIÓN DE LA NEUMONÍA NOSOCOMIAL ASOCIADA A VENTILACIÓN MECÁNICA.  
**Carrillo Santín E, Santé Roig M, Jam Gatell R, Fernández Moreno I, Turégano Duaso C, Ortiz Chinchilla D, Vallés Daunis J.**  
Centro de Críticos. Consorci Sanitari Parc Taulí. Sabadell (Barcelona). . . . . 141
- P008 EL INFORME DE ENFERMERÍA AL ALTA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS COMO GARANTÍA DE CALIDAD EN LA CONTINUIDAD DE LOS CUIDADOS.  
**Palacios Romero AM, Irigoyen Aristorena MI, Salvador Ruin E, Rey Gallego N, García Pascual N.**  
Servicio de Medicina Intensiva. Hospital de Navarra. Pamplona (Navarra). . . . . 112

## Lunes, 26 de junio

### SALA PRINCIPAL

#### 09.00 h - 10.00 h - Comunicaciones orales - Moderadora: Carmen Asiaín Erro

- 001 EFECTO DE LA APLICACIÓN DE UN PROTOCOLO DE SEDACIÓN DE ENFERMERÍA MEDIANTE LA ESCALA DE GLASGOW MODIFICADA POR COOK Y PALMA.  
**Arias Rivera S, Sánchez Izquierdo R, Sánchez Sánchez MM, Gallardo Murillo MJ, Santos Díaz R, Frutos Vivar F.**  
Servicio de Cuidados Intensivos. Hospital Universitario de Getafe. Getafe (Madrid) . . . . . 23
- 002 FACTORES ESTRESANTES EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.  
**Ballester Arnal R (1), Edo Alarcón MT (1), Abizanda Campos R (2), Ibáñez P (1), Bernat Adell A (2), Bisbal Andrés E (2), Ibáñez San Juan M (2), Tejedor López R (2), Sanchís Muñoz J (2).**  
(1) Dpto. Psicología Básica, Clínica y Psicobiología de la Universitat Jaume I de Castelló.  
(2) Servei de Medicina Intensiva, Hospital Universitario Asociado General de Castelló. . . . . 24
- 003 INCIDENCIA Y FACTORES PREDISONENTES EN LA APARICIÓN DE LA ÚLCERA POR DECÚBITO EN PACIENTES VENTILADOS EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS. ESTUDIO OBSERVACIONAL MULTICÉNTRICO.  
**Navarro MJ (1), Manzano F (2), Pérez JM (1), Vallejo M (3), Blanco J (2), Manzano I (4), Lao F (5), Sánchez MA (4), Corral C (1), García MD (3), Leiva I (1), Montalbán S (1), Ruiz E (2), Aguilar MM (1), Fernández E (2).**  
(1) UCI Hospital Virgen de las Nieves. (2) UCI Hospital de Traumatología. (3) Hospital Clínico.  
(4) Hospital de Baza. (5) Hospital de Motril. Granada. . . . . 25
- 004 ENSAYO CLÍNICO CONTROLADO CON PLACEBO, ALEATORIZADO Y DOBLE CIEGO SOBRE MANTENIMIENTO DE CATÉTERES ARTERIALES CON HEPARINA NA *VERSUS* SUERO SALINO.  
**Del Cotillo Fuente M, Grané Mascarell N, Llavoré Fàbregas M, Quintana Riera S.**  
Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Mútua de Terrassa. Terrassa (Barcelona). . . . . 26
- 005 EVALUACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO Y LOS TIPOS DE SUPERFICIE PARA EL DESARROLLO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN EN EL ENFERMO CRÍTICO.  
**Fuentes Pumarola C (1) (2), Bisbe Company N (1), Galvany Ferrer MA (1), Garangou Llenas D (1), Montiel Vázquez M (1).**  
(1) Servicio de Medicina Intensiva Hospital Universitari de Girona Dr. Josep Trueta. (Girona).  
(2) Escuela Universitaria de Enfermería Universidad de Girona. Girona. . . . . 27

### SALA LUNETAS

#### 09.00 h - 10.00 h - Comunicaciones orales - Moderadora: Isabel Aranaz Flamarique

- 006 CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES PORTADORES DE DESFIBRILADOR AUTOMÁTICO IMPLANTABLE: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.  
**Gómez-Calcerrada Pérez P.**  
Unidad de Medicina Intensiva. Hospital General Universitario de Alicante (Alicante). . . . . 31

- 007 ESTRÉS EN ENFERMERÍA RELACIONADO CON EL TRASLADO DEL PACIENTE DE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS A LAS DIFERENTES PRUEBAS DIAGNÓSTICAS Y/O TERAPÉUTICAS.  
**Robles Rangil MP, Torres Lizcano M, Córcoles Gallego T, Cantos de la Cuesta Y, Muñoz Ruiz F.**  
Servicio de Medicina Intensiva y Grandes Quemados. Hospital Universitario de Getafe. Getafe (Madrid). . . . . 32
- 008 IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES DE FAMILIARES DE PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA.  
**Llamas Sánchez F, López de Fez MP, Macías Rodríguez C, Flores Cordón J, González Vázquez J, Pérez García M, Martín Ramos I, García Delgado I, Feito Alvarez I.**  
Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla . . . . . 33
- 009 INFLUENCIA DE FACTORES PREDISPONENTES Y TRATAMIENTO EN UCI EN LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN DE LOS ENFERMOS CRÍTICOS.  
**Rodríguez Rajadell P, Gutiérrez Valverde L, Hernández I, Fuentes J, Carañana A, Chazarra R, Mediavilla M, García López I, Albinyana G, Carriquí F, Herraiz A, Martín L, Sánchez Gracia V, Pinazo M (1), González Monte C, García García MA, Broch MJ, Gómez Martínez E.**  
Servicio de Medicina Intensiva. Hospital de Sagunt. Sagunt (Valencia). (1) Servicio de Medicina Preventiva. Hospital de Sagunt. Sagunt (Valencia) . . . . . 34
- 010 PROTOCOLO DE ENFERMERÍA DURANTE LA SEDOANALGESIA DE PROCEDIMIENTOS INVASIVOS EN UNA UNIDAD DE MEDICINA INTENSIVA PEDIÁTRICA.  
**Sánchez Estupiñán JMC, Umpierrez Rodríguez J, Batista Arteaga A, Cascón Gresa JM, Ojeda Pulido C, González Santana C.**  
Unidad de Medicina Intensiva Pediátrica. Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil. Las Palmas de Gran Canaria. . . . . 35

## SALA PRINCIPAL

### 13.00 h - 14.00 h - Comunicaciones orales - Moderadora: Concha Miralles Frutos

- 011 EL SUEÑO DEL PACIENTE CORONARIO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS POLIVALENTE.  
**Marón Lorenzo A, Giráldez Miranda M, Enríquez de Salamanca Holzinger I, Otero Pegito B.**  
Unidad de Cuidados Críticos. Hospital Povisa. Vigo (Pontevedra). . . . . 39
- 012 TÉCNICAS CONTINUAS DE REEMPLAZO RENAL (TCRR) EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. ANÁLISIS DE TIEMPOS COMO EXPRESIÓN DE LA CARGA DE TRABAJO DE ENFERMERÍA.  
**Mena Sainz M., Izaguirre Guerricagoitia L.**  
Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Donostia. San Sebastián (Guipúzcoa). . . . . 40
- 013 ESTUDIO COMPARATIVO DEL MANTENIMIENTO DE LA PERMEABILIDAD DE LOS CATÉTERES VENOSOS CENTRALES DE TRES LUCES.  
**Fuentes Pumarola C (1) (2), Casademont Mercader R (2), Cordón Bueno C (2), Sabench Casellas S (2), Colomer Plana C (2), Féliz Vidal M (2), Rodríguez Plaza E (2), Expósito Fernández P (2).**  
(1) Escuela Universitaria de Enfermería. Universitat de Girona. (2) Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitari de Girona Dr. Josep Trueta. Girona. . . . . 41
- 014 EFECTO FAVORABLE DE UN PROGRAMA DE FORMACIÓN EN LA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN CUIDADOS INTENSIVOS.  
**García Díez R, Urruela Oliván M.**  
Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital de Basurto. Bilbao (Vizcaya). . . . . 42

- 015 CUIDADOS AL PACIENTE AL FINAL DE LA VIDA: OBSTÁCULOS Y AYUDAS QUE PERCIBEN LAS ENFERMERAS DE CUIDADOS INTENSIVOS.  
*Del Barrio Linares M, Gimeno San Martín L, Ezenarro Muruamendiaraz A, López Alfaro P, Margall Coscojuela MA, Asaiín Erro MC.*  
 Unidad de Cuidados Intensivos. Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona (Navarra). . . . . 43

## SALA CÁMARA

### 13.00 h - 14.00 h - Comunicaciones orales - Moderadora: Pilar Maravi Artieda

- 016 ESTUDIO COMPARATIVO DE LA CARGA DE TRABAJO EN PACIENTES DONANTES DE ÓRGANOS ANTES Y DESPUÉS DE LA MUERTE ENCEFÁLICA.  
*Castrillo Albizu A, Martín Gil B, Pérez García MJ, Martínez Díez C y Gandía Fernández A.*  
 Servicio de Vigilancia Intensiva. Hospital Clínico Universitario. Valladolid. . . . . 47
- 017 EFECTIVIDAD DE LA ANESTESIA LOCAL INTRADÉRMICA EN LA CANALIZACIÓN ARTERIAL PERIFÉRICA.  
*García Velasco Sánchez Morago S, Sánchez Coello MD.*  
 Servicio de Medicina Intensiva. Hospital General. Ciudad Real. . . . . 48
- 018 EL PROCESO ENFERMERO. "SE HACE CAMINO AL ANDAR".  
*Lozano Segura J, Moreno Mulet C, Sobrado Canosa Z, Medina Atienzar I, Sánchez Martín A.*  
 Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Son Llätzer. Palma de Mallorca. (Balears). . . . . 49
- 019 HIPOTERMIA TRAS PARADA CARDIORRESPIRATORIA: CARGAS DE TRABAJO DE ENFERMERÍA.  
*Fernández Colmenero A, Gil García ZI, Montial Fernández E, Prieto Arriba E, Sarralde Pérez de San Román S.*  
 Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Santiago Apóstol. Vitoria (Álava). . . . . 50
- 020 CALIDAD PERCIBIDA POR PACIENTES Y FAMILIARES, RELACIONADA CON ASPECTOS ESTRUCTURALES Y MEDIOAMBIENTALES DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.  
*Medina Atienza I, Prieto González S, Socias Crespí L, García Mendieta F, Molina Santiago MM, Nieto Gonzalez A.*  
 Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Son Llätzer. Palma de Mallorca. (Balears). . . . . 51

## SALA PRINCIPAL

### 17.00 h - 18.00 h - Comunicaciones orales - Moderadora: Mónica Vázquez Calatayud

- 021 EFECTO DE LA MODIFICACIÓN DE LA SEDACIÓN POR ENFERMERÍA.  
*Arias Rivera S, Sánchez Sánchez MM, Sánchez Izquierdo R, Gallardo Murillo MJ, Santos Díaz R, Frutos Vivar F.*  
 Servicio de Cuidados Intensivos. Hospital Universitario de Getafe. Getafe (Madrid). . . . . 55
- 022 ¿PUEDE ENFERMERÍA DISMINUIR LA INCIDENCIA DE NEUMONÍA ASOCIADA A VENTILACIÓN MECÁNICA? REVISIÓN SISTEMÁTICA.  
*Huertas Linero C, Miquel Roig C, Picó Segura P, Pastor Martínez M.*  
 Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital General Universitario de Elche (Alicante). . . . . 56

- 023 VIGILANCIA DE LA INFECCIÓN NOSOCOMIAL EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA.  
**Aguado Padilla C, Alcolea Ortiz M, Basco Prado L, Jordi Casañas A, Calizaya Vargas M, Manzanedo Sanchez D, Peregrín Pascual A, Portillo Jaurena E y Sánchez Sancho X.**  
Servicio de Medicina Intensiva. SCIAS Hospital de Barcelona. Barcelona. . . . . 57
- 024 ESTUDIO DE LAS COMUNICACIONES ADMITIDAS EN LOS CONGRESOS NACIONALES DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA INTENSIVA Y UNIDADES CORONARIAS EN LOS ÚLTIMOS OCHO AÑOS.  
**Rodríguez Mondéjar JJ (1), Ramírez Pérez F (2), Peñalver Hernández F (3), Cevidanes Lara MM (2), López Alcaráz F (3), Herrera Romero T (2), López Amorós A (2), Rodríguez Soler J (2), Martínez Huéscar M (2).**  
(1) Gerencia de Atención Primaria de Murcia. Murcia. (2) Servicio de Medicina Intensiva. Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia. (3) Servicio de Medicina Intensiva. Hospital General Universitario Morales Meseguer. Murcia. Servicio Murciano de Salud. . . . . 58
- 025 FIABILIDAD DE LA DETERMINACIÓN DE LA GLUCEMIA A LA CABECERA DEL PACIENTE EN PACIENTES CRÍTICOS.  
**Arias Rivera S (1), Copete A (1), Vadillo Obesso P (1), Corrochano Varas S (1), Sánchez Izquierdo R (1), Sánchez Sánchez MM (1), Saiz Sanz A (1), Frutos Vivar F (1), Pascual Durán T (2).**  
(1) Servicio de Cuidados Intensivos. (2) Área de gestión de Análisis Clínicos.  
Hospital Universitario de Getafe. Getafe (Madrid). . . . . 59

## SALA LUNETAS

### 17.00 h - 18.00 h - Comunicaciones orales - Moderadora: Susana Retana Alonso

- 026 ANÁLISIS RETROSPECTIVO PARA DETERMINAR EN HEMOFILTRACIÓN LA RELACIÓN EXISTENTE ENTRE LOS CAMBIOS DE LÍNEAS DEL SISTEMA PARA DEPURACIÓN EXTRARRENAL Y LA LOCALIZACIÓN DEL CATÉTER DE ALTO FLUJO, CON LA INFLUENCIA O NO DE LOS ANTICOAGULANTES.  
**Hernández Mendoza E, Pérez Pérez MP, Ramírez Martín CM, Roger Marrero MI, Susilla Pérez de la Blanca A, Caballero Hidalgo A.**  
Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín Las Palmas de Gran Canaria (Las Palmas). . . . . 63
- 027 FISIOTERAPIA RESPIRATORIA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. PROTOCOLO DE ENFERMERÍA.  
**Muñoz Camargo JC, Guerra Gallego MJ, Espadas Maeso MJ, Perez Fernandez-Infantes S, Cinjordi Valverde P, Alfonso Diaz MD, Rubio Serrano P.**  
Servicio de Medicina Intensiva. Hospital General de Ciudad Real. Ciudad Real. . . . . 64
- 028 FIABILIDAD DE LA TEMPERATURA TIMPÁNICA EN PACIENTES CRÍTICOS EN RELACIÓN CON LA TEMPERATURA VESICAL.  
**Lacasaña Bellmunt P, Ramos Rodríguez JM, García Verdejo J, Urbano Cobos E, Vila Rumbo M, Tur Riera J.**  
Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Can Misses. Ibiza (Illes Balears). . . . . 65
- 029 FUNCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA VALORACIÓN DEL DOLOR EN EL SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS Y CORONARIAS.  
**Riba Reig J, Sánchez Blázquez A.**  
Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitari Sant Joan de Reus. Reus (Tarragona). . . . . 66

## Martes, 27 de junio de 2006

### SALA PRINCIPAL

#### 08.30-09.30 h - Comunicaciones orales - Moderadora: Rosa García Díez

- 030 MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS PARA LA PREVENCIÓN DE LA NEUMONÍA NOSOCOMIAL ASOCIADA A VENTILACIÓN MECÁNICA: CONOCIMIENTO Y APLICACIÓN EN LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA.  
**Santé Roig M, Carrillo Santín E, Jam Gatell R, Fernández Moreno I, Turégano Duaso C, Vallés Daunis J.**  
Centro de Críticos. Consorci Sanitari Parc Taulí. Sabadell (Barcelona). . . . . 69
- 031 ¿CONTROLAMOS ADECUADAMENTE LAS PRESIONES DE LOS NEUMOTAPONAMIENTOS?  
**Molano Álvarez E (1), Sánchez Chillón FJ (2), Frade Mera MJ (3), Cuenca Solanas M (1), Muñoz Delgado MT (2), Fontán Vinagre G (3).**  
(1) Servicio de Medicina Intensiva. Unidad de Trauma y Emergencias. (2) Servicio de Medicina Intensiva. Unidad de Cuidos Postquirúrgicos Cardíacos.(3) Servicio de Medicina Intensiva. Unidad de Cuidados Intensivos Médico-Quirúrgicos. Hospital Doce de Octubre. Madrid. . . . . 70
- 032 INFLUENCIA DE LA HEMOGLOBINA EN LA GLUCEMIA DETERMINADA A CABECERA DEL PACIENTE.  
**Arias Rivera S (1), Vadillo Obesso P (1), Copete A (1), Corrochano Varas S (1), Sánchez Sánchez MM (1), Sánchez Izquierdo R (1), Saiz Sanz A (1), Frutos Vivar F (1), Pascual Durán T (2).**  
(1) Servicio de Cuidados Intensivos. (2) Área de gestión de Análisis Clínicos. Hospital Universitario de Getafe. Getafe (Madrid). . . . . 71
- 033 ESTUDIO DE VALIDEZ DE LA ESCALA DE VALORACIÓN ACTUAL DEL RIESGO DE DESARROLLAR ÚLCERAS POR PRESIÓN EN CUIDADOS INTENSIVOS. (EVARUCI).  
**García Martín MR, Balugo Huertas S, González Ruiz JM, Navarro de la Peña L, Núñez Méndez P.**  
Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital de Fuenlabrada. Fuenlabrada (Madrid). . . . . 72
- 034 RELACIÓN ENTRE LA ESCALA APACHE III Y LA ESCALA NORTON EN LA APARICIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.  
**Almirall Solsona D (1), Leiva Rus A (2), Gabasa Puig I (1), Yáñez Juan A (2), González de Velasco y Soloeta JP (1), López Moreno R (2).**  
(1) Servicio de Medicina Intensiva. Hospital General de Vic. Barcelona. (2) Servicio de Epidemiología. Hospital General de Vic. Barcelona. . . . . 73

### SALA LUNETAS

#### 08.30-09.30 h - Comunicaciones orales - Moderadora: Irene Aldave Moreno

- 035 SITUACIONES GENERADORAS DE ESTRÉS EN EL PACIENTE CRÍTICO.  
**Ayllón Garrido N, Álvarez Rodríguez MJ, González García MP.**  
Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Txagorritxu. Vitoria (Álava). . . . . 77
- 036 CICLO DE EVALUACIÓN Y MEJORA SOBRE LA APARICIÓN Y LAS CURAS DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN EN UN SERVICIO DE CUIDADOS INTENSIVOS DE UN HOSPITAL GENERAL.  
**Martínez Huescar M, Flores Baeza MJ, Martínez Aroca C, Asensio Villalba MI, Rodríguez Mondéjar JJ, Sevilla Vallés MA, Núñez Fuentes F.**  
Servicio de Medicina Intensiva. Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia. . . . . 78

- 037 ERRORES DE MEDICACIÓN EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL DE CABUEÑES.  
**Falcón Ruiz J, Llera González E, Díaz Pérez N, González Quintana D, Fernández Díaz.**  
 Servicio de Medicina Intensiva. Hospital de Cabueñes. Gijón (Asturias). . . . . 79
- 038 INCIDENCIA DE EXTUBACIONES NO PROGRAMADAS EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS Y FACTORES RELACIONADOS.  
**Ayllón Garrido N, Rodríguez Borrajo MJ, Soletto Paredes G, Álvarez González MJ.**  
 Hospital Txagorritxu. Vitoria (Álava). . . . . 80

## SALA PRINCIPAL

### 13.00-14.00 h - Comunicaciones orales - Moderadora: Concha Zaforteza Lallemand

- 039 IMPACTO DE LA IMPLANTACIÓN DE UN ALGORITMO DE NUTRICIÓN ENTERAL PARA ALCANZAR EL SOPORTE NUTRICIONAL COMPLETO EN EL PACIENTE CRÍTICO.  
**Franco I, Turégano Duaso C, De la Cruz E, Jam Gatell R, Pérez Moreno F, Mestre J, García Esquirol O.**  
 Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Parc Taulí de Sabadell. Sabadell (Barcelona). . . . . 83
- 040 LA ENFERMERÍA DE UCI Y UCC EN ESPAÑA. ANÁLISIS BIBLIOMÉTRICO DE 334 ARTÍCULOS.  
**Lizarbe Chocarro M.**  
 Servicio de Medicina Intensiva. Hospital de Navarra. Pamplona (Navarra). . . . . 84
- 041 INCIDENCIA DE BACTERIEMIA RELACIONADA CON CATÉTER Y DE COLONIZACIÓN DE PUNTA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. ESTUDIO PROSPECTIVO.  
**Álvarez González MJ, Ayllón Garrido N, Díaz de Durana Santa Coloma S, Rodríguez Borrajo MJ, Santos Cambero I, Vila Gómez M.**  
 Servicio de Medicina Intensiva. Hospital de Txagorritxu. Vitoria (Álava). . . . . 85
- 042 CUIDADO DE CATÉTERES VENOSOS CENTRALES: PRÁCTICA *VERSUS* EVIDENCIA.  
**Martínez Lareo M (1), Venturini Medina MC (2), Chocarro González L (2), Bonilla Zafra G (1), Carmona Monge FJ (1).**  
 (1) Unidad de Cuidados Críticos. Fundación Hospital de Alcorcón. Alcorcón (Madrid).  
 (2) Profesor titular Enfermería Medico-Quirúrgica. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Rey Juan Carlos. Alcorcón (Madrid). . . . . 86
- 043 INCIDENCIA DE EVENTOS ADVERSOS DURANTE EL TRASLADO DEL PACIENTE DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS A DIFERENTES PRUEBAS DIAGNÓSTICAS.  
**Robles Rangil MP, Torres Lizcano M, Cantos de la Cuesta Y, Córcoles Gallego T, Muñoz Ruiz F.**  
 Servicio de Medicina Intensiva y Grandes Quemados. Hospital Universitario de Getafe. Getafe (Madrid). . . . . 87

## SALA LUNETAS

### 13.00-14.00 h - Comunicaciones orales - Moderadora: Alicia Cabrejas Ayuso

- 044 CUIDAR EN INGLÉS: ¿WHY NOT? ANÁLISIS DE PACIENTES EXTRANJEROS CON DIFICULTAD DE COMUNICACIÓN IDIOMÁTICA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE UNA ZONA TURÍSTICA.  
**Lacasaña Bellmunt P, Ramos Rodríguez JM, Rueda García J, Aguilar Martínez R, Andrés Stierman D, Gámez Cantero S.**  
 Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital can Misses. Ibiza (Illes Balears). . . . . 91

- 045 LA INFORMACIÓN, UN CUIDADO ENFERMERO DE CALIDAD.  
**Moreno Mulet, C, Socías Crespi L, Castillo Domingo L, García Pazo P, Tomás Ramón C.**  
 Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Son Llätzer. Palma de Mallorca. (Balears). . . . . 92
- 046 PESO Y TALLA ESTIMADOS *VERSUS* REAL.  
**Amorós Cerdá SM, Fontanella Sastre JM, Pérez Juan E.**  
 Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Universitario Son Dureta. Palma de Mallorca (Illes Balears). . . . . 93
- 047 ASPECTOS Y OPINIONES SOBRE SU ESTANCIA FORMATIVA PRÁCTICA, DESARROLLADA POR ALUMNOS DE ENFERMERÍA DE TERCER CURSO EN EL SERVICIO DE CUIDADOS INTENSIVOS.  
**Peñalver Hernández F (1), Rabadán Anta MT (2), Rodríguez Mondéjar JJ (2), Martínez Oliva JM (2), Romero Pareja MD (2), Carrión Tortosa F (2), Sánchez Verdejo A (2), Maestro Garrido A (1), López Amorós A (2).**  
 (1) Servicio de Medicina Intensiva. Hospital General Universitario Morales Meseguer. Murcia.  
 (2) Servicio de Medicina Intensiva. Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia. . . . . 94

## SALA PRINCIPAL

### 16.30-17.30 h - Comunicaciones orales - Moderador: Juan Carlos Muñoz Camargo

- 048 EVALUACIÓN Y CONTROL DE CALIDAD DE LOS CARROS DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR.  
**Esperón Güimil JA, Angueira Castelo C, Bueno Iglesias PJ (1), Cores Fresco RM, Escudero Quiñones AI, Fernández Camiña MC, Fernández Costa C, Freire Rodríguez M, González González M, Ocampo Piñeiro A, Piñeiro Dios MJ, Poceiro Salgado SM.**  
 Unidad de Cuidados Críticos. Complejo Hospitalario de Pontevedra. Pontevedra.  
 (1) Servicio de Cirugía. Complejo Hospitalario de Pontevedra. Pontevedra. . . . . 97
- 049 UTILIZACIÓN DE UN SISTEMA AVANZADO PARA EL MANEJO DE LA INCONTINENCIA FECAL EN EL PACIENTE DE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.  
**Alonso Omeñaca R, Candelas Rodríguez A, Careaga González I, Romero Montero C, Vallejo Oliva I.**  
 Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitario La Paz. Madrid. . . . . 98
- 050 PRECISIÓN DE LOS SISTEMAS VENTURI DE OXIGENOTERAPIA DISPONIBLES EN NUESTRO HOSPITAL.  
**Sánchez Chillón FJ, Pérez Sanz J, Bajo Rodilla R, Muñoz Delgado M, Serrano Mateos C, Benlliure Portero F.**  
 Unidad de Cuidados Postoperatorios Cardíacos. Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. . . . . 99
- 051 VALORACIÓN DE UN SISTEMA INFORMÁTICO PARA CONTROL GLUCÉMICO DEL PACIENTE CRÍTICO.  
**Espinosa Serrano EM, Díaz Castellano L, Sanz Fuentes S, Castellanos Cobos I, Rodrigo Frontelo R.**  
 Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Severo Ochoa. Leganés (Madrid). . . . . 100

## Martes, 27 de junio de 2006

### SALA PRINCIPAL

#### 17.30-18.00 h - Sesión defensa oral Pósters - Moderadora: M<sup>a</sup> Ángeles Rosado Muñoz

- P023 MONITORIZACIÓN DE LA SEDACIÓN DEL PACIENTE CRÍTICO PEDIÁTRICO.  
**Secorún Torres AM, Amador López A, López Juan M.**  
 Servicio de Cuidados Intensivos Pediátricos. Hospital Materno-Infantil Valle Hebrón. Barcelona (Catalunya). . . . . 125
- P034 COMPARACIÓN DE DOS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA: REINTRODUCCIÓN O RECHAZO DEL CONTENIDO GÁSTRICO RESIDUAL. RESULTADOS PRELIMINARES.  
**Valls Miró C, Carreño Granero A, Domingo Felici C, Martínez Estalella G, Llusà Finestres J, Asensio Malo G, García Córdoba C, Juvé Udina ME.**  
 Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitario de Bellvitge. Hospitalet de Llobregat (Barcelona). . . . . 136
- P051 PERFIL DEL PACIENTE CORONARIO FIBRINOLIZADO.  
**Alberto Rodríguez I, Bonilla Pérez JC, Jorge Díaz MY, Méndez Cordovez F, Mesa Alonso S, Bonilla Pérez JL.**  
 Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria (Santa Cruz de Tenerife).. . . . . 153
- P059 ESTIMACIÓN DEL PESO CORPORAL EN PACIENTES CORONARIOS TRATADOS CON ENOXAPARINA.  
**García Velasco Sánchez Morago S, Puebla Martín A, Sánchez Coello MD, Torres de la Torre R, Puebla Martín MA, Rubio Rivero R, Luna Naranjo A.**  
 Servicio de Medicina Intensiva. Hospital General. Ciudad Real. . . . . 161
- P007 DISEÑO Y DESARROLLO DE LA ESCALA DE VALORACIÓN DEL RIESGO ACTUAL DE DESARROLLAR ÚLCERAS POR PRESIÓN EN CUIDADOS INTENSIVOS (EVARUCI).  
**González Ruiz JM (1), Navarro de la Peña L (1), Balugo Huertas S (1), Núñez Méndez MP (1), García Martín MR (1), García Granell C (2), Heredero López MT (3), Martín Díaz R (2), Sánchez Sánchez MM (4).**  
 (1) UCI Hosp. de Fuenlabrada. (2) Unidad de reanimación Hosp. de Fuenlabrada. (3) Pruebas funcionales de neumología Hosp. de Fuenlabrada. (4) UCI Hosp. Universitario de Getafe. . . . . 109
- P046 ESTUDIO COMPARATIVO DE DOS PROTOCOLOS PARA EL CUIDADO DE VÍAS VENOSAS PERIFÉRICAS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE.  
**González Díaz AI, Domínguez Hernández FJ, Sánchez Castillo LN, Prieto Cejudo MJ, García Cibrán P, Andrés Rodríguez J, Boya Cantero MS, Rodríguez Ruiz F, Pérez Chaparro E.**  
 Unidad de Cuidados Críticos. Fundación Hospital de Alcorcón. Alcorcón (Madrid). . . . . 148

# Lunes, 26 de junio de 2006

## POSTERS SEEIUC

- P001 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA TRAQUEOSTOMÍA PERCUTÁNEA CON TORACOTRAQ®.  
**Hernández Asensio F, Sánchez García P, López López I, Menéndez Albuixech M.**  
 Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitario de Bellvitge. Hospitalet de Llobregat. (Barcelona). . . . . 103
- P002 EVOLUCIÓN Y CUIDADOS DEL TRASPLANTE INTESTINAL EN EL POSTOPERATORIO INMEDIATO.  
**Frade Mera MJ, Jacue Izquierdo S, Fontan Vinagre G, Montejo González JC.**  
 Servicio de Medicina Intensiva. UCI Polivalente. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid (Madrid). . . . . 104
- P003 BENZODIACEPINAS: ¿MEJORA LA CALIDAD DEL SUEÑO?  
**Catalán Gutiérrez del Arroyo E, Maurici Díez C, Sánchez Pedraza A.**  
 Servicio Cuidados Intensivos Coronarios. Hospital Universitario San Cecilio. Granada. . . . . 105
- P004 MANEJO DE LA INCONTINENCIA FECAL EN EL PACIENTE CRÍTICO MEDIANTE LA UTILIZACIÓN DE UN SISTEMA AVANZADO DE DERIVACIÓN.  
**Martínez Estalella G, Baulés Conesa Mª J, Rausa Bragulat E, Izquierdo Fuentes T, Vía Clavero G, Fernández Martín Mª J.**  
 Servicio de Cuidados Intensivos. Hospital Universitari de Bellvitge.  
 Hospitalet del Llobregat (Barcelona). . . . . 106
- P005 AZUL DE EVANS: UNA AYUDA PARA LA VALORACIÓN DE LA DEGLUCIÓN EN PACIENTES PORTADORES DE CÁNULA DE TRAQUEOSTOMÍA.  
**Hernández Asensio F, Sánchez García P, López López I, Menéndez Albuixech M.**  
 Servicio de Medicina Intensiva Hospital Universitario de Bellvitge. Hospitalet de Llobregat. Barcelona. . . . . 107
- P006 PRESENTE Y FUTURO EN EL CONTROL DE GLUCEMIA Y LA ADMINISTRACIÓN DE INSULINA EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS.  
**Chazarra Talens RM, Carañana A, Mediavilla M, García López I, Albinyana G, Carriquí F, Fuertes J, Rodríguez Rajadell P, Gutiérrez Valverde L, Hernández Casanova I, Herraiz A, Martín L, Sánchez Gracia V, García García MA, Broch MJ, Gómez Martínez E.**  
 Servicio de Medicina Intensiva. Hospital de Sagunt. Sagunt (Valencia). . . . . 108
- P007 DISEÑO Y DESARROLLO DE LA ESCALA DE VALORACIÓN DEL RIESGO ACTUAL DE DESARROLLAR ÚLCERAS POR PRESIÓN EN CUIDADOS INTENSIVOS (EVARUCI).  
**González Ruiz JM (1), Navarro de la Peña L (1), Balugo Huertas S (1), Núñez Méndez MP (1), García Martín MR (1), García Granell C (2), Heredero López MT (3), Martín Díaz R (2), Sánchez Sánchez MM (4).**  
 (1) UCI Hosp. de Fuenlabrada. (2) Unidad de reanimación Hosp. de Fuenlabrada. (2) Unidad de Cuidados Intensivos. Hosp. Universitario de Getafe. (3) Pruebas funcionales de neumología Hosp. de Fuenlabrada. (4) UCI Hosp. Universitario de Getafe. . . . . 109
- P008 EL INFORME DE ENFERMERÍA AL ALTA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS COMO GARANTÍA DE CALIDAD EN LA CONTINUIDAD DE LOS CUIDADOS.  
**Palacios Romero AM, Irigoyen Aristorena MI, Salvador Ruin E, Rey Gallego N, García Pascual N.**  
 Servicio de Medicina Intensiva. Hospital de Navarra. Pamplona (Navarra). . . . . 110

P009	ANÁLISIS DEL INFORME DE ENFERMERÍA AL ALTA DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. APRECIACIÓN POR LAS ENFERMERAS DE NUESTRO SERVICIO. <b>Salvador Ruin E, Irigoyen Aristorena MI, Palacios Romero AM, García Pascual N, Rey Gallego N.</b> Servicio de Medicina Intensiva. Hospital de Navarra. Pamplona (Navarra). . . . .	111
P010	POSTOPERATORIO DE ARTROPLASTIAS EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. <b>Olaíz Izquieta M, Baztán Indave A, Ballester Belcos R, Díaz de Cerio Goñi A.</b> Unidad de Medicina Intensiva. Clínica Arcángel San Miguel. Pamplona (Navarra). . . . .	112
P011	UN ALTO A LAS FALSAS BACTERIEMIAS. <b>García Díez R, Delicado Domingo M.</b> Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital de Basurto. Bilbao (Vizcaya). . . . .	113
P012	ANÁLISIS NUTRICIONAL EN LOS PACIENTES TRASPLANTADOS DE CORAZÓN EN EL HOSPITAL 12 DE OCTUBRE DE MADRID. <b>Zaragoza García I (1,2), Villarino Marín AL (1), Posada Moreno P (1), Malpartida Martín P (2), Mora Torres P (3), Muñoz Delgado M (2), Ortuño Soriano I (1).</b> (1) Escuela Universitaria de Enfermería Fisioterapia y Podología. Universidad Complutense de Madrid. (2) Unidad Cardíaca Postquirúrgica. Hosp. Universitario 12 de Octubre de Madrid. (3) Residencia Geriátrica de Navalcarnero. Comunidad de Madrid. . . . .	114
P013	SHOCK HEMORRÁGICO OBSTÉTRICO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. <b>De Miguel Veira I, Cuadros Lavador M, Galindo Olmos C, Barrado Martín E, Puente Pérez L.</b> Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital de Madrid-Montepríncipe. Boadilla del Monte (Madrid). . . . .	115
P014	EXTUBACIÓN PRECOZ EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS EN PACIENTES INTERVENIDOS DE CIRUGÍA CARDIACA. <b>Martín Cámara A, Valcarce Pérez S, Moreno Garzas J, Madrid Palazón T, Rubio Ramírez A.</b> Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital de Madrid-Montepríncipe. Boadilla del Monte (Madrid). . . . .	116
P015	MOVILIZACIÓN DE PACIENTES EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS. <b>Trinidad Debon F, Valera Talavera D, Romero Moran A.</b> Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia. . . . .	117
P016	SEGURIDAD EN LA INFUSIÓN DE MEDICACIÓN POR BOMBA DE JERINGA. <b>Lastra Cubel PM, Berrocal Tomé J, García Álvarez C, Gayá Miquel C, Pérez Juan E, Sánchez Calvín C.</b> Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitario Son Dureta. Palma de Mallorca (Balears). . . . .	118
P017	DE LA TEORÍA A LA PRÁCTICA. ¿ES POSIBLE VIRGINIA HENDERSON EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS? <b>Font Payeras C, Sánchez Martín A, Villafáfila Gomila C, Moreno Mulet C.</b> Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Son Llätzer. Palma de Mallorca. (Balears) . . . . .	119
P018	CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE MEDICINA INTENSIVA Y APLICACIÓN DE LA QUIMIOTERAPIA POSTOPERATORIA PRECOZ INTRAPERITONEAL DEL PACIENTE SOMETIDO A TRATAMIENTO DE CARCINOMATOSIS. <b>Del Bosque Díez R, Díaz Martínez G, Barrón de Abajo I, Eceolaza Moreda A, Eceolaza Suárez I, Estévez Hernández I, Gaité García B, Hernández Gil E, Oliva Manzanal MA, Poves de Miguel M, Tejero Velasco R, Zubiarre Lusa J.</b> Unidad de Cuidados Intensivos. Policlínica San José. Vitoria-Gasteiz (Álava). . . . .	120

- P019 OBJETIVAR LA NECESIDAD DE APLICAR CUIDADOS PROTOCOLIZADOS A LOS PACIENTES SOMETIDOS A DESCONEXIÓN DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA.  
**Luengo Sánchez-Paniagua T, Gómez García S, Jara Pérez A, Gordo Vidal F, Sánchez García JC, Martín Ríos MD.**  
Unidad de Cuidados Críticos. Fundación Hospital Alcorcón. Alcorcón (Madrid). . . . . 121
- P020 COMPLICACIONES INMEDIATAS DE LA TRAQUEOSTOMÍA PERCUTÁNEA: UN ESTUDIO DESCRIPTIVO.  
**Martín Campos R, Gallart Vivé E, Villar Miranda H, Pastor Amorós T, Calixto Rodríguez J, Gómez Gómez J.**  
Unitat de Cures Intensives. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona. . . . . 122
- P021 ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LOS AISLAMIENTOS REALIZADOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.  
**Aran Esteve MM (1), Martí Folch M (1), Ferrer Barberá C (2), Riera Badía A (1).**  
(1) Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Vall d'Hebron. Barcelona. (2) Control de Infección. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona. . . . . 123
- P022 ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LAS PÉRDIDAS DE SANGRE YATROGÉNICAS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.  
**Aran Esteve A, López Valentín P, Moreno Olivas F, Folch Munuera L, Rodríguez Escaño S.**  
Unitat de Cures Intensives. Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona (Barcelona). . . . . 124
- P023 MONITORIZACIÓN DE LA SEDACIÓN DEL PACIENTE CRÍTICO PEDIÁTRICO.  
**Secorún Torres AM, Amador López A, López Juan M.**  
Servicio de Cuidados Intensivos Pediátricos. Hospital Materno-Infantil Valle Hebrón. Barcelona (Catalunya). . . . . 125
- P024 TRASPLANTE PULMONAR EN EL HOSPITAL VALL D'HEBRON DURANTE EL AÑO 2005.  
**Rodríguez Martínez X (1), Calixto Rodríguez J (1), Marín i Vivó G (1), Paunellas Albert J (1), Couñago Méndez S (2), Masnou N (3).**  
(1) DUI. UCI. Equipo de anestesia de trasplantes. Hospital General Vall d'Hebron. Barcelona. (2) DUI. UCI Q. Hospital Clínic i Provincial. Barcelona. (3) Médico. Coordinadora de Equipo de Trasplantes. Intensivista. Vall d'Hebron Hospitals. Barcelona. . . . . 126
- P025 ETAPA TRANSQUIRÚRGICA Y SEGUIMIENTO EN LA UCI DEL CATÉTER DE ADMINISTRACIÓN DE PGE1 INTRAPORTAL EN EL TRASPLANTE HEPÁTICO. ESTADÍSTICA.  
**Rodríguez Martínez X (1), Calixto Rodríguez J (1), Marín i Vivó G (1), Paunellas Albert J (1), Couñago Méndez S (2).**  
(1) DUI. UCI. Equipo de anestesia de trasplantes. Hospital General Vall Hebron. Barcelona.  
(2) DUI. UCI Q. Hospital Clínic i Provincial. Barcelona. . . . . 127
- P026 SHOCK TÓXICO POR *STREPTOCOCCUS PNEUMONITIS*: CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON NECROSIS TISULAR.  
**Gómez Gómez J, Martín Campos R, Gallart Vivé E, Francès Julian S.**  
Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Universitari Vall d'Hebrón. Barcelona. . . . . 128
- P027 DURACIÓN DE LAS VÍAS VENOSAS PERIFÉRICAS SEGÚN LOCALIZACIÓN.  
**Fernández López V, Sánchez Eiroa J, Gago García E, Blanco Longueira B, Torre Barbeito G, Caínzos Fernández G, Pérez Taboada M.**  
Servicio de Medicina Intensiva. Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. La Coruña (Galicia). . . . . 129

- P028 PLAMAFÉRESIS EN NUESTRA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.  
**Gago García E, Blanco Longueira MB, Torre Barbeito G, Sánchez Eiroa J, Iglesias Alonso J.**  
 Servicio de Medicina Intensiva. Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. La Coruña (Galicia). . . . . 130
- P029 VÍAS CENTRALES DE INSERCIÓN PERIFÉRICA: UNA TÉCNICA DE ENFERMERÍA  
 FACTIBLE Y EFICAZ.  
**Mingo Elguea N, Martínez Tobar B, López Llamazares P, Ferreira González de Viñaspre S,  
 Bañez Aguirregoicoa I, Arana Monte M, Prieto Arriba E.**  
 Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Santiago Apóstol. Vitoria-Gasteiz (Álava). . . . . 131
- P030 INFECCIONES RELACIONADAS CON EL DRENAJE VENTRICULAR EXTERNO: REVISIÓN  
 Y ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA.  
**Villar Miranda H, Gallart Vivé E, Calixto Rodríguez J, Grau Navarro M, Riera Badía A, Campos Martín R.**  
 Servicio de Medicina Intensiva. Hospital General Universitari Vall d'Hebron. Barcelona. . . . . 132
- P031 ANALGESIA SUBARACNOIDEA Y EPIDURAL PARA EL CONTROL DEL DOLOR AGUDO  
 EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.  
**Calvo Yanguas C, Barroso del Río A, Arrastía Arregui I.**  
 Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Virgen del Camino. Pamplona (Navarra). . . . . 133
- P032 RELACIÓN ENFERMERA-FAMILIA EN NUESTRA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS...  
 ¿QUÉ OPINIÓN TENEMOS DE ELLA?  
**Yáñez Quintana B (1), Gutiérrez Sosa E (1), Hernández Mendoza A (1), Molina Tercero MA (1),  
 Montesdeoca Henríquez A (1), Barber Pérez P (2).**  
 (1) Servicio de Medicina Intensiva. Hospital General Universitario de Gran Canaria, Dr. Negrín.  
 Las Palmas de Gran Canaria. (2) Departamento de Métodos Cuantitativos de la Universidad de  
 Las Palmas de Gran Canaria (ULPGC). Las Palmas de Gran Canaria. . . . . 134
- P033 SISTEMA DE CICATRIZACIÓN ASISTIDA POR VACÍO.  
**Cuevas Amador JA, Blancas López P, Peña Vivas A, Gasull Perpinya RM.**  
 Servicio de Medicina Intensiva. Hospital de Bellvitge. Hospitalet de Llobregat (Barcelona). . . . . 135
- P034 COMPARACIÓN DE DOS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA: REINTRODUCCIÓN O  
 RECHAZO DEL CONTENIDO GÁSTRICO RESIDUAL. RESULTADOS PRELIMINARES.  
**Valls Miró C, Carreño Granero A, Domingo Felici C, Martínez Estalella G, Llusà Finestres J,  
 Asensio Malo G, García Córdoba C, Juvé Udina ME.**  
 Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitario de Bellvitge. Hospitalet de Llobregat (Barcelona). . . . . 136
- P035 REGISTRO DE ERRORES DE MEDICACIÓN.  
**Argilaga Molero E, Tamar Sánchez L.**  
 Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitario de Bellvitge. Hospitalet de Llobregat (Barcelona). . . . . 137
- P036 SEGUIMIENTO DEL PROCEDIMIENTO DE ADMINISTRACIÓN DE LA INSULINA POR VÍA SUBCUTÁNEA  
 EN CUIDADOS INTENSIVOS.  
**Ordóñez Rufat P, Polit Martínez V.**  
 Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona). . . . . 138
- P037 PROTOCOLO DE MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS PARA LA PREVENCIÓN DE LA NEUMONÍA  
 NOSOCOMIAL ASOCIADA A VENTILACIÓN MECÁNICA.  
**Carrillo Santín E, Santé Roig M, Jam Gatell R, Fernández Moreno I, Turégano Duaso C,  
 Ortiz Chinchilla D, Vallés Daunis J.**  
 Centro de Críticos. Consorci Sanitari Parc Taulí. Sabadell (Barcelona). . . . . 139

- P038 CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA EVITAR COMPLICACIONES EN EL POSTOPERATORIO INMEDIATO, EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS, DE PACIENTES SOMETIDOS A ESOFAGUECTOMÍA TORÁCICA.  
**Arrastia Arregui I, Barroso del Río A, Calvo Yanguas C.**  
Unidad de Medicina Intensiva. Hospital Virgen del Camino. Pamplona (Navarra). . . . . 140
- P039 IMPLANTACIÓN DEL PROTOCOLO INFORMÁTICO PARA EL CONTROL DE LA GLUCEMIA: VALORACIÓN OBJETIVA Y SUBJETIVA.  
**González Ferragut A, Ramis Latorre E, Ramis Murillo M, Rosselló Sancho J.**  
Servicio de Medicina Intensiva. Policlínica Miramar. Palma de Mallorca (Balears). . . . . 141
- P040 PROTOCOLO DE LOS CUIDADOS DE LA Sonda NASOGÁSTRICA.  
**Sancho Concha M, Ruiz Egea S, Lucas Guarqué I, Riba Reig J, Valls Artajona S.**  
Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitario Sant Joan de Reus. Reus (Tarragona). . . . . 142
- P041 EL ÍNDICE DE MASA CORPORAL Y LA MORBIMORTALIDAD EN LOS POSTOPERATORIOS DE CIRUGÍA CARDIACA.  
**Abadía Ortiz E, Arévalo Rubert M, Crespí Capó M, Matos Pascual P, Pérez Carbonell C, Carballar Caballero J, De Pablos Barcenilla J.L.**  
Servicio de Medicina Intensiva del Hospital Universitario Son Dureta de Palma de Mallorca (Illes Balears). . . . . 143
- P042 A PROPÓSITO DE UN CASO: CICATRIZACIÓN ASISTIDA POR VACÍO.  
**Blancas López P, Peña Vivar A, Cuevas Amador JA, Gasull Perpiña RM.**  
Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitario de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona). . . . . 144
- P043 VENTILACIÓN DE ALTA FRECUENCIA OSCILATORIA, UNA ALTERNATIVA RESPIRATORIA EN ADULTOS.  
**Alfambra Montelongo I, Lopéz Pacheco A, Perera Díaz P, Pérez Canino JL.**  
Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitario de Canarias. La Laguna (Santa Cruz de Tenerife). . . . . 145
- P044 ¿CONOCEN LAS ENFERMERAS LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN?,  
Y ¿QUÉ CONTESTARÍAN SI TUVIERAN QUE RELLENARLA?  
**Benlliure Portero F (1), Sánchez Chillón FJ (1), García Muriel MJ (2), Benlliure Enríquez E (3).**  
(1) DUE Unidad de Cuidados Intensivos Postoperatorio de Cirugía Cardíaca. Hospital 12 de Octubre, Madrid.  
(2) DUE U.C.I. Postoperatorio de Cirugía Cardíaca. Hospital Clínico Univ., Salamanca.  
(3) Estudiante de enfermería. Univ.Complutense, Madrid. . . . . 146
- P045 PROTOCOLO DE VALORACIÓN DEL DOLOR EN PACIENTES SEDADOS SOMETIDOS A VENTILACIÓN MECÁNICA.  
**Muñoz Camargo JC, Guerra Gallego MJ, Espadas Maeso MJ, Pérez Fernández-Infantes S, injordis Valverde P, Alfonso Díaz MD, Rubio Serrano P, Moreno Ortiz J.**  
Servicio de Medicina Intensiva. Hospital General de Ciudad Real. Ciudad Real. . . . . 147
- P046 ESTUDIO COMPARATIVO DE DOS PROTOCOLOS PARA EL CUIDADO DE VÍAS VENOSAS PERIFÉRICAS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE.  
**González Díaz AI, Domínguez Hernández FJ, Sánchez Castillo LN, Prieto Cejudo MJ, García Cibrán P, Andrés Rodríguez J, Boya Cantero MS, Rodríguez Ruiz F, Pérez Chaparro E.**  
Unidad de Cuidados Críticos. Fundación Hospital de Alorcón. Alorcón (Madrid). . . . . 148
- P047 CARDIOVERSIÓN ELÉCTRICA EN LAS ARRITMIAS AURICULARES.  
**Puebla Martín A, Puebla Martín MA, Sánchez Molina MC, Sánchez Coello MD, García Velasco Sánchez Morago S.**  
Servicio de Medicina Intensiva. Hospital General. Ciudad Real. . . . . 149

- P048 VALORACIÓN DEL INFORME DE ALTA DE ENFERMERÍA DE CUIDADOS INTENSIVOS POR LAS ENFERMERAS DE HOSPITALIZACIÓN.  
**Lacasaña Bellmunt P (1), Minguez López I (2), Rueda García J (1), Perarnau Manau G (1), Canovas Galera P (3), De Dios Rosa A (1), Lérica Ortega I (1).**  
(1) Enfermeras asistenciales (2) Supervisora de Enfermería (3) Supervisora de Enfermería de Medicina Interna. Hospital Can Misses. Ibiza (Illes Balears). . . . . 150
- P049 PAUTA DE INICIO Y RÉGIMEN DE TOLERANCIA A LA NUTRICIÓN ENTERAL EN PACIENTES CRÍTICOS.  
**Lacasaña Bellmunt P, Ros Martínez M, Mazuecos Reche A, Larrodé Rodrigo E, Serrano Fernández B, Román García P, Sánchez Reche A.**  
Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Can Misses. Ibiza (Illes Balears). . . . . 151
- P050 CÁNULAS DE TRAQUEOSTOMÍA: SEMEJANZAS Y DIFERENCIAS ENTRE DIFERENTES CÁNULAS EXISTENTES EN EL MERCADO PARA PACIENTES QUE LO REQUIEREN, EN SITUACIÓN AGUDA, EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. INDICACIONES DE CADA UNA DE ELLAS.  
**Arrastia Arregui I.**  
Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Virgen del Camino. Pamplona (Navarra). . . . . 152
- P051 PERFIL DEL PACIENTE CORONARIO FIBRINOLIZADO.  
**Alberto Rodríguez I, Bonilla Pérez JC, Jorge Díaz MY, Méndez Cordovez F, Mesa Alonso S, Bonilla Pérez JL.**  
Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria (Santa Cruz de Tenerife). . . 153
- P052 PROTOCOLO DE CUIDADOS Y MANEJO DEL DRENAJE VENTRICULAR EXTERNO.  
**Trèmols Esmel M, Calpe Damians N, Blanco Sánchez I, Domènech Aguilera M, López Sánchez C, Ramos Mancha R, Solà Cristina C, Aguilar Sánchez M.**  
Servicio de Medicina Intensiva. Hospital General de Catalunya. Sant Cugat del Vallès (Barcelona). . . . . 154
- P053 TRAQUEOSTOMÍAS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS: INFLUENCIA DE LA INSUFICIENCIA RESPIRATORIA CRÓNICA.  
**Requejo Corte MJ, Bartolomé de Blas MA, De la Riva Gil de Sala R, Herrero Fernández S.**  
Servicio de Medicina Intensiva. Hospital de Cabueñes. Gijón (Asturias). . . . . 155
- P054 ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO. ASPECTOS CLÍNICOS Y EPIDEMIOLOGICOS.  
**Prieto Pinto R, Reyero Alonso M, Martínez Martínez AB, Reyero Alonso C, Rodríguez Grande MJ, Suárez Arias R, Sánchez Vallejo A, Ponga Álvarez MJ.**  
Servicio de Medicina Intensiva. Hospital de León. León. . . . . 156
- P055 REGISTROS DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS: LEGISLACIÓN Y CALIDAD ASISTENCIAL.  
**Martínez Cuéllar N, McLarty R, Alcoya Carricas MA, Noguera Gelabert M, Cruz Ferres C, Sospedra Lara E.**  
Unidad de Cuidados Intensivos. Clínica Palma Planas. Palma de Mallorca (Balears). . . . . 157
- P056 TIEMPOS DE DEMORA EN LA ADMINISTRACIÓN DE FIBRINOLÍTICOS.  
**García Velasco Sánchez Morago S, Puebla Martín A, Torres de la Torre R, Puebla Martín MA, Sánchez Coello MD, Luna Naranjo A, Rubio Rivero R.**  
Servicio de Medicina Intensiva. Hospital General. Ciudad Real. . . . . 158
- P057 VALORACIÓN DE LAS TERAPIAS CONTINUAS DE REEMPLAZO RENAL (TCRR) EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS.  
**Domingo Zambudio J, García Herrero I.**  
Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. . . . . 159

P058	OPTIMIZACIÓN DE LA SEDOANALGESIA EN EL PACIENTE CON VENTILACIÓN MECÁNICA. <i>García Capitán MC, Nuño Ruiz I, Pérez Moltó H, Martínez Vega S, Villanueva Fuentes C, Klamburg Pujol J.</i> Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitario Germans Trias y Pujol. Badalona (Barcelona) . . . . .	160
P059	ESTIMACIÓN DEL PESO CORPORAL EN PACIENTES CORONARIOS TRATADOS CON ENOXAPARINA. <i>García Velasco Sánchez Morago S, Puebla Martín A, Sánchez Coello MD, Torres de la Torre R, Puebla Martín MA, Rubio Rivero R, Luna Naranjo A.</i> Servicio de Medicina Intensiva. Hospital General. Ciudad Real. . . . .	161
P060	REINGRESO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. <i>Herrero Avía MD, Torrijos Rodríguez I.</i> Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. (Cantabria). . . . .	162
P061	CUIDADOS DEL PACIENTE CON DISTRÉS RESPIRATORIO PRECOZ CAUSADO POR NEUMONÍA VARICELOSA. <i>Arilla Iturri S, Artázcoz Artázcoz MA.</i> Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Virgen del Camino. Pamplona (Navarra). . . . .	163
P062	ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA MONITORIZACIÓN DE LA SATURACIÓN VENOSA YUGULAR. <i>Rodríguez Roiz M, Pérez Mena S, Marina Talledo N, Gómez Lamadrid A, Bombín García JA, Alonso Fernández M.</i> Unidad de Politraumatizados. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander (Cantabria). . . . .	164
P063	ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON HEMORRAGIA CEREBRAL EN LA UNIDAD DE POLITRAUMATIZADOS DEL HOSPITAL MARQUÉS DE VALDECILLA. <i>Alonso Fernández M, Bombín García JA, Gómez Lamadrid A, Marina Talledo N, Pérez Mena S, Rodríguez Roiz M, González Higuera T.</i> Unidad de politraumatizados. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander (Cantabria). . . . .	165
P064	LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO. <i>Medina Fernández A, Andrade Muñoz J, Ruiz Lozada A, López Mesa M, Castro González J.</i> Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitario de Valme. Sevilla (Sevilla). . . . .	166
P065	PERSONAL DE ENFERMERÍA DE INCORPORACIÓN TEMPORAL: SUSTITUTOS DE VERANO. ANÁLISIS DE LA PROBLEMÁTICA EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS. <i>Juberías Sánchez VE.</i> Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. . . . .	167
P066	UTILIDAD DEL DISPENSADOR DE MEDICAMENTOS AUTOMATIZADO EN LA PRÁCTICA DIARIA DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. <i>Calderín Escobio P, Álvarez Vázquez P, Tacoronte Mendoza Y, Sánchez Fuentes JC, Benítez Martín P, Borges Gutiérrez I.</i> Servicio de Medicina Intensiva. Hospital de Gran Canaria Dr. Negrín. . . . .	168

***Lunes 26 de junio de 2006***

***SALA PRINCIPAL***

***09.00***

**Comunicaciones orales**





001

## EFECTO DE LA APLICACIÓN DE UN PROTOCOLO DE SEDACIÓN DE ENFERMERÍA MEDIANTE LA ESCALA DE GLASGOW MODIFICADA POR COOK Y PALMA.

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

Servicio de Cuidados Intensivos. Hospital Universitario de Getafe. Getafe (Madrid).

**OBJETIVO:** La sedación de los pacientes puede tener un impacto en su desenlace y en los costes de la UCI. El objetivo del estudio es analizar el impacto de la implementación de un protocolo de sedación, dirigido por enfermería, sobre los días de ventilación mecánica (VM), la estancia en la unidad y los costes.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio cuasi-experimental desarrollado en una unidad polivalente. Un período observacional preintervención de 17 meses fue seguido de un período intervencionista de 17 meses, donde el personal de enfermería desarrolló un protocolo de sedación basado en la Glasgow Coma Score modificada por Cook y Palma (GCSC). El GCSC fue evaluado horariamente por la enfermera responsable del paciente y la sedación fue modificada para alcanzar valores de GCSC=8-13 puntos.

**RESULTADOS:** Fueron incluidos 176 pacientes en el período observacional (edad: 65±17 años, SAPS II: 43±14) y 189 pacientes en el intervencionista (edad: 65±15 años, SAPS II: 40±13). En el período observacional el 35% de los pacientes se encontraban en el nivel de sedación adecuado y en el período intervencionista el 53% de los pacientes ( $p=0,001$ ). En la tabla se muestran los desenlaces principales.

	Período observacional	Período intervencionista	P
Días totales de intubación	1.514	1.409	
VM (días), x (DS)	6 (6)	5 (4)	0,04
Destete (días), x (DS)	4 (4)	3 (3)	0,04
Reintubación	18%	14%	0,25
Estancia (días), x (DS)	17 (21)	12 (9)	0,004
Mortalidad	6%	5%	0,87
Coste de sedación por día de VM ( ), x (DS)	8,8 (11)	9,5 (11)	0,5

**CONCLUSIONES:** La aplicación, por enfermería, de un protocolo de sedación reduce los días de intubación y de estancia en UCI, sin reducir el coste diario de sedantes.

### Palabras clave:

*Glasgow Coma Score* modificado por Cook · protocolo de enfermería · sedación.

### Financiación:

Este estudio ha sido financiado por el Fondo de Investigación Sanitaria FIS 03-1177.

## FACTORES ESTRESANTES EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.

Ballester Arnal R (1), Edo Alarcón MT (1), Abizanda Campos R (2), Ibáñez P (1), Bernat Adell A (2), Bisbal Andrés E (2), Ibáñez San Juan M (2), Tejedor López R (2), Sanchís Muñoz J (2).

(1) Dpto. Psicología Básica, Clínica y Psicobiología de la Universitat Jaume I de Castelló. (2) Servei de Medicina Intensiva, Hospital Universitario Asociado General de Castelló.

**OBJETIVO:** Nuestro objetivo fue identificar los principales factores laborales estresantes en el personal de enfermería que trabaja en una unidad de cuidados intensivos (UCI)

**MATERIAL Y MÉTODOS:** El estudio se desarrolló en SMI del Hospital General de Castellón, sobre una muestra de 56 profesionales de enfermería. Se utilizaron distintos instrumentos de evaluación psicológica, presentando los resultados de la Escala sobre Factores Estresantes para el Personal Sanitario de UCI (adaptada por nuestro grupo sobre una escala de tipo Likert de 40 ítems). La participación de los enfermeros/as en el estudio fue voluntaria, anónima y desinteresada y la administración del cuestionario fue individual.

**RESULTADOS:** El 35% del personal evaluado manifiesta experimentar “algo” de estrés en su puesto laboral, el mismo porcentaje valora su puesto como “bastante estresante”, para un 21% es “muy estresante” y un 7% dice experimentar “muchísimo” estrés en su trabajo. Los diez principales factores estresantes hacen referencia por orden a: sobrecarga o saturación de trabajo ( $3,2 \pm 0,8$ ), falta de recursos humanos para cubrir las necesidades de la unidad ( $2,7 \pm 1,1$ ), presión temporal en el trabajo a realizar diariamente ( $2,5 \pm 1,1$ ), desvalorización de la profesión ( $2,5 \pm 1,1$ ), falta de descansos reglados durante la jornada laboral ( $2,5 \pm 1,1$ ), consecuencias que se puedan derivar de la rapidez en la toma de decisiones ( $2,3 \pm 1$ ), elevadas exigencias ( $2,3 \pm 1,1$ ), situaciones de incertidumbre en que la información de la que se dispone no es suficiente ( $2,1 \pm 1,1$ ), sobrecarga emocional ( $2,1 \pm 1,2$ ) y exceso de responsabilidad ( $2,1 \pm 1,2$ ).

**CONCLUSIONES:** El 35% del personal evaluado manifiesta experimentar “algo” de estrés en su puesto laboral, el mismo porcentaje valora su puesto como “bastante estresante”, para un 21% es “muy estresante” y un 7% dice experimentar “muchísimo” estrés en su trabajo. Los diez principales factores estresantes hacen referencia por orden a: sobrecarga o saturación de trabajo ( $3,2 \pm 0,8$ ), falta de recursos humanos para cubrir las necesidades de la unidad ( $2,7 \pm 1,1$ ), presión temporal en el trabajo a realizar diariamente ( $2,5 \pm 1,1$ ), desvalorización de la profesión ( $2,5 \pm 1,1$ ), falta de descansos reglados durante la jornada laboral ( $2,5 \pm 1,1$ ), consecuencias que se puedan derivar de la rapidez en la toma de decisiones ( $2,3 \pm 1$ ), elevadas exigencias ( $2,3 \pm 1,1$ ), situaciones de incertidumbre en que la información de la que se dispone no es suficiente ( $2,1 \pm 1,1$ ), sobrecarga emocional ( $2,1 \pm 1,2$ ) y exceso de responsabilidad ( $2,1 \pm 1,2$ ).

### Palabras clave:

Enfermería · estrés · unidad de cuidados intensivos.

### Financiación:

Beca de la Conselleria de Sanitat de la Generalitat Valenciana.

## INCIDENCIA Y FACTORES PREDISPONENTES EN LA APARICIÓN DE LA ÚLCERA POR DECÚBITO EN PACIENTES VENTILADOS EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS. ESTUDIO OBSERVACIONAL MULTICÉNTRICO.

Navarro MJ (1), Manzano F (2), Pérez JM (1), Vallejo M (3), Blanco J (2), Manzano I (4), Lao F (5), Sánchez MA (4), Corral C (1), García MD (3), Leiva I (1), Montalbán S (1), Ruiz E (2), Aguilar MM (1), Fernández E (2).

(1) UCI Hospital Virgen de las Nieves. (2) UCI Hospital de Traumatología. (3) Hospital Clínico. (4) Hospital de Baza. (5) Hospital de Motril. Granada.

**OBJETIVO:** Conocer la incidencia y los factores predisponentes que se relacionan con la aparición de úlceras por decúbito (UD) en pacientes con ventilación mecánica (VM) mayor de 24 horas.

**MÉTODOS:** Estudio observacional, multicéntrico, prospectivo de pacientes admitidos en unidades de cuidados intensivos (UCI) durante 5 meses en 5 hospitales de Granada. Las variables estudiadas fueron: presencia UD, edad, sexo, duración VM, estancia y mortalidad en UCI y otras. El impacto de las variables en los resultados fue testado por análisis univariante y multivariante con regresión logística.

**RESULTADOS:** Se incluyeron 299 pacientes ventilados. La incidencia de UD fue del 15.7%. La mortalidad global fue del 47 % mientras que en el subgrupo con UD fue del 57% (ns). La duración VM fue  $10 \pm 14$  días. Los enfermos que desarrollaron UD ( $n=47$ ) presentaban mayor edad ( $67 \pm 13$  vs  $59 \pm 17$   $p < 0.001$ ), mayor estancia UCI ( $38 \pm 29$  vs  $11 \pm 11$   $p < 0.001$ ), mayor estancia hospitalaria ( $47 \pm 38$  vs  $24 \pm 30$   $p < 0.001$ ), mayor duración VM ( $29 \pm 28$  vs  $7 \pm 8$   $p < 0.001$ ), mayor desarrollo de neumonía (49% vs 24%  $p = 0.007$ ), mayor distrés respiratorio (53% vs 20%  $p < 0.001$ ), mayor fracaso multiorgánico (43% vs 28%  $p = 0.06$ ) y mayor necesidad de traqueostomía (57% vs 10  $p > 0.001$ ). El análisis multivariante con regresión logística muestra que la aparición de UD se relaciona con la edad (OR 1.047), estancia en UCI (OR 1.05) y desarrollo de distrés respiratorio (OR 2.66).

**CONCLUSIONES:** La incidencia de UD en enfermos ventilados es alta. La edad, la estancia y la gravedad de la enfermedad pulmonar se relaciona con la aparición de úlcera de decúbito.

**Palabras clave:**

Úlcera por decúbito · ventilación mecánica.

**Financiación:**

RED GIRA (G03/063)

## **ENSAYO CLÍNICO CONTROLADO CON PLACEBO, ALEATORIZADO Y DOBLE CIEGO SOBRE MANTENIMIENTO DE CATÉTERES ARTERIALES CON HEPARINA NA *VERSUS* SUERO SALINO.**

Del Cotoillo Fuente M, Grané Mascarell N, Llavoré Fàbregas M, Quintana Riera S.

Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Mútua de Terrassa. Terrassa (Barcelona).

**OBJETIVO:** Analizar la acción de la heparina Na (Hep Na) vs suero salino (SS) en el mantenimiento de los Catéteres Arteriales (CA).

**METODOLOGÍA:** Ensayo clínico aleatorizado, controlado, ciego, donde se medía permeabilidad, curva y capacidad para medir Tensión Arterial, número de manipulaciones de los CA y pruebas de coagulación. La solución de Hep Na utilizada era de una unidad por ml. Criterios de selección: Mayores de edad, consentimiento informado, no recibir anticoagulantes ni fibrinolíticos ni sufrir plaquetopenia. Estadística: t de Student, Ji<sup>2</sup>, curvas de Kaplan y Meyer. Para el cálculo del tamaño muestral se ha considerado una hipótesis de no-inferioridad si la diferencia no alcanzaba el 15%, &#61537;=0,05.

**RESULTADOS:** Se han reclutado 65 en el grupo de Hep Na y 68 en el SS. La duración de los CA fue de 6,6 días para ambos grupos. El número de manipulaciones requerido para el funcionamiento de los CA fue del 14% y 15% respectivamente para Hep Na y SS. En el grupo Hep Na se retiró el CA por obstrucción o mala calidad de la curva en el 8% de los casos y en el grupo SS en el 19% (p= 0,08). En el grupo de Hep Na se alargó significativamente el TTPa.

**CONCLUSIONES:** No debe usarse la Hep Na para el mantenimiento de los CA: no alarga su duración ni disminuye el número de manipulaciones, aunque en el grupo SS hay un aumento no significativo de retirada de CA por obstrucción. En cambio, la Hep Na altera significativamente el TTPa.

**Palabras clave:**

Catéteres arteriales · ensayo clínico · heparinización · permeabilidad.

**Financiación:**

Este estudio ha sido financiado por el Fondo de Investigación Sanitaria (FIS-PI031348).

## EVALUACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO Y LOS TIPOS DE SUPERFICIE PARA EL DESARROLLO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN EN EL ENFERMO CRÍTICO.

Fuentes Pumarola C (1) (2), Bisbe Company N (1), Galvany Ferrer MA (1), Garangou Llenas D (1), Montiel Vázquez M (1).

(1) Servicio de Medicina Intensiva Hospital Universitari dde Girona Dr. Josep Trueta. (Girona). (2) Escuela Universitaria de Enfermería Universidad de Girona. Girona.

**OBJETIVOS:** Evaluar los factores de riesgo y los tipos de superficie para el desarrollo de las úlceras por presión (UPP) en el enfermo crítico ingresado en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio prospectivo de incidencia de UPP. Población: todos los enfermos ingresados en una UCI polivalente con EMINA® de alto riesgo (8-14), estancia mínima de 48h y que no presentaban UPP al ingreso. Se registraron los datos demográficos, de gravedad al ingreso (SAPSII y APACHEIII), diabetes, estado séptico, ventilación mecánica, incidencia y grado de UPP, y tipo de superficie de apoyo (alternante [SA] o estática [SE]). Las variables cuantitativas se expresan con la media (DE) y las cualitativas mediante porcentajes, se comparan ambos grupos con la t-Student y la  $\chi^2$ . Significación si  $p < 0.05$ . Análisis con SPSS.12.

**RESULTADOS:** Se estudió una muestra de 210 enfermos, Edad: 54 (19) años, SAPSII: 42 (14), APACHEIII: 65 (25). Disponían de SA: 83 (39.5%) y 127 (60.5%) de SE. Desarrollaron UPP 43 (20.5%), el 16.3% con SA y el 83.7% con SE,  $p < 0.0001$ . La edad media de los pacientes con UPP fue de 59.8 (19) años y sin UPP 52.6 (18) años,  $p = 0.02$ . Estancia media en UPP de 19.4 (12) días, no UPP 10.4 (7) días,  $p < 0.0001$ .

**CONCLUSIONES:** Los factores de riesgo asociados con el desarrollo de UPP en el enfermo crítico fueron la edad, la estancia media y el tipo de superficie de apoyo, siendo muy significativa la disminución de la incidencia de UPP con las superficies alternantes.

**Palabras clave:**

Cuidados críticos · escala de EMINA · factores de riesgo · incidencia · superficies de apoyo · úlceras por presión.



***Lunes 26 de junio de 2006***

***SALA LUNETTA***

***09.00***

**Comunicaciones orales**





## **CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES PORTADORES DE DESFIBRILADOR AUTOMÁTICO IMPLANTABLE: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.**

Gómez-Calcerrada Pérez P.

Unidad de Medicina Intensiva. Hospital General Universitario de Alicante (Alicante).

**OBJETIVO:** Objetivo principal: explorar el impacto del implante de un desfibrilador automático implantable (DAI) en la calidad de vida (cdv).

Objetivos secundarios:

- Identificar posibles diferencias en cdv entre los tratados con DAI frente a antiarrítmicos.
- Valorar las consecuencias de las descargas/shocks en la cdv.

**ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA:** Se rastrearon las siguientes bases de datos: Medline, Cinhal y Psycinfo (1980-2005).

**CRITERIOS DE SELECCIÓN:** Se analizaron todos los ECC y estudios observacionales en relación con la cdv en portadores de DAI. No se aplicaron criterios de inclusión/exclusión estrictos si bien se establecieron unos requisitos mínimos.

**MÉTODO DE REVISIÓN:** Un revisor procedió a la evaluación de títulos y resúmenes de los artículos relevantes. Se obtuvieron las versiones completas y se resolvió en relación al cumplimiento de criterios. No existió revisión cruzada ni se resolvieron discrepancias por consenso al tratarse de un solo revisor.

**RESULTADOS:** De los 888 registros fueron 16 los originales que configuraron el total de artículos revisados y que cumplieron con las exigencias. Los resultados desafían la presuposición de que los portadores de DAI presentan una peor cdv. La aceptación del dispositivo es inicialmente dificultosa, sobre todo si el dispositivo libera descargas eléctricas. No obstante la cdv se mantiene y no difiere o mejora con respecto a aquellos tratados con antiarrítmicos.

### **DISCUSIÓN:**

- En aquellos portadores con motivo de una prevención secundaria, la mayoría no sufre secuelas adversas muy desproporcionadas o deterioro de su cdv general.
- Frente a los antiarrítmicos, el DAI no se asocia a una peor cdv, en especial comparado con amiodarona.
- El efecto de las descargas/shocks se refleja en un incremento de la ansiedad, no teniendo una repercusión muy pronunciada y directa cuando se evalúa cdv como entidad multidimensional.

### **Palabras clave:**

Calidad de vida · descargas/shocks · desfibrilador automático implantable.

## ESTRÉS EN ENFERMERÍA RELACIONADO CON EL TRASLADO DEL PACIENTE DE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS A LAS DIFERENTES PRUEBAS DIAGNÓSTICAS Y/O TERAPÉUTICAS.

Robles Rangil MP, Torres Lizcano M, Córcoles Gallego T, Cantos de la Cuesta Y, Muñoz Ruiz F, Alía I. Servicio de Medicina Intensiva y Grandes Quemados. Hospital Universitario de Getafe. Getafe (Madrid).

**INTRODUCCIÓN:** El traslado del paciente fuera de la unidad supone una situación especial e inquietante para el enfermero. ¿Por qué?

**OBJETIVO:** Identificar los factores y en que grado contribuyen a generar estrés al enfermero.

**MATERIAL Y MÉTODO:** Estudio descriptivo basado en una encuesta realizada al enfermero que acompaña a los pacientes para el traslado a pruebas diagnósticas. El estudio se realizó entre el 27-07-05 y 29-11-05.

Se dividió al personal según la experiencia laboral y en UCI. Se pidió evaluar el nivel de estrés asociado a la prueba según una escala subjetiva de 0 a 10 puntos y se relacionó con alguno de los siguientes factores: preparación del paciente/cargas de trabajo, estado clínico del paciente, incidencias durante la prueba y/o traslado, médico acompañante, duración de la prueba y otros.

**RESULTADOS:** Se monitorizaron 72 traslados a pruebas. El 64% se realizó a pacientes críticos (definidos previamente) y el 36% a pacientes no críticos. La media de puntuación de estrés asociado a las pruebas fue de 4,36 puntos en una escala de 0 a 10.

Experiencia laboral en UCI	0-1 año	1-5 años	>5 años
Media puntuación nivel estrés n=72 (10+18+44)	4,8 (n=10)	4,3 (n=18)	4,2 (n=44)

IC al 95%.

	Preparación paciente	Estado paciente	Incidencias durante prueba / traslado	Médico acompañante	Duración de la prueba	Otros
Motivos de estrés %	37,2%	24,5%	21%	8,3%	7,5%	1,5%

**CONCLUSIONES:** El traslado del paciente genera importante estrés para enfermería, y se asocia principalmente a la preparación, estado del paciente e incidencias durante la prueba. No se observan diferencias significativas entre el nivel de estrés y la experiencia laboral.

**Palabras clave:**

Enfermería · estrés · traslado a prueba diagnóstica· incidencia

## **IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES DE FAMILIARES DE PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA.**

Llamas Sánchez F, López de Fez MP, Macías Rodríguez C, Flores Cordón J, González Vázquez J, Pérez García M, Martín Ramos I, García Delgado I, Feito Alvarez I.

Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

**OBJETIVO:** Conocer las necesidades de los familiares de los pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Críticos del Hospital Universitario Virgen Macarena e identificar el nivel de satisfacción con la atención recibida.

**METODOLOGÍA. DISEÑO:** Estudio observacional transversal. Ámbito: Unidad de Cuidados Críticos del Hospital Universitario Virgen Macarena. Sujetos de estudio: familiares de pacientes ingresados que cumplan los criterios de inclusión de: a) desempeñar el papel habitual de interlocutor con el equipo asistencial, b) acceder voluntariamente a participar, c) tener una edad superior a los 18 años, d) que su familiar lleve como mínimo 48 horas ingresado. Instrumentación: para la recogida de información se utilizó una encuesta elaborada en base a la bibliografía consultada (Molter, 1979; Pérez, 2004; Azoulay, 2001). Determinaciones: se ha realizado un análisis del pilotaje de la encuesta y, un análisis descriptivo de estos datos con el paquete estadístico SPSS 12.0.

**RESULTADOS:** La encuesta presenta un índice de fiabilidad aceptable ("a" = .79). Se ha constatado la comprensión y coherencia de las preguntas realizadas y, presentaremos los principales resultados descriptivos de la muestra del pilotaje.

**CONCLUSIONES:** Los resultados del pilotaje avalan el continuar utilizando la encuesta en la muestra de estudio (267 sujetos). Por otra parte, el nivel de satisfacción de los familiares con los cuidados de enfermería es alto. La valoración más negativa corresponde a la sala de espera y, a algunos de los horarios de visita.

**Palabras clave:**

Cuidados intensivos · familiares · necesidades.

**Financiación:**

Fondo de Investigación Sanitaria (PI051067) y Consejería de Salud de la Junta de Andalucía 0108/2005

## INFLUENCIA DE FACTORES PREDISPONENTES Y TRATAMIENTO EN UCI EN LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN DE LOS ENFERMOS CRÍTICOS.

Rodríguez Rajadell P (1), Gutiérrez Valverde L (1), Hernández Casanova I (1), Fuertes Núñez J (1), Carañana Abril A (1), Chazarra Talens R (1), Mediavilla Agustí M (1), García López I (1), Albinyana Vidal G (1), Carriquí Sánchez F (1), Herraiz Ortiz A (1), Martín Miralles L (1), Sánchez Gracia V (1), Pinazo Murrio M (2), González Monte C (2), García García MA (1), Broch Porcar MJ (1), Gómez Martínez E (1).

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

**OBJETIVO:** Analizar la influencia de factores de riesgo al ingreso en UCI y del tratamiento administrado en la aparición y evolución de las úlceras por presión (UPP) en enfermos críticos.

**METODOLOGÍA:** Estudio retrospectivo, observacional, de casos y controles. Se incluyeron un total de 63 pacientes con ingreso en UCI médico-quirúrgica en los últimos 6 meses. Se registraron variables demográficas, clínicas y analíticas de ingreso y evolutivas de los pacientes. Se analizaron variables cualitativas mediante "c" cuadrado y cualitativas con pruebas no paramétricas. Paquete estadístico SPSS 7.0.

**RESULTADOS:** La edad media de los pacientes fue  $56 \pm 18$  años, y el 38 % eran mujeres. El 46 % eran postquirúrgicos. De los 63 pacientes analizados, 15 (23 %) desarrollaron UPP durante su ingreso en UCI. La aparición de UPP en los pacientes analizados mostró una asociación estadísticamente significativa ( $p < 0.05$ ) con los índices de gravedad (Apache III y SAPS 2), las cargas de trabajo en UCI (NEMS), la ventilación mecánica, el tratamiento con sedación, analgesia y relajación y la duración del mismo. Se apreció una tendencia a la significación en relación con el nivel de proteínas ( $p = 0.06$ ) y el balance hídrico negativo ( $p = 0.08$ ).

**CONCLUSIONES:** 1.- Las UPP son un problema frecuente y relevante para los enfermos críticos. 2.- Los índices de gravedad superiores al ingreso se asociaron con el desarrollo de UPP en UCI. 3.- El tratamiento administrado en UCI, en especial, la VM y la sedoanalgesia-relajación también se relacionaron con la aparición de UPP.

**Palabras clave:**

Enfermo crítico · índice de gravedad · prevención · tratamiento · úlceras por presión.

## PROTOCOLO DE ENFERMERÍA DURANTE LA SEDOANALGESIA DE PROCEDIMIENTOS INVASIVOS EN UNA UNIDAD DE MEDICINA INTENSIVA PEDIÁTRICA.

Sánchez Estupiñán JMC, Umpierrez Rodríguez J, Batista Arteaga A, Cascón Gresa JM, Ojeda Pulido C, González Santana C.

Unidad de Medicina Intensiva Pediátrica. Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil. Las Palmas de Gran Canaria.

**OBJETIVOS:** 1) Conseguir alivio del dolor y la ansiedad de los pacientes; 2) Procurar una buena tolerancia de la exploración; 3) Proporcionar un adecuado grado de amnesia, y 4) Garantizar la seguridad del paciente.

**PACIENTES Y MÉTODOS:** Estudio: prospectivo observacional. Criterios inclusión: Pacientes que ingresan en Unidad de Medicina Intensiva Pediátrica (UMIP) para la realización de procedimientos invasivos (PI). Período: Enero 2002 - Enero 2005.

Protocolo de enfermería: a) Comprobación ayunas y alergias; b) Canalización vía venosa; c) Administración pauta sedoanalgesia con fentanilo 1 microg/Kg y propofol 1 mg/kg; d) Recogida de variables demográficas y clínicas, grado de sedoanalgesia; e) Preparación puesto para reanimación; f) Comprobación criterios alta.

Análisis estadístico: Variables cuantitativas: media y desviación estándar; comparación: test de la t de student. Variables cualitativas: porcentajes; comparación: test de la Chi2. Nivel de significación de alfa = 0.05

**RESULTADOS:** 500 procedimientos a 110 pacientes. Número medio procedimientos por paciente:  $4.64 \pm 6.37$ ; Diagnóstico más frecuente: Enfermedad hematológica 91.5%; Procedimiento más frecuente: Aspirado de médula ósea : 56.3%

Grado de sedoanalgesia 93.6% mayor o igual a grado III sólo un 3.2% de los pacientes secundario al procedimiento

Tiempo hasta sedoanalgesia  $4.62 \pm 3.69$  m; Duración de los procedimientos  $11.47 \pm 10.47$  m; Tiempo estancia UMIP:  $41.8 \pm 19$  m;

Complicaciones: Apnea 4%; Bradicardia 0.4%; Hipotensión 0.4%

**CONCLUSIONES:** Se consiguieron los objetivos marcados: a) Sedoanalgesia óptima en más de un 90%; b) Bajo índice de complicaciones; c) Muy buena tolerancia de la técnica; d) Alta frecuencia de amnesia del procedimiento.

**Palabras clave:**

Fentanilo · procedimientos invasivos · propofol · protocolo de enfermería · sedoanalgesia pediátrica.



***Lunes 26 de junio de 2006***

***SALA PRINCIPAL***

***13.00***

**Comunicaciones orales**





## EL SUEÑO DEL PACIENTE CORONARIO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS POLIVALENTE.

Marón Lorenzo A, Giráldez Miranda M, Enríquez de Salamanca Holzinger I, Otero Pegito B.

Unidad de Cuidados Críticos. Hospital Povisa. Vigo (Pontevedra).

**OBJETIVO:** Conocer la percepción del sueño nocturno del paciente coronario en la unidad de cuidados críticos de Hospital Povisa. Identificar los factores que lo perturban para posteriormente definir las intervenciones enfermeras encaminadas a minimizar o solventar el problema.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Conocer la percepción del sueño nocturno del paciente coronario en la unidad de cuidados críticos de Hospital Povisa. Identificar los factores que lo perturban para posteriormente definir las intervenciones enfermeras encaminadas a minimizar o solventar el problema.

**RESULTADOS:** La mayoría de los pacientes (65 %) manifestaron no haber dormido bien durante su estancia en la unidad, identificando como factores perturbadores de su descanso nocturno más importantes la preocupación por su enfermedad (44%), preocupación por la familia (44%), los ruidos de las alarmas (35%) y las voces del personal (30%).

**CONCLUSIONES:** La alteración del sueño de estos pacientes es un problema multifactorial en nuestra unidad. La corrección de muchos de estos factores podría ser llevada a cabo por los profesionales de enfermería, tomando en cuenta la situación de cada paciente y sus necesidades individualizadas.

**Palabras clave:**

Cuidados críticos · enfermería · sueño.

## TÉCNICAS CONTINUAS DE REEMPLAZO RENAL (TCRR) EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. ANÁLISIS DE TIEMPOS COMO EXPRESIÓN DE LA CARGA DE TRABAJO DE ENFERMERÍA.

Mena Sainz M., Izaguirre Guerricagoitia L.

Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Donostia. San Sebastián (Guipúzcoa).

**INTRODUCCIÓN:** Las TCRR se utilizan en pacientes con fracaso renal agudo (FRA) afectan directamente a la actividad del personal de enfermería, aumentando sus cargas de trabajo. Planteamos una estimación del tiempo que precisamos para atender a su mantenimiento y manejo.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Periodo: 23 meses (01/02/04-31/12/05). Diseño: Observacional retrospectivo. Ámbito: UCI. Variables: Epidemiológicas: Edad, sexo, causa insuficiencia renal, días en UCI.; Filtros: nº, duración, días con TCRR, nº de catéteres. Análisis de tiempos: Cinco tiempos diferentes: 1. Colocación de catéter (CC:30 min). 2. Colocación y cebado del filtro (CB 35 min por cada filtro). 3. Monitorización (M: 5 min/hora). 4.-Resolución de eventos (EV:10min/hora). 5. Manejo de fluidos (MF:95 min/d). Estadística descriptiva (SPSS 11.0).

**RESULTADOS:** N.º: 29. Edad:  $66,2 \pm 11,5$  años (36::81). Sexo: mujeres 9 (31%). Causa FRA: Infeccioso: 20 (66,7%), rotura aneurisma aorta abdominal: 3 (10%), pancreatitis 3 (10%), politraumatismo: 1 (3,3%), Rabdmiolisis: 1 (3,3%), Insuficiencia cardiaca refractaria: 1 (3,3%). Días en UCI:  $20,5 \pm 16,5$  (Md 16; 2::67). Total 596 días. N.º de filtros:  $195 (6,7 \pm 4,9$  por paciente, 1::21). Duración media por filtro: 30 horas. Días con reemplazo :  $8,5 \pm 6,6$  por paciente; Total 248 días (5.952 horas). N.º de catéteres: 35. Tiempos empleados en horas: CC: 17,5 ; CB: 113 ; M:496 ; EV: 992 ; MF: 392. Suma de tiempos: 2.010 horas (33,7% del tiempo en TCRR).

**CONCLUSIONES:** La terapia de reemplazo renal, obliga a una dedicación de un tercio del tiempo de trabajo exclusivamente a su mantenimiento. Esto constituye un aumento muy sustancial de la carga de trabajo de la enfermera. Pensamos que este dato debería tenerse en cuenta en la programación de las tareas de enfermería.

### Palabras clave:

Cargas de trabajo · técnicas continuas de reemplazo renal · unidad de cuidados intensivos.

## ESTUDIO COMPARATIVO DEL MANTENIMIENTO DE LA PERMEABILIDAD DE LOS CATÉTERES VENOSOS CENTRALES DE TRES LUCES.

Fuentes Pumarola C (1) (2), Casademont Mercader R (2), Córdón Bueno C (2), Sabench Casellas S (2), Colomer Plana C (2), Féliz Vidal M (2), Rodríguez Plaza E (2), Expósito Fernández P (2).

(1) Escuela Universitaria de Enfermería. Universitat de Girona. (2) Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitari de Girona Dr. Josep Trueta. Girona.

**OBJETIVO:** Establecer un protocolo de actuación para el mantenimiento de la permeabilidad de los catéteres venosos centrales (CVC) de 3 luces cuando alguna de ellas no se utilice.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se trata de un ensayo clínico ciego aleatorizado.

Fase 1: Comparación de la eficacia de la heparina sódica 500UI (control 1), versus heparina sódica 100UI (estudio 1).

Fase 2: Una vez confirmada la eficacia de la heparina sódica 100UI (control 2) la comparamos con suero salino fisiológico (SF) (estudio 2).

Población: enfermos pluripatológicos ingresados en la UCI portadores de CVC de 3 luces sin trastornos de coagulación previos. Análisis: variables cuantitativas con media (DT) comprobadas con t-student y las cualitativas con  $\chi^2$ . Análisis: programa SPSS 12.0©.

**RESULTADOS:** Fase 1: 128 catéteres (control 1: 49, estudio 1: 79). La media de días de permanencia de los CVC: 5,4 (DT6). A las 24 h el 100% de los CVC de ambos grupos eran permeables. Al alta del paciente (n=107) fueron no permeables el 4,9% grupo control 1 y el 4,5% grupo estudio 1.

Fase 2: 95 catéteres (control 2: 38, estudio 2: 57). La media de días de permanencia: 4,87 (DT4). A las 24 h, a las 72 h (n=66) y al alta (n=43) el 100% de los CVC de ambos grupos eran permeables.

No se estableció ninguna diferencia significativa en la primera fase del estudio con los días de permanencia, valores analíticos y tratamiento anticoagulante.

**CONCLUSIONES:** el SF es igualmente eficaz que 100 ó 500UI de heparina para el mantenimiento de la permeabilidad de los CVC.

**Palabras clave:**

Cateterismo venoso central · cuidados críticos · heparina · mantenimiento · pautas prácticas · solución salina.

## **EFFECTO FAVORABLE DE UN PROGRAMA DE FORMACIÓN EN LA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN CUIDADOS INTENSIVOS.**

García Díez R., Urruela Oliván M.

Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital de Basurto. Bilbao (Vizcaya).

**OBJETIVO:** Determinar si la formación incide en la disminución de incidencia de úlceras por presión (upp).

**METODOLOGÍA:** Estudio observacional preintervención y postintervención.

Criterio de inclusión: todos los pacientes ingresados en UCI sometidos a evaluación de riesgo de úlceras por presión desde enero de 2004 a diciembre de 2005.

Se analizaron las variables: sociodemográficas, motivo de ingreso, riesgo de desarrollar upp, la incidencia de éstas y estadiaje. La escala de valoración del riesgo utilizada fue la de Gosnell modificada.

A finales del 2004 se actualizó el protocolo y se dotó de recursos materiales para la prevención y tratamiento de upp. Se realizaron sesiones formativas grupales e individuales, no siendo obligatorias.

En el 2005 se analizaron los datos para evaluar el impacto.

**ESTADÍSTICA:** Chi cuadrado

**RESULTADOS:** La incidencia de upp durante el año 2004 fue de un 8% y en el 2005 de un 4,4% ( $p > 0.06$ ).

Respecto al nivel de riesgo asignado a los pacientes con upp, con criterio de alto riesgo en el 2004 se identificó un 75% y en el 2005 se incrementó al 85%.

En el 2004 el 90,5% de las declaraciones de upp corresponden a los grados I y II y un 9,5% al grado III. En el 2005 el 100% de las declaraciones se producen en los grados I y II.

**CONCLUSIONES:** Una intervención focalizada hacia el equipo de enfermería en materia de prevención y tratamiento de upp, da como resultado una disminución de la incidencia clínicamente significativa.

Los programas de educación-formación en materia de prevención pueden derivar en un sustancial descenso de: costes, cuidados y morbimortalidad de los pacientes.

**Palabras clave:**

Cuidados de enfermería · cuidados intensivos · formación · úlceras por presión.

## **CUIDADOS AL PACIENTE AL FINAL DE LA VIDA: OBSTÁCULOS Y AYUDAS QUE PERCIEN LAS ENFERMERAS DE CUIDADOS INTENSIVOS.**

Del Barrio Linares M, Gimeno San Martín L, Ezenarro Muruamendiáraz A, López Alfaro P, Margall Coscojuela MA, Asiain Erro MC.

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

**INTRODUCCIÓN:** Proporcionar una buena atención humana y científica al paciente al final de la vida es una prioridad para las enfermeras de UCI.

**OBJETIVOS:** 1) Conocer los obstáculos y ayudas que perciben las enfermeras de Cuidados Intensivos en la atención del paciente al final de la vida.

2) Analizar si existe relación entre los obstáculos y ayudas, que perciben las enfermeras de Cuidados Intensivos, en la atención del paciente al final de la vida y las variables sociodemográficas.

**MÉTODOS:** Estudio descriptivo correlacional. Muestra, 151 enfermeras de Cuidados Intensivos de 5 hospitales. Instrumento: cuestionario de Kirchoff & Beckstrand para identificar los obstáculos (29 ítems) y ayudas (22 ítems), con seis grados de respuesta (0=no obstáculo, no ayuda; 5=máximo obstáculo, máxima ayuda); también se recogieron datos sociodemográficos. El consentimiento se consideró implícito cuando las enfermeras devolvieron el cuestionario. Estadística: descriptiva, test de Pearson, t-Student.

**RESULTADOS:** El mayor obstáculo que encuentran las enfermeras es que el paciente tenga dolor difícil de controlar (4,38;  $\pm 0,81$ ) y la mayor ayuda que todos los médicos estén de acuerdo con el enfoque de los cuidados (4,46;  $\pm 0,74$ ). Existe correlación entre la edad, los años de UCI de las enfermeras con algunos obstáculos y ayudas. Del igual modo existen diferencias estadísticamente significativas entre las enfermeras que tienen formación postgrado o no y ciertos obstáculos y ayudas.

**CONCLUSIÓN:** Las enfermeras consideran prioritario el control del dolor a los pacientes al final de la vida y que exista unanimidad de criterio en la toma de decisiones de los médicos.

**Palabras clave:**

Cuidados intensivos · final de la vida · percepción de las enfermeras.



***Lunes 26 de junio de 2006***

***SALA CÁMARA***

***13.00***

**Comunicaciones orales**





## ESTUDIO COMPARATIVO DE LA CARGA DE TRABAJO EN PACIENTES DONANTES DE ÓRGANOS ANTES Y DESPUÉS DE LA MUERTE ENCEFÁLICA

Castrillo Albizu A, Martín Gil B, Pérez García MJ, Martínez Díez C y Gandía Fernández A.

Servicio de Vigilancia Intensiva. Hospital Clínico Universitario. Valladolid.

**OBJETIVOS:** Comparar la carga de trabajo de enfermería derivada de los cuidados aplicados a los pacientes en muerte encefálica (ME) en relación con la generada en el momento de su ingreso en nuestro servicio

**METODOLOGÍA:** Estudio retrospectivo-observacional de los pacientes diagnosticados de ME durante 24 meses consecutivos en nuestro servicio (UVI polivalente de 11 camas). Como método de cuantificación de la carga de trabajo de enfermería se utilizó la escala de puntuación: "Therapeutic Intervention Scoring System" en su versión simplificada de 28 parámetros (TISS 28). Se aplicó TISS 28 en el momento del ingreso y en el momento del diagnóstico de ME en cada paciente. Se analizaron los datos aplicando el paquete estadístico SPSS 9.0.

**RESULTADOS:** En este periodo se diagnosticaron de ME 30 pacientes (16 varones, 14 mujeres) cuya edad media fue de 57 años (rango 28-79 años). Se excluyeron 3 pacientes por encontrarse en situación de ME en el momento del ingreso. La estancia media de los pacientes hasta la ME fue de 76.64 horas. El valor medio del TISS 28 al ingreso fue de 30.67 (IC 95% 28.69-32,64). El valor medio del TISS 28 en el momento de la ME fue de 39.77 (IC 95% 37,90 - 41,63). El incremento medio del TISS 28 tras la ME fue de 9.10 con valor de  $p < 0.001$

**CONCLUSIONES:** La ME y los cuidados derivados de ésta en los pacientes ingresados en UVI genera un incremento cuantificable de la carga de trabajo de enfermería.

**Palabras clave:**

Carga de trabajo de enfermería · muerte encefálica · unidad de vigilancia intensiva.

## EFFECTIVIDAD DE LA ANESTESIA LOCAL INTRADÉRMICA EN LA CANALIZACIÓN ARTERIAL PERIFÉRICA.

García Velasco Sánchez Morago S, Sánchez Coello MD.

Servicio de Medicina Intensiva. Hospital General. Ciudad Real.

**OBJETIVO:** Evaluar la efectividad de la infiltración intradérmica de anestesia en la canalización arterial periférica y comprobar si su uso aumenta el número de intentos de cateterización.

**METODOLOGÍA:** Estudio observacional de la práctica clínica. Se incluyen los pacientes (P) a los que se les implanta un catéter arterial. Se dividen en dos grupos: técnica tradicional y grupo de anestesia. Se analizan variables demográficas, número de punciones, complicaciones y valoración del dolor mediante escala verbal numérica (EVN) o escala no verbal Campbell (EC). Rango de ambas: 0-10. Se expresan las variables como media  $\pm$  desviación estándar (DE) comparadas mediante el test U de Mann-Whitney para variables independientes.

**RESULTADOS:** Se trata de 85 P, 50 varones, con  $65\pm 13$  años. 40 de ellos recibieron anestesia previa a la punción. El dolor fue mediante la EVN en 12 P con anestesia frente a 11 P sin ella ( $1,8\pm 0,9$  vs  $4,6\pm 1,3$ ,  $p=0,001$ ). La EC se utilizó en 28 P con anestesia frente a 34 P sin ella ( $1,3\pm 0,7$  vs  $4,3\pm 1,4$ ,  $p=0,001$ ). El número de intentos en el grupo de mepivacaína fue  $1,3\pm 0,5$  frente a  $1,3\pm 0,6$  ( $p=0,489$ ). No existe relación entre la percepción del dolor con el sexo o edad. No existieron complicaciones significativas en ninguno de los dos grupos.

**CONCLUSIONES:** La percepción del dolor cuantificado con la EVN y EC fue inferior en los pacientes con anestesia. La utilización de anestesia local reduce de forma significativa el dolor expresado por los pacientes en la canalización arterial sin aumentar el número de intentos de la misma.

**Palabras clave:**

Anestesia local · catéter arterial · dolor · enfermería.

## EL PROCESO ENFERMERO. “SE HACE CAMINO AL ANDAR”.

Lozano Segura J, Moreno Mulet C, Sobrado Canosa Z, Medina Atienzar I, Sánchez Martín A.

Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Son Llàtzer. Palma de Mallorca. (Baleares).

**OBJETIVO:** Valorar y evaluar el registro del proceso de enfermería en nuestra unidad, mediante una gráfica informatizada, con el fin de comparar las diferencias entre las diferentes etapas del proceso. Monitorizar los puntos fuertes y débiles en la práctica en relación a la teoría, para plantear estrategias de mejora.

**METODOLOGÍA:** Tipo de estudio: Observacional retrospectivo mediante la revisión de las historias clínicas. Población: Todos los pacientes ingresados en la unidad del 1 de octubre de 2005 al 20 de enero de 2005. Se realizó un análisis estadístico descriptivo de todas las variables estudiadas: registro de valoraciones física y por necesidades (modelo de Virginia Henderson), registro de diagnósticos (problemas de autonomía e independencia) y registro de cuidados (suplencia, derivados de problemas de independencia y de colaboración).

**RESULTADOS:** Revisión de 194 historias. El 100% tienen las valoraciones realizadas. El 4.12% de las historias presentan diagnósticos de independencia y el 5.1% de autonomía. El 100% tienen planes de cuidados. Sólo el 5.1% de éstos derivan del diagnóstico. El 20.1 % contiene cuidados relacionados con la independencia excluyendo la información a la familia que se encuentra en todos los planes de forma programada.

**CONCLUSIONES:** La etapa de valoración es la que se registra de forma sistemática. Los diagnósticos secundarios a problemas de autonomía son habitualmente registrados y necesita mejorar el registro de los diagnósticos de independencia. Cabe destacar un porcentaje elevado de cuidados que no derivan de una etiqueta diagnóstica.

**Palabras clave:**

Aplicaciones informáticas · diagnósticos enfermeros · modelo · planes de cuidados · proceso enfermero · registro · Virginia Henderson.

## HIPOTERMIA TRAS PARADA CARDIORRESPIRATORIA: CARGAS DE TRABAJO DE ENFERMERÍA.

Fernández Colmenero A, Gil García ZI, Montial Fernández E, Prieto Arriba E, Sarralde Pérez de San Román S.

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

**OBJETIVO:** Valorar la carga de trabajo (CT) durante la inducción y mantenimiento de hipotermia (hT) tras parada cardiorrespiratoria (PCR) y pronóstico neurológico tras la aplicación de esta medida.

**METODOLOGÍA:** Estudio de cohortes con intervención. UCI polivalente de 13 camas, de mayo de 2003 a octubre de 2005. Se incluyen pacientes consecutivos, edad >18 años, con PCR presenciada de etiología cardíaca, intervalo <15 minutos entre PCR y soporte vital, recuperación de circulación espontánea (RECE) <60 minutos, y coma (GCS <9) tras RECE. Hasta abril 2004 se recogen retrospectivamente los controles históricos (CH) y a partir de esa fecha de manera prospectiva los casos tratados con hipotermia (hT). En abril de 2004 se introdujo la inducción de hT (32-34º) durante 24h tras PCR mediante medidas físicas internas y/o externas. Las CT de enfermería se midieron diariamente con la escala *Therapeutic Intervention Scoring System* (TISS), Comparamos éstas calculando media e IC del 95% (IC). Valoramos evolución neurológica (EN) con la escala *Cerebral Performance Category*. El impacto de hT sobre EN se evaluó calculando riesgo relativo (RR) con IC.

**RESULTADOS:** Diez pacientes con PCR. CH 5 pacientes, hT 5 pacientes. TISS en hT fue de 43.2 (IC 36 a 50.4) vs 35.8 (IC 31.8 a 39.8) EN no favorable del 20% en hT vs 40% en CH (RR 0.5; IC 0.06 a 3.91)

**CONCLUSIONES:** En nuestra corta serie de RECE tras PCR la hT no ha aumentado de forma significativa las cargas de trabajo ni ha sido eficaz en la mejora de pronóstico neurológico

**Palabras clave:**

Cargas de trabajo · *Cerebral Performance Category* (CPC) · hipotermia · nivel de secuencias neurológica · parada cardiorrespiratoria (PCR) · *Therapeutic Intervention Scoring System* (TISS).

## **CALIDAD PERCIBIDA POR PACIENTES Y FAMILIARES, RELACIONADA CON ASPECTOS ESTRUCTURALES Y MEDIOAMBIENTALES DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.**

Medina Atienza I, Prieto González S, Socias Crespí L, García Mendieta F, Molina Santiago MM, Nieto González A.

Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Son Llàtzer. Palma de Mallorca (Balears).

**OBJETIVO:** Conocer las necesidades de los familiares y pacientes ingresados en nuestro Servicio de Medicina Intensiva así como evaluar la calidad percibida por ellos, relacionado con la estructura de nuestra unidad y los factores medio ambientales que la componen.

**METODOLOGÍA:** Estudio descriptivo, transversal, mediante dos cuestionarios de respuestas mayoritariamente cerradas. Se ha realizado un análisis comparativo de las variables comunes. La población estudiada fue los pacientes ingresados en la UCI que al alta no estuviesen incapacitados para responder y sus familiares. El periodo de estudio fue de mayo a agosto de 2005. Se excluyeron los casos de pacientes fallecidos, trasladados a otro hospital o con una estancia inferior a 72 horas.

**RESULTADOS:** Se realizaron 132 encuestas: 64 pacientes, 68 familiares. Los resultados fueron: preferencia de Box cerrado (pacientes: 46%, familia: 58%); aspectos relacionados con el confort valorados de 0 a 10: ruidos (p: 5.6, f: 5.6), comodidad (p: 8, f: 7.8), intimidad (p:6.5, f:6) e iluminación nocturna (p: 6.5); fácil localización UCI (f: 70%); sala de espera adecuada (f: 60%); limpieza unidad (p: 85%, f: 80%); adecuado material de higiene y lencería (p: 90%); horarios y visitas: horario visitas adecuado (p: 75%, f: 80%), deseo de horario abierto (10-23h) (p: 48%, f: 52%), duración de la visita (p: 70%, f: 78%) y limitación del n.º de personas en el box (p: 82%, f: 86%).

**CONCLUSIONES:** Los pacientes y familiares no definen una clara preferencia por un box cerrado. Los aspectos medioambientales son quejas que se ven reflejadas en las encuestas. En relación a los horarios y visitas consideran adecuada su duración y la limitación de las mismas.

**Palabras clave:**

Calidad percibida · confort · familia · intimidad · satisfacción.



***Lunes 26 de junio de 2006***

***SALA PRINCIPAL***

***17.00***

**Comunicaciones orales**





## EFFECTO DE LA MODIFICACIÓN DE LA SEDACIÓN POR ENFERMERÍA.

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

Servicio de Cuidados Intensivos. Hospital Universitario de Getafe. Getafe (Madrid).

**OBJETIVO:** Determinar el efecto de implementar un protocolo de sedación, dirigido por enfermería, sobre el nivel de sedación de los pacientes ventilados mecánicamente y estimar si influye en la retirada accidental de sondas, tubos y catéteres.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio quasi-experimental realizado en una UCI polivalente de 18 camas, durante 2 periodos de 17 meses, el primero observacional y el segundo intervencionista. En el segundo período el personal de enfermería aplicó un protocolo de sedación, basado en la escala Glasgow Coma Score modificada por Cook y Palma (GCSC), con 3 niveles: sedación excesiva (GCSC=4-7 puntos), sedación apropiada (GCSC=8-13p), escasa sedación (GCSC=14-18p). En ambos períodos fueron recogidas las retiradas accidentales de tubo endotraqueal, sondas gástrica y vesical y catéteres vasculares.

**RESULTADOS:** Se incluyeron en el estudio 176 pacientes (edad: 65+17 años; SAPS: 43+14) durante el primer período y 189 pacientes (edad: 65+15 años; SAPS: 40+13) durante el segundo período. En el segundo período disminuye el porcentaje de pacientes con sedación excesiva (20% vs 41%;  $p<0,001$ ) y aumentó el porcentaje de pacientes con sedación óptima (53% vs 35%;  $p<0,001$ ). La tasa de autorretirada de sondas, tubos y catéteres se muestra en la tabla.

	Período observacional	Período intervencionista	P
SNG, tasa por 1000 días-sonda	15,8	1,8	0,001
TOT, tasa por 1000 días-tubo	3,3	3,4	n.s.
CVC, tasa por 1000 días-catéter	2,5	-	0,03
Arteria, tasa por 1000 días-catéter	3	-	0,03

**CONCLUSIONES:** La introducción en la práctica clínica de un protocolo de sedación dirigido por enfermería mantiene a un mayor número de pacientes óptimamente sedados y disminuye la incidencia de retiradas accidentales de sondas y catéteres.

**Palabras clave:**

Glasgow Coma Score modificado por Cook · control de calidad · protocolo de enfermería · sedación · tasa de autorretirada.

**Financiación:**

Este estudio ha sido financiado por el Fondo de Investigación Sanitaria FIS 03-1177.

## ¿PUEDE ENFERMERÍA DISMINUIR LA INCIDENCIA DE NEUMONÍA ASOCIADA A VENTILACIÓN MECÁNICA? REVISIÓN SISTEMÁTICA.

Huertas Linero C, Miquel Roig C, Picó Segura P, Pastor Martínez M.

Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital General Universitario de Elche (Alicante).

**OBJETIVO:** La neumonía asociada a ventilación mecánica (NAV) es una complicación frecuente que provoca un aumento de la mortalidad, estancia y costes. Evaluamos la efectividad de 9 intervenciones de enfermería para prevenir la NAV.

**METODOLOGÍA:** Estrategias de búsqueda. Se utilizaron las bases de datos: MEDLINE, CINAHL, Cochrane y Cuiden (1990-2005). Criterios de selección. Se incluyeron ensayos clínicos aleatorios de pacientes adultos ingresados en Unidades de Críticos con ventilación mecánica y que medían la incidencia de NAV. Obtención de los datos. Los artículos fueron evaluados por dos revisores independientes, usando la metodología de lectura crítica de CASPe. Para la clasificación de la evidencia se utilizó la metodología del grupo de trabajo "Canadian Task Force".

**RESULTADOS:** Se debe realizar el lavado de manos antes y después de realizar alguna técnica al paciente. Los lavados bucales con clorhexidina al 0,12% se deben hacer dos veces al día. No se debe realizar percusión y vibración a todos los enfermos rutinariamente. El cambio del circuito del respirador no debe ser rutinario, con la limitación en el tiempo de 29 días. El cambio del humidificador no se debe realizar antes de 48 horas. Se debe colocar el sistema de aspiración subglótico (intermitente) en todos los pacientes intubados. Se recomienda la posición semisentada para evitar la NAV. Los cambios posturales se harán en los pacientes que lo toleren. La aspiración con sistema cerrado no está indicada en todos los casos.

**CONCLUSIONES:** Los resultados demuestran la importancia de los cuidados de enfermería en las unidades de críticos para prevenir la NAV.

**Palabras clave:**

Cuidados de enfermería · neumonía asociada a ventilación mecánica · prevención · unidad de críticos · ventilación mecánica.

## VIGILANCIA DE LA INFECCIÓN NOSOCOMIAL EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA.

Aguado Padilla C, Alcolea Ortiz M, Basco Prado L, Jordi Casañas A, Calizaya Vargas M, Manzanedo Sanchez D, Peregrín Pascual A, Portillo Jaurena E y Sánchez Sancho X.

Servicio de Medicina Intensiva. SCIAS Hospital de Barcelona. Barcelona.

**OBJETIVO:** La elevada morbimortalidad y el coste económico asociado que produce la infección nosocomial constituye un problema sanitario importante. Los objetivos fueron valorar la correcta ejecución de las recomendaciones (R) publicadas en relación a la prevención de la infección nosocomial y mejorar la práctica asistencial.

**METODOLOGÍA:** Estudio observacional prospectivo mediante observación directa de cada uno de los procedimientos de forma oculta. La recogida de datos se realizó durante 4 meses (marzo-junio 2005) por personal asistencial de la unidad. Se elaboró una hoja de recogida de datos para cada procedimiento. Se realizaron un total de 121 observaciones de procedimientos relacionados con la neumonía asociada a la ventilación mecánica (NAVM), sepsis por dispositivo intravascular (DIV) e infección urinaria secundaria a sondaje vesical (SV).

**RESULTADOS:** Infección secundaria a DIV: No se realizó un entallado quirúrgico correcto en el 27% de las inserciones (R IA), no lavado de manos antiséptico en el 3% (R IA), no antisepsia de la zona de inserción en un 9% (R IA). NAVM: No se realizó control del pneumotaponamiento en un 16 % de las observaciones y no se elevó el cabezal en un 11%. Infección urinaria secundaria a SV: El 80% de la técnica se realizó correctamente.

**CONCLUSIONES:** Infección secundaria a DIV: No se realizó un entallado quirúrgico correcto en el 27% de las inserciones (R IA), no lavado de manos antiséptico en el 3% (R IA), no antisepsia de la zona de inserción en un 9% (R IA). NAVM: No se realizó control del pneumotaponamiento en un 16 % de las observaciones y no se elevó el cabezal en un 11%. Infección urinaria secundaria a SV: El 80% de la técnica se realizó correctamente.

**Palabras clave:**

Infección nosocomial · vigilancia de la infección nosocomial.

## ESTUDIO DE LAS COMUNICACIONES ADMITIDAS EN LOS CONGRESOS NACIONALES DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA INTENSIVA Y UNIDADES CORONARIAS EN LOS ÚLTIMOS OCHO AÑOS.

Rodríguez Mondéjar JJ (1), Ramírez Pérez F (2), Peñalver Hernández F (3), Cevidanes Lara MM (2), López Alcaráz F (3), Herrera Romero T (2), López Amorós A (2), Rodríguez Soler J (2), Martínez Huéscar M (2).

(1) Gerencia de Atención Primaria de Murcia. Murcia. (2) Servicio de Medicina Intensiva. Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia. (3) Servicio de Medicina Intensiva. Hospital General Universitario Morales Meseguer. Murcia. Servicio Murciano de Salud.

**OBJETIVO:** La actividad sobre investigación en enfermería de cuidados críticos se suele mostrar de forma mayoritaria en los congresos nacionales de la Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias (SEEIUC), que se realiza anualmente. Nuestro objetivo consiste en profundizar en el estudio sobre los trabajos presentados en dicho evento, obteniendo la mayor información posible de los mismos para conocernos mejor como grupo científico.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Tipo de estudio: descriptivo, observacional y retrospectivo. Muestreo y definición de caso: Es sistemático, todas las comunicaciones admitidas al congreso anual de la SEEIUC. Dimensión estudiada: estructura y proceso. Tiempo: 8 años últimos (1998/2005). Fuente de datos: libros de comunicaciones. Desarrollo: Las variables recogidas son 23: año y ciudad de la sede, n.º de autores, tipo de comunicación, ciudad y región, tipo estudio, tipo de investigación, temporalidad, patrón funcional, rol de enfermería, dimensión estudiada, tema general y concreto, hospital, servicio, tipo de estadística, relevancia, financiación y otros. Procesamiento estadístico: paquete SPSS/PC®, v.12.0 en castellano, aplicando estadística descriptiva para variables cuantitativas con cálculo de medias, desviación estándar (DE), máximo y mínimo, las cualitativas se expresan en porcentajes.

**RESULTADOS:** n.º de comunicaciones 736 (65-119), orales 270 (40,4%), media de autores 4,87 (1-16) DE 1,97, por provincias: Barcelona 146 (19,8%), Madrid 113 (15,4%), y Murcia 37 (5%); por comunidades: Cataluña 166 (22,6%), Madrid 113 (15,3%), y Andalucía 111 (15,1%); por hospitales: H. Univ. de Bellvitge 27 (4,2%), estudios de investigación 426 (65,3%), prospectivas 333 (51%), cuantitativas 345 (53%), con estadística descriptiva 305 (46,9%), patrón de Gordon más relacionado: percepción-manejo de la salud 76 (10,3%), sin patrón aplicable 520 (70%), área de calidad estudiada: estructura 379 (51,5%), presencia de rol autónomo 380 (51,6%), tema más referenciado: cuidados respiratorios 100 (13,6%), relevancia o aplicabilidad 450 (69%), financiadas 23 (3,5%).

**CONCLUSIONES:** 1.El rol de enfermería autónomo predomina en los contenidos de los estudios desarrollados dando mayor entidad a los mismos. 2. La calidad global de las comunicaciones se puede definir como media-alta. 3. Se tiene un bajo índice de trabajos financiados o becados.

### Palabras clave:

Comunicaciones · congresos · cuidados al paciente crítico · producción científica.

## FIABILIDAD DE LA DETERMINACIÓN DE LA GLUCEMIA A LA CABECERA DEL PACIENTE EN PACIENTES CRÍTICOS.

Arias Rivera S (1), Copete A (1), Vadillo Obesso P (1), Corrochano Varas S (1), Sánchez Izquierdo R (1), Sánchez Sánchez MM (1), Saiz Sanz A (1), Frutos Vivar F (1), Pascual Durán T (2).

(1) Servicio de Cuidados Intensivos. (2) Área de gestión de Análisis Clínicos. Hospital Universitario de Getafe. Getafe (Madrid).

**OBJETIVO:** Determinar la fiabilidad de tres métodos de determinación de la glucosa en el paciente crítico.

**METODOLOGÍA:** Estudio observacional prospectivo desarrollado en una unidad polivalente de 18 camas durante 4 meses. Los pacientes incluidos fueron aquellos que portaban catéter arterial. Se compararon 8 muestras obtenidas a la cabecera del paciente: 3 en sangre capilar (3 gotas consecutivas), 4 en sangre arterial (desechando entre 1-4 ml) y 1 de sangre arterial en jeringa de gases, con la glucemia plasmática como *gold standard*. Las determinaciones a la cabecera fueron realizadas con tiras reactivas MediSense® OptiumT Plus y glucómetro MediSense® OptiumT. El análisis estadístico se realizó mediante T de Student y Bland y Altman.

**RESULTADOS:** Obtuvimos 630 muestras en 70 pacientes. La glucemia media (DS) en mg/dl obtenida fue: 1) muestras capilares: 149 (38), 149 (35), 147 (37); 2) muestras arteriales: 140 (34), 142 (35), 143 (35), 142 (34); 3) muestra en jeringa de gases: 143 (33); 4) glucemia plasmática: 138 (33). Encontramos diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,001$ ) entre todas las muestras obtenidas a la cabecera del paciente con respecto a la glucemia plasmática, excepto en la primera muestra arterial ( $p=0,2$ ). El error sistemático hallado está entre 2 mg/dl (primera muestra arterial) y 11 mg/dl (muestras capilares). La mayor dispersión observada fue con las muestras capilares (-27 mg/dl a 50 mg/dl) y la menor con las muestras arteriales (-22 mg/dl a 31 mg/dl).

**CONCLUSIONES:** Comparado con la glucemia plasmática, la muestra a cabecera del paciente que ha demostrado menor sesgo y mayor precisión, es la muestra obtenida después de desechar 1 ml de sangre obtenida de catéter arterial.

**Palabras clave:**

Bioquímica · determinaciones a la cabecera del paciente · glucemia arterial · glucemia capilar.



***Lunes 26 de junio de 2006***

***SALA LUNETTA***

***17.00***

**Comunicaciones orales**





## **ANÁLISIS RETROSPECTIVO PARA DETERMINAR EN HEMOFILTRACIÓN LA RELACIÓN EXISTENTE ENTRE LOS CAMBIOS DE LÍNEAS DEL SISTEMA PARA DEPURACIÓN EXTRARRENAL Y LA LOCALIZACIÓN DEL CATÉTER DE ALTO FLUJO, CON LA INFLUENCIA O NO DE LOS ANTICOAGULANTES.**

Hernández Mendoza E, Pérez Pérez MP, Ramírez Martín CM, Roger Marrero MI, Susilla Pérez de la Blanca A, Caballero Hidalgo A.

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

**OBJETIVO:** Averiguar la relación entre número de cambios del sistema de líneas (Csl) del aparato de hemofiltración y localización del catéter de alto flujo considerando el uso o no de anticoagulante.

**METODOLOGÍA:** Estudio de cohortes retrospectivo. Población estudiada: pacientes ingresados en Unidad de Medicina Intensiva desde 01-10-04 hasta 31-10-05. Analizamos variables demográficas, incidencia, factores de riesgo. Variables cuantitativas expresadas como mediana (rango). Variables como localización del catéter o Csl comparadas con la H de Kruskal-Wallis, y con la U de Mann-Whitney. Considerando diferencias estadísticamente significativas una  $p < 0'05$ . Análisis: programa SPSS 12.0©.

**RESULTADOS:** Ingresaron 1064 pacientes con mediana de edad de 65'5 (R 15-92), siendo varones el 62'2%. Incidencia de depuración-extrarrenal 10'2% que equivalen a 108 pacientes, viviendo el 39'8%. La mediana de días con hemofiltración es 3 (R 1-84). Total catéteres (catts.) canalizados 153. Porcentaje catts. en femoral (fem.) con anticoagulante (ca) 32%, sin anticoagulante (sa) 37'2%. Porcentaje catts. en subclavia (sub.) ca 13'7%, sa 7'8%. Porcentaje catts. en yugular (yug.) ca 4'6%, sa 4'6%. Csl en fem. ca mediana de 3 (R 0-38), y sa mediana de 1 (R 0-20). Csl en sub. ca mediana de 2 (R 0-30), y sa mediana de 2'5 (R 0-15). Csl en yug. ca mediana de 0 (R 0-11), y sa mediana de 2 (R 0-6).

### **CONCLUSIONES:**

1. Se producen más Csl en fem. ca que sa.
2. Se producen más Csl en sub. sa que en fem. sa.
3. No existe relación directa entre el Csl y las localizaciones de los catts. con o sin anticoagulante.

### **Palabras clave:**

Anticoagulante · catéter de alto flujo · hemofiltración.

## **FISIOTERAPIA RESPIRATORIA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. PROTOCOLO DE ENFERMERÍA.**

Muñoz Camargo JC, Guerra Gallego MJ, Espadas Maeso MJ, Pérez Fernández-Infantes S, Cinjordis Valverde P, Alfonso Díaz MD, Rubio Serrano P.

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

**INTRODUCCIÓN:** La insuficiencia respiratoria constituye uno de los problemas terapéuticos más importantes en la práctica diaria de las UCI, por su elevada frecuencia, por la limitación funcional y la incapacidad física que origina.

Los procedimientos fisioterapéuticos forman parte del tratamiento de estas patologías.

**METODOLOGÍA:** El protocolo se aplica a todos los pacientes con patología respiratoria primaria o secundaria que se encuentran en la unidad, independientemente de si están en respiración espontánea con algún dispositivo para la administración de oxígeno o han sido sometidos a tratamiento con ventilación mecánica invasiva o no invasiva.

El protocolo lo realiza la enfermera/o responsable del paciente con la frecuencia prescrita en las ordenes de tratamiento y dependiendo de la situación hemodinámica del paciente.

**PROTOCOLO:** Se realizan técnicas para aumentar el volumen pulmonar, disminuir el trabajo respiratorio y aumentar la eliminación de secreciones.

### **INTUBACIÓN OROTRAQUEAL:**

- a) Volumen pulmonar (ventilación con ambú c / 2h , 5-10 suspiros C/h, PEEP + 5 cm de H2O).
- b) Trabajo respiratorio (oxigenoterapia, cabezal > 30°).
- c) Eliminación de secreciones (humidificación , cambios posturales, drenaje postural, vibración/percusión, aspiración traqueal, fibrobroncoscopia espirativa).

### **EXTUBADO / ESPONTÁNEA:**

- a) Volumen pulmonar (movilización diafragmática, técnicas de hiperinsuflación, terapias asociadas).
- b) Trabajo respiratoria (oxigenoterapia, cabezal > 30°, descanso nocturno, ayuda mecánica).
- c) Eliminación de secreciones (hidratación, movilización precoz, tos asistida, drenaje postural, broncodilatadores).

**CONCLUSIÓN:** La aplicación estricta del protocolo permite prevenir y tratar las complicaciones respiratorias, acelerando la recuperación funcional y logrando máximo rendimiento funcional en pacientes con alteraciones crónicas.

### **Palabras clave:**

Fisioterapia respiratoria · patología respiratoria · protocolo de enfermería.

## FIABILIDAD DE LA TEMPERATURA TIMPÁNICA EN PACIENTES CRÍTICOS EN RELACIÓN CON LA TEMPERATURA VESICAL.

Lacasaña Bellmunt P, Ramos Rodríguez JM, García Verdejo J, Urbano Cobos E, Vila Rumbo M, Tur Riera J.

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

**OBJETIVO:** Evaluar la fiabilidad de la Temperatura ( $T^a$ ) timpánica en la medida de la temperatura corporal en un paciente crítico, al compararla con la  $T^a$  vesical.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio descriptivo prospectivo con datos pareados de las  $T^a$  timpánica y vesical tomadas simultáneamente a un paciente diagnosticado de Shock Séptico con DMO, durante un periodo continuo de 256 horas, con 128 registros pareados (noviembre 2005). El termómetro timpánico utilizado fue el FirstTemp Genius3000, sonda vesical RSP con Thermistor YSI 400, monitorización HP-VIRIDIA, módulo de temperatura M1029<sup>a</sup>.

**ANÁLISIS ESTADÍSTICO:** Contraste de hipótesis por comparación de medias con t-student para pareados. Correlación Pearson. Descriptivos media $\pm$ SD, máximo, mínimo y rango.

**RESULTADOS:** Correlación lineal (Pearson) entre ambas Temperaturas  $r=0.891$ . Contraste para la media de la diferencia entre ambas temperaturas, t-student pareados= 7.5063 ( $p < 0.001$ ). Valores  $T^a$  timpánica  $36.0 \pm 0.55$ , Máx. 37.0, min. 34.7, Rango 2.3°C.  $T^a$  vesical  $36.2 \pm 0.57$ , Máx. 37.3, min. 35.1, Rango 2.2°C. La estimación para la media de las diferencias (I.C.95%) es  $0.173 \pm 0.045$ . Máx. 0.9, min. -0.5, Rango 1.4.

### CONCLUSIONES:

1. La  $T^a$  Timpánica presenta diferencias estadísticamente significativas en relación a la  $T^a$  vesical en la muestra analizada.
2. En la practica, con un rango de diferencias tan pequeño, junto con la buena correlación lineal entre ambas temperaturas, estas diferencias puedan ser asumidas clínicamente, lo que nos llevaría a la conclusión de que la  $T^a$  Timpánica puede ser un instrumento valido para la medición de la  $T^a$  corporal en los pacientes críticos, a la espera de series mas grandes de datos y rangos.

### Palabras clave:

Cuidados de enfermería · instrumentos de medida · temperatura timpánica · temperatura vesical · unidad de cuidados intensivos.

## **FUNCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA VALORACIÓN DEL DOLOR EN EL SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS Y CORONARIAS.**

Riba Reig J, Sánchez Blázquez A.

Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitari Sant Joan de Reus. Reus (Tarragona).

**OBJETIVO:** Evaluar las características del dolor en la fase aguda de un Síndrome Coronario Agudo (SCA).

**MATERIAL Y MÉTODO:** Estudio prospectivo realizado durante un 1 año en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital Universitario Sant Joan de Reus (HUSJR) de los pacientes (P) diagnosticados de Infarto Agudo de Miocardio (IAM), con y sin elevación del segmento ST. Se analizaron las siguientes variables: 1) demográficas: edad, sexo 2) clínicas: localización IAM (anterior, lateral, inferior y no Q), factores de riesgo (tabaquismo, diabetes, cardiopatía previa, hipertensión arterial (HTA) y dislipemia (DLP)), días de UCI, tratamiento recibido (analgesia, nitroglicerina, fibrinolisis) y complicaciones (angor post-IAM, re-IAM, muerte) y 3) del dolor: intensidad (leve, moderada y severa) según una escala numérica, tipos (opresivo, no opresivo), irradiación, síntomas vegetativos. Los valores se expresan en media y DS o porcentajes. Las diferencias entre grupos han sido analizadas mediante test de T de student para variables cuantitativas y chi cuadrado para variables cualitativas.

**RESULTADOS:** Se analizaron 87 P (69 varones), con una edad media de 63±9 años. Las localizaciones del IAM fueron: anterior 23 (26%), inferior 36 (41%), lateral 5 (6%), no Q 23 (27%). Presentaron factores de riesgo: HTA y DLP 59 (68%), fumadores activos 33 (38%), exfumadores 20 (23%), diabetes 25 (29%), cardiopatía previa 21 (24%). La estancia media en UCI fue de 2,7±1,7 días. Tratados con fibrinolíticos 37 (43%), con nitratos 57 (66%), con opioides 44 (51%). Presentaron angor post-IAM 13 (15%), re-IAM 2 (2%) y éxitus 1 (1%). El dolor fue leve en 5 (6%), moderado en 27 (31%), severo en 50 (57%) y no presentaron dolor 5 (6%) P. El dolor fue opresivo en 79 (91%), se irradió en 56 (64%) y presentaron vegetativismo 71 (82%) P. No encontramos relación entre la intensidad del dolor y la edad, el sexo, la localización del IAM, los factores de riesgo, la diabetes, la cardiopatía previa o las complicaciones. El 64% de P con síndrome vegetativo aquejaban dolor severo ( $p<0,05$ ), y el 44% de los fumadores y ex-fumadores también presentaron dolor severo, siendo estos últimos más jóvenes (60 vs 67 años;  $p=0,001$ ).

**CONCLUSIONES:** El dolor del SCA es severo y opresivo en la mayoría de los pacientes. El síndrome vegetativo es más frecuente en los pacientes con más dolor. El grupo de SCA más fumadores son más jóvenes y tienen más dolor. La diabetes no modifica la severidad del dolor.

**Palabras clave:**

Coronario · dolor · valoración.

***Martes 27 de junio de 2006***

***SALA PRINCIPAL***

***08.30***

**Comunicaciones orales**





## MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS PARA LA PREVENCIÓN DE LA NEUMONÍA NOSOCOMIAL ASOCIADA A VENTILACIÓN MECÁNICA (NAV): CONOCIMIENTO Y APLICACIÓN EN LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA.

Santé Roig M, Carrillo Santín E, Jam Gatell R, Fernández Moreno I, Turégano Duaso C, Ortiz Chinchilla D, Vallés Daunís J

Consorci Sanitari Parc Taulí. Sabadell (Barcelona)

LA NAV es una complicación que presenta una elevada incidencia y morbimortalidad.

**OBJETIVO:** Evaluar los conocimientos sobre estrategias preventivas no farmacológicas (EPNF) de la NAV y su aplicación en la práctica enfermera. Analizar si existen discrepancias entre el conocimiento y su aplicación.

**METODOLOGÍA:** Estudio descriptivo y retrospectivo. Sujetos de estudio: Enfermería de cuidados críticos (64). El equipo investigador (multidisciplinar), de Enero a Mayo 2005, registró diariamente, cada turno, las 16 estrategias preventivas (basándonos en los *Centers Disease Control*) a observar en el cuidado de enfermos sometidos a ventilación mecánica (VM) mediante una parrilla estructurada, excluyendo los intubados menos de 3 días, en otros centros, reintubados, traqueostomizados e inmunodeprimidos. Mediante observación directa y encubierta detectamos la aplicación de EPNF. Enfermería cumplimentó un cuestionario tipo test de múltiples respuestas sobre los aspectos observados. Análisis: programa SPSS.

**RESULTADOS:** Se registraron 1.116 observaciones. El 75% del total de enfermeras cumplimentaron el cuestionario. De las 16 estrategias estudiadas, no se observaron discrepancias entre conocimiento y práctica excepto en las detalladas en tabla I.

**Tabla I: Discrepancias entre EPNF y conocimiento**

Estrategias	Competencia práctica	Conocimiento
Lavado manos previo / posterior aspiración	5.7% / 31.9%	89.6%
Cabezal 30-45°	57.1%	97.9%
Registro número fijación externa del tubo endotraqueal	13.5%	81.3%

**CONCLUSIONES:** El grado de conocimiento científico en el 80% de las competencias prácticas evaluadas supera el 75% de acierto en las respuestas. En el 25% de las competencias prácticas estudiadas no se obtuvo correlación con su conocimiento científico. Se precisan desarrollar actividades formativas para mejorar la calidad asistencial y reducir la morbimortalidad del paciente sometido a VM.

## ¿CONTROLAMOS ADECUADAMENTE LAS PRESIONES DE LOS NEUMOTAPONAMIENTOS?

Molano Álvarez E (1), Sánchez Chillón FJ (2), Frade Mera MJ (3), Cuenca Solanas M (1), Muñoz Delgado MT (2), Fontán Vinagre G (3).

(1) Servicio de Medicina Intensiva. Unidad de Trauma y Emergencias. Hospital Doce de Octubre. Madrid. (2) Servicio de Medicina Intensiva. Unidad de Cuidos Postquirúrgicos Cardíacos. Hospital Doce de Octubre. Madrid. (3) Servicio de Medicina Intensiva. Unidad de Cuidados Intensivos Médico-Quirúrgicos. Hospital Doce de Octubre. Madrid.

**OBJETIVO:** Valores superiores o inferiores a 15-25 Cmh2o en la presión del neumotaponamiento del tubo endotraqueal desarrollan complicaciones. Queremos determinar si en nuestra UCI se mantienen en este rango, si la enfermería conoce estos valores y si considera fiable su estimación por palpación.

**METODOLOGÍA:** Estudio descriptivo prospectivo observacional y encuesta. Criterios inclusión: pacientes intubados ingresados más de 24 horas en UCI desde octubre/2005-diciembre 2006; enfermeras con más de un año de experiencia en UCI. Se realizaron mediciones con neumomanómetro en diferentes días elegidos aleatoriamente. Se analizó la variable presión del neumotaponamiento, categorizándola como "baja" si <15, comprendida entre 15-25 "adecuada", >25 "alta" y "muy alta" si >50. Encuesta individual con pregunta abierta acerca del rango de presiones adecuado y pregunta cerrada en relación con la fiabilidad de su estimación por palpación. Variables cuantitativas expresadas como media±SD. Análisis: programa SPSS 10.0©.

**RESULTADOS:** Se realizaron 118 mediciones en 52 pacientes. Media presión 29,6 ± 19,28 y Mediana 23,5 (RI 15,7-35). 51 (43,2%) se mantenían en rango adecuado, 20 (16,9%) bajo, 29 (24,6%) alto y 18 (15,3%) muy alto. Realizaron la encuesta 58 enfermeras, 10 (17,2%) contestaron correctamente los valores de presión, 18 (31%) incorrectamente y 30 (51,7%) lo desconocían. 41 (70,7%) creen que no es fiable estimarlo por palpación.

### CONCLUSIONES:

1. La mayoría de las presiones de los neumotaponamientos se mantienen fuera del rango adecuado
2. Estos valores son desconocidos por la mayoría de las enfermeras de nuestras unidades.
3. Su estimación por palpación se considera poco fiable.

### Palabras clave:

Cuidados de enfermería · enfermería de cuidados intensivos · intubación endotraqueal.

## INFLUENCIA DE LA HEMOGLOBINA EN LA GLUCEMIA DETERMINADA A CABECERA DEL PACIENTE.

Arias Rivera S (1), Vadillo Obesso P (1), Copete A (1), Corrochano Varas S (1), Sánchez Sánchez MM (1), Sánchez Izquierdo R (1), Saiz Sanz A (1), Frutos Vivar F (1), Pascual Durán T (2).

(1) Servicio de Cuidados Intensivos. (2) Área de gestión de Análisis Clínicos. Hospital Universitario de Getafe. Getafe (Madrid).

**OBJETIVO:** En algunos estudios se ha descrito que el nivel de hemoglobina puede influir en la validez de la glucemia determinada a cabecera del paciente. Nuestro objetivo es evaluar la influencia del nivel de hemoglobina en la fiabilidad de las glucemias capilar y arterial a cabecera del paciente.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio observacional prospectivo desarrollado en una unidad polivalente de 18 camas durante 4 meses. Se compararon 8 muestras obtenidas a la cabecera del paciente (3 en sangre capilar y 5 en sangre arterial), con la glucemia plasmática como *gold standard*. Se midió el nivel de hemoglobina y hematocrito en el momento de las determinaciones. Las mediciones a la cabecera fueron realizadas con tiras reactivas MediSense® OptiumT Plus y glucómetro MediSense® OptiumT. El análisis estadístico se realizó mediante T de Student y Bland y Altman.

**RESULTADOS:** obtuvimos 630 muestras en 70 pacientes. La media (DS) de las mediciones fueron: 1) capilares: 149 (36), 2) arteriales: 142 (34), 3) glucemia plasmática: 138 (33). Treinta y cuatro pacientes tenían hemoglobina inferior a 10 gr/dl, las medias obtenidas en estos pacientes fueron: 1) capilares: 149 (31), 2) arteriales: 141 (30), 3) glucemia plasmática: 130 (30). Catorce pacientes tenían hemoglobina superior o igual a 12gr/dl, las medias obtenidas en estos pacientes fueron: 1) capilares: 126 (28), 2) arteriales: 126 (23), 3) glucemia plasmática: 137 (30). Las glucemias a cabecera del paciente cuando la hemoglobina <10 gr/dl están sobreestimadas con un error sistemático mínimo de 11 mg/dl, mientras que las glucemias a la cabecera con hemoglobinas >12 gr/dl están infraestimadas con un error sistemático de 11 gr/dl.

**CONCLUSIONES:** En la interpretación de la glucemia a cabecera del paciente se debería tener en cuenta su nivel de hemoglobina.

**Palabras clave:**

Determinaciones a la cabecera del paciente · glucemia capilar · glucemia plasmática · hemoglobina.

## **ESTUDIO DE VALIDEZ DE LA ESCALA DE VALORACIÓN ACTUAL DEL RIESGO DE DESARROLLAR ÚLCERAS POR PRESIÓN EN CUIDADOS INTENSIVOS. (EVARUCI).**

García Martín MR, Balugo Huertas S, González Ruiz JM, Navarro de la Peña L, Núñez Méndez P.

Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital de Fuenlabrada. Fuenlabrada (Madrid).

**OBJETIVO:** Una complicación del ingreso en UCI es el desarrollo de úlceras por presión (UPP); para detectar el riesgo de su aparición no se emplean escalas específicas. Nuestro objetivo es determinar la validez de una escala específica para pacientes críticos (EVARUCI).

**MATERIAL Y MÉTODO:** Estudio prospectivo descriptivo. Población: pacientes críticos ingresados en la UCI del Hospital de Fuenlabrada desde febrero 2005 a enero 2006. Criterios de exclusión: estancia < 4 días, no recogida de datos en 48 horas, UPP al ingreso. Variables cuantitativas y cualitativas expresadas con: estadísticos descriptivos (medias + desviación típica) y frecuencias; analizadas con curva ROC. Intervalo de confianza del 95%.

**VARIABLES:** Puntuación total, subescalas, datos demográficos, antecedentes personales, cuidados de enfermería. Recogida de datos en soporte informático PICIS, con registro paralelo en papel. Análisis de datos con SPSS v12. Recogida de datos cada 24 horas.

**RESULTADOS:** Incluidos 97 pacientes de los que 62 cumplieron requisitos finales. 11 desarrollaron UPP (18.96%). Días de estudio: 10.10+/-11.25. Nº de valoraciones totales: 626; media de valoraciones por paciente (10.26+/-10.35). Curva ROC 0.938 (0.868-1.00) para la media de las puntuaciones, curva ROC puntuación inicial 0.909 (0.832-0.986), y curva ROC puntuación final 0.952 (0.90-1.00) con IC 95%. Con punto de corte de 12, muestra una sensibilidad del 90.90% y una especificidad del 56.25%.

**CONCLUSIONES:** La escala EVARUCI tiene una validez suficiente para detectar los pacientes críticos con riesgo de desarrollar UPP.

**Palabras clave:**

Escalas · factores de riesgo · prevención · úlceras por presión.

## RELACIÓN ENTRE LA ESCALA APACHE III Y LA ESCALA NORTON EN LA APARICIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.

Almirall Solsona D (1), Leiva Rus A (2), Gabasa Puig I(1), Yáñez Juan A (2), González de Velasco y Soloeta JP (1), López Moreno R (2).

(1) Servicio de Medicina Intensiva. Hospital General de Víc. Barcelona. (2) Servicio de Epidemiología. Hospital General de Víc. Barcelona.

**OBJETIVO:** Determinar la influencia de la severidad de la enfermedad mediante la escala Apache III, en el desarrollo de úlceras por presión (UPP) en una unidad de cuidados intensivos (UCI).

**METODOLOGÍA:** Estudio prospectivo de cohortes en una UCI polivalente. Se recogieron los datos referentes a edad, sexo, días de estancia, puntuación Norton y Apache III y aparición de UPP de los pacientes ingresados, se incluyeron un total de 351 pacientes del año 2001, con criterios de inclusión: Mayores de 18 años, permanecer en la UCI un tiempo > o igual a 48 horas y que no presentar UPP en el momento del ingreso. Análisis estadístico: SPSS vers.12. para variables cuantitativas utilizamos el test de t-student, y para las cualitativas el  $\chi^2$ .

**RESULTADOS:** Aparecieron UPP en el 12,5% de los pacientes. Los factores significativamente asociados fueron: días de estancia en la UCI, puntuación en la escala Norton < o igual a 14 y severidad de la enfermedad mediante escala Apache III. El grupo de pacientes que presentó mayor probabilidad de desarrollar UPP tenía una puntuación Norton < o igual a 14 y un Apache III > o igual a 50 (Odds Ratio: 37,9, IC 95% 11,16-128,47).

**CONCLUSIÓN:** La severidad de la enfermedad medida con la escala Apache III demostró estar relacionada con la aparición de UPP.

La utilización conjunta de las escalas Apache III y Norton es una buena estrategia para detectar a los pacientes con riesgo muy elevado de padecer UPP.

**Palabras clave:**

Escala Apache III · escala Norton · úlceras por presión · unidad de cuidados intensivos.



***Martes 27 de junio de 2006***

***SALA LUNETTA***

***08.30***

**Comunicaciones orales**





## SITUACIONES GENERADORAS DE ESTRÉS EN EL PACIENTE CRÍTICO.

Ayllón Garrido N, Álvarez Rodríguez MJ, González García MP.

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

**OBJETIVOS:** En las unidades de cuidados intensivos (UCI) los pacientes están sometidos a situaciones estresantes. Este estudio tiene como objetivos: identificar los factores considerados estresantes por los pacientes y comparar estas percepciones entre pacientes ingresados en UCI y pacientes postoperados en una Unidad de Reanimación (UR).

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio comparativo, descriptivo, prospectivo. Fueron incluidos 91 pacientes de UCI y 71 pacientes de UR, seleccionados por orden consecutivo de ingreso cumpliendo criterios de inclusión: edad  $\geq 18$  años, no padecer: trastorno psíquico, traumatismo craneoencefálico, consumo de drogas, infección cerebral, accidente cerebrovascular. Se utilizó la "Escala de estresores ambientales de Ballard", validada. Este cuestionario fue cumplimentado por el paciente una vez dado de alta de la unidad. Los 43 ítems se puntuaron mediante escala Likert (1-4), de nada a muy estresante y se cuantificó el número y porcentaje de pacientes.

**RESULTADOS:** Los principales factores considerados como bastante o muy estresantes en UCI fueron tener sed (62.6%) y alteración del sueño (42.9%). Los pacientes de la UR consideraron más estresante la presencia de tubos (51.92%) y la limitación de la movilidad (33,96).

**CONCLUSIONES:** A los pacientes ingresados en UCI o UR les generan mayor estrés situaciones derivadas de su estado más que de su patología o de los factores ambientales que consideran poco o nada estresantes. El estrés generado por las necesidades físicas (sed y sueño) en los pacientes de UCI frente al disconfort e inmovilidad que señalan los ingresados en UR puede justificarse por una estancia media más larga de los primeros.

**Palabras clave:**

Estrés · factores estresantes · pacientes · unidad de cuidados intensivos.

## CICLO DE EVALUACIÓN Y MEJORA SOBRE LA APARICIÓN Y LAS CURAS DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN EN UN SERVICIO DE CUIDADOS INTENSIVOS DE UN HOSPITAL GENERAL.

Martínez Huescar M, Flores Baeza MJ, Martínez Aroca C, Asensio Villalba MI, Rodríguez Mondéjar JJ, Sevilla Vallés MA, Núñez Fuentes F.

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

**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO:** En las unidades de intensivos se producen un número no despreciable de úlceras por presión como consecuencia de distintos factores que afectan al paciente, pero nos consta que se pueden disminuir o minimizar elevando la calidad de la dimensión científico-técnica del servicio, y por supuesto generando el beneficio paralelo al enfermo ingresado. El objetivo general es conocer los aspectos que podemos mejorar (oportunidad de mejora) relacionados con la detección y tratamiento de las úlceras por presión en nuestro medio, como objetivo específico iniciar las medidas oportunas para corregir defectos de calidad en la prestación de sus cuidados.

**PERSONAS Y METODOLOGÍA:** Problema detectado: aparición de úlceras por presión. Tipo de estudio: prospectivo y transversal. Población y muestra: todos los pacientes de riesgo que ingresaron en la UCI coronaria del HGU Morales Meseguer de Murcia (donde estaba ubicado el personal del HGU de Murcia). Dimensión estudiada: La científico-técnica. Relacionado con el proceso dentro de la calidad. Tiempo: 6 meses contando con la reevaluación (de junio a diciembre). Método: Se realiza un análisis de defectos de calidad y priorización de la intervención. Se describieron 7 criterios contabilizando cumplimientos e incumplimientos, así como frecuencias absolutas y relativas. Se hizo un diagrama de causa/efecto, así como se aplicó a los resultados el diagrama de Pareto, típico de los estudios de evaluación y mejora de la calidad. Se hizo el intervalo de confianza y se calculó el cumplimiento puntual. Se obtuvieron los tres criterios más relevantes y se trabajó con medidas correctoras sobre los mismos. También tras la reevaluación se obtuvo el grado de significación estadística, aceptando un nivel de error del 5%.

**RESULTADOS:** población estudiada 110 pacientes, con riesgo de presentar úlcera por presión 51. Criterios: C1-Escala de Norton = 61 incumplimientos (inc.), cambios posturales c/2h = 0 inc., C2-Superficies para disminuir la presión = 0 inc., C3-Registro de tratamiento local de úlceras por presión (upp) = 24 inc., C4-Registro de periodicidad de la cura = 0 inc., Registro de localización de upp = 11 inc, Registro de grado de la úlcera=0 inc. Datos finales tras la intervención y mejora absoluta y relativa conseguida: C1 = 13,27 (mejora absoluta), 23,70 (mejora relativa)  $p < 0.001$ . C4 = 42,5 y 53,22  $p < 0.001$ , C6 = 11 y 30,55  $p > 0.05$ .

**CONCLUSIONES:** 1. Se ha conseguido mejorar utilizando esta metodología de estudio, concretándose en la valoración de la escala de Norton y en el registro diario del tratamiento local de la upp. 2. Existe mayor concienciación de los profesionales en la importancia de modificar nuestras costumbres, basándose en datos concretos medibles.

**Palabras clave:**

Calidad · úlceras por decúbito · úlceras por presión · unidad de cuidados intensivos.

## ERRORES DE MEDICACIÓN EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL DE CABUEÑES.

Falcón Ruiz J, Llera González E, Díaz Pérez N, González Quintana D, Fernández Díaz Y.

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

**OBJETIVO:** Conocer los errores de medicación que se producen en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

**METODOLOGÍA:** Estudio de cohortes. Los criterios de inclusión fueron todos los pacientes ingresados desde el 13/1/05 hasta el 13/4/05. La población fue 154 pacientes, de los cuales 105 pertenecían a la unidad de coronarias y 49 a la de polivalentes. La recolección de los datos fue a través de un formulario simple en formato papel y también en una base de datos en el ordenador de la unidad.

**RESULTADOS:** Se detectaron 124 situaciones de error, de las que en el turno de la mañana se produjeron el 78.23%. En la unidad de polivalentes se cometieron el 67.75% del total, siendo el personal de enfermería el que mayor número de errores comete con un 70.97%. La repercusión para el paciente fue nula en el 59.68% y solamente hubo lesión en el 1.61%. El tipo de error más repetido ha sido el horario, con un 33.87% de los casos. La tasa de errores de medicación que se cometieron en ese periodo de tiempo fue del 0.49%.

### CONCLUSIONES:

1. La incidencia de errores de medicación en la UCI del Hospital de Cabueñes es baja.
2. La mayor tasa de errores en la UCI del Hospital de Cabueñes la comete la enfermera en el turno de mañana, con los enfermos de la unidad de polivalentes, sin repercusión para el paciente, y siendo el error horario el que más se repite.

### Palabras clave:

Errores de medicación · registros · sistemas de información · unidad de cuidados intensivos.

## INCIDENCIA DE EXTUBACIONES NO PROGRAMADAS EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS Y FACTORES RELACIONADOS.

Ayllón Garrido N, Rodríguez Borrajo MJ, Soleto Paredes G, Álvarez González MJ.

Hospital Txagorritxu. Vitoria (Álava).

**OBJETIVOS:** La extubación no programada (ENP) es una de las complicaciones graves ligadas a la vía aérea artificial, presentándose en tres situaciones: obstrucción del tubo orotraqueal (TOT), extubación accidental y autoextubación. La ENP es un índice de calidad de cuidados en UCI. Son objetivos de este estudio:

- Cuantificar la incidencia de extubación no programada en UCI.
- Determinar los factores relacionados.

**MATERIAL Y MÉTODO:** Estudio prospectivo de casos-contrroles. Se incluyeron todos los pacientes mayores de 18 años con TOT sometidos a VMI más de 12 horas desde 29-03-05 hasta 15-12-05. Variables: edad, APACHE II, días de estancia, días con TOT, fase de destete. Test de contraste: U de Mann-Whitney.

**RESULTADOS:** Se incluyeron 83 pacientes de los cuales fallecieron 22. De los 61 pacientes, 44 varones y 17 mujeres con edades de 70 +/- 12.4 y 73 +/- 12.6 años respectivamente. Se produjo extubación no programada en 12 casos (tasa de incidencia 4.05/100 pacientes-día) de los cuales 2 fueron por obstrucción del TOT, 1 extubación accidental y 9 autoextubaciones. 8 de las autoextubaciones se produjeron en fase de destete. Hubo 2 reintubaciones: por obstrucción de TOT y en el caso accidental.

**CONCLUSIONES:** La autoextubación es relativamente frecuente en nuestra unidad. Apenas hubo reintubaciones, no observándose, por tanto, incremento de la morbimortalidad. No se relaciona con el índice pronóstico, días de estancia o días con TOT, pero sí con la fase de destete, lo que apunta a una prolongación excesiva de este periodo o infrasedación. Las extubaciones accidentales son infrecuentes pero más graves porque suelen requerir reincubación.

**Palabras clave:**

Autoextubación · extubación accidental · reintubación · unidad de cuidados intensivos.

***Martes 27 de junio de 2006***

***SALA PRINCIPAL***

***13.00***

**Comunicaciones orales**





## IMPACTO DE LA IMPLANTACIÓN DE UN ALGORITMO DE NUTRICIÓN ENTERAL PARA ALCANZAR EL SOPORTE NUTRICIONAL COMPLETO EN EL PACIENTE CRÍTICO.

Franco I, Turégano Duaso C, De la Cruz E, Jam Gatell R, Pérez Moreno F, Mestre J, García Esquirol O.

Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Parc Taulí de Sabadell. Sabadell (Barcelona).

**INTRODUCCIÓN:** Un soporte nutricional adecuado en los pacientes críticos disminuye el riesgo de complicaciones como son las lesiones de piel por presión, cicatrización de heridas quirúrgicas, infecciones..., lo que conlleva un descenso en la morbilidad. En consecuencia evitar la desnutrición debe ser un objetivo prioritario en el paciente de UCI.

**OBJETIVO:** Evaluar el impacto de la implantación de un algoritmo de decisión de nutrición enteral (NE) por parte de las enfermeras, para alcanzar el soporte nutricional completo en el paciente crítico en un tiempo  $\leq 24$ h.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** El algoritmo fue elaborado por un equipo multidisciplinar de cuatro enfermeras y dos médicos de UCI. Y su implantación se llevó a cabo en el mes de marzo del 2005. Se realizaron varias sesiones al personal de enfermería para explicar el algoritmo. Tras instaurar el algoritmo se realiza un estudio descriptivo y prospectivo. El periodo estudiado fue durante el mes de abril de 2005, donde se incluyeron a todos los pacientes ingresados en UCI con soporte nutricional enteral. Se recogen diariamente datos de tipo sociodemográficos, orientación diagnóstica, días de estancia en UCI, farmacopea, tipo de dieta, día de inicio de la dieta y complicaciones durante su administración. El análisis estadístico se efectuó con el programa SPSS.

**RESULTADOS:** En ese periodo se evaluaron un total de 23 pacientes con nutrición enteral, 9 (39%) de los cuales fueron excluidos por tener en el momento del análisis el soporte nutricional ya instaurado. De los 14 (60,8%) pacientes restantes, 8 (57%) de ellos consiguen el aporte nutricional completo en las primeras dieciséis horas y 2 (14%) lo consiguen en 24 horas. Los 4 (28,5%) restantes no consiguen dicho objetivo en 24h, tres de ellos por problemas de tolerancia y uno por incumplimiento del algoritmo.

**CONCLUSIONES:** Un algoritmo de nutrición enteral controlado por las enfermeras, facilita en la mayoría de los enfermos (71%) alcanzar el soporte nutricional completo en un tiempo  $\leq 24$ h.

### Palabras clave:

Algoritmo · nutrición enteral · paciente crítico · soporte nutricional.

## LA ENFERMERÍA DE UCI Y UCC EN ESPAÑA. ANÁLISIS BIBLIOMÉTRICO DE 334 ARTÍCULOS.

Lizarbe Chocarro M.

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

**OBJETIVO:** Análisis de la producción científica sobre la enfermería de UCI y UCC desde 1975, aplicando la metodología bibliométrica.

**METODOLOGÍA:** Se realizó un análisis bibliométrico de 334 artículos producidos en España dentro del campo de la enfermería en UCI y UCC, recogándose: año y revista de publicación, número de autores por artículo, análisis cualitativo y cuantitativo de las referencias bibliográficas, temática del artículo y método estadístico utilizado en el tratamiento de los datos. Se analizaron los autores de los artículos, el sexo, nivel de estudios, lugar de trabajo y origen, y se aplicó la ley de Lotka. Se recogió el centro de referencia y la colaboración institucional. Para el tratamiento se utilizó el SPSS v.12.0

**RESULTADOS:** La enfermería de UCI y UCC es una ciencia joven con un alto ritmo de crecimiento, observándose un importante punto de inflexión positivo en 1994, año de inicio de la revista «Enfermería Intensiva».

Cumplimiento de la ley de Lotka.

El núcleo de la ley de Bradford está compuesto por la revista Enfermería Intensiva.

El tipo de artículo más utilizado ha sido el tipo "original" de corte transversal, el tema más estudiado el circulatorio y/o coronario y el procedimiento estadístico más aplicado, la prueba Chi cuadrado.

La media de referencias por artículo es de 11,59 revistas y 4,41 libros, siendo el inglés el idioma más utilizado con una media de 9.81 citas frente a las 7.42 en castellano.

**CONCLUSIONES:** Se trata de una ciencia joven, de rápido crecimiento, con una calidad de artículos progresivamente más elevada.

**Palabras clave:**

Análisis bibliométrico · bibliometría · enfermería de UCI y UCC.

## INCIDENCIA DE BACTERIEMIA RELACIONADA CON CATÉTER Y DE COLONIZACIÓN DE PUNTA EN UNA UNIDAD DE CIUDADOS INTENSIVOS. ESTUDIO PROSPECTIVO.

Álvarez González MJ, Ayllón Garrido N, Díaz de Durana Santa Coloma S, Rodríguez Borrajo MJ, Santos Cambero I, Vila Gómez M.

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

### OBJETIVOS:

- 1.- Determinar tasa de bacteriemia relacionada con catéter (BRC)
- 2.- Estimar tasa de colonización de CVC (CCVC).
- 3.- Analizar relación entre localización del CVC y BRC/CCVC

**METODOLOGÍA:** Estudio prospectivo descriptivo, período 11 meses 2005. (922 pacientes atendidos este período).

BRC: Se aislaba el mismo microorganismo en hemocultivo y en punta de CVC, con procedimiento semicuantitativo Maki.

CCVC: Microorganismo punta de CVC sin signos clínicos de infección. Se realizó seguimiento de los pacientes durante diez días desde su alta de UCI buscando cultivos positivos en hemocultivo y punta CVC.

Variables sociodemográficas, estancia, Apache II, comorbilidades, y del CVC: localización, permanencia. Variables cualitativas: porcentaje; las continuas: mediana rango intercuartil. Tasa de Incidencia/1000 días de pacientes portadores de CVC con IC95%.

**RESULTADOS:** Se estudian 488 CVCs correspondientes a 357 pacientes que cumplían criterios de inclusión (Sexo: 70% varones; edad: 66±15; Apache II=15 (8-21)); estancia: 3 días (2-7). Localización: El 49,38% antecubitales, 21,52% subclavia, 29,70% yugular y 8,09% femoral. La mediana de permanencia 5 días (4-7). Canalizados por enfermería el 39,75% del total de CVC, en zona antecubital. Se objetivó BRC en 9 CVC de otros tantos pacientes (Tasa: 3'75%; IC 96%: 1,95-7,21), 8 de ellos en lado dcho., 4 en subclavia dcha. (Tasa: 12.19%; IC 96%: 4.57-32.4). Se contabilizaron 58 casos de CCVC (Tasa: 24,17%, IC 95%: 18,69-31,27), mayor incidencia en yugular dcha. (15 casos; Tasa: 37,22; IC 85%: 22,43-61,73).

### CONCLUSIONES:

- Nuestra tasa de BRC fué menor que el estándar del CDC (6?), Centres for Disease Control and Prevention.
- Los CVCs con menor tasa de BRC y menor colonización fueron de localización antecubital y colocados por enfermería.
- Parece existir relación entre localización subclavia y yugular dcha. y BRC/CCVC.

### Palabras clave:

Bacteriemia asociada a catéter · control de calidad · estándar · infecciones relacionadas con catéteres venosos centrales · unidad de cuidados intensivos.

## CUIDADO DE CATÉTERES VENOSOS CENTRALES: PRÁCTICA *VERSUS* EVIDENCIA.

Martínez Lareo M (1), Venturini Medina MC (2), Chocarro González L (2), Bonilla Zafra G (1), Carmona Monge FJ (1).

(1) Unidad de Cuidados Críticos. Fundación Hospital de Alcorcón. Alcorcón (Madrid). (2) Profesor titular Enfermería Medico-Quirúrgica. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Rey Juan Carlos. Alcorcón (Madrid).

**INTRODUCCIÓN:** La elevada incidencia (4,02 por 1.000 días de cateterización) de la bacteriemia relacionada con catéter venoso central (CVC) en cuidados intensivos pone de relieve la necesidad de disponer de la mejor evidencia posible en el cuidado de dichos dispositivos. El objetivo de este trabajo es conocer la práctica enfermera habitual y evaluar los conocimientos sobre dicha evidencia.

**METODOLOGÍA:** Estudio transversal descriptivo realizado en una unidad con 16 camas de intensivos y 50 enfermeras. Se utilizó un cuestionario con dos partes:

1. Análisis de la práctica habitual en el cuidado de los CVC.
2. Evaluación de los conocimientos sobre la evidencia disponible en el cuidado de los CVC.

El estudio se realizó entre diciembre 2005 y enero 2006. El análisis de los datos se realizó con el SPSS 13.0.

**RESULTADOS:** El porcentaje de respuesta fue 66% (n = 33). Dividimos los resultados en:

1. Relación práctica clínica vs evidencia científica. Mayor diferencia entre ambas en los ítems:
  - a. Técnica de cura (48% diferente a la evidencia)
  - b. Vigilancia punto de inserción (60,6%)
  - c. Cambio de sistemas (78,8%)
2. Relación conocimientos teóricos vs evidencia científica. Mayor diferencia entre ambas en los ítems:
  - a. Cambio rutinario vía central (51,6%)
  - b. Cambio de sistemas (66,6%)
  - c. Cura punto de inserción (61,8%)
  - d. Preparación piel (46,3%)

**CONCLUSIONES:** Existe una importante diferencia entre la mejor evidencia disponible, los conocimientos y la práctica diaria de los profesionales enfermeros en el cuidado de los CVC.

Se plantea la necesidad de buscar y desarrollar estrategias de enfermería basadas en la evidencia científica aplicables al cuidado diario de los pacientes.

**Palabras clave:**

Bacteriemia · catéteres centrales · cuidados de enfermería · enfermería basada en evidencia.

## INCIDENCIA DE EVENTOS ADVERSOS DURANTE EL TRASLADO DEL PACIENTE DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS A DIFERENTES PRUEBAS DIAGNÓSTICAS.

Robles Rangil MP, Torres Lizcano M, Cantos de la Cuesta Y, Córcoles Gallego T, Muñoz Ruiz F.

Servicio de Medicina Intensiva y Grandes Quemados. Hospital Universitario de Getafe. Getafe (Madrid).

**INTRODUCCIÓN:** Es frecuente el traslado del paciente de UCI para la realización de pruebas diagnósticas y/o terapéuticas.

**OBJETIVOS:** Medir si el traslado supone riesgo añadido y si precisa medidas correctoras.

Valorar si el protocolo de traslado de pacientes a pruebas diagnósticas se ajusta a nuestras necesidades reales.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio prospectivo de cohorte sobre pacientes ingresados consecutivamente en una UCI polivalente, entre el 27/7/05 y 29/11/05.

Se incluyeron todos los pacientes sometidos a pruebas diagnósticas fuera de la unidad.

Eventos adversos medidos: desaturación, desadaptación, hipotensión e hipertensión arterial, arritmias, hemorragia, hipertensión intracraneal, parada cardiorrespiratoria y retirada de dispositivos. La monitorización se realizó durante el traslado, la prueba y hasta 60 minutos después del regreso del paciente a la unidad.

Se registraron las medidas correctoras aplicadas

**RESULTADOS:** Los pacientes estudiados fueron 47. Generaron 72 pruebas diagnósticas. La prueba más frecuente fue la TAC (84,7%).

El 25% (18/72) presentó evento adverso. Los más frecuentes: hipotensión (11%), hipertensión arterial (7%), desadaptación (7%) y desaturación (6%). Medidas correctoras más frecuentes: sedación y/o analgesia (19,4%), infusión de fluidos (7%), modificación de drogas vasoactivas (5,6%) y modificación de parámetros ventilatorios (2,8%).

No se interrumpió ninguna prueba. En el 18% de los casos se utilizó "maletín de transporte".

**CONCLUSIONES:** La incidencia de eventos adversos fue baja, y se resolvió mediante la aplicación de las medidas oportunas. Nuestro protocolo de traslado se ajusta a las necesidades aunque presente algún aspecto susceptible de revisión.

**Palabras clave:**

Eventos adversos · traslado a pruebas diagnósticas.



***Martes 27 de junio de 2006***

***SALA LUNETTA***

***13.00***

**Comunicaciones orales**





## CUIDAR EN INGLÉS: ¿WHY NOT? ANÁLISIS DE PACIENTES EXTRANJEROS CON DIFICULTAD DE COMUNICACIÓN IDIOMÁTICA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE UNA ZONA TURÍSTICA.

Lacasaña Bellmunt P, Ramos Rodríguez JM, Rueda García J, Aguilar Martínez R, Andrés Stierman D, Gámez Cantero S.

Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital can Misses. Ibiza (Illes balears).

El déficit de comunicación con el paciente extranjero por problemas idiomáticos, impide la adecuada evaluación de las necesidades y cuidados que este precisa.

**OBJETIVOS:** 1) Cuantificar el número de pacientes con dificultades de comunicación idiomáticas (PDCI) en nuestra UCI. 2) Valorar la necesidad de conocimiento idiomático que precisan las enfermeras de UCI, para la atención, los cuidados y necesidades de comunicación a estos pacientes.

**METODOLOGÍA:** Estudio retrospectivo de pacientes extranjeros sin conocimientos de español (PDCI) ingresados en UCI desde enero-noviembre/2005, con subgrupo mayo-octubre/2005 (temporada turística). Variables analizadas: número de ingresos, estancias y nacionalidad, expresadas en frecuencias absolutas/relativas, mediante revisión de historias clínicas.

**RESULTADOS:** Ver Tablas 1 y 2. El mes con más ingresos PDCI fue septiembre (34.5%) y agosto en estancias (51.9%) del total.

Ingr En-Nov	Ingr PDCI En-Nov	% Ingr PDCI En-Nov	Ingr Mayo-Oct	Ingr PDCI Mayo-Oct	% Ingr PDCI Mayo-Oct
404	66	16,34%	212	48	22,64%

Estancias En-Nov	Estancias PDCI En-Nov	% Estancias PDCI En-Nov	Estancias Mayo-Oct	Estancias PDCI Mayo-Oct	% Estancias PDCI Mayo-Oct
1.996	508	25,45%	1.055	421	39,91%

El 72.7% de ingresos y el 82.9% de estancias de PDCI fueron en el periodo Mayo-Octubre. Por nacionalidades y periodos (En-Nov/Mayo-Oct) destacan los británicos con 51.5%/62.5% de ingresos y 51.1%/63.9% de estancias de PDCI, que suponen un 14.3%/25.50% de las estancias totales en UCI en esos periodos.

**CONCLUSIONES:** 1) El número de pacientes con dificultades de comunicación idiomática es muy alto, especialmente en Mayo-Octubre, 40% estancias y 22% ingresos, destacando los británicos, que suponen el 25% estancias totales. 2) En estos pacientes se presentaban los diagnósticos de enfermería: Aislamiento Social, deterioro comunicación verbal, riesgo de soledad y riesgo de baja estima situacional. 3) Creemos prioritaria la formación en idiomas (inglés) para las enfermeras de nuestra UCI.

### Palabras clave:

Aislamiento · calidad de cuidados · cuidados de enfermería · formación · idiomas · necesidades de comunicación · turismo · unidad de cuidados intensivos.

## LA INFORMACIÓN, UN CUIDADO ENFERMERO DE CALIDAD.

Moreno Mulet, C, Socias Crespí L, Castillo Domingo L, García Pazo P, Tomás Ramón C.

Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Son Llàtzer. Palma de Mallorca. (Baleares).

**OBJETIVO:** Evaluar y comparar la calidad percibida por los pacientes y sus familiares ingresados en nuestra unidad en relación a la información y atención recibida por el equipo de enfermería para detectar aspectos de mejora en la prestación de cuidados.

**METODOLOGÍA:** Estudio descriptivo transversal mediante dos cuestionarios de respuestas cerradas. Análisis comparativo de las variables comunes. La población estudiada fue los pacientes ingresados en nuestra unidad durante los meses de mayo a agosto del 2005, y sus familiares. Se excluyeron los éxitus, traslados a otro hospital, pacientes con una estancia inferior a 72 horas y/o que en el momento de la entrevista estuvieran incapacitados para contestar.

**RESULTADOS:** Se realizaron 132 encuestas. En relación a la información recibida los resultados fueron: Conocimiento del nombre y categoría (pacientes (p): 45%, familia (f) 30%); funcionamiento de la UCI (p: 90%; f: 90%). Los cuidados r/c: higiene (p: 75%,f: 68%), movilización (p: 87%, f: 69%), alimentación (p:87%, familia: 75%), necesidad de sujeciones (p: 75%, f: 70%), constantes (p: 84%, f: 72%), sueros y sondas (p: 76%, f: 63%), mejoras y logros (f: 86.2), comunicación con el paciente intubado (p: 65%, f: 78%), preocupaciones del paciente (f: 70.8). Otros aspectos: Ayuda para la toma de decisiones (f: 45%), sentirse escuchado (p: 85%, f: 90%). Deseo de integración cuidados (f: 34%).

**CONCLUSIONES:** La valoración global de pacientes y familiares es buena. Sienten que reciben una información completa sobre los cuidados que prestamos. En cambio, la mayoría no conocen nuestros nombres. Denotamos una falta de ayuda en la toma de decisiones.

**Palabras clave:**

calidad percibida · cuidados de enfermería · familia · información · satisfacción.

## PESO Y TALLA ESTIMADOS *VERSUS* REAL.

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

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

Los índices de peso y talla son procedimientos no invasivos rápidos e imprescindibles para el cálculo del índice de masa corporal (IMC). Dado que la mayoría de los tratamientos administrados al paciente en la unidad de cuidados intensivos (UCI) se calculan en función de estos parámetros nos planteamos este estudio.

**OBJETIVOS:** Comparar el peso, talla e IMC estimados del paciente al ingreso en UCI con la medida real de los mismos y conocer los porcentajes de delgadez, normopeso, sobrepeso y obesidad.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio prospectivo comparativo realizado en la UCI del Hospital Universitario Son Dureta del 16 de noviembre del 2004 al 20 de marzo del 2005. Se elaboró una hoja de recogida de datos registrando las variables a estudio. El peso real se obtuvo mediante balanzas electrónicas digitales; la talla real mediante cinta métrica flexible, el IMC = kilos/m<sup>2</sup>, mientras que los parámetros estimados eran los considerados por el personal al ingreso del paciente.

**MÉTODO ESTADÍSTICO:** : t-student para muestras pareadas.

**RESULTADOS:** Se obtuvieron un total de 100 registros completos.

73% hombres y 27% mujeres.

Las medias obtenidas fueron: peso estimado 75,13 desviación estándar (DE) +- 1,39; peso real 75,48 DE +- 1,37; talla estimada 1,62 DE +- 0,29; talla real 1,66 DE +- 0,10; IMC estimado 27,18 DE +- 4,80; IMC real 27,32 DE +- 5,46.

Delgadez 8%, normopeso 22%, sobrepeso 45%, obesidad 25%.

**CONCLUSIONES:** No se han observado diferencias significativas en los parámetros estudiados. ¿Será por la pericia y experiencia del personal de enfermería?

**Palabras clave:**

Datos antropométricos · índice de masa corporal · peso · prevalencia · talla · unidad de cuidados intensivos.

## ASPECTOS Y OPINIONES SOBRE SU ESTANCIA FORMATIVA PRÁCTICA, DESARROLLADA POR ALUMNOS DE ENFERMERÍA DE TERCER CURSO EN EL SERVICIO DE CUIDADOS INTENSIVOS.

Peñalver Hernández F (1), Rabadán Anta MT (2), Rodríguez Mondéjar JJ (2), Martínez Oliva JM (2), Romero Pareja MD (2), Carrión Tortosa F (2), Sánchez Verdejo A (2), Maestro Garrido A (1), López Amorós A (2).

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

(2) Servicio de Medicina Intensiva. Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia.

**INTRODUCCIÓN:** Los alumnos de enfermería vienen desarrollando sus prácticas clínicas en nuestras unidades de cuidados intensivos (UCIs) de forma estable durante varios años, pero no teníamos retroalimentación escrita de su estancia y como percibían el servicio en relación a las mismas. El objetivo general ha sido conocer mejor que piensan los alumnos de tercer curso de enfermería sobre sus prácticas clínicas y sobre la UCI, como objetivo específico se plantea el mejorar y el corregir aquellos factores o situaciones que se ven como puntos débiles.

**MATERIAL Y MÉTODO:** Tipo de estudio: Prospectivo, descriptivo y longitudinal. Definición de caso: alumnos de enfermería de tercer curso que realicen sus prácticas en nuestra UCI. Lugar de realización: UCI polivalente de 10 camas\* dentro de un hospital general universitario. Dimensión estudiada: calidad en clientes internos. Se estudia el resultado-satisfacción. Tiempo: Cursos lectivos durante 8 años (siendo el 1º el 1992/93 y último 2004/05). Fuente de datos: cuestionario específico auto-administrado entregado al finalizar las prácticas en el servicio. Las variables recogidas más representativas son los datos sociodemográficos, organización de las prácticas, colaboración de los profesionales y sugerencias para mejorar las prácticas. Procesamiento estadístico: se ha utilizado el paquete SPSS/PC, v.12.0 en castellano, realizando estadística descriptiva para variables cuantitativas con cálculo de medias, desviación estándar (DE), máximo y mínimo, y para las cualitativas se expresan en porcentajes.

**RESULTADOS:** La muestra recogida fue de 152 casos, edad media 22,5 años DE 2,9 (20-36). Sexo: varón 38 (25,5%), mujer 111 (74,5%). N.º de respuestas/cursos lectivos: destacar año 2001/02: 32 (21,1%), y año 1992/93: 29 (19,1%). Tiempo medio prácticas en días 15, turno de mañanas 8,2 días, tardes 6,5. Organización de las prácticas adecuada 102 (67,1%). Sugerencias: más tiempo prácticas 112 (77,2%) y un profesor en exclusiva 22 (15,2%). Le gustaría trabajar en UCI 139 (92,1%).

**CONCLUSIONES:** 1.El alumno de enfermería de 3er curso se siente satisfecho tras su paso por UCI. 2. Aportan como a mejorar el aumentar las horas de prácticas clínicas en este servicio y en tener un profesor "en exclusiva". 3. No les importaría trabajar en UCI porque les gustan los "cuidados integrales que se prestan" y "la dinámica de trabajo".

### Palabras clave:

Alumno · formación · opinión · organización · prácticas · tercer curso.

***Martes 27 de junio de 2006***

***SALA PRINCIPAL***

***16.30***

**Comunicaciones orales**





## EVALUACIÓN Y CONTROL DE CALIDAD DE LOS CARROS DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR.

Esperón Güimil JA (1), Angueira Castelo C (1), Bueno Iglesias PJ (2), Cores Fresco RM (1), Escudero Quiñones AI (1), Fernández Camiña MC (1), Fernández Costa C (1), Freire Rodríguez M (1), González González M (1), Ocampo Piñeiro A (1), Piñeiro Dios MJ (1), Poceiro Salgado SM (1).

(1) Unidad de Cuidados Críticos. Complejo Hospitalario de Pontevedra. Pontevedra. (2) Servicio de Cirugía. Complejo Hospitalario de Pontevedra. Pontevedra.

**OBJETIVO:** El contenido de los carros de reanimación cardiopulmonar debe ser sistematizado y organizado. Los objetivos son cuantificar los carros de reanimación cardiopulmonar (RCP) existentes en el hospital, ver su calidad y contenido; averiguar si ese equipamiento cumple la premisa de poder soportar una RCP durante 30 minutos.

**MATERIAL Y MÉTODO:** Estudio observacional, descriptivo. Un comité de expertos elaboró un listado de contenido mínimo que debía tener un carro de reanimación cardiopulmonar. Análisis: media y DT para variables cuantitativas, frecuencias absoluta o relativa para cualitativas; datos analizados en SPSS v.12.

**RESULTADOS:** Se analizaron 36 carros. La totalidad de los carros presentaron deficiencias, comprendidas entre un rango de 10 hasta 33, con una media de 19,7. El 20% eran mesas o carros de curas habilitados para tal fin. El 27% no contenían la dosis mínima de atropina; un 43% no contenían los mgr. de adrenalina necesarios para soportar los 30 minutos de RCP. El 100% de los carros contenían medicaciones no exclusivas. Los evaluadores consideraron que el 37% de los carros estaban mal ordenados y en el 53% de ellos este desorden podría entorpecer las maniobras de una RCP eficaz.

**CONCLUSIONES:** Muchas de las deficiencias encontradas pondrían en serio peligro la realización de una correcta reanimación cardiopulmonar. Su contenido no cumple unos mínimos exigidos. Son pequeños almacenes de medicación y material no necesarios en una RCP. Es necesaria la realización de un protocolo sobre el contenido básico y un organigrama para su evaluación y control que garantice unas plenas condiciones para un uso eficaz.

**Palabras clave:**

carros de paro cardiaco · control de calidad · reanimación cardiopulmonar · soporte vital.

## UTILIZACIÓN DE UN SISTEMA AVANZADO PARA EL MANEJO DE LA INCONTINENCIA FECAL EN EL PACIENTE DE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.

Alonso Omeñaca R, Candelas Rodríguez A, Careaga González I, Romero Montero C, Vallejo Oliva I.  
Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

**OBJETIVO:** Comprobar la eficacia de un nuevo sistema para el manejo de la incontinencia fecal.

**MATERIAL Y MÉTODO:** Sistema de control fecal que consta de catéter de silicona blando con globo de retención que garantiza la retención del dispositivo, colocado en ampolla rectal permite desviar el débito a bolsa colectora. Diseñamos una hoja de recogida de datos para evaluar dispositivo. Estudio observacional, abierto, prospectivo.

Criterios de inclusión: incontinencia fecal líquida o semilíquida, con número de deposiciones mayor a 5, en paciente crítico con inestabilidad hemodinámica, respiratoria, con UPP o lesión dérmica perianal y politraumatizado o lesionado medular.

Variables: frecuencia de deposiciones, estado de piel, facilidad de inserción, capacidad de recogida de heces y capacidad de minimizar contaminación. Expresado como media  $\pm$  SD comparada con t-student.

**RESULTADOS:** Incluye 8 casos, 5 hombres y 3 mujeres, con edad media de 46.2 años. Frecuencia de deposiciones de 5.6 día. Piel perianal inicialmente intacta en 2 casos (22.2%), presentando lesión dérmica en distintos grados en 7 casos (66.6%). Tiempo medio de permanencia del dispositivo de 7.25 días. Capacidad de recogida de heces valorada muy buena o buena en el 75% de los casos y 62.5% la capacidad de minimizar la contaminación fecal. Disminuyendo tiempo de enfermería en higiene. Mejorando estado de piel en 5 de los que presentaban lesión.

### CONCLUSIONES:

1. Prevención de aparición y reducción de complicaciones de UPP.
2. Reducción del número de movilizaciones, mejorando el cuidado del paciente y disminuyendo el tiempo de enfermería dedicado al manejo de la incontinencia fecal.

### Palabras clave:

Dispositivo de control · incontinencia fecal.

## PRECISIÓN DE LOS SISTEMAS VENTURI DE OXIGENOTERAPIA DISPONIBLES EN NUESTRO HOSPITAL.

Sánchez Chillón FJ, Pérez Sanz J, Bajo Rodilla R, Muñoz Delgado M, Serrano Mateos C, Benlliure Portero F.

Unidad de Cuidados Postoperatorios Cardiacos. Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

**OBJETIVO:** Analizar la concentración de oxígeno y flujo entregado por los sistemas Venturi disponibles en nuestro hospital mediante prueba en condiciones clínicas, comprobando la precisión y aproximación a los intervalos de normativa europea.

**METODOLOGÍA:** Se analizaron 12 sistemas Venturi: 9 concentraciones fijas y 3 variables (VMv). En 3 unidades de cada modelo son realizadas 3 mediciones de concentración de oxígeno (MiniOxl MSA-Medical-Products-Pittsburg) y flujo entregado, según empleo recomendado por el fabricante (Intersurgical, Oxinova, Allegiance). El oxígeno hospitalario es conectado a un caudalímetro de flujo (0,5-15L/min Carbuos Metálicos) y humidificación Respiflo-500 ml.(Kendall). Las medidas se valoran con referencia a los intervalos de la normativa europea.

**RESULTADOS:** Obtenemos 270 mediciones de concentración de oxígeno y flujo entregado. Son analizadas la media $\pm$ SD de los resultados por modelo, además de las medidas situadas dentro del intervalo de referencia. Aunque 66,6% de las medias concluyen dentro del intervalo, 129 valores (47,7%) resultaron fuera del mismo VMv-Intersurgical ofrece los resultados mas fiables: 90,4% de mediciones dentro del intervalo referenciado. El flujo entregado por algunos modelos es inferior al descrito por el fabricante. Encontramos 3 unidades defectuosas con un comportamiento erróneo.

Apreciamos dificultad de regulación del dispositivo VMv-Oxinova, así como complejidad de manejo y fragilidad del sistema VMv-Intersurgical-Silente.

### CONCLUSIONES:

- La precisión de los sistemas en nuestra prueba es limitada, VMv-Intersurgical obtiene los mejores resultados.
- El flujo entregado bajo, puede ocasionar succión de aire ambiental descendiendo la concentración de oxígeno suministrado.
- La elección del material, el correcto funcionamiento y manejo se presentan decisivos para lograr la entrega de oxígeno deseada, pudiendo tener repercusión clínica.

### Palabras clave:

Aparatos · funcionamiento · oxigenoterapia · precisión · sistema Venturi.

## APARATOS · FUNCIONAMIENTO · OXIGENOTERAPIA · PRECISIÓN · SISTEMA VENTURI.

Espinosa Serrano EM, Díaz Castellano L, Sanz Fuentes S, Castellanos Cobos I, Rodrigo Frontelo R.  
Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Severo Ochoa. Leganés (Madrid).

**OBJETIVO:** Comparar la utilidad de un sistema informático para mantener un control glucémico entre 100-139mg/dl, frente a las dos pautas del protocolo europeo GLUCONTROL

**MATERIALES:** Estudio de cohortes en pacientes críticos con soporte nutricional continuo e infusión de insulina. Grupo A: glucemias entre 90-109mg/dl; Grupo B: 140-180mg/dl (ambos incluidos en GLUCONTROL). Grupo C: protocolo de Golberg modificado (glucemias entre 100-139 mg/dl,) aplicando un programa informático que establece la pauta a seguir a partir de la cifra de glucemia.

Parámetros comparados: (a) Número de glucemias/24h. (b) Porcentaje de glucemias dentro del rango. (c) Hipoglucemias leves (<60 mg/dl). (d) Hipoglucemias graves (<40 mg/dl). (e) Unidades de Insulina/24h. (f) Grado de cumplimiento del protocolo.

Estudio realizado los primeros 7 días de inclusión en protocolo.

### RESULTADOS:

\*Grupo A:

- media de glucemias diarias : 20,6 (5,9 glucemias en rango: 28%).
- incidencia media de hipoglucemia: 1/24h.
- infusión media de insulina: 87,6u.i./24h.
- media diaria de incumplimiento del protocolo: 7,7

\*Grupo B:

- media diaria de glucemias: 15,6 (5,25 glucemias en rango: 33%).
- incidencia media de hipoglucemia: 0,01/24h.
- infusión media de insulina: 60,16u.i./24h
- media diaria de incumplimiento del protocolo: 7,25

\*Protocolo informatizado:

- media diaria de glucemias:23,14 (10,28 glucemias en rango: 44%).
- incidencia media de hipoglucemia: 0,5/24h.
- infusión media de insulina: 84,82u.i./día.
- cumplimiento estricto del protocolo.

### CONCLUSIONES:

- 1) El protocolo C consigue, además de su cumplimiento estricto, un mayor número de glucemias dentro del rango deseado sin aumentar significativamente la media diaria de determinaciones.
- 2) Ninguna pauta evita totalmente la incidencia de hipoglucemias.
- 3) La insulina diaria profundida es similar en los tres grupos.

### Palabras clave:

Control glucémico · protocolo · sistema informático.

## PÓSTERS





## **CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA TRAQUEOSTOMÍA PERCUTÁNEA CON TORACOTRAQ®.**

Hernández Asensio F, Sánchez García P, López López I, Menéndez Albuixech M.

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

**OBJETIVO:** Descripción de los cuidados antes, durante y después de la técnica percutánea con Toracotraq® en las unidades de cuidados intensivos, para favorecer el bienestar del paciente.

**METODOLOGÍA:** Estudio descriptivo secuencial de las actividades de enfermería en:

1. Preparación del paciente: posición adecuada, administración de la sedoanalgesia, realización de la ecografía de control, control hemodinámico y de la coagulación.
2. Preparación del material: comprobación del material de la habitación, preparación del material de intubación, preparación del material de la traqueostomía y de inmovilización de la cánula.
3. Cuidados de enfermería durante la realización de la técnica: preparación del campo quirúrgico, control hemodinámico y de ventilación del paciente, inmovilización de la cánula, cuidados del paciente durante las primeras horas.
4. Mantenimiento de la traqueostomía: cuidados del estoma, comprobación y control del pneumotaponamiento, control camisa interna, cambios de cánula.

**RESULTADO:** Unificar criterios y cuidados en la actuación de enfermería en la asistencia a los pacientes a los que se les realiza la traqueostomía percutánea con Toracotraq®.

**CONCLUSIONES:** La vigilancia y protocolización de los cuidados hacen más rápida y eficaz la técnica, ayudando a prevenir complicaciones en el postoperatorio inmediato.

**Palabras clave:**

cuidados de enfermería · Toracotraq® · traqueostomía percutánea.

## **EVOLUCIÓN Y CUIDADOS DEL TRASPLANTE INTESTINAL EN EL POSTOPERATORIO INMEDIATO.**

Frade Mera MJ, Jacue Izquierdo S, Fontan Vinagre G, Montejo González JC.

Servicio de Medicina Intensiva.UCI Polivalente. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid (Madrid).

**OBJETIVOS:** Describir evolución y cuidados del postoperatorio inmediato en pacientes con Trasplante Intestinal (TxI).

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio descriptivo prospectivo realizado en UCI Polivalente de un hospital terciario durante un año. Variables analizadas durante 48 horas: constantes vitales, saturación O<sub>2</sub>, tiempo de destete, diuresis, glucemia, catéteres, drenajes, ileostomía, gastrostomía, TISS, NEMS, cuidados de enfermería, APACHEII y SAPSII al ingreso. Análisis estadístico con SPSS 11.0

**RESULTADOS:** Cuatro pacientes. Mujeres 50%, edad media 42±8. Motivo TxI: 75% poliposis adenomatosa familiar con tumor desmoides y 25% obstrucción arteria mesentérica. Recibieron Alentuzumab y Tacrólimus. Todos portadores de: catéter venoso central; arterial y drenajes abdominales Jackson Pratt (50% dos, 50% tres). Tiempo intubación (mediana) 15 horas. APACHEII 10±6 y SAPSII 16±4. Medias primer y segundo día de: tensión arterial sistólica/diastólica 132±23/73±11; 130±25/74±13 mmHg; glucemia 136±26; 119±25 mg/dl, diuresis 95±34; 125±30 cc/h; TISS28 49±4/38±11 y NEMS 27±0/ 25±10 respectivamente. Una reintervención por shock hemorrágico. Mediana de estancia en UCI 4 días.

**CONCLUSIONES:** Son pacientes hemodinámicamente estables; con destete corto; no portan muchos catéteres; ileostomía funcionante desde el primer día con un TISS28 y NEMS medios. Los cuidados más específicos del TxI son: herida quirúrgica, drenajes, ileostomía, gastrostomía. La necesidad de intensa inmunosupresión, implica aislamiento estricto y un ratio de enfermería:paciente 1:1.

**Palabras clave:**

aislamiento estricto · cuidados de enfermería en postoperatorio inmediato · trasplante intestinal.

## **BENZODIACEPINAS: ¿MEJORA LA CALIDAD DEL SUEÑO?**

Catalán Gutiérrez del Arroyo E, Maurici Díez C, Sánchez Pedraza A.

Servicio Cuidados Intensivos Coronarios. Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

**INTRODUCCIÓN:** Un sueño adecuado en términos de cantidad y calidad es esencial en los enfermos de la UCI coronaria. La privación del sueño tiene unos efectos nocivos sobre la función cardiopulmonar, sistema inmune, produce deterioro cognitivo, delirio y morbilidad. Conocer los múltiples factores desencadenantes del estrés y no abusar de fármacos ansiolíticos puede garantizar un sueño natural.

**OBJETIVO:** Revisar los fármacos inductores del sueño en nuestra unidad y proponer unas medidas alternativas para promover el sueño.

**METODOLOGÍA:** Estudio retrospectivo realizado en la UCI de un hospital de 6 camas coronarias. Revisamos 26 historias clínicas de 53 pacientes en noviembre de 2005. Las variables son: edad, sexo, estancia, patrones de sueños (del 1 al 5) y uso de ansiolíticos; éstas han sido recogidas por las historias de enfermería. Realizamos una revisión bibliográfica de Medline entre 1993-2005 sobre dichos ansiolíticos y factores depresores del sueño.

**RESULTADOS:** La edad media de los pacientes oscila entre 62,4 años y 21 años. 69% son varones y 30% mujeres. La estancia media 4,4 días. La privación del sueño se produce en 53,6% de estos enfermos, 57,6% tomaban ansiolíticos y entre estos últimos aparecen 2 casos de delirio. Existe un alto índice de privación del sueño en nuestra unidad y a pesar del uso de ansiolíticos no se garantiza una calidad del sueño.

**CONCLUSIONES:** La administración de ansiolíticos no garantiza la calidad de sueños y valoramos la necesidad de ampliar este estudio ofreciendo otras alternativas terapéuticas para promover el sueño.

**Palabras clave:**

ansiolíticos · benzodiazepinas · patrón de sueño.

## **MANEJO DE LA INCONTINENCIA FECAL EN EL PACIENTE CRÍTICO MEDIANTE LA UTILIZACIÓN DE UN SISTEMA AVANZADO DE DERIVACIÓN.**

Martínez Estalella G, Baulés Conesa M<sup>a</sup> J, Rausa Bragulat E, Izquierdo Fuentes T, Vía Clavero G, Fernández Martín M<sup>a</sup> J.

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

**INTRODUCCIÓN:** Secundario a la patología o tratamientos utilizados en el paciente crítico la incontinencia fecal es una manifestación habitual, que ocasiona problemas cutáneos importantes en la zona perianal y glútea asociándose a una destacada morbilidad. Hasta la actualidad no se habían desarrollado sistemas que permitiesen controlar el débito fecal de manera eficaz y segura.

**OBJETIVO:** Demostrar la eficacia obtenida en un conjunto de pacientes tratados con un sistema desarrollado para controlar la incontinencia fecal.

**METODOLOGÍA:** Incluimos los pacientes con heces líquidas o semi-líquidas, independientemente de la causa, con un número superior a 3 deposiciones en 24 horas. Este dispositivo consta de un catéter de silicona blando con un globo de retención. El catéter se introduce a través del ano, implantándose en la ampolla rectal, lo que permite desviar las heces directamente a una bolsa recolectora.

**RESULTADOS:** Disponemos de la evaluación realizada en 5 pacientes. Hemos incluido 5 hombres con una edad media de 72,6 (DE 13,7) años. La incontinencia era de causa diversa (nutrición enteral, antibioterapia, melenas). Todos los pacientes presentaban deposiciones líquidas y con una frecuencia de entre 3-6 deposiciones por día en el 60% de los casos.

La piel perianal-glútea estaba enrojecida en el momento inicial en 2 casos (40%). La capacidad para desviar las heces fue de "buena-muy buena". Sin la utilización del dispositivo en el 80% de los pacientes se requería de 30 minutos y de 3 profesionales por cambio, una vez colocado el dispositivo se redujo el tiempo necesario de enfermería. Se consiguió mejorar o mantener intacto el estado de la piel en 4 casos.

**CONCLUSIONES:** El dispositivo utilizado en nuestro centro aporta claras ventajas en el manejo del paciente crítico con incontinencia con heces líquidas ó semilíquidas, consiguiendo evitar las complicaciones asociadas a este problema. Consiguiendo también beneficios en cuanto a la preservación de la intimidad del paciente, favoreciendo su comodidad y reduciendo en gran medida las cargas de enfermería.

## **AZUL DE EVANS: UNA AYUDA PARA LA VALORACIÓN DE LA DEGLUCIÓN EN PACIENTES PORTADORES DE CÁNULA DE TRAQUEOSTOMIA.**

Hernández Asensio F, Sánchez García P, López López I, Menéndez Albuixech M.

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

**OBJETIVO:** Elaborar un metodo eficaz y sencillo para valorar la deglución en pacientes con cánula de traqueostomía.

**METODOLOGÍA:** en el estudio se incluyeron pacientes de Uci portadores de cánula de traqueostomía susceptibles de iniciar la dieta oral. Se les dió pequeñas porciones de alimento de textura y características determinadas a las que se añadieron unas gotas de de colorante (Azul de Evans) Posteriormente realizamos un registro valorando la presencia de colorante en las secreciones aspiradas a los 10, 30 y 60 minutos.

**RESULTADOS:** Ante una muestra de 25 pacientes, en 20 (80%) no se visualizó la presencia de Azul de Evans en las secreciones, por lo que se pudo pasar a una dieta oral completa. En 5 pacientes (20%) salieron secreciones teñidas de azul, de los cuales en 2 pacientes salieron secreciones teñidas de azul a los 10 minutos y en 3 a los 60 minutos, por lo que se requirio de nuevos intentos y exploraciones complementarias.

**CONCLUSIONES:** La utilización del Azul de Evans nos permite visualizar de forma clara si el paciente realiza una buena deglución. Al dar alimentos de color azul el aspirado de las secreciones determinará si broncoaspira o no.

**Palabras clave:**

Azul de Evans, cánula de traqueostomía y deglución.

## PRESENTE Y FUTURO EN EL CONTROL DE GLUCEMIA Y LA ADMINISTRACIÓN DE INSULINA EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS.

Chazarra Talens RM, Carañana Abril A , Mediavilla Agustí M, García López I, Albinyana Vidal G, Carriquí Sánchez F, Fuertes Nuñez Joan, Rodríguez Rajadell P, Gutiérrez Valverde L, Hernández Casanova I, Herraiz Ortiz A, Martín Miralles L, Sánchez Gracia V, García García MA, Broch Porcar MJ, Gómez Martínez E.

Servicio de Medicina Intensiva. Hospital de Sagunt. Sagunt (Valencia).

**OBJETIVO:** Analizar el método de administración de insulina y la sistemática en la determinación de la glucemia a los enfermos de UCI con indicación de control estricto de glucemias y comprobar su adecuación a las nuevas recomendaciones (inferior a 110 mg/dl).

**METODOLOGÍA:** Estudio retrospectivo descriptivo de 52 pacientes ingresados en UCI que precisaran estricto control de glucemia (ventilación mecánica mayor de 48 h, postquirúrgicos, sepsis grave o shock séptico, disfunción múltiple de órganos ) en los últimos 6 meses . El 54 % eran postquirúrgicos y el resto patología médica aguda sin incluir patología coronaria. Requirieron insulina el 38,5 % de todos los pacientes. El 30,7 % eran mujeres y el 23 % eran diabéticos conocidos previamente a su ingreso en UCI. La media de determinaciones de glucemia fue de 3,8 por paciente y día. De las determinaciones realizadas, el 41,3 % eran superiores a 150 mg/dl. Sólo el 5,8 % de los pacientes recibió insulina en perfusión iv. El 1,9 % de los pacientes de los pacientes presentaron hipoglucemia grave (glucemia inferior a 50 mg/dl).

**CONCLUSIONES:** 1.- A pesar de ser una práctica rutinaria, el control de la glucemia fue inadecuado en los pacientes de UCI. 2.- El porcentaje de utilización de insulina intravenosa fue escaso, aún cuando existió una baja proporción de complicaciones.3.- Es necesaria una mayor motivación y un protocolo más agresivo y consensuado para mejorar el control de la glucemia y la administración de insulina en los enfermos de UCI.

**Palabras clave:**

Diabetes · enfermo crítico · glucemia · hipoglucemia · insulina.

## **DISEÑO Y DESARROLLO DE LA ESCALA DE VALORACIÓN DEL RIESGO ACTUAL DE DESARROLLAR ÚLCERAS POR PRESIÓN EN CUIDADOS INTENSIVOS (EVARUCI).**

González Ruiz JM (1), Navarro de la Peña L (1), Balugo Huertas S (1), Núñez Méndez MP (1), García Martín MR (1), García Granell C (2), Heredero López MT (3), Martín Díaz R (2), Sánchez Sánchez MM (4).

(1) Unidad de Cuidados Intensivos Hospital de Fuenlabrada. (2) Unidad de reanimación Hospital de Fuenlabrada. (2) Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Universitario de Getafe. (3) Pruebas funcionales de neumología Hospital de Fuenlabrada. (4) Unidad de Cuidados Intensivos Hospital Universitario de Getafe.

**OBJETIVOS:** La prevalencia de úlceras por presión (UPP) es más alta en los pacientes críticos y para detectar el riesgo de su aparición no se emplean escalas específicas. Nuestro objetivo es desarrollar una escala para determinar el riesgo de desarrollar úlceras por presión en pacientes críticos.

### **MATERIAL Y MÉTODO:**

1. Estudio de factores de riesgo (FR) en pacientes críticos. Prospectivo descriptivo. (1997-98)
2. Estudio teórico sobre FR. (1998)
3. Grupo nominal. (2000)
4. Estudio fiabilidad. Prospectivo descriptivo. (2000)
5. Estudio de Validez. Prospectivo descriptivo. (2005)

### **RESULTADOS:**

1. Estudio de FR: (n=35; 361 valoraciones). FR más frecuentes en pacientes críticos con UPP: días estancia, nivel conciencia ( $p > 0.95$ ) y cambios posturales, estado hemodinámico y respiratorio ( $p > 90$ ).
2. Encuesta a personal de enfermería de UCI (n= 60). FR más asociados a UPP en UCI: inmovilidad, estado nutricional, estado hemodinámico y estado de la piel.
3. Desarrollo por expertos de una escala con 5 subescalas: conciencia, estado respiratorio, estado hemodinámico, movilidad y otros. Puntuación máxima 23 y mínima
4. Coeficiente de Correlación Intraclase: 0.9762 ( $p > 0.98$ ) (n=33); Diferencia interevaluadores: 1.15+/- 1.28. (media+/-desviación típica) (n=103).
5. Estudio de Validez: (n=62) Curva ROC 0.938 (0.868-1.00) Intervalo confianza 95%.

**CONCLUSIONES:** Tras estos estudios secuenciales se puede afirmar que la escala EVARUCI tiene el grado de fiabilidad y validez adecuado para detectar el riesgo de desarrollar úlceras por presión en pacientes críticos.

### **Palabras clave:**

Escalas · prevención · úlceras por presión · valoración de enfermería.

**EL INFORME DE ENFERMERÍA AL ALTA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS COMO GARANTÍA DE CALIDAD EN LA CONTINUIDAD DE LOS CUIDADOS.**

Palacios Romero AM, Irigoyen Aristorena MI, Salvador Ruin E, Rey Gallego N, García Pascual N.

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

**OBJETIVOS:**

- Elaborar un informe de enfermería al alta (I.E.A) acorde a las necesidades de las enfermeras de hospitalización.
- Evaluar si la incorporación de la opinión de los destinatarios mejora la utilidad del IEA.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio descriptivo retrospectivo. Tras la valoración del IEA en 2004, se introducen cambios sugeridos. Se encuesta 95 enfermeras receptoras de pacientes de UCI en noviembre 2005 utilizando el cuestionario del 2004 incorporando nuevas preguntas. Análisis de datos mediante SPSS12.0.©.Variables cualitativas: chi2 y U de Mann-Whitney.

**RESULTADOS:**

**COMPARACIÓN OPINIONES 2004/2005**

	2004		2005		p
Tasa respuesta	58/110	52,7%	40/95	42%	
Conocen IEA	45/58	77,5%	35/40	87,5%	
Mejora recepción paciente MUCHO	8/49	16,3%	19/39	48,7%	p=0,001
Facilita trabajo MUCHO	4/49	8,1%	7/39	18%	P=0,115
NO recurren a gráfica UCI	7/54	13%	14/37	38%	p=0,001
Miran TODA la gráfica	5/49	10,2%	10/27	37%	P=0,155
Sugerencia mejorar FORMATO	16/27	59,2%	10/20	50%	

**OTROS RESULTADOS 2005:** Recurren al I.E.A sólo al ingreso 26 enfermeras (65%) y también durante su estancia 12 (30%). A éstas les facilita mucho (44,4%) su labor asistencial (p=0.015).

Quince (37,5%) prefieren incluir la información telefónica.

Ha mejorado el I.E.A con el nuevo formato para 31 DUES (94%).

En los Servicios no quirúrgicos, mejora la recepción frente a los quirúrgicos (p = 0,047).

**CONCLUSIONES:** La participación ha sido menor que en 2004 por un error en la distribución de los cuestionarios.

La recepción del paciente se ha optimizado. Esto incide en la calidad de la continuidad del cuidado.

Atendiendo a las necesidades expresadas se modificará el formato.

**Palabras clave:**

continuidad de los cuidados · informe de enfermería al alta · unidad de cuidados intensivos.

## **ANÁLISIS DEL INFORME DE ENFERMERÍA AL ALTA DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. APRECIACIÓN POR LAS ENFERMERAS DE NUESTRO SERVICIO.**

Salvador Ruin E, Irigoyen Aristorena MI, Palacios Romero AM, García Pascual N, Rey Gallego N  
Servicio de Medicina Intensiva. Hospital de Navarra. Pamplona (Navarra).

**OBJETIVOS:** Analizar la repercusión del Informe de Enfermería al Alta de UCI (IEA) en las enfermeras de nuestra Unidad para mejorar y facilitar su elaboración.

Estudio de cumplimentación del IEA en el 2005.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio descriptivo retrospectivo. Encuesta mediante cuestionario a enfermeras de UCI en noviembre 2005. Efectuamos un análisis de la cumplimentación del IEA tras renovar su formato. Descripción de frecuencias y comparación de variables cualitativas con  $\chi^2$ . Análisis con SPSS 12.0@.

**RESULTADOS:** Análisis de cumplimentación:

Recogida de datos de campos no obligatorios, considerados importantes para transmitir información. Se evalúan 523 IEA.

La cumplimentación de algunos apartados fue: valoración psicopatológica (n=331 63%), T.A (n=522 99,8%), oxigenoterapia (n=487 93,1%), movilidad (n=501 95,7%), dieta (n=451 86,2%), ritmo intestinal (n=192 36,7%), diuresis (n=349 67,7%).

Cuestionarios UCI:

Tasa respuesta 98% (n=49).

Realización del informe: imprescindible (n=27 55%), necesario (n=18 36%).

Retraso derivación a planta por problemas en la elaboración del IEA: pocas ocasiones (n=21 47,6%), muchas (n=8 17%).

Estrés, no relacionado con dificultades en la cumplimentación y/o retraso del alta: medio (n=27 55%), bajo (n=19 39%).

Problemas con el sistema (97 referencias): campos fechas (n=23 24%), imposibilidad de modificaciones (n=55 46,4%), usuarios simultáneos (n=22 22,7%).

Refieren asistencia a sesiones explicativas: (n= 23 48%).

Uso aplicación de pruebas: (n=14 30,5%); recurren al manual (n=38 81%)

**CONCLUSIONES:** Las enfermeras de UCI consideran primordial realizar el IEA pero según los datos analizados, es preciso mejorar la cumplimentación.

Hacer la aplicación más funcional, según las sugerencias y dificultades reseñadas. Reforzar la enseñanza en el manejo.

**Palabras clave:**

Alta · cumplimentación · informe de enfermería · unidad de cuidados intensivos.

## **POSTOPERATORIO DE ARTROPLASTIAS EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.**

Olaíz Izquieta M, Baztán Indave A, Ballester Belcos R, Díaz de Cerio Goñi A.

Unidad de Medicina Intensiva. Clínica Arcángel San Miguel. Pamplona (Navarra).

**OBJETIVO:** Descripción del manejo de pacientes en unidad de cuidados intensivos (UCI) tras artroplastia.

**MATERIAL Y MÉTODO:** Estudio descriptivo retrospectivo desde mayo/2004-diciembre/2005, analizando las siguientes variables: edad, sexo, profilaxis antibiótica, tipo de analgesia, transfusión de hemoderivados, estancia media y complicaciones hemodinámicas. Diferenciamos los tipos de intervención quirúrgica: prótesis total de cadera (PTC) y prótesis total de rodilla (PTR).

**RESULTADOS:** Se incluyeron 45 pacientes divididos según intervención quirúrgica: PTC (27 pacientes) de los cuales el 74% eran mujeres y el 26% hombres con una edad media de 74 años. El 100% recibió profilaxis antibiótica. El 48% recibió analgesia continua, el 8% a través de analgesia controlada por paciente (PCA) y el 44% con pauta horaria. El 70% necesitó transfusión. La estancia media fue de un día. El 18% de los pacientes precisó de fármacos inotrópicos. PTR (18 pacientes) de los cuales el 78% eran mujeres y el 22% hombres con una edad media de 73 años. El 100% recibió profilaxis antibiótica. El 22% recibió analgesia continua, el 67% a través de PCA y el 11% con pauta horaria. En el 95% del total de los casos se realizó transfusión, siendo en un 88% autotransfusión. La estancia media fue de un día. En un 5% se usaron fármacos inotrópicos.

### **CONCLUSIONES:**

1. Son intervenciones quirúrgicas más frecuentes en mujeres.
2. La analgesia continua se utilizó más en PTC y la PCA en PTR.
3. Existe un alto índice de transfusión en ambas.
4. Existen más complicaciones hemodinámicas en PTC.

### **Palabras clave:**

Artroplastia · cuidados postoperatorios · enfermería intensiva.

## UN ALTO A LAS FALSAS BACTERIEMIAS.

García Díez R, Delicado Domingo M.

Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital de Basurto. Bilbao (Vizcaya).

**INTRODUCCIÓN:** La extracción de hemocultivos en la unidad de cuidados intensivos es una práctica habitual, aceptándose entre un 2-4% la tasa de falsas bacteriemias.

**OBJETIVO:** Identificar el aumento en la tasa de falsas bacteriemias en la unidad, relacionando la introducción de medidas correctoras con el marcado descenso de dichas tasas.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio descriptivo retrospectivo desde enero del 2005 a diciembre del mismo año. Se recogen los datos obtenidos del total de extracciones de hemocultivos realizadas en una unidad de cuidados intensivos polivalente, así como el número de hemocultivos positivos, negativos y falsos positivos. De los resultados obtenidos como falsos positivos se analizaron trimestralmente.

**RESULTADOS:** Durante el periodo a estudio se realizaron 168 extracciones de hemocultivos, de los cuales el 14,28% fueron positivos, 74,41% fueron negativos y 11,31% falsos positivos.

Analizando los resultados obtenidos de los hemocultivos falsos positivos, se detectó un incremento en el 1º trimestre que alcanzaba un 47,37% y en el segundo trimestre un 31,58%.

Tras la introducción de medidas correctoras se obtiene un descenso progresivo, y el resultado en los dos últimos trimestres del año de un 15,79% y 5,25% respectivamente, acercándonos a los estándares aceptados.

**CONCLUSIONES:** La tasa de hemocultivos falsos positivos es elevada (11,7), obligándonos a revisar el protocolo de extracción mediante sesiones clínicas.

La sensibilización del personal ante este problema nos ha permitido disminuir la incidencia de falsos positivos.

Las causas detectadas que influyeron negativamente fueron: el aumento de cargas de trabajo, la elevada rotación del equipo de enfermería, los cambios organizativos introducidos en la unidad y el hecho de que la extracción de hemocultivos se convierta en una práctica habitual.

**Palabras clave:**

Falsas bacteriemias · hemocultivos · medidas correctoras.

## ANÁLISIS NUTRICIONAL EN LOS PACIENTES TRASPLANTADOS DE CORAZÓN EN EL HOSPITAL 12 DE OCTUBRE DE MADRID.

Zaragoza García I (1,2), Villarino Marín AL (1), Posada Moreno P (1), Malpartida Martín P (2), Mora Torres P (3), Muñoz Delgado M (2), Ortuño Soriano I (1).

(1) Escuela Universitaria de Enfermería Fisioterapia y Podología. Universidad Complutense de Madrid. Madrid. (2) Unidad Cardíaca Postquirúrgica. Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid. Madrid. (3) Residencia Geriátrica de Navalcarnero. Comunidad de Madrid. Madrid.

**OBJETIVO:** Analizar parámetros bioquímicos y antropométricos en el paciente trasplantado de corazón, con el fin de obtener información del estado nutricional.

**METODOLOGÍA:** Estudio descriptivo retrospectivo. Muestra: 37 pacientes trasplantados en el Hospital 12 de Octubre de Madrid durante 2004-2005. Criterios de exclusión: Éxitus e historias incompletas. 25 fueron incluidos (92% hombres y 8% mujeres). Se recogieron datos bioquímicos (albúmina, creatinina sérica y proteínas totales) y antropométricos (índice de masa corporal –IMC–). Se consideran como punto de partida los datos preoperatorios y se comparan con los del alta.

**RESULTADOS:** En todos los parámetros estudiados se observa una disminución de los valores (albúmina 80%; IMC 64%), encontrándose algunos de ellos por debajo de lo normal. Esto está de acuerdo con lo referenciado en diversos estudios, sobre la desnutrición hospitalaria.

**CONCLUSIONES:** Se observa una tendencia al deterioro del estado nutricional. Proponemos:

- Confirmar estos resultados con otras medidas fáciles de realizar, (“índice pronóstico” y “parámetros bioquímicos”).
- Incluir en el alta orientaciones dietéticas, según tipo de deterioro.

**Palabras clave:**

Cuidados al paciente crítico · estado nutricional · índice de masa corporal · nutrición · trasplante cardíaco.

## SHOCK HEMORRÁGICO OBSTÉTRICO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.

De Miguel Veira I, Cuadros Lavador M, Galindo Olmos C, Barrado Martín E, Puente Pérez L.

Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital de Madrid-Montepríncipe. Boadilla del Monte (Madrid).

**OBJETIVOS:** Analizar incidencia y complicaciones de pacientes ingresadas por shock hemorrágico en puerperio inmediato.

**METODOLOGÍA:** Estudio retrospectivo de pacientes ingresadas durante más de 24 horas con shock hemorrágico desde Diciembre/2002-Diciembre/2005. Se analizaron las siguientes variables: edad, APACHE II al ingreso, estancia, edad gestacional, tipo de gestación, forma y momento de parto, parámetros hematimétricos y hemostáticos al ingreso, necesidad de transfusión de hemoderivados, y complicaciones.

**RESULTADOS:** Se estudiaron 32 pacientes. Edad media:  $33,6 \pm 4,89$  años; APACHE II al ingreso:  $11,81 \pm 3,33$ ; edad gestacional:  $38,78 \pm 2,75$  semanas, 18 pacientes eran primigestas, con 90,6% de gestaciones únicas y un 9,4% de gemelares. La forma de parto fue cesárea en 12 pacientes (37,5%) y eutócico en 20. La estancia en UCI fue:  $2,22 \pm 1,07$  días. Los parámetros hematimétricos-hemostáticos al ingreso fueron: hemoglobina (gr/dL):  $8,38 \pm 1,88$ , hematocrito (%):  $24,16 \pm 5,69$ , leucocitos ( $\mu$ l):  $13.535 \pm 3.977$ , plaquetas ( $\mu$ l):  $112.218 \pm 47.094$ , actividad de protrombina (%):  $70,17 \pm 15,75$ , tiempo de cefalina (segundos):  $51,16 \pm 5,09$ , y fibrinógeno (mg/dL)  $201,13 \pm 71,74$ . Veintinueve pacientes (90,6%) precisaron hemoderivados recibiendo: concentrados-hematíes (unidades):  $5,03 \pm 4,85$ , plasma fresco congelado (mililitros):  $1.273 \pm 682$ , y aféresis de plaquetas (unidades):  $2,5 \pm 2,12$ . Además, 4 pacientes precisaron aporte de fibrinógeno, y 2 de ellas, factor VIIa. En 13 pacientes se produjeron complicaciones significativas, siendo la principal la necesidad de practicar una histerectomía obstétrica, lo que ocurrió en 8 pacientes (25% del total). No se produjo ninguna muerte.

**CONCLUSIONES:** Del total de alumbramientos sucedidos en nuestro centro durante el período de estudio (12.109 –cesáreas 3.889–) sólo 32 casos precisaron ingreso en UCI por shock hemorrágico, con una estancia media de 2,22 días, presentando como complicación fundamental la necesidad histerectomía obstétrica, aunque sin registrar ningún fallecimiento. El ingreso precoz y el abordaje multidisciplinario en un centro experimentado en el manejo de este tipo de patologías, son factores condicionantes de la baja tasa de mortalidad encontrada en nuestro estudio.

**Palabras clave:**

Cuidados intensivos · puerperio · shock hemorrágico.

## EXTUBACIÓN PRECOZ EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS EN PACIENTES INTERVENIDOS DE CIRUGÍA CARDIACA.

Martín Cámara A., Valcarce Pérez S, Moreno Garzas J, Madrid Palazón T, Rubio Ramírez A.

Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital de Madrid-Montepíncipe. Boadilla del Monte (Madrid).

**OBJETIVO:** Analizar el tiempo de extubación en pacientes ingresados en UCI tras intervención de cirugía cardiaca, con y sin circulación extracorpórea (CEC).

**METODOLOGÍA:** Estudio retrospectivo de pacientes ingresados durante más de 24 horas en UCI tras ser intervenidos de cirugía cardiaca de Diciembre/2001 a Diciembre/2005. Se analizaron las siguientes variables: edad, sexo, antecedentes personales, tipo de cirugía, tiempo de circulación extracorpórea (CEC), tiempo de clampaje, tiempo medio hasta extubación, temperatura media hasta extubación, tipo de sedoanalgesia, y necesidad de soporte inotrópico.

**RESULTADOS:** Número de pacientes: 150. Edad: 65,25±12,91 años (rango 18-85). Varones: 102 (68%). Antecedentes: HTA: 45,3%, DM: 22,67%, dislipémicos: 24,67%. Tipo de cirugía: valvular 85 (polivalvular: 19); bypass: 41 (3 puentes: 22); otros: 24. Pacientes operados con CEC (N=118): tiempo extracorpórea (minutos): 87,39±30,143 (mediana: 80); tiempo de clampaje (minutos): 62,31±25,14 (mediana: 58); tiempo medio hasta extubación (minutos): 560,12±725,9 (mediana: 300); temperatura media hasta extubación (°C): 36,07±0,43 (mediana: 36,15). Pacientes operados sin CEC (N=32): tiempo medio hasta extubación (minutos): 346,5±166,17 (mediana: 300); temperatura media hasta extubación (°C): 35,97±0,37 (mediana: 36,05). Tipo de sedoanalgesia: perfusión continua de analgesia (metamizol+ketorolaco): 97,3%, remifentanilo: 2 %, propofol: 48,67%, midazolam: 2%. Drogas vasoactivas: 96,66%: dopamina: 88,67%, dobutamina: 0,67%, adrenalina: 4%, noradrenalina: 43,33%, diltiazem: 14,67%, nitroglicerina: 32%.

**CONCLUSIONES:** En nuestra experiencia, es factible efectuar la extubación precoz en pacientes intervenidos de cirugía cardiaca (medianas en el rango de 5 horas en ambos grupos –con y sin CEC), tras alcanzar normotermia y utilizando analgesia convencional sin apoyo de opiáceos.

**Palabras clave:**

Cirugía cardiaca · extubación precoz · postoperatorio.

## **MOVILIZACIÓN DE PACIENTES EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS.**

Trinidad Debon F., Valera Talavera D, Romero Moran A.

Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia.

**INTRODUCCIÓN:** En este trabajo expondremos las formas correctas de movilizar a un paciente en UCI para que tanto paciente como personal de enfermería no sufran las consecuencias de una mala movilización.

### **OBJETIVOS:**

- Evitar al paciente complicaciones derivadas de la mala movilización o una postura contraindicada, por su patología.
- Prevenir posibles lesiones en el personal que realiza las movilizaciones

**MÉTODO:** Tras encuesta de incidencias, hemos elaborado un protocolo que contempla los beneficios de una correcta movilización para el paciente y el personal de enfermería.

Según su patología, hemos realizado cinco grupos de cuidados:

- Patologías coronarias
- Patologías respiratorias
- Patologías quirúrgicas
- Patologías comatosas
- Patologías con síndromes confusionales

**RESULTADOS:** Teniendo en cuenta la patología del paciente se pueden prevenir posibles complicaciones e incluso mejorar su clínica a través del tratamiento postural.

Mediante una buena higiene postural podemos prevenir en el personal sanitario las lesiones que puedan ser derivadas de la manipulación de los pacientes.

**CONCLUSIONES:** Mediante una movilización adecuada del paciente, aseguraremos la calidad de los procedimientos y cuidados en el servicio de cuidados intensivos, ello dará lugar a una actuación sanitaria más eficiente y una atención más satisfactoria para el paciente

### **Palabras clave:**

Movilización · pacientes · prevención · unidad de cuidados intensivos.

## **SEGURIDAD EN LA INFUSIÓN DE MEDICACIÓN POR BOMBA DE JERINGA.**

Lastra Cubel PM, Berrocal Tomé J, García Álvarez C, Gayá Miquel C, Pérez Juan E, Sánchez Calvín C.

Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitario Son Dureta. Palma de Mallorca (Balears).

**OBJETIVOS:** Simplificar la puesta en marcha de perfusiones medicamentosas y prevenir los potenciales errores derivados del uso de bombas de infusión de jeringa mediante el uso de protocolos de infusión y sistema de seguridad.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio prospectivo observacional en una UCI médica de 6 camas entre el 28 de junio de 2005 y el 11 de enero del 2006.

Bombas de perfusión de jeringa marca Cardinal Alaris, modelo ASSENA CC con sistema de seguridad GUARDRAIL, que avisa de intentos de infusión fuera del límite blando de seguridad e impide dicha infusión fuera del límite duro.

**RESULTADOS:** Se realizaron 15.342 perfusiones de medicamentos, de los cuales un 96% se realizaron con protocolos de seguridad (nombre de fármaco y dosificación según peso). El 2.52% se realizó sin protocolo con dosis en ml/h, y el 1.63% se infundió sólo indicando la dosis sin nombre de fármaco.

El fármaco más empleado en las perfusiones fue la noradrenalina 20mg, en el 50% de ellas, y fue quien más alarmas registró por infusiones fuera de límites (inferior).

El sistema impidió 41 intentos de programación fuera de los límites duros, siendo alguno de ellos de hasta 100 veces la dosis permitida.

Los "bolos" de midazolam y morfina siguieron unas pautas comunes: siempre por la noche. Ritmo de infusión bajo. Sin aumento de ritmo en horas previas ni después del "bolo".

**CONCLUSIONES:** Con este sistema hemos podido comprobar que realizamos infusiones muy cerca del límite mínimo de seguridad que hará necesario una revisión del protocolo.

El sistema ha resultado efectivo al evitar la yatrogenia que se hubiera producido por infundir medicación a muy altas dosis.

**Palabras clave:**

Bomba de jeringa · Guardrail · seguridad.

## **DE LA TEORÍA A LA PRÁCTICA, ¿ES POSIBLE VIRGINIA HENDERSON EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS?**

Font Payeras C, Sánchez Martín A, Villafáfila Gomila C, Moreno Mulet C.

Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Son Llàtzer. Palma de Mallorca. (Baleares)

**OBJETIVO:** Adaptar la gráfica informatizada al modelo enfermero de Virginia Henderson. Aproximar la teoría a la práctica de forma útil para obtener un cuidado de calidad mediante la revisión de la forma y el contenido de la misma.

**METODOLOGÍA:** Periodo de trabajo: Abril 2003-October 2005 dividido en dos subfases. A) Abril 2003-Diciembre 2004: Configuración del grupo de trabajo que revisó la planificación de los cuidados y sus horarios. Difusión del trabajo mediante sesiones formativas sobre el modelo y los cambios realizados. Implantación de la base de datos y su evaluación. B) Enero 2005-October 2005: Aproximación a la nueva versión de la aplicación por un grupo interdisciplinar. Discusión sobre aspectos formales. Revisión teórica y práctica del modelo enfermero en la base de datos. Realización de sesiones formativas para su difusión al resto del equipo. Puesta en marcha de la nueva versión.

**RESULTADOS:** Obtención de una gráfica informatizada como registro adecuado del proceso enfermero. Formada por hojas que contienen las diferentes fases del proceso. Dispone de un listado con diagnósticos enfermeros según Maite Luis y de una base de datos con todas las valoraciones y cuidados que precisan los pacientes críticos clasificados en relación a complicaciones, problemas de autonomía e independencia. Asimismo cuenta con un resumen dónde la enfermera puede registrar otros aspectos de relevancia, difícil de catalogar en un marco cerrado.

**CONCLUSIÓN:** Se demuestra que es factible adaptar la aplicación informática al modelo pese a que hay etapas, como la evaluación, que aun no hemos desarrollado completamente.

**Palabras clave:**

Aplicaciones informáticas · modelo enfermero · práctica · proceso de enfermería · teoría · Virginia Henderson.

## **CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE MEDICINA INTENSIVA Y APLICACIÓN DE LA QUIMIOTERAPIA POSTOPERATORIA PRECOZ INTRAPERITONEAL DEL PACIENTE SOMETIDO A TRATAMIENTO DE CARCINOMATOSIS.**

Del Bosque Díez R, Díaz Martínez G, Barrón de Abajo I, Eceolaza Moreda A, Eceolaza Suárez I, Estévez Hernández I, Gaité García B, Hernández Gil E, Oliva Manzanal MA, Poves de Miguel M, Tejero Velasco R, Zubiarre Lusa J.

Unidad de Cuidados Intensivos. Policlínica San José. Vitoria-Gasteiz (Álava).

**INTRODUCCIÓN:** Los pacientes con carcinomatosis peritoneal difusa de origen no ginecológico que, hasta ahora, presentaban supervivencias inferiores a 1 año, eran considerados terminales. La implantación y desarrollo de un planteamiento terapéutico combinando la cirugía citorreductora con la quimioterapia intraperitoneal perioperatoria, está permitiendo plantear soluciones terapéuticas, en ocasiones con intención curativa, en algunos de estos enfermos. Esto ha generado necesidades de cuidados postoperatorios inmediatos no definidos ni protocolizados aun.

La aplicación de este tratamiento conlleva un elevado índice de morbilidad postoperatoria, con situaciones urgentes de difícil diagnóstico por su singular forma de presentación respecto a los pacientes de una Unidad de críticos convencionales.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Trabajo descriptivo en el que la metodología aplicada ha sido el modelo de Virginia Henderson y taxonomía NANDA.

**RESULTADOS:** El trabajo se divide en descripción del marco teórico y los cuidados, protocolizados, expuestos de forma cronológica desde el postoperatorio inmediato, con la recepción del paciente procedente de quirófano, hasta la finalización del tratamiento quimioterápico intraperitoneal. Este protocolo asegura la cobertura de las necesidades postoperatorias inmediatas a la vez que permite completar la administración de la quimioterapia. También establece indicadores de alarma que permiten diagnosticar y tratar precozmente las posibles complicaciones.

**CONCLUSIONES:** El conocimiento de las necesidades de cuidados postoperatorios inmediatos y del protocolo de aplicación de la quimioterapia intraperitoneal, es imprescindible para la instauración y desarrollo de un Programa específico de tratamiento de carcinomatosis peritoneal. Consideramos igualmente conveniente el conocimiento de los indicadores de alarma en el diagnóstico y tratamiento urgente de las complicaciones de este tipo de pacientes.

**Palabras clave:**

Carcinomatosis peritoneal · cuidados de enfermería · quimioterapia intraperitoneal · taxonomía NANDA.

## OBJETIVAR LA NECESIDAD DE APLICAR CUIDADOS PROTOCOLIZADOS A LOS PACIENTES SOMETIDOS A DESCONEXIÓN DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA.

Luengo Sánchez-Paniagua T, Gómez García S, Jara Pérez A, Gordo Vidal F, Sánchez García JC, Martín Ríos MD.

Unidad de Cuidados Críticos. Fundación Hospital Alcorcón. Alcorcón (Madrid).

**OBJETIVO:** Determinar las características de la población muestral con el fin de optimizar la adecuación de un protocolo de cuidados asociados al proceso de Weaning.

**METODOLOGÍA:** Estudio descriptivo. Análisis realizado con SPSS 10.0. Criterios de inclusión: Pacientes sometidos a ventilación mecánica que precisaron un método de *weaning* para su extubación en la Unidad de Cuidados Críticos (UCC) de Fundación Hospital Alcorcón (FHA) desde septiembre/2004-diciembre/2005.

**VARIABLES:** Demográficas, comorbilidades, diagnóstico NANDA II "Reacción ventilatoria disfuncional al destete" (RVDD), asociadas con la variable dependiente éxito/fracaso del proceso de *weaning*.

**RESULTADOS:** Se incluyeron 58 pacientes con edad media de 63,6 con una amplitud intercuartil de 15,70, de los cuales el 72% eran varones y el 27,6% mujeres, que estuvieron en *weaning* una mediana de 3,5 días con una amplitud intercuartil de 7 y con una estancia media de 18,5 días con amplitud intercuartil de 35,75.

No hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas en las asociaciones de variables demográficas o de comorbilidad con la variable dependiente éxito/fracaso, pero sí existe asociación entre la variable RVDD leve y el éxito en razón de 63,4% con una chi2 de 0,141.

### CONCLUSIONES:

1. Elaborar un protocolo para los pacientes en *weaning* con cuidados asociados al diagnóstico Nanda II "RVDD leve" y mediante el uso de las taxonomías de intervenciones NIC y de Resultados NOC, a fin de optimizar el proceso de *weaning* de nuestros pacientes.
2. Desaconsejar el inicio de la desconexión a aquellos pacientes que presenten RVDD moderado o severo.

### Palabras clave:

Destete · protocolo · ventilación mecánica · *weaning*.

## COMPLICACIONES INMEDIATAS DE LA TRAQUEOSTOMÍA PERCUTÁNEA: UN ESTUDIO DESCRIPTIVO.

Martín Campos R, Gallart Vivé E, Villar Miranda H, Pastor Amorós T, Calixto Rodríguez J, Gómez Gómez J.

Unitat de Cures Intensives. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona.

**OBJETIVO:** Describir las complicaciones inmediatas que se producen en la realización de la traqueostomía percutánea (TP) con el método de Griggs.

**MATERIAL Y MÉTODO:** Estudio descriptivo y prospectivo. Ámbito: Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Vall d'Hebron de Barcelona durante el año 2005. Sujetos: todos los pacientes sometidos a traqueostomía percutánea en el servicio. Variables estudiadas: edad, sexo, patología de base, motivo de realización de la traqueostomía, éxito de la técnica, complicaciones inmediatas y descripción de las mismas. Análisis de resultados con SPSS 12.0. Análisis descriptivo de las variables: variables cuantitativas con media y desviación estándar, y variables categóricas con frecuencias y porcentajes para cada una de sus categorías.

**RESULTADOS:** Se estudiaron 108 sujetos de los cuales 73 (67,6%) eran hombres y 35 (32,4%) mujeres. La media de edad fue de 58,59 (desviación estándar 13,85). Las patologías de base fueron: respiratorios 23 (21,3%), neurológicos 23 (21,3%), postoperatorios 41 (38%) y otros 21 (19,4%). Los motivos para realizar la TP: weaning dificultoso 38 (35,2%), intubación prolongada 36 (33,3%), fracaso repetido en la extubación 11 (10,2%), afectación neurológica 18 (16,7%) y otros 5 (4,7%). La técnica se realizó con éxito en un 98,1% de los casos. En 92 casos (85,2%) no hubo complicaciones y en el resto las complicaciones fueron leves (13%). La complicación más frecuente era el sangrado menor 5 (4,6%).

**CONCLUSIONES:** La traqueostomía percutánea realizada con la técnica de Griggs es simple y presenta un índice de complicaciones bajo.

**Palabras clave:**

Complicaciones inmediatas · traqueostomía percutánea.

## ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LOS AISLAMIENTOS REALIZADOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.

Aran Esteve MM (1), Martí Folch M (1), Ferrer Barberá C (2), Riera Badía A (1).

(1) Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Vall d'Hebron. Barcelona. (2) Control de Infección . Hospital Vall d'Hebron. Barcelona.

**OBJETIVO:** Describir las características de los aislamientos que se han realizado en una unidad de cuidados intensivos de un hospital terciario.

**MÉTODOS:** Seguimiento prospectivo de todos los pacientes hospitalizados en nuestro centro que han requerido medidas de aislamiento, desde el 1 de enero hasta el 30 de junio de 2005. Los pacientes se han detectado mediante los informes diarios del servicio de microbiología y el seguimiento sistemático que realiza la unidad de control de la infección en todo el hospital. Éste trabajo se centra específicamente en los resultados obtenidos en el servicio de medicina intensiva. Las variables estudiadas han sido: número de pacientes aislados, tipo de aislamiento (de contacto, respiratorio y gotas) y microorganismo responsable de la infección.

**RESULTADOS:** Durante el período de seguimiento se detectaron 208 pacientes en el global del hospital, de los que 59 (28,36%) estaban ingresados en la unidad de cuidados intensivos. En todos los casos el tipo de aislamiento practicado fue de contacto. Los microorganismos aislados fueron: *Staphylococcus aureus* resistente a la meticilina (MRSA) en 13 casos (22,03%), *Pseudomonas aeruginosa* en 12 casos (20,33%), y *Acinetobacter baumannii* en 8 casos (13,55%), *Bleas* en 6 casos (10,16%), *Stenotrophomona maltophilia* en 5 casos (8,47%), otros en 5 casos (8,47%) y preventivo en 10 casos (16,94%).

**CONCLUSIONES:** Durante el período de tiempo estudiado sólo se han realizado aislamientos por contacto. El 28,36% de pacientes aislados están ingresados en la unidad de cuidados intensivos. El microorganismo más frecuentemente aislado es el MRSA (22,03%).

**Palabras clave:**

Estudio descriptivo · infección nosocomial · paciente crítico.

## ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LAS PÉRDIDAS DE SANGRE YATROGÉNICAS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.

Aran Esteve A, López Valentín P, Moreno Olivas F, Folch Munuera L, Rodríguez Escaño S.

Unitat de Cures Intensives. Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona (Barcelona).

**OBJETIVO:** Determinar el volumen de sangre perdida por intervenciones yatrogénicas que sufren los pacientes en su ingreso en una Unidad de Cuidados Intensivos.

**MATERIAL Y MÉTODO:** Estudio prospectivo descriptivo durante cuatro meses del año 2005, realizado en la unidad de cuidados intensivos de nuestro hospital. Criterios de inclusión: pacientes que ingresan en el servicio con una previsión de estancia superior a siete días. Variables estudiadas: edad, sexo, diagnóstico, número de extracciones venosas, número de gasometrías arteriales, mililitros de sangre extraída total/día (incluyendo la sangre de desecho), mililitros de sangre perdida en la colocación de vías o técnicas invasivas. El análisis de resultados se realizó con SPSS 11.0. Las variables cuantitativas se describieron con media y desviación estándar, y las variables cualitativas con frecuencias y porcentajes.

**RESULTADOS:** Se estudiaron un total de 38 sujetos de los cuales 28 (73,7%) eran hombres y 10 (26,3%) eran mujeres. La edad media fue de 54,08 (desviación estándar "DE" 16,65). Según el diagnóstico: 10 (26,3%) neurológicos, 9 (23,7%) respiratorios, 6 (15,8%) politraumáticos, 3 (7,9%) intoxicados, 3 (7,9%) sépticos y 7 (18,4%) otras patologías. La media de extracciones de sangre venosa fue de 1,64 (DE 0,48), mientras que la de gasometrías fue 1,66 (DE 0,84). La media de pérdidas de sangre al día fue de 35,20 (DE 9,11)

**CONCLUSIONES:** Las pérdidas de sangre de origen iatrogénico de un paciente ingresado en UCI pueden alcanzar, en algunos casos, el 1% del volumen total sanguíneo del paciente. Sería necesario optimizar el número de extracciones para minimizar dichas pérdidas.

**Palabras clave:**

Cuidados al paciente crítico · extracciones de sangre · yatrogenia.

## **MONITORIZACIÓN DE LA SEDACIÓN DEL PACIENTE CRÍTICO PEDIÁTRICO.**

Secorún Torres AM, Amador López A, López Juan M.

Servicio de Cuidados Intensivos Pediátricos. Hospital Materno-Infantil Valle Hebrón. Barcelona (Cataluña).

**OBJETIVOS:** Dar a conocer el procedimiento del BIS (Bispectral Index Sensor) para optimizar la sedación y analgesia en el paciente crítico pediátrico. Ejemplificar el método del BIS frente a los métodos de valoración convencional para la sedación del paciente (escala confort).

**METODOLOGÍA:** El BIS es una técnica de monitorización no cruenta que cuantifica el grado de sedación del paciente con una escala de 0-100 mediante la interpretación del trazado electroencefalográfico. Nos permite obtener la tasa de supresión de sedación en %(tanto por ciento), visualizar la actividad muscular en escala visual y valorar el índice de calidad de la señal (ICS). Se indicarán las instrucciones de uso del sistema para obtener el electroencefalograma a partir de 3 o 4 derivaciones según el tamaño del paciente.

**RESULTADOS:** Presentamos un caso de traumatismo craneoencefálico (TCE) con Glasgow inferior a 7 al que se le aplicó el BIS. Se le administró propofol como fármaco supresor. Los resultados fueron óptimos: tasa de supresión del 70%, BIS inferior a 25, Presión intracraneal (PIC) inferior a 20 y Presión de perfusión cerebral (PPC) superior a 65. Estos valores nos objetivaron la correcta sedación del paciente, evitando así la infra o sobredosedación del mismo que tanta repercusión hemodinámica producen.

**CONCLUSIONES:** Consideramos importante, como enfermería que cuida al paciente crítico, dar a conocer técnicas que no sólo optimizan los tratamientos futuros, sino que aumentan el nivel que confort del paciente y ayudan al personal enfermero a la valoración de la sedación no basada únicamente en la escala subjetiva confort.

**Palabras clave:**

Bispectral Index Sensor (BIS) · índice de calidad de la señal (ICS) · presión de perfusión cerebral (PPC) · presión intracraneal (PIC) · traumatismo craneoencefálico (TCE).

## TRASPLANTE PULMONAR EN EL HOSPITAL VALL D'HEBRON DURANTE EL AÑO 2005.

Rodríguez Martínez X (1), Calixto Rodríguez J (1), Marín i Vivó G (1), Paunellas Albert J (1), Couñago Méndez S (2), Masnou N (3).

(1) DUI. UCI. Equipo de anestesia de trasplantes. Hospital General Vall d'Hebron. Barcelona. (2) DUI. UCI Q. Hospital Clínic i Provincial. Barcelona. (3) Médico. Coordinadora de Equipo de Trasplantes. Intensivista. Vall d'Hebron Hospitals. Barcelona.

**INTRODUCCIÓN:** Hoy en día el trasplante pulmonar supone una opción terapéutica válida para aquellos pacientes antaño desahuciados, aunque no exenta de complicaciones. Durante las dos últimas décadas, la supervivencia de los pacientes trasplantados se ha incrementado. Los avances en las técnicas quirúrgicas, en la preservación del órgano, y en el tratamiento inmunosupresor han contribuido a esta mejoría. Sin embargo, y a pesar de que se ha avanzado en la prevención y el tratamiento de las infecciones, esta patología sigue siendo la principal causa de morbilidad y mortalidad. Nuestro objetivo es mostrar la estadística generada por trasplante pulmonar en nuestro hospital durante el año 2005.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio descriptivo y retrospectivo de los pacientes sometidos a trasplante pulmonar durante el año 2005. Se ha utilizado el paquete estadístico SPSS v.12 y la hoja de cálculo de Excel, para la recogida y análisis de los datos generados.

**RESULTADOS:** Se presentan los resultados estadísticos referentes a la morbilidad previa, quirúrgica, en UCI y al alta de los pacientes trasplantados pulmonares durante el año 2005.

**CONCLUSIONES:** El perfil del paciente trasplantado durante el año 2005, responde a hombre, fumador, que recibe oxígeno domiciliario, sin patología médica de relevancia y afecto de EPOC. Durante la cirugía requiere administración de hemoderivados, no entran en CEC, el injerto tiene un tiempo de isquemia dentro de las 6 horas recomendadas. En el postoperatorio la principal complicación fue la infección (35,48%), y presentó rechazo el 16 %. La inmunosupresión más utilizada: ciclosporina y corticoides. La morbimortalidad resulta elevada.

**Palabras clave:**

Estadística · morbilidad · mortalidad · trasplante pulmonar.

## ETAPA TRANSQUIRÚRGICA Y SEGUIMIENTO EN LA UCI DEL CATÉTER DE ADMINISTRACIÓN DE PGE1 INTRAPORTAL EN EL TRASPLANTE HEPÁTICO. ESTADÍSTICA.

Rodríguez Martínez X (1), Calixto Rodríguez J (1), Marín i Vivó G (1), Paunellas Albert J (1), Couñago Méndez S (2).

(1) DUI. UCI. Equipo de anestesia de trasplantes. Hospital General Vall Hebron. Barcelona. (2) DUI. UCI Q. Hospital Clínic i Provincial. Barcelona.

**INTRODUCCIÓN:** La administración intravascular de prostaglandinas (PGE1) en el transcurso del implante hepático quirúrgico y en el postoperatorio inmediato es comúnmente conocido, con el objetivo de minimizar los efectos de la isquemia que da lugar a la hipoxia del injerto. En este documento nos proponemos definir la técnica y el método de realización intraquirúrgico, así como los cuidados generales y específicos que enfermería debe administrar durante su mantenimiento y retirada en la UCI.

**MATERIAL Y MÉTODO:** Definimos la técnica de preparación, colocación y consideraciones de mantenimiento del catéter, tanto en la fase intraquirúrgica como en el postoperatorio inmediato. Igualmente definimos los cuidados de enfermería para su mantenimiento y en la retirada.

**RESULTADOS:** El catéter se coloca en aquellos casos en los que la reperfusión del injerto demuestra bajo flujo arterial para mantener las condiciones adecuadas de oxigenación del injerto, y por lo tanto limitando su funcionalidad. Se introduce el catéter en la luz intraportal mediante canalización de una mesentérica colateral y se sutura mediante bolsa de tabaco, para facilitar su extracción en caso que fuera necesaria su permanencia en el postoperatorio inmediato, de estos se mantuvieron durante el ingreso en UCI un total de 4 catéteres.

**CONCLUSIONES:** La administración de PGE1 intraportal supone una mejor tolerancia hemodinámica, ya que la metabolización de la droga se produce casi íntegramente en el injerto. El tratamiento de la isquemia durante la reperfusión se demuestra más efectivo en la administración local que sistémica. No se presentaron complicaciones derivadas de su colocación, mantenimiento y extracción en nuestra unidad de cuidados intensivos.

**Palabras clave:**

Intraportal · prostaglandinas (PGE1) · trasplante hepático.

## SHOCK TÓXICO POR STEPTOCOCO PIOGENES: CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON NECROSIS TISULAR.

Gómez Gómez J, Martín Campos R, Gallart Vivé E, Francès Julian S.

Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Universitari Vall d'Hebrón. Barcelona.

**OBJETIVO:** Actualizar conocimientos para el manejo del paciente con shock tóxico y descripción de los cuidados de enfermería que requieren los pacientes con necrosis tisular secundaria a dicho proceso.

**METODOLOGÍA:** Análisis de caso clínico mediante reportaje fotográfico y constatado con bibliografía. Mujer de 27 años que ingresa en hospital para parto por embarazo a término. Transcurridas 24 horas post parto se ingresa en la unidad de cuidados intensivos por presentar signos de shock: hipotensión arterial, taquicardia con angina hemodinámica, acidosis metabólica y insuficiencia respiratoria. Tras 24 horas en observación se objetiva fracaso multiorgánico, coagulopatía intravascular diseminada e isquemia distal en las cuatro extremidades. Hemocultivo y cultivo peritoneal positivos por *Streptococo Piogenes*. Se procede a intubación orotraqueal por crisis comicial y parada cardiorrespiratoria recuperada. La paciente es derivada a nuestro centro para tratamiento y control de la necrosis siendo valorada por el servicio de cirugía vascular. Una vez estabilizada y corregida la coagulación se le practican fasciotomías en ambos brazos, amputación infracondílea de ambas extremidades inferiores y amputación de falanges distales de ambas manos.

**RESULTADOS:** Reportaje fotográfico que describe el plan de curas realizado (pre y post intervención quirúrgica) para el tratamiento de la necrosis tisular. Inicio del plan de cuidados básicos para el paciente: ventilación mecánica bajo sedoanalgesia, soporte hemodinámico, cuidados para la integridad cutánea, aislamiento de contacto y duelo de familia y paciente.

**CONCLUSIONES:** El manejo del paciente con shock tóxico supone un reto para los profesionales que nos dedicamos a la enfermería intensiva debido a la calidad y cantidad de cuidados que precisan este tipo de pacientes.

**Palabras clave:**

amputación · fasciotomía · necrosis tisular · shock tóxico · *Streptococo Piogenes*.

## **DURACIÓN DE LAS VÍAS VENOSAS PERIFÉRICAS SEGÚN LOCALIZACIÓN.**

Fernández López V, Sánchez Eiroa J, Gago García E, Blanco Longueira B, Torre Barbeito G, Caínzos Fernández G, Pérez Taboada M.

Servicio de Medicina Intensiva. Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. La Coruña (Galicia).

Las zonas de elección para canalizar vías venosas periféricas son los miembros superiores y de éstos las manos y los antebrazos, evitando si es posible las venas de las flexuras, por tener éstas un mayor riesgo de complicaciones como esclerosis y trombosis. No existen recomendaciones en cuanto a la inserción de un catéter venoso periférico en una localización determinada para lograr una mayor duración de la vía.

**OBJETIVO:** Determinar si existe alguna localización en el miembro superior en la que exista una mayor duración del catéter periférico.

**METODOLOGÍA:** Estudio descriptivo prospectivo de todos los pacientes ingresados en un período de tres meses en la Unidad Polivalente-Intermedios (24 camas) a los que se les ha canalizado vía periférica dentro de la unidad.

**RESULTADOS:** Durante el período de estudio se canalizaron 349 vías periféricas, la mayoría del calibre 20G (n=308, 88,2%). La distribución por localizaciones fue: dorso de la mano (26,9%), tabaquera (15,9%), antebrazo cara anterior (19,3%), antebrazo cara posterior (19,3%) y flexura (17,6%). La duración en días fue: dorso mano 2,43 (DE 1,837), tabaquera 2,59 (DE 1,218), antebrazo cara anterior 2,78 (DE 1,884), antebrazo cara posterior 3,03 (DE 2,437), flexura 2,84 (DE 2,026). Los motivos de retirada fueron: cambio programado (n= 29, 8,3%), fin tratamiento (n= 47, 13,5%), extravasación (n= 61, 17,5%), obstrucción (n= 16, 4,6%), alta/ exitus (n=115, 33%), arrancamiento (n=15, 4,2%), flebitis química (n=60, 17,2%), flebitis infecciosa (n=6, 1,7%).

**CONCLUSIONES:** No existe una diferencia estadísticamente significativa, en cuanto a la duración, entre las distintas zonas de inserción.

**Palabras clave:**

Acceso vascular · localización · vía venosa periférica.

## PLAMAFÉRESIS EN NUESTRA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.

Gago García E, Blanco Longueira MB, Torre Barbeito G, Sánchez Eiroa J, Iglesias Alonso J.

Servicio de Medicina Intensiva. Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. La Coruña (Galicia).

**INTRODUCCIÓN:** Entendemos por plasmaféresis (PMF) el proceso por el que el plasma es separado de la sangre y procesado para eliminar selectivamente determinados compuestos. Nuestra unidad de cuidados intensivos (UCI) de politraumatizados- polivalentes-intermedios, con una capacidad de 24 camas, presenta pacientes con patologías en las que está indicada la PMF (síndrome de Guillain-Barré, miastenia gravis), por lo que es una técnica que realizamos con cierta frecuencia.

**OBJETIVO:** Descripción de las principales indicaciones de la PMF, de la técnica utilizada y de los cuidados de enfermería asociados.

**METODOLOGÍA:** Revisión bibliográfica centrándose en las indicaciones de la terapia, en el manejo de monitor utilizado (modelo Hospal Prisma CRRT + TPE, kit Prisma TPE 2000 set), los cuidados de enfermería y en la prevención y detección de complicaciones durante todo el proceso.

**RESULTADOS:** Se ha elaborado un protocolo, destacando los aspectos más actuales, en el que se describen los cuidados de enfermería en pacientes sometidos a PMF.

**CONCLUSIONES:** Aunque nuestra experiencia es limitada, debido a las características de nuestra UCI, en la que ingresan pacientes con diversas patologías subsidiarias de PMF, consideramos importante estar formados en esta técnica tomando como referencia el protocolo para la estandarización y optimización de los cuidados.

**Palabras clave:**

Cuidados intensivos · miastenia gravis · plasmaféresis · protocolo · síndrome de Guillain-Barré.

## VÍAS CENTRALES DE INSERCIÓN PERIFÉRICA: UNA TÉCNICA DE ENFERMERÍA FACTIBLE Y EFICAZ.

Mingo Elguea N, Martínez Tobar B, López Llamazares P, Ferreira González de Viñaspre S, Bailez Aguirreicoa I, Arana Monte M, Prieto Arriba E.

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

**OBJETIVO:** Dar a conocer la técnica de inserción de vías centrales multilumen de acceso periférico.

**INTRODUCCIÓN:** La canalización de accesos venosos centrales de varias luces es necesaria en el paciente crítico para monitorización hemodinámica, administración de fluidos y medicación. Este tipo de vías pueden presentar complicaciones graves y además, consumen gran cantidad de recursos hospitalarios. *Peripherally inserted central catheteres* (PICC) son una buena alternativa por tener las mismas ventajas y ser menos costosas en recursos y en complicaciones.

**MATERIAL Y MÉTODO:** Canalizar una vía periférica a través de la cual se inserta una guía metálica. Tras retirar la vía periférica, con una pequeña incisión en piel introducir el dilatador que facilitará la entrada de la vía de doble o triple luz de 60 cm utilizando la técnica Seldinger. La progresión de la vía se efectuará sujetando siempre el extremo distal de la guía metálica. Una vez colocada, retirar la guía, purgar las luces y fijar el catéter. Realizar comprobación radiológica posterior.

**RESULTADOS:** Es una técnica que puede ser desarrollada por enfermería con gran eficacia, dado la experiencia en la canalización de vías periféricas. Presenta menos complicaciones graves, mayor confortabilidad y menor angustia para el paciente.

**CONCLUSIONES:** Las PICC son una buena alternativa por ser mínimamente invasivas y presentar menos riesgos. Se plantea como vía de elección en pacientes multipuncionados o con requerimientos farmacológicos mínimos, a la espera de realizar estudios empíricos que lo demuestren.

**Palabras clave:**

Enfermería · *peripherally inserted central catheteres* (PICC) · Seldinger.

## **INFECCIONES RELACIONADAS CON EL DRENAJE VENTRICULAR EXTERNO: REVISIÓN Y ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA.**

Villar Miranda H, Gallart Vivé E, Calixto Rodríguez J, Grau Navarro M, Riera Badía A, Campos Martín R.

Servicio de Medicina Intensiva. Hospital General Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.

**OBJETIVO:** 1) Estudio de las infecciones relacionadas con la derivación ventricular externa (IRDVE). 2) Guía del manejo del drenaje ventricular externo (DVE).

**METODOLOGÍA:** Estudio prospectivo descriptivo de todos los pacientes con hemorragia intracraneal que precisaron DVE durante un periodo de 8,5 años. Clasificación de la identificación de IRDVE según Lozier *et al.*: 1) Contaminación. 2) Colonización. 3) Sospecha de IRDVE. 4) Infección relacionada con DVE. 5) Ventriculitis. Método estadístico. Cultivos según protocolo. Administración de fármacos según protocolos.

**RESULTADOS:** Se estudiaron 250 pacientes con un total de 359 DVE (159 DVE simples y 200 Camino). Tiempo medio de cateterización  $20,3 \pm 16,3$  días. Aparición de episodio; 12 días (todos los grupos). Incidencia global de todos los episodios 39% de los pacientes. Incidencia de infección confirmada y/o alta sospecha 20% de los pacientes de los cuales el 10% fue de incidencia de infección relacionada con DVE y ventriculitis. Microorganismos: Se aislaron 68 Gram positivos y 5 Gram negativos en todos los grupos. Solamente en un paciente la ventriculitis se consideró causa de éxitus. Se realizó cambio de drenaje en 6 pacientes con intención terapéutica de la IRDVE.

**CONCLUSIONES:** Es importante el manejo correcto y cuidadoso del DVE para evitar episodios de IRDVE. La mayoría de episodios curaron con tratamiento intratecal y endovenoso, sin necesidad de cambio de DVE.

**Palabras clave:**

Actuación de enfermería · drenaje ventricular externo · infecciones · revisión.

## **ANALGESIA SUBARACNOIDEA Y EPIDURAL PARA EL CONTROL DEL DOLOR AGUDO EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.**

Calvo Yanguas C, Barroso del Río A, Arrastia Arregui I.

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

**OBJETIVO:** Conocer los aspectos más importantes de la analgesia subaracnoidea y epidural tales como, indicaciones de cada una de ellas, tipos de fármacos más utilizados, mecanismo de acción de cada uno de ellos, vías y sistemas administración y reacciones adversas; para favorecer el confort del paciente, disminuir su estancia en la unidad de cuidados intensivos (UCI) y prevenir posibles complicaciones derivadas de su utilización.

**METODOLOGÍA:** Estudio descriptivo basado en la revisión bibliográfica de numerosas fuentes y en nuestra experiencia clínica diaria.

**CONCLUSIÓN:** El buen manejo de los catéteres epidurales e intradurales, así como la correcta administración de fármacos con función analgésica a través de ellos, es imprescindible para conseguir un control eficaz del dolor agudo (posquirúrgico, traumatismos...). Esto favorece la pronta recuperación del paciente y por tanto disminuye su estancia en UCI, al evitar situaciones tales como: respiración superficial y tos ineficaz por dolor, encamamiento o deambulación tardía por dolor..., que podrían derivar en graves complicaciones como insuficiencias respiratorias por acumulación de secreciones o atelectasias, tromboembolismos por estasis venoso...

Del mismo modo el buen conocimiento de los efectos secundarios de los fármacos utilizados, así como de la técnica en la implantación, mantenimiento y retirada de los catéteres evita la presencia de complicaciones graves (parada respiratoria, hematoma subaracnoideo, pérdida de líquido cefalorraquídeo...) tanto por su prevención como por su rápida detección.

**Palabras clave:**

Analgesia epidural · analgesia intradural · analgesia subaracnoidea · catéter epidural · catéter intradural · confort del paciente · dolor agudo

## RELACIÓN ENFERMERA-FAMILIA EN NUESTRA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS... ¿QUÉ OPINIÓN TENEMOS DE ELLA?

Yáñez Quintana B (1), Gutiérrez Sosa E (1), Hernández Mendoza A (1), Molina Tercero MA (1), Montesdeoca Henríquez A (1), Barber Pérez P (2).

(1) Servicio de Medicina Intensiva. Hospital General Universitario de Gran Canaria, Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. (2) Departamento de Métodos Cuantitativos de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria (ULPGC). Las Palmas de Gran Canaria.

**OBJETIVO:** Conocer la percepción y actitudes del personal de enfermería respecto a la atención prestada a los familiares de los pacientes ingresados.

**METODOLOGÍA:** Estudio descriptivo, transversal y cualitativo realizado entre Septiembre-Diciembre del 2005. Consultamos a 77 enfermer@s de forma anónima y voluntaria, con un cuestionario de elaboración propia que recoge variables sociodemográficos, laborales y los relacionados con los temas objeto de estudio. Se realizó un análisis descriptivo mediante el programa estadístico SPSS 12.0.1 para Windows utilizando intervalos de confianza del 95%.

**RESULTADOS:** Obtuvimos un alto nivel de respuesta, 67 de 77 (87%). La organización de las visitas está consensuada. No apoyamos la implicación de la familia en los cuidados y el trato con ella es distante.

**CONCLUSIONES:** Los resultados no han sido muy concluyentes. Constatamos que no reconocemos a la familia como parte de nuestra tarea, excluyéndola de nuestro plan de cuidados, llegando incluso a percibirla como un ente molesto.

**Palabras clave:**

Enfermería de cuidados intensivos · familiares · implicación familiar · organización de visitas · relaciones profesional-familia.

## SISTEMA DE CICATRIZACIÓN ASISTIDA POR VACÍO.

Cuevas Amador JA, Blancas López P, Peña Vivas A, Gasull Perpiña RM.

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

**OBJETIVO:** Dar a conocer el sistema de cicatrización asistida por vacío (VAC) que utiliza la presión tónica negativa para promover la cicatrización en un medio húmedo y cerrado, mediante la utilización de un apósito adaptable a las características de la lesión y una bomba que puede programarse a diferentes niveles de presión, tiempo de funcionamiento y continuidad.

**METODOLOGÍA:** Descripción del sistema VAC y del material necesario para su funcionamiento, indicaciones, contraindicaciones y cuidados que se derivan de su utilización.

**CONCLUSIONES:** El sistema VAC es otra alternativa al tratamiento de las heridas de difícil cicatrización. Se trata de una terapia que acelera el proceso de cicatrización, que supone una mejoría en el coste y efectividad del tratamiento de este tipo de heridas, que puede reducir la estancia hospitalaria, que supone una disminución sobre el tiempo de intervención de enfermería en este tipo de curas y que a su vez aumenta el confort del paciente.

**Palabras clave:**

Cicatrización · cicatrización asistida por vacío · heridas · material · tratamiento.

## **COMPARACIÓN DE DOS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA: REINTRODUCCIÓN O RECHAZO DEL CONTENIDO GÁSTRICO RESIDUAL. RESULTADOS PRELIMINARES.**

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

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

**OBJETIVO:** Establecer si existen diferencias en cuanto a efectividad, seguridad y tolerabilidad de 2 intervenciones de enfermería: reintroducción o rechazo del contenido gástrico residual (CGR).

**METODOLOGÍA:** Estudio prospectivo experimental aleatorizado en dos ramas, en el ámbito de una unidad de cuidados intensivos. Tamaño de la muestra 20 pacientes que requieran control del volumen gástrico residual. Variables: efecto de la intervención en el bienestar del paciente, funcionamiento de la sonda, ritmo alimenticio, tolerancia, riesgo de aspiración pulmonar y variaciones hidroelectrolíticas. Recogida de datos a través de formulario y tratamiento de los mismos con el paquete SPSS v.11.0

**RESULTADOS:** Se han estudiado 20 pacientes: 7 casos de reintroducción del CGR (grupo A) y 13 rechazo del CGR (grupo B), la media de días de estudio ha sido de 6,35, produciéndose la obstrucción de 1 sonda (grupo B), ningún caso de broncoaspiración ni náuseas, 2 casos de vómito (grupo B), disminución de necesidades diarias de potasio (grupo A)

**CONCLUSIONES:** Partiendo de estos resultados no se observan diferencias estadísticamente significativas entre ambas intervenciones, siendo muy probable que el tamaño de la muestra estudiada esté condicionando dichos resultados. La muestra estudiada parece tender a una mayor efectividad, seguridad y tolerabilidad en el grupo de reintroducción del CGR. Esta afirmación está siendo verificada con la realización del ensayo clínico correspondiente

**Palabras clave:**

Enfermería intensiva · intervención enfermera · residuo gástrico · resultados clínicos.

## REGISTRO DE ERRORES DE MEDICACIÓN.

Argilaga Molero E, Tamar Sánchez L.

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

**OBJETIVO:** Identificar y describir la visión de la enfermería intensiva, respecto los errores de medicación, registro de los mismos y acciones incentivadoras de estos para una mejora de la calidad asistencial, y el establecimiento de una herramienta para dicho registro "sin efectos secundarios".

**METODOLOGÍA:** El estudio se realizó en el área sanitaria de Barcelona, mediante muestreo de conveniencia de 7 profesionales de enfermería intensiva asistencial de los principales centros de salud, con una experiencia profesional, en este campo, de entre 8 y 30 años. Para la recogida de datos se realizaron 7 entrevistas que tuvieron una duración media de 55 minutos, llevándose a cabo en un periodo de cuatro semanas. Se realizaron entrevistas semi-estructuradas, procurando el investigador ejercer un control mínimo sobre ellas.

De su análisis e interpretación surgieron los siguientes:

**RESULTADOS:** Análisis de la situación actual en relación a los errores de medicación; elementos motivacionales para su registro; incentivos económicos y profesionales; reglamentos, normas y repercusiones en relación a los errores de medicación y sus sistemas de registro.

Ante estos resultados presentamos estas:

**CONCLUSIONES/PROPUESTAS:** Destacar de nuestro análisis la existencia de gran concordancia entre las opiniones de los entrevistados, mostrándonos que la enfermería intensiva posee metas comunes y una visión de los problemas muy similar. Presentar un boceto con las características principales que debe reunir un registro de errores de medicación, fácil de rellenar, útil para evitar futuros errores, inviable para ser utilizado contra quien comete el error, quien lo registra o el centro en el que se comete dicho error.

**Palabras clave:**

Errores de medicación · registros de enfermería · seguridad en enfermería · seguridad de los pacientes.

## **SEGUIMIENTO DEL PROCEDIMIENTO DE ADMINISTRACIÓN DE LA INSULINA POR VÍA SUBCUTÁNEA EN CUIDADOS INTENSIVOS.**

Ordóñez Rufat P, Polit Martínez V.

Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona).

**INTRODUCCIÓN:** El objetivo del material es tener una guía de fácil acceso y manejo para la estandarización de unos cuidados en los pacientes ingresados en las unidades de cuidados intensivos (UCIs).

Mediante este estudio, queremos valorar el grado de conocimiento y cumplimiento del personal sanitario sobre el procedimiento de administración de la insulina por vía subcutánea (sc) que existe en las unidades de intensivos.

**MATERIAL Y MÉTODO:** Es un estudio descriptivo, que se ha llevado a cabo mediante una encuesta anónima, realizada a las enfermeras/os de las diferentes UCIs del Hospital de Bellvitge durante el mes de noviembre del 2005.

**RESULTADOS:** De las 80 encuestas entregadas, 75 fueron cumplimentadas (93.75%) y 5 las dejaron sin responder (6.25%). De la población encuestada se obtuvo un 64 % de individuos que conocían la existencia en la unidad del procedimiento, pero solo un 48% conocían el contenido.

De los datos queremos destacar que el 96% comprueba quistes en la zona previa a la inyección y el 81% rotan la zona en las cuatro extremidades. Aunque un 17% reconocen que lo realiza únicamente en brazos.

El 27% registra en gráfica la zona de punción y teniendo en cuenta que hay varios turnos de trabajo, resulta complicado averiguar donde a sido colocada la insulina en el turno anterior.

**CONCLUSIONES:** A la vista de los resultados nos planteamos algunos cambios:

- Formación para resaltar la importancia de conocer, seguir el procedimiento y registrar las actividades en las gráficas.
- Reuniones informativas para que la gente apunte la rotación.

**Palabras clave:**

Cuidados intensivos · insulina · vía subcutánea · registro en gráfica.

## PROTOCOLO DE MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS PARA LA PREVENCIÓN DE LA NEUMONÍA NOSOCOMIAL ASOCIADA A VENTILACIÓN MECÁNICA.

Carrillo Santín E, Santé Roig M, Jam Gatell R, Fernández Moreno I, Turégano Duaso C, Ortiz Chinchilla D, Vallés Daunís J.

Centro de Críticos. Consorci Sanitari Parc Taulí. Sabadell (Barcelona).

**OBJETIVO:** El riesgo de adquirir la neumonía nosocomial asociada a ventilación mecánica (NAV) en pacientes intubados se incrementa entre 6 y 21 veces respecto a los no intubados. Debido a su impacto sobre la morbilidad de los enfermos críticos recientemente se han desarrollado diversas estrategias preventivas. Nuestro objetivo es desarrollar un plan de cuidados para prevenir la NAV y mejorar la calidad asistencial.

**MÉTODOS:** El equipo investigador multidisciplinar (6 enfermeras y un médico de cuidados intensivos) revisó exhaustivamente la bibliografía del tema tratado. Entre enero y mayo de 2005 se elaboró el protocolo basándonos en las recomendaciones de los *Centers Disease Control* (CDC).

**RESULTADOS:** El protocolo contempla las medidas no farmacológicas de probada eficacia para prevenir la NAV en relación a las diferentes vías de colonización:

- Colonización orofaríngea: Tratamos la aspiración de secreciones (técnica de aspiración traqueo-bronquial, aspiración subglótica, control neumotaponamiento, fijación del tubo orotraqueal) y la higiene bucal.
- Colonización gástrica: Relacionamos el control del reflujo gástrico, posición del paciente, diámetro de la sonda nasogástrica y el control de la retención gástrica.
- Inhalación de aerosoles contaminados: Planteamos la correcta gestión del aparataje de soporte ventilatorio.
- Colonización cruzada: Se evita mediante el lavado de manos.

**CONCLUSIONES:** La elaboración de un plan de cuidados favorece una actuación de enfermería sistemática y organizada que nos permite proporcionar un nivel de calidad de los cuidados enfermeros adecuado.

**Palabras clave:**

Competencia práctica · conocimiento · cuidados intensivos · enfermería · neumonía asociada a ventilación mecánica · profilaxis.

**Financiación:**

Este estudio ha sido financiado por el Comité Institucional de Recerca de la Fundació Parc Taulí (2004).

## **CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA EVITAR COMPLICACIONES EN EL POSTOPERATORIO INMEDIATO, EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS, DE PACIENTES SOMETIDOS A ESOFAGUECTOMÍA TORÁCICA.**

Arrastia Arregui I, Barroso del Río A, Calvo Yanguas C.

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

**INTRODUCCIÓN:** Dado el avance de las técnicas quirúrgicas, hemos constatado en los últimos tiempos un incremento de pacientes que son sometidos a intervenciones esofágicas torácicas. Debido a la vital importancia de las estructuras orgánicas afectadas durante la intervención, son pacientes que presentan un alto riesgo de complicaciones si no se actúa de manera adecuada en la vigilancia y cuidados postoperatorios. Las complicaciones más importantes son: pulmonares, lesión del nervio recurrente, quilotórax, lesión de la vía aérea y dehiscencia de anastomosis.

**OBJETIVO:** Establecer los cuidados de enfermería necesarios para valorar y tratar las posibles complicaciones en pacientes sometidos a esofaguectomía torácica, de modo que mejoremos la calidad de vida y acortemos el tiempo de estancia en la unidad de cuidados intensivos (UCI).

**METODOLOGÍA:** Estudio retrospectivo descriptivo de 2 años de duración (2004-2006) con seguimiento de pacientes que ingresaron en nuestra UCI. De 1211 pacientes ingresados en este periodo, 19 fueron para control postoperatorio de esofaguectomía torácica (1,5%). Las patologías intervenidas que han requerido este tipo de técnica son: neoplasia de esófago (52,6%), hernia de hiato (21,05%), neoplasia de cardias (10,05%), esófago de Barreto (10,05%) y acalasia (5,2%).

Además de nuestra experiencia diaria hemos consultado una extensa bibliografía a partir de diversas fuentes.

### **CONCLUSIONES:**

1. La elaboración de una guía de actuación que incluye los cuidados específicos dirigidos a valorar y prevenir posibles complicaciones en pacientes sometidos a esofaguectomía torácica facilitan el trabajo de enfermería y favorecen la pronta recuperación del paciente.
2. La especialización del personal que trate a estos pacientes, tanto el equipo médico como el de enfermería, hace que disminuya considerablemente la incidencia de complicaciones que pueden llegar a comprometer la vida del paciente.

### **Palabras clave:**

complicaciones postoperatorias · cuidados de enfermería · dehiscencia de anastomosis · esofaguectomía torácica · lesión del nervio recurrente · prevención de complicaciones · quilotórax · unidad de cuidados intensivos.

## **IMPLANTACIÓN DEL PROTOCOLO INFORMÁTICO PARA EL CONTROL DE LA GLUCEMIA: VALORACIÓN OBJETIVA Y SUBJETIVA.**

González Ferragut A, Ramis Latorre E, Ramis Murillo M, Rosselló Sancho J.

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

**OBJETIVOS:** Analizar el nuevo protocolo informatizado de control glucémico y la valoración subjetiva que hace enfermería para poder comparar los datos.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Recogida retrospectiva de variables (tabla nº1) del 14/06/2005 al 14/12/2005. Programa informatizado basado en el protocolo elaborado en el Centinela Hospital de California por Etie Moghissi y equipo.

Cuestionario anónimo a enfermeras de la Unidad de Cuidados Intensivos de Policlínica Miramar.

**RESULTADOS:** Los datos obtenidos del programa informático son:

Tabla nº1 Glucemia media Mediciones diarias Determinaciones Glucemias fuera rango 3 Glucemias >139 mg/dl Glucemias <70 mg/dl

CEG1 137+50,9 7,48 3988 1571 1449 122

CCG2 136,6+50,2 3,06 4104 1541 1434 107

1Control Estricto Glucemia.

2Control Convencional Glucemia.

3 >139 mg/dl o <70 mg/dl.

De los 40 encuestados, se obtienen los resultados (tabla nº2):

PREGUNTA "es..." SI NO

Imprescindible control estricto glucémico. 32 8

Fácil manejo del protocolo. 38 2

Pacientes con glucemias más controladas. 25 14

Modificaciones de la pauta. 37 3

Aumento del trabajo. 29 11

Protocolo adecuado. 17 17

**CONCLUSIONES:** Todos los resultados obtenidos en el CEG y en CCG son muy similares.

Menos del 40% de las determinaciones están fuera de rango y la mayoría son hiperglucemias (>139 mg/dl).

Aunque gran parte del personal enfermero cree imprescindible un CEG y que el nuevo protocolo facilita el trabajo, más del 90% modifica de forma habitual la pauta preestablecida.

Este hecho junto con un aumento del trabajo hace que las enfermeras crean que el protocolo es inadecuado (aunque se consiga en más de un 60% el objetivo de mantener las glucemias en rango).

**Palabras clave:**

control convencional · control estricto · glucemia · protocolo informatizado.

## **PROTOCOLO DE LOS CUIDADOS DE LA SONDA NASOGÁSTRICA.**

Sancho Concha M, Ruiz Egea S, Lucas Guarqué I, Riba Reig J, Valls Artajona S.

Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitario Sant Joan de Reus. Reus (Tarragona).

**OBJETIVO:** Desarrollar un plan de cuidados desde la colocación de la sonda nasogástrica (SNG) hasta la finalización de la administración de la dieta y a su vez prevenir y controlar las complicaciones derivadas de la nutrición.

**CRITERIOS DE INCLUSIÓN:** Todo paciente que ingresa al que se le administra nutrición enteral (NE) por SNG.

**EJECUCIÓN DE LA TÉCNICA:** Procedimiento de la técnica de colocación de SNG que también incluye: personal, material necesario y preparación del paciente consciente e inconsciente.

**VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE LOS DOS TIPOS DE SONDAS QUE UTILIZAMOS:** Salem y Silicona y la más apropiada para la NE para evitar complicaciones.

**CUIDADOS DE ENFERMERÍA:** Son los diferentes cuidados que se realizan en los diferentes turnos para mantener las SNG permeables y en buen estado, evitando infecciones y formación de úlceras por decúbito en nariz y conseguir un aporte nutricional correcto. Control del drenaje gástrico en caso de no tolerancia enteral.

**Palabras clave:**

Complicaciones · cuidados de enfermería · nutrición enteral · sonda nasogástrica.

## EL ÍNDICE DE MASA CORPORAL Y LA MORBIMORTALIDAD EN LOS POSTOPERATORIOS DE CIRUGÍA CARDIACA.

Abadía Ortiz E, Arévalo Rubert M, Carballar Caballero J, Crespi Capó M, Frau Camacho J, Matos Pascual P, Pérez Carbonell C.

Servicio de Medicina Intensiva del Hospital Universitario Son Dureta de Palma de Mallorca (Illes Balears).

**MÉTODO:** Análisis retrospectivo del índice de masa corporal (IMC) de los postoperados de cirugía cardiaca (QC) en relación al tiempo de estancia en la unidad de cuidados intensivos (TE), tiempo de ventilación mecánica (TVM), desarrollo de complicaciones cardiovasculares (CV), respiratorias (CR), infecciosas (CI), neurológicas (CN), metabólicas (CM), fracaso renal (FR), número de transfusiones (T), necesidad de reintervención quirúrgica (RQ), y mortalidad en la unidad de cuidados intensivos (M). Clasificación por el IMC: normal (PN) 18,5-24,9; sobrepeso (SP) 25-29,9; obesidad leve (OL) 30-34,9; moderada (OM) 35-39,9; mórbida (OS) >40 y desnutrición (D) <18,5 Kg/m<sup>2</sup>.

Criterios de exclusión: FR crónico en programa de diálisis y postoperados de cirugía aórtica.

Análisis estadístico: Análisis univariante mediante el test de Chi cuadrado.

**RESULTADOS:** 947 pacientes fueron incluidos: 45,3% coronarios, 39,2% valvulares y 15,5% combinados. La edad media fue 64,61±11,1 años, 65,7% varones. D=1%; PN=22,3%; SP=42%; OL=24,8%; OM=7,2 y OS=2,7%.

En el 74% el IMC era >25 Kg/m<sup>2</sup>. En ellos, la edad media fue superior a p=0,025, hubo más incidencia de hipertensión arterial (HTA) (p<0,001), diabetes tipo 2 (p=0,010), hipercolesterolemia (HCL) (p=0,005), hiperuricemia (p=0,018) y mayor número de transfusiones (p=0,004).

En el 9,8% el IMC era >35 Kg/m<sup>2</sup>, predominado el sexo femenino (p<0,001) y los antecedentes de HTA (p<0,001) e HCL p=0,008). Hubo mayor incidencia de inestabilidad hemodinámica (p=0,003) y de FR (p=0,03).

Loa OS tuvieron más incidencia de hipotensión arterial (p=0,014) y de FR, si tenían FR crónico (p=0,019) o antecedente de HTA (p=0,020), con mayor necesidad de terapia de depuración extrarrenal (p=0,046).

No se hallaron diferencias estadísticamente significativas en la mortalidad (1,6% real, estimada 6,98%), en TE, el TVM (mediana 6 horas) ni en la presencia de CV, FR, CN.

**CONCLUSIÓN:** El IMC no es un factor de riesgo de mortalidad pero el IMC>35 Kg/m<sup>2</sup> se asocia a mayor FR e inestabilidad hemodinámica, sobretodo en los OS y si existe el antecedente de HTA o FR crónico.

### Palabras clave:

Cirugía cardiaca · índice de masa corporal · morbimortalidad.

## **A PROPÓSITO DE UN CASO: CICATRIZACIÓN ASISTIDA POR VACÍO.**

Blancas López P, Peña Vivar A, Cuevas Amador JA, Gasull Perpiña RM.

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

**RESUMEN:** La terapia de cicatrización asistida por vacío (VAC) es una técnica relativamente reciente en el ámbito hospitalario. En nuestras Unidades de cuidados intensivos (UCIs) hemos empezado a utilizar este nuevo abordaje terapéutico en el tratamiento de heridas de difícil cicatrización. Se trata de la aplicación sobre la superficie afectada de presión tópica negativa controlada, utilizando para ello un apósito de espuma, sellado mediante una lámina adhesiva de poliuretano. Promueve la rápida cicatrización de heridas, favoreciendo la eliminación del exceso de fluidos, estimulando la formación de tejido de granulación y disminuyendo la colonización bacteriana.

**OBJETIVO:** Analizar y evaluar la efectividad de este nuevo abordaje terapéutico en un paciente intervenido de prótesis aórtica (PoAo), que curso de forma tórpida con osteomielitis y mediastinitis.

**MATERIAL Y MÉTODO:** Estudio de caso clínico con metodología descriptiva. Parámetros de análisis: características del material, condiciones de la terapia, consideraciones clínicas, complicaciones, evolución, seguimiento.

### **CONCLUSIONES:**

1. Ventajas para el paciente: rápida cicatrización, Mayor confort, menor estancia hospitalaria.
2. Ventajas para el hospital y/o el personal: disminución de los costes, disminución de las cargas de trabajo.

### **Palabras clave:**

Cicatrización asistida por vacío (VAC) · prótesis aórtica (PoAo) · unidad de cuidados intensivos (UCI).

## **VENTILACIÓN DE ALTA FRECUENCIA OSCILATORIA, UNA ALTERNATIVA RESPIRATORIA EN ADULTOS.**

Alfambra Montelongo I, López Pacheco A, Perera Díaz P, Pérez Canino JL.

Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitario de Canarias. La Laguna (Santa Cruz de Tenerife).

**OBJETIVO:** Explicar el uso de la ventilación de alta frecuencia oscilatoria (VAFO) en adultos, así como el manejo del paciente en esta modalidad.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Experiencia clínica en nuestra unidad y revisión bibliográfica.

**RESULTADOS:** Presentamos el funcionamiento específico del ventilador Sensormedics 3100B, usado en nuestra unidad, destacando: la presión media (map), la amplitud y la frecuencia respiratoria, necesarios para ventilar y oxigenar de forma directa e independiente al paciente. Como cuidados de enfermería destacamos la monitorización del paciente, los cuidados específicos como humidificación, aspiración de secreciones e intensidad y localización de las vibraciones del paciente, así como las complicaciones de la VAFO destacando tapones mucosos y barotrauma.

**CONCLUSIONES:** La VAFO es una modalidad ventilatoria alternativa que cumple los objetivos de la ventilación mecánica protectora en pacientes con síndrome de distrés respiratorio severo, con resultados prometedores. Los conocimientos de las nuevas terapias son la base principal para que todos los enfermeros actuemos de igual manera, dando una mayor calidad asistencial.

**Palabras clave:**

Amplitud · barotrauma · oxigenación · presión media · ventilación.

## ¿CONOCEN LAS ENFERMERAS LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN?, Y ¿QUÉ CONTESTARÍAN SI TUVIERAN QUE RELLENARLA?

Benlliure Portero F (1), Sánchez Chillón FJ (1), García Muriel MJ (2), Benlliure Enríquez E (3).

(1) DUE Unidad de Cuidados Intensivos Postoperatorio de Cirugía Cardíaca. Hospital 12 de Octubre, Madrid. (2) DUE Unidad de Cuidados Intensivos Postoperatorio de Cirugía Cardíaca. Hospital Clínico Universitario, Salamanca. (3) Estudiante de enfermería. Universidad Complutense, Madrid.

**OBJETIVOS:** 1) Ver el conocimiento de las enfermeras de la unidad sobre la encuesta. 2) Comparar resultados con los obtenidos de los pacientes.

**MATERIAL Y MÉTODO:** Realizamos un cuestionario a las enfermeras para ver si conocían la encuesta y sus resultados. Pedimos que la rellenasen. Comparamos el resultado con la revisión de los pacientes.

**RESULTADOS:** Recogimos 26 cuestionarios. Todas refieren conocerla, un 26,92% no conoce los ítems, 7 cambiarían trato e identificación del personal y satisfacción con la atención. 14 (53,84%) desconocen los resultados. Existen diferencias en 16 de 22 ítems, un 93% de los pacientes refiere conocer el motivo de ingreso, frente a un 65% de las enfermeras. Los pacientes refieren conocer en un 88% su evolución, frente al 27% de las enfermeras. Un 84% de los pacientes esta satisfecho con la información y un 85% con la de sus familiares, frente al 27% y 50% de enfermeras. El trato, excelente para un 79% de los pacientes, aceptable en un 67% para las enfermeras. Los pacientes consideran molesto: Ruido, luz, falta de intimidad, tiempo y cuota de visitas, Las enfermeras: Ruido, luz, sed, falta de intimidad y de información, dolor, horarios y cupos de visita.

Las enfermeras sugieren mejorar el sistema de información médica, el trato personal, separar espacios. Los pacientes sugieren: Mejorar "esperas", niveles de ruido, luz, mejorar la información.

**CONCLUSIONES:** El personal percibe de forma diferente los problemas, lo cual es normal, pero no hasta los extremos que hemos encontrado. Hay que mejorar los canales de retroalimentación, también creemos que el personal de enfermería debería estar más interesado en los resultados. Las encuestas de satisfacción siguen siendo útiles para detectar problemas. No debemos quedarnos en dicha información aislada, debemos intentar mejorar continuamente.

**Palabras clave:**

Comparación con los usuarios · enfermería · satisfacción.

## **PROTOCOLO DE VALORACIÓN DEL DOLOR EN PACIENTES SEDADOS SOMETIDOS A VENTILACIÓN MECÁNICA.**

Muñoz Camargo JC, Guerra Gallego MJ, Espadas Maeso MJ, Pérez Fernández-Infantes S, Cinjordi Valverde P, Alfonso Díaz MD, Rubio Serrano P, Moreno Ortiz J.

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

**INTRODUCCIÓN:** En pacientes inconscientes se objetiva el dolor a través de signos indirectos como lagrimeo, taquicardia, midriasis, hipertensión arterial, como consecuencia de la hiperactividad simpática producida por el dolor, sin embargo antes de aumentar la dosis de analgesia habrá que descartar otras causas capaces de producir una clínica similar.

Se necesitan, por tanto, protocolos que detecten con fiabilidad los cuadros de dolor y que valoren la naturaleza e intensidad del mismo en pacientes que no pueden comunicarse al estar sedados.

**METODOLOGÍA:** Se utiliza la escala de comportamiento de Payen et al validada por estudios que han demostrado su eficacia y que es aplicada por el personal de enfermería a pie de cama. La valoración se hace sobre tres ítem: expresión facial, extremidades superiores, sincronía con el respirador, obteniéndose una puntuación que indica el grado de dolor del paciente y la necesidad de comenzar o aumentar una pauta de analgesia.

**CONCLUSIONES:** El protocolo tiene la habilidad de detectar cambios en el nivel de dolor asociados a las prácticas rutinarias que se realizan en una UCI.

La valoración y el registro del dolor por parte del personal de enfermería es una herramienta esencial para proporcionar un cuidado individualizado desde perspectivas profesionales, legales y éticas.

**Palabras clave:**

Escala de comportamiento · protocolo de enfermería · valoración del dolor.

## **ESTUDIO COMPARATIVO DE DOS PROTOCOLOS PARA EL CUIDADO DE VÍAS VENOSAS PERIFÉRICAS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE.**

González Díaz AI, Domínguez Hernández FJ, Sánchez Castillo LN, Prieto Cejudo MJ, García Cibrán P, Andrés Rodríguez J, Boya Cantero MS, Rodríguez Ruiz F, Pérez Chaparro E.

Unidad de Cuidados Críticos. Fundación Hospital de Alcorcón. Alcorcón (Madrid).

**OBJETIVO:** Determinar la efectividad de los protocolos de cuidados de vías venosas periféricas (vvp) con dos soluciones antisépticas diferentes utilizadas en los paciente ingresados en la Unidad de Cuidados Críticos (UCC) de la Fundación Hospital Alcorcón durante los años 2004 y 2005.

**METODOLOGÍA:** Realizado estudio transversal con el total de 827 pacientes. Para la recogida de datos se han analizado las historias clínicas informatizadas teniendo en cuenta el número de enrojecimientos presentados en las vvp.

En el año 2004, según el protocolo vigente en ese momento la solución antiséptica utilizada fue la povidona yodada (betadine®), mientras que en el año 2005 fue utilizada la clorhexidina acuosa al 2%.

Análisis: Comparación de variables continuas mediante t de Student y variables cualitativas mediante Chi2.

**RESULTADOS:** Analizando los datos encontrados en el presente estudio, se ha observado que se producen 3,38 veces más casos de enrojecimiento utilizando el protocolo de clorhexidina acuosa 2% frente a la utilización del protocolo de povidona yodada, teniendo en cuenta que el IC: 1,31-8,73.

**CONCLUSIÓN:** Existe una diferencia estadísticamente significativa ( $p < 0,01$ ) entre utilizar el protocolo de clorhexidina acuosa 2% frente a utilizar el protocolo de povidona yodada.

**Palabras clave:**

Corhexidina acuosa · enrojecimiento · povidona yodada · vías venosas periféricas.

**Financiación:**

Fundación Hospital Alcorcón.

## **CARDIOVERSIÓN ELÉCTRICA EN LAS ARRITMIAS AURICULARES.**

Puebla Martín A, Puebla Martín MA, Sánchez Molina MC, Sánchez Coello MD, García Velasco Sánchez Morago S.

Servicio de Medicina Intensiva. Hospital General. Ciudad Real.

**OBJETIVO:** La cardioversión eléctrica (CVE) consiste en la aplicación de un choque de corriente continua sincronizada a través del tórax del paciente (P) para revertir una arritmia. El objetivo del trabajo consiste en valorar la cantidad de energía necesaria para revertir dichas arritmias.

**METODOLOGÍA:** Se incluyen los pacientes ingresados en un Servicio de Medicina Intensiva por fibrilación o flutter auricular desde junio del 2003 hasta septiembre del 2005 que fueron sometidos a una CVE. La CVE se realizó bajo sedación con pentobarbital sódico, colocando las palas del desfibrilador en posición anteroposterior cruzado y aplicando una descarga sincronizada de 100 Julios (J), de no revertir la arritmia auricular se daban dosis crecientes de energía de 200 J y luego 360 J. Se consideró una CVE eficaz si la arritmia auricular revertía a ritmo sinusal y se mantenía este ritmo durante al menos 1 hora. Se expresan los resultados como media  $\pm$  desviación estándar.

**RESULTADOS:** Se realizaron 91 sesiones de CVE (77 por fibrilación auricular y 14 por flutter auricular) a 64 P, 41 varones y 23 mujeres, con edad de  $65 \pm 10$  años, de los cuales 53 presentaban fibrilación auricular y 11 flutter auricular. Tras el primer choque revirtieron a ritmo sinusal 22 P (24.1%), tras el segundo choque 37 P (39.5%) y tras el tercero 12 P (13.1%).

**CONCLUSIONES:** Casi la mitad de los episodios de fibrilación o flutter auricular tratados con CVE revierten con una energía de 200 J.

**Palabras clave:**

Arritmia auricular · cardioversión eléctrica · choque eléctrico.

## **VALORACIÓN DEL INFORME DE ALTA DE ENFERMERÍA DE CUIDADOS INTENSIVOS POR LAS ENFERMERAS DE HOSPITALIZACIÓN.**

Lacasaña Bellmunt P (1), Minguez López I (2), Rueda García J (1), Perarnau Manau G (1), Canovas Galera P (3), De Dios Rosa A (1), Lérida Ortega I (1).

(1) Enfermeras asistenciales de la UCI. Hospital Can Misses. Ibiza (Illes Balears). (2) Supervisora de Enfermería de UCI. Hospital Can Misses. Ibiza (Illes Balears). (3) Supervisora de Enfermería de Medicina Interna. Hospital Can Misses. Ibiza (Illes Balears).

La UCI del Hospital Can Misses (polivalente 9 camas) realiza este informe desde 1995, informatizándolo en 1998, siendo obligatorio al alta.

### **OBJETIVOS:**

1. Analizar si la información que aportan los informes de alta de enfermería (IAE) de UCI permiten una adecuada continuidad de cuidados.
2. Conocer la utilidad y satisfacción de las enfermeras de hospitalización con el IAE. 3- Determinar las modificaciones y mejoras en el informe, derivadas de las respuestas y propuestas de las enfermeras de hospitalización.

**METODOLOGÍA:** Estudio descriptivo transversal (diciembre 2004), mediante cuestionarios autoadministrados anónimos mixtos, preguntas de respuesta cerrada tipo Likert para valorar los 12 apartados del informe y 4 abiertas para recoger propuestas de mejora. Muestra: enfermeras con antigüedad mínima de 6 meses en unidades de hospitalización que recibían enfermos de UCI,

**RESULTADOS:** Se recogieron 35 encuestas (84%) (16% perdidas). Todos los apartados del IAE son valorados como útil o muy útil en el 90% respuestas. Las principales deficiencias al IAE se refieren a las necesidades de eliminación, descanso/sueño y valoración social. El perfil de las enfermeras encuestadas es >30 años, mujer, >5 años experiencia. Más del 95% enfermeras consultan el IAE para valorar los ingresos de UCI, lo consideran útil para la continuidad de cuidados y la comunicación interservicios, aunque un 30% lo considera prescindible.

**CONCLUSIONES:** La información del IAE se considera útil y el nivel de satisfacción con este es alto. Se tendrán en cuenta las deficiencias sugeridas en el nuevo informe, además de un diseño más sencillo, más atractivo y más adecuado a sus necesidades.

### **Palabras clave:**

Continuidad de cuidados · informe de alta de enfermería (IAE) · registros de enfermería · unidad de cuidados intensivos.

## **PAUTA DE INICIO Y RÉGIMEN DE TOLERANCIA A LA NUTRICIÓN ENTERAL EN PACIENTES CRÍTICOS.**

Lacasaña Bellmunt P, Ros Martínez M, Mazuecos Reche A, Larrodé Rodrigo E, Serrano Fernández B, Román García P, Sánchez Reche A.

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

**OBJETIVO:** Iniciar Nutrición Enteral (NE) en las primeras 48h tras ingreso, consiguiendo la dieta total al 4-5 día del ingreso.

Principales características: 1/ La presencia de un Volumen Residual Gástrico (VRG) <200 ml es considerada normal. 2. Su medición se realiza cada 6 h, sin interrumpir NE 3. El VRG extraído forma parte de la dieta pautada y administrada al paciente y será reintroducido. Solamente el VRG que excede de 200 ml se desecha. 5. La "secuencia de tolerancia", para aumento o descenso de NE será: 20-30-40-60-80 (ml/h) - dieta total.

Algoritmo Régimen Tolerancia: 1. Iniciar NE a 20 ml/h. 2. Valorar VRG cada 6 h: a) Si VRG <200 ml (en primeras 6 h del inicio <120 ml): reintroducir volumen extraído y aumentar ml/h según secuencia de tolerancia. b) VRG >200 ml (>120 ml primeras 6 h): primera vez, reintroducir VRG hasta 200 ml (120 ml primeras 6 h), desechar el resto, continuar mismo ritmo e iniciar "pauta procinéticos"; segunda vez consecutiva >200, deseche todo el volumen extraído, disminuya ritmo según secuencia de tolerancia (mínimo 20 ml/h, no pare la NE) y continúe con procinéticos. c) Varios VRG >120 ml consecutivos, ya con ritmo mínimo de 20 ml/h, valorar la inserción de sonda nasoduodenal para la NE o suspensión.

Ventajas: 1. Simplifica el "algoritmo de decisiones" a seguir. 2. Permite aumentar, bajar o mantener ritmo de NE según tolerancia, adaptándose a la evolución y progreso de la actividad gastrointestinal del paciente. 3. Menor incidencia de complicaciones e intolerancias. 4. Aumento del aporte de k/cal/día administradas, favoreciendo recuperación, disminuyendo complicaciones clínicas y estancia en UCI.

### **Palabras clave:**

Alimentación · cuidados de enfermería · nutrición enteral · paciente crítico · régimen de tolerancia · unidad de cuidados intensivos.

**CÁNULAS DE TRAQUEOSTOMÍA: SEMEJANZAS Y DIFERENCIAS ENTRE DIFERENTES CÁNULAS EXISTENTES EN EL MERCADO PARA PACIENTES QUE LO REQUIEREN, EN SITUACIÓN AGUDA, EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. INDICACIONES DE CADA UNA DE ELLAS.**

Arrastia Arregui I.

Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Virgen del Camino. Pamplona (Navarra).

**OBJETIVO:** Estudio descriptivo. Incluye:

- Recopilación de datos a partir de folletos explicativos incluidos en cada cánula.
- Análisis de los datos obtenidos, esto es:
  - \* Características generales de cánula externa, cánula interna, obturador, balón y tapón de decanulación, correspondientes a las distintas cánulas.
  - \* Características específicas de las mismas:
    - \*\* Diámetro externo de cánula externa
    - \*\* Diámetro interno de cánula externa.
    - \*\* Longitud de la cánula desde la placa del cuello hasta el extremo inferior de la cánula externa.
- Síntesis de la información presentada como:
  - \* Tabla comparativa entre las características generales de cada tipo de cánula.
  - \* Tabla de equivalencias entre las distintas numeraciones que las casas comerciales dan a sus cánulas a partir de sus características específicas.
  - \* Secuencia de cánulas que corresponde a un paciente traqueotomizado, en UCI.

**RESULTADOS:** Cada casa comercial ofrece varias posibilidades para un mismo tipo de cánula; este estudio está realizado con las líneas:

- Rigid Bue Line Ultra de la casa Portex.®
- Tracoe® Twist referencias 301 y 302 de la casa Tracoe®.
- DCT, DFEN, LPC y FEN de la casa Shiley®.

**CONCLUSIONES:** Tanto la tabla de características generales de cada tipo de cánula como la de equivalencias entre ellas, facilita mucho el trabajo de enfermería en el mantenimiento, conservación y manejo de las cánulas en pacientes traqueotomizados.

**Palabras clave:**

Cánulas de traqueostomía · traqueostomía en unidad de cuidados intensivos · traqueostomía percutánica.

## **PERFIL DEL PACIENTE CORONARIO FIBRINOLIZADO.**

Alberto Rodríguez I, Bonilla Pérez JC, Jorge Díaz MY, Méndez Cordovez F, Mesa Alonso S, Bonilla Pérez JL.

Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria (Santa Cruz de Tenerife).

**OBJETIVOS:** Describir el perfil del paciente coronario fibrinolizado y sus factores de riesgo, el tiempo entre el dolor torácico típico con cambios electrocardiográficos y la administración del fibrinolítico endovenoso (tiempo dolor-aguja) y el tipo de fibrinolítico usado.

**METODOLOGÍA:** Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes coronarios fibrinolizados ingresados en nuestra unidad desde enero/2005 a diciembre/2005. Analizando edad, sexo, factores de riesgo cardiovascular, antecedentes quirúrgicos, antecedentes coronarios previos, consumo de tóxicos, tipo de fibrinolítico y localización del infarto. Análisis: programa SPSS.

**RESULTADOS:** Se incluyeron 67 pacientes fibrinolizados cuya media de edad fue 58 años, 88% varones. Factores de riesgo cardiovascular destacados: tabaco (77%), diabetes (55%), dislipemia (34%) e hipertensión arterial (25%). Destaca hábito enólico (15 %), infartos (12%), anginas previas (5%) y obesidad (4%). Cabe reseñar usuarios de cocaína (5%), cannabis (5%) y stress laboral (5%). En cuanto a la localización del infarto es en un 62.7% inferior-posterior, el fibrinolítico es el tenecteplase (92%), realizándose angioplastia de rescate (43.3%) en cuidados intensivos y un 13.4% en los pacientes que pasan a Cardiología. El tiempo dolor-aguja es menor a dos horas (39%).

### **CONCLUSIONES:**

1. El perfil del paciente coronario fibrinolizado corresponde a un varón de 58 años, fumador, dislipémico e hipertenso.
2. El tiempo aguja es menor a dos horas en el 39% de los casos.
3. De lo que se traduce que se debería actuar en la educación sanitaria tanto a nivel de primaria como de población general para intentar evitar demoras en el inicio del tratamiento.

### **Palabras clave:**

Enfermería · fibrinólisis · paciente coronario · perfil.

## **PROTOCOLO DE CUIDADOS Y MANEJO DEL DRENAJE VENTRICULAR EXTERNO.**

Trèmols Esmel M, Calpe Damians N, Blanco Sánchez I, Domènech Aguilera M, López Sánchez C, Ramos Mancha R, Solà Cristina C, Aguilar Sánchez M.

Servicio de Medicina Intensiva. Hospital General de Catalunya. Sant Cugat del Vallès (Barcelona).

**OBJETIVO:** Debido a la alta incidencia de ventriculitis en pacientes portadores de drenaje ventricular externo (D.V.E), presentamos la instauración de un nuevo protocolo de cuidados de enfermería sobre el manejo del catéter de D.V.E.

**METODOLOGÍA:** Estudio retrospectivo de los pacientes ingresados con patología neurológica durante el periodo de Marzo a Septiembre del 2005 que precisaron D.V.E.

Artículo: El periodo comprende de marzo a septiembre del 2005 de los 90 pacientes ingresados con AVC hemorrágico un 30% (27 pacientes) precisaron la colocación de D.V.E, el 43% (13 casos) presentaron ventriculitis.

Debido a la alta incidencia hemos decidido instaurar un protocolo de manejo y cuidado de enfermería del D.V.E.

Nuestro protocolo contempla las situaciones de mayor riesgo durante la manipulación de D.V.E :

- Derivadas de la manipulación del paciente en técnicas de enfermería.
- Traslado de pacientes a pruebas diagnósticas
- Extracción de líquido cefaloraquídeo (L.C.R) a través de un D.V.E y de CAMINO.
- Administración de fármacos y uroquinasa a través de un D.V.E y de CAMINO.

En cada procedimiento dedicamos especial atención a las fases de pre, intra y postextracción y administración, poniendo énfasis en las medidas generales de asepsia, pinzado, despinzado y sujeción del catéter.

**CONCLUSIONES:** La incidencia de ventriculitis en nuestra unidad es elevada comparada con la literatura consultada.

Es necesario el establecimiento de un protocolo de manejo del D.V.E. para disminuir la incidencia de infecciones.

**Palabras clave:**

Cuidados de enfermería · drenaje ventricular externo · protocolo de enfermería · ventriculitos.

## **TRAQUEOSTOMÍAS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS: INFLUENCIA DE LA INSUFICIENCIA RESPIRATORIA CRÓNICA.**

Requejo Corte MJ, Bartolomé de Blas MA, De la Riva Gil de Sala R, Herrero Fernández S.

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

**OBJETIVO:** Evaluar la influencia de las traqueostomías en UCI en base a la mortalidad y el rol de la insuficiencia respiratoria crónica (IRCA) en las mismas.

**METODOLOGÍA:** Estudio retrospectivo sobre un registro de 2237 pacientes admitidos en una UCI de 12 camas, correspondientes a un periodo de 4 años. De ellos, 501 (22,4%), se les realizó ventilación mecánica (VM), de los cuales fueron estudiados 61 (12,17%) por traqueostomías. Se evalúa la mortalidad del grupo de pacientes con IRCA (grupo 1) comparativamente con respecto al resto de traqueostomizados (grupo 2) y su incidencia. Análisis estadístico T-student ( $p < 0,05$ ).

**RESULTADOS:** Selección de pacientes traqueostomizados: IRCA (18%), encefalopatía-PCR (16,4%), VM prolongada de diferentes causas (65,6%), entre ellas insuficiencia respiratoria aguda: 36,1%, Postoperados: 9,8%, sepsis: 19,7%. La edad media global: 63,7 años (55,7% varones) Edad Grupo 1: 72,64, Grupo 2: 61,74 (.035); Apache II ingreso: 23,5±4,6; Grupo 1: 22,1±5,8 (n.s.); Días estancia UCI: Grupo 1: 35±18,5 Grupo 2: 44,7±27(.306); Días de TET: Grupo 1: 15,64±12,1 Grupo 2: 18,54±16,2 (.840); Días con traqueotomía en UCI: Grupo1: 18±8,3 Grupo 2: 23,6±18,9 (.033).

Mortalidad: Global: 21,3% Grupo 1: 36,3% Grupo 2: 18% (.033).

Infecciones nosocomiales: De los 11 pacientes con IRCA, 10 presentaron infecciones nosocomial (60% con *Pseudomona aeruginosa* y *acinetobacter* multiresistente y un 20% con infecciones por estafilococo meticilín resistente, y cándidas).

### **CONCLUSIONES:**

1. La traqueostomía en pacientes con IRCA suelen tener altos índices de gravedad, con una mortalidad elevada comparada con el resto de traqueostomizados aunque presentan menor días de estancia.
2. Las complicaciones infecciosas son las que más están relacionadas con la mortalidad

### **Palabras clave:**

Insuficiencia respiratoria crónica · mortalidad · traqueostomías.

## **ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO. ASPECTOS CLÍNICOS Y EPIDEMIOLÓGICOS.**

Prieto Pinto R, Reyero Alonso M, Martínez Martínez AB, Reyero Alonso C, Rodríguez Grande MJ, Suárez Arias R, Sánchez Vallejo A, Ponga Álvarez MJ.

Servicio de Medicina Intensiva. Hospital de León. León

**INTRODUCCIÓN:** El traumatismo craneoencefálico (TCE) constituye un grave problema de salud en los países desarrollados, siendo causa importante de morbimortalidad.

**OBJETIVOS:** Establecer un plan de cuidados en el paciente con TCE. Conocer la incidencia, aspectos clínicos y epidemiológicos de los pacientes con TCE ingresados en nuestra UCI.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio descriptivo observacional de los pacientes ingresados en la UCI del Hospital de León durante el año 2004 con el diagnóstico de TCE. De forma paralela se realizó un plan de cuidados específico para este tipo de pacientes.

**RESULTADOS:** Ingresaron un total de 73 pacientes con TCE. La mayoría de ellos varones (79.5%) con una edad media de 42 años (DE 22). La causa más frecuente del trauma fueron los accidentes de tráfico (46.6%). La mayoría de los pacientes recibieron asistencia prehospitalaria. El 50.7% fueron TCE graves y les fue colocado un dispositivo para la medición de la presión intracraneal (PIC). El 40.7% presentaban una moderada discapacidad al alta y la mortalidad fue del 26%.

Plan de cuidados:

- Cuidados generales.
- Constantes, cuidados y monitorización: respiratoria, hemodinámica y neurológica (PIC, PPC, PTiO<sub>2</sub>, S<sub>j</sub>O<sub>2</sub>, microdiálisis cerebral).
- Fármacos habituales.

**CONCLUSIONES:** El TCE causa muchas muertes e incapacidades. Los cuidados de enfermería requieren de una especialización, tanto teórica como práctica y del conocimiento de los distintos dispositivos utilizados para mejorar la calidad asistencial y el pronóstico de estos pacientes.

**Palabras clave:**

Monitorización · plan de cuidados · traumatismo craneoencefálico.

## **REGISTROS DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS: LEGISLACIÓN Y CALIDAD ASISTENCIAL.**

Martínez Cuéllar N, McLarty R, Alcoya Carricas MA, Noguera Gelabert M, Cruz Ferres C, Sospedra Lara E.

Unidad de Cuidados Intensivos. Clínica Palma Planas. Palma de Mallorca (Baleares).

**OBJETIVO:** Comparar la importancia de registrar los cuidados y técnicas enfermeras con el escaso valor que se da a no reflejarlo en las gráficas de enfermería.

**METODOLOGÍA:** Según la Ley 41/2002 del 14 de noviembre, los registros de enfermería forman parte de la historia clínica y es obligatoria su cumplimentación y la identificación del personal responsable.

Realizamos una encuesta entre nuestro personal de enfermería de UCI a lo largo de 2 años, y un estudio retrospectivo del 60,4% de las historias con ingresos superiores a 15 días en nuestra unidad, con un total de 1.000 gráficas.

**RESULTADOS:** En la encuesta observamos un 71,4% de no cumplimentación de los registros por falta de tiempo u olvido. El estudio retrospectivo muestra un 58,4% sin firma del personal responsable, una pérdida en la continuidad de cuidados enfermeros del 71,4%, el seguimiento de las úlceras por presión aparecidas durante la estancia en UCI no se realiza en el 27,2% y los balances hídricos diarios son erróneos en el 47,2%.

**CONCLUSIONES:** La incorrecta cumplimentación de los registros de enfermería incurre en un incumplimiento de la ley y reduce la calidad de los cuidados enfermeros al no ser estos de carácter continuo. Consideramos necesario informar al personal de la unidad de los principales errores cometidos y de la obligación como personal sanitario responsable del correcto registro de éstos a través de una sesión formativa a todo el personal y una reevaluación posterior a los 6 meses.

**Palabras clave:**

Actividades de enfermería · cuidados de enfermería · enfermería de cuidados intensivos · historia clínica.

## **TIEMPOS DE DEMORA EN LA ADMINISTRACIÓN DE FIBRINOLÍTICOS.**

García Velasco Sánchez Morago S, Puebla Martín A, Torres de la Torre R, Puebla Martín MA, Sánchez Coello MD, Luna Naranjo A , Rubio Rivero R.

Servicio de Medicina Intensiva. Hospital General. Ciudad Real.

**OBJETIVO:** La mortalidad en el infarto agudo del miocardio (IAM) está fuertemente relacionada con el tiempo que transcurre entre el inicio de síntomas y la administración del fibrinolítico. Se analizan las demoras asistenciales en el tratamiento fibrinolítico de una población seleccionada con IAM.

**METODOLOGÍA:** Se incluyen los pacientes (P) del ensayo clínico GUSTO V y ExTRACT-TIMI 25 ingresados por un IAM con elevación del segmento ST que recibieron tratamiento fibrinolítico dentro de las primeras 6 horas del inicio del angor. Las variables cuantitativas se expresan como media  $\pm$  desviación estándar (DE).

**RESULTADOS:** Se trata de 150 P, 113 varones, con edad media  $64\pm 13$  años. El retraso total síntoma-aguja fue  $194\pm 80$  minutos. Los tiempos hasta la administración del fibrinolítico fueron  $<1$  hora: 3 P (1,9%); 1-2 horas: 28 P (18,5%); 2-3 horas: 37 P (24,5%) y 3-6 horas: 82 P (54,3%). El desglosamiento horario de este retraso global fue el siguiente: retraso prehospitalario (tiempo dolor-puerta), achacable al sistema sanitario y especialmente al paciente, fue de  $130\pm 76$  minutos y el retraso intrahospitalario (tiempo puerta-aguja), dependiente del personal sanitario hospitalario, fue  $63\pm 44$  minutos.

**CONCLUSIONES:** En esta población seleccionada de P incluidos en ensayos clínicos internacionales, solamente 1 de 5 P recibe el fibrinolítico dentro de las primeras 2 h del inicio del dolor torácico. El tiempo puerta-aguja no cumple las exigencias de las guías internacionales ( $<30$  minutos).

**Palabras clave:**

Enfermería · ensayo clínico · fibrinolisis · infarto de miocardio · retraso · tiempo.

## VALORACIÓN DE LAS TERAPIAS CONTINUAS DE REEMPLAZO RENAL (TCRR) EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS.

Domingo Zambudio J, García Herrero I.

Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

**INTRODUCCIÓN:** Las terapias continuas de reemplazo renal (TCRR) desempeñan un papel importante dentro de nuestra unidad, constituyendo un aumento en las cargas de trabajo de enfermería. En los últimos años se han convertido en la terapia de elección, utilizándose de manera más precoz, frente a la hemodiálisis convencional, tanto en los fracasos renales agudos como en el síndrome de disfunción multiorgánico.

**OBJETIVO:** Describimos la evolución clínica y el pronóstico del enfermo sometido a estas terapias.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Es un estudio observacional descriptivo retrospectivo de 186 pacientes que han sido sometidos a estas terapias durante el periodo Enero 2002-Diciembre 2005, desestimando aquellos enfermos cuyas gráficas estaban incompletas.

**RESULTADOS:** De los 186 pacientes revisados el 44% eran mujeres y el 56% varones. El 73.12% de los casos fueron éxitos. El motivo de ingreso fue sepsis 11.3%, politraumatismo 2.1%, cirugía cardiovascular (ccv) 33.8%, respiratorios 27.2%, cirugía digestiva 13.4%, trasplante ortohepático (TOH) 8.3% y otros 3.6%. En el caso de las sepsis la mortalidad fue del 52%, politraumatismos 100%, ccv 76%, respiratorios 75%, cirugía digestiva 68%, TOH 60% y otros 83%.

Valores Medios (tabla).

	Antes TCRR	Antes TCRR dados de alta	Después TCRR	Después TCRR dados de alta
<b>Creatinina</b>	3.14	2.1	2.57	1.64
<b>Urea</b>	152	125	101.85	88.2
<b>HCO3</b>	22.4	23.4	23.04	24.7
<b>Lactato</b>	1.9	2.1	4.8	1.7
<b>PTTA</b>	40.68	35.88	51.83	47.62

**CONCLUSIONES:** De los datos obtenidos podemos manifestar que los enfermos críticos sometidos a estas terapias tienen un alto índice de mortalidad.

Existe en enfermería una incipiente demanda de ampliar conocimientos dentro de la TRCC.

**Palabras clave:**

Descriptivo · mortalidad · terapias continuas de reemplazo renal (TCRR) · valores medios.

**Financiación:**

Fondo de Investigación Sanitaria.

## **OPTIMIZACIÓN DE LA SEDOANALGESIA EN EL PACIENTE CON VENTILACIÓN MECÁNICA.**

García Capitán MC, Nuño Ruiz I, Pérez Moltó H, Martínez Vega S, Villanueva Fuentes C, Klamburg Pujol J.

Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitario Germans Trias y Pujol. Badalona (Barcelona).

**OBJETIVO:** Control de la sedoanalgesia en el paciente con ventilación mecánica (VM) mediante la utilización del monitor de índice biespectral (BIS) y la escala Ramsay.

**METODOLOGÍA.** Estudio descriptivo prospectivo. Registro de 10 pacientes ingresados en nuestra UCI polivalente. Monitorización continua de BIS, y escala Ramsay cada 15 minutos al inicio, hasta conseguir el nivel de sedación adecuado (BIS 40-60 y Ramsay 2-3) con revaloración del Ramsay cada 4 horas. En función de lo objetivado, si Ramsay > 3 y/o BIS < 40 disminuiríamos sedación un 20%; y si Ramsay < 2 y/o BIS > 60 administramos bolus y aumentamos sedación un 20%.

**RESULTADOS:** Se incluyen 10 pacientes con edades comprendidas 42-71 años de los que el 75% son varones. El 40% con patología respiratoria, 30% neurológica, 20% infecciosa y 10% traumática. En el 90% de los casos se requirieron dosis bajas de sedoanalgésicos consiguiendo mantener los rangos deseados.

**CONCLUSIONES:** La monitorización con BIS y escala Ramsay es un método eficaz, no invasivo y de fácil manejo para el control de la sedoanalgesia en pacientes con VM facilitando el manejo del confort del paciente y permitiendo el despertar de forma precoz.

**Palabras clave:**

Escala de Ramsay · índice biespectral (BIS) · sedoanalgesia.

## ESTIMACIÓN DEL PESO CORPORAL EN PACIENTES CORONARIOS TRATADOS CON ENOXAPARINA.

García Velasco Sánchez Morago S., Puebla Martín A, Sánchez Coello MD, Torres de la Torre R, Puebla Martín MA, Rubio Rivero R, Luna Naranjo A.

Servicio de Medicina Intensiva. Hospital General. Ciudad Real.

**OBJETIVO:** La dosis de enoxaparina (EXP) en los síndromes coronarios agudos (SCA) se ajusta según el peso del paciente (P) (1mg/kg/12h). El objetivo del trabajo es comprobar las diferencias que pudieran existir entre el peso estimado y el real y su repercusión en el tratamiento.

**METODOLOGÍA:** Se incluyen los pacientes del ensayo clínico ExTRACT-TIMI 25 ingresados con infarto agudo de miocardio y elevación del ST que, tras la administración de un fibrinolítico, estudiaba la eficacia de EXP frente a heparina sódica. La primera dosis de EXP se administraba según el peso estimado del paciente y las posteriores según el peso real. Se consideró peso inadecuado una diferencia entre peso real y estimado igual o superior al 5%. Las variables cuantitativas se expresan como media±DE comparadas mediante estadística no paramétrica (U de Mann Whitney).

**RESULTADOS:** Se trata de 79 P, 65 varones, con edad media 65±11 años. El peso estimado y real fue de 74,5±14,5 y 75,6±15,4 kg ( $p<0.01$ ), respectivamente. En 58 P (73,41%) hubo coincidencia entre el peso estimado y real, en 15 P (18,98%) el peso estimado fue menor y en 6 P (7,59%) el peso estimado fue mayor. La repercusión terapéutica de estos errores de peso hubiera llevado a recibir una dosis/semana de EXP mayor (92,4 mg) o menor (70 mg) según existiera sobreestimación o infraestimación del peso ( $p=0,001$ ), respectivamente.

**CONCLUSIONES:** La administración de EXP debe realizarse según el peso real del enfermo, pues la estimación del peso ocasionaría una anticoagulación inadecuada en 1 de cada 4 enfermos.

**Palabras clave:**

Enfermería · enoxaparina · peso · síndrome coronario agudo.

## **REINGRESO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.**

Herrero Avía MD, Torrijos Rodríguez I.

Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. (Cantabria).

**OBJETIVOS:** Analizar los factores de riesgo de reingreso en la unidad de cuidados intensivos (UCI). Favorecer la continuidad de cuidados.

**MÉTODO:** Estudio retrospectivo de los ingresos en una UCI durante el periodo enero-octubre de 2005. Descartados los trasladados a otros hospitales y los producidos por necesidad de catéter central.

**RESULTADOS:** Se produjeron 356 ingresos, 69 mueren durante su estancia en UCI y el resto son dados de alta. Del total de las altas se producen 37 reingresos. Las causas de los reingresos son variadas y generalmente asociadas varias de ellas destacando 4 grandes grupos:

- a) Variable (valoración telefónica, número de camas disponibles, presión familiar): 5%
- b) Procedencia de área quirúrgica: 20%. Los procedentes de intervenciones de Neurocirugía alcanzan el 66,7% mientras que los de Traumatología el 33,3%
- c) Alteraciones neurológicas: 15%. El 100% son debidos a disminución del nivel de conciencia, provocado por hidrocefalia (66,6%) o resangrado de aneurisma (33,4%).
- d) Complicaciones respiratorias: 60%. Debido a infecciones respiratorias (16,7%) e insuficiencia respiratoria (83,3%). Este alto porcentaje en la insuficiencia respiratoria lo podemos desglosar en:
  - obstrucción de traqueotomía (20%);
  - crisis asmática (10%);
  - sangrado a nivel de estoma de traqueotomía (10%), y
  - disminución de saturación de oxígeno por existencia de taponos mucosos con unas necesidades de lavados bronquiales, aspirado de secreciones y fisioterapia respiratoria frecuentes (60%).

**CONCLUSIONES:** Los reingresos no van asociados implícitamente con un aumento de la mortalidad de la UCI. Son debidos en un % elevado a la necesidad de cuidados complejos y muy frecuentes que precisan (debiendo ser realizados en Unidades de cuidados intermedios) que tienen que ver con características del proceso clínico (destacando las complicaciones respiratorias, independientemente de la patología inicial al ingreso) y con la procedencia quirúrgica, aunque otras como el número de camas disponibles también pueden jugar un papel importante.

**Palabras clave:**

Factores de riesgo · reingreso · unidad de cuidados intensivos.

## CUIDADOS DEL PACIENTE CON DISTRÉS RESPIRATORIO PRECOZ CAUSADO POR NEUMONÍA VARICELOSA.

Arilla Iturri S, Artázcoz Artázcoz MA.

Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Virgen del Camino. Pamplona (Navarra).

**OBJETIVO:** Describir los cuidados de enfermería en unidad de críticos de un paciente adulto afectado por neumonía secundaria a varicela, causante del síndrome de distrés respiratorio precoz del adulto.

**METODOLOGÍA:** Caso clínico constatado con bibliografía y bases de datos. Varón 43 años, fumador. Ingresó con neumonía secundaria a varicela. En mucosas y 95% de la superficie corporal aparece exantema máculo-vesículo-papuloso centrípeto y en cielo estrellado (seguimiento fotográfico con consentimiento del paciente). Se inicia tratamiento antivírico precoz (aciclovir) y, sin éxito, ventilación mecánica no invasiva. A las 24 horas se practica intubación orotraqueal, conexión a ventilación mecánica y sedoanalgesia, evolucionando en horas hacia distrés respiratorio, que precisa decúbito prono. Se produce fallo hemodinámico, requiriendo soporte vasoactivo. Evolución favorable y tras 24 horas se coloca en decúbito supino. Al octavo día se aísla *staphylococcus aureus* meticilín sensible en hemocultivo y BAS, indicando infección nosocomial.

Tras extubación presenta estado confusional compatible con síndrome de abstinencia a opiáceos.

**RESULTADOS:** La atención de enfermería se enfocó a:

- Aislamiento respiratorio y de contacto (enfermo crítico infeccioso)
- Administración correcta del antivírico.
- Atención a ventilación (por distrés) y a la posición de decúbito prono.
- Curas minuciosas de piel (mupirocina).
- Control hemodinámico y del soporte vasoactivo.
- Apoyo psicológico a paciente y familiares.

El enfermo estuvo 22 días ingresado en UCI. Recuperó la función respiratoria e integridad cutánea, y se trasladó a planta.

**CONCLUSIONES:** La gravedad de la neumonía secundaria a varicela supone un reto que requiere la involucración del equipo multidisciplinario de salud.

**Palabras clave:**

Adulto · neumonía · síndrome de distrés respiratorio precoz · varicela.

## ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA MONITORIZACIÓN DE LA SATURACIÓN VENOSA YUGULAR.

Rodríguez Roiz M, Pérez Mena S, Marina Talledo N, Gómez Lamadrid A, Bombín García JA, Alonso Fernández M.

Unidad de Politraumatizados. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander (Cantabria).

**INTRODUCCIÓN:** El principal objetivo de la monitorización cerebral es la detección precoz de la isquemia cerebral. La monitorización de la saturación venosa yugular de oxígeno (SvyO<sub>2</sub>), mediante un catéter colocado en el bulbo yugular, permite conocer el estado del flujo sanguíneo cerebral y colabora con el resto de métodos de monitorización cerebral (sensores de PIC, presión tisular de O<sub>2</sub>) a instaurar el tratamiento más adecuado. En nuestro servicio hemos querido describir las principales actuaciones y cuidados que realiza el personal de enfermería cuando es necesaria este tipo de monitorización.

**OBJETIVO Y MÉTODO:** Mostrar el procedimiento de colocación y los principales cuidados de este tipo de catéteres, así como la calibración del monitor (en el caso de monitorización continua). Se realizó una revisión bibliográfica y análisis de la información sobre conceptos de monitorización de la SvyO<sub>2</sub> y de manejo del aparataje.

**RESULTADO:** En el estudio se describen de manera sistemática y gráfica las principales actuaciones, así como los principales cuidados que realiza el personal de enfermería.

**CONCLUSIONES:** La realización de este trabajo nos ha permitido ampliar nuestro conocimiento sobre este tipo de monitorización, así como la unificación de criterios entre el personal de enfermería de la unidad mejorando la asistencia cuando utilizamos dicha monitorización y también un uso más adecuado del equipo.

**Palabras clave:**

Atención de enfermería · monitorización · saturación venosa.

## **ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON HEMORRAGIA CEREBRAL EN LA UNIDAD DE POLITRAUMATIZADOS DEL HOSPITAL MARQUÉS DE VALDECILLA.**

Alonso Fernández M, Bombín García JA, Gómez Lamadrid A, Marina Talledo N, Pérez Mena S, Rodríguez Roiz M, González Higuera T.

Unidad de politraumatizados. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander (Cantabria).

**INTRODUCCIÓN:** El paciente con hemorragia cerebral es, estadísticamente, el de mayor incidencia en nuestra unidad; el progresivo incremento del número de técnicas invasivas implica una carga de trabajo para el personal de enfermería cada vez mayor.

**OBJETIVO:** Describir las características de este tipo de pacientes, cómo llegan a la unidad y las técnicas a las que están sometidos.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Realizamos un estudio prospectivo de 36 pacientes con hemorragia cerebral, traumática o espontánea, que ingresaron en nuestra unidad de Junio a Diciembre del 2005. Se elaboró una hoja de recogida de datos al ingreso, de evolución y situación al alta del paciente.

**RESULTADOS:** De los 36 casos, 24 eran hombres y 12 mujeres. Prácticamente el 50% fue por hemorragia espontánea (17 de 36) y el resto, traumáticas. Hasta un 58% de los pacientes procedían del área de urgencias del hospital y un 28% eran trasladados de hospitales comarcales. En todos los casos se realizó la TAC craneal al ingreso con un retraso medio de 1,17 horas. A cada enfermo se le realizaron 2,6 TACs de promedio durante su estancia hospitalaria. El 83% de los pacientes necesitaron en algún momento ventilación mecánica con una duración media de 149,34 horas. Al 33% se le realizó traqueotomía percutánea. El 33% de la muestra falleció, y de estos, el 41% fue donante de órganos.

**CONCLUSIONES:** En los últimos años, el desarrollo de técnicas de vigilancia, monitorización y diagnóstico cada vez más complejas, en este tipo de pacientes, conlleva un incremento en las cargas de trabajo y una mayor especialización de la enfermería intensivista.

**Palabras clave:**

Cuidados intensivos · enfermería · hemorragia cerebral.

## **LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO.**

Medina Fernández A, Andrade Muñoz J, Ruiz Lozada A, López Mesa M, Castro González J,  
Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitario de Valme. Sevilla (Sevilla).

**INTRODUCCIÓN:** La limitación del esfuerzo terapéutico (LET) está considerada como un recurso éticamente aceptable en aquellos casos con condicionantes que justifican la irreversibilidad de determinadas situaciones patológicas.

Es una práctica muy frecuente pero no existe consenso explícito en la toma de decisiones y en qué se basan las mismas.

**MÉTODO:** Estudio descriptivo durante un periodo de 5 meses, recogidos en 32 casos con aplicación de LET en una unidad de cuidados intensivos polivalente con 14 camas y con una media de ingresos anuales de 900/950 en un hospital de 540 camas.

**RESULTADOS:** El 45.6 % de los casos con LET responden a procesos finales de enfermedades crónicas o larga evolución. El 12.5% de los casos permanecen mas de 10 días en la UCI. Entre un 75% y 81,2% fallecen tras LET con intubación oro traqueal y drogas vasoactivas. En el 62.55% de los casos no figura orden escrita de LET. Sólo el 25% lleva aparejado retirada o disminución de medidas de soporte. En un 12,5% se aumenta soporte a pesar de orden de LET. En un 31,2% tras decidirse LET se procede a medidas terapéuticas especiales como transfusiones, diálisis...

**CONCLUSIONES:** Como conclusión final podemos decir que los casos de aplicación de LET suele ser una decisión unilateral del médico correspondiente sin que ello necesariamente signifique continuación del criterio por otros doctores.

En definitiva, se corroboran las sensaciones previas a la falta de unidad de criterio respecto a este tema, por lo que sería deseable una mayor implicación o consulta a los respectivos comités de ética o, en su defecto, consensuarlo entre las distintas partes.

**Palabras clave:**

Comité de ética · limitación del esfuerzo terapéutico · medidas de soporte.

**PERSONAL DE ENFERMERIA DE INCORPORACIÓN TEMPORAL: SUSTITUTOS DE VERANO. ANÁLISIS DE LA PROBLEMÁTICA EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS.**

Juberías Sánchez VE.

Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

El personal de enfermería de incorporación temporal para la sustitución de vacaciones siente angustia y miedo por falta de conocimiento de las técnicas, organización y patologías propias de una unidad de cuidados intensivos.

**OBJETIVOS:** Conocer el perfil tipo del personal sustituto de vacaciones y analizar los factores más estresantes a los que se enfrenta así como el grado del entorno favorable a la llegada a las unidades. Se trata de un estudio prospectivo descriptivo.

**MATERIAL Y MÉTODO:** Se realizó un cuestionario de 12 preguntas autoadministrado al mes del inicio del contrato de cada unidad de las personas pertenecientes al pool de verano con un total de 28 personas.

**RESULTADOS:** Nos encontramos que el perfil tipo es una mujer de 26 años que finaliza sus estudios de enfermería en el año 2000, con un tiempo trabajado menor a 20 meses y menor a 10 meses en UCI, con un contrato de verano de 3,5 meses de duración, que le gusta mucho trabajar en UCI porque se aprende mucho, con una gran inseguridad y preocupación por trabajar en estas unidades. El concepto más complicado para ella es la movilización del enfermo traumatológico y el paciente que le resulta más complicado es el postransplantado cardiaco, resultándole bastante complicada la relación con el personal médico; que ha recibido poca información por parte de la supervisión; muy agradecida por la ayuda prestada por sus compañeras; que le resulta más complicado el turno de mañana y ha recibido poco seguimiento de satisfacción.

**Palabras clave:**

Competencia profesional · enfermería · personal de incorporación temporal · unidad de cuidados intensivos.

## UTILIDAD DEL DISPENSADOR DE MEDICAMENTOS AUTOMATIZADO EN LA PRÁCTICA DIARIA DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.

Calderín Escobio P, Álvarez Vázquez P, Tacoronte Mendoza Y, Sánchez Fuentes JC, Benítez Martín P, Borges Gutiérrez I.

Servicio de Medicina Intensiva. Hospital de Gran Canaria Dr. Negrín.

**OBJETIVO:** En el año 2003, se incluyó en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital de Gran Canaria un dispensador automático de medicamentos (Pyxis). Ante este cambio, planteamos el beneficio del dispensador frente al modelo de farmacia en *stock* tradicional.

**MATERIAL Y MÉTODO:** Realización de estudio descriptivo y encuestas anónimas a 60 enfermeros pertenecientes a la UCI. Criterios de exclusión: Personal que no tenga clave de acceso al dispensador.

**RESULTADOS:** Tras la valoración de la encuesta se objetiva que nuestro personal de enfermería tienen un buen conocimiento del dispensador y además está de acuerdo tanto en su ubicación dentro de la unidad (un 48% de los encuestados) como en el acceso a la medicación (51%). En cambio no están satisfechos ni en el orden (41%), ni en la rapidez de dispensación (45%). Entre los problemas más frecuentes encontramos: Cajones averiados y mala reposición en festivos y noches (70%), cajones vacíos y bloqueados en un 60%, mal acceso al servicio técnico en un 65% de los casos, así como registro inadecuado en la admisión de pacientes (45%). El personal de enfermería se encuentra totalmente en desacuerdo (un 94%) con el hecho de que los auxiliares de enfermería no puedan acceder al dispensador, como, por ejemplo, para la reposición adecuada del *box*.

**CONCLUSIÓN:** El dispensador permite tener un *stock* controlado en todo momento por el servicio de farmacia. Pero, por el contrario, el personal manifiesta, en líneas generales, estar poco o nada satisfecho con el dispensador, por su lentitud, problemas y limitación en el *stock*.

**Palabras clave:**

Almacenamiento · dispensador automático de medicamentos · farmacia · medicamentos · unidad de cuidados intensivos.





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

VIAJES MUNDITRAVEL, S.L.  
c/ Bailén, 95 Pral. 1º.  
08009 BARCELONA  
Tel. 93 208 11 44 - Fax 93 457 92 91  
e-mail: [m.bosch@munditravel.es](mailto:m.bosch@munditravel.es)