SEEIUC

Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC

Granada

10/13 Junio 2018

www.seeiuc.org

COMUNICACIONES

ORAL y PÓSTER

CÓDIGO ISBN: 978-84-09-01707-2

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Comunicaciones orales

Pósters

Comité Científico del Congreso

Comité Científico SEEIUC:

- Miriam del Barrio Linares *(Coordinadora)*
- Joan Daniel Martí *(Coordinador Jornada Fisioterapeutas)*
- Juan Ignacio Torres González
- Candelas López López
- Jaume Uya Muntaña
- Gemma Robleda Font
- Mª Teresa Ruiz García
- Miguel Ángel Hidalgo Blanco

Comité Científico Local:

Hospital Clínico Universitario del Campus

- Tomás Aranda Salcedo *(Coordinador)*
- Ángel Cobos Vargas
- Ana Echevarría Álvarez

Miembros Comité Organizador local:

Hospital Universitario Virgen de las Nieves

- María José Navarro Fernández *(Presidenta)*
- Jesús Rubio Cámara
- Mª del Carmen Guerrero Martínez

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC

Granada
10/13 Junio 2018

índice comunicaciones orales

- Lunes, 11 de Junio de 2018. *Auditorio García Lorca*
- Lunes, 11 de Junio de 2018. *Sala U1*
- Lunes, 11 de Junio de 2018. *Sala U2*
- Martes, 12 de Junio de 2018. *Auditorio García Lorca*
- Martes, 12 de Junio de 2018. *Sala U1*
- Martes, 12 de Junio de 2018. *Sala U2*
- Miércoles, 13 de Junio de 2018. *Sala U1*
- Miércoles, 13 de Junio de 2018. *Sala U2*

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Comunicaciones orales

Auditorio García Lorca. **Lunes 11 de Junio de 2018**

De 08:30 a 09:15 h.

ID 347
SITUACIÓN ACTUAL DE LA REHABILITACIÓN EN UNA UCI POLIVALENTE ANTES DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE MOVILIZACIÓN PRECOZ

ID 86
VOLCADO AUTOMÁTICO DE CONSTANTES VITALES EN LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA DEL PACIENTE (HCE) ¿EXISTEN ERRORES?

ID 170
PERCEPCIÓN DEL DOLOR DE LOS PACIENTES POSTQUIRÚRGICOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

ID 395
PROPUESTA DE ESCALA DE VALORACIÓN DE CARGA DE TRABAJO EN LOS TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

De 09:15 a 10:00 h.

ID 20
¿QUÉ NECESIDADES EXPRESAN NUESTRAS FAMILIAS?

ID 38
ANÁLISIS COSTE-BENEFICIO DE LA INTERVENCIÓN MOTIVACIONAL BREVE EN PACIENTES HOSPITALIZADOS POR TRAUMATISMO RELACIONADO CON EL CONSUMO DE SUSTANCIAS

ID 39
REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR (RCP) Y DESFIBRILACIÓN EN EL MEDIO HEMS (HELICOPTER EMERGENCY MEDICAL SERVICE)

ID 42
LOS MÓVILES DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS DEL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA COMO PROBABLE RESERVORIO DE LAS INFECCIONES NOSOCOMIALES

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Comunicaciones orales

Auditorio García Lorca. **Lunes 11 de Junio de 2018 de 08:30 a 09:15 h.**

ID 347

SITUACIÓN ACTUAL DE LA REHABILITACIÓN EN UNA UCI POLIVALENTE ANTES DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE MOVILIZACIÓN PRECOZ

Anna García Segura; N. Carrasco; M. Alvarado; A. Girbau; M. Salamero; I. Sandalinas; M. Carrillo; MM. Fernández
Hospital Universitario Mútua Terrassa

Introducción-Objetivos

Introducción: La rehabilitación precoz se ha demostrado útil en la recuperación de los pacientes ingresados en UCI. **Objetivo:** Analizar el nivel funcional y la movilización de los pacientes con más de 72 horas de ventilación mecánica (VM) en la UCI.

Metodología-Observación Clínica

Estudio observacional, prospectivo, en una UCI polivalente de 12 camas de septiembre 2016 a julio 2017. Criterios de inclusión: pacientes independientes antes del ingreso, VM más de 72h, interconsulta del intensivista a rehabilitación. Criterios de exclusión: inestabilidad hemodinámica (FC <40 y >110, PAM <60 y >110mmHg, inotropos a dosis medias/altas), insuficiencia respiratoria grave (Fi02 >0,6, PEEP >10cmH2O), RASS >3 ó <4 y/o PIC > 20mmHg y falta de interconsulta con rehabilitación. Se registraron nivel funcional con el FSS-ICU (0-35), debilidad adquirida en UCI con el MRC (0-60) al inicio de la rehabilitación, al alta de UCI y del hospital; la estancia media y la mortalidad en UCI y hospitalaria, y los eventos adversos detectados durante las sesiones de fisioterapia realizadas en días laborables durante 30 minutos.

Resultados-Intervenciones

RESULTADOS: Se incluyeron 30 pacientes (70% hombres), edad media 63 ± 12 años y APACHE 17 ± 5. MRC inicial 33 ± 16, al alta UCI 40 ± 15 y al alta hospital 51 ± 10; el FSS-ICU 4 ± 2, 12 ± 9 y 28 ± 10. La rehabilitación se inició a los 10 ± 5 días después del ingreso en UCI. No hubo eventos adversos durante la fisioterapia. Estancia media UCI 23 días, hospitalaria 32 días. Mortalidad UCI 27% y hospitalaria 33%.

Conclusiones

Los pacientes en UCI tienen un nivel funcional bajo y la rehabilitación se inicia tarde, lo que justifica cambiar la cultura de la rehabilitación en la UCI implementando un protocolo de movilización precoz.

Financiación

Este proyecto no tiene financiación.

Palabras clave

Rehabilitación · Unidad de cuidados intensivos · Movilización precoz

Auditorio García Lorca. **Lunes 11 de Junio de 2018 de 08:30 a 09:15 h.**

ID 86

VOLCADO AUTOMÁTICO DE CONSTANTES VITALES EN LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA DEL PACIENTE (HCE) ¿EXISTEN ERRORES?

Enrique García García; S. Lospitao Gómez; AM. Caballero Perea; MJ. Luengo Alarcia; J. Álvarez Rodríguez
Hospital de Fuenlabrada

Introducción-Objetivos

La Enfermería ha sido la encargada de anotar a mano en la gráfica de cada paciente las constantes vitales, hasta la aparición de la (HCE) y el volcado automático de dichas constantes. Desde entonces, estos datos son registrados gracias al volcado automático desde el monitor. El monitor en ocasiones produce fallos por mala lectura, por lo que, hay datos erróneos en la HCE del paciente que falsea el estado real del paciente. **Objetivos:** Analizar la prevalencia de estos datos erróneos en la HCE, cuáles son más frecuentes y porqué. Analizar las repercusiones legales derivadas de ello.

Metodología-Observación Clínica

Estudio descriptivo prospectivo observacional durante 2016 sobre el volcado de constantes vitales en la HCE de todos los pacientes ingresados y detección de errores. Variables de estudio: frecuencia cardiaca y respiratoria, saturación arterial, presión arterial invasiva. Se realizó revisión bibliográfica sobre el volcado de datos e HCE. No se encuentra nada documentado sobre este tema en la bibliografía.

Resultados-Intervenciones

Se estudiaron todos los pacientes ingresados en la unidad en 2016 (N 335). Pacientes con al menos 1 error: 92,6%. En la SatO2: el 46% presentó algún error (error: <86% no confirmado en los comentarios de enfermería o médicos). El 34% presentó errores en la PAI (siendo error: valores de curva amortiguada). En la FC solo 22 errores (error: 0 o >159 no confirmado en los comentarios), de los cuales 8 eran asistolias. En al aspecto legal, no existe ninguna ley que regule de quién es la responsabilidad, sí se podría derivar que es de enfermería, ya que los cuidados de la monitorización lo son. Legalmente priman los comentarios escritos en la HCE sobre el volcado de datos, aunque perjudica la imagen de la Enfermería.

Conclusiones

Enfermería debe reasumir como propia esta tarea, revisando y modificando estos datos erróneos. Se programaron sesiones formativas a todos los profesionales de la UCI.

Financiación

No existe

Palabras clave

Historia clínica electrónica · Errores

Auditorio García Lorca. **Lunes 11 de Junio de 2018 de 08:30 a 09:15 h.**

ID 170

PERCEPCIÓN DEL DOLOR DE LOS PACIENTES POSTQUIRÚRGICOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

Rosana Goñi Viguria, MP. López Alfaro; I. Echarte Nuin; P. Fernández Sangil; BM. Moyano Berardo
Clínica Universidad de Navarra

Introducción-Objetivos

El dolor continuado es una de las mayores preocupaciones de los pacientes ingresados en las unidades de cuidados intensivos (UCIs). El dolor agudo desencadena respuestas inflamatorias al estrés que puede afectar a la evolución del paciente. Puede y debe ser monitorizado para evaluar el efecto de los fármacos administrados y conseguir la ausencia de dolor con la dosis apropiada de analgésicos. **Objetivos:** Describir la percepción de dolor de los pacientes postquirúrgicos ingresados en nuestra UCI.

Metodología-Observación Clínica

Estudio descriptivo prospectivo observacional en la UCI de un hospital universitario de nivel terciario durante 3 meses. Se estudió la percepción del dolor postquirúrgico en 125 pacientes, a las 24h de ingreso en la unidad, a través del "International Pain Outcomes questionnaire" traducido al español.

Resultados-Intervenciones

La puntuación media del dolor, mayor y menor, que los pacientes refirieron fue de 5.64±0.31 y 2.23±0.23 respectivamente. La que se registró en el sistema informático fue 4.52±0.29 y 0.72±0.14. Hubo diferencias significativas entre el registro y la percepción ($p<0.0001$). La puntuación mayor de dolor registrado, está relacionado con el tipo de cirugía. No es así, con la puntuación menor ni con el nivel de dolor, mayor o menor, que los pacientes refirieron. Al comparar la edad y la percepción de menor dolor, hay diferencias significativas. Igualmente sucede con el sexo y la percepción de mayor dolor. El dolor referido por el paciente no estaba condicionado ni por el nivel de estudios, ni por ser la primera vez que le intervienen o ingresa en una UCI. Tampoco por el uso de métodos no farmacológicos, ni por la información que recibe o por la presencia de dolor de más de 3 meses de evolución previo a la cirugía.

Conclusiones

Los profesionales de enfermería, infravaloran el dolor que el paciente refiere. Una formación adecuada ayudaría a dotar estrategias de valoración para un mejor tratamiento.

Palabras clave

Dolor postquirúrgico, Valoración, Percepción

Auditorio García Lorca. **Lunes 11 de Junio de 2018 de 08:30 a 09:15 h.**

ID 395

PROPUESTA DE ESCALA DE VALORACIÓN DE CARGA DE TRABAJO EN LOS TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

Ana Isabel Clement Pérez[1]; R. Ferrer Dauder[1]; J. Inat Carbonell[1]; F. Adrián Fuentes[1]; R. Albert Ginés[1]; M. Sánchez Cuesta[1]; M. Pérez Ibáñez[2]; G. Martínez Catala[2]
1. Hospital Clínico de Valencia; 2. Hospital Clínico Universitario

Introducción-Objetivos

La creciente evolución tecnológica y la complejidad de las terapias aplicadas en una UCI (Unidad de Cuidados Intensivos) de un Hospital terciario genera tanto sobrecarga de trabajo en enfermería como en los TCAE (técnicos en cuidados auxiliares de enfermería). La UCI del Hospital Clínico de Valencia consta de dos unidades: unidad 1 (10 camas) y unidad 2 (6 camas), con una separación física entre ambas de aproximadamente 20 metros. En las cuales se dispone de TCAE en horario de mañanas 5 y en horario nocturno 3. Dada la ausencia de escalas capaces de medir las cargas de trabajo de este colectivo planteamos este trabajo. **Objetivos:** 1º Conocer la carga de trabajo de los TCAE en nuestra UCI. 2º Averiguar una correcta proporción del ratio TCAE:paciente, que asegure una óptima calidad asistencial. 3º Intentar presentar y validar una escala de medición de cargas de trabajo en los TCAE

Metodología-Observación Clínica

Estudio observacional-prospectivo. Se recogieron una serie de variables (se anexa variables) en ambas unidades sobre actividades propias de los TCAE, recogidas por 2 observadores (para evitar subjetividades) durante dos meses. Cada variable en función de la complejidad por tiempo se ha puntuado y se ha obtenido una cifra global para la comparación. Se utilizó el programa SPSS 21.0 para el análisis estadístico considerando $p < 0.05$ como significativa.

Resultados-Intervenciones

Encontramos diferencias estadísticamente significativas entre los periodos estudiados (diurno y nocturno), justificado por la reducción de personal, asociado a las características estructurales de la UCI. El global de día 48,82 ± 6,7 versus de noche 74,47 ± 10,94 con una $p < 0,0001$ No se observaron diferencias en lo que respecta a festivos o pre-festivos con días hábiles.

Conclusiones

Las cargas son elevadas destacando la sobrecarga nocturna Parece razonable aumentar los TCAE durante la noche en nuestra UCI Podría ser un buen ejemplo de escala de medida para este colectivo

Palabras clave

carga de trabajo, calidad asistencial

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Comunicaciones orales

Auditorio García Lorca. **Lunes 11 de Junio de 2018 de 09:15 a 10:00 h.**

ID 20

¿QUÉ NECESIDADES EXPRESAN NUESTRAS FAMILIAS?

Gema Tenor Salas, Enrique Márquez Flores
Hospital Juan Ramón Jimenez

Introducción-Objetivos

Los familiares constituyen un pilar fundamental en el proceso de la enfermedad y el cuidado del paciente crítico. En numerosas ocasiones el ingreso de un paciente en la unidad de cuidados Intensivos (UCI) desencadena una situación de crisis sobre la familia, siendo fundamental conocer sus necesidades para favorecer una mejor adaptación a esta situación difícil

Metodología-Observación Clínica

Objetivo Conocer las necesidades de los familiares de los pacientes ingresados en nuestra UCI Metodología Estudio descriptivo observacional prospectivo realizado desde septiembre a diciembre de 2017. **Población:** familiares de pacientes ingresados en nuestra UCI con una estancia superior a 48 horas. **Instrumento:** cuestionario de necesidades de familiares de pacientes de cuidados intensivos, versión breve, validado y adaptado al español (Gómez, Ballester). Consta de 11 items valorados mediante una escala liteks ("casi todas las veces" a "nunca"). **Variables:** relacionadas con la comunicación, atención paciente, propuestas de mejora y atención familiar

Resultados-Intervenciones

Se recogieron un total de 38 encuestas. Resultados significativos. Atención al paciente: el 71,1% siente que se le están dando los mejores cuidados y el 73,7% siente que se preocupan por el paciente ("casi todas las veces") Comunicación: el 47,4% considera que "la mayoría de las veces" se le da la información en términos comprensibles y el 65,8% considera que "casi todas las veces" están siendo sinceros. Atención al familiar: Los miembros del equipo son atentos en un 44,7% "la mayoría de las veces" y un 73,7% manifiestan que "sólo algunas veces "se interesan de cómo se encuentra el familiar Propuestas de mejora: El 2,6% manifiesta que los cuidados médicos recibidos deben ser mejorados "casi todas o la mayoría de las veces"

Cuestionario de Necesidades de los Familiares de Pacientes(Gómez, Ballester y Gil,2011)

	Casi todas las veces	La mayoría de las veces	Sólo algunas veces	Nunca
¿Usted siente que se le están dando los mejores cuidados posibles al paciente?	71,1%	28,9%	0%	0%
¿Usted siente que el personal del hospital se preocupa por el paciente?	73,7%	23,7%	2,6%	0%
¿Le dan explicaciones sobre el estado del paciente en términos que usted puede comprender?	42,1%	47,4%	10,5%	0%
¿Usted siente que le están dando información sincera respecto al estado y progreso del paciente?	65,8%	31,6%	2,6%	0%
¿Usted comprende lo que le está sucediendo al paciente y por qué motivos le están haciendo unas pruebas, técnicas...)	39,5%	55,3%	5,3%	0%
¿Están siendo los miembros del equipo atentos con usted?	44,7%	39,5%	7,9%	7,9%
¿Muestra algún miembro del equipo interés de cómo está usted?	2,6%	15,5%	71,7%	13,2%
¿Le ha explicado el personal del hospital el equipamiento que está utilizándose?	26,3%	55,3%	10,5%	7,9%
Yo estoy muy satisfecha con las atenciones médicas recibidas por el paciente	73,7%	23,7%	2,6%	0%
¿Usted se siente solo y sintado en la sala de espera?	2,6%	7,9%	36,8%	2,6%
¿Hay algunas cosas respecto a los cuidados médicos recibidos por el paciente que podrían ser mejoradas?	2,6%	2,6%	44,7%	50%

Conclusiones

Los profesionales centramos nuestros cuidados en la atención al paciente desatendiendo en numerosas ocasiones las necesidades de la familia. Se hace necesario satisfacer estas necesidades para conseguir unos cuidados integrales que tiendan a la excelencia

Palabras clave

Cuestionario · Necesidades percibidas · Familia · Cuidados intensivos

Auditorio García Lorca. **Lunes 11 de Junio de 2018 de 09:15 a 10:00 h.**

ID 38

ANÁLISIS COSTE-BENEFICIO DE LA INTERVENCIÓN MOTIVACIONAL BREVE EN PACIENTES HOSPITALIZADOS POR TRAUMATISMO RELACIONADO CON EL CONSUMO DE SUSTANCIAS

S. Cordovilla Guardia[1]; M. Ortega Ortega[2]; R. Vilar López[3]; E. Fernández Mondejar[4]; C. Franco Antonio[1]; MY. Castaño Blanco[5]

1. Facultad de Enfermería y Terapia Ocupacional. Universidad de Extremadura, Cáceres; 2. Departamento de Economía Aplicada VI. Universidad Complutense de Madrid, Madrid; 3. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico. Universidad de Granada, Granada; 4. Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada. Servicio Andaluz de Salud, Granada; 5. Departamento de Enfería. Universidad de Extremadura, Badajoz

Introducción-Objetivos

Previamente hemos reportado la eficacia de la Intervención Motivacional Breve (IMB) para reducir la reincidencia de traumatismos en pacientes consumidores de alcohol y/o drogas en un 52%. Sin embargo, la repercusión económica de este dato para el Sistema Nacional de Salud (SNS) no ha sido explorada. Nuestro objetivo fue analizar los costes y beneficios asociados a la aplicación de un programa de IMB en pacientes hospitalizados por un traumatismo asociado al consumo de sustancias.

Metodología-Observación Clínica

Se realizó el seguimiento de una cohorte dinámica de 294 pacientes (IMB[+]=162 vs. IMB[-]=132). Se estimó la utilización de recursos directos sanitarios, así como los costes de cada recurso consumido desde la perspectiva del SNS. Se realizó un análisis descriptivo, y un análisis coste-beneficio para 5 años donde los resultados en salud fueron medidos en términos de reducción de reincidencias.

Resultados-Intervenciones

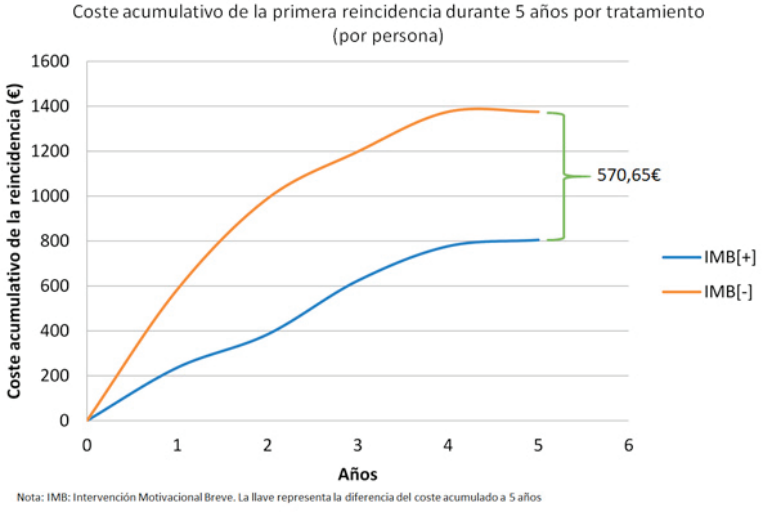
Los tiempos de seguimiento de los pacientes de la cohorte prendieron entre los 10 a los 52 meses. La IMB se asoció a un ahorro de 37,06 por euro invertido, y a un beneficio incremental de 570,65 por paciente en un periodo de 5 años.

Conclusiones

La implementación de la IMB, además del impacto en la reducción de accidentes traumáticos, supondría un ahorro financiero importante al SNS. Estos resultados deberían ser considerados para el establecimiento de futuras políticas sanitarias.

Palabras clave

Intervención Motivacional Breve · Alcohol · Drogas · Traumatismos · Coste-beneficio



Nota: IMB: Intervención Motivacional Breve. La llave representa la diferencia del coste acumulado a 5 años

Comunicaciones orales

Auditorio García Lorca. **Lunes 11 de Junio de 2018 de 09:15 a 10:00 h.**

ID 39

REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR (RCP) Y DESFIBRILACIÓN EN EL MEDIO HEMS (HELICOPTER EMERGENCY MEDICAL SERVICE)

Martín Torralba Melero; RC. Estévez; JM. Gutiérrez
Helicóptero Sanitario 112 Castilla La Mancha

Introducción-Objetivos

Las maniobras de RCP están protocolizadas según guías ERC 2015 pero no hablan de las **particularidades del medio donde se realizan**. El oxígeno a alto flujo en un espacio reducido y la aplicación de una terapia eléctrica conlleva un riesgo que puede provocar deflagraciones y quemaduras. Esto en un vuelo puede conllevar a una emergencia aeronáutica y consecuencias fatales. Establecer un procedimiento para mantener la seguridad de la misión durante las maniobras de RCP y desfibrilación en vuelo.

Metodología-Observación Clínica

Búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos (PubMed, Cuiden, Cochrane y Cinahl) usando descriptores DeCS "Electric Countershock", "Cardiopulmonary Resuscitation", "Air Ambulances", "Emergency Medical System". Se limitó la búsqueda a los idiomas inglés y español.

Resultados-Intervenciones

Una PCR en vuelo es una situación que debe ser identificada por **toda la tripulación** para llevar a cabo un procedimiento estandarizado. Si es necesario desfibrilar al paciente debemos **comunicarlo al piloto** para monitorizar el vuelo y la descarga no afecte al helicóptero. El personal sanitario antes de desfibrilar deberá: cerrar el oxígeno, ventilar manualmente, evitar que el paciente toque la camilla o el helicóptero (paciente sobre colchón de vacío) y **antes de desfibrilar recibir autorización del piloto**. Para realizar MCE (masaje cardiaco externo) debemos soltarnos el cinturón (en modelo EC-135) y en la fase final de aterrizaje interrumpiremos el masaje para sentarnos y asegurarnos. Durante esta situación el piloto buscará aterrizar lo antes posible y poder continuar con las maniobras de manera más segura.

Conclusiones

Las maniobras de RCP y desfibrilación en vuelo deben **coordinarse** con la tripulación (piloto-copiloto) ya que el uso de la terapia eléctrica conlleva un riesgo que puede ocasionar una emergencia aeronáutica poniendo en peligro la misión HEMS. Durante la desfibrilación el oxígeno debe cerrarse y en la fase final de aterrizaje interrumpir el MCE (si es manual) para sentarnos y asegurarnos.

Financiación

Ninguna

Palabras clave

Reanimación Cardiopulmonar · Desfibrilación · Helicóptero Sanitario · HEMS

sigue –>

Desfibrilación en vuelo = EM Tipo 3
TRIPULACION SANITARIA
TRIPULACION DE VUELO
Reconocimiento de la arritmia
Reconoce emergencia médica aeronáutica. Verifica condición de vuelo para autorizar desfibrilación o desautorizarla
"NECESITO DESFIBRILAR"
"LISTO EN CABINA"
"OXÍGENO CERRADO"
"ADELANTE"
"DESFIBRILO" Cargar la energía adecuada
Desfibrilar y Comunicar "FIN DE LA DESFIBRILACIÓN"
Estar alerta ante cualquier anomalía
Confirmar la necesidad de repetir desfibrilación o "FIN DE PROCEDIMIENTO
Dar el recibido. Actuar según lo solicitado y protocolo

Auditorio García Lorca. **Lunes 11 de Junio de 2018 de 09:15 a 10:00 h.**

ID 42

LOS MÓVILES DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS DEL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA COMO PROBABLE RESERVORIO DE LAS INFECCIONES NOSOCOMIALES

Yeray Gabriel Santana Padilla; L. Santana Cabrera; ME. Dorta Hung
Hospital Universitario Insular de Gran Canaria

Introducción-Objetivos

El incremento en la tasa de infecciones multirresistentes intrahospitalarios y el uso frecuente de dispositivos móviles en el personal sanitario durante su trabajo en cuidados intensivos, provoca una gran preocupación entre los investigadores en descartar que éstos puedan ser posibles vectores. Identificar la presencia de organismos multirresistentes en los móviles de los profesionales y analizar su posible relación con los aislados en los pacientes.

Metodología-Observación Clínica

Recogida mediante hisopo y medio de cultivo (Brain Heart Infusion).

Resultados-Intervenciones

111 dispositivos móviles fueron analizados. Del total de muestras contaminadas (49,5%), la enfermería o los médicos tienen una tasa de contaminación similar (41.5% vs 41.1%), mucho menor que la del grupo de auxiliares (60.6%). Predominaron los Gram (+) 71,8%, seguido de los Gram (-) 18,7% y los hongos 9,3%. Destaca la presencia de gérmenes multirresistentes del tipo de Staphylococus Aureus Meticilin Resistente (10,9%), Pseudomona Aeruginosa (12,5%) y Stenotrophomona Maltophila (4,7%) que pudieran tener vinculación entre móviles de personal y los pacientes atendidos. Durante el período de estudio 76 (68,46%) miembros del personal sanitario tenían a su cargo enfermos aislados, mediante aislamiento de contacto, representando un total de 61 pacientes aislados por gérmenes multirresistentes. En sólo dos casos, una enfermera y un médico, se detectó la misma bacteria multirresistente que la del paciente a su cargo que se encontraba aislado.

Conclusiones

No existe una relación clara de la transmisión cruzada de gérmenes multirresistentes, desde los teléfonos móviles de los trabajadores a los pacientes. El aislamiento de gérmenes patógenos en estos dispositivos, deben alertarnos a que pueden servir como reservorio de transmisión hacia el enfermo crítico, lo cual nos obliga a establecer protocolos de limpieza regular de los mismos. Además de reforzar las medidas educacionales higiénicas con todos los estamentos, sobre todo, con el personal auxiliar de enfermería, donde las tasas de aislamiento de gérmenes fue significativamente mayor.

Financiación

Los materiales usados para este estudio fueron los recursos propios utilizados habitualmente en el centro donde se llevo a cabo la investigación. No se hizo ninguna compra, ni se recibió financiación para la realización de este estudio.

Palabras clave

Teléfonos móviles · Infección hospitalaria · Cuidados Críticos · Prevención de Enfermedades

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Comunicaciones orales

Sala U1. **Lunes 11 de Junio de 2018**

De 08:30 a 09:15 h.

ID 194
PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADOS PARA DONACIÓN EN ASISTOLIA Y SU EVIDENCIA CIENTÍFICA

ID 251
ANÁLISIS DE UNA ENCUESTA SOBRE CONOCIMIENTOS EN CONTENCIONES MECÁNICAS DE LAS ENFERMERAS DE UNIDADES DE CRÍTICOS

ID 283
IMPLEMENTACIÓN DE LA DEXMEDETOMIDINA EN EL MANEJO DEL DOLOR EN EL POSTOPERATORIO INMEDIATO DE CIRUGÍA CARDÍACA

ID 369
IMPACTO DEL ESTUDIO DE LA ESCALA NAS EN UNA UCI DE UN HOSPITAL TERCIARIO

De 09:15 a 10:00 h.

ID 48
INCIDENCIA DE DELIRIO EN CUIDADOS INTENSIVOS

ID 49
CARGAS DE TRABAJO DE ENFERMERÍA EN UCI: ESCALA NEMS VS VACTE

ID 50
INCIDENCIA DE DEBILIDAD ADQUIRIDA EN EL PACIENTE CRÍTICO

ID 367
DIARIOS DE UCI PARA LA PREVENCIÓN DEL SÍNDROME DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO Y SÍNTOMAS ASOCIADOS AL ALTA DE CUIDADOS INTENSIVOS. REVISIÓN NARRATIVA

Sala U1. **Lunes 11 de Junio de 2018 de 08:30 a 09:15 h.**

ID 194

PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADOS PARA DONACIÓN EN ASISTOLIA Y SU EVIDENCIA CIENTÍFICA

José Javier Santos Pérez; A. Valdés Solís; MJ. Aranda Ruiz; V. Paradas Torralvo; M. Zaheri Beryanaki
Área Sanitaria Norte de Málaga

Introducción-Objetivos

España es el líder mundial en donación y trasplantes durante 25 años consecutivos. Los datos de la ONT del año 2017, registran máximos históricos, alcanzando los 46,9 donantes p.m.p. Estos buenos resultados se explican en las medidas adoptadas por el sistema español de trasplantes para optimizar la donación de órganos. Entre estas medidas destacan el fomento de la donación en asistolia y una mayor colaboración entre las Unidades de Cuidados Intensivos y el resto de los servicios hospitalarios. La principal ventaja de un plan de cuidados estandarizado es la de facilitar la utilización de un lenguaje común entre los profesionales implicados en la atención de pacientes con unas determinadas características, haciéndolo transferible. Este plan va dirigido a los profesionales de enfermería y su población diana son pacientes y sus cuidadores susceptibles de realizar una donación en asistolia.

Metodología-Observación Clínica

Formulamos la pregunta mediante el método PICO: Paciente (P) Potencial donante de órganos sólidos Intervención (I) Asistolia controlada Comparación (C) No se realiza Resultados (Outcomes) (O) Cuidados de enfermería en la donación de órganos sólidos. La búsqueda bibliográfica se realiza en: PUBMED, BVSSPA, DIALNET y Cochrane Library, con los siguientes limitadores: <5 years Humans Clinical trial Meta-analysis Review Adult: 19+ years Se desestimaron los artículos que no trataban la temática abordada. Se revisaron los artículos con mayor impacto metodológico. Los artículos encontrados tras la búsqueda: PUBMED: 268 Artículos. DIALNET: 210 BVSSPA: 762 Cochrane Library: 225

Resultados-Intervenciones

Tras la revisión bibliográfica, se encontraron evidencias suficientes para poner en práctica el protocolo de estudio, destacando entre otras actividades:

- Registro de ingresos y egresos (grado A).
- Comprobar la temperatura cada dos horas (grado B).
- Aplicar protección ocular (grado B).
- Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto (grado A).

Conclusiones

Este plan de cuidados seguirá el algoritmo de actuación adjunto. La evaluación será continua, se verá reflejada en el número de donaciones y en los objetivos planteados en el plan de cuidados

Financiación

Los autores no presentan conflicto de intereses ni reciben financiación pública ni privada.

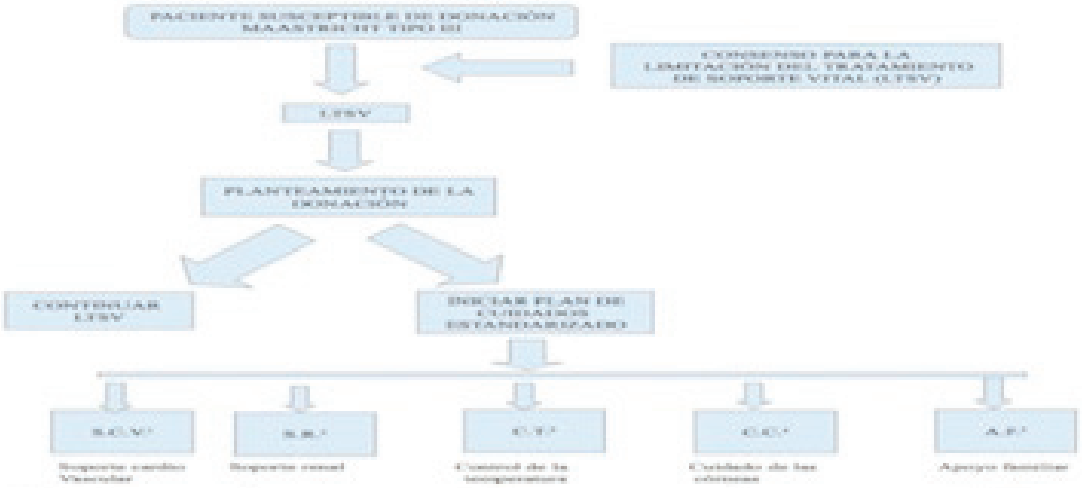
Palabras clave

Tissue donors · Heart arrest · Hospice and palliative care nursing · Evidence-based nursing · Critical care nursing

sigue –>

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Comunicaciones orales



Palabras clave:

Donación de órganos	Donantes de mayores	Tissue donors
Parada cardíaca	Paro cardíaco	Heart arrest
Cuidados paliativos al final de la vida	Enfermería de cuidados paliativos al final de la vida	Hospice and palliative care nursing
Enfermería basada en la evidencia	Enfermería basada en la evidencia	Evidence-based nursing
Cuidados críticos	Enfermería de cuidados críticos	Critical care nursing

PALABRAS CLAVE	BASE DE DATOS	ARTÍCULOS ENCONTRADOS	ARTÍCULOS SELECCIONADOS
"Tissue donors" AND "Heart arrest"	PUBMED	21	5
	EMBASE	14	3
	Biblioteca virtual del Sistema Sanitario Público Andaluz (BVSSPA)	46	11
	CINAHL EBSCOhost	18	9
"Hospice and palliative care nursing"	PUBMED	138	21
	EMBASE	149	23
	Biblioteca virtual del Sistema Sanitario Público Andaluz (BVSSPA)	128	19
	CINAHL EBSCOhost	80	4
"Hospice and palliative care nursing" AND "Evidence-based nursing"	PUBMED	21	7
	EMBASE	2	1
	Biblioteca virtual del Sistema Sanitario Público Andaluz (BVSSPA)	48	13
	CINAHL EBSCOhost	13	8
"Critical care nursing" AND "Evidence-based nursing"	PUBMED	88	21
	EMBASE	45	16
	Biblioteca virtual del Sistema Sanitario Público Andaluz (BVSSPA)	160	58
	CINAHL EBSCOhost	107	46

Sala U1. **Lunes 11 de Junio de 2018 de 08:30 a 09:15 h.**

ID 251

ANÁLISIS DE UNA ENCUESTA SOBRE CONOCIMIENTOS EN CONTENCIONES MECÁNICAS DE LAS ENFERMERAS DE UNIDADES DE CRÍTICOS

G. Via Clavero[1]; L. Claramunt Doménech[2]; A. García Lamigueiro[3]; MM. Sánchez Sánchez[4]; M. Secanella Martínez[5]; E. Aguirre Recio[6]; I. Sandalinas Mulero[7]; A. Ortega Guerrero[8]; F. Yuste Bustos[9]; P. Delgado Hito[10]

1. Hospital Universitari de Bellvitge-GRIN-IDIBELL; 2. Universitat de Barcelona, Hospital Joan XXIII (Tarragona); 3. Hospital Universitari Dr.Josep Trueta (Girona); 4. Hospital Universitario de Getafe (Madrid); 5. Corporació Sanitaria Parc Taulí de Sabadell; 6. Consorci Sanitari del Maresme. Hospital de Mataró (Barcelona); 7. Hospital Universitari Mutua Terrassa (Barcelona); 8. Hospital Quironsalud Málaga; 9. Hospital San Juan de Dios de Córdoba; 10. Universitat de Barcelona-GRIN-IDIBELL

Introducción-Objetivos

En la toma de decisiones sobre el uso de contenciones mecánicas (CM) en las unidades de críticos, los conocimientos de las enfermeras se muestran como un factor influyente. **Objetivo:** Describir los conocimientos de las enfermeras sobre el uso de CM en las unidades de críticos y los factores relacionados.

Metodología-Observación Clínica

Estudio multicéntrico, descriptivo y observacional en 12 unidades de críticos de 8 hospitales en España (n=354 enfermeras). Se elaboró una encuesta de conocimientos ad-hoc cuyo contenido fue validado por expertos. La encuesta obtuvo una estabilidad test-retest de 0.71 (IC95% 0.57-0.81) en un estudio piloto previo. El instrumento final quedó conformado por 8 ítems. Se recogieron datos sociodemográficos y profesionales de los participantes; así como variables estructurales y clínicas de las unidades a estudio.

Resultados-Intervenciones

Respondieron 250 enfermeras (70,62%), con edad media 36.80 (DE 9.53) y 10.75 (DE 8.38) años de experiencia profesional en unidades de críticos. El 73,6 % no había recibido formación previa sobre CM. La media de conocimientos fue de 4.21 (DE 1.39) (rango 1-8). El grado de conocimientos se asoció al hospital de referencia, ($p<0.001$). Las enfermeras con mayor nivel de conocimientos es más probable que trabajen en unidades con consentimiento informado para el uso de CM ($p<0.001$); visita familiar flexible ($p<0.001$); y que dispongan de protocolo de analgo-sedación ($p=0.011$), o que la enfermera tenga autonomía en el manejo de la analgo-sedación ($p<0.001$). Ningún dato sociodemográfico ni profesional individual se asoció al nivel de conocimientos.

Conclusiones

Es necesaria una mayor formación de las enfermeras sobre el uso de CM. El entorno de trabajo donde se desarrollan los cuidados tiene una gran influencia en el nivel de conocimientos de las enfermeras sobre esta intervención.

Financiación

Este estudio ha sido financiado totalmente por el Colegio Oficial de Enfermeras y Enfermeros de Barcelona en el marco de las Ayudas a Proyectos de Investigación (PR2080/15).

Palabras clave

Restricción física · Conocimiento · Unidades de cuidados intensivos · Enfermería de cuidados críticos

Sala U1. **Lunes 11 de Junio de 2018 de 08:30 a 09:15 h.**

ID 283

IMPLEMENTACIÓN DE LA DEXMEDETOMIDINA EN EL MANEJO DEL DOLOR EN EL POSTOPERATORIO INMEDIATO DE CIRUGÍA CARDIACA

Sara Rodríguez Navarro; L. Nacher Fuentes; A. Sánchez Pujol, L. Duran Ayra
Centro Médico Teknon

Introducción-Objetivos

El estudio surgió de la necesidad de mejorar el control del dolor en los pacientes post operados de cirugía cardiaca. El objetivo es conocer el grado de dolor que experimentan los pacientes sometidos a cirugía cardiaca en las primeras 24 horas de estancia en la unidad de cuidados intensivos (UCI) con perfusión continua de dexmedetomidina (Dex) como coadyuvante analgésico, así como el grado de sedación y la necesidad de opiáceos como analgesia de rescate.

Metodología-Observación Clínica

Estudio unicéntrico, observacional, descriptivo y retrospectivo, de Abril de 2016 a Septiembre de 2017. Pacientes mayores de 18 años sometidos a cirugía cardiaca, extubados en sala quirúrgica y portadores de perfusión continua de Dex. Se evaluó el grado de dolor mediante la escala analógica del dolor (EVA), durante las primeras 24 horas del postoperatorio inmediato desde el ingreso en la UCI y la sedación, mediante la escala de sedación y agitación de Richmond (RASS), tan solo mientras durara la perfusión de Dex. Se uso el programa Excel 2016 para cálculo de medias y desviación estándar en variables cuantitativas, y frecuencias y porcentajes para cualitativas.

Resultados-Intervenciones

Se incluyeron 109 pacientes para la valoración del dolor mediante escala EVA. Los resultados obtenidos fueron que la media de dolor experimentado durante las primeras 24h fue de 0,46 con una desviación típica (DT) de 0,52, la media del dolor máximo experimentado fue de 3,46 con un rango de 0 a 6 y el RASS medio fue de -0,69 (DT:0,58). Un 44,03% de los pacientes precisaron opiáceos de rescate, aunque solo un 11,9% de ellos presentaba un dolor mayor de 6.

Conclusiones

Los pacientes con perfusión de Dex presentan un grado de dolor leve aunque un pequeño porcentaje, no por ello despreciable, tienen un dolor severo.

Palabras clave

Dolor · Analgesia · Sedación · Dexmedetomidina · Cirugía cardíaca · Unidad de cuidados intensivos

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Comunicaciones orales

Sala U1. **Lunes 11 de Junio de 2018 de 08:30 a 09:15 h.**

ID 369

IMPACTO DEL ESTUDIO DE LA ESCALA NAS EN UNA UCI DE UN HOSPITAL TERCIARIO

Ana Isabel Clement Pérez, R. Ferrer Dauder; J. Inat Carbonell; F. Adrián Fuentes; M. Sánchez Cuesta; M. Pérez Ibáñez; G. Martínez Catalá
Hospital Clínico de Valencia

Introducción-Objetivos

El NAS (Nursing Activities Score) determina aquellas actividades de enfermería que reflejen mejor las cargas de trabajo en UCI (Unidad de Cuidados Intensivos), adjudicando una puntuación según el tiempo medio consumido por actividad, independientemente de la gravedad del paciente. La creciente evolución tecnológica y la complejidad de las terapias aplicadas en UCI hacen necesario medir y distribuir las cargas de forma equitativa La UCI del Hospital Clínico de Valencia consta de: unidad 1 (10 camas) y unidad 2 (6 camas). El ratio de enfermera:paciente es 1:2 en horario diurno, y 1:2,5 (unidad 1) y 1:3 (unidad 2) en horario nocturno. Objetivos: Conocer la carga de trabajo de enfermería en nuestra UCI. Averiguar la correcta ratio enfermera:paciente, que asegure una óptima calidad asistencial.

Metodología-Observación Clínica

Estudio observacional-prospectivo. Se cumplimentaron los ítems descritos en la escala NAS durante dos meses. Con objeto de obviar las interpretaciones subjetivas fueron recogidos por los mismos observadores (2 enfermeros) durante todo el periodo. Se utilizó el programa SPSS 21.0 para el análisis estadístico considerando $p < 0.05$ como significativa.

Resultados-Intervenciones

NAS/ENFERMERA UCI GLOBAL. DIA: 99±15 (65 - 157). NOCHE: 100±15 (67 - 126) P:ns. UNIDAD 1. DIA: 104,4±18 (54 - 197). NOCHE: 97,2 ± 19 (54 - 120) P:0.006. UNIDAD 2. DIA: 94,9 ± 18 (36 - 113). NOCHE: 105,35 ± 26 (36 - 144). P: 0.05. Encontramos diferencias estadísticas significativas al comparar las dos unidades según el periodo del día estudiado, con una mayor carga diurna en unidad 1 y mayor carga nocturna en unidad 2.

Conclusiones

Las cargas de trabajo de enfermería en nuestra UCI según la escala NAS son elevadas, con necesidades en la mayoría de casos de ratio 1:1. Destaca que en el periodo de la noche existe mayor sobrecarga en unidad 2 donde se reduce en mayor porcentaje el ratio enfermera:paciente.

Financiación

No existe.

Palabras clave

Cargas de trabajo, calidad asistencial, enfermería

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Sala U1. **Lunes 11 de Junio de 2018 de 09:15 a 10:00 h.**

ID 48

INCIDENCIA DE DELIRIO EN CUIDADOS INTENSIVOS

C. Rodríguez Núñez; M. Martín Martínez; M. García Corres; A. Iglesias Rodríguez; J. Irigoien Aguirre; R. Martínez Ciudad; M. Gómez Pablos; W. Conde Orio; MG. Dean Gutiérrez; MM. Jiménez Ruiz
Hospital Universitario Araba, Txagorritxu. Organización Sanitaria Integrada Araba. Osakidetza

Introducción-Objetivos

El delirio o síndrome confusional agudo es una alteración de la consciencia con falta de atención, acompañada de alteraciones de la percepción y/o alteraciones del conocimiento, que se desarrolla en un periodo de tiempo corto y, es fluctuante. El delirio está presente hasta en el 60-80% de los pacientes sometidos a ventilación mecánica y del 20-50% de los no ventilados y supone un aumento de la comorbilidad. **Objetivos:** Analizar la incidencia de delirio mediante la escala Confussion Assessment Method for the Intensive Care Unit(CAM-ICU) Evaluar el nivel de agitación-sedación mediante la escala RASS en los pacientes a estudio Determinar el turno de trabajo más frecuente de realización de la escala CAM-ICU

Metodología-Observación Clínica

Tipo estudio: Observacional descriptivo longitudinal retrospectivo. **Población estudio:** Pacientes hospitalizados en la UCI Hospital Universitario Araba (HUA)-Txagorritxu. Muestra: pacientes que se les ha realizado la escala CAM-ICU. Periodo: año 2017 Variables: sexo, edad, ventilación mecánica, sedantes, días estancia, motivo ingreso, APACHE II, turno de trabajo, RASS, CAM-ICU. **Material y método:** se recogieron y analizaron las variables descritas en el registro enfermero ex professo y posteriormente se procedió al análisis estadístico descriptivo mediante el SPSS 23.0.

Resultados-Intervenciones

N= 1085pacientes. Del total, a 83 pacientes se les realizó CAM-ICU. El 50,6% presento delirio, la incidencia acumulada fue del 3,87%. El turno de mañana fue el más frecuente de realización de la CAM-ICU con un 83,1%. El RASS evaluado más frecuente durante la realización de la CAM-ICU fue RASS despierto y tranquilo (0) (37,3%), seguido del RASS somnoliento (-1) (19,3%). En los pacientes con delirio el RASS mas frecuente fue Inquieto (+1) con un 35,7% y muy agitado (+3) con un 31%.

Conclusiones

La incidencia obtenida es inferior a los datos actuales en la literatura. Es una disfunción infradiagnosticad (3/4 enfermos críticos pasa inadvertido) y en nuestra unidad se evalúa de forma insuficiente. Consideramos importante fomentar el uso habitual de la escala CAM-ICU.

Financiación

No.

Palabras clave

delirio · cuidados intensivos

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Sala U1. **Lunes 11 de Junio de 2018 de 09:15 a 10:00 h.**

ID 49

CARGAS DE TRABAJO DE ENFERMERÍA EN UCI: ESCALA NEMS VS VACTE

C. Rodríguez Núñez; A. Iglesias Rodríguez; J. Irigoien Aguirre; M. Martín Martínez; M. García Corres; MJ. Rodríguez Borrajo; ZI. Gil García; MR. Romero Montoya; A. Castañeda Saiz
Hospital Universitario Araba Txagorritxu. Organización Sanitaria Integrada Araba. Osakidetza

Introducción-Objetivos

Nine Equivalents of Nursing Manpower use Score (NEMS) es la escala valorar cargas asistenciales de enfermería (ECTE) más usada en UCIs. Sin embargo, no refleja toda la actividad enfermera sino sólo cuidados médicos (relacionada con la gravedad) mientras que existe una infinidad de cuidados enfermeros, no necesariamente relacionados con la gravedad que no evalúa. Actualmente existen otras herramientas como la escala de valoración de cargas de trabajo y tiempos de enfermería (VACTE) que reflejan en trabajo enfermero. **Objetivos:** Cuantificar el trabajo enfermero de los pacientes de una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Comparar la carga asistencial mediante dos escalas de valoración (NEMS y VACTE).

Metodología-Observación Clínica

Estudio descriptivo longitudinal. 15 diciembre 2017 al 16 enero 2018. Se midió el trabajo enfermero en todos los turnos mediante las escalas: NEMS y VACTE a todos los pacientes mayores de 18 años y con estancias superiores a 24 horas. Variables: puntuaciones NEMS y VACTE, turno de trabajo.Se recogieron y analizaron las variables descritas en el registro enfermero ex professo en la historia clínica digital (metavision) y posteriormente se procedió al análisis estadístico descriptivo mediante el SPSS 23.0. IC 95%.

Resultados-Intervenciones

La escala VACTE obtuvimos un 63.3% en carga de trabajo moderado-grande, un 14.8% excesiva-desproporcionada y un 16.8% adecuada. En turno de mañana, 67.8% moderada-grande, 19.4% excesiva-desproporcionada, 12.9% adecuada; tarde, 67.4% moderada-grande, 13.5% excesiva-desproporcionada, 19.1% adecuada; noche, 69,5% moderada-grande, 13.3% excesiva-desproporcionada, 17.3% adecuada. Escala NEMS, Nivel I 20% tuno de mañana, 16,7% tarde, 12,2% noche. Nivel II 80% turno mañana, 83,3% tarde, 87,8% noche. No existieron valoraciones Nivel III. Al comparar las puntuaciones de ambas escalas se estableció significación estadística en las dos escalas.

Conclusiones

VACTE cuantificar mejor las cargas de trabajo de enfermería que NEMS. Se observa una elevada carga asistencial en el momento del estudio debido a que nuestro ratio enfermera-paciente es 2,85 siendo una unidad polivalente de 20 camas.

Financiación

No.

Palabras clave

cargas de trabajo · NEMS · VACTE · UCI

Sala U1. **Lunes 11 de Junio de 2018 de 09:15 a 10:00 h.**

ID 50

INCIDENCIA DE DEBILIDAD ADQUIRIDA EN EL PACIENTE CRÍTICO

C. Rodríguez Núñez; D. Muñoz Martín; J. Irigoien Aguirre; M. Martín Martínez; M. García Corres; M. Ortiz de Mendibilgoikolea; E. Gutiérrez Fernández; P. López Reguero; I. Gómez Martínez; L. Trapote Eguren
Hospital Universitario Araba (Txagorritxu). Organización Sanitaria Integrada Araba. Osakidetza

Introducción-Objetivos

Los pacientes que ingresan en intensivos en ocasiones sufren una pérdida de capacidad funcional, por la debilidad adquirida en UCI (DAU). En los últimos tiempos se han producido cambios en la práctica habitual en relación a la sedación y movilización de los pacientes, ya que la literatura demuestra que hay que evitar la infra o sobresedación y fomentar la analgesia, debido a que disminuye el tiempo de ventilación mecánica (VM) y por tanto, la inmovilidad asociada. **Objetivo principal:** Evaluar la incidencia de DAU en la UCI Hospital Universitario Araba-Txagorritxu. **Objetivo secundario:** Identificar las variables que se relacionan con la incidencia de DAU (VM, días ingreso, turno realización escala)

Metodología-Observación Clínica

Estudio observacional retrospectivo y descriptivo en pacientes críticos ingresados en la unidad a estudio durante el año 2017. Se evaluarán variables relacionadas con el paciente: sexo, edad, Apache II, días de ingreso, diagnostico de DAU (puntuación Medical Research Scale (MRC), realizada por enfermeras y médicos, días VM, turno de realizacion MRC. Análisis de datos descriptivo de las variables mediante spss 23.0.

Resultados-Intervenciones

Se registraron 24 valoraciones de la escala MRC obteniendo una incidencia de DAU del 1,66%. La media de días de estancia fue 23 y de VM 19,4 días. El valor obtenido en la MRC medio fue de 27,8. El 75% de los pacientes evaluados presentó DAU. El 91,7% estuvo conectado a VM. La escala MRC se evaluó en un 91,7% durante el turno de mañana.

Conclusiones

Hemos obtenido una incidencia baja de DAU. Posiblemente debido a las características de los pacientes de nuestra unidad y a la escasa realización de la EMRC. Debemos fomentar la realización de la escala MRC durante los turnos de mañana como práctica habitual y la movilización precoz de los pacientes. Enfermería seguirá liderando su importante papel en evitar la sobre sedación y aumentar la movilización precoz de los pacientes junto a los fisioterapeutas.

Financiación

No.

Palabras clave

UCI · debilidad muscular

Sala U1. **Lunes 11 de Junio de 2018 de 09:15 a 10:00 h.**

ID 367

DIARIOS DE UCI PARA LA PREVENCIÓN DEL SÍNDROME DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO Y SÍNTOMAS ASOCIADOS AL ALTA DE CUIDADOS INTENSIVOS. REVISIÓN NARRATIVA

María Acevedo Nuevo; Nuria Láiz Díez; Adrián García Alonso; Ignacio Latorre Marco
Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda

Introducción-Objetivos

Existe una preocupación creciente por la calidad de vida de los pacientes al alta de UCI y las intervenciones aplicables. El uso de Diarios de UCI (D-UCI) se ha sugerido como eficaz para la disminución del síndrome de estrés postraumático (PTSD) y síntomas asociados. Objetivo: Conocer la evidencia disponible acerca la eficacia de D-UCI para la prevención del PTSD y síntomas asociados (ansiedad y/o depresión) en pacientes adultos tras el alta de UCI.

Metodología-Observación Clínica

Se realizó búsqueda sistemática y estructurada en Cochrane Database, Scielo y Pubmed y revisión secundaria a partir de las referencias localizadas. Términos de búsqueda: “Critical care”, “ICU diaries”, “critical care outcomes”, “stress disorders, post-traumatic”, “anxiety” y “depression”. Criterios de inclusión: trabajos publicados en castellano o inglés referidos al uso de D-UCI en pacientes adultos para la prevención de PTSD y/o reducción de ansiedad y/o depresión. De las 65 referencias localizadas, se seleccionaron 11 artículos para dar contenido a la revisión.

Resultados-Intervenciones

Entre los 11 artículos seleccionados se encuentran 3 revisiones sistemáticas, 3 ensayos clínicos aleatorizados, 1 estudio de cohortes, 1 “mixed method”, 1 revisión narrativa, 1 artículo de revisión (estado de la cuestión) y 1 estudio descriptivo. Se identificaron importantes diferencias en las estrategias de implementación de D-UCI así como en las mediciones del PTSD, cuestiones que unidas a la baja calidad de algunos estudios y los pequeños muestrales, dificultan el establecimiento de conclusiones.

Conclusiones

No existen datos suficientes para señalar si los D-UCI pueden resultar eficaces para disminuir el PTSD y síntomas asociados. Dada la complejidad de la herramienta (D-UCI) y la falta de homeogeneidad en la medición del PTSD, se hace razonable profundizar en el estudio de aspectos relacionados: el mejor tipo de diario a realizar, la medición de los outcomes seleccionados, la viabilidad de aplicación de los diarios de UCI en nuestro contexto, etc.

Palabras clave

Critical care · ICU diaries · critical care outcomes · stress disorders, post-traumatic · anxiety · depression

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Comunicaciones orales

Sala U2. **Lunes 11 de Junio de 2018**

De 08:30 a 09:15 h.

ID 10
CALIDAD DE VIDA PERCIBIDA EN FAMILIARES DE PACIENTES DE UCI A LOS TRES MESES DEL ALTA

ID 11
STRESS POSTRAUMÁTICO EN FAMILIARES DE PACIENTES DE UCI Y FACTORES RELACIONADOS

ID 12
CAMBIOS EN LA SATISFACCIÓN FAMILIAR DESPUÉS DE IMPLANTAR UN PAQUETE DE MEDIDAS DE MEJORA EN UNA UNIDAD DE MEDICINA INTENSIVA

ID 322
MEJORA DE LOS CUIDADOS ENFERMEROS A LA FAMILIA DEL PACIENTE CRÍTICO A TRAVÉS DE LA EVIDENCIA, LA REFLEXIVIDAD Y EL CONSENSO

De 09:15 a 10:00 h.

ID 59
IMPACTO DE UNA POLÍTICA DE VISITAS ABIERTA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

ID 71
ANÁLISIS DE LOS MÉTODOS DE ANTICOAGULACIÓN EN LAS TCRR

ID 74
CORRELACIÓN ENTRE EL BURNOUT Y LA CAPACIDAD DE MINDFULNESS SELF-COMPASSION EN ENFERMERAS/OS EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS: ESTUDIO DESCRIPTIVO TRANVERSAL

ID 78
VISITAS EN LA UCI: OPINIÓN DE PROFESIONALES, PACIENTES Y FAMILIARES (ESTUDIO SOBRE RÉGIMEN DE VISITAS EN LA UCI DEL HOSPITAL DE GALDAKAO)

Sala U2. **Lunes 11 de Junio de 2018 de 08:30 a 09:15 h.**

ID 10

CALIDAD DE VIDA PERCIBIDA EN FAMILIARES DE PACIENTES DE UCI A LOS TRES MESES DEL ALTA

C. Cerro Serrano; IM. Murcia Saez; V. Rojano Ibáñez; L. Tornero Sánchez; C. Carrilero López
Unidad de Medicina Intensiva del Hospital General Universitario Albacete

Introducción-Objetivos

Conocer la calidad de vida percibida (CVPer) por familiares de UCI después de tres meses y su relación con fallecimiento, grado de incapacidad del paciente, satisfacción con cuidados UCI o necesidad de ayuda para los cuidados.

Metodología-Observación Clínica

Estudio prospectivo, observacional y de cohortes, realizado por encuesta telefónica, previo consentimiento informado, a los familiares de pacientes de UCI con mas de dos días de ingreso. Se valoró características demográficas, gravedad, días de ingreso en UCI, si falleció, grado de incapacidad (GI) por Katz, satisfacción por los cuidados y necesidad de acudir a su médico o toma psicofármacos por síntomas derivados. Resultados por media con derivación estándar (DE) e IC95%, mediana con rango intercualil (RI) o por proporciones. Significativo p 0,05

Resultados-Intervenciones

Se realizaron 59 encuestas, 39 (66,1%) mujeres, edad media 54,64; DE: 13,9; IC95% (50,8-54,5). De los pacientes 36 (61%) fueron hombres, edad media 64,41; DE: 14,12; IC95% (60,7-68,1), APACHE II 16,4; DE: 6,6; IC95% (14,6-18,2), días de ingreso 6 (RI:4-14,25), 9 (15,5%) fallecieron y 9 (18%) quedaron con GI severo. Refirieron disminución de CVPer 26 (44,1%), 21 (35,6%) necesitaron acudir a su médico y 13 (22%) toman psicofármacos. Manifestaron satisfacción excelente por los cuidados de enfermería 56 (94,9%). La CVPer disminuida se relacionó con el GI, grave 8 (88,9%) vs no incapacidad/leve 12 (33,3%); p:0,01, necesidad de ayuda en cuidados 13 (76,5%) vs 4 (23,5%); p<0,001, días de ingreso 10,5 (RI: 5-32,2) vs 5 (RI: 4-12,5); p: 0,01. Consultaron más con su médico 16 (76,2%) vs 5 (23,8%); p<0,001 y consumo de psicofármacos 11 (84,6%) vs 2 (15,4%); p: <0,001. No relación con fallecimiento del paciente, con la satisfacción por los cuidados, ni con el resto de variables.

Conclusiones

Casi la mitad de los familiares de pacientes de UCI a los tres meses tuvieron una CVPer disminuida, en nuestro estudio se relacionó con un mayor GI del paciente y con la necesidad de ayuda para el cuidado, no con fallecimiento del paciente o con grado de satisfacción de cuidados en UCI.

Palabras clave

Familia · Calidad de Vida Percibida · UCI

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Sala U2. **Lunes 11 de Junio de 2018 de 08:30 a 09:15 h.**

ID 11

STRESS POSTRAUMÁTICO EN FAMILIARES DE PACIENTES DE UCI Y FACTORES RELACIONADOS

L. Tornero Sánchez; IM. Murcia Sáez; V. Rojano Ibáñez; C. Cerro Serrano; C. Carrilero López
Hospital General Universitario de Albacete

Introducción-Objetivos

El ingreso en UCI es un evento estresante tanto para enfermos como para familiares, pudiendo dejar secuelas psicológicas en ocasiones de forma prolongada. Quisimos conocer el grado de estrés postraumático a los tres meses, medido por el PTSS-14 score, en los familiares de pacientes de UCI y los factores relacionados

Metodología-Observación Clínica

Estudio unicéntrico, prospectivo, observacional, de cohortes, realizado a familiares de pacientes de UCI, por medio de una encuesta telefónica a los tres meses del alta del paciente. Se recogieron variables demográficas, gravedad y duración del ingreso, grado de incapacidad del paciente, PTSS-14 score de familiares. Estudio aprobado por el comité de Ética e Investigación del Hospital. Presentación de resultados por media con derivación estándar (DE) e IC95%, mediana con rango intercuartil (RI) o por proporciones. Significativo p£ 0,05.

Resultados-Intervenciones

Familiares encuestados 59, 39 (66,1%) fueron mujeres, edad 54,64; DE: 13,9; IC95% (50,8-54,5). De los pacientes, 36(61%) fueron hombres, edad 64,41; DE: 14,12; IC 95% (60,7-68,1), APACHE II ingreso 16,4; DE: 6,6;IC95% (14,6-18,2), días de ingreso 6 (RI:4-14,25), 9 (15,5%) falleció y 9 (18%) quedaron con grado de incapacidad severo. Necesitaron ayuda para cuidar al familiar 17 (34%). El PTSS-14 de los encuestados fue de 23 (RI:15-41). Presentaron algún síntoma de estrés postraumático 47 (79,7%). El síndrome de estrés postraumático por PTSS-14 fue mayor cuando el familiar fue mujer 29 (RI:18-52) vs 19 (RI:14-25,7); p:0,017, cuando el paciente fue hombre 30 (RI:18,2-50,2) vs 19 (RI:15-29), cuando el grado de incapacidad fue severa 54 (RI:32,5-64,5) vs ausencia/leve 19,5 (RI:14-35,5); p: 0,008 y se necesitó ayuda en los cuidados 36 (RI:26-60) vs 19 (RI:14-33); p:0,001. No diferencias por edad, días de ingreso, gravedad de ingreso o si falleció o no.

Conclusiones

Un alta proporción de familiares presentan algún síntoma de estrés postraumático a los tres meses. Vemos scores mas altos cuando el familiar fue mujer, el paciente hombre, tuvo un grado de incapacidad mayor y cuando se necesitó ayuda en los cuidados.

Palabras clave

estrés postraumático · familiares · UCI

Comunicaciones orales

Sala U2. **Lunes 11 de Junio de 2018 de 08:30 a 09:15 h.**

ID 12

CAMBIOS EN LA SATISFACCIÓN FAMILIAR DESPUÉS DE IMPLANTAR UN PAQUETE DE MEDIDAS DE MEJORA EN UNA UNIDAD DE MEDICINA INTENSIVA

C. Carrilero López; IM. Murcia Sáez; IM. Rojano Ibáñez; C. Cerro Serrano; L. Tornero Sánchez; MD. Saiz Vinuesa; V. Luengo Baidez; R. Guija Rubio; A. Joaquin González
Hospital General Universitario de Albacete

Introducción-Objetivos

Valorar los cambios en la satisfacción familiar (SF) a raiz de la implantación de un paquete de medidas a nivel organizativo y estructural en una Unidad de Medicina Intensiva durante los años 2011-2016.

Metodología-Observación Clínica

Estudio prospectivo, observacional y comparativo realizado por medio de encuestas de satisfacción por SF-ICU 24 a familiares de pacientes de UCI con >3 días ingreso. Primer periodo 2011 valoración satisfacción familiar. Segundo periodo se implantó un paquete de medidas dirigido a mejora de información a familiares, mejora de comunicación con familiares y pacientes, incorporación proyecto música en UCI, flexibilización de horarios de visita.Tercer periodo 2016 valoración de satisfacción familiar. Presentación de datos por su media; desviación estándar (DE) e IC95%, por mediana y rango intercuartil (RI) o por proporciones. Significación si p 0,05

Resultados-Intervenciones

Se recogieron durante el primer periodo 97 encuestas y en el control posterior 89. No vimos diferencias en cuanto a sexo, edad o parentesco en las dos muestras. Vimos un aumento de la satisfacción total, así como en el nivel de cuidados o en lo referido a la toma de decisiones. Todo ello de forma significativa (Tabla 1).

Conclusiones

La adopción de un paquete de medidas dirigidas a la mejora en la comunicación, información, flexibilización de horarios y proyecto música en UCI ha supuesto una mejora en la satisfacción de forma significativa de familiares de pacientes ingresados en una Unidad de Medicina Intensiva

Palabras clave

Satisfacción Familiar · Comunicación · Información · Horarios · Musica · UCI

Tabla 1

		2011	2016
Número encuestas		97	89
Sexo Hombre	0,4	37(38,1%)	35 (39,3%)
Edad	0,4	49,29 DE:15 IC95%(46,4-52,1)	48,18 DE: 12,9 IC95% (45,4-50,9)
Parentesco Esposa	0,9	22(22,7%)	18 (20,2%)
Otros familiares en UCI anteriormente	0,7	39 (40,2%)	36 (40,4%)
Vive con el paciente	0,2	49(50,5%)	48(49,5%)
Vive en la misma ciudad del Hospital	0,6	42(43,3%)	39 (43,8%)
SF CUIDADOS	**<0,001**	74,12 DE: 16,8 IC95% (70.6-77,5)	85,7 DE:13,6 IC95%(82,8-88,5)
SF TOMA DECISIONES	**<0,001**	71,8 DE: 19,3 IC95% (67,8-75,8)	84,12 DE: 15,6 IC90%(80,8-87,4)
SF TOTAL	**<0,001**	72,4 DE: 16,7 IC95%(69-76)	85,2 DE 13,5 IC95% (82-88)

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Comunicaciones orales

Sala U2. **Lunes 11 de Junio de 2018 de 08:30 a 09:15 h.**

ID 322

MEJORA DE LOS CUIDADOS ENFERMEROS A LA FAMILIA DEL PACIENTE CRÍTICO A TRAVÉS DE LA EVIDENCIA, LA REFLEXIVIDAD Y EL CONSENSO

Laura de la Cueva Ariza[1]; P. Delgado Hito[1]; M. Romero García[1]; G. Via clavero[2]; J. Uya Muntaña[2]; B. Ruiz de Pablo[2]; L. González Barrera[2]; MA. Martínez Monblan[1]; G. Martínez Estalella[3]; MT. Lluch Canut
1. Universidad de Barcelona; 2. Hospital Universitario de Bellvitge; 3. Hospital Clínic de Barcelona

Introducción-Objetivos

Existen gran cantidad de estudios descriptivos sobre necesidades de la familia, y sobre cuidados enfermeros dirigidos a los familiares. Sin embargo, no existe una aplicación generalizada de la evidencia en la práctica clínica. **Objetivo:** Implantar la evidencia sobre los cuidados a la familia del paciente crítico a través de un proceso de cambio participativo y reflexivo en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) de un hospital de nivel 3.

Metodología-Observación Clínica

Estudio cualitativo con método de Investigación-Acción Participativa (Kemmis y McTaggart). Paradigma constructivista (Guba y Lincoln). Realizado en tres UCI polivalentes. Muestreo teórico homogéneo (11 enfermeras). Técnicas: observación participante, análisis documental, grupos de discusión multinivel y diarios de campo. Análisis temático, de contenido (codificación y categorización). Programa Nvivo10. Criterios de rigor según Guba y Lincoln. Aprobación del comité ético.

Resultados-Intervenciones

La familia se percibía como un elemento externo no susceptible de ser cuidado. La práctica enfermera se vinculó a la predisposición individual denotando un deterioro de la comunicación y la relación terapéutica en situaciones difíciles. Los familiares presentaban necesidades no satisfechas, ansiedad, desconcierto y estrés. Se diseñaron e implantaron las estrategias: información y pase de visita conjuntos, guía informativa para familiares, protocolo de acogida, flexibilización de las visitas, formación al personal, entre otras. Se implantaron completamente las estrategias que dependían de las enfermeras siendo desigual el seguimiento de aquellas que implicaban colaboración con los médicos. Las intervenciones comportaron beneficios para el paciente (reorientación, entretenimiento, seguridad, mejora del estado neurológico y psico-emocional), la familia (tranquilidad, seguridad aumento de la implicación en cuidados, mejora de la información, ánimo y sentimientos positivos) y los profesionales (aumento de la satisfacción, de la visibilidad de los cuidados y del valor otorgado a la profesión enfermera).

Conclusiones

La participación activa, la reflexividad y el consenso permiten la implantación inmediata de la evidencia repercutiendo positivamente en pacientes, familiares y profesionales.

Financiación

Estudio financiado por el Ministerio de Economía y Competitividad con co-financiación del Fondo Europeo de Desarrollo Regional PI13/00459 (cuyo lema es “Una manera de hacer Europa”) y por el Colegio Oficial de Enfermeras y Enfermeros de Barcelona (PR-1809-13).

Palabras clave

Investigación-Acción Participativa · Cuidados enfermeros · Familia · Cuidados Intensivos

Sala U2. **Lunes 11 de Junio de 2018 de 09:15 a 10:00 h.**

ID 59

IMPACTO DE UNA POLÍTICA DE VISITAS ABIERTA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Linda Cynthia Quispe Hoxsas; M. Piñol Pérez Rejón
Hospital de Barcelona

Introducción-Objetivos

Hay una tendencia a la liberación de las visitas y ampliación de horarios en las UCIs(Unidad de Cuidados Intensivos) a nivel Nacional e Internacional. En la actualidad un 15% de las UCIs Españolas disponen de un régimen de visitas abierto para los familiares. El objetivo de este estudio es evaluar la percepción de los familiares y profesionales en una política de visitas sin restricciones.

Metodología-Observación Clínica

Estudio descriptivo transversal realizado Marzo-Junio-2017 en la UCI del Hospital de Barcelona. Población profesionales=43 y familiares=30. Muestreo por conveniencia de 38 y 25 respectivamente. Para evaluar la percepción de los familiares y profesionales sanitarios se pasó un cuestionario ad-hoc con 25 ítems para profesionales y 19 ítems para familiares. Cada ítem se midió con la escala tipo Likert (5 opciones de respuesta). Se recogieron variables sociodemográficas. La cumplimentación se realizó durante el ingreso hospitalario del paciente y se solicitó consentimiento informado y anónimo. Análisis descriptivo mediante frecuencia y porcentajes e inferencial a partir del coeficiente de correlación de Spearman. Microsoft Excel 2010.

Resultados-Intervenciones

Muestra final: 88% (n=38) profesionales y 83,3% (n=25) familias. De estos el 78,9% (n=30) y el 92% (n=23) de familiares estaban a favor de un régimen de horario sin restricciones y consideran que es beneficioso para la recuperación del paciente; un 90% (n=23, n=36) en ambos grupos opina que la presencia de amigos y familia es beneficioso; el 92% (n=35) de los profesionales opinan que las familias pueden implicarse en los cuidados, contrario al 40% (n=10) de las familias que desean implicarse; un 96% (n=24) de familias se familiarizan con el entorno al estar más horas al lado del paciente.

Conclusiones

Una política sin restricciones horaria mejora el acompañamiento familiar y la comunicación con los profesionales, la confianza y seguridad y se sienten mejor informados. Disminuye la sensación de soledad, mas apoyo emocional, da tranquilidad y anima al paciente frente a su enfermedad.

Palabras clave

UCI (unidad de cuidados intensivos) · Política de visitas sin restricciones en UCI · Percepción de las familias · Percepción de los profesionales sanitarios · Participación de las familias en los cuidados

Sala U2. **Lunes 11 de Junio de 2018 de 09:15 a 10:00 h.**

ID 71

ANÁLISIS DE LOS MÉTODOS DE ANTICOAGULACIÓN EN LAS TCRR

Judit Pérez Sánchez, M. González Romero; I. Romera Peregrina; J. Castaño Camuñez; C. Sanz Mellado
Hospital Universitari de Bellvitge

Introducción-Objetivos

Para evitar la coagulación, los pacientes con Terapia Continua de Reemplazo Renal (TCRR), precisan sistema de anticoagulación extracorpóreo.

- Analizar y comparar características de diferentes métodos de anticoagulación.
- Evaluar la carga de trabajo enfermero según método.

Metodología-Observación Clínica

Estudio descriptivo observacional prospectivo en dos UCI polivalentes de un hospital tercer nivel. Se incluyeron pacientes con TCRR durante 2017; se clasificaron según método de anticoagulación. El análisis estadístico se realizó mediante Excel-2016.

- Variables demográficas: edad, sexo
- Clínico-evolutivas: mortalidad, inotropos
- Específicas: método anticoagulación, sets, motivo cambio, horas terapia, bolsas líquidos, hemoderivados, analíticas no-ordinarias

Resultados-Intervenciones

Se estudiaron 55 pacientes (variables generales, tabla 1):

- **Grupo 1 (sin-anticoagulación):** 53,2%, 112 sets, 4.480h uso (41,4±22,7h/set). El principal motivo del cambio fue coagulación (74,4%). Un 88,2% precisó hemoderivados, uno cada 42,9±34,5h. Se cambiaron 24,8±6,3 bolsas de líquidos/día y ninguna analítica no-ordinaria.
- **Grupo 2 (heparina):** 23,4%, 52 sets, 1.544h uso (37,6±21,1h/set). El 56,8% se cambiaron por coagulación, el 21,6%, por otros motivos (TAC/IQ) Un 86,7% precisó hemoderivados, uno cada 27,7±20,4h. Se utilizaron 25,5±6,5 bolsas/día y ninguna analítica no-ordinaria.
- **Grupo 3 (citrato):** 23,4%, 54 sets, 3.806h uso (68,5±42,7h/set). El 41,3% se cambiaron por coagulación, el 26,1% por cambio catéter. Un 80% precisó hemoderivados, uno cada 61,8±48,2h. Se cambiaron 33,7±6,5 bolsas/día y se realizaron 382 analíticas, una cada 13,8±17,9h.

Conclusiones

Los resultados demuestran que, aunque la TCRR sin-anticoagulación es la más utilizada, la anticoagulación con citrato disminuye la coagulación del filtro prolongando su vida útil y disminuyendo los requerimientos de hemoderivados. Respecto a mortalidad y necesidad de inotropos, no existen diferencias significativas con heparina. Debido a necesidad de control metabólico estricto, el citrato implica un aumento de analíticas y mayor número de bolsas de líquidos, suponiendo carga de trabajo adicional. Por tanto, el tiempo ahorrado sin cambiar sets, se invierte extrayendo analíticas y cambiando bolsas. Tal vez, con más experiencia podamos disminuir el tiempo dedicado a su manejo.

sigue –>

Tabla 1. Variables generales (demográficas y clínico-evolutivas)

Variables demográficas				
Edad media ± DE, años	64 ± 12,7			
Hombres (%)	70,9			
Variables clínico-evolutivas		**Sin anticoagulación**	**Heparina**	**Citrato**
Mortalidad en UCI (%)		44,1	20	26,7
Mortalidad <1 año post-UCI (%)		20,6	26,7	33,3
Uso de inotropos (%)		100	80	86,7

Tabla 2. Variables específicas

	Sin-anticoagulación	**Heparina**	**Citrato**
Pacientes (%)	53,2	23,4	23,4
Sets utilizados (n)	112	52	54
Horas uso set (h)	4480	1544	3806
Horas/set ± DE	41,4 ± 22,7	37,6 ± 21,1	68,5 ± 42,7
Pacientes transfundidos (%)	88,2	86,7	80
Hemoderivados (n)	148	67	71
Horas/transfusión ± DE	42,9 ± 34,5	27,7 ± 20,4	61,8 ± 48,2
Bolsas/día ± DE	24,8 ± 6,3	25,5 ± 6,5	33,7 ± 6,5
Analíticas no-ordinarias (n)	0	0	382
Horas/analítica ± DE	0	0	13,8 ± 17,9

Sala U2. **Lunes 11 de Junio de 2018 de 09:15 a 10:00 h.**

ID 74

CORRELACIÓN ENTRE EL BURNOUT Y LA CAPACIDAD DE MINDFULNESS SELF-COMPASSION EN ENFERMERAS/OS EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS: ESTUDIO DESCRIPTIVO TRANVERSAL

María Pilar Gracia
Hospital General de la Defensa, Zaragoza

Introducción-Objetivos

Los profesionales de enfermería han sido identificados como uno de los principales grupos de riesgo para el desarrollo del burnout. **Objetivo:** Analizar si existe correlación entre el burnout y la capacidad de mindfulness self-compassion en enfermeras/os en unidades de cuidados intensivos.

Metodología-Observación Clínica

Estudio descriptivo observacional transversal con enfoque cuantitativo y multicentrico. La muestra la constituyen 68 profesionales de enfermería de UCI de adultos. Se utilizaron los instrumentos de evaluación: Maslach Burnout Inventory que consta de las subescalas de cansancio emocional, despersonalización y realización personal y la Escala de Self Compassion con la subescalas de autoamabilidad, humanidad común y mindfulness. Se recogieron así mismo datos sociodemográficos y laborales. Se realizó un análisis descriptivo de la muestra calculándose la media y la desviación estándar para cada una de las variables cuantitativas, y medidas de frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas. Para el análisis correlacional se realizó el coeficiente de correlación de Pearson.

Resultados-Intervenciones

Correlación inversa significativa entre el factor cansancio y la autoamabilidad y autojuicio (p=0,004); humanidad y aislamiento (p=0,001); y mindfulness y sobreidentificación (p=0,016). Hay también una correlación inversa significativa entre el factor despersonalización y la autoamabilidad y autojuicio (p=0,007); humanidad y aislamiento (p=0,015). Por último, hay una correlación directa significativa entre el factor realización y la autoamabilidad y autojuicio (p= 0,044); y humanidad y aislamiento (p=0,010).

Conclusiones

El nivel de autocompasión del personal de enfermería relaciona inversamente con su nivel de burnout. Por lo tanto sería recomendable que las instituciones sanitarias se implicaran en la realización de programas de intervención de mindfulness y autocompasión para ayudar a los profesionales de enfermería a disminuir la percepción del estrés y el desgaste emocional que produce el contacto diario con la enfermedad, contribuyendo de esta forma a mejorar su bienestar personal y a su vez prevenir el desarrollo del síndrome.

Financiación

Ninguna.

Palabras clave

burnout · enfermería · mindfulness · self-compassion · cuidados intensivos

Sala U2. **Lunes 11 de Junio de 2018 de 09:15 a 10:00 h.**

ID 78

VISITAS EN LA UCI: OPINIÓN DE PROFESIONALES, PACIENTES Y FAMILIARES (ESTUDIO SOBRE RÉGIMEN DE VISITAS EN LA UCI DEL HOSPITAL DE GALDAKAO)

Teresa Esteban Galbete, V. Arnaiz Arnaiz; PMª. Olaechea Astigarraga
UCI Hospital de Galdakao

Introducción-Objetivos

Conocer la opinión de profesionales (pr.), pacientes (p.) y familiares (f.) de una UCI sobre el régimen de visitas actual (de 13:00 a 14:00 y de 20:00 a 21:00) y la política de puertas abiertas. Verificar la posibilidad de ampliación del mismo.

Metodología-Observación Clínica

Estudio descriptivo, observacional y trasversal, en la UCI del H. Galdakao (2015-2017). Encuesta anónima. Estadística descriptiva: medidas de tendencia central y dispersión para variables cuantitativas; porcentajes y frecuencias para cualitativas.Metodología específica para el análisis del contenido de preguntas abiertas.

Resultados-Intervenciones

Contestaron 58 pr., 123 p. y 120 f. El 65,5% pr., 53,7% p. y 28,3% f. no está satisfecho con el sistema actual de visitas. Para el 77,6% de sanitarios, 56,9% de p. y 43% de f. es escaso o muy escaso. Entre las 5 propuestas de cambio de horario, las más señaladas por todos , son las que implican ampliación respecto de la actual : 79,3% pr., 61,7% f. y 57,7% p. De esas ampliaciones la más votada es la más restrictiva en los 3 grupos. La mayoría de pr. (55,2%), p. (60,2%) y f. (51,2%) están en desacuerdo con horario libre de 13:00 a 23:00 h. Hay un 33,3% de p. que no desearía mayor tiempo de visita. Un 38,3% de f. opina que la ampliación no sería buena para ellos. Un 41,8% de p. favorable a la visita de menores frente al 10,3% pr. y 19,1% f. El mayor problema señalado por pr. es el aumento de las cargas de trabajo (40,2%), f. y p. hacen referencia al ámbito del paciente (58,6% y 47,7% respectivamente). La sugerencia más indicada en los 3 colectivos es la flexibilización.

Conclusiones

La mayoría considera escaso el horario actual. El cambio mayoritariamente señalado dista mucho del horario libre. Probablemente, la histórica privación de ésta libertad dificulte la visión de su necesidad.

Financiación

Ninguna.

Palabras clave

Visita flexible · Visita abierta · Política visitas · Régimen de visitas · Unidad de cuidados intensivos

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Comunicaciones orales

Auditorio García Lorca. **Martes 12 de Junio de 2018**

De 08:30 a 09:15 h.

ID 93
COMPETENCIAS PROFESIONALES DE LAS ENFERMERAS A TRAVÉS DE UN ESTUDIO FENOMENOLÓGICO

ID 95
¿QUÉ OPINAS COMO PROFESIONAL DE LA HUMANIZACIÓN EN TU UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)?

ID 107
IMPACTO DE UNA ACCIÓN FORMATIVA EN LA DIFERENCIACIÓN ENTRE ÚLCERAS POR PRESIÓN Y LESIONES CUTÁNEAS ASOCIADAS A LA HUMEDAD EN UN ÁREA DE CRÍTICOS

ID 109
VALORACIÓN DE PACIENTES INGRESADOS EN CUIDADOS INTENSIVOS CON NECESIDAD DE ATENCIÓN PALIATIVA

De 09:20 a 10:15 h.

ID 183
ESTRATEGIAS PARA EVITAR LA INCOMPATIBILIDAD FARMACOLÓGICA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

ID 185
REFLEJO DE DILATACIÓN PUPILAR ANTE ESTÍMULOS NOCICEPTIVOS EN PACIENTES ANALGOSEDADOS EN VENTILACIÓN MECÁNICA

ID 187
ANÁLISIS DEL NIVEL DE DESARROLLO DE UN EQUIPO DE ATENCIÓN A PACIENTES CON TRAUMA GRAVE

ID 201
FACTORES ASOCIADOS A PRESENTAR DOLOR EN PACIENTES MAYORES DE 80 AÑOS QUE INGRESAN EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

De 16:20 a 17:05 h.

ID 289
EVOLUCIÓN DE LA IMPLANTACIÓN DE LA GUÍA DE BUENAS PRÁCTICAS. VALORACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) RESULTADOS EN EL PACIENTE

ID 293
NUEVO RETO PARA LA ENFERMERÍA: INTEGRAR A LOS NIÑOS EN EL RÉGIMEN DE VISITAS EN NUESTRA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

ID 300
ANÁLISIS DEL NIVEL DE DESARROLLO DE UN EQUIPO DE ATENCIÓN A PACIENTES CON TRAUMA GRAVE

ID 313
REPERCUSIÓN DE LA HIGIENE ORAL EN LOS PACIENTES CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO CON MONITORIZACIÓN DE LA PRESIÓN INTRACRANEAL

Comunicaciones orales

Auditorio García Lorca. **Martes 12 de Junio de 2018 de 08:30 a 09:15 h.**

ID 93

COMPETENCIAS PROFESIONALES DE LAS ENFERMERAS A TRAVÉS DE UN ESTUDIO FENOMENOLÓGICO

Yeray Gabriel Santana Padilla[1], T. Linares Pérez[2]; T. Alemán González[2]; RF. Acosta Rodríguez[2]; MD. Bernat Adell[3]; L. Santana Cabrera[2]
1. Hospital Universitario Insular de Gran Canaria, Gerencia de Atención Primaria de Gran Canaria;
2. Hospital Universitario Insular de Gran Canaria; 3. Universidad Jaume I

Introducción-Objetivos

La cantidad de competencias que abordan en su entorno laboral de las enfermeras de cuidados intensivos (UCI), ha aumentado con la adquisición de nuevas responsabilidades asociadas a nuevos dispositivos y cuidados a realizar al paciente crítico. Múltiples estudios avalan la necesidad de la especialización de las enfermeras que trabajan en este tipo de unidades. La European Federation of Critical Care Nurse (EfCCNa), recomienda unificar la formación de las enfermeras de cuidados intensivos. Objetivo: Valorar las necesidades formativas que detectan enfermeras de UCI a través de sus vivencias y experiencias profesionales.

Metodología-Observación Clínica

Se realizó un estudio cualitativo descriptivo, con un enfoque fenomenológico. Se analizó la bibliografía existente, para crear una entrevista semiestructurada por parte del equipo investigador destinada a conocer las necesidades de formación que detectan las enfermeras en UCI, en los 4 ámbitos que la eFFCNa recoge: clínico, profesional, gestión y educativo. Mediante un muestreo de conveniencia, se recluto a 15 enfermeras, como criterio de inclusión se exigió una experiencia profesional de más de 3 años en una UCI polivalente. El desarrollo total de las entrevistas tuvo una duración total de 17 horas 4minutos y 16segundos. Siendo el rango mínimo 50:26, y máximo 1:44:25

Resultados-Intervenciones

Los entrevistados reconocen que la formación previa era deficiente para los cuidados y medidas de soporte que tuvieron que afrontar, y que la formación posterior y la experiencia fueron determinantes para poder desarrollar efectivamente su labor profesional. Además, reconocen la necesidad de un proceso de formación continua, que se ve influenciada por tres factores: la ausencia de requisitos previos, la ausencia de una formación específica y la subjetividad de cada enfermera.

Conclusiones

Las enfermeras reconocen que debe existir una formación destinada a cumplir las necesidades de competencias, que las unidades requieren, y que estas se ven afectadas, por el tipo de unidad y el tipo de pacientes atendidos.

Financiación

Los autores reconocen no haber recibido ningún tipo de financiación ni estar a la espera de recibir ninguna subvención ni beca. Los aspectos éticos y científicos del estudio fueron avalados por el Comité de ética e investigación de la Universidad Jaume I.

Palabras clave

Cuidados Criticos · Educación Basada en Competencias · Educación en Enfermería · Educación de Posgrado en Enfermería · Enfermeras Clínicas · Investigación en Enfermería Clínica

sigue –>

Comunicaciones orales

Ámbitos	Verbatims (Sujeto enumerado)
Ámbito Clínico	(N5): "Un conocimiento de qué se va a hacer y qué se está buscando" (N9): "Se debe saber que estás buscando, para saber que encuentras y saber analizarlo" (N14): "en UCI tienes que usar muchas herramientas que no te enseñan en la carrera" (N5): "ser muy consciente del desamparo o del miedo que puede tener el paciente" (N15): "no olvidar siempre que es un ser humano, y mantener siempre la dignidad y el respeto" (N6): "adecuar el plan terapéutico-plan de cuidados a la realidad actual del usuario" (N9): "revaluar para mi es lo más importante" (N14): "las patologías son muchas en UCI, porque no suele haber un paciente que tenga una patología sola, y también debes saber cuidar desde una neumonía hasta un paludismo y aplicar los cuidados y controles adecuados" (N1): "el enfermero de UCI debe adaptarse y quizás, esta sea, una de las características más importante del enfermero de intensivos"
Ámbito Profesional	(N5): "consulta a compañeros profesionales es la fuente fundamental, si después de esto, no me quedó conforme, después iría a buscar a internet" (N2): "consultar a compañeros o al farmacéutico, para cuestiones de administración de fármacos" (N10): "aquí las enfermeras toman muchas decisiones, porque tenemos mucha autonomía" (N8): "todas las decisiones son complejas en cuidados intensivos" (N15): "no debemos olvidar que los enfermeros también tienen que informar, y no sabemos informar, sobre nuestro campo de actuación"
Ámbito de la Gestión	(N13): "las enfermeras no nos creemos la importancia que tenemos en una UCI, y si nos lo creyéramos más seríamos más líderes en más cosas" (N5): "se hace seguimiento de los indicadores de calidad cuando se puede" (N11): "La continuidad de cuidados es importantísimo, incluso imprescindible, de 0 a 10, pues 10.5" (N14): "no se debe permitir que vengan 17 enfermeras de golpe sin experiencia a cubrir turnos, como ha pasado" (N6): "no sólo somos capaces de trabajar bajo estrés, sino también somos especialistas"
Ámbito educativo y de desarrollo	(N14): "cada unidad debería tener su formación específica" (N12): "quizás estamos perdiendo gente muy válida, por no apostar por esta gente que investiga" (N6): "mucha voluntad, y sacar tiempo de su propio tiempo personal para autoformarse"

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Comunicaciones orales

Auditorio García Lorca. **Martes 12 de Junio de 2018 de 08:30 a 09:15 h.**

ID 95

¿QUÉ OPINAS COMO PROFESIONAL DE LA HUMANIZACIÓN EN TU UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)?

Rosa María Cruz Hernández; FC. Martínez Huélamo; MJ. López Poveda; S. Sánchez-Marín Bustos; PJ. Miranda Baptista; C. Benito Vela; P. Benito Fernández; C. Sánchez Guevara; M. Flores Hernández; C. Manzanedo Edesa
Complejo Asistencia Universitario de Salamanca

Introducción-Objetivos

Conocer el grado de satisfacción de los profesionales sanitarios que forman parte nuestra UCI de Neurocríticos y Politraumatizados del Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, respecto a la ampliación del horario de visitas a los pacientes.

Metodología-Observación Clínica

Metodología cualitativa. Recogida de datos a través de una encuesta anónima, voluntaria y abierta a los profesionales de la unidad sobre la ampliación del horario de visitas. Población 53 profesionales, de los cuales son: 10 Facultativos, 27 Enfermeras y 16 Técnicos en cuidados auxiliares de enfermería. La muestra tomada es de 42, con una participación global del 79.24%. Nuestra unidad cuenta con 12 camas, distribuidas en 3 boxes comunicados visualmente a través de cristaleras. Se realiza encuesta tipo Likert con cuatro posibilidades de respuesta para cada enunciado: desacuerdo, poco de acuerdo, de acuerdo, totalmente de acuerdo. Los cuestionarios fueron depositados en un sobre para ser cumplimentados de manera individual, voluntaria y anónima. Se recogieron variables laborales y sociodemográficas, tales como; edad, sexo, categoría profesional y años de experiencia.

Resultados-Intervenciones

Los profesionales (n=42) opinaron que la visita abierta puede tener un efecto beneficioso en el paciente (45.23%) y en la familia (54.76%). Sin embargo el 80.95% consideró que la visita abierta resultaría poco beneficiosa para el personal. Existen diferencia en la percepción del beneficio de la visita abierta en las categorías profesionales; 14.28% facultativo, 2.38% enfermería, 2.38% TCAE. El 38.09% mantendría los horarios de visita antiguos (30 minutos mañana y 30 minutos en la tarde), y el 54.76% los ampliaría según necesidades. El 80.95% coincide en que la estructura física de la unidad supone un impedimento.

Conclusiones

- Existen diferencias de opinión respecto a la apertura de la unidad entre las categorías profesionales.
- La estructura física de la unidad supone una barrera importante.
- Enfermería comparte la restricción de horarios y prioriza la humanización en casos concretos y en beneficio de los pacientes.

Palabras clave

Humanización · Categoría profesional

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Comunicaciones orales

Auditorio García Lorca. **Martes 12 de Junio de 2018 de 08:30 a 09:15 h.**

ID 107

IMPACTO DE UNA ACCIÓN FORMATIVA EN LA DIFERENCIACIÓN ENTRE ÚLCERAS POR PRESIÓN Y LESIONES CUTÁNEAS ASOCIADAS A LA HUMEDAD EN UN ÁREA DE CRÍTICOS

Josefa Valls; M. del Cotillo; M. Pujol; R. Ribal: I. Sandalinas
Hospital Universitari Mútua Terrassa

Introducción-Objetivos

Las úlceras por presión (UPP) y las lesiones cutáneas asociadas a la humedad (LESCAH) tienen etiología diferente pero existen dificultades para diferenciarlas. Se diseñó un programa formativo para mejorar los conocimientos y las habilidades de las enfermeras. El objetivo fue evaluar el impacto de una formación para la correcta clasificación de UPP y LESCAH y determinar el grado de concordancia entre las enfermeras en el período pre y post-formación.

Metodología-Observación Clínica

Estudio de intervención (pre-2014/post-2016) dirigido a enfermeras de críticos. Se impartió formación voluntaria on-line, sobre fisiopatología, diferenciación y prevención de lesiones cutáneas. Para la evaluación pre/post-intervención se utilizó un cuestionario de 14 fotografías con lesiones en zona sacra y/o glútea con 6 opciones de respuesta: UPP categoría I, II, III, IV, LESCAH y no sé. Análisis bivariante: prueba de X2 y grado de concordancia: índice Kappa.

Resultados-Intervenciones

Participaron 56 enfermeras (98,5% de la población) en el pre y 51 (89,7%) en el post-intervención. En el periodo pre-formativo, las fotografías con LESCAH se diagnosticaron correctamente en el 64,8%, frente al 87,7% del post, p<0,001. Un 18,9% de LESCAH fueron consideradas como UPPII en el pre y un 7,6% en el post. Las fotografías de UPP se clasificaron correctamente en un 69,1% en el pre-formativo y en un 69,2% en el post-formativo, p=0.99. En el pre, el 14,8% de las UPP se diagnosticaron como LESCAH y el 16,1% en una categoría incorrecta. En el post, el 11,8% se consideraron LESCAH y el 19% se categorizaron incorrectamente. En ambos periodos, se produjo confusión en las UPPII que fueron diagnosticadas como LESCAH en el 23,2% y 28,4%, respectivamente (Tabla 1). Índice de Kappa pre-intervención:0,38 (IC95%:0,29-0,57) y post-intervención:0,57 (IC95%:0,42-0,73).

Conclusiones

La formación mejoró la diferenciación entre LESCAH/UPP y la concordancia entre enfermeras, aumentando de baja a moderada. Existe confusión en categorías iniciales. Es necesario seguir reforzando la formación para aumentar la habilidad del profesional ante su complejidad y manejo.

Palabras clave

úlceras por presión · lesiones cutáneas asociadas a la humedad · fotografías · formación · concordancia · cuidados intensivos

Fotografías	Pre-intervención(%)		Post-intervención(%)		p
	Correctas	Incorrectas	Correctas	Incorrectas	
LESCAH	64,8	UPP I:7,7 UPP II:18,9 UPP III:7,4 UPP IV:0,8	87,7	UPP I:1,1 UPP II:7,6 UPP III:2,5 UPP IV:0,3	<0,001
UPP I	75	LESCAH:18,8 UPP II:3,6	86,3	LESCAH:9,8 UPP II:1	0,08
UPP II	58	LESCAH:23,2 UPP I:11,6 UPP III:3,6 UPP IV:0,9	55,9	LESCAH:28,4 UPP I:3,9 UPP III:10,8 UPP IV:1	0,6
UPP III	65,2	LESCAH:9,8 UPP II:2,7 UPP IV:20,5	57,8	LESCAH:2,9 UPP II:10,8 UPP IV:26,5	0,2
UPP IV	87,5	UPP III:10,7	84,3	UPP III:9,8	0,6

Tabla 1. Clasificación de las fotografías

Comunicaciones orales

Auditorio García Lorca. **Martes 12 de Junio de 2018 de 08:30 a 09:15 h.**

ID 109

VALORACIÓN DE PACIENTES INGRESADOS EN CUIDADOS INTENSIVOS CON NECESIDAD DE ATENCIÓN PALIATIVA

Tamara Raquel Velasco Sanz
Hospital Clínico San Carlos

Introducción-Objetivos

A pesar de que actualmente en España, en torno al 90% de los pacientes que ingresan en UCI sobreviven, es muy importante valorar la necesidad de un abordaje paliativo no sólo en aquellos pacientes que fallecen, la mayoría tras Limitación de Tratamientos de Soporte Vital(LTSV), sino también en aquellos pacientes que a pesar de haber salido de la UCI, su pronóstico de vida es limitado. **Objetivos:** Identificar pacientes ingresados en unidades de cuidados intensivos, que requieren atención paliativa.

Metodología-Observación Clínica

Estudio observacional, prospectivo realizado los meses de mayo-junio 2017 en el Servicio de Medicina Intensiva del Hospital Clínico San Carlos de Madrid. La población de estudio fueron todos los pacientes ingresados en UCI durante el periodo de estudio. El Instrumento de medida que se ha utilizado es la escala validada de Necesidades Paliativas (NECPAL CCOMS-ICO). Se ha realizado un análisis descriptivo con porcentajes, frecuencias , medias y desviación estándar de las variables de interés recogidas en el estudio, además de un análisis comparativo entre los pacientes con resultados positivo o negativo para el test NECPAL, tomando como significativos valores de $p<0,05$. Para el análisis estadístico se empleó el programa SPSS ver.18.0

Resultados-Intervenciones

Se obtuvo un total de 85 pacientes. Además de las variables socio-demográficas destaca que el 42,4% de los pacientes ingresados en UCI durante el periodo de estudio obtuvieron una valoración positiva (NECPAL +), existiendo una relación estadística significativa con la edad ($p=0,011$) y el motivo de alta, presentando NECPAL positivo el 100% de los pacientes que fallecieron en UCI, los que fueron dados de alta a planta con medidas de LTSV, y los pacientes que continuaban ingresados en UCI $p<0,001$.

Conclusiones

Se ha identificado un alto porcentaje de pacientes ingresado en cuidados intensivos, que requerirían una atención paliativa, tanto durante su estancia, como tras el alta.

Palabras clave

Atención Paliativa · NECPAL (NECesidades PALiativas) · Paciente Crítico

Comunicaciones orales

Auditorio García Lorca. **Martes 12 de Junio de 2018 de 09:20 a 10:15 h.**

ID 183

ESTRATEGIAS PARA EVITAR LA INCOMPATIBILIDAD FARMACOLÓGICA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

Enrique García García; JC. Muñoz Mansilla; M. Gutiérrez Pozuelo; C. Marino Martínez; AM. Caballero Perea; S. Lospitao Gómez; MJ. Luengo Alarcia
Hospital de Fuenlabrada

Introducción-Objetivos

La estabilidad y compatibilidad de los fármacos es críticamente importante para el tratamiento farmacológico seguro y eficaz en la UCI. La enfermería es responsable del manejo de la medicación y perfusiones, garantizando la seguridad del paciente. Crear una herramienta de compatibilidades para fármacos y perfusiones, rápida y segura.

Metodología-Observación Clínica

Se realizó una revisión bibliográfica sobre compatibilidad e incompatibilidad de fármacos y perfusiones “en Y” junto con el Servicio de Farmacia.

Resultados-Intervenciones

Se elaboró una herramienta informática donde se seleccionan los fármacos e informa de la compatibilidad entre ellos. Además, aporta información sobre la concentración de la dilución empleada en la unidad para cada fármaco, aportando un plus de seguridad en nuestro trabajo.

Conclusiones

El uso y desarrollo de aplicaciones informáticas es muy útil en el trabajo diario de la enfermera en UCI, evitando eventos adversos al paciente. Las incompatibilidades clínicas de la UCI pueden contribuir a errores de la medicación.

Financiación

No existe.

Palabras clave

Seguridad del paciente · Aplicación informática

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Comunicaciones orales

Auditorio García Lorca. **Martes 12 de Junio de 2018 de 09:20 a 10:15 h.**

ID 185

REFLEJO DE DILATACIÓN PUPILAR ANTE ESTÍMULOS NOCICEPTIVOS EN PACIENTES ANALGOSEDADOS EN VENTILACIÓN MECÁNICA

Y. López de Audícana[1]; C. Rodríguez[2]; PM. Pelegrin[2]; L. Aparicio[2]; A. Vallejo[2]; MJ. Rodríguez[2]; N. Aretxabala[2]; ZI. Gil[2]; N. Parraza[2]; A.Quintano
1. Escuela Universitaria de Enfermería de Vitoria-Gasteiz, Hospital Universitario Alava en Vitoria-Gasteiz;
2. Hospital Universitario Alava en Vitoria-Gasteiz

Introducción-Objetivos

Introducción: La valoración del dolor en pacientes en críticos analgosedados continúa siendo un reto asistencial. El reflejo de dilatación pupilar (PDR) cuenta con las estructuras anatomofisiológicas que permiten relacionarlo con el esti?mulo nociceptivo. La pupilometría, a través de la medición del PDR, podría ser una herramienta objetiva de detección de dolor. **Objetivo:** Describir y comparar el PDR ante un procedimiento no doloroso (ND-roce de gasa en brazo), ante estímulos nociceptivos eléctricos calibrados (10-20-30-40mA) y ante el aspirado de secreciones (AS), con respecto a la presencia de dolor/no dolor según behavioral pain scale (BPS), en pacientes analgosedados, en ventilación mecánica (VM), sin posibilidad de comunicación verbal o escrita.

Metodología-Observación Clínica

Metodología: Estudio de pruebas diagnósticas con intervención, del 1/6/17 al 31/12/17 en UCI polivalente de 35 camas. Se consideró presencia de dolor BPS>3. Mediciones de PDR: Pupilometro AlgiScan®. **Tiempo entre estímulos:** 5 min. Aprobado por CEIC Euskadi. **Inclusión:** >18 años, con analgosedantes en pc, con BPS basal 3 y ESCID basal de 0, y RASS entre -1 y -4. Con consentimiento informado firmado. **Exclusión:** Presencia de miorrelajantes, enfermedades neuromusculares / polineuropatía, afectación pupilar, Glasgow<6, clonidina, dexmedetomidina, tramadol, ketamina, adrenalina, y antagonistas del calcio, noradrenalina > 0,6 y/o dobutamina> 10 µg/kg/min. **Descripción:** Variables continuas: media ±DE (distribución normal) o mediana y rango intercuartilico (distribución no normal). **Variables categóricas:** N/%. **Comparación:** U Mann Whitney. P<0,05

Resultados-Intervenciones

Se realizaron 144 observaciones en un total de 24 pacientes. El PDR tras 30mA fue del 24,5% en el grupo BPS > 3 y del 4,5% en grupo sin dolor. Análogamente, para 40mA resultó del 20% frente a 14% (p<0,05).

Conclusiones

En nuestra muestra, a mayor estimulo nociceptivo se observa un mayor PDR. Los pacientes que exhibieron dolor con BPS con estímulos de 20, 30, 40mA y AS, tuvieron un mayor porcentaje de dilatación que aquellos que no lo exhibieron.

Palabras clave

Pain · Critical care · Reflex · Pupillary

1. Caracteristicas generales de la muestra	
Variable	N (%)
Varón	15 (62,5)
Patología médica	13 (54,2)
Tipo de Sedante	
Ninguno	6 (25)
Midazolam	10 (41,7)
Propofol	8 (33,3)
Tipo de Analgésico	
Fentanilo	16 (66,7)
Remifentanilo	6 (25)
Morfina	1 (4,2)
	Media (sd)
Edad	67,4±11,5
Fármacos en pc durante AS	
Propofol (mg/kg/h)	1,8±0,8
Midazolam (mg/kg/h)	0,08±0,05
Fentanilo durante (mg/kg/h)	1,10±0,83
Remifentanilo durante (µg/kg/h)	7,7±4,7
Morfina (mg/kg/h)	0,7
Noradrenalina (µg/kg/min)	0,25±0,3
	Medianas
IMC	27,8 (24,2-30,8)
APACHE	21,0(18-24,5)
Número de dispositivos	6,0(5-8)

PDR	Medianas		
ND	1,5(0,2-3,0)		
10mA	2,5(0-7,5)		
20mA	6,0(3,00-11,8)		
30mA	7,0(3,0-20,3)		
40mA	16,0(8,0-20,0)		
AS	37,5(22,7-53,2)		
2. Estudio comparativo PDR vs BPS			
	BPS DOLOR	BPS NO DOLOR	p
ND	Sin pacientes	1,5(0,2-3,0)	-
PDR 10mA	Sin pacientes	2,5(0-7,5)	-
PDR 20mA	14,0(12,0-0)	4,5(2,7-11,0)	0,074
PDR 30mA	24,5(9,7-61,5)	4,5(3,0-7,7)	0,006
PDR 40mA	20,0 (12,7-39,0)	14,0 (7,0-16,0)	0,034
AS	42,5 (26,2-53,2)	25,0(14,2-49,2)	0,201

Comunicaciones orales

Auditorio García Lorca. **Martes 12 de Junio de 2018 de 09:20 a 10:15 h.**

ID 187

ANÁLISIS DEL NIVEL DE DESARROLLO DE UN EQUIPO DE ATENCIÓN A PACIENTES CON TRAUMA GRAVE

Marina Sánchez Pozo; I. Palomino Sánchez; MA. Murillo Pérez; M. Chico Fernández; S. Bazarra Rodríguez; M. del Barrio Jiménez; M. Poyo Tirado
Hospital Universitario 12 de Octubre

Introducción-Objetivos

El trabajo en equipo consiste en la colaboración comprometida y efectiva entre los distintos profesionales que lo integran con la finalidad de conseguir un objetivo común. **Objetivo:** Analizar el nivel de desarrollo actual como equipo de una unidad de cuidados intensivos.

Metodología-Observación Clínica

Estudio transversal descriptivo en una UCI de un hospital de tercer nivel (enero-marzo 2017). **Criterios de inclusión:** profesionales con una experiencia 3 meses. **Criterios de exclusión:** profesionales con incapacidad temporal. **Instrumento:** Adaptación transcultural del cuestionario de análisis basado en el modelo de Tuckman de desarrollo de los equipos. Las dimensiones del cuestionario son: objetivo, confianza, flexibilidad, reconocimiento, comunicación, rendimiento, cohesión, liderazgo, creatividad, conflicto y compromiso. Se autoadministró a todo el equipo de la UCI que cumplía los criterios de inclusión. Análisis descriptivo de variables.

Resultados-Intervenciones

La cumplimentación fue del 90% (55 de 61 profesionales). El 67,2% (37) enfermeras, 21,8% (12) auxiliares enfermería, 10,9% (6) médicos. El 60% de los profesionales considera que el equipo se encuentra entre la Fase III y la IV de desarrollo. El 50% de los profesionales conocen su objetivo y trabajan para conseguirlo. El 50% de los profesionales del equipo se siente escuchado y hablan con naturalidad entre ellos. El 60% asumen responsabilidades y toman la iniciativa con el apoyo del responsable. Más del 70% conoce y comparte la misión y valores de la organización, considerando el trabajo del equipo importante para conseguir los objetivos.

Conclusiones

Los resultados ponen de manifiesto que la Unidad se encuentra entre la fase resolutiva y la productiva dentro de su desarrollo como equipo. Ello supone, entre otras cosas, que los profesionales han aprendido a reconocer y respetar sus diferencias al tiempo que colaboran y se ayudan entre sí; que se ha mejorado tanto la cohesión como el rendimiento, y que los roles y las responsabilidades están claramente definidos y asumidos por todos.

Palabras clave

Equipo · Unidad de Cuidados Intensivos · Trauma

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Comunicaciones orales

Auditorio García Lorca. **Martes 12 de Junio de 2018 de 09:20 a 10:15 h.**

ID 201

FACTORES ASOCIADOS A PRESENTAR DOLOR EN PACIENTES MAYORES DE 80 AÑOS QUE INGRESAN EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

Lucia Tornero Sánchez[1]; MC. Ruiz Iniesta[1]; M. Munera Valero[1]; MP. García López[1]; E. Ruiz-Escribano Taravilla[1]; A. Prado Mira[1]; B. Bonaga Serrano[2]; V. Rojano Ibáñez[1]; F. Romero Navarro[1]; MD. Saiz Vinuesa[1]
1. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete; 2. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza

Introducción-Objetivos

Los enfermos críticos que presentan dolor tienen mayor morbilidad, situación que agrava la estancia de pacientes> de 80 años pluripatologicos, saber qué factores se asocian es un primer paso en el cuidado. **Objetivo:** Estudiar la relación entre presentar dolor y otros factores relacionados en pacientes críticos > de 80 años.

Metodología-Observación Clínica

Estudio prospectivo descriptivo con mayores de 80 años ingresados en UCI de un hospital terciario durante 2017. Excluidos los posibles donantes de órganos. Variables: demográficas, comorbilidades, estancia y mortalidad en UCI; Dolor con escala visual analógica (EVA) y de conductas indicadoras de dolor (ESCID), puntuación 4-6, dolor moderado (DM) y severo 7-10 (DS). SPSSv17.

Resultados-Intervenciones

60 pacientes, 36 varones (60%), edad mediana 82 [81-84], APACHE medio 19.9 [DE 6.01, IC95% (18.2-21.6)], precisaron ventilación mecánica invasiva 29 (48.3%), sedación profunda al ingreso 23 (38.3%). Fallecieron 21 pacientes (35%) con estancia mediana de 3 días [1-5]. Especificada analgesia de rescate en 22 pacientes, alcanzando DM 17 (28.3%) y DS 5 (8.3%). Encontramos mayor intensidad de dolor moderado y severo en los pacientes con enfermedad psiquiátrica previa [DM 7 (78%) vs 10 (26%); p0.03 y DS 2 (22%) vs 3 (8%); p0.03] y los que precisaron cirugía tuvieron más dolor [DM 12 (63%) vs 4 (14.8); p<0.01 y DS 4 (21.1%) vs 1 (3.7%); p0.08]. Con sedación profunda, tuvieron más DM los tratados con midazolam que con propofol [MDZ 7 (70%) vs 7 (27); p0.05]. Presentando más dolor los tratados con analgesia de primer escalón más opiáceos frente a opiáceos aislados, AINES o sin analgesia [DM 11 (61%; p 0.04) y DS 4 (23%;p0.1)].

Conclusiones

Presentar dolor en pacientes mayores de 80 años ingresados en UCI se relaciona con diagnóstico de enfermedad mental y precisar cirugía durante su ingreso. La sedación con midazolam y precisar analgesia de rescate también se relaciona con mayor dolor precisando más atención y reevalaución.

Palabras clave

Dolor · Pacientes Críticos

Auditorio García Lorca. **Martes 12 de Junio de 2018 de 16:20 a 17:05 h.**

ID 289

EVOLUCIÓN DE LA IMPLANTACIÓN DE LA GUÍA DE BUENAS PRÁCTICAS. VALORACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) RESULTADOS EN EL PACIENTE

María Dolores Saiz Vinuesa; MC. Ruiz Iniesta; MD. Castillo Lag; MP. García López; E. Ruiz-Escribano Taravilla; A. Prado Mira; L. Tornero Sánchez; C. Carrilero López; M. Munera Valero; J. García Vitoria
Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

Introducción-Objetivos

El Complejo Hospitalario Universitario de Albacete implantó la Guía de Buena Práctica (GBP) "Valoración y manejo del dolor" dentro del Programa Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados. **Objetivos:** Analizar la evolución tras implantación de la GBP, resultados en el paciente así como factores relacionados.

Metodología-Observación Clínica

Observacional longitudinal prospectivo. **Ámbito:** UCI hospital tercer nivel. **Muestra:** Primeros pacientes ingresados cada mes durante los primeros semestres 2016 (T1) - 2017 (T2). **Variables:** 1) demográficas, estancia. 2) Proceso implantación: detección diaria de dolor, valoración con escala, planificación de cuidados, reevaluación del dolor. 3) Resultado: intensidad dolor 1as 24h y durante la estancia. Instrumentos: escala visual analógica (EVA), Escala de conductas indicadoras de dolor. **Recogida de datos y aspectos éticos:** Información exportada desde historia clínica, tablas anonimizadas para evaluación de GBP. **Análisis estadístico:** medidas descriptivas, relación entre variables categóricas (x2) comparación de medias (t-Student); significación p<0,05. SPSS v.12.

Resultados-Intervenciones

141 pacientes, grupos homogéneos (Tabla1). Elevada detección de dolor y valoración de dolor con escala en las 1as 24 horas, presentando un descenso en la revaluación del dolor contrastado con mejora significativa de planificación de cuidados (T1: 0 vs T2: 72,1%) p<0,001. La prevalencia del dolor (67,5% T1 vs 71,6% T2) disminuyendo significativamente el dolor severo (EVA 6-10) en las 1as 24 horas (T1: 20,5% vs T2: 8,5% (p=0,033), y durante la estancia (28,8% vsT2: 20% (p=0,49). Los pacientes quirúrgicos tienen más dolor severo T1: 29,4% vs T2:18,8% p no signficativa (pns), frente a los no quirúrgicos T1:18% vs T2:4,7% pns, reduciéndose a dolor moderado (EVA 3-5) en T2.

Conclusiones

La implantación de las recomendaciones se mantiene en niveles altos, desciende el dolor severo en las 1as 24 horas, sobre todo en quirúrgicos. El dolor moderado no debe ser interpretado como aceptable y se debe intensificar la revaloración periódica. La planificación de cuidados ha mejorado por lo que asegura la continuidad y hace visible la labor de enfermería.

Palabras clave

Pacientes críticos · Dolor · Guía de Buena Práctica

Tabla 1

Variable	T1 (primer semestre 2016) N=80		T2 (primer semestre 2017) N=61		p
Sexo: Hombres	61,3% (49)		62,3% (38)		0.899
Edad media	62,45 (dt:14.06)		63,21 (dt:13.12)		
Estancia media	5,43 dias (dt:6.22)		4,96 (dt:7.37)		
Tipo de dolor	No postoperatorio	77,5%	No postoperatorio	72,1 %	0.465
	Postoperatorio	22,5%	Postoperatorio	27,9 %	
Máxima intensidad de dolor (1as 24h)	2,8 (dt:2.75)		2,5(dt:2.20)		
Máxima intensidad dolor en cualquier momento	4(dt:2.72)		3,6(dt:2.40)		
Niveles de máxima intensidad de dolor(1as 24h)	0	30,8%	0	28,8%	0.077
	1-2 leve	24,4%	1-2 leve	20,3%	
	3-5 mod	24,4%	3-5 mod	42,4%	
	6-10 severo	20,5%	6-10 severo	8,8%	
Niveles de máxima intensidad de dolor durante la estancia	0	15%	0	16,7%	0.696
	1-2 leve	13,8%	1-2 leve	16,7%	
	3-5 mod	42,5%	3-5 mod	46,7%	
	6-10 severo	28,8%	6-10 severo	20%	

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Comunicaciones orales

Auditorio García Lorca. **Martes 12 de Junio de 2018 de 16:20 a 17:05 h.**

ID 293

NUEVO RETO PARA LA ENFERMERÍA: INTEGRAR A LOS NIÑOS EN EL RÉGIMEN DE VISITAS EN NUESTRA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Lydia Gallego Aguirre; A. Parra Castillo; C. Bonillo Cabellero; Al. Quesada Merino; M. Sancho Concha; J. Riba Reig
Hospital Universitari Sant Joan de Reus

Introducción-Objetivos

Ante el ingreso de un familiar en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) la familia suele mantener a los niños alejados del problema, llegando a ser contraproducente para el niño y para el mismo paciente. **Objetivos:** Evidenciar los beneficios que supone para el paciente y para la unidad familiar la visita de los niños en la UCI. Implantar un protocolo de acogida y actuación ante la visita de los niños Modifiación en la actuación del personal de enfermería en relación al régimen de visitas.

Metodología-Observación Clínica

Las bases de datos utilizadas fueron MedLine, Pubmed, Google Académico. Periodo de búsqueda: 2000-2018 Palabras clave: Children, ICU, visits. Análisis estadístico de los resultados Estudio prospectivo no randomizado pre y post intervención (a los 6 y 12 meses tras la implantación). A destacar la escasez de estudios y la ausencia de evidencia científica demostrada.

Resultados-Intervenciones

Realización de encuesta a los familiares. Folleto informativo. Formación al personal de enfermería. Acodicionamiento de un espacio de simulación y material didáctico basado en las recomenaciones del estudio de J. Hanley y J. Piazza (Critical Care Nursing Quarterly: January-March 2012).

Conclusiones

Mediante este protocolo se pretende sensibilizar a familiares, pacientes y personal de enfermería de los potenciales beneficios de las visitas de los niños en la UCI. Como marcadores de evaluación se utilizaran: Disminución del nivel de estrés en el pacientes Mayor grado de satisfacción de los familiares Mejoría de la calidad asistencial al paciente

Auditorio García Lorca. **Martes 12 de Junio de 2018 de 16:20 a 17:05 h.**

ID 300

ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE FORMACIÓN PRESENCIAL Y VIRTUAL EN SVB Y DEA EN ESTUDIANTES DE CIENCIAS DE LA SALUD

Jordi Castillo[1]; AM. Aliberch[2]; E. Rodríguez[1]; R. Belmonte[3]; D. Esteve[4]; M. Llaurador[1]; C. Rodríguez[5]; JA. Nieto[6]; R. Díaz[6]

1. Universitat Internacional de Catalunya; 2. Hospital Clínic de Barcelona y Universitat Internacional de Catalunya; 3. Hospital Vall d'Hebron; 4. Hospital Clínic de Barcelona; 5. Hospital Universitari de Bellvitge; 6. SEM 112

Introducción-Objetivos

Las competencias en Soporte Vital Básico (SVB) y uso del Desfibrilador Semiautomático (DEA) deben ser adquiridas por los futuros profesionales sanitarios. El objetivo del estudio fue evaluar las competencias de los estudiantes entre los que recibieron la formación tradicional y los que la recibieron virtual medidas después del curso.

Metodología-Observación Clínica

Estudio experimental en SVB y DEA entre un grupo control (formación tradicional de 6 horas) y grupo experimental (formación virtual). Para tener una muestra representativa de la población (de primero de grado de enfermería y medicina de la UIC) se necesitaron 40 alumnos por grupo. Un examen teórico de 11 preguntas tipo test se utilizó como instrumento de recogida de datos de los conocimientos. Para las habilidades prácticas se utilizó una parrilla de evaluación, de elaboración propia, y los valores que registra maniquí inteligente. De estos instrumentos se extrajeron las variables de estudio . I las variables sociodemográficas y de satisfacción. Las variables cualitativas se exponen como frecuencia absoluta (n) y porcentaje (%) y las cuantitativas en mediana y desviación estándar (DE). El trabajo fue aceptado por el comité ético de la universidad.

Resultados-Intervenciones

129 cumplieron con los criterios de inclusión del estudio. Se aleatorizaron en 68 alumnos en el GC y 61 en el GE, Los grupos fueron homogéneos en grado matriculado, edad, y sexo. Los conocimientos teóricos al final del curso no muestran diferencias significativas entre los dos grupos. En cambio, la puntuación media de las habilidades prácticas evaluadas por el instructor fue significativamente mayor en el grupo virtual (8,15 vs 7,7) $p<0,001$. Los datos del maniquí fueron mejores en el grupo virtual, pero sin ser estadísticamente significativos. (39 (24) vs 46 (25,5)) $p = 0,093$.

Conclusiones

El grupo virtual asegura el mismo nivel o superior de conocimientos teóricos y habilidades prácticas que el grupo presencial en los resultados inmediatos recogidos después del curso

Palabras clave

Blended-Learning · cardiopulmonar resuscitation · Simulation · Education

Auditorio García Lorca. **Martes 12 de Junio de 2018 de 16:20 a 17:05 h.**

ID 313

REPERCUSIÓN DE LA HIGIENE ORAL EN LOS PACIENTES CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO CON MONITORIZACIÓN DE LA PRESIÓN INTRACRANEAL

Gemma María Sala Gómez; D. Gómez Pérez; I. Palomino Sánchez; MA. Murillo Pérez; M. Sánchez Pozo; MV. Martínez Ureta; C. García Fuentes
Hospital Universitario 12 de Octubre

Introducción-Objetivos

Uno de los objetivos principales en el cuidado del traumatismo craneoencefálico (TCE) es reducir al mínimo los episodios de aumento de la presión intracraneal (PIC). Las elevaciones de la PIC relacionadas con las intervenciones de enfermería en el TCE están descritos en a literatura, sin embargo, no se analiza específicamente el efecto de la higiene oral sobre la PIC. **Objetivos:** Analizar la repercusión de la higiene oral en pacientes con TCE mediante la monitorización de la PIC y variables hemodinámicas.

Metodología-Observación Clínica

Se realizó un estudio observacional, longitudinal y prospectivo desde marzo de 2016 hasta diciembre de 2017 en una unidad de Cuidados Intensivos de un Hospital Universitario de la Comunidad de Madrid. Se incluyeron todos los pacientes de manera consecutiva que presentaban TCE y tenían monitorización invasiva de la PIC. Se recogieron variables clínicas y hemodinámicas (antes, durante y después) de la higiene oral. Se realizaron análisis descriptivo e inferencial estableciendo un intervalo de confianza del 95% y un nivel de significación estadística de $p<0.05$.

Resultados-Intervenciones

Fueron incluidos 51 pacientes (81.5% hombres) con una media de edad de 40.3 (±16.05) años. El 85.1% presentó un TCE severo con hemorragia subaracnoidea en el 63.8% de los casos. Siendo las precipitaciones (34.0%) las principales causas. Y el 63.8% presentó traumatismo facial asociado. Se realizaron un total de 470 registros de los momentos de la higiene oral y se encontraron variaciones estadísticamente significativas en la frecuencia cardiaca ($p=0.003$), la tensión arterial ($p=0.000$) y la PIC ($p=0.000$) durante la higiene oral. Solamente el 18.2% y el 2.3% de los pacientes precisaron medicación antes o durante el procedimiento respectivamente.

Conclusiones

El procedimiento de la higiene oral es una técnica segura pero que tiene algunos efectos sobre el estado hemodinámico del paciente, pero se precisan más estudios sobre la repercusión del mismo en los TCE.

Comunicaciones orales

Sala U1. **Martes 12 de Junio de 2018**

De 08:30 a 09:15 h.

ID 124
ENFERMERA REFERENTE DE HIGIENE DE MANOS EN UCI, ¿ES IMPORTANTE?

ID 267
SÍNDROME AL ALTA DE CUIDADOS CRÍTICOS

De 09:20 a 10:15 h.

ID 218
PERCEPCIONES DE LAS ENFERMERAS Y LOS MÉDICOS SOBRE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN CUIDADOS INTENSIVOS: ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE PREVALENCIA, DESCRIPTIVO Y TRANSVERSAL

ID 219
REFERENCIA A LA PRESENCIA DE DELIRIUM EN EL PACIENTE CRÍTICO A TRAVÉS DEL REGISTRO DE ALTA

Sala U1. **Martes 12 de Junio de 2018 de 08:30 a 09:15 h.**

ID 124

ENFERMERA REFERENTE DE HIGIENE DE MANOS EN UCI, ¿ES IMPORTANTE?

Iluminada Palomino Sánchez, D. Gómez Pérez; MA. Murillo Pérez; M. García Iglesias; M. del Barrio Jiménez; V. Arjona Díaz; JL. Torres Rodríguez
Hospital 12 de Octubre

Introducción-Objetivos

Las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS) siguen siendo un grave problema mundial, complican el tratamiento, alargan la estancia, incrementan los costes y amenazan la vida de los pacientes y el bienestar de pacientes y familias. La mejora en la higiene de manos (HM) de los profesionales sanitarios (PS) es un método eficaz para la reducción de las IRAS, y a pesar de estar demostrada su efectividad, su extensión entre los PS es escasa, encontrándonos con múltiples barreras para mejorar su cumplimentación. **Objetivo principal:** Evaluar el impacto de la aplicación de un paquete de medidas proactivas en la adherencia a la HM de los PS en los 5 momentos establecidos por la OMS.

Metodología-Observación Clínica

Estudio cuasi-experimental pre-post con grupo control, dos unidades de cuidados intensivos (UCI), en una de las cuales se realiza un grupo de intervenciones lideradas por una enfermera referente en HM para mejorar la adherencia a la HM, descritas estas intervenciones en la literatura como estrategias avanzadas, existiendo ya en ambas unidades estrategias clásicas.

Resultados-Intervenciones

El nivel de cumplimentación total en la UCI de intervención antes de la aplicación de las medidas era de 39,6% y en la UCI control de 46,8%, siendo los momentos antes del paciente (17,1% y 36,4% respectivamente), antes de técnica aséptica (27% y 13,3%) y después de fluidos (32,7% y 26,7%) los de más baja cumplimentación. Tras las intervenciones el nivel de cumplimentación total en la UCI de intervención es de 84,4% y en la UCI control 48% y para los momentos anteriormente descritos: 81,3% y 41,2%; 82,5 % y 25,2%; 86,2 y 25% respectivamente

Conclusiones

La aplicación de un paquete de medidas proactivas por una persona referente en HM, puede conseguir una mayor adherencia de los profesionales y mejorar la cumplimentación en la HM.

Palabras clave

higiene de manos · enfermera referente

Sala U1. **Martes 12 de Junio de 2018 de 08:30 a 09:15 h.**

ID 267

SÍNDROME AL ALTA DE CUIDADOS CRÍTICOS

Jose Miguel Cachón Pérez, M. Márquez Cava; JC. Fernández Gonzalo
Universidad Europea de Madrid

Introducción-Objetivos

En la actualidad no existe una definición oficial para el síndrome al alta de cuidados críticos (PICS) si bien la mayoría de los clínicos coinciden en la afectación de los siguientes dominios del individuo:
- Alteración de la función cognitiva
- Alteración de la función psíquica
- Alteración de las funciones físicas

El objetivo principal es conocer las manifestaciones clínicas de los pacientes con PICS. Como objetivos secundarios nos planteamos conocer las pruebas diagnosticas a utilizar para llegar al diagnostico de PICS.

Metodología-Observación Clínica

La metodología elegida para dar respuesta a los objetivos propuestos es la realización de una revisión de la bibliográfica publicada. Las bases de datos consultadas son las siguientes:
- Medline
- CINAHL
- PsycINFO

El árbol de búsqueda utilizado es el siguiente: post intensive care syndrome AND nursing care. Como limitadores hemos utilizado los siguientes, idioma ingles y castellano. edad de los participantes mayores de 18 años.

Resultados-Intervenciones

Tras la búsqueda inicial obtuvimos 116 artículos de los que 96 cumplían con los criterios de inclusión. En relación a las manifestaciones clínicas de la función cognitiva tenemos las siguientes:
- Alteración de la atención
- Alteración de la memoria
- Velocidad de los procesos mentales

Las alteraciones psiquiátricas son las siguientes:
- Ansiedad
- insomnio
- Síndrome de estríes postraumático
- Pesadillas

Alteraciones físicas:
- Debilidad
- Tetraplejia o cuadraplejia
- Dificultad para las actividades de la vida diaria
- Disfunción respiratoria
- Malnutrición

sigue –>

Las principales pruebas diagnosticas son las siguientes: Para las alteraciones de la función cognitiva:
- la escala de mini mental modificada
- El mini-Cog
- La escala de Montreal para la valoración cognitiva

En relación a la función mental:
- Escala de depresión y ansiedad hospitalaria
- Escala Beck de depresión
- Escala de estress postraumático

Para el diagnostico de la alteración física se recomienda utilizar:
- Valoración de las actividades de la vida diaria, escala de Barthel
- Valoración de las actividades instrumentales, escala de Lawton
- Espirometria funcional

Conclusiones

La etiologia del PCIS esta definida pero faltan estudios que informen sobre la incidencia de esta patología en nuestro entorno. Esta clara la participación de los profesionales de enfermería en el diagnostico como el tratamiento y prevención del PICS

Financiación

El presente estudio no cuenta con ningún tipo de financiación publica o privada hasta la fecha.

Palabras clave

Síndrome al alta de cuidados críticos · Cuidados de enfermería

Sala U1. **Martes 12 de Junio de 2018 de 09:20 a 10:15 h.**

ID 218

PERCEPCIONES DE LAS ENFERMERAS Y LOS MÉDICOS SOBRE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN CUIDADOS INTENSIVOS: ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE PREVALENCIA, DESCRIPTIVO Y TRANSVERSAL

Mateu Nadal Servera[1]; E. Sánchez Marimón[2]; AJ. Montes Aguilera[3]; AB. Expósito Torres[4]; MA. Martínez Teruel[3]; MJ. Muñoz Serrano[4]; MA. Valverde Entenza[3]

1. Hospital Son Llàtzer, Departament d'Infermeria i Fisioteràpia; 2. Universitat de les Illes Balears; 3. Hospital Universitari Son Espases; 4. Hospital Son Llàtzer

Introducción-Objetivos

Enfermeras y médicos presentan diferentes percepciones sobre la Cultura de Seguridad (CS) (8), siendo la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de alto riesgo de sufrir un evento adverso por paciente (40%), debido a estado crítico y medidas de soporte vital (17). Los objetivos son (1) evaluar las percepciones de estos profesionales sobre la CS en UCI e (2) identificar elementos facilitadores/limitadores de ello según la disciplina profesional.

Metodología-Observación Clínica

Hipótesis: los médicos perciben la CS en UCI más positiva respecto a las enfermeras; **Diseño:** estudio de prevalencia, descriptivo, transversal y multicéntrico (8 UCI existentes de Mallorca); **Muestra/Participantes:** muestreo por conveniencia, 120 enfermeras y 36 médicos; **Recogida de datos:** autocumplimentación de *Encuesta sobre el clima de seguridad en los servicios de medicina intensiva* (15); **Variables:** independiente ("Disciplina Profesional", Enfermera o Médico) y dependientes ("Cultura de Seguridad", incluye las dimensiones "Ambiente", "Relaciones", "Organización", "Clima", "Condiciones" y "Estrés"); **Análisis de datos:** análisis estadístico bivariado, comparación de medias de muestras independientes mediante pruebas T-Student y de frecuencias; **Ética:** aprobación por Comité de Ética Asistencial.

Resultados-Intervenciones

Se corrobora la hipótesis: los médicos (M) perciben la "Cultura de Seguridad" en UCI más positiva respecto a las enfermeras (E) (E=3.36;M=3.57;p=0.003;IC=95%). En "Ambiente" (E=3.83;M=4.15;p=0.004;IC=95%), "Organización" (E=3.04;M=3.33;p=0.025;IC=95%), "Clima" (E=3.29;M=3.59;p=0.001;IC=95%) y "Condiciones" (E=2.95;M=3.44;p=0.002;IC=95%), los médicos también puntúan mayor. No existe significación estadística en, "Relaciones" (E=3.56;M=3.58;p=0.867) y "Estrés" (E=3.54;M=3.59;p=0.70). Se diferencian facilitadores, la comunicación no-punitiva de eventos adversos por médicos y el conocimiento del equipo de trabajo por enfermeras, y limitadores, la falta de reconocimiento del error humano por médicos y la existencia de jerarquías interprofesionales por enfermeras.

Conclusiones

Las percepciones de menor CS en UCI por las enfermeras pueden explicarse dada la perspectiva biomédica dominante que no reconoce problemas de seguridad inherentes a su perspectiva holística. Se plantean (1) la notificación sistémica, abierta y no-punitiva de eventos adversos y (2) la práctica colaborativa interprofesional, para reducir diferencias profesionales e implementar estrategias de seguridad.

Financiación

Este estudio no ha recibido financiación.

sigue –>

Palabras clave
Enfermeras · Médicos · Cuidados Intensivos · Seguridad del Paciente · Cultura de Seguridad

Cultura de Seguridad	Disciplina Profesional	N	Media	Desviación típica	Significación estadística	Diferencia de medias
Cultura (principal)	Enfermera	120	3,3603	0,36649	0,003*	-0,21487
	Médico	36	3,5752	0,39818		
Ambiente (secundaria)	Enfermera	120	3,8264	0,57912	0,004*	-0,32176
	Médico	36	4,1481	0,55173		
Relaciones (secundaria)	Enfermera	120	3,5632	0,38073	0,867	-0,01319
	Médico	36	3,5764	0,50763		
Organización (secundaria)	Enfermera	120	3,0402	0,69612	0,025*	-0,29318
	Médico	36	3,3333	0,63320		
Clima (secundaria)	Enfermera	120	3,2914	0,39350	0,001*	-0,29494
	Médico	36	3,5863	0,47422		
Condiciones (secundaria)	Enfermera	120	2,9528	0,82366	0,002*	-0,48241
	Médico	36	3,4352	0,65135		
Estrés (secundaria)	Enfermera	120	3,5406	0,70323	0,699	0,05104
	Médico	36	3,4896	0,65559		

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Comunicaciones orales

Sala U1. **Martes 12 de Junio de 2018 de 09:20 a 10:15 h.**

ID 219

REFERENCIA A LA PRESENCIA DE DELIRIUM EN EL PACIENTE CRÍTICO A TRAVÉS DEL REGISTRO DE ALTA

Juan José Rodríguez Mondéjar; L. Navarro Sanz; JMª. Martínez Oliva; M. Martínez Huéscar; JG. Las Heras Galacho; MJ. Mayor Serrano; I. Mayor Serrano; M. Martínez Martínez; C. Alonso Villa; MC. Rubio Rodríguez
1. UME-2 (Alcantarilla). Gerencia de Urgencias y Emergencias 061. SMS; 2. Facultad Enfermería (UMU). Campus Mare Nostrun. IMIB-Arrixaca; 3. UCI. HGU Reina Sofía de Murcia; 4. HGU Santa Lucía (Cartagena); 5. Residencia Virgen del Mar (Cartagena); 6. Servicio Murciano de Salud; 7. Gerencia de Urgencias y Emergencias 061. SMS

Introducción-Objetivos

El delirium es una complicación que se puede asociar con el ingreso en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), y esto debe ser reflejado en el alta, como un diagnóstico más. **El objetivo:** analizar si el registro de alta de UCI recoge el diagnóstico de delirium o relacionado en una población estudiada dos años consecutivos.

Metodología-Observación Clínica

Estudio experimental, prospectivo y longitudinal. **Lugar:** UCI polivalente de un Hospital General Universitario. **Temporalidad:** 25 meses continuados. **Sujetos a estudio:** todos los pacientes ingresados (desarrollaran o no delirium). **Desarrollo:** estudio experimental con dos grupos dentro un entorno clínico. Variables sociodemográficas y clínicas. **Procesamiento estadístico:** IBM SPSS Statistics v23, estadística descriptiva con medias y DE para variables cuantitativas, frecuencias y porcentajes en cualitativas. Estadística inferencial con test T de Student, aceptando significación estadística si $p<0,05$. El estudio contó con la aprobación del CEIC del área sanitaria correspondiente

Resultados-Intervenciones

Población 1093 pacientes en 25 meses continuados. Se identificó el delirium en 67 casos, teniendo 163 exclusiones (15%). Lo que supone una prevalencia de 6,1% sin exclusiones, 7,3% con exclusiones. Se encuentran las siguientes alternativas en el informe de alta: No pone nada 1032 (94,4%), Si, lo referencia (el delirium) como tal en el diagnóstico de alta 15 (1,4%), en otros apartados: clínica o manifestaciones, así como tratamiento (puesto para ello) 33 (3%), Otros procesos: delirium tremens, intoxicación con metanol, síndrome neuroléptico maligno, muerte encefálica, encefalopatía y/o coma 13 (1,2%). Suman 4,4% documentados, aunque no correctamente. No recogidos y no codificados 4,7%. El tiempo de hospitalización en cuidados intensivos computó una media 5,75 días (0,1-135)DE 11,32.

Conclusiones

No aparecen recogidos de forma sistemática, entre los diagnósticos al alta, el haber presentado un síndrome confusional agudo o delirium en UCI. Es necesario que aparezca para su codificación y elevar la complejidad de los pacientes atendidos, suponiendo una línea de mejora.

Financiación

No existe financiación ninguna ni pública, ni privada para la realización de esta comunicación.

Palabras clave

Delirium · Síndrome confusional agudo · Cuidados críticos

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Comunicaciones orales

Sala U2. **Martes 12 de Junio de 2018**

De 08:30 a 09:15 h.

ID 171
PREDICCIÓN DE LA MORTALIDAD TRAS EL ALTA DE UCI CON LA VALORACIÓN DE LA COMORBILIDAD AL INGRESO

ID 172
CONCORDANCIA EN LA VALORACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD ENTRE EL PACIENTE Y SU CUIDADOR PRINCIPAL EN PACIENTES CRÍTICOS CON VENTILACIÓN MECÁNICA

ID 173
CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS SOMETIDOS A VENTILACIÓN MECÁNICA

ID 181
EVALUACIÓN DEL DOLOR ANTE UN ESTÍMULO NOCICEPTIVO HABITUAL EN UCI: EL ASPIRADO TRAQUEAL

De 09:20 a 10:15 h.

ID 250
ACTITUDES DEL PERSONAL SANITARIO DE CUIDADOS INTENSIVOS ANTE LOS CUIDADOS PALIATIVOS

ID 286
EXPERIENCIA DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS EN UN PROGRAMA DE YOGA Y MEDITACIÓN (MINDFULNESS) PARA LA REDUCCIÓN DE ESTRÉS

ID 341
MANEJO INICIAL DE QUEMADURAS POR FRÍO CAUSADAS POR CO_2 LICUADO. MANEJO DE UN CASO CLÍNICO

ID 287
MOTIVOS DE LLAMADA CIUDADANA EMITIDOS AL TELÉFONO 112 Y ATENDIDOS POR UNA UNIDAD MÓVIL DE EMERGENCIAS

De 16:20 a 17:05 h.

ID 325
SESIONES MUSICALES EN LA UCI. EFECTOS SOBRE LAS CONSTANTES VITALES Y PERCEPCIÓN DEL PACIENTE, FAMILIA Y PROFESIONALES

ID 335
ANÁLISIS DE LA ACEPTACIÓN DE LA HERRAMIENTA DE SEGURIDAD AASTRE 2.0: ADAPTACIÓN A LOS NUEVOS PARADIGMAS

ID 336
PERCEPCIÓN DE LOS FAMILIARES DEL PACIENTE INGRESADO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS SOBRE SU PARTICIPACIÓN EN LOS CUIDADOS DIARIOS

ID 345
PERFORACIÓN DE GRANDES VASOS TRAS LA INSERCIÓN DE PICC. ESTUDIO DE CASO

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Sala U2. **Martes 12 de Junio de 2018 de 08:30 a 9:15 h.**

ID 171

PREDICCIÓN DE LA MORTALIDAD TRAS EL ALTA DE UCI CON LA VALORACIÓN DE LA COMORBILIDAD AL INGRESO

Miguel Ángel García Martínez[1]; T. Cherednichenko[1]; F. Martínez Lozano[2]; L. Macaya Redín[3]; R. Carreño Ponfil[4]; C. Serón Arbeloa[5]; S. Borras Pallés[6]; R. Gastaldo Simeón[7]; J. Molina Jaime[8]; G. Masdeu Eixarch[9]
1. Hospital Universitario de Torrevieja en Torrevieja; 2. Hospital de Reina Sofia de Murcia; 3. Complejo Hospitalario de Navarra B; 4. Hospital de Fuenlabrada; 5. Hospital San Jorge; 6. Hospital Universitario Dr. Peset; 7. Hospital de Manacor; 8. Clínica de Vistahermosa; 9. Hospital de Tortosa Verge de la Cinta

Introducción-Objetivos

La mortalidad al alta de UCI se ha relacionado con una estancia prolongada, gravedad al ingreso, disfunción neurológica y renal persistentes, diagnóstico, edad y error en la valoración del paciente al alta. Tener una herramienta para pronosticar la muerte al alta de UCI por factores no influenciables por el motivo de ingreso, el tratamiento o el curso de la enfermedad permitiría disminuir la mortalidad evitable, lo que forma parte de una estrategia de calidad. La escala Charlson de comorbilidad evalúa la esperanza de vida a los diez años, y podría marcar a los pacientes en riesgo de muerte al alta de UCI.

Metodología-Observación Clínica

Subanálisis del estudio observacional prospectivo multicéntrico iPICSe de tipificación del paciente crítico crónico. Se recogieron escalas Charlson, APACHE II, SAPS 3 y SOFA en una cohorte de pacientes con estancia mayor a 7 días y seguimiento hasta 12 meses. Se analizaron las puntuaciones mediante un modelo COR para predecir mortalidad al alta de UCI. Se analizó la capacidad de las escalas para marcar el resultado de muerte al alta mediante comparación de medias, y las significativas mediante regresión logística.

Resultados-Intervenciones

Se siguieron 478 pacientes, 374 fueron alta de UCI vivos, y 94 fallecieron posteriormente. La diferencia de medias entre grupos para cada escala fue solo significativa para SAPS 3 (p=0,028) y Charlson (p<0,001). El ABC demostró escasa capacidad discriminativa de las 4 escalas como variables cuantitativas, pero Charlson fue la mejor (ABC=0,666, p<0,001). La mediana de la escala Charlson (Me=3) marcó la muerte al alta de UCI (OR 3,1 IC95% 1,9-5), y fue la única escala que mantuvo significación en el estudio multivariante (OR 1,3 IC95% 1,2-1,5, p<0,001).

Conclusiones

La escala Charlson no se afecta por variables de la enfermedad actual y marca el grupo de pacientes que fallecen tras el alta de UCI.

Financiación

Propia.

Palabras clave

Índice de comorbilidad de Charlson · APACHE II · SAPS 3 · SOFA · Mortalidad hospitalaria post-UCI · Paciente crítico

Comunicaciones orales

Sala U2. **Martes 12 de Junio de 2018 de 08:30 a 9:15 h.**

ID 172

CONCORDANCIA EN LA VALORACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD ENTRE EL PACIENTE Y SU CUIDADOR PRINCIPAL EN PACIENTES CRÍTICOS CON VENTILACIÓN MECÁNICA

Elisabet Gallart; A. Riera; A. Vicálvaro; J. Gómez; M. Lolo; A. Mont; A. Solsona
Hospital Universitari Vall d'Hebron

Introducción-Objetivos

En general el estado del paciente al ingreso en UCI no es el adecuado para valorar su calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). Algunos autores proponen utilizar la evaluación de la misma por familiares cercanos aunque esta propuesta no está claramente aceptada. **Objetivo:** evaluarel grado de concordancia entre la CVRS valorada por el paciente y su cuidador principal.

Metodología-Observación Clínica

Estudio observacional, descriptivo y prospectivo realizado en la UCI de un hospital terciario. Los sujetos fueros pacientes sometidos a ventilación mecánica (VM) más de 48 horas que disponían de cuidador principal. El periodo de inclusión fue de 14 meses consecutivos. Variables principales: CVRS valorada simultáneamente por el paciente y su cuidador principal al alta de UCI . Instrumento de valoración de CVRS: SF-36. Análisis estadístico: la concordancia del paciente y cuidador se calculó mediante el Coeficiente de Correlación Intraclase (dimensiones) y el Indice de Kappa Ponderado (ítems). Nivel de confianza: 95%. Se obtuvo el consentimiento informado y la aprovación del CEIC.

Resultados-Intervenciones

Se consiguieron 169 pares de evaluaciones formadas por la valoración del paciente y su cuidador. Concordancia de valoración según ítems: buena en 16 ítems (44,4%), moderada en 15 ítems (41,6%) y débil en 5 ítems (14%). Concordancia de valoración según dimensiones: La Función física fue la dimensión con mejor concordancia (CCI=0,79; IC 95%: 0,73 a 0,84), mientras que el Rol Emocional fue la que tuvo una correlación más baja (CCI=0,39; IC 95%: 0,25 a 0,28).

Conclusiones

La valoración de la CVRS por parte de los cuidadores en sustitución de los pacientes en el momento del ingreso debe utilizarse con muchas reservas ya que en varias dimensiones esta es infravalorada por los cuidadores, sobre todo en los aspectos más subjetivos de la misma.

Financiación

FIS: PI11/01113

Palabras clave

Calidad de vida relacionada con la salud · Paciente crítico · Cuidador principal

Sala U2. **Martes 12 de Junio de 2018 de 08:30 a 9:15 h.**

ID 173

CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS SOMETIDOS A VENTILACIÓN MECÁNICA

Elisabet Gallart; A. Riera; M. Lolo; A. Vicálvaro; A. Mont; A. Solsona; J. Gómez
Hospital Universitari Vall d'Hebron

Introducción-Objetivos

El concepto de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) es una aportación fundamental a la evaluación de los resultados de salud en los que se ha se han vuelto insuficientes las medidas biomédicas como la mortalidad y la morbilidad, proporcionando la percepción del propio paciente sobre su estado de salud. El objetivo de este estudio es determinar si existen diferencias entre la CVRS previa al ingreso y al año del alta de UCI de los pacientes sometidos a ventilación mecánica (VM).

Metodología-Observación Clínica

Estudio observacional de una cohorte prospectiva de pacientes sometidos a ventilación mecánica (VM) más de 48 horas que ingresaban en la UCI. El periodo de inclusión fue de 14 meses consecutivos con un seguimiento al año. Variables principales: sexo, edad, APACHE II, Índice de Charlson y CVRS valorada por el paciente al alta de UCI y al año de la misma mediante entrevista personal. Instrumento para valorar la CVRS: cuestionario SF-36. Análisis estadístico: correlaciones de Pearson comparando el resultado basal y al año del alta de las diferentes dimensiones y de los componentes resumen. Nivel de confianza del 95%. Se obtuvo el consentimiento informado del paciente y aprobación por el CEIC del hospital.

Resultados-Intervenciones

Se valoraron 181 pacientes a nivel basal y 151 al año del alta. En 4 de las dimensiones y en los componentes resumen se detectaron diferencias estadísticamente significativas: Función Física (r=0,21; p=0,01), Dolor Corporal (r=0,18; p=0,028), Rol Emocional (r=0,25; p=0,002), Salud Mental (r=0,24; p=0,004), Resumen Componente Físico (r=0,26; p=0,001) y Resumen Componente Mental (r=0,27; p=0,001).

Conclusiones

La CVRS al año del alta de la UCI de los pacientes que han requerido VM es mejor que la que presentaban antes de su ingreso, aunque continua siendo inferior que la de su población de referencia.

Financiación

FIS: PI11/01113

Palabras clave

Calidad de vida relacionada con la salud · Paciente Crítico · Ventilación mecánica

Sala U2. **Martes 12 de Junio de 2018 de 08:30 a 9:15 h.**

ID 181

EVALUACIÓN DEL DOLOR ANTE UN ESTÍMULO NOCICEPTIVO HABITUAL EN UCI: EL ASPIRADO TRAQUEAL

Y. López de Audícana; ZI. Gil; AA. Margüelo; PM. Pelegrin; A.Vallejo; C. Rodríguez; N. Aretxabala; MM. Arana; V. Sanz; R. Romero
Escuela Universitaria de Enfermería de Vitoria-Gasteiz, Hospital Universitario de Alava de Vitoria-Gasteiz

Introducción-Objetivos

Introducción: La detección del dolor durante los procedimientos invasivos en UCI continúa siendo un reto para los profesionales sanitarios. Para su evaluación, se recomiendan utilizar escalas conductuales, en detrimento de las constantes vitales, aun así, sigue siendo un problema infradiagnósticado e infratratado. **Objetivos:** Evaluar la respuesta al dolor durante el aspirado traqueal (AT) con behavioral pain scale (BPS), frente a escala conducta indicadora de dolor (ESCID), y otros marcadores de dolor como bispectral index (BIS), escala sedación Richmond (RASS) y constantes vitales, en pacientes analgosedados, sometidos a ventilación mecánica (VM) sin posibilidad de comunicación verbal o escrita.

Metodología-Observación Clínica

Metodología: Estudio de pruebas diagnósticas con intervención. Del 1/6/17 al 31/12/17 en UCI polivalente de 35 camas. Se consideró presencia de dolor BPS>3. Aprobado por CEIC Euskadi. **Inclusión:** >18 años, analgosedantes en pc, con BPS basal 3 y ESCID basal de 0, y RASS entre -1 y -4. Con consentimiento informado firmado. **Exclusión:** Presencia de miorrelajantes, enfermedades neuromusculares/ polineuropatía, afectación pupilar, Glasgow<6, clonidina, dexmedetomidina, tramadol, ketamina, adrenalina, y antagonistas del calcio, noradrenalina>0,6 y/o dobutamina>10 µg/kg/min. **Descripción:** Variables continuas: media ±DE (distribución normal) o mediana y rango intercuartilico (distribución no normal). **Variables categóricas:** N/%. Comparación: U de Mann Whitney. Grado de acuerdo entre BPS y resto de escalas e indicadores de dolor: coeficiente kappa. P<0,05

Resultados-Intervenciones

Se incluyeron 24 pacientes. La coincidencia de dolor entre BPS y ESCID es del 100% de los pacientes. El coeficiente de concordancia es de 0.833 (p=0.002). El PDR es mayor en los pacientes que refieren dolor según BPS (p= 0,01).

Conclusiones

La escala ESCID muestra un grado de acuerdo alto con la escala BPS. Los cambios en los signos vitales, RASS o BIS no se correlacionan con la presencia del dolor identificado por BPS durante el AT. La pupilometría y ESCID son buenas herramientas para valorar el dolor.

Palabras clave

Pain · Critical care · Reflex · Pupillary

1. Características generales de la muestra

Variable	N (%)
Varón	15 (62,5)
Patología médica	13 (54,2)
Tipo de Sedante	
Ninguno	6 (25)
Midazolam	10 (41.7)
Profofol	8 (33.3)
Tipo de Analgésico	
Fentanilo	16 (66.7)
Remifentanilo	6 (25)
Morfina	1 (4.2)
	Media (sd)
Edad	67.4±11.5
Fármacos en pc durante AS	
Propofol (mg/kg/h)	1,8±0,8
Midazolam (mg/kg/h)	0,08±0,05
Fentanilo durante (mg/kg/h)	1,10±0,83
Remifentanilo durante (ug/kg/h)	7,7±4,7
Morfina (mg/kg/h)	0,7
Noradrenalina (ug/kg/min)	0,25±0,3
	Medianas
IMC	27,8 (24,2-30,8)
APACHE	21,0(18-24,5)
Número de dispositivos	6,0(5-8)

2. Estudio comparativo: presencia de dolor (BPS>3) durante AT

INDICATIVO DE DOLOR	NO n(%)	SI n(%)	k	p
	4 (17)	20 (83)		
Elevación BIS>10% sobre el basal	1 (25%)	9 (45%)	0.100	0.459
RASS incremento de 1 punto sobre el basal	0	3 (15%)	0.044	0.472
FC elevación >10% basal	0	6 (30%)	0.125	0.206
TAS elevación >10% basal	1 (25%)	6 (30)	0.022	0.261
TAD elevación >10% basal	0	5 (25%)	0.100	0.261
TAM elevación >10% basal	1 (25%)	4 (20%)	-0.020	0.822
ESCID>0	1 (25.0%)	20 (100%)	0.833	0.002
PDR var	17.6±11.3	47.0±27.6		0.010

Comunicaciones orales

Sala U2. **Martes 12 de Junio de 2018 de 09:20 a 10:15 h.**

ID 250

ACTITUDES DEL PERSONAL SANITARIO DE CUIDADOS INTENSIVOS ANTE LOS CUIDADOS PALIATIVOS

Mónica Mialdea Alcocer
Hospital Clínico San Carlos

Introducción-Objetivos

Introducción: La muerte es común en la unidad de cuidados intensivos (UCI). Proporcionar unos cuidados de calidad al final de la vida requiere unos conocimientos y actitudes específicos. **Objetivos:** Valorar las actitudes de los profesionales sanitarios de cuidados intensivos sobre cuidados paliativos.

Metodología-Observación Clínica

Estudio descriptivo observacional de corte transversal, realizado entre abril-mayo 2017. Dirigido a todo el personal sanitario (médicos, enfermeras y técnicos en cuidados de auxiliar de enfermería) del Servicio de Medicina Intensiva del Hospital Clínico San Carlos de Madrid. La recogida de datos se realizó mediante un cuestionario ad-hoc, constituido por 47 ítems, validado a través de un panel de expertos, prueba piloto y análisis alfa cronbach. El análisis estadístico se realizó a través del programa SPSS ver 18.0 con porcentajes, medias, desviación estándar, prueba de ji-cuadrado y t de Student, tomando como significativos valores $p<0,05$.

Resultados-Intervenciones

Se recogieron un total de 164 cuestionarios, la tasa de respuesta fue 82,41%. Además de las variables sociodemográicas se obtuvo que el 95,7% de los médicos señala que alguna vez han sentido fracaso cuando un paciente muere (p=0?004). El 27,9% de las enfermeras se sienten incomodas al hablar con la familia sobre el proceso de muerte ($p<0,001$). El 78,3% de los médicos señala que siempre se puede proporcionar cuidados paliativos a los pacientes moribundos y sus familias en la UCI, frente al 43% de las enfermeras (p=0,003). Aunque un 21,7% de los médicos y un 45,3% de las enfermeras creen que no hay un entorno ideal para proporcionar cuidados paliativos en UCI (p=0,005).

Conclusiones

Aunque la mayoría de los profesionales consideran que en la unidad habitualmente no hay un entorno ideal para proporcionar unos CP, consideran que los CP son tan importantes como la atención curativa, y señalan la posibilidad de prestar CP en UCI.

Financiación

Sin financiación.

Palabras clave

Cuidados Paliativos · Enfermería · Proceso de Muerte · Cuidados Intensivos

Sala U2. **Martes 12 de Junio de 2018 de 09:20 a 10:15 h.**

ID 286

EXPERIENCIA DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS EN UN PROGRAMA DE YOGA Y MEDITACIÓN (MINDFULNESS) PARA LA REDUCCIÓN DE ESTRÉS

Daniel Gómez-Pérez; M. Sánchez Pozo; MªS. Martínez Ávila; A. Arranz Esteban; MV. Martínez Ureta; S. Botica Moros
Hospital Universitario 12 de Octubre

Introducción-Objetivos

El estrés es una combinación de sensaciones físicas, mentales y emocionales que resultan de varios estímulos, que exigen una adaptación y producen tensión. El Síndrome de Burnout o desgaste profesional, es una consecuencia del estrés y está catalogado por la Organización Mundial de la Salud como enfermedad laboral. Aparece en profesiones de ayuda, en contacto directo y continuo con personas que sufren, afectando especialmente a profesionales de la salud. A pesar de la importancia del malestar psicológico en la sanidad, los programas oficiales de formación continua en España no suelen incluir técnicas de reducción del estrés o del burnout. El objetivo de este estudio fue conocer la experiencia de los profesionales sanitarios tras la práctica de un programa psicoeducativo de yoga y meditación (mindfulness).

Metodología-Observación Clínica

Se realizó una actividad psicoeducativa de 12 semanas con un total de 33 profesionales en activo de tres unidades de cuidados intensivos de un hospital de tercer nivel. Se realizó observación participante durante el desarrollo de la actividad, se les pidió a los participantes que de forma voluntaria recogieran su experiencia en “cuadernos reflexivos” y se cumplimentó una encuesta tipo likert, diseñada “ad hoc”, de su valoración sobre el programa. La recolección de datos se concluyó con la actividad, se transcribieron palabra por palabra, manteniendo el anonimato de los participantes y se analizaron a través de cuadrados semióticos desde una perspectiva antropológica.

Resultados-Intervenciones

Se recogieron un total de 31 cuadernos sobre las experiencias individuales y 32 encuestas de valoración. Dos ejes principales describen la experiencia vivida de los profesionales: la dualidad “mente” / “cuerpo” y la dicotomía “malestar (estrés) / bienestar (calma)” con relaciones entre la práctica de la actividad y la labor asistencial.

Conclusiones

El desarrollo de actividades de conciencia plena es percibido como experiencias eficaces para la reducción de estrés por los profesionales sanitarios.

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Sala U2. **Martes 12 de Junio de 2018 de 09:20 a 10:15 h.**

ID 341

MANEJO INICIAL DE QUEMADURAS POR FRÍO CAUSADAS POR CO_2 LICUADO. MANEJO DE UN CASO CLÍNICO

Gloria María Muñoz Rubio; A. Rojo Rojo; R. Gallego Fernández
Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca

Introducción-Objetivos

Los servicios de emergencias prehospitalarios reciben cada vez mayor número de llamadas pidiendo atención urgente, pero a su vez se observa que no responde a una realidad de asistencia. El objetivo se centró en analizar los motivos de llamada que da el ciudadano cuando avisa a través del 112, pidiendo atención de urgencias y/o emergencias.

Metodología-Observación Clínica

Estudio descriptivo, prospectivo y longitudinal. **Lugar:** una Unidad Móvil de Emergencias (UME). **Temporalidad:** 1 año continuado (2017). **Sujetos a estudio:** pacientes que fueron atendidos por dos equipos de la UME-2. **Desarrollo:** Base de datos ad hoc con variables sociodemográficas y clínicas, así como datos de mediciones extraídas del registro en papel normalizado en la Gerencia de Urgencias y Emergencias del 061 de una región española. **Procesamiento estadístico:** IBM SPSS Statistics v23, estadística descriptiva con medias y DE para variables cuantitativas, frecuencias y porcentajes en cualitativas. **Normas éticas:** se cumplen normas sobre protección de datos, y de respeto a la intimidad de los participantes, según normativa vigente.

Resultados-Intervenciones

Casos 868 avisos, edad media 58 años DE23,4 (0-99), varones 447 (54,4%), tiempo medio de respuesta 9,2 min DE5,1(0-34), realiza la llamada un familiar o el propio paciente 530 (61,6%). Los motivos de llamada más frecuentes han sido: Inconsciencia o semiinconsciencia 131 (15,6%), dolor torácico o dolor de pecho 93 (11,1%), dificultad respiratoria, disnea, desaturación 69 (8,2%), accidente de tráfico 63 (7,7%), traslado interhospitalario para angioplastia primaria o coronariografía 54 (6,4%), Caída accidental (por las escaleras, suelo, tropiezo, bici, etc.) 49 (5,8%), total acumulado 54,8%.

Conclusiones

Los motivos de llamada son muy variables y aparentemente lógicos para un servicio de emergencias prehospitalario, pero no suelen coincidir con lo que se encuentra el personal sanitario a su llegada al lugar del siniestro, dado que son muy genéricos, con poca información y poco filtrada.

Financiación

No ha existido ninguna financiación, ni pública, ni privada, para la realización de este estudio.

Palabras clave

Urgencias Médicas · Medicina de Emergencia · Ambulancia · Enfermería de Urgencia · Enfermería de Cuidados Críticos

Sala U2. **Martes 12 de Junio de 2018 de 09:20 a 10:15 h.**

ID 287

MOTIVOS DE LLAMADA CIUDADANA EMITIDOS AL TELÉFONO 112 Y ATENDIDOS POR UNA UNIDAD MÓVIL DE EMERGENCIAS

Juan José Rodríguez Mondéjar[1]; A. Soriano Román[2]; R. Guillamón Candel[1]; J. López Ruiz[1]; MC. Rubio Rodríguez[1]; M. Martínez Martínez[3]

1. UME-2 (Alcantarilla). Gerencia de Urgencias y Emergencias 061. SMS; 2. Facultad Enfermería (UMU). Campus Mare Nostrun. IMIB-Arrixaca; 3. Residencia Virgen del Mar, Cartagena

Introducción-Objetivos

Los servicios de emergencias prehospitalarios reciben cada vez mayor número de llamadas pidiendo atención urgente, pero a su vez se observa que no responde a una realidad de asistencia. El objetivo se centró en analizar los motivos de llamada que da el ciudadano cuando avisa a través del 112, pidiendo atención de urgencias y/o emergencias.

Metodología-Observación Clínica

Estudio descriptivo, prospectivo y longitudinal. **Lugar:** una Unidad Móvil de Emergencias (UME). **Temporalidad:** 1 año continuado (2017). **Sujetos a estudio:** pacientes que fueron atendidos por dos equipos de la UME-2. **Desarrollo:** Base de datos ad hoc con variables sociodemográficas y clínicas, así como datos de mediciones extraídas del registro en papel normalizado en la Gerencia de Urgencias y Emergencias del 061 de una región española. **Procesamiento estadístico:** IBM SPSS Statistics v23, estadística descriptiva con medias y DE para variables cuantitativas, frecuencias y porcentajes en cualitativas. **Normas éticas:** se cumplen normas sobre protección de datos, y de respeto a la intimidad de los participantes, según normativa vigente.

Resultados-Intervenciones

Casos 868 avisos, edad media 58 años DE23,4(0-99), varones 447 (54,4%), tiempo medio de respuesta 9,2 min DE5,1(0-34), realiza la llamada un familiar o el propio paciente 530 (61,6%). Los motivos de llamada más frecuentes han sido: Inconsciencia o semiinconsciencia 131 (15,6%), dolor torácico o dolor de pecho 93 (11,1%), dificultad respiratoria, disnea, desaturación 69 (8,2%), accidente de tráfico 63 (7,7%), traslado interhospitalario para angioplastia primaria o coronariografía 54 (6,4%), Caída accidental (por las escaleras, suelo, tropiezo, bici, etc.) 49 (5,8%), total acumulado 54,8%.

Conclusiones

Los motivos de llamada son muy variables y aparentemente lógicos para un servicio de emergencias prehospitalario, pero no suelen coincidir con lo que se encuentra el personal sanitario a su llegada al lugar del siniestro, dado que son muy genéricos, con poca información y poco filtrada.

Financiación

No ha existido ninguna financiación, ni pública, ni privada, para la realización de este estudio.

Palabras clave

Urgencias Médicas · Medicina de Emergencia · Ambulancia · Enfermería de Urgencia · Enfermería de Cuidados Críticos

Sala U2. **Martes 12 de Junio de 2018 de 16:20 a 17:05 h.**

ID 325

SESIONES MUSICALES EN LA UCI. EFECTOS SOBRE LAS CONSTANTES VITALES Y PERCEPCIÓN DEL PACIENTE, FAMILIA Y PROFESIONALES

Ana Maria Rodríguez Valverde; J. Cornellana; R. Marques; MM. Mateu
Consorci Corporació Sanitària Parc Taulí

Introducción-Objetivos

Introducción: La música tiene un efecto terapéutico, procura ambientes relajados y promueve el bienestar del paciente y familia.

Objetivos:

- Describir la percepción de los enfermos, familias y profesionales
- Identificar cambios en las constantes vitales del paciente

Metodología-Observación Clínica

- Estudio descriptivo en UCI polivalente adultos
- Periodo: junio-diciembre 2017
- Población: pacientes, familias y profesionales que han asistido a las sesiones
- Recogida datos: variables constantes vitales paciente (T/A, Fc, Fr) y encuestas ad hoc de opinión
- Criterios inclusión: consentimiento verbal
- Análisis estadístico: SPSS V18. Prueba t-Student y Wilcoxon

Resultados-Intervenciones

5 sesiones musicales. Incluidos 54 pacientes y/o familias y 28 profesionales. **Profesionales:** ¿Te ha gustado la actividad? Sí: 100% ¿Interfiere negativamente en la actividad asistencial? Sí: 3,5%; No: 96,5% ¿Crees que es beneficiosa la actividad? (para paciente y/o familia y/o profesional): Todos: 85,8 %; Paciente y familia: 14,2% ¿Qué te ha aportado la experiencia? Tranquilidad, confort, bienestar, emoción ¿Sería beneficioso instaurar esta actividad? Sí: 100% Propuestas de mejora: Aumentar frecuencia. **Pacientes y familia:** ¿Le gusta la música? Sí: 100% ¿Qué tipo de música? Popular, tradicional y clásica ¿Le ha gustado la experiencia? Sí: 100% ¿Qué le ha aportado la experiencia? tranquilidad: 46,2 %; bienestar: 1,1 %; tristeza: 5,5 %; indiferencia: 1,8% Análisis constantes vitales pre y post actividad: no se observaron cambios significativos en las variables estudiadas: FC (p= 0,518), TAS (p= 0,332), TAD (p= 0,382); FR (p= 0,287).

Conclusiones

Los profesionales percibieron positivamente la actividad. Mayoritariamente la actividad generó tranquilidad y bienestar a pacientes y familiares. No se obtuvieron cambios significativos en las constantes vitales del paciente

Palabras clave

Música · enfermeria · UCI · terapias complementarias

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Sala U2. **Martes 12 de Junio de 2018 de 16:20 a 17:05 h.**

ID 335

ANÁLISIS DE LA ACEPTACIÓN DE LA HERRAMIENTA DE SEGURIDAD AASTRE 2.0: ADAPTACIÓN A LOS NUEVOS PARADIGMAS

Laura Bordonado Pérez[1]; R. Vidal[2]; C. Faura[3]; M. García[4]; I. Sandalinas[5]; ML. Fortes[1]; M. Olona[1]; C. Muñoz[2]; G. Sirgo[1]; M. Bodí[1]

1. Hospital Universitario de Tarragona Juan XXIII; 2. Hospital Río Hortega Valladolid; 3. Hospital Universitario de Torrejón (Madrid); 4. Hospital Universitario del Henares (Coslada, Madrid); 5. Hospital Universitario Mútua de Tarrasa

Introducción-Objetivos

Introducción: Los Análisis Aleatorios de Seguridad en Tiempo Real (AASTRE 1.0) son una herramienta proactiva que disminuye los errores de omisión. AASTRE 1.0 evalúa de forma aleatorizada un medidas seguras basadas en la evidencia científica. En AASTRE 2.0 las variables fueron adaptadas a los nuevos estándares de calidad y a los sistemas de información clínica. **Objetivos:** Evaluar la aceptación de AASTRE 2.0 y comparar la misma entre hospitales con/sin experiencia en la utilización de esta metodología, considerando además la categoría profesional.

Metodología-Observación Clínica

Estudio multicéntrico, descriptivo. Población: médicos y enfermeras/os de 5 UCIs españolas (turno de mañana). Encuesta anónima, 10 preguntas (respuestas Lickert de 0-5) relacionadas con: percepción seguridad, incidencia en cambios de hábitos de trabajo, interferencia en la actividad diaria, horario, frecuencia, nº pacientes analizados cada día, evaluador, sensación punitiva, áreas clínicas analizadas, participación en el proyecto. La comparación de grupos se ha hecho con la prueba de 2. Nivel de significación aceptado p 0.05.

Resultados-Intervenciones

Se obtuvieron 92 encuestas. Globalmente la percepción ha sido buena/muy buena en 82% de los encuestados. De forma general los médicos percibieron un mayor incremento en la seguridad clínica y un mayor cambio en sus hábitos de trabajo (58.8% vs 34% y 64.3% vs 36.2%, respectivamente, p 0.05). Ningún médico y sólo un 10% de personal de enfermería percibieron una sensación punitiva. Los hospitales con experiencia en la utilización de AASTRE prefirieron una renovación más continua del evaluador (51.1% vs23.9%, p 0.05) y sus profesionales manifestaron un mayor deseo de estar más involucrados en el proyecto (60.0 % vs 30.4%, p 0.05).

Conclusiones

AASTRE 2.0 tuvo una buena aceptación global, ayudó a mejorar la sensación de seguridad, modificó los hábitos de trabajo y no fue percibida como una herramienta punitiva.

Financiación

FIS PI16/00491

Palabras clave

AASTRE · Rondas de Seguridad · Trabajo en equipo · Paciente crítico

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Comunicaciones orales

Sala U2. **Martes 12 de Junio de 2018 de 16:20 a 17:05 h.**

ID 336

PERCEPCIÓN DE LOS FAMILIARES DEL PACIENTE INGRESADO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS SOBRE SU PARTICIPACIÓN EN LOS CUIDADOS DIARIOS

Laia Ventura Expósito[1]; A. Arreciado Marañón[2]
1. Hospital Universitario Vall Hebron, Departament d'Infermeria; 2. Facultat de Medicina, Universitat Autònoma de Barcelona

Introducción-Objetivos

Introducción: La asistencia continua y tecnificada que requiere el paciente crítico produce, en ocasiones, una barrera con el exterior y con la familia. Este fenómeno causa sufrimiento en ambos y alteración de algunas necesidades. Desde una perspectiva holística, Enfermería tiene que potenciar el vínculo paciente-familia, gestionar las emociones e involucrar a la familia en la participación de las actividades diarias con el fin de fomentar el bienestar mutuo. **Objetivo:** Conocer las percepciones de los familiares de los pacientes ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos de Traumatología de un hospital de tercer nivel de Cataluña sobre su participación en los cuidados diarios durante la estancia en esta unidad.

Metodología-Observación Clínica

Estudio cualitativo fenomenológico con entrevistas semiestructuradas cómo técnica de recogida de datos. La población de estudio fueron los familiares de los pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos desde mayo del 2017 a febrero de 2018. Criterios de inclusión: familiares directos, mayores de edad y participación voluntaria. Muestreo pragmático. Selección de participantes contemplando diferentes características para garantizar la diversidad del discurso. El análisis de datos se realizó siguiendo a Colaizzi. Se aplicaron los criterios de Guba para garantizar el rigor de la investigación.

Resultados-Intervenciones

Se realizaron 15 entrevistas hasta la saturación de la información. Formaron parte del estudio 6 hombres y 9 mujeres. Los participantes manifestaron falta de participación en los cuidados y disposición para ello. Proponen participar a través de una enfermera que les coordine y eduque, todo dependiendo de la gravedad del paciente. Realizar dichas actividades produce bienestar familiar y fomenta el vínculo familia-paciente.

Conclusiones

La participación de los familiares más cercanos al enfermo crítico en los cuidados diarios es básica para la evolución y mejoría del paciente. También la de la enfermera para ayudar en la dicha participación.

Palabras clave

UCI · Familiares · Participación · Cualitativo

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Sala U2. **Martes 12 de Junio de 2018 de 16:20 a 17:05 h.**

ID 345

PERFORACIÓN DE GRANDES VASOS TRAS LA INSERCIÓN DE PICC. ESTUDIO DE CASO

Raquel Gallego Fernández; A. Rojo Rojo; GM. Muñoz Rubio
Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca

Introducción-Objetivos

La ajmalina es el fármaco de elección para descartar el síndrome de Brugada. Su uso no está del todo extendido en nuestro medio por no estar comercializado en nuestro país. Nuestro hospital atiende una población aproximada de 190.000 habitantes, de carácter eminentemente rural y dispersa; por su lejanía a los centros de referencia, el hospital supera en grado de complejidad la propia de un hospital comarcal. Como objetivo nos planteamos valorar la seguridad y eficacia de la ajmalina en nuestro medio.

Metodología-Observación Clínica

Tras un falso negativo de flecainida desenmascarado con una prueba de provocación con ajmalina (PPA) se decidió el uso sistemático de ajmalina. La administración de ajmalina se realizó en dosis de 1mg/kg (máximo de 100mg) a 1mg/min en infusión continua; la prueba se detenía inmediatamente ante la aparición de un patrón electrocardiográfico de Brugada tipo 1; durante el estudio se monitoriza ECG continuo en 2º, 3er y 4º espacio intercostal. Des de 2015 hemos realizado 65 PPAs. La edad media de nuestros pacientes es de 42+/- 14 años (rango 15-75 años) con un 41% de mujeres.

Resultados-Intervenciones

Durante la PPA, ningún paciente presentó arritmias significativas; se observó un ensanchamiento discreto del QRS (habitualmente en torno a 30ms) que no obligó en ningún caso a detener el estudio. Un total de 14 pacientes (22%) desarrollaron un ECG de Brugada tipo 1 durante el estudio. Se implantó un DAI en 3 pacientes, de estos ninguno con descargas hasta el momento y ninguno ha fallecido durante el seguimiento.

Conclusiones

La ajmalina es un fármaco seguro y su uso es perfectamente factible en nuestro medio, cuatro veces más sensible para esta alteración electrocardiográfica que la flecainida. Y por último señalar que hemos documentado cuatro casos de resultados positivos sin antecedentes personales ni familiares significativos en los que se había solicitado el estudio por la existencia de un ECG basal ligeramente anormal.

Financiación

Sin financiación específica

Palabras clave

ajmalina · brugada

Comunicaciones orales

Sala U1. **Miércoles 13 de Junio de 2018**

De 09:00 a 09:45 h.

ID 337
PRUEBA DE PROVOCACIÓN CON AJMALINA EN LA UCI DE UN HOSPITAL GENERAL

ID 348
BLEEDING BOX: REPOSICIÓN HEMOSTÁTICA EN UN MEDIO HSEM (HELICÓPTERO DE SERVICIO DE EMERGENCIAS MÉDICAS)

De 09:45 a 10:35 h.

ID 386
CLIMA EMOCIONAL DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA

ID 389
CALIDAD DE VIDA PERCIBIDA EN PACIENTES SOMETIDOS A UN IMPLANTE DE MARCAPASOS DEFINITIVO

Sala U1. **Miércoles 13 de Junio de 2018 de 09:00 a 09:45 h.**

ID 337

PRUEBA DE PROVOCACIÓN CON AJMALINA EN LA UCI DE UN HOSPITAL GENERAL

Pilar Mauri Mauri; T. Cornelles Ferre; MA. Piñol Tena; R. Sabaté Ortigues; I. Lechuga Duran
Hospital de Tortosa Virgen de la Cinta

Introducción-Objetivos

La ajmalina es el fármaco de elección para descartar el síndrome de Brugada. Su uso no está del todo extendido en nuestro medio por no estar comercializado en nuestro país. Nuestro hospital atiende una población aproximada de 190.000 habitantes, de carácter eminentemente rural y dispersa; por su lejanía a los centros de referencia, el hospital supera en grado de complejidad la propia de un hospital comarcal. Como objetivo nos planteamos valorar la seguridad y eficacia de la ajmalina en nuestro medio.

Metodología-Observación Clínica

Tras un falso negativo de flecainida desenmascarado con una prueba de provocación con ajmalina (PPA) se decidió el uso sistemático de ajmalina. La administración de ajmalina se realizó en dosis de 1mg/kg (máximo de 100mg) a 1mg/min en infusión continua; la prueba se detenía inmediatamente ante la aparición de un patrón electrocardiográfico de Brugada tipo 1; durante el estudio se monitoriza ECG continuo en 2º, 3er y 4º espacio intercostal. Des de 2015 hemos realizado 65 PPAs. La edad media de nuestros pacientes es de 42+/- 14 años (rango 15-75 años) con un 41% de mujeres.

Resultados-Intervenciones

Durante la PPA, ningún paciente presentó arritmias significativas; se observó un ensanchamiento discreto del QRS (habitualmente en torno a 30ms) que no obligó en ningún caso a detener el estudio. Un total de 14 pacientes (22%) desarrollaron un ECG de Brugada tipo 1 durante el estudio. Se implantó un DAI en 3 pacientes, de estos ninguno con descargas hasta el momento y ninguno ha fallecido durante el seguimiento.

Conclusiones

La ajmalina es un fármaco seguro y su uso es perfectamente factible en nuestro medio, cuatro veces más sensible para esta alteración electrocardiográfica que la flecainida. Y por último señalar que hemos documentado cuatro casos de resultados positivos sin antecedentes personales ni familiares significativos en los que se había solicitado el estudio por la existencia de un ECG basal ligeramente anormal.

Financiación

Sin financiación específica

Palabras clave

ajmalina · brugada

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Sala U1. **Miércoles 13 de Junio de 2018 de 09:00 a 09:45 h.**

ID 348

BLEEDING BOX: REPOSICIÓN HEMOSTÁTICA EN UN MEDIO HSEM (HELICÓPTERO DE SERVICIO DE EMERGENCIAS MÉDICAS)

Roberto Carlos Estevez-Montes[1]; M. Torralba Melero[2]; Md. JM. Gutiérrez Rubio[3]; R. García Tascón[1]; Md. Erick Abdiel Torres Casanova[1]; Md. FJ. Miron Muñoz[1]; Md. Pdh. A. Pacheco Rodríguez[1]; MV. Megia Sánchez[1]
1. Helicóptero Medicalizado Gigante 2, Ciudad Real. Sescam; 2. Helicóptero Medicalizado Gigante 2, Albacete. Sescam; 3. Babcock MCS España

Introducción-Objetivos

Los programas HSEM internacionales están desarrollando procedimientos de reposición hemostática con administración de concentrados de hematíes. Existen elementos de reposición complementarios a los concentrados de hematíes cuyo aval científico muestra una mejora en el tratamiento del shock hemorrágico, reduce la morbilidad y la mortalidad. Nuestro objetivo es establecer las mejores terapias de reposición complementarias a la administración de concentrados de hematíes en el medio HSEM analizando el aval científico y la evidencia existente hasta la fecha.

Metodología-Observación Clínica

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica usando los descriptores Decs y MeSH, correlacionando términos relativos al problema: “hemorrhagic”, “shock”, “bleeding”; a la intervenciones correctoras: “plasmalyte”, “crystalloids”, “tranexamic acid”, “fibrinogen”, “k vitamin”, “lyophilized plasma” y al ámbito de aplicación: “emergency medical service”. Para esta búsqueda se usaron los términos en inglés. No se aplicó otros filtros de búsqueda. Se revisó, igualmente, la evidencia actualizada en UpToDate.

Resultados-Intervenciones

De esa búsqueda bibliográfica se extrajo que en el shock hemorrágico severo debemos tener en cuenta cuatro factores: aportar transportadores de oxígeno, reponer volumen con hipotensión terapéutica, mantener la normotermia y minimizar la coagulopatía. Planteamos la administración de otros productos de reposición y procoagulantes. La administración de tipo Plasmalyte 148 es una reposición de volumen con un pH más fisiológico. El ácido tranexámico es el antifibrinolítico de elección dentro de las tres primeras horas postsangrado (WOMAN/CRASH2). La vitamina K es el antídoto de elección en pacientes tratados con anticoagulantes. Y el aporte precoz de fibrinógeno evita el sangrado, mejorando la coagulación. El plasma liofilizado puede ser una opción prehospitalaria viable.

Conclusiones

Es posible desarrollar una estrategia de reposición hemostática prehospitalaria basada en la evidencia. Administrando ATX, fibrinógeno, volumen balanceado, vitamina K y concentrados de hematíes. Conformando una BLEEDING BOX. Esta estrategia ya se usa en el Helicóptero Medicalizado Gigante 2 de Ciudad Real.

Financiación

No.

Palabras clave

Bleeding · ATX · crystalloids · HEMS

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Sala U1. **Miércoles 13 de Junio de 2018 de 09:45 a 10:35 h.**

ID 386

CLIMA EMOCIONAL DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA

Fuensanta Nuñez Fuentes; T. Herrera Romero; JJ. Rodríguez Mondéjar; R. Bermejo Jiménez; AJ. López Amorós; R. Navarro Lozano; M. Martínez Guerrero; J. Rodríguez Soler; A. Pedreño Vera; MªF. Sánchez López
UCI. HGU Reina Sofía. Gerencia Área VII-Murcia Este. SMS, UCI, UME-2. Alcantarilla. Gerencia Urgencias y Emergencias 061. SMS. Facultad de Enfermería (UMU). Campus Mare Nostrum. IMIB-Arrixaca. HGU Reina Sofía. Gerencia Área VII-Murcia Este. SMS, UCI.

Introducción-Objetivos

En el contexto laboral el clima de trabajo se estudia desde distintas visiones, como liderazgo, estudio de emociones, aspectos organizacionales, satisfacción laboral, etc., todos de interés para entender las dinámicas interrelacionales que se establecen en nuestras unidades, por ello se deben estudiar estas conexiones. El objetivo se centra en analizar el clima emocional en una Unidad de Cuidados Intensivos polivalente

Metodología-Observación Clínica

Estudio descriptivo, prospectivo y transversal. **Lugar:** UCI universitaria polivalente de 12 camas, en un entorno metropolitano. **Temporalidad:** 4º trimestre 2017 Sujetos a estudio: profesionales estables que durante este periodo estén en activo **Desarrollo:** Cuestionario validado con 10 preguntas de clima emocional y 5 de valoración del supervisor o responsable del servicio. Variables sociodemográficas y aportaciones de mejora. La valoración fue desde -50 hasta +50. **Procesamiento estadístico:** IBM SPSS Statistics v23, estadística descriptiva con medias y DE para variables cuantitativas, frecuencias y porcentajes en cualitativas. Estudios de correlación y comparación de medias, aceptando significación estadística si p<0,05. **Normas éticas:** se cumplen normas sobre protección de datos, y de respeto a la intimidad de los participantes, según normativa vigente.

Resultados-Intervenciones

Muestra obtenida de 16 enfermeras (índice de respuesta 76%), edad media 40 años DE6,1(rango 22), experiencia profesional media 10,2 años DE6(rango 24), mujeres (76%). Valores de los disitntos campos estudiados: clima emocional 14,4 puntos DE11,9(R41), relaciones 4 DE4,2(R15), reconocimiento 4,3 DE 4,2(R16), Proyecto 6,2 DE5(R19) , Comunicación 11,2 DE9,9(R37). Si se compara con otros profesionales se observa mejor valoración en el apartado de clima emocional con diferencia significativa p=0,04, reconocimiento P=0,044, proyecto p=0,014, y en comunicación P= 0,043, no habiendo este efecto en los campos de relaciones.

Conclusiones

Las enfermeras definen tener un nivel de clima emocional positivo, pero con un amplio margen de mejora. La valoración de su líder ha sido también positiva lo que refuerza el clima emocional en el área del trabajo diario.

Financiación

No ha existido ninguna ayuda económica, ni financiación.

Palabras clave

clima emocional · clima laboral · Cuidados críticos · Enfermería

Sala U1. **Miércoles 13 de Junio de 2018 de 09:45 a 10:35 h.**

ID 389

CALIDAD DE VIDA PERCIBIDA EN PACIENTES SOMETIDOS A UN IMPLANTE DE MARCAPASOS DEFINITIVO

Virginia Paradas Torralvo; MJ. Aranda Ruiz; JJ. Santos Pérez
Área Sanitaria Norte de Málaga

Introducción-Objetivos

La calidad de vida de los pacientes es uno de los parámetros más susceptibles de alterarse ante cualquier cambio en la salud de un individuo.

Objetivos:

1. Evaluar la percepción de la calidad de vida de los pacientes sometidos a implante de marcapasos definitivo.
2. Mejorar el conocimiento de los pacientes respecto a los cuidados tras el implante de un marcapasos definitivo.

Metodología-Observación Clínica

En el siguiente trabajo nos planteamos un estudio observacional prospectivo con grupo control y test retest. Para evaluar la calidad de vida percibida por los pacientes sometidos a un implante de marcapasos definitivo, para ello utilizamos el cuestionario SF-36 de calidad de vida. La población de estudio se dividió en un grupo control y otro de intervención de forma cuasiexperimental. El cuestionario se pasa a los dos grupos en el momento de inclusión en el estudio, al mes y a los tres meses del implante. En el grupo de intervención se realiza una educación sanitaria individualizada, estandarizada y consensuada por los investigadores.

Resultados-Intervenciones

El estudio se realiza sobre una población de 36 sujetos. 18 de ellos en el grupo control y otros 18 en el de intervención. La media de edad es de 78,1 años, siendo mujeres el 36% de los sujetos y varones el 64%. En los parámetros en que se divide el cuestionario: Funcionamiento físico, Rol físico, Dolor corporal, Salud general, Vitalidad, Funcionamiento social, Rol emocional, Salud mental y transición, se observa una mejor percepción en los pacientes del grupo intervención respecto al control, con una significación estadística de $p<0.001$

Conclusiones

Los pacientes que reciben educación sanitaria previa al implante de un marcapasos presentan una percepción de calidad de vida por encima de los que no la reciben. Estos pacientes además tienen mayor conocimiento de las actividades permitidas, así como una mejor adaptación a las actividades de la vida diaria.

Financiación

Los investigadores manifiestan no tener conflicto de intereses ni recibir financiación pública o privada.

Palabras clave

marcapasos · calidad de vida · educación sanitaria

Comunicaciones orales

Sala U2. **Miércoles 13 de Junio de 2018**

De 09:00 a 09:45 h.

ID 349
MONITORIZACIÓN HEMODINÁMICA EN EL POST-OPERATORIO INMEDIATO DE CIRUGÍA CARDÍACA

ID 353
LOS ALUMNOS DE ENFERMERÍA EN LOS LABORATORIOS DE SIMULACIÓN CLÍNICA INTEGRADOS EN LA ASIGNATURA DE CUIDADOS CRÍTICOS: ASPECTOS DE DESTACAR

ID 366
FAMILIARES Y CUIDADORES DE PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO COMO RECEPTORES DE FORMACIÓN EN SOPORTE VITAL BÁSICO Y DESFIBRILADOR EXTERNO AUTOMATIZADO

De 09:45 a 10:35 h.

ID 402
ESTUDIO DEL CONOCIMIENTO DE MEDIDAS PREVENTIVAS EN NEUMONÍA ASOCIADA A VENTILACIÓN MECÁNICA (NAVM)

ID 410
SEDACIÓN DIFÍCIL: ¿CUÁL ES SU IMPACTO EN LOS PACIENTES CRÍTICOS?

ID 415
¿POSTOPERATORIO INMEDIATO EN PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE CRÍTICOS TRAS SOMETERSE A HIPEC?

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Comunicaciones orales

Sala U2. **Miércoles 13 de Junio de 2018 de 09:00 a 09:45 h.**

ID 349

MONITORIZACIÓN HEMODINÁMICA EN EL POST-OPERATORIO INMEDIATO DE CIRUGÍA CARDÍACA

María Dolores González Caro; FJ. Vega Vázquez; J. Robles Carrión
Hospital Virgen Macarena

Introducción-Objetivos

El sistema Flo Trac/Vigileo®, analiza el contorno de pulso arterial sin necesidad de calibración externa. Ésta es reemplazada por factores de corrección que dependen de la presión arterial media y de medidas antropométricas (edad, sexo, peso, y altura del paciente).

- Analizar y evaluar el tipo de monitorización hemodinámica en el post-operatorio inmediato de pacientes intervenidos de cirugía cardíaca, así como el tipo de intervención y los factores epidemiológicos de los mismos.
- Revisar parámetros, utilidad, ventajas y limitaciones de éste sistema de monitorización mínimamente invasivo.

Metodología-Observación Clínica

Estudio cuantitativo, observacional retrospectivo, analizando la monitorización hemodinámica de los pacientes, que ingresaron en UCI del Hospital Regional Virgen Macarena en el postoperatorio inmediato de cirugía cardíaca, durante el periodo del 1 de enero al 31 de diciembre del 2017. Datos obtenidos mediante el registro de CCV de la plataforma Ariam-Andalucía (www.ccardíaca.org), desarrollado por Coresoft clínico (www.coresoft.es).

Resultados-Intervenciones

El número de pacientes intervenidos de cirugía cardíaca son 404 pacientes. De ellos el 13% fueron intervenciones urgentes. La edad media de los pacientes es de 67,3 años, siendo la mediana de 69 años. Siendo el 59% hombres y el 41% mujeres. La mortalidad fue de 21 pacientes (5,61%).

Distribución:
VALVULARES: 306 pacientes (75,74% Cía total)
CORONARIOS: 98 pacientes (24,25% Cía del total)
MONITORIZACIÓN HEMODINÁMICA-VIGILEO: 275 pacientes (73,53%)
VIGILANCE: 60 pacientes (16,04%)
OTROS: 19 pacientes (5,11%)
PICCO: 6 (1,61% Colocación en UCI)

Conclusiones

La monitorización hemodinámica, constituye una herramienta ampliamente utilizada, que nos permite obtener información sobre el funcionamiento cardiovascular del paciente crítico. El análisis de la onda de pulso ha permitido la obtención de una medida continua y mínimamente invasiva del gasto cardíaco. En un 73,53 % de los pacientes ingresados en la UCI del Hospital Regional Virgen Macarena, en el postoperatorio inmediato de cirugía cardíaca (404 pacientes), presentan monitorización con el sistema FloTrac®/Vigileo®.

Financiación

No.

Palabras clave

Monitorización Hemodinámica · UCI · vigileo

Sala U2. **Miércoles 13 de Junio de 2018 de 09:00 a 09:45 h.**

ID 353

LOS ALUMNOS DE ENFERMERÍA EN LOS LABORATORIOS DE SIMULACIÓN CLÍNICA INTEGRADOS EN LA ASIGNATURA DE CUIDADOS CRÍTICOS: ASPECTOS DE DESTACAR

Juan José Rodríguez Mondéjar; JA. Sánchez Pérez; G. Muñoz Pérez; JMª. Xandri Graupera; Mª. del L. López Iborra; C. Carrillo García; M. Martínez Martínez; J. López Ruiz; R. Martínez Castillo; A. Cano Reyes
1. UME-2 (Alcantarilla). Gerencia de Urgencias y Emergencias 061. SMS. 2; Facultad Enfermería (UMU). Campus Mare Nostrum. IMIB-Arrixaca; 3. HCU Virgen de la Arrixaca (Murcia). Facultad Enfermería (UMU). Campus Mare Nostrum; 4. HGU Reina Sofía. Facultad Enfermería (UMU). Campus Mare Nostrum; 5. HCU Virgen de la Arrixaca (Murcia). Facultad Enfermería (UMU). Campus Mare Nostrum; 6. Residencia Virgen del Mar (Cartagena) gerencia de Urgencias y Emergencias 061. SMS servicio de Urgencias; 7. HGU Reina Sofía. Gerencia de Área VII-Murcia Este. SMS HGU Reina Sofía

Introducción-Objetivos

La incorporación de la simulación clínica como instrumento docente para el aprendizaje de los alumnos de enfermería es una realidad que va tomando protagonismo en todas las universidades. **El objetivo general:** Describir percepciones de los alumnos de Enfermería sobre la inclusión de la simulación clínica de alta fidelidad en la Universidad. **Objetivos específicos:** Determinar el grado de ansiedad y estrés durante la práctica de simulación Identificar como se ha percibido el trabajo en equipo

Metodología-Observación Clínica

Tipo de estudio: cualitativo y cuantitativo, descriptivo, prospectivo y transversal. **Muestra:** alumnos de enfermería (3ºde grado). **Temporalidad:** febrero-abril 2017. **Lugar:** Facultad de Enfermería de la UMU. **Desarrollo:** cuestionario autoadministrado, con datos sociodemográficos, preguntas abiertas, dicotómicas y tipo Likert. Se cumplimentó en dos momentos, uno antes de empezar la simulación y otro al final de la misma. **Procesamiento estadístico:** IBM SPSS Statistics v23, realizando estadística descriptiva con media y desviación estándar para cuantitativas, y frecuencias y porcentajes para cualitativas. Normas éticas y de protección de datos aplicadas según la legislación vigente.

Resultados-Intervenciones

Se procesaron una muestra de 92 cuestionarios, con edad media de 21,8 DE3,7 (20-40), siendo mujeres 74 (81,3%), casados 6,7%. Trabajan 17,4%. No habían realizado simulación de alta fidelidad el 92,1%, no conocían el debriefing como metodología docente 95,6%. Consideran positiva la simulación un 99%. El nivel de ansiedad se puntuó con 4,8 sobre 10, DE2,3 (0-10). El nivel de estrés detectado se define con un valor medio de 5,7 DE2,3 (1-10). Respecto a los déficits del trabajo en equipo se agrupan en categorías: falta de conocimientos, poca coordinación, insuficiente comunicación, falta de saber reaccionar, inseguridad e inexperiencia.

Conclusiones

Los alumnos consideran muy positiva, y necesaria la simulación clínica de alta fidelidad, y proponen más clases con esta metodología docente. El grado de estrés y ansiedad se percibe como moderado, y el trabajo en equipo lo destacan como algo importante.

Financiación

No se ha recibido ninguna financiación, ni pública, ni privada para la realización de este estudio.

Palabras clave

Estudiantes de Enfermería · Simulación · Cuidados críticos · Enseñanza mediante simulación de alta fidelidad

Sala U2. **Miércoles 13 de Junio de 2018 de 09:00 a 09:45 h.**

ID 366
ID 366

FAMILIARES Y CUIDADORES DE PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO COMO RECEPTORES DE FORMACIÓN EN SOPORTE VITAL BÁSICO Y DESFIBRILADOR EXTERNO AUTOMATIZADO

María del Carmen Hernández Sánchez[1]; MV. de la Torre-Prados[2]; A. García de la Torre[2]
1. Hospital de la Serrania de Ronda; 2. Hospital Universitario Virgen de la Victoria

Introducción-Objetivos

La actuación de los familiares de pacientes con síndrome coronario agudo (SCA) incide de forma importante en la supervivencia de las paradas cardiorrespiratorias extrahospitalarias (PCREH), como intervinientes en los primeros eslabones de la cadena de supervivencia. Valoramos el impacto en este grupo poblacional la formación en Soporte Vital Básico y Desfibrilador Externo Automatizado (SVB y DEA) a nivel del conocimiento y habilidades/procedimientos desde el punto de vista teórico/práctico.

Metodología-Observación Clínica

Estudio prospectivo de intervención en 302 familiares/cuidadores de pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital de tercer nivel, con el diagnóstico de SCA. Las variables estudiadas fueron demográficas y de resultados. Se valoró nivel de conocimiento, percepción del grado de formación en SVB y DEA adquirido y competencia en procedimientos relacionados. Se realizó entrevista telefónica a los 42 meses del taller.

Resultados-Intervenciones

Un 39% fueron varones con edad media de 38,3±15 años, un 87 % (n=264) eran familiares/cuidadores y el resto pacientes. El 99% consideró útil el taller y el 86% lo repetiría. Un 13% (n=39) fue testigo de una emergencia tras el curso; en el ámbito doméstico 39% (n=15) y en otros lugares 61%. El 46% eran familiares/amigos. En un 26% la emergencia fue por PCR y el 24% por atragantamiento. El 69% avisó al 061, la posición lateral de seguridad se realizó en el 45%, las compresiones torácicas e insuflaciones en el 17%, desobstrucción de la vía aérea en el 28% y aplicación de DEA en el 4%. El 78% se recuperó, un 7,1% falleció y el resto trasladado por 061.

Conclusiones

Consideramos que este grupo poblacional debe ser preferente a la hora de formar en SVB y DEA a nivel comunitario.

Palabras clave

Soporte Vital Básico · DEA · Síndrome Coronario Agudo · Formación · Familiares

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Sala U2. **Miércoles 13 de Junio de 2018 de 09:45 a 10:35 h.**

ID 402

ESTUDIO DEL CONOCIMIENTO DE MEDIDAS PREVENTIVAS EN NEUMONÍA ASOCIADA A VENTILACIÓN MECÁNICA (NAVM)

María Luisa Bravo Arcas[1]; I. Porres Revuelta[2]; Jl. Torres González[2]; D. Moyano Rubiales[2]; S. Ramírez López[2]
1. Hospital Universitario Virgen de la Victoria; 2. Hospital Clínico San Carlos

Introducción-Objetivos

Las infecciones nosocomiales (IN) tienen una alta incidencia en unidades de cuidados intensivos (UCI) asociándose a alta mortalidad/morbilidad con aumento estancia/coste hospitalario. Las medidas preventivas (MP) aplicadas a partir del proyecto Neumonía Zero (NZ) han descendido la NAVM al 29,97% (ENVIN-UCI 2016), frente al 41,8% (ENVIN-UCI 2010). **Objetivo:** Determinar nivel conocimiento sobre MP no farmacológicas de NAVM de los profesionales de enfermería.

Metodología-Observación Clínica

Estudio descriptivo transversal unicéntrico (último trimestre 2017). Se recogen variables demográficas y cuestionario online anónimo, administrado a través de plataforma google forms, que consta de dos partes: una sobre conocimiento de MP de NAVM (cuestionario validado Labeau S, et al); y otra sobre la aplicación práctica de las MP realizadas por la enfermería. Variables recogidas base datos (SPSS-v.22.0). Las variables cuantitativas se expresan en media (desviación estándar) o mediana (rango intercuartil) y las cualitativas en porcentaje. Análisis univariante mediante test ?^{2} o Friedman para variables discretas; y T-Student para muestras independientes o U Mann-Whitney para variables continuas.

Resultados-Intervenciones

Se obtienen 116 cuestionarios, 76% enfermeras, con media de 10 años de experiencia. Se conoce la correcta posición del cabecero (98,9%-enfermeros;85,7%-TCAEs) y rango presión neumotaponamiento (96,4%-94,3%). Aunque desconocen frecuencia cambio sistemas aspiración (79,5%-enfermeros;82,1%-TCAEs). TCAEs desconocen utilidad tubo endotraqueal con aspiración subglótica (82,1%). Enfermeros desconocen frecuencia cambio humidificador vías respiratorias (63,6%). Formación NZ realizada por 58% enfermeros (25% desconocían formación -el 86,4% con experiencia <3 años-); 39,3% TCAEs. En segunda sección, 94,3% realizan higiene manos (antes/después manipular vía aérea); descontaminación digestiva selectiva y mantenimiento cabecero 30º-45º realizado por 92% enfermeros.

Conclusiones

El cuestionario arroja como resultados división propia de competencias profesionales de cada categoría. En cuanto a MP en referencia NZ, los profesionales tienen conocimientos adecuados que se ajustan al material disponible. Consideramos esencial crear compromiso real en profesionales sanitarios, reforzando la cultura de seguridad en las UCIs actualizando al profesional e incidiendo en personal nueva incorporación.

Palabras clave

Pneumonia Ventilator-Associater · Cross Infection · Patient Safety · Primary Prevention

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Sala U2. **Miércoles 13 de Junio de 2018 de 09:45 a 10:35 h.**

ID 410

SEDACIÓN DIFÍCIL: ¿CUÁL ES SU IMPACTO EN LOS PACIENTES CRÍTICOS?

Diana Gil[1]; ML. Rubio[1]; C. Ferre[2]; MA. de Gracia[2]; S. Rosich[2]; ML. Fortes[2]; M. Bodí[3]; A. Sandiumenge[4]
1. Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitario Joan XXIII Tarragona; 2. Universitat Rovira i Virgili. Departament d'Infermeria; 3. Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitario Joan XXIII Tarragona; Hospital Universitario Joan XXIII / IISPV / URV Tarragona / CIBERES; Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona

Introducción-Objetivos

Una adecuada analgosedación(AS) es la base del manejo integral del paciente crítico con ventilación mecánica(VM). La sedación difícil(SD) incluye fracaso terapéutico, tolerancia o privación. Es multifactorial, combinándose las características del paciente, hábitos tóxicos, la condición crítica y los sedantes utilizados. Pretendemos estudiar las características, del paciente y su manejo, que influyen en la aparición de SD y su impacto en el pronóstico y evolución.

Metodología-Observación Clínica

Análisis descriptivo y prospectivo(2015-2016) de las prácticas de analgosedación en una unidad de cuidados intensivos(UCI) polivalente en pacientes con VM y AS> 24h comparando las complicaciones y pronóstico de aquellos pacientes con SD con los que no la presentan. Datos expresados ??en frecuencias, porcentajes, índices de tendencia central y de dispersión según su distribución. SPSSv.21.

Resultados-Intervenciones

79 personas desarrollaron SD, ante las 248 que no lo hicieron. El grupo SD era más joven y estaba menos grave. Mayoritariamente del sexo masculino(70,9%), sin diferencias en cuanto antecedentes personales ni categoría diagnóstica de ingreso. Los pacientes con SD presentaron más hábito tabáquico(p = 0,045), consumo de alcohol de riesgo(p=0,001), de cocaína(p=0,017), antidepresivos(p=0,002) y benzodiacepinas(p=0,031). Presentaron períodos de sedación más prolongados, así como más períodos de sobresedación(p=0,031)/infrasedación(p=0,024). En cuanto a la analgesia, no existió diferencia en el agente utilizado pero si respecto al tiempo de analgesia con Fentanilo(p<0,001) y Cloruro mórfico(p=0,014), del mismo modo se encuentra relación entre haber desarrollado SD y presentar >3 puntos en las escalas de valoración del dolor EVN / ESCID. Los pacientes que presentan SD estuvieron más tiempo conectados a VM (p< 0,001) y sufrieron más complicaciones como Lesiones Derivadas de la Dependencia(p<0,001), neumonías asociadas a VM (p=0,025) y traqueotomías (p=0,001).

Conclusiones

La SD alargó el tiempo de VM y complicó la evolución de los pacientes que la presentaron. Su prevención y detección precoz mejorarían el pronóstico de los pacientes críticos.

Palabras clave

paciente crítico · analgosedación · sedación difícil

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Sala U2. **Miércoles 13 de Junio de 2018 de 09:45 a 10:35 h.**

ID 415

¿POSTOPERATORIO INMEDIATO EN PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE CRÍTICOS TRAS SOMETERSE A HIPEC?

Sonia Barreda; N. Añes
Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón

Introducción-Objetivos

Aplicar quimioterapia intraoperatoria hipertérmica (HIPEC), ha demostrado ser eficaz para determinados tumores, especialmente cáncer colo-rectal, ovárico, gástrico, endometrial, y peritoneal. Esto implica esperanza de una posible curación en escenarios con escasas posibilidades terapéuticas. Esta técnica, altamente agresiva, es realizada en quirófano del Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón (C.H.P.C), desde donde se trasladan, posteriormente a los pacientes a la Unidad de Críticos (U.C). **Objetivo:** Conocer la evolución en las primeras 12h del post-operatorio inmediato en los pacientes ingresados en la Unidad de Criticos tras someterse a HIPEC, así como valorar la necesidad de drogas vasoactivas y su repercusión.

Metodología-Observación Clínica

Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo, sobre el total de los pacientes oncológicos intervenidos con HIPEC en el C.H.P.C desde junio de 2013 a junio 2014. Las variables estudiadas: Tª, TAM, FC, Diuresis y drogas vasoactivas, recogidas de las gráficas de enfermería de cada paciente, sobre las que se aplican estadística descriptiva.

Resultados-Intervenciones

Con una muestra de 6 pacientes (3 hombres y 3 mujeres). El 50% de la población a estudio requirió drogas vasoactivas. La media de Tª en los que NO se emplearon drogas vasoactivas es (36,746ºC), respecto a los que SI emplearon (36,623ªC). La media de FC de los pacientes que SI precisaron drogas (98?113 x) frente a los que NO (84 x). La TAM media en los que precisaron drogas (69,99 mmHg) sobre los que no (80,89 mmHg).

Conclusiones

La mitad de la muestra requiere el uso de drogas vasoactivas. En las correlaciones, la TA es superior en los pacientes que no precisan drogas vasoactivas, mientras que la FC es superior en los que si usan. La TAM es inferior en los que si precisan. El resultado no es significativo por el pequeño tamaño muestral.

Financiación

Ninguna.

Palabras clave

Carcinoma · Hemodynamic · Vasoactive drugs · Intraoperative chemotherapy · Hyperthermia

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Pósters

Hall Sala García Lorca

Lunes, 11 de Junio de 2018

Martes, 12 de Junio de 2018

Miércoles, 13 de Junio de 2018

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Pósters

Hall Sala García Lorca. **Lunes 11 de Junio de 2018**

De 11.40 a 12.10 h.

- Pantalla nº 1
- Pantalla nº 2
- Pantalla nº 3
- Pantalla nº 4
- Pantalla nº 5
- Pantalla nº 6
- Pantalla nº 7
- Pantalla nº 8
- Pantalla nº 9

De 17.05 a 17.20 h.

- Pantalla nº 1
- Pantalla nº 2
- Pantalla nº 3
- Pantalla nº 4
- Pantalla nº 5
- Pantalla nº 6
- Pantalla nº 7
- Pantalla nº 8
- Pantalla nº 9

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Pósters

Pantalla nº 1. **Lunes 11 de Junio de 2018 de 11:40 a 12:10 h.**

ID 1
¿EXISTE RIESGO DE CONTAMINACIÓN MICROBIANA EN LOS HUMIDIFICADORES DESECHABLES DE OXIGENOTERAPIA?

ID 5
PROCESO DE DESTETE «WEANING» DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA

ID 9
¿SON EFECTIVAS LAS ALTERNATIVAS FARMACOLÓGICAS A LAS AMIDAS SUBCUTÁNEAS EN LAS GASOMETRÍAS ARTERIALES?

ID 13
ANALGOSEDACIÓN GUIADA POR ENFERMERÍA: AVANZANDO EN LA LUCHA CONTRA LA SOBRESEDACIÓN

ID 14
PREVENCIÓN DEL DELIRIO EN UCI: UNA TAREA DE TODOS

ID 15
GRADO DE IMPLEMENTACIÓN DE LA ENFERMERA REFERENTE EN LA UCI

ID 16
UCI MOBILE-LEARNING. APRENDIZAJE UBICUO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

ID 19
CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE SOMETIDO A TÉCNICAS DE DEPURACIÓN EXTRARRENAL TRAS HIPERPOTASEMIA

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Pantalla nº 1. **Lunes 11 de Junio de 2018 de 11:40 a 12:10 h.**

ID 1

¿EXISTE RIESGO DE CONTAMINACIÓN MICROBIANA EN LOS HUMIDIFICADORES DESECHABLES DE OXIGENOTERAPIA?

Gorka Vallejo de la Hoz[1]; S. Ballesteros Peña[2]; I. Fernández Aedo[3]; I. de la Fuente Sancho[2]; O. Romeu Bordas[2]; JD. Legarreta Ereño[1]; S. Sarrionandia Azaola[1]; E. Magdalena Eizaguirre[1]; MN. Ingunza Basterra[1]
1. Hospital Galdakao-Usansolo; 2. Hospital Basurto; 3. Facultad de Medicina y Enfermería (UPV/EHU)

Introducción-Objetivos

Los humidificadores de oxigenoterapia desechables son equipos comerciales que se desechan y recambian tras su uso. La duración del agua de los humidificadores dependerá de la intensidad de su uso y de las condiciones ambientales, y no es infrecuente utilizar un mismo humidificador para varios pacientes consecutivos, por lo que pueden surgir dudas acerca de la posibilidad de contaminación microbiológica de los mismos y comprometer la seguridad del paciente. **Objetivo:** Determinar el riesgo de contaminación microbiológica de los humidificadores desechables para oxigenoterapia de uso hospitalario.

Metodología-Observación Clínica

Revisión sistemática de la literatura a través de seis bases de datos bibliográficas: Medline, Web of Science, Scopus, EMBASE, CINAHL y Cochrane Library plus, utilizando la estrategia de búsqueda (adaptada a cada base de datos) “oxygen” AND “humidifier” AND “contamina”. Fueron seleccionados estudios observacionales o experimentales publicados entre 1990 y 2017, en inglés o español, que estudiaban la contaminación microbiana de los humidificadores desechables de oxigenoterapia de uso hospitalario.

Resultados-Intervenciones

Para analizar la presencia de microorganismos en este tipo de humidificadores los investigadores emplearon metodologías heterogéneas. Del total de estudios que analizaron los modelos de humidificadores desechables (8), en 5 fueron reutilizados entre varios pacientes. Salvo un autor, que realizó muestreos puntuales, el resto de investigadores cultivaron varias muestras recogidas de forma seriada (tiempo máximo 105 días) no aislándose patógenos bacterianos en ninguno de ellos. Adicionalmente, tres estudios, también realizaron cultivos del agua de humidificadores no utilizados en pacientes, hasta un tiempo máximo de 62 días, con resultados similares. No se aisló contaminación microbiana en las muestras procedentes de modelos desechables, independientemente de si fueron utilizados por un único paciente o por varios de forma consecutiva a lo largo del tiempo.

Conclusiones

Parece existir bajo riesgo de contaminación en humidificadores desechables durante las primeras semanas de uso, pudiendo reutilizarse entre pacientes distintos sin riesgo de contaminación cruzada.

Palabras clave

oxígeno · humidificador · contaminación

Pantalla nº 1. **Lunes 11 de Junio de 2018 de 11:40 a 12:10 h.**

ID 5

PROCESO DE DESTETE «WEANING» DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA

Nieves Laura Martín Camacho; CL. Pérez González; N. Rodríguez San Juan
Hospital General de La Palma

Introducción-Objetivos

Una estimación 13-20% de los pacientes sometidos a Ventilación Mecánica en una Unidad de Cuidados Intensivos fracasan en el destete, tanto por una extubación precoz como tardía incrementando el riesgo de posibles complicaciones asociadas y secundariamente prolongando la estancia del paciente en el Sistema Sanitario (Uso prorrogado del recurso de hospitalización y por deducido del coste final).

Metodología-Observación Clínica

Conocer los fundamentos básicos de un correcto proceso de transferencia gradual del trabajo respiratorio desde un ventilador mecánico a la respiración espontánea del paciente.

Resultados-Intervenciones

Estrategia recomendada - Pruebas de Ventilación Espontánea (P.V.E.): 30-120 min. (A) Evaluación diaria para iniciar P.V.E. Condiciones obligatorias: 1.Control de la patología de base que originó el fallo respiratorio. 2.Ausencia de foco séptico activo (mínimo que se encuentre controlado). 3.Condición respiratoria favorable: 1.FiO2<50%. 2.P.E.E.P.<8cm de H2O. 3.V.M.<15 lpm. 4.PAFI>200. 5.LOX<6 4.Estabilidad cardiovascular Consideraciones adicionales: 1.Tos efectiva. 2.Capacidad de proteger vía aérea. 3.Balance de fluidos. 4.Riesgo de reintubación esperado. S/Cumple, Continúe: (B) **Prueba de ventilación espontánea por 10min**. -P.V.E. con tubo «T» con FIO2>10% que en V.M. -Monitorización estricta (F.C./P.A./F.R. y Pulsioximetría) **Parámetros de falla -F.R.**>35 rpm. o SatO2<90% por más de 30 seg. -F.C.>140 lpm (o>25% de la basal) -P.A.s.>180 mmHg o<90 mmHg. -Ansiedad o inquietud. -Índice de Tobin y Yang (F.R./V.C.)>100 resp/min/litros (moderada probabilidad de fallo en el destete) S/supera prueba 10min. continúe (C) **prueba de ventilación espontánea de 30-120min.** -P.V.E. con tubo «T» con FIO2>10% que en V.M. -Monitorización estricta (F.C./P.A./F.R. y Pulsioximetría). **Parámetros de falla -**Indicadores similares a la prueba de 10min. y además: -Índice de Tobin y Yang (F.R./V.C.)?80resp/min/litros (mala tolerancia a la ventilación espontánea)

Conclusiones

La protocolización en el proceso de destete de la Ventilación Mecánica basada en la evidencia científica, mejora los resultados en cuanto a calidad/seguridad del paciente, normalizando las funciones y decisiones del personal sanitario

Financiación

No

Palabras clave

Ventilación · Weaning · Destete

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Pantalla nº 1. **Lunes 11 de Junio de 2018 de 11:40 a 12:10 h.**

ID 9

¿SON EFECTIVAS LAS ALTERNATIVAS FARMACOLÓGICAS A LAS AMIDAS SUBCUTÁNEAS EN LAS GASOMETRÍAS ARTERIALES?

Leire Berasaluze Sanz[1]; G. Vallejo de la Hoz[1]; S. Ballesteros Peña[2]; L. Reglero García[3]; I. Fernández Aedo[4]; I. de la Fuente Sancho[2]; O. Romeu Bordas[2]; MJ. Lanzagorta Díaz[1]
1. Hospital Galdakao-Usansolo; 2. Hospital Basurto; 3. CS Mina del Morro; 4. Facultad de Medicina y Enfermería (UPV/EHU)

Introducción-Objetivos

La gasometría arterial es una prueba diagnóstica fundamental en el paciente con patología respiratoria. La obtención de sangre arterial precisa de una punción, procedimiento doloroso en el que la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) recomienda la aplicación de anestesia local (lidocaína o mepivacaína subcutánea) previa a la técnica. **Objetivos:** Estudiar las estrategias anestésicas alternativas a las amidas subcutáneas en las gasometrías arteriales; analizando la eficacia de otras opciones farmacológicas.

Metodología-Observación Clínica

Revisión sistemática realizada en base a las disposiciones Prisma. La búsqueda se realizó en 7 bases de datos biomédicas: Medline, Web of Science, Scopus, EMBASE, CINAHL, Scielo y Cochrane. Revisión sistemática registrada en PROSPERO (CRD: 42017060402). Fueron seleccionados artículos observacionales (únicamente ensayos clínicos) publicados en español o inglés entre enero de 1990 y octubre de 2017 con disponibilidad de acceso a texto completo que estudiaban las alternativas anestésicas (farmacológicas) a las amidas subcutáneas previas a la punción arterial.

Resultados-Intervenciones

Fueron incluidos 9 artículos sobre las alternativas farmacológicas a las amidas subcutáneas: cloretilo o sprays refrigerantes, parches transdérmicos (lidocaína/tetracaína), nitrato subcutáneo y pomadas o aplicaciones tópicas, tales como la tetracaína, lidocaína, ametocaína y la crema EMLA®. Estas medidas, salvo los parches transdérmicos y el nitrato subcutáneo, demostraron no ser alternativas eficaces para la reducción del dolor relacionado con la punción arterial.

Conclusiones

La punción arterial para gasometría es un procedimiento doloroso. La SEPAR recomienda el uso de anestesia con amidas subcutáneas. Sin embargo, existen otras alternativas farmacológicas para mitigar el dolor ocasionado por la punción, que en su mayoría no parecen ser una alternativa eficaz a la infiltración subcutánea; con la excepción del citado parche transdérmico y el nitrato subcutáneo, que obtuvieron resultados comparables a la analgesia producida con las amidas subcutáneas.

Palabras clave

gasometría · arteria · punción · dolor · analgesia

Pantalla nº 1. **Lunes 11 de Junio de 2018 de 11:40 a 12:10 h.**

ID 13

ANALGOSEDACIÓN GUIADA POR ENFERMERÍA: AVANZANDO EN LA LUCHA CONTRA LA SOBRESEDACIÓN

Yolanda Mendiara Berbiela; JA. Grasa Lanau; A. Campo Sin; C. González Iglesias; A. Plaza Cuello; MP. Otto Noguero; MI. Ballarín Giménez; M. Llanas Rech; MN. Cuello Mur; JC. García Ronquillo
Hospital de Barbastro

Introducción-Objetivos

La sobresedación es un problema frecuente en el paciente critico, que acarrea mayor morbimortalidad asociada, aumento de incidencia de delirio y debilidad adquirida, prolongación de estancia en UCI y en hospital, más días de VM (ventilación mecánica) y un incremento de los costes sanitarios. La sedación basada en la analgesia y guiada por enfermería tiene como objetivo reducir las dosis y el tiempo de administración de fármacos sedantes al mínimo imprescindible partiendo de un manejo adecuado del dolor.

Metodología-Observación Clínica

Revisión de bibliografía y formación específica de dos miembros del personal de enfermería que actuaron de enlace con el equipo médico para la elaboración de un protocolo conjunto, así como con el resto del personal de enfermería para la concienciación, formación y difusión del protocolo.

Resultados-Intervenciones

Se ha implementado la aplicación de escalas validadas para la valoración del dolor y la sedación, y se ha elaborado junto con el equipo médico un protocolo conjunto de sedación y analgesia. A la vez, se ha llevado a cabo un proceso de formación, difusión del protocolo y motivación del personal a través de varias sesiones formativas. Se ha efectuado la adaptación del sistema informático a las nuevas escalas y a la prescripción de fármacos por peso y objetivo terapéutico. Desde la implantación de un protocolo de analgosedación guiado por enfermería, se ha constatado un mejor ajuste de las dosis de sedación y analgesia al ser valorada y ajustada con más frecuencia, disminuyendo la sobresedación y la sedación profunda no indicada, con una reducción de las dosis de benzodiacepinas, menor tiempo de weaning y menos días de VM.

Conclusiones

Los protocolos de analgosedación guiada por enfemería, basados en escalas validadas y con un personal correctamente formado y motivado, contribuyen a disminuir la sobresedación.

Palabras clave

Analgesia · Sedación · Protocolo · Enfermería

Pantalla nº 1. **Lunes 11 de Junio de 2018 de 11:40 a 12:10 h.**

ID 14

PREVENCIÓN DEL DELIRIO EN UCI: UNA TAREA DE TODOS

José Antonio Grasa Lanau; Y. Mendiara Berbiela; A. Campo Sin; C. González Iglesias; JC. García Ronquillo; A. Plaza Cuello; MP. Otto Noguero; L. Nogues García; JR. Hidalgo Sánchez; M. Pujado Oliva
Hospital de Barbastro

Introducción-Objetivos

El delirio en el paciente crítico está relacionado con un aumento de la morbimortalidad y una mayor duración de la estancia en UCI y de la ventilación mecánica. También se asocia con un incremento del tiempo de ingreso hospitalario, costes sanitarios y secuelas post ingreso (institucionalización y deterioro cognitivo a largo plazo). Igualmente se relaciona con la aparición de debilidad adquirida en UCI. Pese a ello, es un problema minusvalorado y que puede ser en parte prevenido mediante intervenciones sencillas de enfermería en cooperación con la familia.

Metodología-Observación Clínica

Realización de sesiones formativas y de concienciación entre el personal. Igualmente, se ha elaborado un folleto informativo para las familias , explicando en qué consiste el delirio y como ayudar a prevenirlo, facilitando un horario de visitas ampliado en algunos casos, como primer paso a una ampliación generalizada. También se puso en marcha un protocolo de sedación basado en la analgesia y guiado por enfermería, con el objetivo de reducir la administración de fármacos sedantes, en especial benzodiacepinas, y con ello del riesgo de delirio asociado a estos fármacos.

Resultados-Intervenciones

Mediante la creación de un protocolo de actuación de enfemería, basado en intervenciones ambientales que tratan de humanizar el trato al paciente, implementar medidas para favorecer el sueño y educar e implicar a la familia en la prevención del delirio, hemos tratado de disminuir la incidencia y la duración del delirio en nuestra unidad. Con la concienciación y formación, los profesionales han aumentado su implicación en la prevención del delirio y en las tareas de educación e implicación de la familia.

salud
HOSPITAL DE BARBASTRO

DELIRIO EN UCI

Algunos pacientes de la UCI desarrollan un cambio repentino en la función cerebral que se llama delirio.
El delirio no es inusual y es más frecuente en los pacientes de más edad. Puede provocar confusión, cambios de personalidad y dificultad para seguir indicaciones o prestar atención a conversaciones. En algunos casos, también puede causar agitación.
El delirio puede ser el resultado de no dormir lo suficiente o incluso de los medicamentos para el sueño. El estrés de una enfermedad o de una infección también puede provocarlo. Con frecuencia, el delirio es temporal y dura de unos pocos días a una semana. Sin embargo, por lo general, retrasa el tiempo de recuperación de un paciente.

Para prevenir el delirio, el personal de la UCI pondrá en marcha una serie de medidas que resultan de utilidad, y en las que la familia puede colaborar para minimizar tanto el riesgo de aparición de delirio, como su duración e intensidad en caso de que se presente.

- Utilice relojes y calendarios para ayudarle a orientarse
- Informe a la persona con regularidad qué día y hora es, dónde está y qué está sucediendo alrededor de él o ella.
- Puede traerle objetos que le ayuden a sentirse en un ambiente familiar: fotos, dibujos, etc...
- Puede proporcionarle libros, revistas periódicos, radio con auriculares...
- Hable acerca de eventos actuales (actualidad informativa, hechos cotidianos relacionados con la actualidad de su familia o amigos...) Aunque aparentemente no puedan oírle, animamos a los familiares a que hablen a sus seres queridos.
- Anímele a participar en actividades que le estimulen a pensar (juegos de palabras, etc...)

- Si su familiar se encuentra intubado le puede resultar difícil comunicarse con él. Tenga paciencia e intente formularle preguntas sencillas y que se puedan responder con un "sí" o un "no".
- Asegúrese de que el paciente disponga de sus gafas, dentadura postiza y aparatos auditivos si los necesita.
- Si su familiar o usted necesitan traer algún objeto con significado religioso o espiritual, consulten con el personal de enfermería responsable y buscaremos el lugar más adecuado para ponerlo.

Los pacientes que duermen mejor presentan menos episodios de delirio y se recuperan con mayor rapidez. Sin embargo, puede ser difícil para los pacientes dormir con profundidad en una UCI.
Por nuestra parte aplicamos una serie de medidas para favorecer el sueño continuo desde la medianoche hasta las 6 horas:

- ✓ Disminuimos la intensidad de las luces y las alarmas durante la noche.
- ✓ Reducimos los ruidos fuertes.
- ✓ Minimizamos las intervenciones que no sean absolutamente necesarias

Usted puede ayudar: la información sobre las preferencias y los patrones de sueño de su ser querido nos permitirán ayudarle a que tenga el descanso necesario para recuperarse. Infórmenos si hay algo que su ser querido use con regularidad para dormirse (por ejemplo, música, leche tibia). Consúltenos sobre la posibilidad de traer tapones para los oídos.

A pesar de estas medidas, puede que su ser querido siga desorientado e incluso, a veces, que no le reconozca. Si este es el caso, intentaremos reorientarlo hablando con él y manteniéndolo tranquilo con medicamentos. En algún caso, si el equipo asistencial considera que puede resultar beneficioso, se le permitirá acompañarle fuera del horario de visitas si ello le tranquiliza. Si a pesar de todo, sigue inquieto y confuso, valoraremos (siempre como último recurso y durante el mínimo tiempo necesario) la necesidad de colocar contenciones mecánicas para prevenir lesiones.

Para evitar que pueda hacerse daño, siempre, antes de irse, asegúrese de que las barandillas de la cama están levantadas.

No dude en consultarnos cualquier duda o pregunta.

Muchas gracias por su colaboración.

Conclusiones

La concienciación y formación del personal, son esenciales en la lucha contra el delirio. Un protocolo de analgosedación guiado por enfermería, es eficaz en la reducción de las benzodiacepinas y del delirio asociado a éstas.

Palabras clave

Delirio · Prevención · Familia · Humanizar

Pantalla nº 1. **Lunes 11 de Junio de 2018 de 11:40 a 12:10 h.**

ID 15

GRADO DE IMPLEMENTACIÓN DE LA ENFERMERA REFERENTE EN LA UCI

Mª Jesús Marmol Cubillo; M. Solà Ferrer; G. Guillaumet Justribó; V. Segura Candalija; L. García Pladellorens; N. Tomás Ordiñana; S. Guzman Álvarez
Althaia

Introducción-Objetivos

La Enfermera Referente es la persona de referencia del paciente, su funcion es velar por su seguridad y continuidad de las curas hasta el alta, por tanto diremos que ejerce como gestora del proceso asistencial del paciente. La creación esta figura en nuestra UCI se realiza a partir de la idea de crear un sistema de comunicación efectivo entre enfermera referente y colaboradoras, para hacer de enlace entre el paciente y família y el equipo multidisciplinar. La alta especialización tiende a fragmentar la asistencia: Macroexpertos en microtemas es decir, sistema asistencial centrado en la enfermedad y no en la persona. Por tanto sus funciones son: Coordinar la intervención de los diferentes profesionales y homogeneizar el proceso. Planificar el alta de enfermeria y dar las recomendaciones oportunas. Garantizar la continuidad de cuidados y minimizar la variabilidad. Crear una estructura de trabajo que permita al paciente reconocer a una enfermera como responsable de la gestión de su proceso Mejorar la motivación y satisfacción de enfermeria.

Metodología-Observación Clínica

Recogida de resultados encuestas satisfacción. Soporte Excel

Resultados-Intervenciones

Recogidas 265 encuestas durante el 2017, de las cuales el 78,2% de los pacientes dicen reconocer a su Enfermera Referente (el 74,3% de ellos saben su nombre); el 9,1% no y el 12,7% no contestan. El 90% de las infermeras referentes reconocen que ser profesional de referencia les proporciona mayor satisfacción a nivel personal y profesional

Conclusiones

La figura de la Enfermera Referente juega un papel crucial en todo el proceso de planificación de curas y cuidados para el enfermo. Ofrece un papel de soporte emocional tanto para el paciente como para la família. Ejerce de eje central y de coordinación entre los diferentes profesionales tanto internos del Servicio como externos. Los pacientes reconocen a su Enfermera Referente en su gran majoria, pero entendemos que este resultado es insuficiente ya que tendria que ser positivo el 100%.

Palabras clave

enfermera referente · seguridad · humanización

Pantalla nº 1. **Lunes 11 de Junio de 2018 de 11:40 a 12:10 h.**

ID 16

UCI MOBILE-LEARNING. APRENDIZAJE UBICUO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Juan Manuel Ramos Rodríguez; ME. Silva Vera; Amalia Ávila Cuvillo; JM. Clavijo Rodríguez; R. Bohollo de Austria
Hospital del SAS de Jerez

Introducción-Objetivos

En los últimos tiempos, el avance en el uso de la tecnología móvil con finalidades educativas (mobile-learning), ha sufrido un crecimiento exponencial, gracias a la ubicuidad, disponibilidad masiva de dispositivos y a la buena aceptación que ofrece. En base a ello, ha sido diseñado e implementado en la UCI del Hospital de Jerez, un proyecto de aprendizaje colaborativo en enfermería, basado en el uso de dicha tecnología móvil.

Objetivos:

- Crear un canal de comunicación y aprendizaje colaborativo ubicuo, donde poder compartir y desarrollar contenidos de interés.
- Mejorar la seguridad del paciente, a través de la mejora de la comunicación y la actualización de conocimientos.

Metodología-Observación Clínica

Para la realización del proyecto se ha aplicado el modelo de diseño instruccional ADDIE, el cual comprende cinco fases, las cuales son desarrolladas en el siguiente apartado.

Resultados-Intervenciones

1. ANÁLISIS

- Análisis de la situación actual, recursos tecnológicos de los profesionales de enfermería y predisposición al proyecto de mejora.

2. DISEÑO

- Búsqueda bibliográfica y diseño del proyecto tecnológico.
- Elección de la aplicación móvil y establecimiento de roles dentro del canal de comunicación.

3. DESARROLLO E IMPLEMENTACIÓN

- Creación de canal de mobile-learning a través de la aplicación “Telegram”.
- Activación de los profesionales de enfermería.
- Información de los objetivos y normas a cumplir.
- Difusión de elementos de aprendizaje dentro del canal.

4. EVALUACIÓN

- Análisis de participación y rediseño del proyecto.

Conclusiones

Los profesionales de enfermería, necesitan de sistemas de formación y comunicación ubicuos, que faciliten el establecimiento de redes de aprendizaje que potencie el aprendizaje colaborativo. La comodidad y ubicuidad que ofrecen los smartphones, sumado a su disponibilidad masiva, hace que el desarrollo de líneas de aprendizaje ?mobile-learning?, experimente una tendencia al alza dentro de las unidades de enfermería, dada la buena aceptación de estos sistemas. Gracias a estas modalidades de aprendizaje flexible, se puede mejorar el conocimiento y facilitar la resolución de problemas de forma contextualizada y bajo la mejor evidencia científica disponible.

Palabras clave

Mobile-learning · Enfermería · Aprendizaje colaborativo

Pantalla nº 1. **Lunes 11 de Junio de 2018 de 11:40 a 12:10 h.**

ID 19

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE SOMETIDO A TÉCNICAS DE DEPURACIÓN EXTRARRENAL TRAS HIPERPOTASEMIA

I. Vázquez Rodríguez Barbero; A. Puebla Martín; MP. Rubio Serrano; G. García Fernández; JM. Pacheco Salgado; MA. Puebla Martín; S. García Velasco Sánchez Morago; MC. García Fernández; S. García del Castillo Muñoz; M. Castillo Rodríguez
Hospital General Universitario de Ciudad Real

Introducción-Objetivos

El potasio está implicado en el funcionamiento de células nerviosas y musculares, la digestión, el metabolismo y mantenimiento del equilibrio de procesos eléctricos y químicos del cuerpo. Es particularmente importante en la función cardiaca. El rango normal es de 3.70 a 5.20 mmol/l (milimoles por litro) Un nivel de potasio alto en sangre o hiperpotasemia, a menudo indica que el cuerpo está produciendo un exceso de potasio o que los riñones no pueden eliminar el excedente correctamente. El objetivo planteado es proporcionar los cuidados de enfermería basados en la evidencia necesarios en un paciente sometido a Técnicas de Depuración Extrarrenal tras una hiperpotasemia.

Metodología-Observación Clínica

Varón de 23 años que ingresa en la UCI (Unidad de Cuidados Intensivos) por politraumatismo secundario a accidente de tráfico con traumatismo craneoencefálico grave, torácico grave, abdominal cerrado y ortopédico. Sin antecedentes médicos-quirúrgicos de interés. No alérgicas medicamentosas conocidas. Destaca en la analítica del 22 de junio del 2017 hiperpostasemia refractaria de hasta 8 mmol/l. que requieren Técnicas Continuas de Depuración Extrarrenal (TCDE) para reestablecer los valores normales.

Resultados-Intervenciones

Se abordan los diagnósticos, intervenciones y resultados enfermeros en pacientes sometidos a hemodiafiltración venovenosa continua (HDFVVC) con hiperpotasemia: 00004 Riesgo de infección, 00046 deterioro de la integridad cutánea, 00085 deterioro de la movilidad física y 00195 riesgo de desequilibrio electrolítico.

Conclusiones

Las TCDE, son propias de los pacientes críticos, una de las indicaciones es corregir los niveles elevados de potasio en sangre. La elección de la HDFVCC permitió corregir la hiperpotasemia severa con dos sesiones y corregir las alteraciones electrocardiográficas.

Financiación

Propia.

Palabras clave

Atención de enfermería · Hiperpotasemia · Hemodiafiltración

NIVELES DE POTASIO EN SANGRE

BQ.: BIOQUÍMICA EN SANGRE. G. ART.: GASES ARTERIALES.

22 JUN	23 JUN	23 JUN	23 JUN	23 JUN	23 JUN	23 JUN	24 JUN
23:03	1:32 a. m.	2:29 a. m.	3:56 a. m.	6:02 a. m.	13:34	18:07	8:40 a. m.
BQ.	G.ART.	G. ART.	G. ART.	BIQ. / G.ART.	BQ.	BQ. / G.ART.	BQ. / G. ART.
8 mmol/l	7,4 mmol/l	7,2 mmol/l	6,8 mmol/l	6,6 / 6,5 mmol/l	5,6 mmol/l	5,5 / 5,2 mmol/l	3,2 / 2,9 mmol/l

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Pósters

Pantalla nº 2. **Lunes 11 de Junio de 2018 de 11:40 a 12:10 h.**

ID 17
MAPA DE RIESGOS EN UNA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE CUIDADOS INTENSIVOS

ID 18
DONACIÓN DE ÓRGANOS EN EL CONTEXTO DE LA LIMITACIÓN DE ESFUERZO TERAPEÚTICO: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

ID 27
PROTOCOLO DE ENFERMERÍA PARA LA CANALIZACIÓN ARTERIAL RADIAL GUIADA POR ULTRASONIDOS

ID 31
MONITORIZACION DE LA SEDACIÓN PROFUNDA EN UCI. ÍNDICE BIESPECTRAL (BIS)

ID 32
MOVILIZACIÓN PRECOZ DEL PACIENTE CRÍTICO

ID 33
CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL POSTOPERATORIO INMEDIATO DE UN IMPLANTE VALVULAR AÓRTICO TRANSCATETER (TAVI)

ID 34
SEGURIDAD DEL PACIENTE: IMPORTANCIA DE “PROYECTOS TOLERANCIA ZERO” EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCIS)

ID 35
PROTOCOLO ENFERMERO DE MONTAJE DE TERAPIA DE ALTO FLUJO CON CÁNULA NASAL

Pantalla nº 2. **Lunes 11 de Junio de 2018 de 11:40 a 12:10 h.**

ID 17

MAPA DE RIESGOS EN UNA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE CUIDADOS INTENSIVOS

Mª Isabel González Méndez; I. Alonso Araujo; C. Martín Castaño; MR. Urbán Carmona; R. Amaya Villar; M. Porras López
Hospital Universitario Virgen del Rocío

Introducción-Objetivos

El objetivo de las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) es ofrecer a los enfermos críticos una asistencia sanitaria ajustada a sus necesidades, de calidad y de la manera más segura posible. El mapa de riesgos es un instrumento informativo y dinámico que permite conocer los factores de riesgo y los probables o comprobados daños en un ambiente de trabajo concreto.

Metodología-Observación Clínica

1. Analizar las causas que permitan prevenir o detectar precozmente la aparición de eventos adversos.
2. Incrementar la cultura de seguridad reflexionando y trabajando en la minimización de riesgos.

Resultados-Intervenciones

Este mapa de riesgos se ha desarrollado mediante panel de expertos en dos fases. Una primera, fase cognoscitiva en la que se constituyó el grupo de trabajo de carácter multidisciplinar y se definió el entorno y perfil de nuestros pacientes. Una segunda fase, analítica en la que se identificaron riesgos en los procesos seleccionados. Se ha utilizado la metodología AMFE (análisis modal de fallos y efectos)que mediante un análisis sistemático, contribuye a identificar y prevenir los modos de fallo, tanto de un producto como de un proceso, evaluando su gravedad, ocurrencia y detección, mediante los cuales, se calculará el Número de Prioridad de Riesgo (NPR), para priorizar las causas, sobre las cuales habrá que actuar para evitar que se presenten dichos modos de fallo. Para los procesos vía aérea y ventilación mecánica, identificación del paciente, traslado del paciente, úlceras por presión, caídas, accesos vasculares, sondas, tubos, drenajes o sensores, infección nosocomial y nutrición se analizaron los fallos, efectos y sus posibles causas además de calcularse el número de prioridad de riesgo.

Conclusiones

Los NPR por encima de 200 han correspondido a: fallos en la trascripción de medicación, retirada o desconexión no programada de accesos vasculares, sondas tubos, drenajes o sensores, uso inadecuado del tratamiento antimicrobiano y neumonía asociada a ventilación mecánica.

Financiación

Ninguna.

Palabras clave

Cuidados Críticos · Seguridad · Gestión de Riesgos

Pantalla nº 2. **Lunes 11 de Junio de 2018 de 11:40 a 12:10 h.**

ID 18

DONACIÓN DE ÓRGANOS EN EL CONTEXTO DE LA LIMITACIÓN DE ESFUERZO TERAPEÚTICO: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Mª Isabel González Méndez; P. Feito; C. Martín Castaño; I. Alonso Araujo
Hospital Universitario Virgen del Rocío

Introducción-Objetivos

Actualmente, la donación de órganos es una práctica extendida a nivel mundial. A pesar de ello, el número de donantes y, por tanto, de órganos obtenidos, no son suficientes para cubrir la demanda de los mismos que tiene la población. Debido a la escasez de órganos y para su mayor obtención, es necesario investigar y desarrollar nuevas estrategias dentro de la donación. Una manera innovadora de obtener injertos es la donación en asistolia tipo III de Maastricht que hace referencia a la donación de órganos procedentes de fallecidos por criterios circulatorios y respiratorios tras una limitación del tratamiento de soporte vital (LTSV).

Metodología-Observación Clínica

Analizar y sintetizar el material publicado sobre la donación en asistolia controlada tipo III de Maastricht. Método: Revisión bibliográfica (febrero 2017 - abril 2017), de estudios publicados, que han correspondido a actualizaciones del conocimiento y estudios de cohortes. Se consultan las bases de datos: Pubmed, Scopus, Cuiden, Dialnet, Cinalh, MEDES y Conchrane library. Para construir la estrategia de búsqueda se han utilizado los siguientes descriptores [MESH]: “nursing care”, “life sustaining treatment”, “Maastricht 3” y “Donation”. En las bases de datos hispanas se usaron las siguientes palabras claves: Donación, tratamiento de soporte vital y cuidados de enfermería.

Resultados-Intervenciones

De los 246 artículos localizados con la estrategia de búsqueda seleccionada en las bases de datos indicadas y teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión se obtienen un total de 17 artículos de interés.

Conclusiones

La donación en asistolia tipo III de Maastrichit es la opción más viable actualmente para incrementar el número de órganos disponibles y disminuir listas de espera. El papel de enfermería es fundamental, tanto en la toma de la decisión de realizar una LTSV como en el acompañamiento a familia y paciente durante el desarrollo de todo el proceso debido a la estrecha relación que se genera entre ellos.

Palabras clave

Donación · Tratamiento de Soporte Vital

Pantalla nº 2. **Lunes 11 de Junio de 2018 de 11:40 a 12:10 h.**

ID 27

PROTOCOLO DE ENFERMERÍA PARA LA CANALIZACIÓN ARTERIAL RADIAL GUIADA POR ULTRASONIDOS

Eric Galve Martínez; J. Rosselló Sancho
Hospital Clínic de Barcelona

Introducción-Objetivos

La canalización arterial es una técnica muy frecuente en una unidad de cuidados intensivos. Es imprescindible en el manejo de pacientes hemodinámicamente inestables y que precisan de controles gasométricos regulares. Su colocación por palpación, a menudo, se presenta como un reto para el personal de enfermería debido a hipotensión, edema u obesidad. El empleo de ultrasonidos en la inserción de catéteres venosos centrales es una práctica extendida en estas unidades, pero su uso en la colocación de catéteres arteriales está escasamente descrito en la bibliografía. Desde la Unidad de Vigilancia Intensiva Respiratoria del Hospital Clínic de Barcelona creemos que puede ser útil en casos complicados. Nuestro objetivo es desarrollar un protocolo de enfermería para la inserción del catéter arterial radial guiada por ultrasonidos.

Metodología-Observación Clínica

Búsqueda y revisión bibliográfica en PubMed y Cuiden. Se actualiza el protocolo de inserción del catéter arterial añadiendo el soporte ecográfico. Se imparten cursos teórico-prácticos para la canalización arterial guiada por ultrasonidos. Se entrena al personal en la técnica para la implementación del protocolo.

Resultados-Intervenciones

1. Información al paciente, comprobación de alergias y test de Allen.
2. Realización de examen ecográfico preliminar no estéril para localizar arteria: activar líneas referencia para facilitar punción; elección tercio medial antebrazo para mayor calibre de arteria; abordaje mediante técnica fuera del plano; confirmación vaso por compresibilidad y pulsatilidad; ajuste de profundidad, ganancia y foco.
3. Preparación del campo estéril y canalización de la arteria: alineación arteria-línea central referencia; administración anestésico; punción a 45 grados en marca central transductor; guiar aguja siguiendo recorrido en monitor y canalizar arteria; finalizar procedimiento según protocolo convencional.

Conclusiones

Formación y estandarización en la canalización arterial guiada por ultrasonidos. Rápida instauración del catéter en pacientes con situaciones que dificultan su colocación por palpación. Posibilidad de comparar en el futuro la canalización arterial guiada por ultrasonidos y la convencional.

Financiación

No se ha recibido financiación.

Palabras clave

Enfermería · Cateterización · Arterial · Radial · Ultrasonidos · Ecografía

Pantalla nº 2. **Lunes 11 de Junio de 2018 de 11:40 a 12:10 h.**

ID 31

MONITORIZACION DE LA SEDACIÓN PROFUNDA EN UCI. ÍNDICE BIESPECTRAL (BIS)

Jesús Brenes Lainez; MC. Martínez Iglesias; LF. Hernández Palanco
Hospital Universitario Virgen Macarena

Introducción-Objetivos

El uso de fármacos sedantes y analgésicos forma parte habitual del tratamiento en pacientes críticos y especialmente en aquellos que requieren VMI.Las escalas de sedación son útiles para la monitorización de la sedación superficial pero no se pueden aplicar a pacientes en tratamiento con bloqueantes neuromusculares y son de menor utilidad para la monitorización de la sedación profunda.Actualmente disponemos de sistemas de monitorización que nos facilitan llegar donde las escalas no alcanzan.El sistema más empleado en la actualidad en las UCI para la monitorización de la sedación profunda es el BIS.

Metodología-Observación Clínica

- Correcta monitorización de la analgesia y la sedación
- Encontrar un equilibrio entre proporcionar confortabilidad al paciente y evitar la Infra/sobresedación.
- Disminuir la respuesta al estrés.
- Posibilitar que el paciente tolere los tratamientos, técnicas y la movilización durante su ingreso.
- Formación del personal de enfermería en la correcta colocación y uso de los diferentes sensores y la adecuada interpretación/registro de datos.

Resultados-Intervenciones

El BIS da una medida objetiva (valor numérico),de forma inmediata y continúa sobre los efectos de los diferentes fármacos que se emplean para la sedación. Este valor puede oscilar entre 0 (silencio eléctrico cerebral) y 100 (paciente despierto),considerándose un valor óptimo un BIS 40-60. La infrasedación puede asociarse con agitación,desadaptación de la VM y riesgo de autorretirada de dispositivos. BIS>60. La sobresedación,se acompaña de retrasos en el despertar,prolongación del tiempo de VM,de la estancia en UCI y aumento en la morbimortalidad. BIS<40.

Conclusiones

- El BIS nos permite controlar periódicamente el grado de sedación deseado y ajustar su dosis para asegurar que el paciente reciba la dosis mínima necesaria.
- Conocer el estado de sedación/analgesia es fundamental para el manejo y recuperación del paciente. Su correcta valoración garantiza confortabilidad, reduce el dolor y el estrés, facilitando la aplicación de tratamientos y técnicas.

Palabras clave

Indice Biespectral · sedación · monitorizacion

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Pantalla nº 2. **Lunes 11 de Junio de 2018 de 11:40 a 12:10 h.**

ID 32

MOVILIZACIÓN PRECOZ DEL PACIENTE CRÍTICO

Martin Torralba Melero, E. Cebrián; MJ. Piqueras; MC. Martínez; MC. Ortiz; C. Carrilero; J. García
Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

Introducción-Objetivos

Las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) son servicios altamente especializados que proporcionan cuidados a pacientes críticos. El reposo en cama es con frecuencia parte de su tratamiento y no exento de daño y lesión yatrogénica. El encamamiento prolongado tiene efectos adversos no solo a nivel neuromuscular, también cardiocirculatorio y respiratorio. Se define movilización precoz (MP) como intervención encaminada a proporcionar un estímulo motor, sensitivo y propioceptivo, el cual genera al paciente una disminución del impacto negativo del ingreso en UCI. Es por ello necesario la puesta en marcha de un protocolo con la intención de mantener o restablecer la fuerza y la función músculo-esquelética con la intensificación y la aplicación precoz (dentro de los primeros 2-5 días) de estas movilizaciones. Objetivo:Prevenir la Debilidad Adquirida en UCI (DAU) e iniciar precozmente la MP de los pacientes ingresados.

Metodología-Observación Clínica

Búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos (PubMed, Cuiden, Cochrane y Cinahl) usando descriptores DeCS “Exercise”, “Early Ambulation”, “Critical Care” y “Physiotherapy”. Se limitó la búsqueda a idioma inglés y español.

Resultados-Intervenciones

Este protocolo pretende que enfermería incluya en sus cuidados diarios una serie de pautas para iniciar lo antes posible la MP del paciente crítico. Se realizará un valoración del paciente para incluirlo en un nivel de movilización e irá avanzando o retrocediendo según el estado de salud del paciente. Las actividades a realizar dependerán del nivel: cambios posturales, movilizaciones pasivas, activo-asistidas y activas de articulaciones, sedestación en cama, sedestación en sillón y deambulación. Podrían aparecer problemas y complicaciones que obligaría a preguntarnos si está siendo tolerado por el paciente y tomar una decisión.

Conclusiones

La existencia de un protocolo estandarizado de MP proporciona pautas y cuidados necesarios al paciente crítico y evita los problemas ocasionados del encamamiento prolongado, disminuye la incidencia de la polineuropatía del paciente crítico y previene la debilidad adquirida en UCI.

Financiación

Ninguna.

Palabras clave

movilización precoz · debilidad adquirida en UCI · encamamiento prolongado · Fisioterapia

sigue –>

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Pósters

Algoritmo de clasificación en niveles de movilización según situación del paciente

NIVEL I

- Pacientes inconscientes o RASS ≤ -3, con intubación orotraqueal <72 horas y /o sedados
- **Movilizaciones pasivas** en las articulaciones de las cuatro extremidades y **cambios posturales** a decúbito lateral.

ACTIVIDADES:

MMSS: flexoextensión de dedos, flexoextensión de muñeca, desviación radial y cubital, flexoextensión de codo, prono-supinación, flexión, abducción, rotación interna y externa de hombro.
MMII: flexoextensión de dedos, dorsiflexión, plantiflexión, inversión y eversión del pie, flexoextensión de rodilla, flexión, abducción, aducción, rotación interna y externa de cadera.

NIVEL II

- Pacientes que tengan capacidad para interactuar. RASS ≥ -2
- Obtención de mínimo 3/5 respuestas correctas a las siguientes ordenes:

"abra y cierre los ojos"
"mireme"
"apriete mi mano"
"abra la boca y saque la lengua"
"asienta con la cabeza".

ACTIVIDADES:

- Continuación de las actividades del Nivel I y se progresar a **movilizaciones activo-asistidas y activas**, según la capacidad del paciente.
- **Sedestación en cama** de forma progresiva (45-90°) en las sesiones, manteniendo la posición mínimo por 20 minutos.

NIVEL III

- Pacientes que tengan una calificación de 3/5 en fuerza de bíceps (ser capaz de mover los MMSS en contra de la gravedad).

ACTIVIDADES:

- Continuación de las actividades de los niveles anteriores (Nivel I y II).
- **Sedestación en el borde de la cama**.
- Ejercicios de **transferencia de peso y balance**.

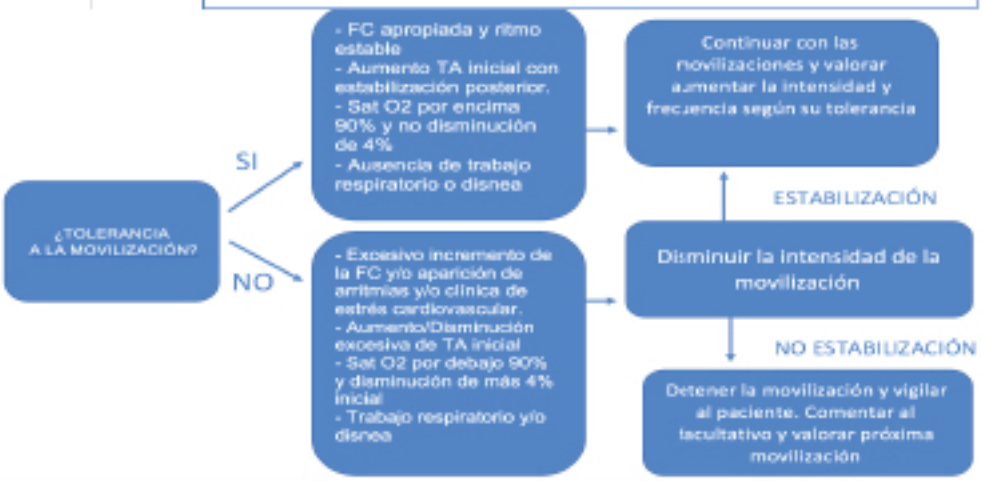
NIVEL IV

- Pacientes que tengan una calificación de 3/5 en fuerza de cuádriceps (ser capaz de mover los MMII en contra de la gravedad).

ACTIVIDADES:

- Continuación de las actividades del nivel anterior (Nivel I, II y III).
- **Sedestación en sillón**, manteniendo la posición mínimo por 20 minutos.
- Durante la transferencia, se pueden realizar actividades simples en posición bípeda (desplazamientos de peso hacia adelante y hacia los lados).
- **Deambulación por la unidad.**

Algoritmo de decisiones ante problemas/complicaciones durante la



Pantalla nº 2. **Lunes 11 de Junio de 2018 de 11:40 a 12:10 h.**

ID 33

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL POSTOPERATORIO INMEDIATO DE UN IMPLANTE VALVULAR AORTICO TRANSCATETER (TAVI)

María del Carmen Martínez Iglesias; LF. Hernández Palanco; J. Brenes Lainez
Hospital Universitario Virgen Macarena

Introducción-Objetivos

El implante valvular aortico transcateter (TAVI) es la alternativa de tratamiento menos invasiva para la estenosis valvular aortica (EA) en pacientes en los que la cirugía convencional está contraindicada o en los que tienen un alto riesgo quirúrgico. El TAVI ofrece la ventaja de implantar una prótesis valvular en el interior de la válvula aortica del corazón sin tener que recurrir a la incisión quirúrgica. Es habitual el ingreso en nuestra UCI de este tipo de pacientes para su control postoperatorio. En 2016 tuvimos en nuestra unidad 32 casos y en 2017 ingresaron 30 casos, con una estancia media de 3,15 días.

Metodología-Observación Clínica

La frecuencia de ingreso de estos pacientes nos ha llevado a elaborar un protocolo para intentar disminuir la variabilidad en la práctica clínica buscando asegurar la calidad de la asistencia. **Metodología:** Búsqueda bibliográfica (CINAHL, CUIDEN, PubMed, Cochrane). Se analizaron complicaciones y cuidados.

Resultados-Intervenciones

- Evaluación general: toma, registro y valoración de constantes vitales
- Riesgo de AVC
  - Retirada de sedación, extubación precoz y valoración neurológica.
- Riesgo de daño renal
  - Vigilar diuresis.
- Riesgo de trastornos de la conducción
  - Monitorización cardíaca.
  - EKG c/12h.
  - Valorar síntomas como mareo,palpitaciones,dolor torácico,hipo
  - Cuidados del marcapasos.
- Riesgo complicaciones acceso vascular
  - Revisión periódica de apósito cada 30 minutos durante las dos primeras horas y posteriormente cada 6 horas hasta retirada a las 24 horas.
  - Valorar miembro puncionado (detectar isquemia):pulsos,coloración,edemas,temperatura,sensación de hormigueo o entumecimiento del miembro.
  - Valorar distensión abdominal,dolor lumbar y caída de hematocrito, que nos puedan alertar de la existencia de sangrado(hematoma retroperitoneal).
- Dolor
  - Valorar intensidad mediante escala EVA.
  - Administración de analgesia prescrita.
  - Elevación de la extremidad no más de 30 grados.
  - No flexión ni movilización de la extremidad.

Conclusiones

La implantación de este protocolo permite prestar cuidados postoperatorios estandarizados que aportan seguridad y calidad al proceso asistencial,así como realizar intervenciones específicas y especializadas de acuerdo con la evolución del paciente. Garantiza la continuidad de cuidados.

Pantalla nº 2. **Lunes 11 de Junio de 2018 de 11:40 a 12:10 h.**

ID 34

SEGURIDAD DEL PACIENTE: IMPORTANCIA DE "PROYECTOS TOLERANCIA ZERO" EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCIS)

Irene Porres Revuelta[1]; ML. Bravo Arcas[2]; MJ. Bueno Muñoz[1]; I. López Martín[1]; SA. Ruiz Ruiz[1]
1. Hospital Clínico San Carlos; 2. Hospital Universitario Virgen de la Victoria

Introducción-Objetivos

La presencia de eventos adversos en el paciente como resultado de los procesos asistenciales ha generado un movimiento dentro de las organizaciones sanitarias encaminado a mejorar la seguridad del mismo, refiriéndonos con ello al conjunto de elementos estructurales, procesos y metodologías basados en evidencias científicamente probadas que pretenden minimizar el riesgo de sufrirlos. Más del 50% de las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria son prevenibles siendo programas de prevención coste-efectivos. De ahí, la importancia de los "proyectos zero" (PZ) en cuanto a la seguridad del paciente. **Objetivo:** dar a conocer la eficacia de medidas PZ y conseguir que el equipo sanitario se oriente al logro de los resultados.

Metodología-Observación Clínica

Revisión bibliográfica en CUIDEN, MEDLINE y COCHRANE LIBRARY (español e inglés, últimos 10 años). Estudio descriptivo transversal en UCI de tercer nivel polivalente, con cuestionario sobre características sociodemográficos y formativas previo pilotaje en último trimestre 2017.

Resultados-Intervenciones

Siete artículos cumplen criterios de inclusión. Datos más recientes indican que Bacteriemia Zero-BZ y Neumonía Zero-NZ disminuyeron bacteriemias relacionadas con catéteres y neumonías durante la ventilación mecánica un 50%. Resistencia Zero-RZ indica disminución progresiva (20%) de pacientes que adquieren nueva bacteria multirresistente en UCI. Estudio descriptivo con muestra N=60: formación PZ 58% (68,3%-BZ, 45%-NZ, 61,7%-RZ). Sin formación-PZ: TCAEs 64,7% y 18,6% enfermeros (100% interesados en formación). Se muestra a profesionales los resultados tras aplicación medidas PZ, dirigiéndolos a enlaces con la formación. Se informa sobre la próxima implantación del proyecto Infección-Tracto-Urinario-Zero-(ITUZ).

Conclusiones

Se observa implicación adecuada respecto a la formación sobre PZ incluyendo programa ITUZ, lo que puede seguir contribuyendo a la disminución de infección, aumentando en consecuencia la seguridad del paciente en aquellas unidades implicadas con los PZ. Es necesaria la realización de protocolos orientados a incrementar la seguridad del paciente. Consideramos esencial crear un compromiso real en los profesionales sanitarios, reforzando la cultura de seguridad en las UCIs.

Palabras clave

Patient Safety · Bacteriemia zero · Neumonía zero · Resistencia zero

Pantalla nº 2. **Lunes 11 de Junio de 2018 de 11:40 a 12:10 h.**

ID 35

PROTOCOLO ENFERMERO DE MONTAJE DE TERAPIA DE ALTO FLUJO CON CÁNULA NASAL

I. Vázquez Rodríguez Barbero; A. Puebla Martín; JM. Pacheco Salgado; G. García Fernández; MP. Rubio Serrano; S. García Velasco Sánchez Morago; MA. Puebla Martín; P. Monteagudo López Lucendo; RM. Ayuso Rivas; S. Vázquez Barroso
Hospital General Universitario de Ciudad Real

Introducción-Objetivos

La terapia de alto flujo con cánula nasal administra oxígeno solo o mezclado humedo y caliente al paciente a una concentración constante independientemente de su patrón ventilatorio. La entrada de aire a través de los orificios es proporcional al flujo de oxígeno, puede regularse. El objetivo es disponer de un protocolo que proporcionen a los profesionales de enfermería los pasos a seguir en el montaje de la terapia de alto flujo con cánula nasal

Metodología-Observación Clínica

Procedimiento. Montaje de la terapia de alto flujo con cánula nasal Personal que interviene. Enfermera, auxiliar de enfermería y médico intensivista. Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos: cuiden, pubmen, scielo, con las palabras claves: terapia de alto flujo con cánula nasal, high flow therapy with nasal cannula, optiflow protocol.

Resultados-Intervenciones

Intervenciones específicas de Enfermería y resto de equipo multidisciplinar. Preparar material (Auxiliar de enfermería). Informar al paciente del procedimiento. Conectar el sistema a las fuentes de electricidad, de oxígeno y de aire, si lo tiene. Montar el sistema con el agua estéril. Conectar entrada de oxígeno y aire. Colocar tubuladura y termómetros. Regular flujo de aire y oxígeno. Encender y seleccionar modo “cánula nasal”. Verificar nivel de agua estéril. Programar flujo y FiO_2 (Pautado por Médico Intensivista) Colocar cánula nasal Problema más importante. El montaje no se realice adecuadamente y el paciente no tolere el dispositivo. Indicadores de evaluación: El dispositivo funcione sin incidencias. El paciente mantenga signos vitales y esté confortable Registro de la actividad y cualquier incidencia en la gráfica de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos.

Conclusiones

El personal de enfermería debe estar entrenado, en el montaje de la terapia de alto flujo con cánula nasal, es un procedimiento empleado en pacientes críticos, como alternativa a la ventilación mecánica.

Financiación

Propia

Palabras clave

Protocolo · Grupo de enfermería · Enfermedades respiratorias

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Pósters

Pantalla nº 3. **Lunes 11 de Junio de 2018 de 11:40 a 12:10 h.**

ID 36
PROTOCOLO DE RESOLUCIÓN DE LAS CAUSAS QUE INCIDEN EN LAS PRESIONES DE MONITOR AQUARIUSR PARA TÉCNICA CONTINUA DE DEPURACIÓN EXTRARRENAL

ID 37
PROTOCOLO DE AHORRO SANGUÍNEO EN EL PACIENTE CRÍTICO ASOCIADO A DETERMINACIONES ANALÍTICAS

ID 41
RESTRICCIONES FÍSICAS EN UCI. PERCEPCIONES DE ENFERMERÍA Y DE PACIENTES

ID 43
CREENCIAS Y ACTITUDES DEL PERSONAL SANITARIO Y LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA ANTE UNA PANDEMIA POR GRIPE

ID 44
RIESGO DE ABSENTISMO LABORAL EN EL PERSONAL SANITARIO ANTE UNA HIPOTÉTICA PANDEMIA POR GRIPE

ID 45
SEGURIDAD Y CALIDAD EN EL CIRCUITO TRANSFUSIONAL EN UCI. SISTEMA HEMOCOD PDA

ID 46
EVENTOS DE SEGURIDAD CLÍNICA EN UCI: PÉRDIDAS RELACIONADAS CON DISPOSITIVOS INVASIVOS

ID 412
PROCEDIMIENTO PARA PREVENCIÓN DE LESIONES DE ESPALDA DEL PERSONAL SANITARIO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS; EN LA MOVILIZACIÓN DEL PACIENTE HACIA ARRIBA DE LA CAMA

Pantalla nº 3. **Lunes 11 de Junio de 2018 de 11:40 a 12:10 h.**

ID 36

PROTOCOLO DE RESOLUCIÓN DE LAS CAUSAS QUE INCIDEN EN LAS PRESIONES DE MONITOR AQUARIUSR PARA TÉCNICA CONTINUA DE DEPURACIÓN EXTRARRENAL

I. Vázquez Rodríguez Barbero; A. Puebla Martín; G. García Fernández; MP. Rubio Serrano; JM. Pacheco Salgado; MC. García Fernández; S. García Velasco Sánchez Morago; A. Espinar Ochoa; A. García Maroto Vázquez de Agredos; R. Espigares Ávila
Hospital General Universitario de Ciudad Real

Introducción-Objetivos

La monitorización de presiones en Técnicas Continuas de Depuración Extrarrenal (TCDE) es labor de enfermería. Es prioritario conocer los rangos adecuados de presiones y rentabilizar esta información para optimizar los cuidados enfermeros que proporcionamos al paciente. El objetivo planteado es disponer de un protocolo que proporcionen a los profesionales de enfermería los conocimientos necesarios para resolver las causas que provocan el aumento o disminución de presiones del monitor AquiariusR para TCDE.

Metodología-Observación Clínica

- Procedimiento: Resolución de las causas que provocan un aumento o disminución de las presiones del monitor AquariusR para TCDE.
- Personal que interviene:. Enfermera.
- Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos: cuiden, pubmen, scielo, con las palabras claves: protocolo de presiones depuración extrarrenal, técnicas continuas depuración extrarrenal, continuous technical pressures of extrarenal purging.

Resultados-Intervenciones

- Intervenciones específicas enfermería: Tabla
- Problemas más importante: Mal manejo de las presiones que incidan en el mantenimiento del monitor y/o la estabilidad hemodinámica del paciente.
- Indicadores de evaluación: El monitor funcione sin incidencias y las presiones estén en rango.
- Registro de la actividad y cualquier incidencia en la hoja de control de parámetros y presiones de la Unidad de Cuidados Intensivos.

Conclusiones

El personal de enfermería debe conocer los rangos adecuados presiones del monitor AquiariusR para TCDE, las causas que aumentan o disminuyen estás presiones y como resolver las incidencias.

Financiación

Propia.

Palabras clave

Planificación de atención al paciente · Enfermería de Cuidados Críticos · Hemofiltración

Pantalla nº 3. **Lunes 11 de Junio de 2018 de 11:40 a 12:10 h.**

ID 37

PROTOCOLO DE AHORRO SANGUÍNEO EN EL PACIENTE CRÍTICO ASOCIADO A DETERMINACIONES ANALÍTICAS

Mònica Maqueda Palau[1]; Eva Pérez Juan[2]
1. Hospital Universitari Son Espases; 2. Hospital de Manacor

Introducción-Objetivos

Una de las complicaciones de los pacientes ingresados en las unidades de cuidados intensivos (UCI) es la anemia. La causa es multifactorial, algunos autores la asocian al elevado número de extracciones sanguíneas con fines diagnósticos. El promedio de sangre extraída al día de ingreso en nuestra UCI es de 81ml, el 40% pertenece a volumen de desecho.

Objetivos: Racionalizar el número de prescripciones analíticas. Disminuir el volumen de sangre extraído. Implantar técnicas de extracción conservadoras y prevenir la anemia iatrogénica.

Metodología-Observación Clínica

Dirigido a profesionales de salud que trabajan en las áreas de críticos. Población diana: pacientes ingresados en las áreas de críticos. Se realizó una búsqueda bibliográfica entre Mayo-Julio de 2017 con el fin de responder a las siguientes preguntas: ¿Son necesarias todas las analíticas solicitadas al paciente crítico?, ¿el volumen de la muestra es apropiado para la prueba seleccionada?, ¿la técnica de extracción es la menos invasiva? Se consultaron revisiones sistemáticas: Cochrane, artículos científicos: Pubmed, Embase, Medline, JBI connect y literatura gris. Descriptores: anemia, paciente crítico, flebotomía, programas ahorro sanguíneo, volumen sanguíneo, hemoglobina. La prevalencia de anemia se relaciona con aumento de la morbilidad y mortalidad. La literatura describe iniciativas y programas enfocados al ahorro sanguíneo del paciente. Existen recomendaciones sencillas y efectivas, pero requieren el esfuerzo y coordinación del equipo multidisciplinar para su implementación.

Resultados-Intervenciones

Disminuir el número de prescripciones analíticas. Utilización de tubos de menor volumen para la extracción de muestras sanguíneas. Extraer el mínimo volumen de sangre necesario para las gasometrías. Utilizar técnicas de extracción conservadoras como el circuito cerrado o dispositivos específicos

Conclusiones

El cumplimiento del protocolo permitirá reducir el volumen de sangre extraído al paciente crítico y prevenir la anemia iatrogénica.

Palabras clave

anemia|paciente crítico · flebotomía · programas ahorro sanguíneo · volumen sanguíneo · hemoglobina

Pantalla nº 3. **Lunes 11 de Junio de 2018 de 11:40 a 12:10 h.**

ID 41

RESTRICCIONES FÍSICAS EN UCI. PERCEPCIONES DE ENFERMERÍA Y DE PACIENTES

Dolores Mendoza Delgado; JM. Ramos Rodríguez
Hospital del SAS de Jerez de la Frontera

Introducción-Objetivos

Se denomina restricción física (RF) a cualquier método que restringe la libertad de movimientos sin consentimiento del paciente. En las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) las RF son utilizadas sobre todo para evitar la retirada no programada de dispositivos médicos. En la UCI del Hospital de Jerez, la decisión de aplicar RF viene dada por el criterio de enfermería, pues no existe un protocolo de uso.

Los objetivos planteados fueron:
1. Conocer las opiniones y sensaciones de las enfermeras sobre la utilización de RF en los pacientes.
2. Conocer las experiencias de los pacientes inmovilizados en algún momento de su estancia en UCI.

Metodología-Observación Clínica

Investigación cualitativa descriptiva con metodología fenomenológica. La muestra está constituida por enfermeras con más de un año de experiencia en UCI y aquellos pacientes ingresados que estuvieron con RF y lo recuerdan. Se realizaron entrevistas semiestructuradas audio-grabadas hasta alcanzar la saturación de los datos. El análisis de contenido del lenguaje siguió el método de codificación convencional, con la ayuda del software Atlas.ti 7.0. Se solicitó y obtuvo permiso del Comité de Ética de la Investigación de Andalucía y de la Dirección del Hospital. El consentimiento informado debía ser firmado previamente.

Resultados-Intervenciones

Se entrevistaron 14 enfermeras durante el mes de agosto de 2017. Del análisis de éstas surgieron cinco temas o categorías:
1) Motivos de RF
2) Factores favorecedores
3)Medidas alternativas
4) Sentimientos del personal
5) Áreas de mejora. Sólo se pudieron incluir dos pacientes en la muestra, debido a que no recordaban haber sido inmovilizados.

Conclusiones

- La enfermería de UCI utiliza las RF para evitar la retirada no programada de dispositivos terapéuticos.
- Se expresaron sentimientos de culpa y pena por el paciente.
- Las experiencias de los pacientes no se pudieron conocer a fondo por no encontrar una muestra suficiente. Se sigue buscando pacientes que lo recuerden para completar el estudio.

Financiación

Sin financiación.

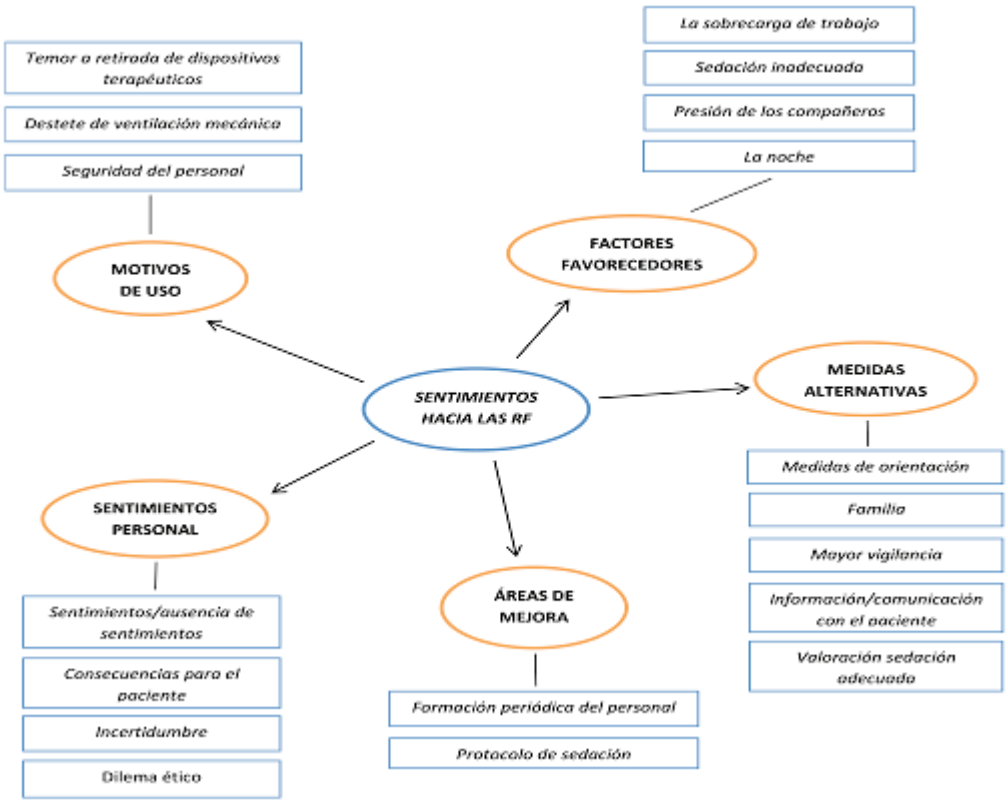
Palabras clave

Restricciones físicas · Percepciones enfermería · Experiencias paciente · Investigación cualitativa · Fenomenología

sigue –>

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Pósters



Pantalla nº 3. **Lunes 11 de Junio de 2018 de 11:40 a 12:10 h.**

ID 43

CREENCIAS Y ACTITUDES DEL PERSONAL SANITARIO Y LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA ANTE UNA PANDEMIA POR GRIPE

Borja Nicolás Santana López[1]; YG. Santana Padilla[2]; J. García García[2]; B. Guedes Santana[2]; JD. Martín Santana[1]; L. Santana Cabrera[2]

1. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria; 2. Hospital Universitario Insular de Gran Canaria

Introducción-Objetivos

Los trabajadores de la salud son una pieza clave ante una pandemia,ya que serán los primeros en exponerse a la misma; por ello, es importante conocer sus creencias y actitudes ante ella. El objetivo es analizar las creencias y actitudes del personal sanitario y los estudiantes de enfermería ante una pandemia por gripe

Metodología-Observación Clínica

Se llevó a cabo un estudio transversal, descriptivo, mediante encuesta anónima, entre el personal sanitario de UCI, Urgencias y estudiantes del último curso del Grado Enfermería, con una muestra de 277 personas.Utilizando escalas ya validadas.

Resultados-Intervenciones

La mayoría de los encuestados opina que es probable que ocurra una pandemia. No obstante, casi la mitad considera que no habría una vacuna que le protegiese, aunque consideran que si existiera tendrían acceso a ella. En cuanto a la predisposición a trabajar bajo una serie de condiciones, durante una pandemia, el 58.1% trabajaría si hubiese un riesgo mayor de lo usual en infectarse en el trabajo y caer enfermo,o si se le solicitase que trabajara más horas (54.9%). Sin embargo ,no estarían dispuestos a trabajar en caso de pandemia si se le pidiese que asumiera tareas adicionales para las cuales no han sido entrenados (56.7%), si sus hijos contrajeran la enfermedad (43.3%) o si hubiera un riesgo mayor de lo usual en infectar a su familia (41.9%). Un dato a destacar es que el 43.0% manifiesta que no sabría si trabajaría si tuviera que tomar decisiones sobre a quién no tratar/cuidar.

Conclusiones

Casi todos son conscientes de que una posible pandemia de gripe pudiera ocurrir y están dispuestos a trabajar durante la misma, a pesar de los riesgos personales a que pueden verse sometidos. Sin embargo, anteponen la familia al trabajo, y no estarían dispuestos a cumplir con sus responsabilidades si hubiera un riesgo mayor de lo usual en infectar a sus familiares.

Palabras clave

Gripe Humana · Actitud Frente a la Salud · Pandemias

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Pantalla nº 3. **Lunes 11 de Junio de 2018 de 11:40 a 12:10 h.**

ID 44

RIESGO DE ABSENTISMO LABORAL EN EL PERSONAL SANITARIO ANTE UNA HIPOTÉTICA PANDEMIA POR GRIPE

Borja Nicolás Santana López[1]; YG. Santana Padilla[2]; B. Guedes Santana[2]; J. García García[2]; JD. Martín Santana[1]; L. Santana Cabrera[2]
1. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria; 2. Hospital Universitario Insular de Gran Canaria

Introducción-Objetivos

Deberían estudiarse los factores que podrían reducir, en caso de declararse una pandemia, la ausencia de trabajadores sanitarios en sus puestos, poniendo las medidas necesarias para que esto no ocurra y, sobre todo, motivando a los profesionales, garantizándoles la preparación necesaria y las medidas de seguridad para sí mismo y sus familiares. El objetivo es determinar la probabilidad de ir a trabajar en caso de pandemia.

Metodología-Observación Clínica

Mediante encuesta anónima validada en la literatura, se realizó un estudio descriptivo transversal. Con muestra de 277, entre personal sanitario de UCI, urgencias y estudiantes del último curso de Grado en Enfermería. Para ello, se ha procedido a sumar las respuestas afirmativas dadas por cada individuo entrevistado a los 12 ítems referentes a ?las actitudes de los participantes ante una pandemia de gripe? (Tabla 1) y dividirla entre 12, procediéndose a continuación a multiplicar el valor resultante por 100. Partiendo de esta información se han agrupado a los participantes en cuatro grupos: probabilidad muy baja de ir a trabajar (entre 0 y 25%), probabilidad baja (entre 26 y 50%), probabilidad media (entre 51 y 75%) y, finalmente, probabilidad alta (> 75%).

Resultados-Intervenciones

Los resultados indican que el 40.4% presentan una probabilidad muy baja (entre 0 y 25%), el 39% una probabilidad baja (entre 26 y 50%), el 14.8% una probabilidad media (entre 51 y 75%) y, finalmente, sólo el 5.8% una probabilidad alta (> 75%). Estos datos indican, por tanto, que la tasa de absentismo podría llegar al 94.2%.

Conclusiones

La tasa de absentismo laboral, entre el personal sanitario, en caso de una pandemia, puede ser muy elevada (94.2%). El grupo que no estaría dispuesto a trabajar lo constituye sobre todo aquél que manifiesta el temor a que sus hijos contrajeran la enfermedad o si hubiera un riesgo mayor de lo usual en infectar a su familia.

Palabras clave

Actitud Frente a la Salud · Gripe Humana · Pandemias

sigue –>

Tabla 1: Escala de actitudes ante una pandemia de gripe

Si hubiese un riesgo mayor de lo usual en infectarse en el trabajo y caer enfermo
Si hubiera un riesgo mayor de lo usual en infectar a su familia
Si se le pidiese que asumiera tareas adicionales para las cuales no ha sido entrenado/educado
Si se le pidiera que trabajara más horas
Si escuelas/guarderías u otras actividades escolares estuvieran interrumpidas
Si su pareja contrajese la enfermedad
Si sus hijos contrajeran la enfermedad
Si se le pidiera que trabajase en un hospital o centro sanitario diferente al habitual
Si hubiesen restricciones de combustible con interrupción del transporte privado o público
Si tuviera que tomar decisiones sobre a quién no tratar/cuidar
Si tuviera que trabajar con voluntarios sin formación o con trabajadores ya retirados
Si sus amigos se estuvieran muriendo

Pantalla nº 3. **Lunes 11 de Junio de 2018 de 11:40 a 12:10 h.**

ID 45

SEGURIDAD Y CALIDAD EN EL CIRCUITO TRANSFUSIONAL EN UCI. SISTEMA HEMOCOD PDA

Luisa Fernanda Hernández Palanco; M. Montero Sánchez; J. Brenes Lainez; MC. Martínez Iglesias
Hospital Universitario Virgen Macarena

Introducción-Objetivos

Los riesgos actuales de la transfusión no están asociados a la calidad y seguridad de los componentes sanguíneos, sino a los errores que se cometen en relación a la administración de estos en el ámbito hospitalario. Cada centro donde se colectan, procesan o transfunden componentes sanguíneos debe crear y mantener sistemas de trazabilidad y hemovigilancia que mantenga la confianza y credibilidad de la comunidad en la seguridad y calidad del sistema. En la UCI del Hospital Universitario Virgen Macarena se ha implantado el Sistema HemoCod PDA. La aplicación de nuevas tecnologías pretende minimizar los errores que se producen en el acto transfusional a través de la asignación de un código de barras único que identifica al paciente, muestra y unidades a transfundir, adaptado a un lector PDA.

Metodología-Observación Clínica

Garantizar una asociación identificativa inquebrantable entre paciente, muestra,peticion y bolsas,mediante un código de barras único. Que la transfusión sanguínea alcance el máximo nivel de seguridad y calidad. Conseguir una transfusión sanguínea sin errores.

Resultados-Intervenciones

El sistema consigue que exista una comunicación directa y a tiempo real,através de la intranet hospitalaria desde la cabecera del paciente, con el servidor y la unidad informática del banco de sangre. Se consigue una identificación inequívoca del paciente,muestras y unidades a transfundir por medio de lectura de código de barras. Seguridad transfusional. Al ser un seguimiento a tiempo real,permite solucionar sobre la marcha las incidencias que puedan generarse,como exceso de tiempos de transfusión, comunicación de reacciones adversas...

Conclusiones

La implantación del “Sistema HemoCod” en UCI ha permitido una mejor y más ágil monitorización del acto transfusional. El uso de la PDA ha aportado un incremento de la trazabilidad del proceso desde la identificación del paciente y extracción de la muestra (apertura del circuito tranfusional) hasta completar la transfusión (cierre del circuito transfusional).

Palabras clave

Hemovigilancia · trazabilidad · seguridad

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Pantalla nº 3. **Lunes 11 de Junio de 2018 de 11:40 a 12:10 h.**

ID 46

EVENTOS DE SEGURIDAD CLÍNICA EN UCI: PÉRDIDAS RELACIONADAS CON DISPOSITIVOS INVASIVOS

C. Rodríguez Núñez[1]; A. Iglesias Rodríguez[1]; J. Irigoien Aguirre[1]; M. García Corres[2]; M. Velasco Martín[1]; A. Carrera Caballer[1]; P. Paz Lopéz; S. Celemín Ayuso; L. Mazario Amodia; O. Vega Gomez[1]
1. Hospital Universitario Araba (Txagorritxu). Organización Sanitaria Integrada Araba. Osakidetza;
2. Hospital Universitario Araba (Santiago). Organización Sanitaria Integrada Araba. Osakidetza

Introducción-Objetivos

La seguridad del paciente es uno de los aspectos más importantes en las Unidades de Críticos(UCI) debido a la alta complejidad de cuidados realizados y a la fragilidad de este tipo de pacientes. La prevención de riesgos y asegurar un entorno seguro son un eslabón clave en la continuidad y seguridad clínica ofrecida a los pacientes de intensivos. Objetivo: Determinar la incidencia de pérdida de dispositivos invasivos: vías, sondas, drenajes y tubos orotraqueales

Metodología-Observación Clínica

Estudio observacional descriptivo y retrospectivo desde el 1 Enero de 2017 al 31 Diciembre de 2017 en la UCI Hospital Universitario Araba-Txagorritxu. Se incluyeron todos los pacientes ingresados. Muestreo accidental. **Variables:** tipo de dispositivo, acciones, evitabilidad. **Método y recogida de datos:** a través de los registros informatizados del programa Metavisión. Análisis estadístico descriptivo de los datos con SPSS versión 23.0.

Resultados-Intervenciones

El resultado de accesos vasculares perdidos ascendió a una incidencia de 4.08%, 6.29% de extubaciones no programadas de las cuales 98% fueron autoextubaciones. La incidencia de pérdida de sondas nasogástricas alcanzó un 0.59%. Finalmente se declaró un 11.38% de incidencia de pérdida de drenajes. Accesos vasculares (N=23): 83.3% Evitable, 16.7% inevitable. 50% hubo que volver a insertar. Sondas(N=43): 72% Evitable, 28% Inevitable. 62.5% hubo que volver a insertar. Drenajes (N=4): 75% evitable, 25% inevitable. 75% hubo que volver a insertar. Tubo orotraqueal (N=14): 75% evitable, 25% inevitable. 90% hubo que volver a insertar.

Conclusiones

Aunque los resultados de pérdida de dispositivos son bajos, debemos mejorar la cultura en seguridad en nuestra unidad. Para ello se ha implementado rondas de seguridad semanales. Debemos mejorar y concienciar a los profesionales sobre la importancia de los registros de eventos adversos con el fin de implementar mejoras sobre seguridad del paciente.

Financiación

No existe financiación.

Palabras clave

cuidados intensivos · seguridad de paciente

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Pantalla nº 3. **Lunes 11 de Junio de 2018 de 11:40 a 12:10 h.**

ID 412

PROCEDIMIENTO PARA PREVENCIÓN DE LESIONES DE ESPALDA DEL PERSONAL SANITARIO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS; EN LA MOVILIZACIÓN DEL PACIENTE HACIA ARRIBA DE LA CAMA

Cristina María Alonso Villa[1]; M. Meseguer Magaña[1]; L. Navarro Sanz[2]; M. Martínez Guerrero[2]; A. López Amorós[2]; MJ. Sánchez Zamora[2]; R. Bermejo Jiménez[2]; R. Navarro Lozano[2]; JM. Martínez Oliva[2]; M. Martínez Huescar[2]
1. Hospital Quirón Murcia, (UCI) Unidad de Cuidados Intensivos; 2. Hospital Reina Sofía Murcia

Introducción-Objetivos

La sobrecarga dinámica a la que están sometidos de forma constante, el personal sanitario; evidencia un aumento considerable en lesiones de espalda y columna. Nuestro objetivo es conocer el procedimiento correcto, cuando queremos movilizar al paciente de (UCI) Unidad de cuidados intensivos; hacia arriba de la cama de forma, que evitemos el sobre esfuerzo físico y por lo tanto las lesiones de espalda y columna.

Metodología-Observación Clínica

Revisiones bibliográficas y protocolos estandarizados.

Resultados-Intervenciones

Posición de la espalda siempre recta Cargar lo más cerca posible del cuerpo Piernas flexionadas Pies separados Contrapeso con nuestro propio cuerpo. En pacientes de constitución normal: El procedimiento, se hará entre dos personas mínimo, enfermera/auxiliar o celador; En pacientes de constitución gruesa: entre cuatro personas, enfermera/auxiliar/celador y un auxiliar más u otro celador; según la disponibilidad del momento. y en la medida de lo posible, utilizar los medios mecánicos disponibles.

Conclusiones

La agencia europea para la seguridad y salud en el trabajo, expone estadísticas de lesiones de espalda en la población laboral sanitaria preocupantes, siendo una de las principales causas de absentismo laboral. el realizar este procedimiento de forma adecuada, evitará lesiones de espalda y columna y por lo tanto; reducirá el absentismo laboral.

Financiación

No ha habido, financiación pública, ni privada.

Palabras clave

Prevención lesión de espalda · Unidad Cuidados intensivos · Procedimiento

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Pósters

Pantalla nº 4. **Lunes 11 de Junio de 2018 de 11:40 a 12:10 h.**

ID 53
PROYECTO “FAMÍLIA ACTIVA”

ID 60
PROTOCOLO DE FORMACIÓN POR OBJETIVOS PARA ALUMNOS DE ENFERMERÍA

ID 61
SISTEMAS DE COMPRESIÓN NEUMÁTICA INTERMITENTE EN UNIDADES DE PACIENTES CRÍTICOS

ID 63
MANEJO SHOCK CARDIOGÉNICO CON SOPORTE DE IMPELLA Y ECMO

ID 64
COMO DISMINUIR EL RIESGO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTES EN DECUBITO PRONO

ID 65
ABORDAJE EN EL INGRESO DEL DOLOR EN LA UCI DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR

ID 68
ELABORACIÓN DE UN PROYECTO PARA MINIMIZAR LAS PÉRDIDAS SANGUÍNEAS EN LAS EXTRACCIONES DE ANALÍTICAS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL SURESTE

ID 73
CANALIZACIÓN Y CUIDADOS DEL PICC VÍA ECO-GUIADA

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Pantalla nº 4. **Lunes 11 de Junio de 2018 de 11:40 a 12:10 h.**

ID 53

PROYECTO "FAMÍLIA ACTIVA"

Mª Jesús Marmol Cubillo; M. Sola Ferrer
Althaia

Introducción-Objetivos

En nuestro hacer diario, hemos confirmado que el sentimiento de ansiedad está presente en la mayoría de las familias de los pacientes ingresados en UCI. Como enfermeras, tenemos el deber de ofrecerles cuidados "integrales", tratando necesidades físicas, sociales y afectivas, en un entorno social y un núcleo familiar que también requiere una atención por nuestra parte, para mantener el vínculo afectivo ayudandole a afrontar y adaptarse a los momentos donde la separación y el cambio de ambiente constituyen factores estresantes. En nuestra unidad, es trata de una UCI abierta, en la que la presencia del acompañante es de 24h. al día, podemos aprovechar este tiempo para interactuar de forma efectiva con el acompañante, esta persona espera que la enfermera sea su apoyo para entender los cuidados de su familiar. Estas cualidades, junto con la participación de los familiares, fortalecen el vínculo y ayudan a adaptarse al medio hospitalario y disminuir la ansiedad. Permitir la participación activa del cuidador principal, generando compromiso con los cuidados del paciente.

Aportar, mediante este programa mayor seguridad a la familia, reduciendo el estrés que origina el ingreso.

Mejorar la estancia del paciente en nuestra unidad, aportando equilibrio y estabilidad.

Metodología-Observación Clínica

Determinar actividades que puedan realizar las famílias y detectar familiares adecuados para realizarlas.

Resultados-Intervenciones

Detectar acompañantes con posibilidad de participar. Establecer un plan de actividades diarias (nutrición, movilización, higiene...) y lúdicas que pueda aportar el cuidador Terapia grupal (coaching) família y profesionales.

Conclusiones

Finalidad de dar atención integral al paciente, contribuyendo al equilibrio de su sistema familiar haciendo de la hospitalización un proceso menos traumático, integrando actividades de la vida cotidiana, evitando los menores cambios posibles en el ambiente y contribuir en reducir la ansiedad y la miedo con la participación activa de la familia durante la hospitalización a nuestro servicio.

Palabras clave

familias · humanización · participación

Pantalla nº 4. **Lunes 11 de Junio de 2018 de 11:40 a 12:10 h.**

ID 60

PROTOCOLO DE FORMACIÓN POR OBJETIVOS PARA ALUMNOS DE ENFERMERÍA

José María Cáceres Delgado; S. Piccini; NJ. Quesada
Hospital Infanta Cristina

Introducción-Objetivos

Las prácticas clínicas suponen la actividad asistencial donde culminar la formación enfermera, siendo éstas el medio idóneo para establecer la relación teórico-práctica. Conscientes de la importancia del proceso docente en el campo clínico, hemos incorporado una lista de verificación o "check list" como herramienta para ratificar el abordaje de unos objetivos preestablecidos.

Objetivo principal: Mejorar la calidad docente durante el ejercicio de la actividad asistencial al enfermo en la unidad de cuidados intensivos.

Objetivos Secundarios:

- Contribuir a la formación de una personalidad integral del alumno.
- Iniciar el autoaprendizaje y el trabajo independiente: enseñar y aprender a aprender.
- Inspirar un pensamiento reflexivo, creador y científico.

Metodología-Observación Clínica

Se ha utilizado un "check-list" de alcance de objetivos clasificado por patrones, con la posibilidad de reflejar el profesional que instruye un cuidado específico, evitando la repetición al alumno de la explicación. También permite reflejar si el alumno recibe los conocimientos teóricos previos a la realización de un cuidado y su ejecución durante la fase asistencial. El estudio se ha realizado en un espacio temporal comprendido entre Enero y Junio de 2017 sobre una muestra de 8 alumnos de cuarto de grado de enfermería.

Resultados-Intervenciones

- Mejora de "feed back" entre docente y alumno.
- Mejora del proceso de aprendizaje del alumno.
- Valoración de los resultados alcanzados.
- Se ha podido verificar que el "check list" ha permitido que el alumnado reciba el 100% de los conocimientos teóricos de los ítems propuestos para su correcta formación, así como que el 100% de la muestra lo ha puesto en marcha durante su periodo de formación.

Conclusiones

Se ha objetivado una importante mejora en el aprendizaje del alumno, gracias al seguimiento y alcance de los objetivos propuestos al inicio de la formación y que se encuentran reflejados en el listado de verificación.

Financiación

No precisó ningún tipo de inversión económica.

Palabras clave

Protocolo · Formación · Universidad · Enfermería · Docencia · Objetivos

Pantalla nº 4. **Lunes 11 de Junio de 2018 de 11:40 a 12:10 h.**

ID 61

SISTEMAS DE COMPRESIÓN NEUMÁTICA INTERMITENTE EN UNIDADES DE PACIENTES CRÍTICOS

Beatriz Fernández Pantigoso; P. García Jáñez; G. Martínez Mateo; I. Muñoz Balasteguis; RM. Lozano Ordax; MM. Pérez Martínez; MT. García Hernández; D. López Carrillo; AM. Santamaría González
Hospital Clínico Universitario de Valladolid

Introducción-Objetivos

El Tromboembolismo Venoso (TEV) engloba la Trombosis Venosa Profunda (TVP) y su complicación el Tromboembolismo Pulmonar (TEP) es la causa más frecuente, prevenible y grave en este tipo de pacientes. La Compresión Neúmatica Intermitente (CNI) es un método mecánico de profilaxis del TEV, ya que incide sobre sus factores de riesgo: Triada de Virchow. OBJETIVOS: Prevenir el TEV y sus complicaciones. Reducir la mortalidad relacionada con el TEV. Conocer y concienciar de la importancia de utilizar sistemas de CNI en el paciente crítico. Emplear métodos innovadores para prestar una atención de calidad.

Metodología-Observación Clínica

Revisión bibliográfica, bases de datos, guía de práctica clínica y basándonos en la evidencia científica describimos la protocolización del procedimiento y cuidados.

Resultados-Intervenciones

Intervenciones: Los sistemas de CNI suministran una presión controlada, gradual, secancial, circunferencial y automática sobre las extremidades inferiores. El sistema consta de 3 elementos:

- Compresor: Generador de presión.
- Tubuladuras: Proporciona el sistema estanco.
- Fundas: tricompartimentales y diferentes tallas.

La CNI incide sobre los factores clave:

1. Estasis venosa: Aumenta la velocidad del flujo sanguíneo venoso y minimiza la estasia.
2. Hipercoagulabilidad: La acción compresiva estimula la fibrinolisis descomponiendo los coágulos.
3. Lesión vascular: La compresión graduada previene la dilatación venosa.

APLICACIÓN:

- Seleccionar talla adecuada al perímetro del muslo.
- Colocación sobre media de compresión y ajuste de velcros.
- Conexión de fundas al compresor mediante tubuladuras.

FUNCIONAMIENTO:

1. Ciclo de inflado.
2- Ciclo de desinflado.

CUIDADOS:

- Efectuar comprobaciones para evitar complicaciones asociadas
- Correcta colocación de la funda: sin apretar e inexistencia de pliegues
- Control de conexiones: circuito estanco.
- Recorrido de tubuladuras, no acodadas, ni presión.

Conclusiones

El TEV es un problemasanitario que origina una elevada morbimortalidad y un consumo considerable de recursos económicos. El uso de CNI es de vital importancia en pacientes con factores de riesgo de TEV. La CNI es efectiva en prevención de TEV en pacientes críticos y consigue una reducción del riesgo de TVP entre el 60%-80%.

Palabras clave

compresión neumática · tromboembolismo · CNI · TEV · TVP · tromboprofilaxis

Pantalla nº 4. **Lunes 11 de Junio de 2018 de 11:40 a 12:10 h.**

ID 63

MANEJO SHOCK CARDIOGÉNICO CON SOPORTE DE IMPELLA Y ECMO

Eva Molina Ramírez; L. Álvarez Vivas; A. Rojas García; R. Chaves Villarino; X. Martín Cerezo; G. Simó Cubel; G. Domene Nieves de la Vega; A. Larrad Blasco; M. Romero Arnau; C. Molina Mazón
Hospital Universitari de Bellvitge

Introducción-Objetivos

Varón de 35 años con antecedentes de Sd. Antifosfolipídico ingresó en el hemodinámica por infarto anterolateral Killip IV en tronco común. Por situación de shock cardiogénico y tormenta arrítmica se realizó procedimiento bajo soporte de Impella implantándose posteriormente ECMO por shock refractario e insuficiencia respiratoria aguda en contexto de paro respiratorio.

Metodología-Observación Clínica

El plan de cuidados se centró inicialmente en los problemas interdependientes relacionados con el control de signos y síntomas de alarma, monitorización y colocación de los dispositivos de acceso venoso, tanto invasiva como no invasiva. Posteriormente se administró la medicación para mantener un correcto estado hemodinámico y prevención de complicaciones derivadas de los dispositivos Impella y ECMO. El diagnóstico de enfermería prioritario fue que el paciente mostraba una isquemia severa en la extremidad inferior derecha relacionada con la implantación del Impella y manifestada por una coloración blanquecina, ausencia de temperatura y debilidad del pulso pedio.

Resultados-Intervenciones

Dado el antecedente de Sd. antifosfolipídico no se administró la medicación habitual (Heparina Sódica) fue sustituida por bivalirudina indicada por el servicio de Hematología. Por la complejidad del manejo de la coagulación tuvimos que actualizar nuestros conocimientos sobre la nueva medicación (preparación, administración, control efectos adversos). Relacionado con la detección de la isquemia de la extremidad inferior se informó al equipo médico y se administró aire caliente de forma localizada, además del control horario de signos y síntomas de alarma (coloración, temperatura y presencia de pulso) debido al riesgo de recurrencia o progresión de la isquemia.

Conclusiones

La estandarización de los cuidados en pacientes con elevada complejidad y difícil manejo de coagulación ayuda a garantizar la seguridad y calidad de los cuidados. Es necesario formar al personal de enfermería en la detección de las principales complicaciones derivadas de estos dispositivos y como evitar y/o paliar sus efectos. Sin obviar los cuidados relacionados con aspectos psicoemocionales a la familia.

Palabras clave

Killip IV · Sd. Antifosfolipídico · Impella · ECMO

Pantalla nº 4. **Lunes 11 de Junio de 2018 de 11:40 a 12:10 h.**

ID 64

COMO DISMINUIR EL RIESGO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTES EN DECÚBITO PRONO

María José Pérez Conejero; ME. Benitez Morante; E. García Romanillos
Hospital Universitario Infanta Cristina de Parla

Introducción-Objetivos

En los pacientes con síndrome de distress respiratorio agudo (SDRA), tratados con ventilación mecánica (VM) y PEEP, el decúbito prono (DP) es una estrategia demostrada capaz de mejorar la oxigenación arterial. Este tipo de pacientes presentan una inestabilidad respiratoria que en múltiples ocasiones no permite aplicar los cuidados de enfermería encaminados a disminuir la aparición de úlceras por presión (UPP): cambios posturales, higiene e hidratación adecuada. La enfermería de UCI de nuestro hospital constatamos que en DP teníamos una mayor incidencia de UPP, comparada con otros pacientes inestables en decúbito supino (DS), que tampoco permitían cambios posturales y que también tenían colchón antiescaras. Este hecho nos llevó a plantearnos si el problema eran las almohadas y empezamos a introducir variaciones en la utilización de estas en la aplicación de cambios posturales para así disminuir la aparición de UPP en pacientes en DP.

Metodología-Observación Clínica

Aplicación de cambios posturales en decúbito prono lateral (DPL) con colchón antiescaras y sin almohadas, salvo las que lateralizan (una corta en tórax, dejando genitales al aire, y otra bajo la pierna del mismo lado), y la colocación de un “rodete” fabricado con venda de algodón para aliviar la presión en ojos, orejas y mandíbula.

Resultados-Intervenciones

Disminución, llegando prácticamente a desaparecer, de formación de UPP. Incluso en pacientes con heridas previas en tórax y abdomen, ya no sólo no aparecían nuevas heridas, sino que las antiguas progresaban hasta la curación.

Conclusiones

Éticamente no podemos hacer un estudio comparativo sabiendo que la evidencia nos demuestra que con este protocolo los resultados son altamente favorables para conseguir nuestro objetivo. Hemos iniciado una recogida de datos para la realización de un estudio observacional prospectivo no comparativo con los nuevos casos que aparezcan, y estamos estudiando la posibilidad de contactar con las UCI de otros centros hospitalarios para realizar un estudio multicéntrico.

Financiación

No financiado.

Palabras clave

úlceras por presión · síndrome de distress respiratorio agudo · decúbito prono · colchón antiescaras · cuidados de enfermería

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Pantalla nº 4. **Lunes 11 de Junio de 2018 de 11:40 a 12:10 h.**

ID 65

ABORDAJE EN EL INGRESO DEL DOLOR EN LA UCI DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR

Jaime Flores Cordón; Raúl Núñez López; Manuela Díaz Candela; Lola González Caro; José Garnacho Montero
Hospital Macarena

Introducción-Objetivos

Los avances y las nuevas estratégicas anestésicas han cambiado la dinámica del paciente que ingresa en UCI tras cirugía cardiovascular. Siendo el paciente standard un paciente consciente, no intubado y con un nivel mayor de dolor.

Metodología-Observación Clínica

Evaluar el grado de dolor del paciente postquirúrgico de cirugía cardiovascular así como su grado de control en sus primeras horas.

Resultados-Intervenciones

En el estudio realizado, los pacientes no presentan dolor en el 12,5% de los casos, con dolor leve en el 20,3%, dolor moderado en el 59,4% y dolor intenso en el 7,8% de los casos. A las dos horas el porcentaje de pacientes sin dolores del 23,4%, con dolor leve del 60,9%, con dolor moderado en el 14,1 y dolor intenso en el 1,6%.

Conclusiones

Un porcentaje importante de pacientes (67,2%) presentan un grado de dolor superior a leve a su ingreso en UCI, disminuyendo notablemente (157%) en sus primeras horas de ingreso. En la atención inmediata del paciente en UCI son muchos los factores a tener en cuenta y a veces el dolor es infravalorado y por lo tanto infratratado, siendo el dolor y el miedo de los recuerdos más frecuentes que refieren los pacientes ingresados en UCI. La monitorización del dolor ha de ser una herramienta rutinaria para adaptarnos a sus necesidades inmediatas.

Palabras clave

Dolor · monitorización del dolor · escala EVA · Escala Campbell

Pantalla nº 4. **Lunes 11 de Junio de 2018 de 11:40 a 12:10 h.**

ID 68

ELABORACIÓN DE UN PROYECTO PARA MINIMIZAR LAS PÉRDIDAS SANGUÍNEAS EN LAS EXTRACCIONES DE ANALÍTICAS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL SURESTE

María del Pilar González Pascual; J. Escobar Lavela; MC. Martín Guigorro; L. González Borraz; P. Albert de la Cruz; EM. Hernández Sánchez; G. González Pascual; P. Prudencio García; O. Ben Afia Noya
Hospital Universitario del Sureste

Introducción-Objetivos

La Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias recomienda no realizar analíticas sanguíneas, de forma rutinaria, fuera de indicaciones clínicas específicas. Basándose en ello, el Grupo de Seguridad de la UCI crea un proyecto para unificar criterios en las extracciones sanguíneas de nuestra Unidad.

Metodología-Observación Clínica

Este proyecto pretende conseguir:

- Optimizar la realización de extracciones sanguíneas
- Disminuir la pérdida de sangre
- Evitar la yatrogenia secundaria a la realización de extracciones innecesarias (anemia, infección del catéter...).

Resultados-Intervenciones

Para llevar a cabo el proyecto se trabaja en las siguientes líneas:

- Revisión de los criterios de petición de analítica en paciente crítico por parte del intensivista
- Unificar criterios en la recogida de las muestras analíticas por parte de enfermería
- Obtener el mayor número de determinaciones con la menor cantidad de sangre, llegando a un consenso entre Servicio de Intensivos y Laboratorio. Todo ello es comunicado a todos los profesionales de la UCI y de Laboratorio

Para realizar la primera línea de actuación, los intensivistas ponen en común los criterios a tener en cuenta para solicitar las peticiones. Respecto a la segunda línea, los enfermeros del Grupo de Seguridad de UCI determinan el volumen mínimo desechable en la extracción, ya sea de catéter arterial o venoso, teniendo en cuenta la mínima cantidad que evite resultados alterados. En cuanto a la tercera línea, se reúne el Servicio de Intensivos con el personal de Laboratorio para que con la menor cantidad sanguínea, se consiga el mayor resultado de determinaciones.

Conclusiones

Dicho Proyecto permite: comprobar la situación en la que nos encontrábamos unificar los criterios de solicitud de determinaciones, volumen sanguíneo extraído tanto en el desecho como en la necesidad de la determinación analítica solicitada. concienciar al personal de la importancia de minimizar las pérdidas sanguíneas innecesarias. En el futuro, con los resultados que se obtengan, se podrán realizar acciones de mejora.

Palabras clave

Extracciones · analíticas · yatrogenia

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Pantalla nº 4. **Lunes 11 de Junio de 2018 de 11:40 a 12:10 h.**

ID 73

CANALIZACIÓN Y CUIDADOS DEL PICC VÍA ECO-GUIADA

Benjamín Guedes Santana; J. García García; JA. Alcaraz Jiménez; YG. Santana Padilla
Hospital Universitario Materno-Insular

Introducción-Objetivos

En la unidad de cuidados intensivos el 100% de los pacientes ingresados reciben durante su estancia algún tipo de terapia intravenosa como: NPT, quimioterapia, antibióticos, nalcóticos o la combinación de todas ellas. Muchas veces estos pacientes portan vvp, las cuales originan flebitis y extravasaciones, siendo su duración aproximada de 72h. Por todo esto consideramos importante la familiarización del personal de enfermería en la implantacion y cuidados del PICC eco-guiado. De esta forma evitaremos múltiples punciones venosas a los pacientes mejorando su bienestar durante la estancia en la UCI. El personal de enfermería adquiera la destreza necesaria para la canalización del PICC con técnica eco-guiada y los cuidados pertinentes relacionados con su mantenimiento para aumentar la durabilidad de la vía venosa central de acceso periférico.

Metodología-Observación Clínica

Se realiza taller teórico-práctico sobre la punción eco-guiada a diferentes grupos de enfermeros, distinguiendo distintas estructuras anatómicas del miembro en consideración (venas, arterias, tejido graso, etc...), indicando el lugar de punción adecuado y la técnica a realizar para conseguir una canalización exitosa de la vena.

Resultados-Intervenciones

Tras haber realizado varios talleres teórico-práctico en los que se ha explicado y canalizado varios PICC por punción eco-guiada. Hemos visto que ha aumentado la predisposición del personal de enfermería a realizar dicha técnica, obteniendo buenos resultados finales.

Conclusiones

Personal de enfermería sea capaz de canalizar PICC por punción eco-guiada de forma exitosa debido a las pocas complicaciones que conlleva dicha técnica así como los beneficios aportados al paciente evitando punciones repetidas y preservando su capital venoso.

Financiación

Los autores no han recibido subvención ni pagos de ninguna entidad profesional ni comercial. 1a ed. Madrid. DAE, 2008; 154-175.

Palabras clave

PICC · ECO-GUIADA

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Pósters

Pantalla nº 5. **Lunes 11 de Junio de 2018 de 11:40 a 12:10 h.**

ID 67
NIVELES DE ANSIEDAD EN PACIENTES SOMETIDOS A IMPLANTE DE MARCAPASOS DEFINITIVO

ID 69
CUIDADOS ENFERMEROS ORIENTADOS A LA DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS EN EL PACIENTE EN MUERTE ENCEFÁLICA

ID 72
PROTOCOLO DE ADMINISTRACIÓN SEGURA DE FÁRMACOS POR SONDA NASOGÁSTRICA EN ENFERMOS CRÍTICOS

ID 75
IMPLANTACIÓN Y MANEJO DEL CATETER DE BALON ESOFÁGICO DURANTE LA MONITORIZACIÓN DE LA PRESIÓN TRANSPULMONAR

ID 77
NECESIDAD DE CONOCER EL PERFIL DE LA ENFERMERA DE UNA UNIDAD DE NEUROCRÍTICOS

ID 79
ACTUALIZACIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN UCI EN PACIENTES CON DISPOSITIVO DE ASISTENCIA VENTRICULAR

ID 92
INTERPRETACIÓN DE LA RADIOGRAFÍA DE TÓRAX POR PARTE DE ENFERMERÍA, UNA HERRAMIENTA PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

ID 199
IMPACTO DE LOS RATIO ENFERMERA-PACIENTE EN CUIDADOS INTENSIVOS, UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Pantalla nº 5. **Lunes 11 de Junio de 2018 de 11:40 a 12:10 h.**

ID 67

NIVELES DE ANSIEDAD EN PACIENTES SOMETIDOS A IMPLANTE DE MARCAPASOS DEFINITIVO

María Jesés Aranda Ruiz; JJ. Santos Pérez; V. Paradas Torralvo; MI. Medina Pérez
Área Sanitaria Norte de Málaga. UCI

Introducción-Objetivos

Los niveles de estrés y ansiedad son uno de los parámetros más susceptibles de verse alterados ante cualquier cambio en la salud de las personas y especialmente en las que son sometidas a cualquier tipo de intervención quirúrgica. Es por ello que nos planteamos los siguientes objetivos:

1. Evaluar el nivel de estrés de los pacientes sometidos a implante de marcapasos definitivo.
2. Mejorar el conocimiento de los pacientes respecto a los cuidados a seguir tras el implante de un marcapasos definitivo.

Metodología-Observación Clínica

Se trata de un estudio observacional prospectivo con grupo control y test retest. Para evaluar el nivel de ansiedad de los pacientes, se utilizó el inventario de ansiedad de BECK. La población de estudio se dividió en un grupo control y otro de intervención de forma cuasiexperimental. El cuestionario se pasa a los dos grupos en el momento de inclusión en el estudio, al mes y a los tres meses del implante del marcapasos. En el grupo de intervención se realiza una educación sanitaria de forma individualizada y estandarizada por los investigadores.

Resultados-Intervenciones

El estudio se realiza sobre una población de 36 sujetos. 18 de ellos en el grupo control y otros 18 en el de intervención. La media de edad es de 78,1 años, siendo mujeres el 36% de los sujetos y varones el 64%. La intervención educativa presentó una odds ratio de 2,83 con un intervalo de confianza del 95% y una p <0,0001.

Conclusiones

Los pacientes que reciben educación sanitaria previa al implante de un marcapasos presentan unos niveles de estrés por debajo de los que no la reciben. Estos pacientes además tienen un mayor conocimiento de las actividades permitidas y desaconsejadas, así como una mejor adaptación a las actividades de la vida diaria.

Financiación

Los autores declaran no tener conflicto de intereses ni recibir financiación pública ni privada.

Palabras clave

marcapasos · educación sanitaria · ansiedad

Pantalla nº 5. **Lunes 11 de Junio de 2018 de 11:40 a 12:10 h.**

ID 69

CUIDADOS ENFERMEROS ORIENTADOS A LA DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS EN EL PACIENTE EN MUERTE ENCEFÁLICA

Jaume Uya Muntaña; A. Gonzàlez Pujol; C. Alcazar Vives; M. Cano Puig
Hospital Universitari de Bellvitge

Introducción-Objetivos

Actualmente, la donación de órganos y tejidos es una practica más de las unidades de cuidados intensivos. Acontecida la muerte encefálica y autorizada la donación la importancia de un manejo adecuado de la homeostasis es vital ya que la viabilidad de los órganos y tejidos a trasplantar disminuye. Se considera que el 15% de los órganos se pierde por un manejo inadecuado previo a la extracción. Es por ello, que los cuidados enfermeros adquieren especial relevancia en el resultado del órgano/tejido trasplantado. Objetivo: Describir los cuidados enfermeros en el paciente en muerte encefálica orientados a la donación de órganos y tejidos en las unidades de cuidados críticos.

Metodología-Observación Clínica

Revisión bibliográfica en Medline, Cinahl y Cochrane Library. Tesauros: cuidados enfermeros, muerte encefálica, donación de órganos y tejidos, unidad de cuidados intensivos, cuidados críticos. Filtros: 2012-2017, humanos, idioma (inglés-español).

Resultados-Intervenciones

Objetivos mantenimiento del donante: monitorización invasiva-horaria de las variables hemodinámicas y respiratorias (TAM>60mmHg, PVC?12mmHg, diuresis 0,5-1 ml/kg/h, SpO2>98%, temperatura 36-37ºC, EKG), parámetros biométricos y manejo (hemograma, bioquímica, coagulación, lactato, equilibrio ácido-base, glucosa plasmática:110-160mg/dl), pruebas de imagen, catéteres vasculares, control infecciones, cuidados oculares y piel, soporte familiar. Cuidados enfermeros catalogados por NIC: cuidados que apoyan la regulación homeostática (control electrólitos y ácido-base, fármacos, respiratorio, de la piel, termorregulación, de la perfusión tisular), la protección contra peligros (control en caso de crisis y de riesgos) y la unidad familiar (cuidados de la vida).

Conclusiones

Los cuidados enfermeros orientados a la donación de órganos y tejidos en el paciente en muerte encefálica van orientados a la monitorización hemodinámica y respiratoria, manejo de las complicaciones propias del proceso de muerte encefálica y al mantenimiento de la perfusión tisular, en la que toma especial relevancia la administración y el manejo de la medicación de alto riesgo y, el apoyo a la familia.

Financiación

Sin financiación.

Palabras clave

Donación de órganos y tejidos · Cuidados enfermeros · Muerte encefálica · Unidades de Cuidados Intensivos

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Pantalla nº 5. **Lunes 11 de Junio de 2018 de 11:40 a 12:10 h.**

ID 72

PROTOCOLO DE ADMINISTRACIÓN SEGURA DE FÁRMACOS POR SONDA NASOGÁSTRICA EN ENFERMOS CRÍTICOS

Laura Renedo Miró
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

Introducción-Objetivos

La administración de fármacos por sonda nasogástrica (SNG) es una intervención frecuente en la UCI. Implica juicio clínico enfermero para los cuidados de la sonda, la preparación y administración de fármacos segura y sin interrupciones, y la valoración de la respuesta del paciente al fármaco y sus posibles efectos adversos. Objetivos: Describir el proceso de administración segura de fármacos por SNG.

1. Garantizar el cuidado seguro del paciente portador de sonda enteral.

2. Garantizar la efectividad del tratamiento farmacológico y de la nutrición enteral (NE).

3. Prevenir y detectar los efectos adversos de la terapia farmacológica.

Metodología-Observación Clínica

Revisión bibliográfica en las bases de datos cuiden, enfispo, pubmed, scielo, y los protocolos facilitados por el servicio de farmacia del hospital en el período de febrero a noviembre del 2017. Evidencia que existe la necesidad de reforzar el conocimiento y consensuar esta práctica enfermera. Se han identificado los puntos clave para realizar un guía interna de consulta.

Resultados-Intervenciones

- Cabezal del paciente mínimo a 30º.
- Valorar la posición del extremo distal de la sonda.
- Elección de las sondas, preferiblemente de poliuretano.
- No añadir el fármaco al preparado nutricional.
- Conocer el fármaco y sus posibles interacciones con la NE. Interacción con el servicio de farmacia.
- Seleccionar preferiblemente la forma farmacéutica líquida. Diluir para evitar molestias gastrointestinales.
- Conocer las formas farmacéuticas no triturables.
- Preparar cada fármaco de forma independiente y administrar inmediatamente.
- Lavar la sonda con 20 ml de agua antes y después de la administración de fármacos. Lavado con 10 ml entre fármacos.
- Valorar la respuesta del paciente a los fármacos administrados.

Conclusiones

Identificar las acciones que permiten la práctica segura en el proceso de administración de fármacos por SNG incide en la seguridad del paciente. Diseñar una guía para la práctica enfermera, facilita una herramienta rápida y segura para el cuidado del paciente crítico.

Palabras clave

fármaco · administración · sonda nasogástrica

sigue –>

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

GUÍA RÁPIDA PARA LA ADMINISTRACIÓN DE FÁRMACOS POR SNG

- Verificar colocación del extremo distal de la sonda
- No añadir el fármaco al preparado nutricional

PARAR LA NUTRICIÓN
Lavado con 20ml de agua

Debemos dejar una pausa antes de la administración de fármacos?

Preparamos los fármacos por separado, sin mezclar. Administramos inmediatamente

COMPRIMIDOS DISPERSABLES
Dispersar en jeringa con 20 ml de agua.

LÍQUIDOS
Diluir en 30ml de agua.

COMPRIMIDOS
Triturar con mortero y mezclar con 10-20 ml de agua.

CÁPSULAS
Abrir y disolver el contenido con 10-20 ml de agua.

Formas farmacéuticas de elección

NO TRITURAR/ABRIR
- Recubrimiento entérico o gastroresistente
- Liberación retardada/controlada
- Absorción sublingual y efervescentes.
- Cápsulas con gránulos
- Cápsulas gelatinosas con líquido (extraer contenido con aguja fina)

- Limpiar con agua restos de fármaco del mortero/recipiente/jeringa y administrar por sonda
- Si más de un fármaco; administrar 10 ml entre cada uno.
- Limpiar la sonda con 20 ml de agua después del último fármaco.

Se requiere una pausa antes de re-iniciar la NE?

RE-INICIAR NUTRICIÓN

Pantalla nº 5. **Lunes 11 de Junio de 2018 de 11:40 a 12:10 h.**

ID 75

IMPLANTACIÓN Y MANEJO DEL CATETER DE BALON ESOFÁGICO DURANTE LA MONITORIZACIÓN DE LA PRESIÓN TRANSPULMONAR

Núria Lladós; I. Pujol; J. Flores
Hospital Vall d'Hebron

Introducción-Objetivos

Actualmente, la monitorización de la presión transpulmonar es una de las referencias más determinantes para optimizar la ventilación mecánica en pacientes con variaciones de la compliance pulomonar y/o de la caja torácica. Para ello, es indispensable la medición de la presión esofágica como representante de la presión pleural. Sin embargo, la monitorización de la presión esofágica requiere de un catéter con balón en el tercio distal del esófago y es necesaria una formación específica del personal para su correcta colocación, mantenimiento, interpretación de lecturas erróneas como podrían ser casos de actividad cardíaca, espasmos esofágicos, deformidad del balón, etc.

Metodología-Observación Clínica

Describir los dos tipos de catéter con balón esofágico y sus características. Describir la técnica de colocación del catéter. Descripción del correcto uso del balón esofágico, mantenimiento e interpretación de los posibles errores de lectura.

Resultados-Intervenciones

El catéter de balón esofágico fue colocado por el personal de enfermería a todos los pacientes de forma satisfactoria. Gracias a la medición de la presión transpulmonar permitió la optimización de los parámetros del respirador, en cuanto a presiones de vía aérea y PEEP.

Conclusiones

Concluimos que es imprescindible una correcta formación por parte de enfermería en el manejo del catéter de balón esofágico así como su correcta implantación para la medición la presión transpulmonar y de ese modo optimizar la ventilación en pacientes que lo requieran.

Financiación

Hospital Vall d´Hebron. Barcelona

Palabras clave

Catéter Balón esofágico · Implantación · Mantenimiento · Presión transpulmonar

Pantalla nº 5. **Lunes 11 de Junio de 2018 de 11:40 a 12:10 h.**

ID 77

NECESIDAD DE CONOCER EL PERFIL DE LA ENFERMERA DE UNA UNIDAD DE NEUROCRÍTICOS

Cristina Sánchez Guevara; RM. Cruz Hernández; FC. Martínez Huélamo; P. Benito Fernández; C. Benito Vela; MJ. López Poveda; PJ. Miranda Baptista; LP. Rodríguez Román; B. García de Arriba; M. El-Hallaj Lista
CAUSA (Complejo Asistencial Universitario de Salamanca)

Introducción-Objetivos

La Enfermería de cuidados intensivos no tiene el grado de especialidad reconocida, pero nadie duda que los cuidados que imparten son complejos y dinámicos, con el fin de dar cobertura a las delicadas necesidades de los pacientes en estado crítico y sus familiares. Es necesaria una cualificación adecuada, habilidades profesionales específicas, humanización de cuidados y calidad de la asistencia prestada. Nuestro objetivo será comprobar si el personal de nuestra unidad alcanza el nivel de competencias enfermeras según la EfCCNa para las enfermeras de cuidados intensivos de Europa.

Metodología-Observación Clínica

- Creación de un Grupo de Trabajo que será el encargado de observar para después evaluar las fortalezas y los aspectos a mejorar del personal de enfermería.
- Se utiliza como herramienta de evaluación el documento de competencias enfermeras presentado por la EfCCNa en 2013.

Resultados-Intervenciones

- Hay deficiencias que impiden alcanzar el nivel requerido según la EfCCNa.
- Teniendo en cuenta la edad de los profesionales observamos que en el ámbito educativo y de desarrollo, las deficiencias aumentan con la edad.
- Ocurre lo contrario en el ámbito clínico, a la hora de realizar procedimientos de cuidados intensivos tiene más soltura el personal más experimentado pero necesitan incorporar la practica basada en la evidencia.

Conclusiones

Queremos una unidad con enfermeras preparadas, que manejen habilidades, conocimientos y actitudes adecuadas. Nos planteamos la elaboración de un plan de acción, haciendo incapié en las áreas a mejorar y fijando un plazo realista para conseguir los objetivos. Fomentaremos la formación continuada. Por lo que consideramos imprescindible la formación, lo que motivará a los profesionales y potenciará su desarrollo profesional, aumentando la calidad, eficacia y eficiencia de los cuidados en la unidad.

Palabras clave

competencias

Pantalla nº 5. **Lunes 11 de Junio de 2018 de 11:40 a 12:10 h.**

ID 79

ACTUALIZACIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN UCI EN PACIENTES CON DISPOSITIVO DE ASISTENCIA VENTRICULAR

I. López Martín; SA. Ruiz Ruiz; MJ. Bueno Muñoz; ML. Bravo Arcas; I. Porres Revuelta
Hospital Clínico San Carlos

Introducción-Objetivos

Los dispositivos de asistencia ventricular (DAV) reemplazan la función de uno o ambos ventrículos, indicados en aquellos pacientes que presentan deterioro hemodinámico severo refractario a tratamiento convencional. Están asociados con una serie de complicaciones de sangrado, trombosis e infecciones. Es una técnica que requiere canulación central en quirófano. Los cuidados basados en la integridad y la interdisciplinariedad son esenciales para la temprana recuperación de estos pacientes. Conocer los cuidados de enfermería dirigidos a pacientes portadores de DAV. Conocer posibles complicaciones derivadas del DAV.

Metodología-Observación Clínica

Revisión bibliográfica realizada en bases de datos PUBMED, CINAHL y CUIDEN, según nivel de evidencia (últimos 10 años).

Resultados-Intervenciones

Se obtienen un total de 57 artículos, 17 cumplían criterios de inclusión. Los DAV están indicados en shock cardiogénico secundario a una insuficiencia cardiaca severa, cirugía cardiaca, trasplante cardiaco, infarto agudo de miocardio o arritmias ventriculares. Las Intervenciones de Enfermería dirigidas a un paciente con DAV de corta duración, incluyen una valoración de la circulación periférica, vigilancia neurológica y monitorización hemodinámica; valorar dolor torácico y aparición de hemólisis; cerciorarse que las cánulas no estén dobladas o desconectadas y asegurándose que estén inmovilizadas y protegidas; realizar diariamente cura aséptica de las cánulas; proporcionar apoyo emocional sobre las preocupaciones y dudas que puedan tener paciente y familia. Las complicaciones más frecuentes son hemorragia (21%), infección (14% a 59%) los gérmenes más habituales son Stafilococus aureus y Streptococus viridans; y trombosis del dispositivo. También aparición de úlceras por presión, arritmias, hipotensión, hipoperfusión tisular, oliguria o anuria, estreñimiento, vómitos, fugas del sistema y migración de las cánulas del dispositivo.

Conclusiones

Los DAV son buena elección para el tratamiento en pacientes que necesitan apoyo circulatorio mecánico. Se evidencia la importancia de instaurar un plan de cuidados protocolizado que evitaría complicaciones, reduciendo costes y tiempo de hospitalización. Repercutiendo positivamente en la calidad de vida al alta.

Palabras clave

Heart assist device · Ventricular assist device · Intensive care · Nurse

Pantalla nº 5. **Lunes 11 de Junio de 2018 de 11:40 a 12:10 h.**

ID 92

INTERPRETACIÓN DE LA RADIOGRAFÍA DE TÓRAX POR PARTE DE ENFERMERÍA, UNA HERRAMIENTA PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

V. Fuentes Milà; A. Chacón Osuna; O. Vallés Fructuoso; M. Sanjuan Navais; A. Martínez Pasqual; X. Campos Urieta; B. Cabello Arroyo; C. Arboledas Triviño; F. Parra Ruiz; R. Oller Domingo
Hospital Universitario de Bellvitge

Introducción-Objetivos

La radiografía de tórax es una herramienta diagnóstica utilizada habitualmente en las unidades de cuidados intensivos (UCI), tanto para el seguimiento y detección de complicaciones cardiorrespiratorias, como para la comprobación de la correcta colocación de dispositivos invasivos. Crear una guía de interpretación de la radiografía de tórax para comprobar la ubicación de vías centrales, sondas naso/orogástricas y tubos orotraqueales post inserción para el equipo de enfermería de cuidados intensivos.

Metodología-Observación Clínica

Se realiza una revisión bibliográfica en las principales bases de datos (Medline, Cuiden, Cinahl) sobre la interpretación radiológica de los tres dispositivos mencionados anteriormente publicados en inglés o español durante los últimos diez años. Además, se crea un grupo de expertos multidisciplinar que incluye intensivistas, enfermeros y técnicos en radiodiagnóstico para crear una guía sobre la interpretación básica de la radiografía de tórax, mediante soporte documental; incluyendo imágenes visuales sobre nociones básicas y la realización de un vídeo explicativo para que el personal pueda consultarlo en todo momento.

Resultados-Intervenciones

Se revisaron artículos científicos sobre el área de estudio que cumplían los criterios de inclusión. Mediante la revisión realizada y la creación del grupo de expertos formado por 10 profesionales se elabora una guía que incluye todos los aspectos necesario para el conocimiento del tema tratado por parte del equipo enfermero.

Conclusiones

La elaboración de la guía pretende aumentar la seguridad del paciente al mejorar el nivel de conocimientos del personal de enfermería para evaluar la colocación de dispositivos invasivos y evitar los efectos adversos asociados a la implantación de los mismos. Además, ayudará al equipo enfermero a garantizar la calidad y seguridad de los pacientes portadores de catéteres venosos centrales y sondas naso/orogástrica.

Palabras clave

radiografía de tórax · dispositivos invasivos · interpretación radiológica · enfermeria

Pantalla nº 5. **Lunes 11 de Junio de 2018 de 11:40 a 12:10 h.**

ID 199

IMPACTO DE LOS RATIO ENFERMERA-PACIENTE EN CUIDADOS INTENSIVOS, UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

José Antonio Clemente Concepción; C. Rojas Linares; AM. Pérez González; I. Montelongo Guerra; LM. Cairós Ventura; EM. Ortega Barrreda
Hospital General de La Palma

Introducción-Objetivos

Las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) son servicios susceptibles a las variaciones en los ratios paciente/enfermero. La dotación de las UCIs es distinta en los diferentes sistemas de salud, por tanto se hace necesario la monitorización de parámetros como las cargas de trabajo que permita tomar medidas que justifiquen la dotación de las mismas. Objetivo: Examinar la literatura publicada en los últimos 5 años que estudia la relación existente entre las cargas de trabajo enfermeras en cuidados intensivos y la mortalidad de los pacientes en estas unidades.

Metodología-Observación Clínica

Se ha realizado una búsqueda on line en cuatro bases de datos: Pubmed, Medline y Scopus. Los términos DECS utilizados en la búsqueda fueron: Mortalidad, carga de trabajo y personal de enfermería.

Resultados-Intervenciones

Tras la lectura de abstract se han eliminado, 12 artículos por no referirse al tema de estudio, 6 por estar repetidos en distintas bases de datos y uno de ellos por no encontrarse disponible para su lectura.

Conclusiones

De los mismos se desprende la falta de consenso a la hora de cuantificar las cargas de trabajo en estas unidades, lo que permitiría elaborar estudios más robustos con una mayor población y que esto permita obtener asociaciones concluyentes.

Financiación

No precisa.

Palabras clave

cargas de trabajo · mortalidad · cuidados intensivos

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Pósters

Pantalla nº 6. **Lunes 11 de Junio de 2018 de 11:40 a 12:10 h.**

ID 119
UN AÑO HACIA LA HUMANIZACIÓN

ID 88
PROCESO DE CUIDADOS A UN PACIENTE POSTCATETERISMO CARDÍACO POR VÍA RADIAL EN UNIDAD CORONARIA

ID 89
AUTOEXTUBACIÓN EN UCI ¿Y AHORA QUÉ?

ID 90
MANIOBRA DE DECÚBITO PRONO AL PACIENTE CRÍTICO

ID 91
VALIDACIÓN DE CUESTIONARIO PARA CONOCER LAS COMPETENCIAS DE LAS ENFERMERAS DE CUIDADOS INTENSIVOS

ID 100
VALORACIÓN DE LA EFICACIA DEL MÉTODO BASADO EN VOLUMEN PARA INCREMENTAR EL APORTE CALÓRICO Y PROTEICO EN LOS PACIENTES QUE RECIBEN NUTRICIÓN ENTERAL

ID 118
OXIGENOTERAPIA NASAL DE ALTO FLUJO EN PACIENTES CRÍTICOS

Pantalla nº 6. **Lunes 11 de Junio de 2018 de 11:40 a 12:10 h.**

ID 119

UN AÑO HACIA LA HUMANIZACIÓN

Miguel Santiuste García; ML. Arencibia Villagra; P. Ardila Bonilla
HURJC

Introducción-Objetivos

El objetivo de este trabajo es exponer un año de cambios tras la implementación del proyecto “humanización” en nuestros pacientes de Cuidados Intensivos.

Metodología-Observación Clínica

En diciembre de 2016 se “abren las puertas” de nuestra Unidad, retirando medidas de barrera (batas, calzas..., excepto en aislamientos), y adoptando horario ampliados de visita. Se establece la figura del cuidador principal, al que se le realiza formación en medidas de asepsia (higiene de manos, aislamiento...) y se le asigna una tarjeta de libre acceso. También hemos realizado cambios físicos en nuestra Unidad. Adecuación de boxes con medidas de orientación (relojes) , fotografías relajantes, personalización de los boxes con fotos familiares... y participación directa con talleres de musicoterapia gracias a la colaboración del proyecto “música en vena”. Así mismo se implantan guías de asesoramiento al duelo en los cuidados al final de la vida y acompañamiento religioso. Así mismo se emprenden medidas dirigidas a fomentar la participación proactiva de cuidados asistenciales entre familiar/paciente (educación en cuidados de la piel, higiene...) Todo esto se realiza con el apoyo de la Dirección del hospital e integrado dentro de la Comisión de Humanización, avalado por el Servicio de Medicina Preventiva.

Resultados-Intervenciones

Se exponen una serie de items, que establecen distintas comparativas, entre los aspectos positivos / negativos, tras la puesta en marcha de esta iniciativa. Todo ello está orientado a garantizar los fundamentados basados en el principio de humanización y seguridad del paciente.

Conclusiones

Tras este año de cambios, hemos conseguido unificar criterios y garantizar mejoras en los cuidados del paciente y su familia, todo ello encaminado a favorecer la estancia en un sitio difícil, la UCI. Esta unión de los distintos vectores se fundamenta en la integración de cuidados de: pacientes, familiares y personal sanitario garantizando la excelencia en calidad asistencial. Bajo el lema: Sumando esfuerzos, ganamos todos.

Palabras clave

Humanización

sigue –>

UN AÑO HACIA LA HUMANIZACIÓN

Objetivo.

El objetivo de este trabajo es exponer un año de cambios tras la implementación del proyecto "humanización" en nuestros pacientes de Cuidados Intensivos.

Metodología.

En diciembre de 2016 se "abren las puertas" de nuestra Unidad, retirando medidas de barrera (batas, calzas…, excepto en aislamientos), y adoptando horario ampliados de visita. Se establece la figura del cuidador principal, al que se le realiza formación en medidas de asepsia (higiene de manos, aislamiento…) y se le asigna una tarjeta de libre acceso.

Durante este año hemos realizado cambios físicos en nuestra Unidad. Adecuación de boxes con medidas de orientación (relojes) , fotografías relajantes, personalización de los boxes con fotos familiares… y participación directa con talleres de musicoterapia gracias a la colaboración del proyecto "música en vena".

También se implantan guías de asesoramiento al duelo en los cuidados al final de la vida y acompañamiento religioso en quienes lo soliciten.

Así mismo se emprenden medidas dirigidas a fomentar la participación proactiva de cuidados asistenciales entre familiar/paciente (educación en cuidados de la piel: hidratación, higiene, almohadillado…)

Todo esto se realiza con el apoyo de la Dirección del hospital e integrado dentro de la Comisión de Humanización y avalado por el Servicio de Medicina Preventiva.

Intervenciones.

Se exponen una serie de ítems, que establecen distintas comparativas, entre los aspectos tanto positivos como negativos, tras la puesta en marcha de esta iniciativa.

Todo ello está orientado a garantizar los fundamentados basados en el principio de humanización y seguridad del paciente.

Conclusiones.

Tras este año de cambios y adaptaciones, hemos conseguido unificar criterios y así garantizar mejoras en los cuidados del paciente y su familia, todo ello encaminado a favorecer la estancia en un sitio difícil, como es la Unidad de Cuidados Intensivos.

Esta unión de los distintos vectores se fundamenta en la integración de cuidados de: pacientes, familiares y personal sanitario garantizando la excelencia en cuanto a calidad asistencial.

Bajo el lema: Sumando esfuerzos, ganamos todos.

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Pantalla nº 6. **Lunes 11 de Junio de 2018 de 11:40 a 12:10 h.**

ID 88

PROCESO DE CUIDADOS A UN PACIENTE POSTCATETERISMO CARDÍACO POR VÍA RADIAL EN UNIDAD CORONARIA

Alicia Moreno Martín; MA. Palacios; A. Nombela; V. Ávila; N. del Ser
Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda

Introducción-Objetivos

La patología de vasos coronarios constituye una de las causas de morbimortalidad de mayor prevalencia en los países desarrollados. Uno de los tratamientos es la reperfusión mecánica, accediendo a través de la arteria radial. Es el método de abordaje más utilizado, con una recomendación a, pero no está exento de complicaciones y requiere una vigilancia intensiva durante las primeras 24h. Elaborar un Plan de Cuidados enfermeros en un paciente diagnosticado de SCACEST (síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST), sometido a cateterismo cardíaco por vía radial.

Metodología-Observación Clínica

Se presenta un varón de 82 años al cual se le ha realizado un cateterismo cardíaco por vía radial tras ser diagnosticado de SCACEST. Se realiza la valoración siguiendo los patrones funcionales de Marjory Gordon. Como antecedentes presenta alergia a contrastes yodados, hipertensión arterial, dislipemia y distimia. Previo a su ingreso en UCI (unidad de cuidados intensivos) el paciente era independiente para las actividades básicas de la vida diaria. Sin hábitos tóxicos. Constantes vitales estables, cabe destacar saturación de oxígeno del 93%, no indicado el uso complementario de oxigenoterapia según la Guía ESC 2017. Buen estado de la piel. Presenta dispositivo TR-Band® como método de hemostasia tras el cateterismo, buena coloración de zonas distales, refiere dolor y molestia por el dispositivo.

Resultados-Intervenciones

Tras la valoración se objetivan y priorizan los siguientes diagnósticos enfermeros y problemas potenciales, siguiendo la nomenclatura NANDA-NOC-NIC.

- Riesgo de hemorragia R/C punción arterial.
- Riesgo de disfunción neurovascular periférica R/C compresión.
- CP: Arritmias SA colocación de STENT.
- CP: Dolor SA punción arterial.
- Temor R/C falta de familiaridad con la experiencia.

Conclusiones

Consideramos la actualización en formación fundamental para garantizar una atención integral de estos pacientes. Por otro lado, el uso de un lenguaje común en enfermería (NANDA-NOC-NIC) ha permitido valorar el grado de cumplimento de los objetivos establecidos. Por último, sería interesante realizar un protocolo, relacionado con los cuidados post-cateterismo.

Financiación

Ninguna.

Palabras clave

Enfermería · Postcateterismo|Infarto de miocardio · Radial · Plan de Cuidados

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Pantalla nº 6. **Lunes 11 de Junio de 2018 de 11:40 a 12:10 h.**

ID 89

AUTOEXTUBACIÓN EN UCI ¿Y AHORA QUÉ?

Mireia González Romero; J. Pérez Sánchez; I. Romera Peregrina; J. Castaño Camúñez; C. Sanz Mellado
Hospital Universitario de Bellvitge

Introducción-Objetivos

El uso de contención mecánica en pacientes ingresados en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) es frecuente. Una de las indicaciones de su uso es evitar la retirada accidental de dispositivos terapéuticos, siendo la autoextubación uno de los accidentes con mayor riesgo para el paciente.

- Determinar la incidencia de autoextubación en UCI.
- Conocer el perfil de paciente que se autoextuba.
- Describir factores asociados y de riesgo que puedan estar relacionados con el incidente.

Metodología-Observación Clínica

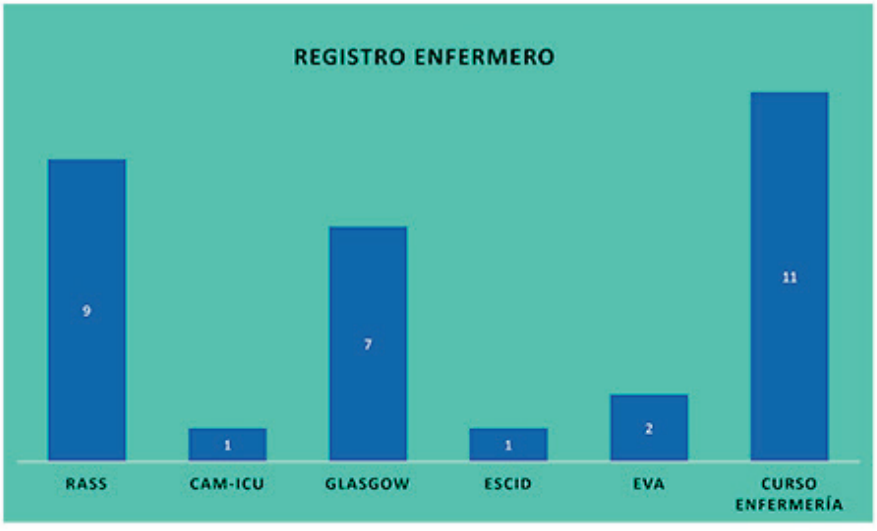
Estudio descriptivo observacional y prospectivo en una UCI polivalente con 12 camas de un hospital de tercer nivel durante el 2017. Se recogieron variables sociodemográficas (sexo, edad) y variables clínico-evolutivas como el uso de contenciones mecánicas, días de intubación, entre otras. Los datos se obtuvieron de la revisión del registro enfermero y historia clínica.

Resultados-Intervenciones

Los 11 pacientes representan el 3,3% sobre el total de los sometidos a ventilación mecánica invasiva con tubo orotraqueal. Nueve pacientes fueron varones, con edad media de 43,3 años (rango=35-77). El principal diagnóstico fue trasplante hepático y afectación neurológica. Y como antecedentes: enolismo y hábito tabáquico. Todos portaban contención mecánica de extremidades superiores en el momento de la autoextubación y la mayoría se encontraba en fase de destete del respirador. La media de días de intubación hasta el incidente es 9,1. La extubación fue más frecuente en turno de noche (6 casos), seguido de tarde (4) y mañana (1). Como resultado, 5 pacientes se reintubaron y 4 precisaron traqueotomía. Diez llevaban sedación y/o analgesia. En todos los pacientes se registró ,por parte de enfermería, estado neurológico y/o conductual, mientras que el grado de dolor se registró en 6.

Conclusiones

La autoextubación en UCI es un incidente grave con una importante incidencia. Conocer las características de estos pacientes puede ayudar a establecer unos cuidados seguros y de calidad, además de elaborar estrategias preventivas.



XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Pantalla nº 6. **Lunes 11 de Junio de 2018 de 11:40 a 12:10 h.**

ID 90

MANIOBRA DE DECÚBITO PRONO AL PACIENTE CRÍTICO

Elvira Cebrián Soriano; M. Torralba; J. Piqueras; MC. Martínez; MC. Ortiz; C. Carrilero; J. García
Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

Introducción-Objetivos

La colocación del paciente en la posición de decúbito prono (DP) es una técnica no invasiva que ha demostrado su **eficacia** en diversos estudios como **medida terapéutica adicional** en el tratamiento en pacientes con Síndrome de Distress Respiratorio Agudo (SDRA). Estudios randomizados y controlados han confirmado la mejoría de la oxigenación. Sin embargo, no es una técnica exenta de complicaciones, siendo en algunas ocasiones difícil de realizar.

Objetivos:

- **Estandarizar el procedimiento** de giro en posición de DP en pacientes con SDRA.
- Aumentar la **cultura de seguridad** en los cuidados y buenas prácticas de enfermería al paciente crítico.
- **Describir los cuidados** que ofrece la enfermera para reducir las complicaciones de la terapia DP y aumentar la efectividad de la misma.

Metodología-Observación Clínica

Se realizó búsqueda bibliográfica en las diferentes bases de datos (PubMed, Cuiden, Cochrane y Cinahl) usando los descriptores DeCS en ingles “Prone Position”, “Severe Acute Respiratory Syndrome”, “Critical Care” y “Nursing Care”. Se limitó a idioma inglés y español.

Resultados-Intervenciones

A aquellos pacientes que padecen SDRA y que no presenten criterios de exclusión se les realizará la maniobra de DP lo más **precoz** posible incrementando así sus posibilidades de mejora. Con esta maniobra de DP se consigue cambios en la **movilidad diafragmática, evacuación de secreciones, redistribución de la perfusión y mejoría de la ventilación**. Un protocolo servirá para que el personal implicado conozca su función y los problemas que pueden aparecer durante la pronación del paciente.

Conclusiones

Elaborando un protocolo de actuación para la técnica de pronación establecemos un plan de cuidados de enfermería estandarizando la atención a estos pacientes y ofreciendo una herramienta de trabajo con el fin de aumentar la seguridad del paciente durante la maniobra y disminuir las complicaciones derivadas del tratamiento, ayudando al personal a proporcionar los cuidados de forma eficaz y segura.

Financiación

Ninguna.

Palabras clave

decúbito prono · SDRA · cuidados de enfermería · pronación

Pantalla nº 6. **Lunes 11 de Junio de 2018 de 11:40 a 12:10 h.**

ID 91

VALIDACIÓN DE CUESTIONARIO PARA CONOCER LAS COMPETENCIAS DE LAS ENFERMERAS DE CUIDADOS INTENSIVOS

Yeray Gabriel Santana Padilla[1]; T. Linares Pérez[2]; J. Alemán González[1]; RF. Acosta Rodríguez[1]; MD. Bernat Adell[3]; L. Santana Cabrera[1]

1. Hospital Universitario Insular de Gran Canaria; 2. Gerencia de Atención Primaria de Gran Canaria; 3. Universidad Jaume I

Introducción-Objetivos

Las enfermeras desarrollan dentro de su ámbito laboral en cuidados intensivos (UCI), múltiples competencias que dan respuesta a los retos que la atención sanitaria les requiere, es por ello, que la vigencia de esas necesidades puede ser diferente en el tiempo, en las características de la unidad, y en los propios profesionales enfermeros. Por tanto, tras analizar los datos extraídos de la bibliografía y la creación de una entrevista semiestructurada, nos planteamos como objetivo, generar y validar un cuestionario cuantitativo mediante escalas tipo Likert, con el fin de conocer las necesidades formativas de las enfermeras de UCI.

Metodología-Observación Clínica

Mediante técnica delphi, compuesta por un grupo de 4 enfermeras expertas, se extrajó información del discurso expresado por 15 enfermeras elegidas mediante muestreo de conveniencia de una UCI polivalente, con el criterio de inclusión de experiencia en Cuidados Intensivos de más de 3 años. Con una entrevista semiestructurada se exploraron las competencias publicadas por la European Federation of critical care nurse association. Estas enfermeras dieron su visión sobre los diferentes ámbitos de cuidados intensivos. **En la fase 1:** Los expertos generaron preguntas, que respondiera a los intereses y competencias expresadas por las enfermeras entrevistadas. **En la fase 2:** Posteriormente, unificaron un documento de 66 preguntas con una escala númerica tipo Likert donde 1, eran valores poco o nada importantes y 10, muy importantes. **En la fase 3**, se pasó la encuesta definitiva a las 15 enfermeras inicialmente entrevistadas, con el fin de validar y medir la fiabilidad de la encuesta generada

Resultados-Intervenciones

Se solicito la cumplimentación del cuestionario. Posteriormente se aplicó el Alfa de Cronbach, a las respuestas obtenidas. Consiguiendo un alfa de 0.912. (Ver imagen)

Conclusiones

La encuesta generada tiene fiabilidad para la muestra elegida. Es preciso, aplicar esta encuesta a otros tipos de UCI, para valorar si se puede extrapolar el cuestionario.

Financiación

Los autores reconocen no haber recibido ningún tipo de financiación ni estar a la espera de recibir ninguna subvención ni beca. Los aspectos éticos y científicos del estudio fueron avalados por el Comité de ética e investigación de la Universidad Jaume I.

Palabras clave

Investigación en Enfermería Clínica · Educación Basada en Competencias · Educación en Enfermería · Educación de Posgrado en Enfermería · Cuidados Criticos · Enfermeras Clínicas

sigue –>

Fase 1.

Investigador	Ámbito clínico	Ámbito Profesional	Ámbito de Gestión	Ámbito educativo y de desarrollo	Dimensiones de la formación	Total
Investigador 1	19	12	22	4	10	67
Investigador 2	11	10	16	3	5	45
Investigador 3	7	8	18	3	10	46
Investigador 4	19	11	28	5	8	71

Fase 2. Se generó un cuestionario definitivo que incluía

	Ámbito clínico	Ámbito Profesional	Ámbito de Gestión	Ámbito educativo y de desarrollo	Dimensiones de la formación	Total
Definitiva	18	14	16	6	12	66

Fase 3.

Sujeto	Puntuación de todos los ítems
N1	531
N2	578
N3	603
N4	611
N5	579
N6	624
N7	630
N8	594
N9	612
N10	599
N11	531
N12	569
N13	577
N14	556
N15	557

Número de Ítems (K): 66
Suma de Varianzas (Sum Vi)= 97,657
Varianzas totales(Vt): 955,4

Alfa de Cronbach= K/(K-1) * [1- SumVi/Vt]= 0,912

Pantalla nº 6. **Lunes 11 de Junio de 2018 de 11:40 a 12:10 h.**

ID 100

VALORACIÓN DE LA EFICACIA DEL MÉTODO BASADO EN VOLUMEN PARA INCREMENTAR EL APORTE CALÓRICO Y PROTEICO EN LOS PACIENTES QUE RECIBEN NUTRICIÓN ENTERAL

Laura Díaz Castellano; M. Plaza Bono; V. Arjona Díaz; AM. Cruz Ramos; M. Morales Cifuentes; T. Grau Carmona
Hospital Universitario Doce de Octubre

Introducción-Objetivos

La nutrición enteral en el enfermo grave se administra habitualmente de forma progresiva, midiendo el volumen de residuo gástrico (VRG) según protocolo de cada unidad. Frecuentemente, los volúmenes de dieta administrados están por debajo de los requerimientos calóricos y proteicos, por lo que el paciente estaría infranutrido. Queremos demostrar la eficacia del método de administración basado en volumen (VBNE) para mejorar esto de forma proactiva.

Metodología-Observación Clínica

Comparamos 132 días en 24 pacientes alimentados según protocolo habitual de nuestra unidad, (descanso una vez/día, sin reinfusión del VRG), y 54 días en 15 pacientes alimentados según VBNE: calculamos la prescripción calórica diaria y obtenemos el volumen de fórmula en 20 horas (A). Cada 6 horas determinamos el VRG, reinfundiendo hasta 300 mililitros en bolo de dieta fresca. El exceso de 300 se calcula (B). Determinamos el volumen recibido por el paciente en el período previo (C), y calculamos el volumen a administrar el resto del día (E)= (A-C)+B. Analizamos aportes calóricos y proteicos la primera semana, así como la incidencia de vómitos y diarrea. Datos cuantitativos presentados como mediana y desviación estándar, y cualitativos en valores absolutos y porcentajes. Realizamos un análisis múltiple de la varianza para el aporte proteico y calórico, y Chi-cuadrado para la incidencia de vómitos y diarrea.

Resultados-Intervenciones

Sin diferencia significativa en los datos demográficos ni mortalidad. El 76% fueron enfermos médicos, (APACHE II 21, SOFA 9). Menor diferencia entre calorías programadas y administradas en los pacientes tratados con VBNE: -31(-105,8) kilocalorías/día que los tratados convencionalmente: -11 (321,-31) ($p<0,001$). Igualmente, recibieron más aporte proteico: -1,5(-5,0,4) gramos/día versus -6(-16,-2) ($p<0,001$). Incidencia de vómitos similar en ambos grupos.

Conclusiones

La alimentación basada en volumen es un método proactivo sin complicaciones relevantes, que permite disminuir el déficit calórico y proteico que pueden presentar los enfermos graves, pero aumenta la carga de enfermería.

Financiación

Sin financiación

Palabras clave

VBNE · dieta · requerimientos · proactivo

Pantalla nº 6. **Lunes 11 de Junio de 2018 de 11:40 a 12:10 h.**

ID 118

OXIGENOTERAPIA NASAL DE ALTO FLUJO EN PACIENTES CRÍTICOS

Irene Suberviola Fernández; AM. Ezquerra García; S. Suescun Ceña; S. Martínez Almazan; E. Mardones Angulo; C. Martínez Jiménez; MP. Espinosa Mendaza
Hospital San Pedro

Introducción-Objetivos

La Insuficiencia respiratoria aguda es una de las causas más frecuentes de ingreso en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) La Oxigenoterapia constituye un tratamiento de primera línea para estas patologías. En los últimos años, la oxigenoterapia nasal con alto flujo (OAF) aparece como alternativa eficaz a la oxigenoterapia convencional. Desde 2016 es una práctica habitual en nuestra Unidad. **Objetivo Principal:** Conocer la utilidad de la terapia OAF **Objetivos secundarios:** Conocer la incidencia y sus indicaciones. Determinar los parámetros utilizados. Conocer la duración de la terapia y la mortalidad de estos pacientes

Metodología-Observación Clínica

Estudio retrospectivo-descriptivo de pacientes con OAF Lugar: Hospital San Pedro de Logroño. 1 enero 2017- 31 diciembre 2017. Variables estudiadas: Socio-demográficas. Motivo de ingreso, procedencia, indicación de la terapia, parámetros, tiempo de terapia, Oxigenoterapia previa, necesidad de intubación, mortalidad, días de ingreso en UCI.

Resultados-Intervenciones

Se aplicó OAF a 44 pacientes. Incidencia: 0,39 casos/año Varones 28 (63,6%), edad 62,77±14,8 años. **Procedencia:** urgencias 19 (43,2%), hospitalización 16 (36,4%), salas intervencionistas 4 (9,1%), quirófano 3 (6,8%), otro hospital 2 (4,5%). **Motivo de ingreso:** Quirúrgico 3 (6,8%), cardiaco 9 (20,5%), respiratorio 25 (56,8%), politraumatismo 1 (2,3%), sepsis 6 (13,6%). **Indicación:** Hipoxemia sin hipercapnia 10 (22,7%), insuficiencia respiratoria moderada 17 (38,6%), Apoyo tras extubación 5 (11,4%), Edema agudo de pulmón 9 (20,5%), Tromboembolismo pulmonar 3 (6,8%). Oxigenoterapia previa: Gafas nasales 4 (9,5%), Mascarilla 21-35% 2 (4,8%), Mascarilla 40-60% 14 (33,3%), Reservorio 16 (38,1%), CPAP 3 (7,1%), Ventilación mecánica 3 (7,1%) Precisaron intubación 13 pacientes (29,5%). Día de intubación 1º día 10 (76,9%) Exitus en UCI 8 (19%) LTSV 7 (16,7%) Días ingreso en UCI 7,1±5,9 días Días con OAF 2,7±1,7 días Flujo máximo/mínimo 52,9±7,3/36,6±11,6 Concentración O2 máxima/mínima 74,3±22,3/44,8±20,6

Conclusiones

La OAF puede ser una alternativa eficaz en pacientes con necesidad de altas concentraciones de O_2. Sería conveniente estudiar los factores asociados a su fracaso.

Financiación

No existe.

Palabras clave

Oxígeterapia · Alto flujo · Cuidados Críticos · Insuficiencia respiratoria

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Pósters

Pantalla nº 7. **Lunes 11 de Junio de 2018 de 11:40 a 12:10 h.**

ID 96
PROTOCOLO DE ENFERMERÍA DE ADMINISTRACIÓN DE LA TERAPIA ELECTROCONVULSIVA EN EL PACIENTE NEUROCRÍTICO CON ESTATUS EPILÉPTICO SÚPER-REFRACTARIO

ID 97
INFECCIÓN RELACIONADA CON LA ASISTENCIA SANITARIA. MEDIDAS DE CONTROL ANTE UN BROTE DE ACINETOBACTER BAUMANNII

ID 99
EXPERIENCIA EN LA IMPLANTACIÓN DEL CÓDIGO SEPSIS: INTERVENCIONES ENFERMERAS

ID 101
ENCUESTA DE SATISFACCIÓN A PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS MÉDICO-QUIRÚRGICA

ID 103
MOVILIZACIÓN PRECOZ EN PACIENTES CRÍTICOS: CONOCIMIENTOS EN ENFERMERÍA Y LIMITACIONES PARA SU APLICACIÓN

ID 110
REESTERNOTOMÍA DE URGENCIA EN UNA UCI: PROPUESTA DE MEJORA CONTINUA

ID 141
CARACTERÍSTICAS POSITIVAS DURANTE LA ESTANCIA EN UCI DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE IAM

ID 239
VALORACIÓN DEL DESGASTE PROFESIONAL RELACIONADO CON LA IMPLANTACIÓN DE NUEVAS TECNOLOGÍAS EN UNIDADES DE CRÍTICOS

Pantalla nº 7. **Lunes 11 de Junio de 2018 de 11:40 a 12:10 h.**

ID 96

PROTOCOLO DE ENFERMERÍA DE ADMINISTRACIÓN DE LA TERAPIA ELECTROCONVULSIVA EN EL PACIENTE NEUROCRÍTICO CON ESTATUS EPILÉPTICO SÚPER-REFRACTARIO

Isabel González Arnáiz; MT. Arnáiz Ruiz; MA. Hernando Cotillas; MC. Díaz Tobajas; MC. Maté Barga; O. Sadornil Franco; EM. Pérez Cabo; A. Zabalegui Pérez; MJ. Arranz Andrés; MS. Carpintero Pérez
Hospital Universitario de Burgos

Introducción-Objetivos

La terapia electroconvulsiva (TEC) en el estatus epiléptico súper-refractario (SESR) es una técnica con muy escasa bibliografía. Evaluamos la aplicabilidad de nuestro protocolo de TEC en el EESR no respondedores a los tratamientos convencionales.

Metodología-Observación Clínica

Descripción del protocolo empleado de TEC en la serie de pacientes que presentaron SESR, desde el inicio de dicha terapia en la UCI del Hospital Universitario de Burgos (1/06/2016) hasta el 31/12/17. Se analizan los casos en que se empleó dicho protocolo, efectos secundarios de la técnica y si fueron debidos a problemas con el protocolo.

Resultados-Intervenciones

Se empleó dicho protocolo en las 65 TEC aplicadas sobre 4 pacientes con SESR. Se administró un máximo 3 choques al día, con un rango de energía de 500-1000 mc, bajo sedo-relajación con fentanest y atracurio/succinilcolina. Desde el inicio del SESR hasta la TEC transcurrieron 10,95 ± 4,64 días y el número de días en los que administró la TEC fue de 5,42 ± 4,03. En todos los pacientes se aplicó el protocolo de TEC, con monitorización hemodinámica, respiratoria, suspensión del máximo número y periodicidad de anticomiciales/sedantes, implantación de compresas para prevención de la mordedura, empleo de manguito de presión braquial para evitar la relajación de la extremidad testigo de la convulsión esperada con la TEC, monitorización del EEG continuo asociado al BIS bilateral. No se objetivó ningún efecto adverso derivado de la técnica, salvo bradicardia autolimitada asociada a todos los pacientes en el momento de la TEC.

Conclusiones

Debido a la poca experiencia de la TEC en el SESR, la necesidad de control precoz del SESR, la escasa casuística de SESR que precisan TEC, consideramos necesario disponer de un protocolo sencillo y bien definido de TEC, para no retrasar la aplicación de dicha terapia y evitar efectos adversos derivados de la misma.

Pantalla nº 7. **Lunes 11 de Junio de 2018 de 11:40 a 12:10 h.**

ID 97

INFECCIÓN RELACIONADA CON LA ASISTENCIA SANITARIA. MEDIDAS DE CONTROL ANTE UN BROTE DE ACINETOBACTER BAUMANNII

Iván López Alonso; M. del Valle Ortiz; C. Díaz Tobajas
Hospital Universitario de Burgos, HUBU

Introducción-Objetivos

La importancia de las Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria (IRAS) es una de las mayores preocupaciones a nivel de políticas sanitarias, de los propios centros y del personal sanitario. El impacto sobre Seguridad del Paciente, así como, los sobrecostes añadidos han hecho que sea un punto en el que incidir en nuestros sistemas sanitarios. La mayoría de las infecciones que ocurren en el ámbito sanitario son endémicas, pero también se producen brotes o infecciones epidémicas. Una de las IRAS con más importancia y relevancia en UCI es la infección/colonización por Acinetobacter baumannii multirresistente. Medidas de control de infecciones son fundamentales para reducir su frecuencia e impacto sanitario. Intervenciones sanitarias bien realizadas, pueden lograr controlar precozmente el desarrollo del brote.

Metodología-Observación Clínica

Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo, de los datos clínicos de los pacientes infectados/colonizados con Acinetobacter baumannii productor de carbapenemasas, ingresados en una UCI de un hospital de tercer nivel, durante más de 48 horas, entre el 1 de abril al 31 de octubre de 2016 y las medidas realizadas durante el brote de Acinetobacter baumannii.

Resultados-Intervenciones

El caso índice fue de origen extra-UCI. El brote afectó a un total de 34 pacientes. El 88.2% fueron varones con una edad media de 59.85 años (DS 14.8). El APACHE II medio fue 23.12 (DS 12.77). La estancia media fue de 26.55 días (DS 19.13). Los pacientes con Acinetobacter baumannii intra-UCI se colonizan a los 13.57 días (DS 8.31).

Conclusiones

Necesidad de cultivos de Vigilancia Activa en UCI frente a microorganismos multirresistentes. Medidas de control ante un brote por A. baumannii:

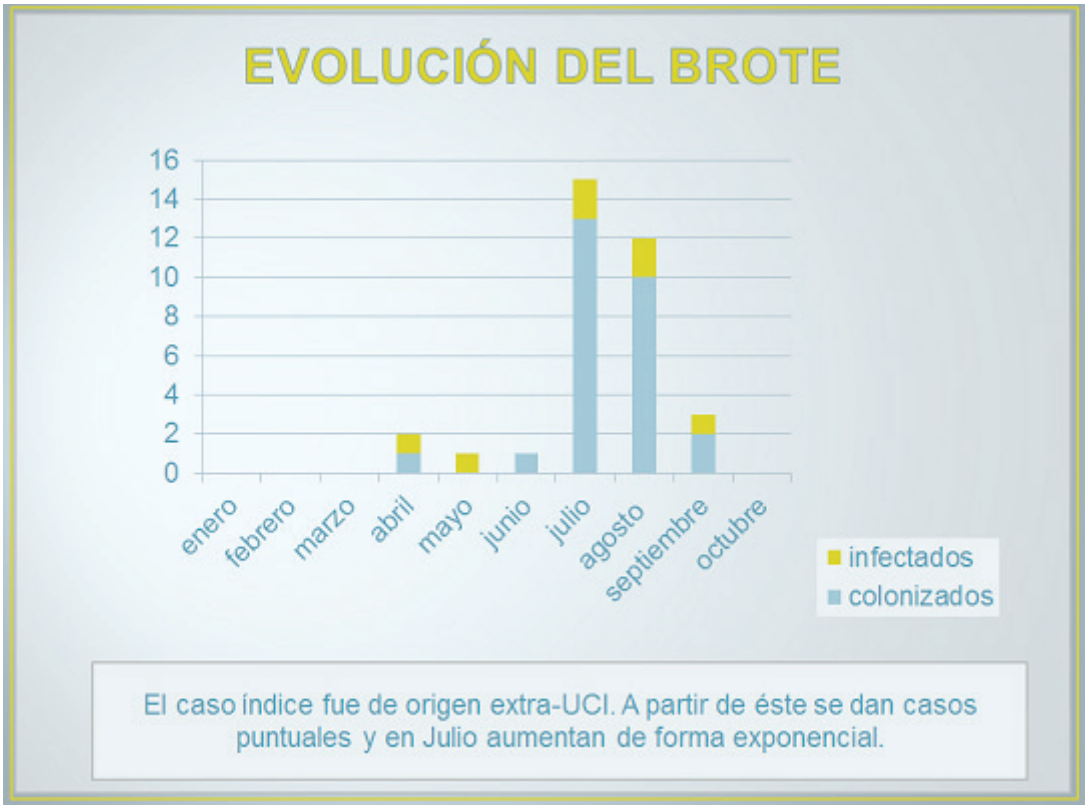
- Formación y motivación de los profesionales.
- Aislamientos preventivos, de contacto y por cohortes.
- Control de transmisión cruzada.
- Control reservorio ambiental.
- Sustitución/limpieza exhaustiva de reservorios.
- Protocolo de limpieza.
- Uso racional de los antibioticos.
- Higiene de manos y observación directa.

Todas son actuaciones necesarias para evitar la aparición de un brote, pudiendose usar como primer plan de contingencia frente al mismo.

Palabras clave

Acinetobacter · Seguridad · Infección · Colonización · Control

sigue –>


EVOLUCIÓN DEL BROTE
16
14
12
10
8
6
4
2
0
enero
febrero
marzo
abril
mayo
junio
julio
agosto
septiembre
octubre
infectados
colonizados
El caso índice fue de origen extra-UCI. A partir de éste se dan casos puntuales y en Julio aumentan de forma exponencial.

Pantalla nº 7. **Lunes 11 de Junio de 2018 de 11:40 a 12:10 h.**

ID 99

EXPERIENCIA EN LA IMPLANTACIÓN DEL CÓDIGO SEPSIS: INTERVENCIONES ENFERMERAS

Albert González Pujol; J. Uya Muntaña; VD. Gumucio Sanguino
Hospital Univeristario de Bellvitge

Introducción-Objetivos

Introducción:

La sepsis es una disfunción orgánica causada por una respuesta anómala del huésped a la infección que supone una amenaza para la supervivencia. Presentando una mortalidad muy elevada a pesar de los avances diagnósticos y terapéuticos, alcanzando el shock séptico en un 35-85% de los casos. Por este motivo, resulta imprescindible establecer una serie de herramientas que permitan su detección precoz, tanto desde la llegada del paciente a urgencias como desde una planta de hospitalización, evitando el retraso en la demora de la atención al mismo. Se implantó así hace dos años el Código Sepsis en el Hospital Universitario de Bellvitge, donde el personal de enfermería tiene un papel fundamental en la detección y el rápido tratamiento con la finalidad de mejorar el pronóstico del paciente.

Objetivos:

- Evaluar la implantación del código sepsis en un hospital de tercer nivel.
- Describir las intervenciones enfermeras en el paciente con sepsis.

Metodología-Observación Clínica

Revisión bibliográfica en bases de datos (Medline, Cochrane, Cuidatge) años 2012-2017. Estudio observacional descriptivo mediante la revisión de la historia clínica electrónica mediante programa SAP. Se revisaron los pacientes con activación del código sepsis durante los años 2015-2017.

Resultados-Intervenciones

En dos años de implantación del Código Sepsis se han activado 301 Códigos, ingresando en cuidados intensivos un 20% de los pacientes. Las intervenciones enfermeras prioritarias son: Valoración mediante QuickSofa score, extracción de hemocultivos y lactato, administración de antibiótico y cristaloides a una dosis de 30 ml/Kg si hipotensión o lactato superior o igual a 4mmol/L.

Conclusiones

La implantación del código sepsis ha sido desigual durante los dos primeros años. El personal de enfermería tiene un papel fundamental en la detección precoz y activación del código para mejorar la morbimortalidad del paciente séptico.

Palabras clave

sepsis · intensive care unit · nursing intervention

Pantalla nº 7. **Lunes 11 de Junio de 2018 de 11:40 a 12:10 h.**

ID 101

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN A PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS MÉDICO-QUIRÚRGICA

Mª Luz Montero González; M. Ruiz Hernández; S. Chacón Alves; M. Morales Cifuentes; NI. Lázaro Martín; P. Sanz Cruz; I. Bautista Redondo; JA. Sánchez-Izquierdo Riera; JC. Montejo González
Hospital 12 de Octubre

Introducción-Objetivos

Una de nuestras prioridades es llevar a cabo una atención integral del paciente, haciendo énfasis en la atención humanizada. El objetivo es conocer la valoración del paciente e identificar aspectos susceptibles de mejora.

Metodología-Observación Clínica

Estudio prospectivo-descriptivo, mediante entrega de una encuestas a los pacientes, en el momento del alta. Previamente, ha sido revisada por la Unidad de Calidad y consta de 34 ítems divididos en: valoración del entorno-confortabilidad, relación con el personal, valoración del horario de visitas y sentimientos-opiniones. La entrega es voluntaria y anónima. Periodo de estudio: de Enero-Junio 2017. Los resultados se analizan mediante el SPSS 19.0.

Resultados-Intervenciones

Se recogieron 80 encuestas (102 entregadas). La mayoría consideraron “cómodos” o “muy cómodos” la cama y el sillón, valorando como “normal” la iluminación (34,2%) y “normal” o “poco cómodo” el ruido (29% y 25%, respectivamente). Más de la mitad consideraron “muy respetada” la intimidad, tanto en la realización de curas, aseo y técnicas, como en las pruebas complementarias y exploración. Un 52,2% tuvo problemas para conciliar el sueño, siendo el ruido la causa más frecuente y un aspecto a mejorar para el 23,8%. Al 73,7% les pareció “muy bueno” el trato con el personal, siendo informados el 94%, sintiéndose escuchados el 95,6% y considerando que su opinión fue tenida en cuenta en el 85,1%. Un 45,8% ha sentido en algún momento miedo, dolor o soledad, siendo el momento de mayor “sufrimiento” la realización de técnicas (26,9%) y las noches (23,1%). El 71,1% han tenido ayuda para aliviar este sufrimiento. El 80,6% consideraron “correcto” o “muy correcto” el horario de visitas y al 75,8% les gustó la musicoterapia.

Conclusiones

Los pacientes valoran de forma muy positiva la atención de los profesionales así como el horario de visitas y la musicoterapia, mientras que identifican la iluminación y el ruido, como los aspectos a mejorar.

Pantalla nº 7. **Lunes 11 de Junio de 2018 de 11:40 a 12:10 h.**

ID 103

MOVILIZACIÓN PRECOZ EN PACIENTES CRÍTICOS: CONOCIMIENTOS EN ENFERMERÍA Y LIMITACIONES PARA SU APLICACIÓN

Sara González del Hoyo; JC. Fernández Álvarez; M. Briones Roc; A. Cardenete Villarroya; S. Serrano Jaureguizar; MC. Monje Muñoz; E. Blázquez Martinez
Hospital Universitario de Bellvitge

Introducción-Objetivos

La movilización precoz (MP) es segura, factible y mejora el pronóstico de los pacientes críticos. Su implementación requiere un cambio cultural en los cuidados integrales del paciente. **Objetivos:** Evaluar los conocimientos generales sobre la MP del personal de enfermería e identificar las limitaciones que dificultan su realización en la unidad de cuidados intensivos (UCI).

Metodología-Observación Clínica

Estudio observacional transversal. Participaron 46 enfermeros de la uci que respondieron a un cuestionario anónimo y autoadministrado que contenía datos sociodemograficos, preguntas para evaluar el nivel de conocimientos sobre la MP y los factores facilitantes o limitantes. Los datos fueron tabulados y analizados mediante el programa SPSS 22.0. Se calcularon índices descriptivos, el test de chi-cuadrado y coeficientes de correlación de Pearson, utilizando un intervalo de confianza del 95%.

Resultados-Intervenciones

El 89,1% son mujeres, con edad media de 32,8 años (DS. 8,52) y 8,87 años de experiencia en uci (DS. 7,1).El 89,1% desconoce la diferencia entre movilización activa, activa asistida y pasiva. El 19,6% moviliza a sus pacientes pero desconoce si aplica los criterios de MP. El 65,2% evalúa la fuerza muscular previo a la movilización y el 78,3% lo hace valorando la fuerza de oposición. Según el 89,1% la MP debe ser consensuada por el equipo multidisciplinar. Las principales limitaciones son: las tracciones y las terapias continuas de depuración extrarenal (70,1%), el dolor (60,09%), la falta de comunicación interdisciplinar (52,2%) y la presencia de delirio (52,2%). En los pacientes post operados de cirugía cardiaca lo son: el dolor (62,2%), los drenajes pericárdicos (58,7%) y la falta de comunicación (41,3%). No se obtuvieron resultados significativos en el análisis bivariante.

Conclusiones

Los resultados sugieren que la falta de conocimientos no impide movilizar a los pacientes, lo que puede poner en riesgo su seguridad. Es necesario reforzar los conocimientos sobre MP e integrar la figura del fisioterapeuta en la uci.

Financiación

No se precisa.

Palabras clave

Movilización precoz · Paciente crítico · Limitaciones · Conocimiento

Pantalla nº 7. **Lunes 11 de Junio de 2018 de 11:40 a 12:10 h.**

ID 110

REESTERNOTOMÍA DE URGENCIA EN UNA UCI: PROPUESTA DE MEJORA CONTINUA

Laura Costa Capella; B. Vázquez Guillamet; A. Cardenete Villarroya; S. González del Hoyo; L. Antón Serrano; Y. Martínez Aguilar; R. Justel García; B. Ruiz de Pablo; O. Vallès Fructuoso
Hospital Universitari de Bellvitge

Introducción-Objetivos

La reesternotomía de urgencia en la UCI (RUU) es un procedimiento complejo pero poco habitual que requiere el manejo de habilidades técnicas y no técnicas para su realización sin comprometer la seguridad del paciente.

Objetivo: Describir la propuesta de mejora continua de la calidad en el proceso de la RUU de cirugía cardíaca y el ciclo completo de Deming con sus resultados tras la evaluación inicial.

Metodología-Observación Clínica

En la fase de planificación mediante la Técnica de Grupo Nominal se detectaron y definieron aspectos de mejora del proceso de RUU. Se analizaron las causas con el Diagrama de Ishikawa, se diseñaron y priorizaron medidas de solución al problema mediante la matriz de priorización. En la fase de preparación se realizaron procedimientos provisionales asistenciales y de organización. Para verificar y controlar las acciones implantadas se realizó un diagrama de control utilizando indicadores de calidad.

Resultados-Intervenciones

Se detectó la falta de formación en la actuación durante la RUU como aspecto de mejora prioritario. Se identificaron la falta de coordinación entre equipos asistenciales, la dificultad para identificar a un líder y la ausencia de cursos de simulación periódicos, como las principales causas del problema. Proponiéndose como acción de mejora la realización de cursos de coaching, un entrenamiento basado en la simulación multidisciplinar y la realización de un video sobre dicha simulación. Se plantea como objetivo la asistencia del 80% del personal a los cursos en el plazo de 1 año, utilizando el indicador: nº de profesionales que realizan el curso/ nº total de profesionales con riesgo de participar en el proceso de RUU.

Conclusiones

Las acciones de mejora propuestas permitirán aumentar la seguridad del paciente en un proceso poco frecuente pero de gran complejidad como lo es la RUU. El objetivo final será incluirlo en la línea estratégica de seguridad del paciente y sistematizar las acciones propuestas.

Financiación

No se precisa.

Palabras clave

Mejora continua · Proceso · Reesternotomía · UCI

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Pantalla nº 7. **Lunes 11 de Junio de 2018 de 11:40 a 12:10 h.**

ID 141

CARACTERÍSTICAS POSITIVAS DURANTE LA ESTANCIA EN UCI DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE IAM

Mar Roman-López[1]; E. Muñoz Arranz[2]
1. Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor. San Javier, Murcia; 2. Hospital General Universitario Santa Lucía. Cartagena, Murcia

Introducción-Objetivos

Describir los aspectos positivos que destacan los pacientes diagnosticados de IAM durante su estancia en UCI.

Metodología-Observación Clínica

- Método etnográfico de finalidad descriptiva con enfoque cualitativo, en una UCI polivalente de 8 boxes.
- Desde el 01/05/2015 hasta el 31/10/2015.
- Muestra: 20 pacientes (16 hombres y 4 mujeres).
- Criterios de inclusión: primer evento de IAM, primer ingreso en UCI, pernoctar mínimo una noche en UCI, sin inestabilidad hemodinámica o clínica, sin barrera idiomática, conscientes, orientados y sin déficits neurológicos.
- Aprobado por el Comité Ético del hospital.
- Participación voluntaria: consentimiento informado.
- Limitaciones del estudio: reclutamiento, sesgo del entrevistador, reflexividad.
- Recogida de datos: entrevistas abiertas semi estructuradas grabadas, observación participante.
- Análisis de datos: trascripción, saturación de datos y análisis del contenido del discurso.

Resultados-Intervenciones

La media de edad fue de 65,2 años (DE: 45-79). Resaltan tres categorías principales para poder englobar las cualidades o adjetivos que los pacientes describieron como positivos. Relacionado con el personal: un 75% afirma que la atención recibida es ?muy buena?. A nivel general el personal de la unidad les transmite confianza, cariño, familiaridad, amabilidad, recibiendo un cuidado eficaz y muy humano. Respecto a la unidad la describen como estricta, que hay más control y vigilancia, destacando que les transmite tranquilidad y seguridad. En la categoría de familia sólo un 10% mencionaron como positivo el poder ver a su familia y las facilidades para poder ser visitados.

Conclusiones

Cuando la atención se realiza con empatía y de forma humanizada intentando facilitar que la estancia sea lo más liviana posible, el paciente se siente bien atendido y en un lugar seguro. Podemos conseguir ampliar y mejorar estos aspectos dejando atrás la tecnolatría en la que hemos estado inmersos y optar por una atención más cercana.

Palabras clave

UCI · aspectos positivos · enfermería · IAM

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Pantalla nº 7. **Lunes 11 de Junio de 2018 de 11:40 a 12:10 h.**

ID 239

VALORACIÓN DEL DESGASTE PROFESIONAL RELACIONADO CON LA IMPLANTACIÓN DE NUEVAS TECNOLOGÍAS EN UNIDADES DE CRÍTICOS

Rosa Mª Iribarren Romera; Sonia Juan Lozano; Nuria Dalmau Torres, Josep Mª Ramos Puig, Susana Vegas Vidal
Hospital Universitario de Bellvitge

Introducción-Objetivos

Las profesiones sanitarias son las más castigadas por el estrés profesional y en estos últimos años, la crisis económica, los recortes sanitarios y la implantación de nuevas tecnologías, que cada día llegan a nuestras unidades hemos querido valorar si estos factores inciden en nuestro nivel de estrés profesional y si han podido aumentar el desgaste profesional ya existente.

Objetivo: Averiguar el nivel de estrés de los profesionales relacionando la implantación de nuevas tecnologías y conocer si éstas ayudan a mejorar o aumentar las cargas de trabajo profesionales.

Metodología-Observación Clínica

Se realizó la recogida de datos entre 50 profesionales de las unidades de críticos Enero 2018 mediante una encuesta anónima, de diseño propio y ofrecida a los diferentes turnos y categorías que forma el equipo de enfermería.

Resultados-Intervenciones

La encuesta revela que la tecnificación ha aumentado el estrés laboral de forma significativa indistintamente de la edad, experiencia laboral, categoría profesional o turno. Por edades podemos valorar que los profesionales más jóvenes, hasta 34 años, aceptan la tecnificación y no les causa tanto estrés como los que tienen más años. El grupo de TCAI opinan que la tecnificación no les causa tanto estrés como sí manifiestan las enfermeras. Por tiempo trabajado, hasta los diez años, no hay un porcentaje muy significativo comparado entre los profesionales que llevan más años que valoran que la tecnología pueda generar desgaste. En cuanto a turnos de trabajo es el turno de la mañana el que valora que el aumento de la tecnificación puede aumentar el estrés en el trabajo.

Conclusiones

Tras la recogida de datos, podemos concluir que la tecnificación de nuestras unidades de críticos genera estrés, relacionado en gran medida a la implantación de nuevos artilugios,de los cuales muchas veces no se realiza la formación para su manejo, aumentando así la carga de trabajo y secundariamente el desgaste profesional.

Palabras clave

burnout · tecnologia en unidades de críticos

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Pósters

Pantalla nº 8. **Lunes 11 de Junio de 2018 de 11:40 a 12:10 h.**

ID 111
INFLUENCIA DE LA TURNICIDAD EN LOS HÁBITOS ALIMENTARIOS DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS DE INTENSIVOS

ID 112
COMPETENCIA DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA PARA TRABAJAR EN ENTORNOS DE FINAL DE VIDA

ID 113
INFLUENCIA DE LA HEMOGLOBINA Y CANTIDAD DE FILTRO USADOS EN HEMOFILTRACIÓN CON LA MORTALIDAD

ID 114
COUGH ASSIST E70® EN EL PACIENTE CRÍTICO TRAQUEOSTOMIZADO

ID 115
PORCENTAJE Y PERFIL DEL PACIENTE QUE INGRESA EN INTENSIVOS CON COLONIZACIÓN BACTERIANA

ID 116
VISITA EN UCI. OPINIÓN DE LOS PROFESIONALES

ID 117
GESTACIÓN Y SÍNDROME DE HELLP, A PROPÓSITO DE UN CASO. CUIDADOS EN UCI

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Pantalla nº 8. **Lunes 11 de Junio de 2018 de 11:40 a 12:10 h.**

ID 111

INFLUENCIA DE LA TURNICIDAD EN LOS HÁBITOS ALIMENTARIOS DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS DE INTENSIVOS

Francisco José Clemente López; G. García Poignon; N. Medina Cabrera; J. Felipe Vargas; N. Clemente López; R. Álvarez Díaz; JC. Bonilla Pérez
Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria

Introducción-Objetivos

Los turnos rotatorios y el trabajo nocturno favorecen una alimentación desordenada y el consumo de comida rápida.

Objetivo: Analizar los hábitos alimentarios de los profesionales de la UCI.

Metodología-Observación Clínica

Estudio descriptivo y transversal. Se divulga vía online, un cuestionario anónimo y autoadministrado, dirigido a los profesionales sanitarios de Intensivos de Canarias (médicos, enfermeras y auxiliares) durante abril de 2017. Se recogen variables demográficas, antropométricas, hábitos alimentarios, ejercicio físico y turnicidad. Se realiza análisis descriptivo y prueba de la Chi cuadrado tomando como significación p<0,05.

Resultados-Intervenciones

Se reciben 240 encuestas: 52,5% enfermeras, 26,3% auxiliares y 21,3% de médicos. El 71,7 % son mujeres con rango de edad de 30-40 años (32,5%). El 60% trabaja a turnos rotatorios. 62,1% se lleva la comida al trabajo (comida rápida y snacks el 32,5%) dedicándole a comer menos de 30 min el 53,8%. El 78,28% de la comida rápida se consume en turno de noche. Trabajar a turnos se relacionó con poco tiempo dedicado a comer ($?^2$ =14,25; p<0,01) y con la ingesta de comida rápida ($?^2$ =16,26; p<0,01). Entre los distintos profesionales, enfermería es la que consume más comida rápida (41,6%; $?^2$ =10; p<0,01), quien más ejercicio realiza (71,4%; $?^2$ =8,6; p<0,05) y quien más normopeso presenta (69,3%; $?^2$ =27,82; p<0,01). El rango de edad se relacionó con la profesión de forma significativa ($?^2$ =24,48; p<0,05)

Conclusiones

Trabajar a turnos fomenta el consumo de comida rápida, sobre todo por las noches y se relaciona con menos tiempo para comer respecto a los turnos fijos. Según los datos, Enfermería es quien más comida rápida consume, sin embargo es quien más ejercicio realiza y quienes más mantienen su peso normal, pero no es debido a la turnicidad, sino a presentar menor rango de edad que el resto de profesiones.

Financiación

Sin financiación.

Palabras clave

Turnicidad · Hábitos alimentarios · Profesionales sanitarios · UCI

Pantalla nº 8. **Lunes 11 de Junio de 2018 de 11:40 a 12:10 h.**

ID 112

COMPETENCIA DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA PARA TRABAJAR EN ENTORNOS DE FINAL DE VIDA

Marta Briones Roc; L. Antón Serrano; V. Fuentes Milà; L. Costa Capella; S. González del Hoyo; Y. Martínez Aguilar; S. Lozano Gomariz; O. Vallès Fructuoso
Hospital Universitari de Bellvitge

Introducción-Objetivos

Los profesionales de enfermería afrontan en su trabajo situaciones de dolor, sufrimiento, final de vida y muerte, proporcionando cuidados de calidad a los pacientes.

Objetivo: Conocer el nivel de competencia de los profesionales de enfermería para trabajar en entornos de final de vida y su correlación con la ansiedad, depresión, ansiedad ante la muerte, significado de la vida y competencia general.

Metodología-Observación Clínica

Estudio transversal. Participaron 106 profesionales de enfermería, 26 hombres y 80 mujeres que trabajan en unidades relacionadas con cuidados al final de la vida. Respondieron un cuestionario anónimo y autoadministrado con las formas españolas de la Escala de Autocompetencia para el trabajo en Entornos al Final de Vida (SC-DWS), Escala de Significado de vida (SWSS), Inventario Revisado de Ansiedad ante la Muerte (DAI-R) e, Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD) y Escala de Autoeficacia General (GSE). Los datos se tabularon y analizaron mediante el programa SPSS v22.0. Se calcularon índices descriptivos y coeficientes de correlación de Pearson.

Resultados-Intervenciones

Se obtuvo una puntuación media de 35.31 en la SCDWS (DS 7.23), 6.49 (DS 2.26) para Ansiedad, 2.64 (DS 1.89) para Depresión, 36.24 (DS 13.8) para DAI-R, 117.11 (DS 10.24) para SWSS y 32,78 (DS 3.9) para GSE. Las puntuaciones de la escala SC-DWS presentaron un coeficiente de correlación positivo y significativo de Autoeficacia (0.293; $p<0.01$) y Significado de la Vida (0,428; $p<0,01$) y negativo y significativo con Ansiedad (-0,261; $p<0,01$), Depresión (-0,270; $p<0,01$) y Ansiedad ante la Muerte(-0,195; $p<0,05$).

Conclusiones

El personal de enfermería que trabaja en entornos de final de vida tiene una gran competencia en general, un elevado significado de vida, no tienen ansiedad ni depresión. Presentan un nivel moderado de ansiedad ante la muerte y competencia para trabajar en entornos de final de vida. Sería útil valorar intervenciones dirigidas a la adquisición de habilidades y estrategias de afrontamiento ante el sufrimiento y muerte ajenas.

Financiación

No se precisa.

Palabras clave

Competencia · Profesionales · Muerte

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Pantalla nº 8. **Lunes 11 de Junio de 2018 de 11:40 a 12:10 h.**

ID 113

INFLUENCIA DE LA HEMOGLOBINA Y CANTIDAD DE FILTRO USADOS EN HEMOFILTRACIÓN CON LA MORTALIDAD

Francisco José Clemente López; SL. Quintero Hernández; J. Felipe Vargas; JC. Bonilla Pérez; R. Álvarez Díaz; T. Cabrera Estévez
Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria

Introducción-Objetivos

Una mala formación de Enfermería en terapias continuas de depuración extrarrenal (TCDE), favorece una mala gestión de la hemofiltración, la coagulación del filtro y pérdida de hemoglobina.

Objetivo: Describir los pacientes que reciben Terapia de sustitución renal y determinar si existe relación entre número de filtros utilizados, hemoglobina y mortalidad.

Metodología-Observación Clínica

Estudio descriptivo y longitudinal desde enero a diciembre de 2017. Se incluyen pacientes que ingresan en una UCI polivalente de 26 camas y que reciben TCDE. Se recogen variables demográficas, días de estancia en intensivos, motivo de TCDE, días de terapia, número de filtros, hemoglobina al ingreso/alta y mortalidad. Se realiza análisis descriptivo, prueba de ?2 para variables nominales, t de Student para muestras relacionadas y Prueba de Kruskal-Wallis para variables cuantitativas independientes, asumiendo como significativo p< 0,05.

Resultados-Intervenciones

Ingresaron en UCI 1065 pacientes, recibiendo TCDE el 6% (65,6% hombres y 34.4%, mujeres). La media de edad fue 58,27 ± 12,2. Las causas de indicación de TCDE son síndrome de disfunción multiorgánico (SDFMO) 68.8% y fallo renal agudo 21,9%. Falleció el 59,4 %. Cada paciente usó una media de 4,46±5,2 filtros. Existe diferencia estadística entre la hemoglobina de ingreso y al alta (T=7,58; p<0,01). Existe relación estadística entre días de TCDE con la mortalidad (?2 = 24,54 con p<0.05), no así con el número de filtros ni con la hemoglobina.

Conclusiones

La mortalidad asociada a la TCDE es elevada, pero no es debida al número de filtros utilizados ni a la caída de hemoglobina, sino debido seguramente, a la patología ya que la indicación principal es el SDFMO.

Financiación

Sin financiación.

Palabras clave

Hemofiltración · Mortalidad · Cuidados de Enfermería · Hemoglobina

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Pantalla nº 8. **Lunes 11 de Junio de 2018 de 11:40 a 12:10 h.**

ID 114

COUGH ASSIST E70® EN EL PACIENTE CRÍTICO TRAQUEOSTOMIZADO

V. Fuentes Milà; V. Blazquez Martínez; A. Arnaiz Flancos; MA. Burgos Naranjo; P. Rodríguez Contreras; O. Vallés Fructuos; X. Campos Urieta; M. Plaza Veliz; R. Oller Domingo
Hospital Universitario de Bellvitge

Introducción-Objetivos

El insuflador-exuflador mecánico Cough Assist E70® es una terapia no invasiva que consiste en inducir la tos en pacientes que presentan una tos ineficaz y por ello la incapacidad de expectorar las secreciones, ya sea a causa de una patología neurológica, respiratoria o por una miopatía severa tras un largo encamamiento por debilidad adquirida (DAU) en una unidad de cuidados intensivos (UCI).

Metodología-Observación Clínica

Describir la técnica de aspirado de secreciones de manera no invasiva mediante el uso del Cough Assist E70® en pacientes traqueostomizados y con soporte de ventilación mecánica. Elaborar una guía de actuación sobre el uso correcto del insuflador-exuflador para realizar el aspirado de secreciones de manera no invasiva.

Resultados-Intervenciones

Trabajo descriptivo llevado a cabo por un grupo de expertos multidisciplinar que incluye fisioterapeutas y enfermeros para crear una guía sobre la utilización en UCI del insuflador-exuflador de forma correcta para estimular la tos y evitar el acumulo de secreciones, mejorando así la ventilación del paciente. Se realiza revisión bibliográfica para la confección de esta guía a partirde los trabajos publicados los últimos 10 años en Medline, Cinahl, Cuiden, así como otras guías publicadas por centros u organizaciones de referencia.

Conclusiones

Debido a la incorporación de esta nueva técnica en nuestro servicio se hace necesario disponer de una guía que unifique y facilite los cuidados conjuntos entre enfermería y fisioterapeuta dirigidos a la incentivación de la tos y eliminación de secreciones en este tipo de pacientes y evitar así las complicaciones derivadas del acumulo de secreciones y las consecuencias del aspirado de secreciones repetitivo mediante una sonda. El trabajo multidisciplinar permite complementar los cuidados enfermos e incrementar la calidad de los mismos.

Palabras clave

COUGH ASSIST E70® · Pacientes Traqueostomizados · Insuflador-exuflador · Aspirado de Secreciones

Pantalla nº 8. **Lunes 11 de Junio de 2018 de 11:40 a 12:10 h.**

ID 115

PORCENTAJE Y PERFIL DEL PACIENTE QUE INGRESA EN INTENSIVOS CON COLONIZACIÓN BACTERIANA

Francisco José Clemente López[1]; F. Felipe Vargas[1]; JC. Bonilla Pérez[1]; S. García Velasco Sánchez Morago[2]; N. Clemente López[1]; B. Yánez Quintana[3]

1. Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria; 2. Hospital General Universitario. Ciudad Real; 3. Hospital General Universitario de G.C. Dr. Negrín

Introducción-Objetivos

Hay pacientes que ingresan en intensivos que tienen una colonización bacteriana sin presentar clínica ni respuesta inmunológica, sin embargo, pueden ser un vector infeccioso.

Objetivo: Cuantificar y describir el perfil del paciente que ingresa en intensivos con colonización bacteriana.

Metodología-Observación Clínica

Estudio descriptivo y longitudinal desde enero a diciembre de 2017. Se incluyen pacientes que ingresan en una UCI polivalente de 26 camas, que dan positivo en cribado de ingreso como portadores bacterianos sin desarrollar infección. Se recogen variables demográficas, diagnóstico de ingreso, desarrollo de infección posterior al ingreso y tipo de bacteria. Se realiza estadística descriptiva.

Resultados-Intervenciones

Ingresaron en UCI 1065 pacientes, dando positivo en el cribado 129 (12,11%) y de estos, 78 (7,32% del total) no manifestaron clínica infecciosa. El 59% eran hombres y la edad media de 53,14±18 años. Motivo de ingreso: Cardiología (24,4%), Neurología (23,1%), Politrauma (21,8%), Shock (17,9%) y Postquirúrgicos (10,3%). Los patógenos hallados son principalmente Escherichia coli (46,2%), Estafilococo resistente a la meticilina (37,2%) y Klebsiella pneumoniae (9%). El 2,56% desarrolló infección en uci, no estando relacionado con el microorganismo colonizado.

Conclusiones

El 7% de los pacientes que han ingresado en UCI estaban colonizados. El perfil es de un paciente predominantemente, varón de mediana edad, con patología coronaria o neurológica colonizado principalmente por Escherichia coli, seguido del Estafilococo aureus. Son relevantes las medidas de barrera y protección al ingreso y mientras no se reciban resultados del cribado inicial.

Financiación

Sin Financiación.

Palabras clave

Colonización Bacteriana · Prevención · Ingreso · UCI

Pantalla nº 8. **Lunes 11 de Junio de 2018 de 11:40 a 12:10 h.**

ID 116

VISITA EN UCI. OPINIÓN DE LOS PROFESIONALES

JC. Muñoz Camargo[1]; M. Martínez Migallón[1]; MJ. Espadas Maeso[1]; A. Leon Rodríguez[2]; MC. Prado Laguna[3]; J. García Calvo[1]; MA. Rodríguez-Barbero Velázquez[1]; ML. Parra Martínez[3]; M. Muñoz Martínez[1]
1. Hospital General Universitario de Ciudad Real; 2. Hospital Virgen de la Salud; 3. Facultad de Enfermería de Ciudad Real. UCLM

Introducción-Objetivos

A pesar de que numerosos estudios destacan los múltiples beneficios para los pacientes de la UCI abierta, los profesionales siguen siendo reticentes. El objetivo fue conocer la perspectiva de los profesionales de una UCI en particular respecto a los potenciales efectos de la visita en UCI y su efecto en la actividad rutinaria de los profesionales.

Metodología-Observación Clínica

Para recoger la opinión del personal de la UCI se utilizó una encuesta tipo Likert con 4 posibilidades de respuesta para cada enunciado (Muy de Acuerdo, De Acuerdo, En Desacuerdo, Muy Desacuerdo). Además se recogieron variables sociodemográficas y laborales de la muestra (edad, sexo, categoría profesional y años de experiencia. El libre consentimiento se consideró implícito en el hecho de depositar el cuestionario cumplimentado en el buzón destinado para ello. Las variables cuantitativas se describieron con medias y desviación estándar, y para las cualitativas se calcularon frecuencias y porcentajes. Posteriormente, se realizó un análisis bivariante según la características de las variable Los test estadísticos fueron considerados significativos para $p < 0,05$.

Resultados-Intervenciones

El 71,4% de los participantes fueron mujeres. La edad media de los entrevistados se sitúo en 42,3+8 años y el promedio de años de experiencia profesional fue de 15,7+6,9 años. El 57,1% está de acuerdo o muy de acuerdo con el régimen de visitas actual (uci cerrada). El 57,4% cree que la presencia de familiares interfiere en los cuidados del paciente y el 69,4% piensa que la presencia del familiar compromete la evolución clínica del paciente. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas, porcentualmente los médicos son la categoría que mayoritariamente piensa que las familias interfieren en los cuidados, seguidos por las enfermeras.

Conclusiones

Los profesionales siguen considerando la política de visitas restrictivas como la opción más idónea. El personal no tiene una actitud positiva ante las visitas.

Financiación

No se cuenta con financiación externa.

Palabras clave

UCI · Visita abierta en UCI · Opinión

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Pantalla nº 8. **Lunes 11 de Junio de 2018 de 11:40 a 12:10 h.**

ID 117

GESTACIÓN Y SÍNDROME DE HELLP, A PROPÓSITO DE UN CASO. CUIDADOS EN UCI

Inmaculada Figuerol Calderó; J. Manrique Tejedor; M. Báez González; JA. Gálvez Delgado; S. Monago Espejo; M. Fortes del Valle
Hospital Universitario Joan XXIII de Tarragona

Introducción-Objetivos

El Síndrome de HELLP es una complicación del embarazo caracterizada por hemólisis (LDH>600 UI/L), elevación de las enzimas hepáticas (GOT>72 ui/l) y plaquetopenia (<100000/mm^3), que puede conllevar complicaciones maternas y fetales graves. El objetivo principal es determinar las actuaciones de enfermería en UCI realizadas ante un caso de Síndrome de HELLP.

Metodología-Observación Clínica

Gestante de 28 años, embarazo gemelar, antecedentes de asma bronquial y evolución correcta de la gestación. A la semana 37+4 de gestación acude a Urgencias por sensación de ahogo. Presenta TA 150/95, proteinuria y edemas generalizados. En la analítica de sangre HB 9mg/dl, plaquetopenia de 79000, GOT 428ui/l, GPT 356ui/l, LDH 1069ui/l. Se realiza diagnóstico diferencial descartando reagudización de asma bronquial y se diagnostica Síndrome de HELLP. Se decide realizar cesárea urgente con buen resultado para los dos recién nacidos.

Resultados-Intervenciones

La paciente ingresa en UCI, neurológicamente consciente y orientada, dolor EVA 3, sin focalidades neurológicas, eupneica, con palidez mucocutánea, normotensa, ritmo sinusal en ECG, edemas generalizados. APACHE 19 SAPS 10. Como tratamiento se administra Sulfato de Magnesio (dosis 1 gr/h para evitar posibles convulsiones), 4 concentrados de hematíes (para corregir la anemia y plaquetopenia), Metilprednisolona, Salbutamol y Bromuro de Ipratropio para el tratamiento del asma. La actuación enfermera se centró en preservar la normofunción de la paciente y en la prevención y detección precoz de complicaciones. El Plan de Cuidados de Enfermería se basó en el control de constantes vitales, balance hídrico, control neurológico, controles analíticos y de ECG, profilaxis de trombosis, control de la altura y tono uterino, control de los loquios y preservación del binomio madre-hijo (vínculo afectivo y lactancia materna).

Conclusiones

Esta complicación del embarazo hace imprescindible que la enfermera proporcione los cuidados pensando en la gravedad del cuadro y centrándose en el plan de cuidados planeado.

Financiación

Ninguna.

Palabras clave

síndrome de HELLP · embarazo · hipertensión,

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Pósters

Pantalla nº 9. **Lunes 11 de Junio de 2018 de 11:40 a 12:10 h.**

ID 372
RIESGOS DEL VOLCADO AUTOMÁTICO DE CONSTANTES VITALES EN LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA (HCE). ¿QUÉ OPINAN LOS PROFESIONALES?

ID 374
USO DEL CAPNÓGRAFO PARA COMPROBAR LA CORRECTA INTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL

ID 379
LA IMPORTANCIA DE LA VALORACIÓN DEL PATRÓN SUEÑO DESCANSO EN CUIDADOS INTENSIVOS

ID 380
MANEJO SEGURO DE LA MEDICACIÓN EN UCI

ID 382
INCIDENCIA DE LA INFECCIÓN NOSOCOMIAL EN T.E.C. EN UCI

ID 383
ESTRÉS Y TURNO DE NOCHE EN UCI. PERCEPCIÓN ENFERMERA

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Pantalla nº 9. **Lunes 11 de Junio de 2018 de 11:40 a 12:10 h.**

ID 372

RIESGOS DEL VOLCADO AUTOMÁTICO DE CONSTANTES VITALES EN LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA (HCE). ¿QUÉ OPINAN LOS PROFESIONALES?

Sara Lospitao Gómez; E. García García; MJ. Luengo Alarcia; J. Álvarez Rodríguez; AM. Caballero Perea
Hospital de Fuenlabrada

Introducción-Objetivos

Se realizó revisión bibliográfica sobre los errores del volcado de datos en la HCE sin encontrar resultados. Además no existe legislación vigente que indique la responsabilidad legal de esta actividad.

Metodología-Observación Clínica

Se elaboró un cuestionario, previo cuestionario piloto, para valorar la utilidad del sistema informático, existencia de errores del volcado y su gravedad, responsabilidad del volcado de constantes y consecuencias de ello. Se entregó al personal de enfermería e Intensivistas.

Resultados-Intervenciones

Se entregó un total de 34 cuestionarios. Se obtuvo 21 cuestionarios de enfermería y 7 de medicina. Un 70% creen que producen errores de captura de datos. Un 80% considera que el sistema informático ayuda en la labor de enfermería. Un 25% opina que los errores en el volcado es responsabilidad de enfermería. Un 55% considera evitables errores en el volcado en la HCE. 60 % está en desacuerdo que la medición correcta de constantes hemodinámicas sea responsabilidad exclusiva de Enfermería. 35% opina que errores en la captura pueden generar confusión en el diagnóstico y/o tratamiento médico.

Conclusiones

Ni el personal de enfermería ni medicina tienen claro de quién es la responsabilidad legal del volcado de datos ni si puede llevar al médico a error en el estado del paciente. Sí se considera útil. Faltan estudios sobre el tema y una legislación que especifique quién tiene la responsabilidad legal de este volcado de datos. Consultamos a servicios jurídicos y confirmaba esta ausencia de legislación. Sí creían que puesto que los cuidados de la toma de constantes era responsabilidad de enfermería, se podía asumir que también lo era el volcado automático de estos datos.

Financiación

No existe.

Palabras clave

Registros informatizados · Historia clínica electrónica · Opinión

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Pantalla nº 9. **Lunes 11 de Junio de 2018 de 11:40 a 12:10 h.**

ID 374

USO DEL CAPNÓGRAFO PARA COMPROBAR LA CORRECTA INTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL

Pilar Leon Martínez; M. García González; N. López Tordesillas; AM. Lázaro Arenas; I. García Hernández; M. Hernández Resuela; MC. Gutiérrez Rodríguez
Complejo Hospitalario de Toledo

Introducción-Objetivos

En las unidades de cuidados intensivos es muy frecuente realizar el procedimiento de intubación endotraqueal. La comprobación inmediata de la correcta colocación del tubo endotraqueal se puede hacer mediante auscultación pulmonar o de forma más lenta, mediante radiografía torácica. El uso del capnógrafo para comprobar la correcta intubación endotraqueal proporciona gran seguridad en el paciente. Se trata de utilizar este dispositivo para asegurar la correcta ubicación del tubo endotraqueal tras el procedimiento de intubación. De esta forma se pueden evitar, de forma precoz, problemas derivados de una intubación incorrecta. La enfermería debe conocer y estar familiarizada con este dispositivo que aumenta la eficiencia en nuestro trabajo y la seguridad sobre el paciente crítico.

Objetivos: Describir el procedimiento de uso del capnógrafo para comprobar la correcta intubación endotraqueal. Conocer los parámetros correctos de CO2 del capnógrafo. Aumentar la seguridad del procedimiento de la intubación endotraqueal en el paciente crítico.

Metodología-Observación Clínica

Revisión bibliográfica en Pubmed, Cuiden, Cochrane y Scielo, con un periodo de búsqueda desde 2012 a 2017. Se utilizan palabras clave: intubación endotraqueal, capnógrafo. Los idiomas seleccionados para la búsqueda bibliográfica son inglés y español, rechazando otros idiomas.

Resultados-Intervenciones

La capnografía es una monitorización no invasiva que analiza la ventilación del paciente midiendo el dióxido de carbono exhalado. Permite valorar la perfusión del paciente critico, añadiendo objetividad, fiabilidad, rapidez diagnóstica y seguridad durante el proceso de intubación. La Capnografía detecta de forma precoz: intubación bronquial, espasmo bronquial, intubación esofágica, extubación accidental, fuga en el circuito e hipoventilación. La Capnografía puede también utilizarse de froma continuada para monitorizar el CO_2 exhalado y permite detectar problemas de ventilación. La enfermera debe conocer las distintas representaciones gráficas que proporciona el capnógrafo para identificar problemas respiratorios.

Conclusiones

Se establece un protocolo de monitorización y uso del capnógrafo en el periodo postintubación inmediato para comprobar la correcta colocación del tubo endotraqueal.

Financiación

Sin financiación.

Palabras clave

intubación endotraqueal · capnógrafo

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Pantalla nº 9. **Lunes 11 de Junio de 2018 de 11:40 a 12:10 h.**

ID 379

LA IMPORTANCIA DE LA VALORACIÓN DEL PATRÓN SUEÑO DESCANSO EN CUIDADOS INTENSIVOS

Jesús Sánchez Martín[1]; S. Alonso Hernández[1]; JA. de Haro Ávila[1]; A. Sánchez Gómez[2]
1. Hospital General de La Palma; 2. H.U. Santa Lucia, Cartagena

Introducción-Objetivos

La persona en estado crítico, desde su ingreso en la unidad de cuidados intensivos (UCI), presenta diversas alteraciones como consecuencia del proceso de adaptación al que se enfrenta. El encontrarse en un ambiente desconocido mientras se ve sometida constantemente a estímulos (ruido, luz nocturna y actividades de enfermería) capaces de alterar el sueño y con ello el ciclo circadiano.

Objetivos: Estudiar los factores ambientales que afectan al sueño. Estudiar la importancia de la valoración del patrón sueño-descanso.

Metodología-Observación Clínica

Revisión bibliográfica a través de bases de datos tales Cuiden, Medline, Cuiden y Cochrane, sobre el descanso y el sueño en UCI. Seleccionando los artículos con mayor relevancia.

Resultados-Intervenciones

Hemos encontrado gran cantidad de artículos sobre la alteración del sueño en el paciente ingresado en UCI, y sobre la repercusión en su estado general. Importancia de la vigilancia y control de los factores ambientales en UCI.

Conclusiones

Necesidad de una valoración sistematizada del patrón funcional Sueño-Descanso. Protocolización de medidas para fomentar el descanso en UCI, y concienciación entre los profesionales de implementar las medidas adecuadas.

Financiación

Ninguna.

Palabras clave

sueño · descanso · UCI · ciclo circadiano · patrón funcional

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Pantalla nº 9. **Lunes 11 de Junio de 2018 de 11:40 a 12:10 h.**

ID 380

MANEJO SEGURO DE LA MEDICACIÓN EN UCI

David Sánchez Megolla; Montserrat Luque Cívico; Fabiola Benavente Medinilla; Margarita Enriquez de Luna Rodríguez; Araceli Gómez Sánchez
Agencia Sanitaria Costa del Sol

Introducción-Objetivos

Los errores de medicación suponen una de los principales eventos adversos en todo el mundo.En España, el 37% de los eventos hospitalarios son causados por medicamentos, siendo evitables el 34,8%(1). En las UCI, este tipo de incidentes aumenta en un 78%(2). Por ello,nos planteamos elaborar documento fácil y accesible a los profesionales de UCI relacionado con el manejo seguro de la medicación en todas sus etapas,unificando criterios de actuación para prevenir o minimizar posibles incidentes.

Metodología-Observación Clínica

Estudio descriptivo realizado en la UCI de la Agencia Sanitaria Costa del Sol de Marbella en 2017. Se constituye un grupo de trabajo en el que se incorpora la figura de un farmacéutico del hospital, y se obtiene un protocolo sobre manejo seguro de la medicación de UCI, en el que se tienen en cuentan todas las etapas del proceso, así como las vías de administración y medicación de alto riesgo.

Resultados-Intervenciones

Se ha elaborado un Protocolo específico: PE-UCI-16: Manejo seguro de la medicación en UCI, siguiendo la evidencia publicada y en colaboración con el servicio de farmacia. Aprobado por la Dirección del centro y publicado en la intranet del hospital, accesible a todos los profesionales En noviembre se difundió a los profesionales de la unidad a través de 5 sesiones formativas acreditadas por la ACSA.En total se han formado 82 %de enfermeras y 83.3%de auxiliares

Conclusiones

Con ésta herramienta hemos conseguido unificar criterios de actuación consensuados con el servicio de Farmacia,así como incorporar buenas prácticas que mejorarán la seguridad de los pacientes de UCI. Además este tipo de actuaciones contribuyen a aumentar la concienciación de los profesionales a la hora de manejar la medicación en UCI, hecho que ayudará a minimizar errores. El valorar el impacto que ha tenido este procedimiento en los eventos relacionados con la medicación evitará daños innecesarios para el paciente, siendo la etapa en la que actualmente nos situamos.

Financiación

Agencia Sanitaria Costa del Sol (ASHCA).

Palabras clave

medicación · UCI · evento adverso

Pantalla nº 9. **Lunes 11 de Junio de 2018 de 11:40 a 12:10 h.**

ID 382

INCIDENCIA DE LA INFECCIÓN NOSOCOMIAL EN T.E.C. EN UCI

Mª Rosario Alcayne; S. Barreda; A. Saura; A. Fernández; B. Palau; MJ. García; R. Sacristán; B. Palau; D. Casalta
Hospital Provincial Castellón

Introducción-Objetivos

La unidad de Críticos del C.H.P.C.S, es una unidad de atención a pacientes críticos, de carácter polivalente, en la que se realiza la técnica de T.E.C., como parte de los procedimientos de la Sala de Intervencionismo.

Objetivos:
Objetivo Principal: Conocer la incidencia de infección nosocomial en los pacientes sometidos a la TEC
Objetivos secundarios: 1. Valorar la eficacia de las medidas preventivas adoptadas en los pacientes desde la primera sesión TEC; 2. Mostrar la efectividad del tratamiento en los casos con cultivos positivos.

Metodología-Observación Clínica

Estudio descriptivo, observacional y prospectivo, realizado de enero de 2017 a enero 2018 sobre una muestra de 20 pacientes, a los que se les realiza la TEC. Los datos recogidos, (nº de pacientes, sesiones, muestras de frotis nasal, faringeo y rectal, resultados de los cultivos y tratamiento aplicado sobre los positivos) ,siendo medidas preventivas, son registrados en tablas de control de sesiones y de seguimiento de portadores de cada paciente. A todos los pacientes con cultivos positivos además se les aplica otras medidas preventivas (higiene con clorhexidina 2%, enjuagues bucales con clorhexidina 0´12%, aplicación nasal de mupirocina) Se aplica estadística descriptiva.

Resultados-Intervenciones

Con esta muestra de 20 pacientes, un total de 263 sesiones con una media de (13,2 + 8,0), se observan un caso de infección (5%) durante las sesiones TEC y otro paciente (5%) que presentó frotis positivo previo al estudio y fue negativo con el tratamiento durante los TEC.

Conclusiones

La frecuencia de infección es muy baja tras la aplicación de las medidas preventivas. Las medidas preventivas son eficaces. Observamos en los casos de cultivos positivos que el tratamiento recibido ha sido efectivo, ya que en estos pacientes el control posterior se ha negativizado.

Financiación

Fundación Hospital Provincial de Castellón.

Palabras clave

Resistencia Zero · Terapia electroconvulsiva · Cultivo portadores

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Pantalla nº 9. **Lunes 11 de Junio de 2018 de 11:40 a 12:10 h.**

ID 383

ESTRÉS Y TURNO DE NOCHE EN UCI. PERCEPCIÓN ENFERMERA

Pilar Latre Romero; EM. Amat Llop; M. Martínez Albertín; T. Calafell Navau
Hospital Universitario Arnau de Vilanova de Lleida

Introducción-Objetivos

El trabajo en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) ha sido considerado como una fuente estresante, implica estar continuamente en contacto con el dolor, la muerte, la competitividad laboral, las cargas de trabajo, las tensiones, etc.. En este trabajo, la investigación tiene como objetivo detectar los factores psicosociales en el ambiente laboral y personal que generan estrés, más la repercusión de estos en los pacientes. El estudio se realiza en una UCI de 22 camas y con una población de 12 profesionales, demostrando que todos estos factores repercuten sobre la calidad asistencial del paciente y en la salud del propio profesional.

Objetivo:

- Conocer las principales fuentes de estrés en el personal de enfermería de UCI en el turno de noche.
- Valorar la repercusión de este estrés versus los enfermos ingresados en la UCI.

Metodología-Observación Clínica

Se ha estudiado una cohorte de 12 profesionales de enfermería en turno de noche Estudio prospectivo y observacional, de corte transversal, a través del diseño de un instrumento de recogida de datos (encuesta) y análisis estadístico. Recogida sistemática de fuentes de estrés entre profesionales Los profesionales ha estudio han sido seleccionados según criterios de inclusión y exclusión.

Resultados-Intervenciones

Las principales causas de estrés son: conflicto de roles, impotencia e incertidumbre, implicación emocional, contacto con el sufrimiento, sobrecarga de trabajo, conciliación laboral, relaciones interpersonales, etc. Estas repercuten sobre la calidad asistencial del enfermo ingresado en el servicio, aunque no de forma negativa exclusivamente. No se observan diferencias significativas de estrés entre compañeras, pero si entre compañeros varones y mujeres.

Conclusiones

La interacción con pacientes, familiares y compañeros constituye una fuente de estrés para el profesional enfermero. Este trabajo nos lleva a mejorar tras conocer las causas. El personal sanitario mantiene un enfoque de protección de la salud. Equipos de enfermería informados son la mejor garantía de calidad, eficacia y eficiencia en la prestación de cuidados

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Pósters

Pantalla nº 1. **Lunes 11 de Junio de 2018 de 17:05 a 17:20 h.**

ID 81
PUESTA EN MARCHA DE UN NUEVO SISTEMA DE SEGURIDAD EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL SURESTE

ID 123
SEGURIDAD EN LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR SONDA NASOGÁSTRICA EN CUIDADOS INTENSIVOS

ID 125
CÁNULA DE MONTGOMERY EN UCI. A PROPOSITO DE UN CASO

Pantalla nº 1. **Lunes 11 de Junio de 2018 de 17:05 a 17:20 h.**

ID 81

PUESTA EN MARCHA DE UN NUEVO SISTEMA DE SEGURIDAD EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL SURESTE

J. Escobar Lavela; MªC. Martín Gigorro; MªP. González Pascual; L. González Borraz; P. Albert de la Cruz; EM. Hernández Sánchez; P. Prudencio García; G. González Pascual; O. Ben Afia Noya
Hospital Universitario del Sureste de Arganda del Rey, Madrid

Introducción-Objetivos

En la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital Universitario del Sureste de Arganda del Rey (Madrid), consideramos que mantener la cultura de Seguridad del paciente es muy importante, por ello cuenta con un Grupo de Seguridad multidisciplinar que trabaja para detectar y establecer planes de mejora respecto a los incidentes y eventos adversos notificados.

Los objetivos son:

- Mantener la cultura de seguridad entre los profesionales.
- Disminuir el número de incidentes y eventos adversos.

Metodología-Observación Clínica

Los profesionales de la UCI notifican mediante la aplicación disponible para los profesionales del Servicio Madrileño de Salud, en cuanto a Comunicación de Incidentes de Seguridad sin daño y Errores de Medicación, denominada CISEMadrid y tras ser analizadas las notificaciones por los miembros del Grupo de Seguridad de la UCI, se elabora un documento con los planes de mejora por cada una de ellas. Dichos documentos se exponen en un tablón de anuncios específico para ello, ubicado en el estar del personal de la Unidad.

Resultados-Intervenciones

Los incidentes y eventos adversos notificados desde el 2014 hasta el 2017 han llevado a elaborar un documento por cada uno de ellos, con los planes de mejora. Dichos planes de mejora quedan recogidos en un documento único que se envía como archivo adjunto.

Conclusiones

Este nuevo sistema de seguridad supone una herramienta que permite:

- Mantener la cultura de seguridad.
- Fomentar la notificación dado que se elabora un plan de acción ante cada una de las notificaciones, para evitar que se repita el incidente (feedback).

La valoración de eficacia de este nuevo sistema se llevará a cabo a finales del 2018.

Palabras clave

notificaciones · incidentes · mejora · seguridad

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Pantalla nº 1. **Lunes 11 de Junio de 2018 de 17:05 a 17:20 h.**

ID 123

SEGURIDAD EN LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR SONDA NASOGÁSTRICA EN CUIDADOS INTENSIVOS

Amadeo Puebla Martín; I. Vázquez Rodríguez-Barbero; MA. Puebla Martín; S. García-Velasco Sánchez-Morago; MM. del Fresno Sánchez; MP. Rubio Serrano; JP. Trujillo Juárez; MD. Naharro Fernández, G. García Fernández; Miguel García Ayala
Hospital General de Ciudad Real

Introducción-Objetivos

La administración de medicamentos por sonda nasogástrica (SNG) es una práctica habitual en las unidades de cuidados intensivos (UCI).

Objetivo: Detectar las posibles complicaciones e incompatibilidades al administrar fármacos por sonda nasogástrica (SNG) junto con nutrición enteral (NE) en UCI describiendo intervenciones farmacéuticas realizadas (IFs), proponiendo estrategias de mejora.

Metodología-Observación Clínica

Estudio prospectivo de dos meses de duración (Febrero-Marzo 2016). Se incluyen todos los pacientes que ingresaron en UCI con SNG para administración de fármacos y/o NE. Enfermera y farmaceutico revisaban diariamente el tratamiento de todos los pacientes ingresados con SNG viendo la compatibilidad de administración de fármacos por SNG y nutrición enteral mediante fuentes bibliográficas.

Resultados-Intervenciones

Se revisó el tratamiento de 96 pacientes (64±13,8 años, 71,8% hombres), de los cuales el 30% tenían SNG. Se revisó la compatibilidad de administración de fármacos por SNG de un total de 120 fármacos prescritos (4,13 fármacos/paciente). El 65% de los pacientes que tenían SNG requirieron IFs, realizándose en total 36 IFs, de las cuales el 8.3% fueron incompatibilidad por la forma farmacéutica (IFF) y el 91.7% incompatibilidad con la NE (INE). Los fármacos que agruparon más IFs fueron parafina y captopril, ambos por INE. Se detectó en el estudio una obstrucción de SNG. Acciones de mejora: sesión clínica en UCI farmacia-enfermeria, elaborar listado de fármacos con instrucciones de administración por SNG para enfermería y elaboración multidisciplinar (médicos, enfermeros y farmacéuticos) de una guía de administración por SNG.

Conclusiones

La revisión de tratamientos pautados por SNG ha permitido detectar y resolver complicaciones e incompatibilidades derivadas de la administración por SNG. La elaboración de una guía con instrucciones para enfermería permitirá administrar medicamentos por SNG de forma segura. Será necesaria una evaluación posterior para verificar el impacto de las acciones de mejora.

Financiación

Propia.

Palabras clave

Seguridad · Fármacos UCI · Sonda nasogástrica

Pantalla nº 1. **Lunes 11 de Junio de 2018 de 17:05 a 17:20 h.**

ID 125

CÁNULA DE MONTGOMERY EN UCI. A PROPOSITO DE UN CASO

Amadeo Puebla Martín; I. Vázquez Rodríguez-Barbero; MA. Puebla Martín; S. García-Velasco Sánchez-Morago; MM. del Fresno Sánchez; MP. Rubio Serrano; M. García Ayala; JP. Trujillo Juárez; ME. Migallón Buitrago; M. Díaz Rodríguez
Hospital General de Ciudad Real

Introducción-Objetivos

La cánula de Montgomery es un tubo de silicona utilizado en la reconstrucción laringotraqueal, cuyo conocimiento y cuidados son necesarios para la enfermera de UCI.

Objetivo: Conocer y proporcionar los cuidados de enfermería basados en la evidencia necesarios en pacientes portadores de cánula de Montgomery.

Metodología-Observación Clínica

Paciente de 52 años con síndrome de lesión medular portador de cánula de Montgomery por estenosis traqueal subglótica que ingresa en UCI por hemorragia cerebelosa hipertensiva.

Resultados-Intervenciones

Plan de cuidados enfermero Ante la existencia de la cánula de Montgomery se realiza valoración enfermera según modelo de Virginia Henderson y taxonomía (NANDA, NIC-NOC), destacando como principales diagnósticos:

- Ansiedad
- Riesgo de deterioro de la integridad cutánea
- Deterioro de la movilidad física
- Riesgo de infección
- Deterioro de la comunicación verbal
- Riesgo de baja autoestima situacional
- Conocimientos deficientes (sobre el manejo de su régimen terapéutico)
- Riesgo de aspiración
- Deterioro de la deglución
- Alteración del patrón del sueño

Sus características son:

- Inerte a la reacción de los tejidos (puede usarse hasta 2-3 años sin cambiar), dando soporte.
- Firme, sostiene tejidos que tienden a colapsarse y es lo suficientemente suave para evitar daño con bordes blandos y romos.
- La mucosidad prácticamente no se adhiere debiendose asear por la porción horizontal del tubo y la piel de alrededor.
- Flexible con anillos de seguridad impidiendo una introducción accidental hacia la tráquea.
- Posee un tapón para sellar la porción horizontal, para que el paciente pueda hablar y respirar por via aerea superior inhalando aire humedo/calido.
- Está contraindicado en pacientes que precisan ventilación mecánica por imposibilidad de sellar la vía aérea.

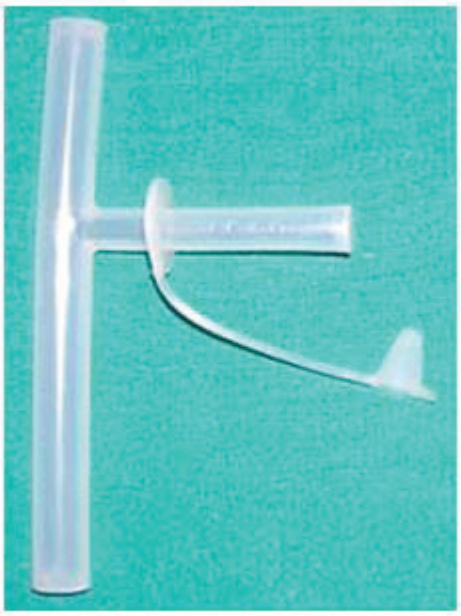
Conclusiones

La existencia de un plan de cuidados de enfermería en torno a la cánula de Montgomery y el conocimiento de dicha cánula, ofrece calidad asistencial, eficiencia y mayor implicación en nuestros pacientes.

sigue –>

Financiación
Propia.

Palabras clave
Cánula montgomery · Enfermería · Cuidados



XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Pósters

Pantalla nº 2. **Lunes 11 de Junio de 2018 de 17:05 a 17:20 h.**

ID 126
DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE UNA IMAGEN INTERACTIVA SOBRE LAS ESCALAS DE DOLOR, AGITACIÓN/SEDACIÓN Y DELIRIUM EN EL PACIENTE CRÍTICO (ESCID, RASS Y CAM-ICU)

ID 127
CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DE LA PRESIÓN INTRACRANEAL EN EL PACIENTE CRÍTICO NEUROQUIRÚRGICO

ID 128
GRADO DE SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

ID 131
MONITORIZACIÓN NO INVASIVA TRANSCUTÁNEA CON EL PULSIOXIMETRO MASIMO RAINBOW SET® EN PACIENTE CRÍTICO HIPERAGUDO

Pantalla nº 2. **Lunes 11 de Junio de 2018 de 17:05 a 17:20 h.**

ID 126

DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE UNA IMAGEN INTERACTIVA SOBRE LAS ESCALAS DE DOLOR, AGITACIÓN/SEDACIÓN Y DELIRIUM EN EL PACIENTE CRÍTICO (ESCID, RASS Y CAM-ICU)

Olga Vallès Fructuoso; M. Briones Roc; J. Fernández Álvarez; S. González del Hoyo; L. Costa Capella; V. Fuentes Milà; L. Anton Serrano; MC. Monje Muñoz; S. Lozano Gomariz; Y. Martínez Aguilar
Hospital Universitari de Bellvitge

Introducción-Objetivos

La monitorización del dolor, la agitación/sedación y el delirium en el paciente crítico reducen las complicaciones asociadas a la sedación. La realización de cursos teórico-prácticos no mejora la adhesión a las recomendaciones de las sociedades científicas referentes a la monitorización.

Objetivo: Diseñar una imagen interactiva para evaluar la adherencia de la monitorización del dolor, agitación/sedación y delirium (DAD) del paciente crítico.

Metodología-Observación Clínica

Se creó una imagen interactiva basada en las competencias básicas sobre la monitorización del DAD. Se utilizó la plataforma Thinglink® enlazando artículos y videos divulgativos sobre la aplicación y valoración de las escalas, asociándola a un código QR para facilitar su acceso desde cualquier dispositivo móvil. Seguidamente se realizaron sesiones formativas a los profesionales de cuidados intensivos sobre el manejo de la aplicación.

Resultados-Intervenciones

La fase piloto involucró a 70 enfermeras y 25 intensivistas. Se colocaron los códigos QR en los boxes de 3 unidades de críticos. La imagen se estructuró en tres bloques temáticos: 1) Monitorización del dolor en el paciente no comunicativo, 2) Monitorización de la agitación/sedación 3) Monitorización del delirium en el paciente crítico. Cada bloque temático está enlazado con los artículos de la adaptación española de la Escala de conductas indicadoras de dolor, Richmon agitation and sedation scale y Confussion and assesment method in intensive care unit, y el soporte audiovisual de videos educativos creados por el equipo investigador en escenarios reales con pacientes simulados sobre el manejo e interpretación de las escalas.

Conclusiones

La accesibilidad y facilidad de uso de códigos QR y la plataforma Thinglink® obtuvo una gran aceptación de los profesionales. Esta herramienta permite el acceso directo a todos los contenidos temáticos a través de una única imagen en cualquier momento y lugar, lo que facilita la adhesión a la monitorización del DAD.

Financiación

No se precisa.

Palabras clave

Monitorización · Dolor · Agitación · Sedación · Delirium · UCI

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Pantalla nº 2. **Lunes 11 de Junio de 2018 de 17:05 a 17:20 h.**

ID 127

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DE LA PRESIÓN INTRACRANEAL EN EL PACIENTE CRÍTICO NEUROQUIRÚRGICO

Francisco Javier Moya Domínguez, G. Hornos Anguita; T. Moreno Galán; EM. Moya Domínguez
Complejo Hospitalario de Jaén. Servicio Andaluz de Salud

Introducción-Objetivos

La presión intracraneal (PIC) se define como la presión ejercida por el contenido del interior del cráneo (tejido cerebral, líquido cefalorraquídeo y sangre) contra este. Una elevación de la PIC ocurre en el 50-70% de los pacientes con lesión cerebral severa, y está asociada con un 69-95% de mortalidad. Los objetivos del presente trabajo son determinar las principales actuaciones y cuidados de enfermería para manejar correctamente la PIC.

Metodología-Observación Clínica

Se ha llevado a cabo una revisión de la literatura existente en PubMed, Cuiden, Embase (Elsevier), Medline Plus y Google Académico, usando las palabras clave Intracranial Hipertensión, Intracranial Pressure, Presión Intracraneal, Cuidados de Enfermería y Nursing Care.

Resultados-Intervenciones

Se han recogido 128 artículos de los que finalmente 42 han sido utilizados para llevar a cabo nuestra revisión bibliográfica. Son múltiples y variadas las intervenciones diarias de enfermería que pueden provocar un aumento de la PIC: aspiración de secreciones, cambios posturales, medicación, estímulos ambientales, sedación, temperatura corporal y monitorización del paciente, entre otras. Un correcto registro y manejo de la PIC es fundamental para realizar un diagnóstico precoz de la hipertensión intracraneal y poder instaurar un tratamiento adecuado a tiempo. El cuidado del drenaje ventricular externo (DVE) es fundamental para facilitar un correcto funcionamiento del sistema y evitar las complicaciones que pudieran surgir.

Conclusiones

Unos cuidados de enfermería adecuados y una correcta monitorización son esenciales para prevenir y manejar la elevación de la PIC y disminuir la mortalidad asociada.

Palabras clave

Cuidados de Enfermería · Presión Intracraneal · Hipertensión Intracraneal

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Pantalla nº 2. **Lunes 11 de Junio de 2018 de 17:05 a 17:20 h.**

ID 128

GRADO DE SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

Roberto Gómez Santos, Mª. del Saz Batres; NJ. Quesada Pérez; EM. Manteiga Riestra; B. Martínez Palacios
Hospital Universitario Infanta Cristina, Parla

Introducción-Objetivos

- El desarrollo científico experimentado en los últimos años ha dado lugar a un aumento de la supervivencia de los pacientes ingresados en UCI. Sin embargo, necesitamos reforzar otros aspectos inherentes a nuestra profesión: cercanía, comprensión, empatía...
- Conocer la percepción del paciente crítico con respecto a los procesos enfermeros.

Metodología-Observación Clínica

Estudio observacional, de cohortes retrospectivo, (Abril a Septiembre 2017), se realizó una encuesta a pacientes ingresados en nuestra unidad. Se incluyeron variables: edad, sexo e ingresos previos en UCI, para determinar la satisfacción con la toma de decisiones entorno a los cuidados recibidos, la infraestructura y el número de visitas, siendo pacientes quirúrgicos, coronarios y médicos.

Resultados-Intervenciones

Durante este periodo se realizaron 101 encuestas: Un 86,2% considera bueno / muy bueno el trato, respeto y preocupación recibido por parte del personal de la unidad. La mayoría (86,1%), consideraron buenas/ muy buenas las habilidades del personal de enfermería con respecto a sus competencias, así como la comunicación con enfermería (86,2%). En cuanto a la percepción del ambiente/infraestructuras de la unidad, el 83,2 % de los pacientes, consideran buena/muy buena la intimidad en la unidad durante el ingreso La mayoría de los pacientes (75,2%) consideró que el número de visitas es suficiente A pesar de que no consideran necesario ampliar el número de visitas, a un 71,3% no les generaría incomodidad una mayor frecuencia de éstas

Conclusiones

- Con estos resultados , podemos concluir que más del 80% de los pacientes tienen un alto grado de satisfacción en la asistencia, relación y actitud recibida por parte de los profesionales de enfermería.
- La mayoría de los pacientes no considera imprescindible la ampliación del número de visitas.

Financiación

No ha precisado financiación.

Pantalla nº 2. **Lunes 11 de Junio de 2018 de 17:05 a 17:20 h.**

ID 131

MONITORIZACIÓN NO INVASIVA TRANSCUTÁNEA CON EL PULSIOXIMETRO MASIMO RAINBOW SET® EN PACIENTE CRÍTICO HIPERAGUDO

Alexandre Chacón Osuna; V. Fuentes Milà; J. Fernández Álvarez; C. Marroquín Guerrero; LM. Delgado Pavón; J. Nogueras Haro
Hospital Universitario de Bellvitge

Introducción-Objetivos

La oximetría de pulso es un método no invasivo que permite la estimación de la saturación de oxígeno de la hemoglobina arterial (SpO2), la frecuencia cardiaca y la amplitud del pulso. La tecnología convencional no es capaz de identificar otros tipos de hemoglobina (carboxihemoglobina o metahemoglobina), y sumado a estados de baja perfusión y movimiento que se dan en el paciente crítico nos encontramos con un registro menos real, pudiendo dar lugar a "falsos positivos". En la última década se han diseñado nuevos equipos de extracción de señal (SET), donde a través de la oximetría de pulso y pletismografía, podemos adquirir, procesar y mejorar en gran medida la monitorización no invasiva y continuada de los constituyentes de la sangre (evitando así procedimientos invasivos) y la predicción de la respuesta a fluidos, ofreciendo una serie de parámetros adicionales como pueden ser: hemoglobina total, índice de perfusión, índice variabilidad pletismográfica, carboxihemoglobina y metahemoglobina.

Objetivo: Diseñar un procedimiento para conocer y manejar el sistema MASIMO RAINBOW SET® y estandarizar los cuidados de enfermería del paciente crítico hiperagudo en un hospital de tercer nivel.

Metodología-Observación Clínica

Se ha realizado una revisión de la bibliografía en las principales bases de datos (Medline, Pubmed, Cuiden) de artículos publicados durante los años 2007-2017 sobre la utilización de este dispositivo. Se crea un grupo de enfermería para la confección de una guía rápida de utilización e interpretación de los valores obtenidos.

Resultados-Intervenciones

Se revisaron artículos que cumplieron los criterios de inclusión. La elaboración de la guía se estructuró en: montaje del dispositivo, indicaciones, funcionamiento e interpretación de los valores.

Conclusiones

A partir de la elaboración de la guía clínica se pretende difundir al personal mediante sesiones informativas, para dar un nuevo enfoque hemodinámico con dispositivos no invasivos, aumentando la seguridad del paciente y evitando complicaciones derivadas de procedimientos invasivos.

Palabras clave

oximetría de pulso · masimo rainbow set® · pletismografía · paciente hiperagudo

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Pósters

Pantalla nº 3. **Lunes 11 de Junio de 2018 de 17:05 a 17:20 h.**

ID 129
EFECTOS HEMODINÁMICOS DE LA ADMINISTRACIÓN DE OXIGENOTERAPIA NASAL DE ALTO FLUJO

ID 130
MANEJO DE LA CÁNULA FENESTRADA CON BALÓN EN PACIENTES TRAQUEOTOMIZADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL GENERAL DE LA DEFENSA DE ZARAGOZA

ID 132
LIMITACIÓN DE TRATAMIENTO DE SOPORTE VITAL TRAS LA RECUPERACIÓN DE LA PARADA CARDIACA INTRAHOSPITALARIA

ID 133
FACTORES ASOCIADOS A LA SUPERVIVENCIA TRAS UNA PARADA CARDIACA INTRAHOSPITALARIA EN ÁREAS NO MONITORIZADAS

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Pantalla nº 3. **Lunes 11 de Junio de 2018 de 17:05 a 17:20 h.**

ID 129

EFECTOS HEMODINÁMICOS DE LA ADMINISTRACIÓN DE OXIGENOTERAPIA NASAL DE ALTO FLUJO

Ana María Ezquerra García; I. Suberviola Fernández; S. Martínez Almazan; S. Suescun Ceña; C. Martínez Jiménez; E. Mardones Angulo; MP. Espinosa Mendaza
Hospital San Pedro

Introducción-Objetivos

La oxigenoterapia de alto flujo (OAF) es una alternativa a la oxigenoterapia convencional. El uso de un gas suministrado con una temperatura, humedad y flujo adecuado puede mejorar la hemodinámica y la oxigenación de pacientes con insuficiencia respiratoria.

Objetivo principal: Conocer el efecto hemodinámico de la OAF.

Objetivos secundarios: Conocer el porcentaje de pacientes que precisaron intubación, índice de gravedad, mortalidad y tiempo de estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)

Metodología-Observación Clínica

Estudio retrospectivo-descriptivo. **Sujetos:** pacientes tratados con OAF. Lugar: Hospital San Pedro de Logroño. 1 enero 2017- 31 diciembre 2017. **Variables estudiadas:** Socio-demográficas. SAPS-3. Saturación de oxígeno (Sat O2), frecuencia respiratoria (FR), frecuencia cardiaca (FC), Presión arterial sistólica (PAS) previas y 24 horas tras OAF o previa a la intubación. Necesidad de intubación, mortalidad y tiempo de estancia en UCI.

Resultados-Intervenciones

Se aplicó OAF a 44 pacientes. Excluidos 4 pacientes al utilizarse la OAF como medida paliativa en el contexto de Limitación de Tratamiento de Soporte Vital. Varones 28 (63,6%), edad 62,77±14,8 años. Precisaron intubación 13 (29,5%). Éxitus: 4 (10,5%). Pacientes que precisaron intubación: Sat O2 previa/ pre-intubación 84,69±8,5/86,9±6,3 P>0,05 FC previa/pre-intubación 104,7±24,8/118±29 P>0,05 FR previa/pre-intubación 33,6±9,5/ 33±10,6 P>0,05 PAS previa/pre-intubación 138,1±23,5/136,6±19,5 P>0,05 SAPS-3: 63,46±14,1 Pacientes tratados con OAF: Sat O2 previa/24 h con OAF 88,9±4/ 94,4±3,2 P<0,001 FC previa/24 h con OAF 96±23,7/ 80,8±13,4 P<0,001 FR previa/24 h con OAF 32,9±7,8/ 25±7,3 P=0,001 PAS previa/24 h con OAF 129,4±24,4/ 125,6±13,5 P>0,05 SAPS-3: 54,26±12,3 Los pacientes que precisaron intubación tuvieron un índice de gravedad más alto P=0.042. La edad no se asoció a la necesidad de intubación. El tiempo de ingreso en UCI fue similar en ambos grupos (P>0,05)

Conclusiones

La OAF puede ser una opción terapéutica útil, disminuye el trabajo respiratorio, mejora la hemodinámica y el bienestar del paciente. Sería interesante estudiar los parámetros asociados al fracaso de la terapia.

Financiación

No existe financiación.

Palabras clave

Oxigenoterapia · Alto flujo · Cuidados críticos · Hemodinámica · Insuficiencia respiratoria

Pantalla nº 3. **Lunes 11 de Junio de 2018 de 17:05 a 17:20 h.**

ID 130

MANEJO DE LA CÁNULA FENESTRADA CON BALÓN EN PACIENTES TRAQUEOTOMIZADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL GENERAL DE LA DEFENSA DE ZARAGOZA

Teresa Logroño Torres; E. Arrieta; N. Ros; E. Catellanos; B. Petinal
Hospital General de la Defensa de Zaragoza

Introducción-Objetivos

En la Unidad de Cuidados Intensivos, del Hospital General de la Defensa de Zaragoza, muchos pacientes ingresados, son portadores de cánulas de traqueotomía, cuyo cuidados es llevado a cabo por enfermería. El conocimiento de dichos cuidados permite asegurar la permeabilidad de la vía áerea, prevenir complicaciones: infecciones, broncoaspiración, mantener correctamente la zona periestomal, por tanto, supone un gran beneficio para el paciente. De ahí la necesidad de elaborar una guía práctica para el correcto uso de esta técnica por el personal de enfermería.

Objetivo: Estandarizar un plan de cuidados para el adiestramiento de enfermería en el manejo de la cánula traqueotomía fenestrada con balón y su correcta utilización.

Metodología-Observación Clínica

Se realizó una búsqueda bibliográfica en bases de datos generales y de enfermería, usando como palabras claves: Enfermería Intensiva, cánula traqueotomía fenestrada con balón, complicaciones. Tener conocimiento del material necesario. Técnica: a-Cambio de cánula externa: - Revisar el sistema de aspiración y de oxígeno por si precisa, antes y después del cambio -Comprobar que el balón de la cánula no tiene fugas e insertar el obturador o guía en la cánula externa y aplicar lubricante hidrosoluble -Administrar al paciente oxígeno. -Desinflar el balón de la cánula a retirar, cortar cinta de sujeccion (informe al paciente) y retirar b-El manejo de la cánula predeglución b1-Cambiar camisa interna b2-Aporte de O2 de bajo flujo por cánula con humidificador o de alto flujo con tubo en T b3-Inflar neumotapón c-El manejo de la canula postdeglucion o fonación c1-Desinflar neumotapón c2-Cambiar a camisa fenestrada c3-Colocar tapón y aporte de O2 con gafas nasales o colocar válvula fonatoria conectada a O2

Resultados-Intervenciones

Se elabora un plan de cuidados que muestra de forma clara, concisa y precisa la información más relevante para el manejo de la cánula traqueotomía fenestrada con balón por parte de enfermería

Conclusiones

Una guía rápida favorece el manejo correcto de la cánula por enfermería.

Financiación

Las autoras quieren hacer constar que no existen conflictos de intereses.

Palabras clave

Enfermeria Intensiva · Cánula fenestrada con balón · Complicaciones

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Pantalla nº 3. **Lunes 11 de Junio de 2018 de 17:05 a 17:20 h.**

ID 132

LIMITACIÓN DE TRATAMIENTO DE SOPORTE VITAL TRAS LA RECUPERACIÓN DE LA PARADA CARDÍACA INTRAHOSPITALARIA

Irene Suberviola Fernández[1]; MO. Casamayor Lerena[2]; AM. Ezquerra García[1]; MP. Espinosa Mendaza[1]
1. Hospital San Pedro; 2. Centro de Salud Haro

Introducción-Objetivos

La Limitación de Tratamiento de Soporte Vital (LTSV) consiste en no iniciar, no incrementar e incluso retirar tratamientos iniciados, cuando se prevé que son fútiles y no conllevan un beneficio para el paciente. La pluripatología crónica avanzada y la encefalopatía anóxica son las principales causas de mortalidad en los pacientes recuperados de una parada cardiaca (PC).

Objetivo principal: Conocer la frecuencia de LTSV en pacientes recuperados de una parada cardiaca intrahospitalaria (PCIH)

Objetivos secundarios: Conocer las razones de LTSV y tiempo transcurrido hasta el éxitus.

Metodología-Observación Clínica

Estudio retrospectivo-descriptivo de PC atendidas por el equipo de atención a la PC (EAPC). Lugar: Hospital San Pedro (Logroño) Periodo: 1 enero 2010/31 diciembre 2015. Recogida de datos: Registro de PC estilo Utstein e historias clínicas.

Resultados-Intervenciones

El EAPC atendió 106 PC. Varones 67 (63,2%), edad media 72,63±12,35, Origen no cardiaco de la PC 69 (65,4%), presenciada 88 (83%), ritmo desfibrilable 21 (18,9%). Recuperación circulación espontánea (RCE) 45 pacientes (42,5%). 43 pacientes (95,6%) ingresaron en la Unidad de Medicina Intensiva (UMI). Se limitaron medidas de soporte vital a 19 pacientes (46,3%). El 52,9% (9) falleció en UMI. La pluripatología crónica avanzada fue la causa para decidir LTSV en el 57,9% de los pacientes, mientras que en el 42,1% fue la encefalopatía anóxica. El 72,2% de los pacientes fallecieron antes de 7 días No se encontró relación significativa entre LTSV y: origen de la PC, duración de la RCP, PC presenciada, tiempo de llegada del equipo. Únicamente la edad se asoció con LTSV p=0,029. Tampoco hubo relación entre tiempo de éxitus y motivo de LTSV

Conclusiones

La mortalidad tras la PCIH es elevada, sobre todo en pacientes con pluripatología crónica avanzada y en aquellos que tras la RCP presentan secuelas cerebrales graves; estos pacientes son los más susceptibles de recibir LTSV falleciendo en los primeros días del evento.

Financiación

No existe financiación

Palabras clave

Parada cardiaca Intrahospitalaria · Supervivencia · Resultado neurológico · Limitación de tratamiento de soporte vital

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Pantalla nº 3. **Lunes 11 de Junio de 2018 de 17:05 a 17:20 h.**

ID 133

FACTORES ASOCIADOS A LA SUPERVIVENCIA TRAS UNA PARADA CARDIACA INTRAHOSPITALARIA EN ÁREAS NO MONITORIZADAS.

Ana María Ezquerra García; MO. Casamayor Lerena; I. Suberviola Fernández; MP. Espinosa Mendaza
Hospital San Pedro

Introducción-Objetivos

La parada cardiaca (PC) intrahospitalaria es una emergencia vital. Los resultados son un indicador de calidad del sistema sanitario, está demostrado que existe relación entre la respuesta asistencial y la supervivencia al evento.

Objetivo principal: Conocer la supervivencia tras una PC en áreas no monitorizadas.

Objetivos secundarios: Conocer la supervivencia al año y los factores asociados a la supervivencia

Metodología-Observación Clínica

Estudio retrospectivo-descriptivo. Hospital San Pedro. Logroño Periodo: 1 de enero 2008/31 de diciembre 2015. Supervivencia al año 31 de diciembre 2016 Población: Adultos que presentaron una PC en áreas no monitorizadas. Variables: Sociodemográficas, ritmo inicial, origen de la PC, presenciada. Tiempo de llegada del equipo de Soporte Vital Avanzado (SVA), maniobras de RCP previa, resultado inicial, cuidados post-reanimación, alta hospitalaria, Capacidad funcional cerebral, supervivencia al año Análisis: Programa IBM SPSS Statistics v. 21

Resultados-Intervenciones

Se atendieron 106 PC. Varón 67 (63,2%). Edad: 72,63±12,35 Hospitalización: 93 (87,7%) Mañanas 48 (45,3%) Presenciada: 88 (83%). Cardiaco 37 (34,9%). Desfibrilable 21 (18,9%) Tiempo de llegada: 158,85±77,43 segundos Maniobras RCP previas 87 casos (84,5%). RCP correcta 62 (60,2%) Recuperación circulación espontánea (RCE) 45 (42,5%). Duración de la RCP 19,14±10,62 minutos. Limitación de Tratamiento de Soporte Vital 19 (46,3%) Alta hospitalaria 15 (14,2%) Capacidad funcional cerebral 1, 100%. Supervivencia > 1 año 12 (11,3%). Variables asociadas a RCE: ritmo inicial desfibrilable P=0,012, tiempo de llegada del equipo P=0,029, duración de la RCP P=0,003. Variables asociadas al alta hospitalaria: origen cardiaco P=0,012, genero mujer P=0,009. Cuidados post-reanimación: normoxémia P=0,039, normoglucemia P=0,036, normotérmia P=0,086.

Conclusiones

La RCP Avanzada precoz, el ritmo desfibrilable y la menor duración de la RCP por RCE son factores de buen pronóstico, aunque para recibir el alta hospitalaria los cuidados post-reanimación y el origen cardiaco son factores determinantes. En resumen, tras una PCIH, sería necesario realizar una RCP Avanzada precoz y enfatizar los cuidados post-reanimación de calidad.

Financiación

No existe financiación.

Palabras clave

Parada cardiaca intrahospitalaria · Supervivencia · Cuidados post-reanimación

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Pósters

Pantalla nº 4. **Lunes 11 de Junio de 2018 de 17:05 a 17:20 h.**

ID 135
PROCEDIMIENTO NORMALIZADO DE TRABAJO DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE UPP EN UCI

ID 136
FACTORES DE RETRASO EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE CON ICTUS ISQUÉMICO EN FASE AGUDA

ID 139
CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CRÍTICO SOMETIDO A TCRR CON ANTICOAGULACIÓN REGIONAL CON CITRATOS

ID 144
INCIDENCIA DEL SÍNDROME DE DEBILIDAD ADQUIRIDA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Pantalla nº 4. **Lunes 11 de Junio de 2018 de 17:05 a 17:20 h.**

ID 135

PROCEDIMIENTO NORMALIZADO DE TRABAJO DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE UPP EN UCI

Yolanda Aranda Delgado[1]; Paula Moreno Lisbona[2]; Juana Vera Bazán[1]
1. Hospital Virgen de la Victoria, Málaga; 2. Desempleada

Introducción-Objetivos

Introducción Se realiza un protocolo mediante el cual se pretende aumentar la seguridad del paciente crítico, llevando a cabo la prevención y reconocimiento de la upp, y aplicación de pautas de tratamiento una vez instaurada.

Objetivos:

- Concienciar a todos los profesionales de la importancia de la prevención de upp para evitar complicaciones en el estado de salud del paciente.
- Unificar criterios de actuación ante las upp y un correcto tratamiento.
- Incluir en la cartera de servicio del hospital un Procedimiento Normalizado de Trabajo (PNT) actualizado que pueda ser consultado por todos los profesionales.

Metodología-Observación Clínica

Ante la necesidad de buscar un procedimiento normalizado de trabajo que unifique criterios de actuación para la prevención y tratamiento de upp, se estableció un grupo de trabajo formado por enfermeros de la unidad de cuidado intensivos para realizar una nueva revisión del protocolo, y a su vez, actualizar conocimientos sobre éste.

Resultados-Intervenciones

Este documento se expone a todos los profesionales de la unidad de cuidados intensivos en diferentes sesiones para unificar conocimientos y mejoras del mismo. Tras la elaboración del PNT, se pone en práctica en pacientes críticos y finalmente se implanta para objetivar mejoras en la prevención de upp y potenciar la seguridad del paciente en los diferentes procesos.

Conclusiones

Es fundamental la implicación de todos los profesionales del equipo multidisciplinar, garantizando una continuidad de los cuidados enfermeros. Se realiza un PNT sobre prevención y tratamiento de upp que permita mejorar la práctica clínica en la seguridad del paciente y disminuir complicaciones y costes sanitarios.

Palabras clave

Seguridad del paciente · UPP · PNT · UCI

Pantalla nº 4. **Lunes 11 de Junio de 2018 de 17:05 a 17:20 h.**

ID 136

FACTORES DE RETRASO EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE CON ICTUS ISQUÉMICO EN FASE AGUDA

Vanesa Bibiana Lorenzo Morera
Hospital General de La Palma

Introducción-Objetivos

Los accidentes cerebrovasculares o Ictus suponen un grave problema de salud pública. En España son la primera causa de muerte específica en la mujer y la segunda global, además de la segunda causa de demencia. El Ictus isquémico agudo se produce por la obstrucción brusca del flujo sanguíneo cerebral y el tratamiento consiste en restablecer en el menor tiempo posible la perfusión cerebral. Este daño se minimiza si se actúa dentro de una ventana terapéutica acortando el tiempo desde el inicio de los síntomas, hasta recibir la terapia de reperfusión adecuada. En la actualidad son menos del 5% los pacientes que llegan a beneficiarse de estos tratamientos debido a que por diferentes causas extra e intrahospitalarias se retrasa la atención.

Obejtivo: Conocer que factores demoran la atención al paciente con Ictus Isquémico en fase aguda.

Metodología-Observación Clínica

Se realizó una revisión sistemática de la literatura científica en las siguientes bases de datos: Dialnet, Lilacs, Scielo, Science direct, Pubmed y Web of Scince. La búsqueda se realizó de Septiembre a Octubre de 2017. Se establecieron las palabras clave realizando varias búsquedas con diferentes palabras en las mismas bases de datos, se ajustaron inicialmente los criterio de búsqueda: año, idioma y el diseño del estudio y finalmente fueron seleccionados en base a criterios de inclusión/exclusión preestablecidos.

Resultados-Intervenciones

Se seleccionaron 13 artículos observacionales publicados entre 2010 y 2016. Destacan 7 artículos que evidencian factores de retraso extrahospitalarios y 6 del ámbito intrahospitalario.

Conclusiones

La evidencia científica disponible, sugiere que el retardo en la atención se debe a causas extrahopsitalarias, como el desconocimiento de los síntomas y del momento de inicio de los mismos,errores al asignar el nivel de prioridad y a nivel intrahospitalario: problemas técnicos, el estado del paciente y mayor tiempo de espera en los que llegan antes, por la sensación de tener mas tiempo para tomar decisiones.

Palabras clave

Ictus Isquémico Agudo · Tiempo · Trombolisis · Demora · Hospital · Retraso hospitalario

Pantalla nº 4. **Lunes 11 de Junio de 2018 de 17:05 a 17:20 h.**

ID 139

CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CRÍTICO SOMETIDO A TCRR CON ANTICOAGULACIÓN REGIONAL CON CITRATOS

Iluminada Romera Peregrina; J. Pérez; M. González; J. Castaño; C. Sanz
Hospital Universitario Bellvitge

Introducción-Objetivos

El manejo de la anticoagulación regional con citratos requiere una formación específica para el personal de enfermería encargado de la manipulación y mantenimiento del filtro. Este método introducido en nuestro centro, en el 2017, se plantea como una alternativa más segura que la heparina. Indicado en casos en los que la heparina esté contraindicada, el citrato tiene una serie de contraindicaciones a tener en cuenta. Este método aumenta la complejidad de la Terapia Continua de Reemplazo Renal (TCRR) porque requiere soluciones especiales de sustitución o diálisis y la reinfusión de calcio por vía intravenosa. El riesgo de complicaciones metabólicas es elevado.

Elaborar un plan de cuidados de enfermería al paciente crítico portador de TRRC con anticoagulación regional con citratos.

Metodología-Observación Clínica

Revisión bibliográfica de artículos de revistas indexadas que cumplían los criterios de inclusión.

Resultados-Intervenciones

Se elabora una tabla de los cuidados relacionados con el sistema (Tabla1) y un plan de cuidados enfermero basándonos en la taxonomía NANDA - NIC - NOC (Tabla2). Siendo los diagnósticos de Temor, Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos y Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal los más destacables; junto con las complicaciones potenciales de Infección, Sangrado/Hemorragia y, muy a tener en cuenta, la hiper-hipocalcemia.

Conclusiones

El uso de citrato como método de anticoagulación regional en las TCRR supone más seguridad para los pacientes, pero no está exento de complicaciones metabólicas. La rápida detección - control de las mismas y el correcto manejo del sistema son esenciales para evitar situaciones graves. Por todo lo mencionado anteriormente, es necesaria una formación especializada y una vigilancia estricta de los valores analíticos para proporcionarle al paciente unos cuidados seguros; así como la elaboración de un protocolo estandarizado que garantice la calidad de los cuidados.

Palabras clave

Terapia Continua de Reemplazo Renal · Hemodiafiltración · Anticoagulación · Citrato

sigue –>

Tabla 1: Cuidados del sistema con anticoagulación con citrato

Cuidados relacionados con el sistema
- Colocación del catéter Shaldom según protocolo de la unidad.
- Mortaje y cebado del circuito del hemofiltro con los líquidos específicos (PrismoCitrate© FBP, PrismoCal© dialisante y Phosdiam© reposición postfiltro)
- Conexión de las líneas (NUNCA intercambiarlas) y de la jeringa de cloruro cálcico a la línea de retorno del paciente.
- Inicio de la terapia (CVVHDF) con los flujos correspondientes según el peso del paciente. Inicio de citrato a 3mmol/L y cloruro cálcico.
- Realización de la primera analítica 1hora después del inicio de la terapia y continuar según protocolo.
- Análisis de la analítica de manera inmediata con el analizador de calcio iónico y modificación de los parámetros según el resultado.
- Mantenimiento de los parámetros de Ca^{++} sistémico 1-1,2mmol/L y Ca^{++} post-filtro 0,25-0,35mmol/L
- La extracción de las analíticas de control del paciente se realizarán a través del catéter venoso y las del circuito, postfiltro

Tabla 2: Plan de cuidados enfermero a los pacientes sometidos a TCRR con anticoagulación regional con citrato

Complicaciones Potenciales	Actividades
Infección 2ª a procedimientos invasivos como la colocación del catéter Shaldom.	- Asegurar y mantener el sistema cerrado y estéril durante su funcionamiento con la TCRR. - Curar y cambiar el apósito según protocolo mediante técnica estéril. - Vigilar el punto de inserción. - Evitar torsiones del catéter Shaldom.
Sangrado/Hemorragia 2ª a la TCRR	- Revisar conexiones periódicamente. - Identificar signos de sangrado. - Realizar analíticas de control para controlar el hematócrito y hemoglobina.
Hiper / hipocalcemia 2ª a la TCRR con anticoagulación regional con citrato y a la reinfusión continua de cloruro cálcico.	- Identificar los signos de desequilibrio electrolítico: parestesias - calambres - prolongación del intervalo QT. - Monitorización continua de los signos vitales (tensión arterial y frecuencia cardíaca del paciente). - Controles analíticos.

Diagnóstico	Objetivos	Intervenciones
Temor r/c cambio en el estado de salud y necesidad de TCRR m/p síntomas fisiológicos, conductuales, cognitivos y afectivos.	Disminución y/o ausencia de la respuesta física, emocional y social al temor.	- Favorecer la expresión de sentimientos por parte del paciente, explicando en temor y sus causas. - Proporcionar/brindar la información que la persona y su entorno (familia) necesite y solicite. - Implicar a la familia en el plan de cuidados.
Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos r/c TCRR.	Mantener el volumen de líquidos corporales dentro de los parámetros de la normalidad.	- Registrar las aportaciones y eliminación de líquidos del paciente (teniendo en cuenta pérdidas insensibles y extracción del hemofiltro). - Monitorización de las constantes vitales horariamente durante la terapia.
Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal r/c altos volúmenes de líquidos de reposición mediante circuito extra-corpóreo.	Recuperar la normalidad de la temperatura corporal en el paciente.	- Registro de los signos vitales de manera horaria, prestando especial atención a la temperatura. - Controlar los síntomas asociados a la hipotermia. - Determinar medidas protectoras necesarias para evitar variaciones de temperatura: calentador del circuito extra-corpóreo, proporcionar mantas-aire caliente….

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Pantalla nº 4. **Lunes 11 de Junio de 2018 de 17:05 a 17:20 h.**

ID 144

INCIDENCIA DEL SÍNDROME DE DEBILIDAD ADQUIRIDA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE

O. Ben Afia Noya; J. Escobar Lavela; MªP. González Pascual; G. González Pascual; P. Prudencio García
Hospital Universitario del Sureste de Arganda del Rey, Madrid

Introducción-Objetivos

El síndrome de debilidad adquirida (SDA) es un conjunto de procesos que ocurren principalmente en el plano neuromuscular, y que afecta a pacientes con larga estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), limitando su actividad, debido a la necesidad de administración de fármacos sedantes de forma prolongada en el tiempo. El personal de enfermería del Hospital del Universitario del Sureste (Arganda del Rey) es el encargado de prevenir y detectar precozmente dicho síndrome, el cual puede aumentar la gravedad de la enfermedad ya existente y la comorbilidad asociada, suponiendo un alargamiento de la estancia en nuestra Unidad. El objetivo es conocer la incidencia de ingresos susceptibles de desarrollar un SDA, para elaborar un plan de cuidados sistematizado que pretenda reducir la incidencia, limitación del SDA y secuelas.

Metodología-Observación Clínica

Estudio descriptivo entre marzo y junio de 2017. Se realiza una recogida y análisis de datos, tras recibir consentimiento familiar de pacientes con criterios de inclusión:

- Ingreso en UCI > 48h
- Con soporte respiratorio mecánico, ya sea invasivo y/o no invasivo
- Autonomía nula o muy limitada

Resultados-Intervenciones

La incidencia de SDA fue del 90%. De los diez pacientes evaluados:

- un paciente reingresó
- uno falleció
- otro paciente no desarrolló el SDA
- menos el caso anterior, precisan cuidados de rehabilitación
- la estancia media en UCI fue de 15,0 días.

Conclusiones

Existe un porcentaje muy alto de pacientes que desarrollan el SDA en nuestra UCI. Los pacientes precisan rehabilitación y cuidados específicos para recuperar autonomía y fortaleza neuromuscular. Es necesario: -Aplicar un protocolo de sedación mínima eficaz con los facultativos, para realizar destete precoz del paciente. -Coordinar con el equipo rehabilitador un inicio precoz de fisioterapia motora y respiratoria. -Movilizar precoz y frecuentemente por parte de enfermería, que mitigue el SDA y la aparición de problemas asociados a la inmovilidad, cómo es la aparición de úlceras por presión o la neumonía nosocomial.

Financiación

No existe.

Palabras clave

Síndrome · Debilidad · Adquirida · Neuromuscular

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Pósters

Pantalla nº 5. **Lunes 11 de Junio de 2018 de 17:05 a 17:20 h.**

ID 145
INDICADORES DE COAGULACIÓN EN CIRCUITOS DE DIÁLISIS CONTINUA EN CRÍTICOS

ID 146
VALOR DE LA ENFERMERÍA INTENSIVA COMO RESPONSABLE DEL EQUIPO DE TERAPIA INTRVENOSA EN UN HOSPITAL COMARCAL

ID 149
ACTUACIONES DE ENFERMERÍA ANTE EL PACIENTE PORTADOR DE BALÓN DE CONTRAPULSACIÓN INTRAAÓRTICO (BCPIA)

ID 152
CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DE HERIDAS CON TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA (VAC)

Pantalla nº 5. **Lunes 11 de Junio de 2018 de 17:05 a 17:20 h.**

ID 145

INDICADORES DE COAGULACIÓN EN CIRCUITOS DE DIÁLISIS CONTINUA EN CRÍTICOS

Almudena Mateos Dávila; J. Martínez Pérez; M. Castellà Vàzquez; I. Viñolas Soria; M. Vega Castosa; C. Jover Sancho
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

Introducción-Objetivos

El paciente con tratamiento continuo de sustitución de la función renal requiere una evaluación constante por parte de la enfermera para prever la posible coagulación del circuito y su inevitable pérdida hemática. Se ha de considerar que si la técnica es convectiva, la presión del efluente (Pefl.) se negativiza y sube la Presión Transmembrana (PTM). El objetivo de este estudio es demostrar que cuando la técnica es difusiva, hay otros indicadores predictivos de la coagulación del circuito.

Metodología-Observación Clínica

Estudio descriptivo realizado en una UCI de un hospital de nivel III, con 30 boxes. La muestra son todos los pacientes adultos sometidos a diálisis continua de manera no probabilística consecutiva, del 25 de abril al 18 de Octubre del 2016. Las variables del estudio son ítems de las presiones de trabajo de los circuitos, tanto al inicio como al final del tratamiento, valores analíticos y variables demográficas.

Resultados-Intervenciones

La muestra son 30 pacientes, 14 mujeres y 16 hombres. Media de edad de 65,8 años (36-84). Se analizan 66 circuitos (17 polisulfona y 49 Acrilonitrilo). Los resultados obtenidos en los puntos de mayor coagulación del fungible indican: La PTM permanece muy baja aunque el filtro esté coagulado. La Pefl. tiende a aumentar cuanto mayor es la coagulación del filtro. La Presión Prefiltro es un determinante mayor.

Conclusiones

En la técnica difusiva, el indicador predictivo de la coagulación del circuito es la presión Prefiltro, tanto en Polisulfonas como en Acrilonitrilos. Si una elevación de la Prefiltro se acompaña de:

1. Pefl. elevada: el filtro está coagulado en su mayor parte.
2. Pefl. estable + Pvenosa alta: la coagulación se encuentra en el caza venoso.
3. Pefl. alta + Pvenosa alta: la coagulación se ha producido tanto en el filtro como en el caza venoso.

Financiación

No ha habido financiación de ningún tipo.

Palabras clave

Diálisis continua · Presión Transmembrana · Presión Prefiltro · Coagulación del circuito · Presión del efluente

Pantalla nº 5. **Lunes 11 de Junio de 2018 de 17:05 a 17:20 h.**

ID 146

VALOR DE LA ENFERMERÍA INTENSIVA COMO RESPONSABLE DEL EQUIPO DE TERAPIA INTRVENOSA EN UN HOSPITAL COMARCAL

Aintzane Pérez; AJ. Urquizar; LA. Samaniego; M. Sarasola; Naroa Aranzabe; A. Otamendi
Clinica de la Asunción

Introducción-Objetivos

Somos una UCI de 4 camas, dentro de un Hospital Comarcal de 102. La búsqueda de alternativas que añadan valor a nuestro perfil de enfermería de intensivos, hace que realicemos actuaciones requeridas en otras áreas del hospital. Desde el 2009 formamos parte indispensable del "Circuito de Paradas" en nuestro centro, aportando nuestra destreza y conocimiento en más de 100 avisos, con buenos resultados. El año 2016 mostramos interés a la dirección del centro para crear un equipo de terapia intravenosa (ETI) aprovechando nuestros conocimientos en canalización de vías centrales de inserción periférica (PICC) y técnica Seldinger y la existencia de un ecógrafo en nuestra unidad. Hemos consolidado el ETI dando servicio continuado a todo el hospital en la canalización de dispositivos por punción ecoguiada (CDPPE): PICC y Línea Media larga (LML).

Metodología-Observación Clínica

Estudio observacional de CDPPE por enfermería intensiva dentro del hospital desde el 17 de octubre de 2016 al 31 de diciembre 2017, analizando el servicio peticionario, tiempo de implantación del catéter, tipo de dispositivo y motivo de petición.

Resultados-Intervenciones

De los 138 dispositivos canalizados: 109 han sido LML y 31 PICCs. Los servicios externos a UCI solicitantes han sido: Medicina Interna (65), Cirugía General (25), Hospitalización a Domicilio (18), Traumatología (12), Unidad de Media Estancia (4), Cardiología (1) y Urología (1). La media de días de duración de estos catéteres: 28 días.

Los motivos de petición:

- 57 tratamientos con medicamentos hipertónicos de más de 7 días
- 44 con mal acceso venoso
- 17 por NPT
- 20 por otras terapias parenterales

Conclusiones

La enfermería de intensivos dadas sus competencias, es capaz de satisfacer necesidades clínicas no cubiertas por otros colectivos de enfermería, aumentando la calidad del servicio.

Palabras clave

terapia intravenosa · ecografía · extraUCI · Enfermería intensiva

Pantalla nº 5. **Lunes 11 de Junio de 2018 de 17:05 a 17:20 h.**

ID 149

ACTUACIONES DE ENFERMERÍA ANTE EL PACIENTE PORTADOR DE BALÓN DE CONTRAPULSACIÓN INTRAAÓRTICO (BCPIA)

Beatriz Iglesias Fraga; B. Álvarez Méndez; B. Bárzana Bárzana; L. García Fernández; B. Arias Castaño; M. Álvarez Valledor; MI. Santín Piñán
HUCA

Introducción-Objetivos

La contrapulsación es un método de soporte ventricular izquierdo indicado en gran variedad de situaciones en las que el equilibrio aporte / demanda de oxígeno se ve alterado. El BCPIA consiste en una catéter con balón en su extremo, que alojado en la aorta torácica y en sincronización con los latidos cardíacos a través de una consola, se infla y desinfla desplazando un volumen de sangre equivalente al del balón. Este efecto ayuda a mejorar diferentes aspectos de la hemodinámica del paciente. Estos dispositivos tienen efectos beneficiosos pero no están exentos de complicaciones. Exigen, por tanto, cuidados específicos para prevenir, detectar y dar respuesta a los requerimientos que puedan surgir.

Metodología-Observación Clínica

Los cuidados expuestos toman como base el protocolo de enfermería con el que se trabaja en la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiológicos del Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA), además de la dilatada experiencia que posee el personal de enfermería en el manejo de diferentes modelos de consolas y balones de contrapulsación.

Resultados-Intervenciones

Fruto de esa experiencia y del uso de los protocolos establecidos, podemos distinguir dos grupos de cuidados bien definidos:

A) Cuidados de enfermería en la inserción / mantenimiento del BCPIA.

B) Cuidados de enfermería post-retirada del BCPIA.

Conclusiones

El papel de enfermería es esencial para controlar la situación del paciente y detectar la aparición precoz de posibles complicaciones, destacando la crucial importancia durante todo el proceso de los cuidados de enfermería encaminados al óptimo funcionamiento del dispositivo y control hemodinámico del paciente hasta la resolución total o parcial de las causas que llevaron a la implantación del mismo.

Pantalla nº 5. **Lunes 11 de Junio de 2018 de 17:05 a 17:20 h.**

ID 152

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DE HERIDAS CON TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA (VAC)

Rocío Fuentes Covián, Mª J. Mantilla Cordovil; I. Portal Llaneza; L. Lavín Meruelo; E. Liaño Fernández
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

Introducción-Objetivos

La terapia VAC es un sistema no invasivo de cierre de heridas que utiliza una presión negativa activa, controlada y localizada. Se compone de una esponja de poliuretano porosa conectada a una bomba de vacío que se fija con un apósito adhesivo. Esta bomba controla la presión permitiendo el drenado del exudado en un contenedor recolector. Describir: El tipo de heridas susceptibles de tratamiento con terapia de presión negativa. Contraindicaciones de la terapia de presión negativa. Procedimiento y mantenimiento de la cura. Ventajas de la utilización de la cura con presión negativa.

Metodología-Observación Clínica

Bases de datos: Pudmed, Cuiden, Dialnet, Lilacs, Cochrane. Criterios de selección: tipo de artículo, revista, estudio, idioma, pacientes con heridas indicadas para tratar con VAC. Periodo de búsqueda:octubre 2017-diciembre 2017, obteniendo 37 referencias siendo 16 útiles.

Resultados-Intervenciones

Indicaciones: heridas crónicas, agudas y traumáticas, dehiscencias, colgajos e injertos. Contraindicaciones: malignidad, osteomelitis, tejido necrótico, fístula no entérica, pacientes con sangrado activo. Procedimiento de cura: limpiar la herida, recortar la esponja, sellar con apósito adhesivo, abrir un orificio en el apósito y conectar al TRAC, conectar el tubo de drenaje al contenedor y encender la bomba comprobando el colapso de la esponja. Cuidados de enfermería: vigilar hermeticidad, exudado, aparición de UPP, comprobar llenado del contenedor y batería del sistema, controlar el dolor del paciente, no desconectar más de 2 horas/día, cambio de apósito c/48 horas. Ventajas: estimula tejido de granulación, cierra heridas uniformemente, retirada de fluido intersticial, disminuye colonización bacteriana, elimina exudado de la herida, mejora flujo sanguíneo.

Conclusiones

La terapia de presión negativa debe ser considerada una técnica de cura útil en los pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos.

Financiación

no

Palabras clave

Terapia de presión negativa · heridas · atención de enfermería

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Pósters

Pantalla nº 6. **Lunes 11 de Junio de 2018 de 17:05 a 17:20 h.**

ID 154
ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A PACIENTES INCLUIDOS EN EL PROTOCOLO MAASTRICH III

ID 156
ANÁLISIS DAFO DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA VICTORIA (HUVV) DE MÁLAGA

ID 157
UN AÑO DE ECMO EN LA UCI DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA

ID 158
INTOXICACIONES AGUDAS GRAVES EN LA UCI DEL HOSPTIAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA

Pantalla nº 6. **Lunes 11 de Junio de 2018 de 17:05 a 17:20 h.**

ID 154

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A PACIENTES INCLUIDOS EN EL PROTOCOLO MAASTRICH III

Anna Pujol Juárez; PM. Fernández Rodríguez
Hospital Universitari de Bellvitge

Introducción-Objetivos

Definir el protocolo Maastricht III aplicado en una unidad de reanimación de urgencias y saber identificar/definir las necesidades y principales cuidados de enfermería acordes a éste tipo de donación destinados al paciente y a sus familiares; así como facilitar el conocimiento y habilidades clínicas del mismo.

Metodología-Observación Clínica

Revisión bibliográfica donde se incluyeron artículos publicados en las principales bases de datos (Medline, Cuiden, Cinahl, PubMed), publicados durante los 5 años anteriores. Además se revisaron procedimientos y protocolos publicados por organizaciones o instituciones referentes. Realizando un documento único para poder dar difusión al personal de enfermería de nuestra unidad.

Resultados-Intervenciones

PROTOCOLO DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA. MAASTRICHT III

1. Solicitar autorización a familiares: la solicitará los médicos responsables del enfermo. NUNCA el equipo de coordinación/trasplante.
2. Realizar el test de WINSCONSIN.
3. Conocer que pacientes son candidatos.
4. Mantenimiento hemodinámico.
5. Colocación de cánulas.
6. Control de tiempos entre la extubación y la parada cardiocirculatoria. 7.Acompañamiento y soporte en el proceso, a la familia.

Conclusiones

Tras la aprobación por parte del equipo médico y supervisión de enfermería, así como la revisión del mismo por parte del comité ético y del departamento de formación; se establecerá el siguiente plan: Charlas divulgativas, en las unidades implicadas, con el objetivo de aumentar los concimientos y habilidades del personal; incrementando la seguridad clínica, estandarizando un modelo común en los cuidados al paciente y sus familiares. Se publicará el poster en la intranet, de forma accesible para fomentar su conocimiento (para todos los profesionales de la unidad).

Financiación

Los autores no reciben financiación y no tienen conflicto de intereses por ello.

Palabras clave

maastrich · donación · asistolia · cuidados donante

sigue –>

Pantalla nº 6. **Lunes 11 de Junio de 2018 de 17:05 a 17:20 h.**

ID 156

ANÁLISIS DAFO DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA VICTORIA (HUVV) DE MÁLAGA

Pilar Lara Domínguez; B. Sanz Pacheco; MA. Quesada Granados
Hospital Universitario Virgen de la Victoria

Introducción-Objetivos

La UCI del HUVV de Málaga, es una UCI nivel 2 con 18 camas.Se atienden pacientes procedentes de Urgencias, Quirófano, hemodinámica, etc. Los ingresos, no son programados. A su vez, se realiza control y seguimiento de pacientes crónicos no ingresados. La implantación de marcapasos y su control, es otra de las actividades. El análisis de la situación de la UCI, nace de la necesidad de contar con un plan con el que poder definir líneas de actuación que mejoren el trabajo y la organización, adaptándolo a las características que ofrece el HUVV. Se realizó el análisis DAFO, planteando las características internas y la situación externa de la unidad.

Objetivos: Garantizar la calidad asistencial tanto a pacientes como a familiares con la mejora de debilidades que presente la unidad. Convertir a la UCI del HUVV en una UCI de referencia: abierta, segura, conectada, comprometida y creativa. Proyecto UCI 20. Unificar criterios de actuación de las diversas actividades que se realizan.

Metodología-Observación Clínica

Ante la necesidad de un cambio,se realizó Análisis DAFO. Se estableció un grupo de trabajo que identificara áreas de mejora, debilidades, oportunidades, fortalezas y amenazas con el propósito de iniciar el cambio de aquellos aspectos necesarios para lograr los objetivos planteados a través de intervenciones sencillas.

Resultados-Intervenciones

El análisis se expone a todo el equipo de UCI para poder añadir mejoras al mismo.La puesta en marcha de intervenciones que ayuden a lograr los objetivos tras la realización del análisis DAFO, involucra a todos los profesionales, y la finalidad es ofrecer cuidados de calidad al paciente atendiendo todas las áreas de mejoras propuestas.

Conclusiones

La implicación de todos ,es necesaria para la consecución de los objetivos. El poder ser una UCI de referencia, implica tiempo para conseguir los cambios necesarios, muchos de ellos ajenos al personal. Por tanto, el trabajo diario, constante y en equipo, es la mejor herramienta para poder conseguirlo.

Financiación

No existe.

Palabras clave

DAFO · UCI

sigue –>

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Pósters

	PUNTOS FUERTES	PUNTOS DÉBILES
INTERNOS	**FORTALEZAS** • **Cualificación** del personal • Datos **satisfacción asistencial** muy buenos (8). •**Atención integral** a pacientes crónicos y con patología crítica compleja. •Igualdad de carga de trabajo (**ratio 2:1**). •**Disminución de gérmenes** multirresistentes* •Mejora de **infraestructuras** (luz, ruido, intimidad) •Comisión de seguridad (**mapa de riesgo***). •Disminución de **deuda de horas** del personal > 50 %	**DEBILIDADES** • Condiciones **estructurales** deficientes (boxes, módulo 2 con tomas de o2 diferentes, falta de camas). • Ausencia de **área cuidados intermedios.** •Déficit **recursos digitales** en r/c otras UCIs. •**Gestión de camas** al alta (se solventará con nuevo proceso de gestión de camas). •Falta de **equipación** (respiradores, monitores). •Problemas **organización material** fungible (canastillas especiales).
EXTERNOS	**OPORTUNIDADES** • Vamos a disponer de **5 planes de cuidados** estandarizados adaptados al paciente de UCI → **Organización por niveles de dependencia** junto con la escala NEMS. •**Sesiones formativas** continuas •**Formación personal nuevo** → curso acreditado. •**Acreditación** de la unidad.	**AMENAZAS** • No cumplir **ratio 2:1** según estándares. • Funcionamiento **Diraya portal**.(lentitud, duplicidad, pérdida información). • Mayor riesgo de UPP por **falta de colchones antiescaras.** • **Envejecimiento poblacional y aumento de presión** asistencial. • **Deshumanización** de los cuidados por mayor tecnificación de la UCI.

Pantalla nº 6. **Lunes 11 de Junio de 2018 de 17:05 a 17:20 h.**

ID 157

UN AÑO DE ECMO EN LA UCI DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA

Manuel Baeza Mirete[1]; E. Muñoz Borrachero[1]; R. Martínez Hurtado[1]; F. Exposito Barroso[1]; J. Sáez Sánchez[1]; S. Navarro Bautista[1]; BC. Alloza Vicente[1]; J. Saa Rojo[2]; A. Rojo Rojo[1]
1. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca; 2. Hospital Universitario José María Morales Meseguer

Introducción-Objetivos

La Oxigenación por Membrana Extracorpórea (ECMO) es una técnica de asistencia circulatoria desarrollada para asegurar un adecuado aporte de oxígeno a pacientes que sufren fallo respiratorio y/o cardiovascular. En estos pacientes, la mortalidad supera el 80%. Esta estrategia terapéutica mantiene las variables respiratorias y hemodinámicas dentro de límites normales.

Objetivos:

1. Conocer la experiencia de un año de Membrana de Oxigenación Extracorpórea en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca
2. Describir tipo de pacientes.
3. Analizar los resultados de la terapia.

Metodología-Observación Clínica

Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo revisando las historias clínicas de los pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados intensivos del HCUVA que fueron sometidos a la terapia ECMO durante el año 2017

Resultados-Intervenciones

Se han registrado un total de 25 pacientes a los que se les implantó una ECMO, de los cuales 22 fue en la modalidad Veno-arterial y 3 veno-venosa. El 60% fueron hombres y el 40% mujeres con una edad media de 53.6 años. Los pacientes permanecieron ingresados en UCI una media de 11.72 días y la media de terapia ECMO fue de 6.4 días. Se produjo una tasa de altas a planta en la modalidad de ECMO V-V del 66% y del 36,4% en la modalidad de ECMO V-A.

Conclusiones

Las terapias con ECMO son cada vez más frecuentes en nuestra unidad, la formación específica en el manejo de estos es parte fundamental para el desarrollo de unos cuidados de calidad. Dada la heterogeneidad de la muestra de nuestros pacientes que va desde pacientes pre y post trasplante cardiaco, shock carcinogénico, etc. No podemos definir un perfil tipo de paciente. Teniendo en cuenta que esta terapia es usada como último recurso podemos hablar de una terapia exitosa y que gracias a esto podemos presentar tasas de supervivencia superiores que sin ECMO no serian posibles.

Financiación

Sin financiación

Palabras clave

ECMO · UCI · Enfermería

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Pantalla nº 6. **Lunes 11 de Junio de 2018 de 17:05 a 17:20 h.**

ID 158

INTOXICACIONES AGUDAS GRAVES EN LA UCI DEL HOSPTIAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA

Manuel Baeza Mirete[1]; E. Muñoz Borrachero[1]; R. Martínez Hurtado[1]; F. Exposito Barroso[1]; J. Sáez Sánchez[1]; S. Navarro Bautista[1]; BC. Alloza Vicente[1]; J. Saa Rojo[2]; A. Rojo Rojo[1]
1. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca; 2. Hospital Universitario José María Morales Meseguer

Introducción-Objetivos

La Intoxicación aguda grave (IAG) es una exposición accidental o voluntaria a agentes nocivos para el organismo que coprometen las funciones vitales. La intoxicaciones agudas suponen entre el 1-2% de las consultas en urgencias hospitalarias de los cuales entre un 3-5% precisan ingreso en UCI.

Objetivos:

1. Observar la prevalencia de IAG en la UCI general del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (HCUVA) durante el año 2017.
2. Describir el perfil epidemiológico.
3. Analizar la mortalidad asociada.

Metodología-Observación Clínica

Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo de los pacientes ingresados en la UCI general del HCUVA durante el año 2017. Se revisaron las historias clínicas y se extrajeron las variables, demográficas y de tratamiento, para su posterior análisis.

Resultados-Intervenciones

En nuestra UCI ingresaron durante el año 2017 un total de 2780 pacientes de los que 28 fueron por IAG, dando una prevalencia del 1,01%. El 57.15% fueron hombres. La edad media fue de 53.5 años. 13 intoxicaciones accidentales, 12 voluntarias, 2 sobredosis de drogas y 1 alcohólica. Aparecen gran cantidad de tóxicos implicados (dicumarínicos, benzodiacepinas, cannabis, metformina, alcohol, paracetamol, neurolépticos, antisicóticos, litio y antidepresivos tricíclicos). En el 21,4% de los casos existian antecedentdes de intoxicación aguda. El 46,3% precisó soporte ventilatorio, el 21,4% soporte vital avanzado, el 14,3% soporte circulatorio, antídoto el 14.3% y ACTP el 3,6%. El 50% fueron alta a planta, el 25% exitus, 17,9% alta a psiquiatría y el 7,1% a su hospital de referencia.

Conclusiones

Aunque la prevalencia de esta patología en UCI es poca, el alto grado de complejidad y de desenlaces fatales hace ver la importancia de su tratamiento. Dado que el perfil de nuestros pacientes es diferente al de otros estudios y los accidentes con su medicación habitual ocurren con frecuencia debemos trasladar nuestros datos a atención primaria para mejorar la seguridad de los pacientes.

Palabras clave

Intoxicación · Tóxico · UCI

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Pósters

Pantalla nº 7. **Lunes 11 de Junio de 2018 de 17:05 a 17:20 h.**

ID 159
SEGURIDAD DEL PACIENTE: PROCESO DE PRONACIÓN DEL PACIENTE EN UCI

ID 160
TERAPIA ECMO SIN ANTICOAGULACIÓN: OBSERVACIÓN TRANSLUMÍNICA COMO MÉTODO PRECOZ EN LA DETECCIÓN DE COÁGULOS EN EL SISTEMA

ID 169
AGOTAMIENTO PROFESIONAL Y PERSONAL EN ENFERMERÍA DE CUIDADOS INTENSIVOS

ID 210
USO DEL SOPORTE ESTERNAL EN PACIENTES CON ESTERNOTOMÍA: PREVENCIÓN INESTABILIDAD ESTERNAL Y MEJOR TOLERANCIA A LA FISIOTERAPIA RESPIRATORIA

Pantalla nº 7. **Lunes 11 de Junio de 2018 de 17:05 a 17:20 h.**

ID 159

SEGURIDAD DEL PACIENTE: PROCESO DE PRONACIÓN DEL PACIENTE EN UCI

Yolanda Antuña Crespo; MI. Velasco; MI. Carreño; S. de Ves; M. Nieto
Hospital Universitario San Agustín

Introducción-Objetivos

Introduccion: El proceso de pronación del paciente en UCI es una técnica no invasiva que consiste en girar al paciente con Síndrome Distrés Respiratorio Agudo (SDRA) al decúbito prono, con la finalidad de minimizar las complicaciones, aumentar la seguridad del paciente y ayudar al personal a aplicar sus cuidados de una forma más eficaz y segura.

Objetivos:

- Mejorar el equilibrio de la relación ventilación-perfusión
- Perfeccionar el proceso de pronación del paciente, aportando seguridad al paciente y al personal que realiza la técnica
- Adherencia al check-list previo a la técnica de todo el personal implicado
- Optimizar recursos humanos y materiales

Metodología-Observación Clínica

Diseño de un protocolo de pronación del paciente liderado por enfermería y dirigido al personal de UCI implicado:

- Distribución del personal colaborador: la persona que dirige la técnica se sitúa en la cabecera supervisando que todo esté en orden. Dos a cada lado de la cama ejecutan la maniobra
- Preparación previa del paciente
- Representación de la técnica mediante imágenes
- Descripción del conjunto de cuidados
- Dar a conocer y normalizar el uso de este protocolo en el personal implicado

Resultados-Intervenciones

La introducción del check-list previo a la realización de la técnica de pronación y la adherencia de todo el personal disminuye los tiempos y efectos adversos, permitiendo mejorar la seguridad tanto del personal como del paciente.

Conclusiones

Se ha conseguido una implicación y sensibilización en la seguridad del paciente y de todo el personal de la unidad. La realización de este protocolo ha promovido la estandarización de la actuación entre el personal que trabaja en el servicio de UCI, mejorando la calidad de la técnica realizada y logrando así una mayor seguridad en el abordaje de la misma para el paciente y para el personal.

Pantalla nº 7. **Lunes 11 de Junio de 2018 de 17:05 a 17:20 h.**

ID 160

TERAPIA ECMO SIN ANTICOAGULACIÓN: OBSERVACIÓN TRANSLUMÍNICA COMO MÉTODO PRECOZ EN LA DETECCIÓN DE COÁGULOS EN EL SISTEMA

Jordi Gómez Gómez; G. Marín Vivó; E. Gallart Vivé; JA. Félix Domenech; M. Mey Altrach; C. Páez Roque; A. Mont Bonada; M. Juvanteny Danés; B. Lozano González; A. García Pérez
Vall d'Hebron Campus Universitari. Unidad de Cuidados intensivos. Área General

Introducción-Objetivos

El sistema ECMO (extracorporeal membrane oxigenator) es una técnica de soporte vital que da asistencia respiratoria o cardiorespiratoria al paciente crítico. En nuestra UCI este sistema está controlado y supervisado por el personal de enfermería formado específicamente de acuerdo con las recomendaciones de la Extracorporeal Life Support Organitation (ELSO). Una de las complicaciones más graves de esta terapia (incidencia 8,3 - 15,3 % con mortalidad atribuida del 52%), es la aparición de coágulos en el sistema. La monitorización, valoración e interpretación de las presiones de los sistemas ECMO y la evaluación del sistema mediante observación transluminica son dos métodos utilizados por el enfermero especialista en ECMO para prevenir y detectar esta complicación. De acuerdo a nuestra experiencia, la revisión del sistema por observación translumínica se muestra como un método precoz y eficaz para la detección de coágulos, ya que permite identificarlos antes de que se manifiesten variaciones en las presiones del sistema.

Metodología-Observación Clínica

Se muestran los casos de 3 pacientes tratados en ECMO veno-venosa (mediante la consola Maquet Cardiohelp) a los que se suspendió la anticoagulación (Heparina 1% en perfusión continua) con el fin de mantener un tiempo activado de coagulación (ACT / TAC) inferior a los 150 segundos debido a hemorragias de distinto origen. Los datos monitorizados se registran y se analizan mediante el sistema de registro informático Centricity (General Electric) para su explotación posterior.

Resultados-Intervenciones

El personal de enfermería responsable de la ECMO detectó coágulos en los oxigenadores antes que se mostrasen variaciones de relevancia en las presiones del sistema, pudiendo establecer medidas correctoras pertinentes.

Conclusiones

El control de la terapia por personal de enfermería formado específicamente permite la prevención precoz de complicaciones. La terapia realizada sin Heparina aumenta la incidencia de aparición de coágulos. La revisión translumínica permite detectar coágulos antes de que se produzcan variaciones en las presiones del sistema.

Financiación

No procede.

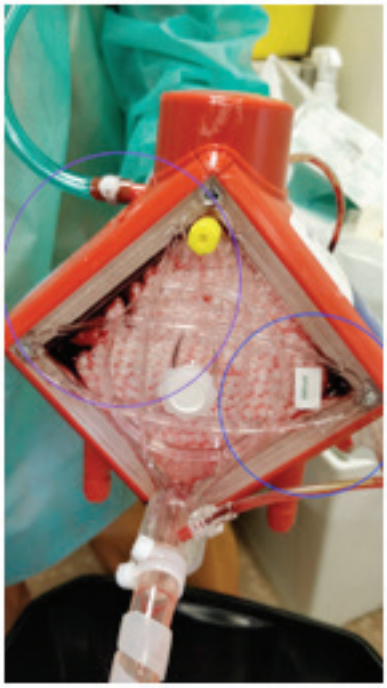
Palabras clave

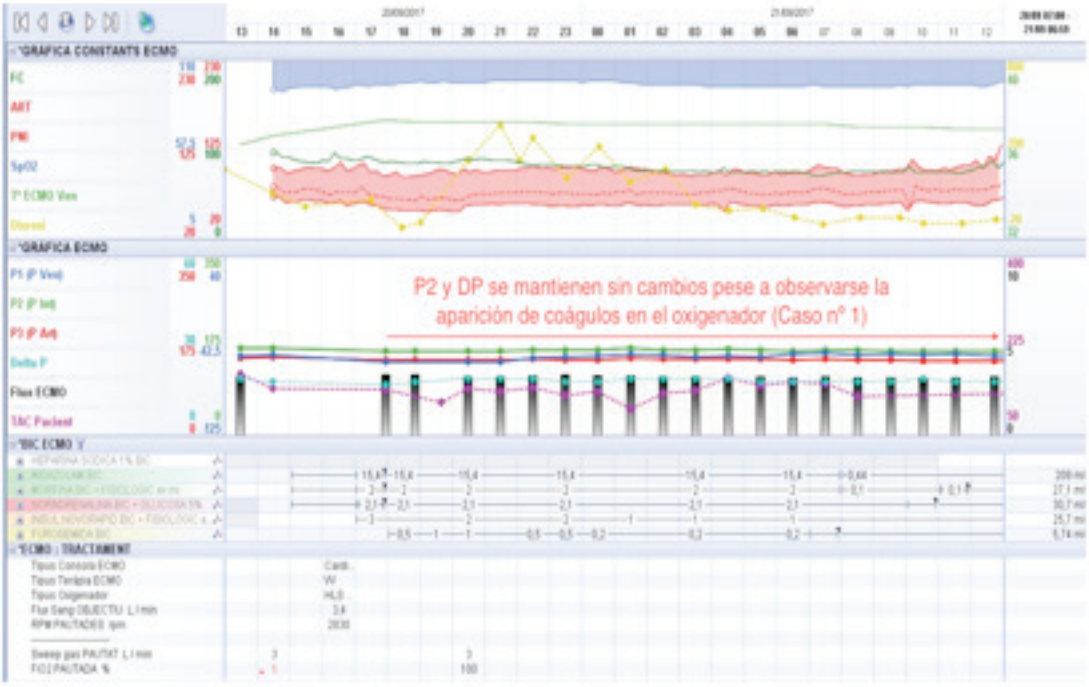
ECMO · Anticoagulación · Activated clotting time · Delta Pressure

sigue –>

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Pósters





Pantalla nº 7. **Lunes 11 de Junio de 2018 de 17:05 a 17:20 h.**

ID 169

AGOTAMIENTO PROFESIONAL Y PERSONAL EN ENFERMERÍA DE CUIDADOS INTENSIVOS

F. Hernández Fernández; SP. Rubio Polo; EMª. Vargas Fernández; V. Gallego Herrera; MªD. Grimaldos López; MªA. Torregrosa García; I. Cano Hernández; A. García Tomas
Hospital Morales Meseguer

Introducción-Objetivos

Una unidad de cuidados intensivos, por su carga de trabajo y emocional, por toda la tecnificación y aparataje, el tipo de paciente y la familia de este, pueden tener repercusiones negativas sobre la persona e influencia a nivel laboral, lo que hace referencia al "Burnout o Síndrome de estar quemado".

Objetivo: Analizar los factores y características del "Burnout" en una Unidad de Cuidados Intensivos.

Metodología-Observación Clínica

Estudio descriptivo transversal cuantitativa, con recogida de información sobre las características del burnout en una muestra de 60 profesionales sanitarios, seleccionados en un Hospital Murciano, aplicándoles el cuestionario de OB que incluye datos sociolaborales, capital psicológico (OREA), burnout (MBI-GS), bienestar (GHQ-12), y engagement (UWES).

Resultados-Intervenciones

Enfermería se caracteriza, entre otras, por su continua relación interpersonal con el paciente crítico, lo que produce una exposición al malestar y sufrimiento de las personas enfermas que puede dar lugar a situaciones estresantes y agotamiento emocional, llegando a interferir gravemente en la vida profesional y personal. Se requiere de control mental y emocional, una alta concentración y responsabilidad, un alto nivel de eficacia laboral y compromiso personal, toman contacto directo con el dolor, la muerte, comparten con el enfermo y su familia la ansiedad, depresión, sufrimiento espiritual, entre otras, y por lo tanto, el desarrollo de burnout podría ocasionar una disminución en la calidad de los cuidados de salud. Otros factores de influencia son, las condiciones de trabajo, escasa comunicación médico-enfermero, conflictos entre compañeros, la manipulación/uso de tecnología compleja que existe, falta de apoyo en la propia organización, bajo reconocimiento de la actividad que realizan diariamente, entre otras.

Conclusiones

El síndrome de Burnout es común entre Enfermería por la gran dedicación al paciente crítico y el alto grado de compromiso con este.

Financiación

No existe.

Palabras clave

Burnout profesional · Calidad de vida · Agotamiento emocional · Factores estresantes en UCI

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Pósters

Pantalla nº 7. **Lunes 11 de Junio de 2018 de 17:05 a 17:20 h.**

ID 210

USO DEL SOPORTE ESTERNAL EN PACIENTES CON ESTERNOTOMÍA: PREVENCIÓN INESTABILIDAD ESTERNAL Y MEJOR TOLERANCIA A LA FISIOTERAPIA RESPIRATORIA

Alexandra Miró Rovira; Joan Daniel Martí Romeu; Silvia Rodríguez Garrido; Miguel Ángel Giménez Lajara
Hospital Clinico Barcelona

Introducción-Objetivos

Las complicaciones de la esternotomía media sigue siendo una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en pacientes de cirugía cardiaca. La utilización inmediata de un soporte esternal disminuye el riesgo de sufrir inestabilidad esternal en pacientes con esternotomía y factores de riesgo asociados.

Metodología-Observación Clínica

Estudio prospectivo, aleatorizado y controlado, con un total de 13 pacientes con factores de riesgo asociados fueron divididos en dos grupos: el grupo intervención realizó el postoperatorio inmediato con soporte esternal y el grupo control realizó el postoperatorio sin soporte. La variable principal de valoración fue la escala de inestabilidad esternal; y las variables secundarias de valoración fueron la escala visual analógica, el pico flujo de tos, la capacidad inspiratoria y el perímetro torácico axilar.

Resultados-Intervenciones

Los pacientes que utilizaron el soporte esternal no presentaron inestabilidad esternal, en cambio, un 17% de pacientes del grupo control presentaron complicaciones de la esternotomía. En el grupo intervención, el perímetro torácico axilar inspiratorio y espiratorio aumentó. En el grupo control, la perdida de capacidad inspiratoria fue menor respecto a la del grupo intervención. No hubieron diferencias significativas respecto a la disminución del dolor postcirugía entre grupos.

Conclusiones

El uso del soporte esternal del estudio parece que previene la aparición de complicaciones de la esternotomía y permite aumentar el perímetro torácico axilar inspiratorio y espiratorio.

Financiación

Sin financiación.

Palabras clave

Soporte esternal · esternotomía · inestabilidad este

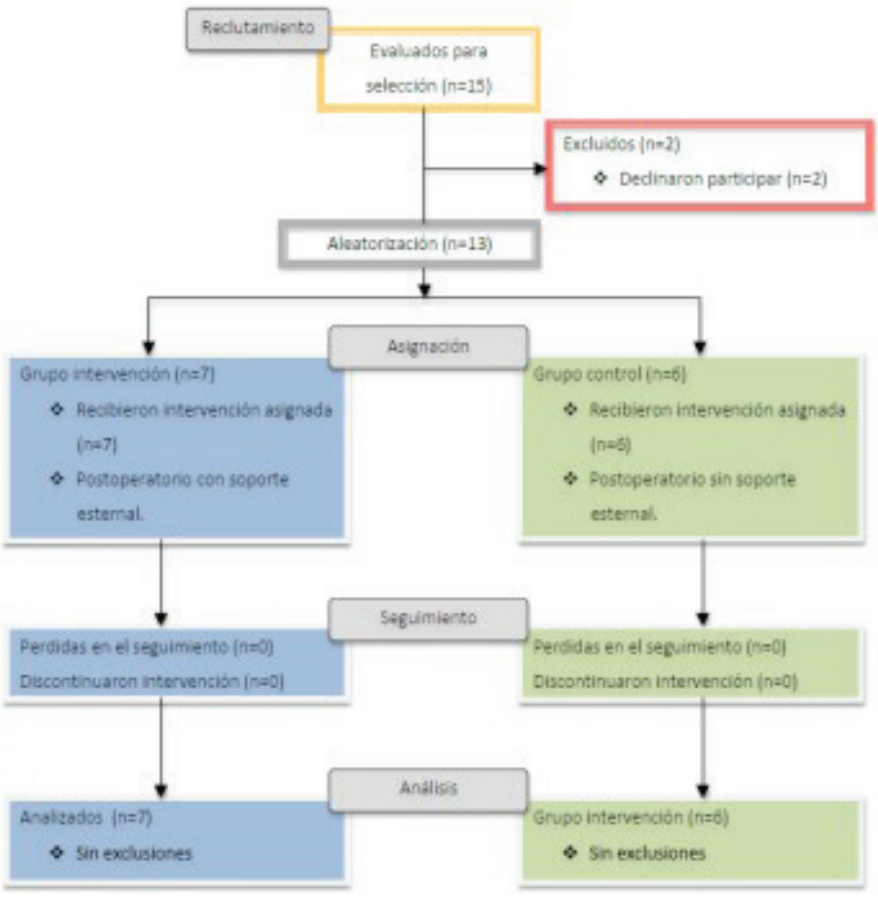


Figura 1. Diagrama de flujo

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Pósters

Pantalla nº 8. **Lunes 11 de Junio de 2018 de 17:05 a 17:20 h.**

ID 165
IMPACTO DEL RUIDO COMO REPERCUSIÓN EN LA SALUD DEL PACIENTE DE UCI

ID 166
PROCEDENCIA DEL AGENTE ESTRESOR EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS: EL RUIDO

ID 167
COMUNICACIÓN Y PROCESO DE DUELO PARA LA FAMILIA DEL PACIENTE DONANTE DE ÓRGANOS

ID 168
ROL E IMPLICACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA PROCURACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS PARA TRASPLANTE

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Pantalla nº 8. **Lunes 11 de Junio de 2018 de 17:05 a 17:20 h.**

ID 165

IMPACTO DEL RUIDO COMO REPERCUSIÓN EN LA SALUD DEL PACIENTE DE UCI

V. Gallego Herrera; I. Cano Hernández; EMª. Vargas Fernández; JC. Grimaldos López; SP. Rubio Polo; MªA. Torregrosa García; MªD. Grimaldos López
Hospital Morales Meseguer

Introducción-Objetivos

La contaminación acústica es un grave problema de salud pública, y de todos nosotros depende que tengamos un futuro menos ruidoso y, por tanto, más humano y saludable. Florence Nightingale, nos decía que “el ruido innecesario, o ruido que crea inquietud en la mente, es aquel que daña al paciente”.

Objetivo: Analizar cómo influye el ruido en la recuperación del paciente en una unidad de cuidados intensivos.

Metodología-Observación Clínica

Revisión de la literatura científica, consultando bases de datos como Medline, Cochrane, Djstor, Scielo, Index, consultando artículos científicos (Enfermería 21, Enfermería Global), y realizamos una búsqueda inversa.

Resultados-Intervenciones

La exposición a niveles continuados de ruido en la unidad de cuidados intensivos incide en la salud del paciente ingresado en esta, provocando efectos en los que figuran trastornos neurológicos pudiendo ocurrir temblor de manos y ojos (nistagmo, dilatación pupilar), alteraciones vestibulares y empeoramiento epiléptico, delirium., a nivel cardiovascular, hipertensión y taquicardia, El ruido genera alteraciones neuropsiquicas, con cambios en la conducta y humor, irritabilidad, depresión, cansancio, ansiedad, manía, neurosis, hostilidad, aislamiento, cefaleas, estrés. El aparato digestivo puede verse afectado en una reducción gástrica y de saliva, acidez, diarreas, entre otras, y en el aparato respiratorio, puede manifestarse como insuficiencia respiratoria. Otros efectos del ruido es su influencia negativa en la comunicación verbal con el paciente, creando malentendidos, inseguridad, perturbando la relación interpersonal? así mismo daña nuestro sistema auditivo (tinitus), afecta sobre la calidad del sueño provocando insomnio.

Conclusiones

El ruido producido en una unidad de cuidados intensivos afecta sobre el organismo humano, teniendo una repercusión directa sobre la calidad de vida, perturbando así el desarrollo personal, familiar y laboral.

Financiación

No existe.

Palabras clave

Ruido y salud · Efectos en paciente crítico · Contaminación acústica

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Pantalla nº 8. **Lunes 11 de Junio de 2018 de 17:05 a 17:20 h.**

ID 166

PROCEDENCIA DEL AGENTE ESTRESOR EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS: EL RUIDO

V. Gallego Herrera; MªC. Cuines Rodríguez; PF. Collado de Gea; S. Jiménez Olivares; J. Mayor Barrancos; E. Baghdan Egea; JA. Pujante Riquelme; C. Martínez Pellicer; MªJ. Arce Ortiz; C. González Carrasco
Hospital Morales Meseguer

Introducción-Objetivos

Los estresores identificados por los pacientes que han estado ingresados en UCI son el ambiente de la unidad, luces artificiales, cables, maquinarias, situaciones de emergencia de su alrededor, y en concreto, el ruido como el que más.

Objetivo: Identificar el origen del ruido producido en una UCI.

Metodología-Observación Clínica

Revisión de la literatura científica de bases de datos como Medline, Cochrane, Djstor, Scielo, Index, consultando artículos científicos (Enfermería 21, Enfermería Global), y realizando búsqueda inversa.

Resultados-Intervenciones

El ruido producido en una unidad de cuidados intensivos, procede mayoritariamente del habla humana, durante los cambios de turno, a la hora punta de ocupación y las rondas del médico y su sesión al resto, de los susurros de una conversación tras una puerta o durante el turno nocturno, una conversación a través del móvil, entre otros. Cabe decir que el ruido dificulta la comunicación verbal, para hacerse escuchar se hablará más fuerte, interrumpiendo la privacidad e intimidad del paciente en la visita de familiares, malentendiendo las órdenes verbales sobre tratamientos y pruebas pertinentes. Procede además, del sonido de la risa, sonido del teléfono móvil, de los sistemas de aire acondicionado, de dispositivos eléctricos cargados de alarmas (bombas infusión, respiradores, monitor constantes), equipos aspiración, de los carros de limpieza o cocina que propagan el ruido por toda la unidad, equipo de rayos X portátil, caudal de agua del grifo y wáter, al cortar papel para secarse las manos, al cerrar las tapas de cubos de basura, e incluso, el comer “pipas y otros” durante el turno nocturno, del roce continuo de la tela del uniforme, unas llaves, unos zapatos, el chirriar de una ventana o puerta.

Conclusiones

El ruido actúa en el aspecto físico-intelectual ralentizando la recuperación del paciente crítico. La mayor percepción del ruido tiene su origen en el tono de voz de las personas y las alarmas.

Financiación

No existe.

Palabras clave

ruido y salud · procedencia del ruido · contaminación acústica

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Pantalla nº 8. **Lunes 11 de Junio de 2018 de 17:05 a 17:20 h.**

ID 167

COMUNICACIÓN Y PROCESO DE DUELO PARA LA FAMILIA DEL PACIENTE DONANTE DE ÓRGANOS

I. Cano Hernández; MªD. Grimaldos López; EMª. Vargas Fernández; MªA. Torregrosa García; F. Hernández Fernández; SP. Rubio Polo; V. Gallego Herrera
Hospital Morales Meseguer

Introducción-Objetivos

Es importante que los profesionales solucionemos nuestros propios conflictos frente a la muerte, si no es probable que el abordaje del donante no sea el correcto y peor aún, no seremos capaces de hablar con el familiar sobre el fallecimiento de su ser querido.

Objetivo: Analizar el proceso de la comunicación al familiar del posible trasplante de órganos y su muerte.

Metodología-Observación Clínica

Revisión de la literatura científica, consultando bases de datos: Medline, Pubmed, Cochrane, Scielo, Cuiden, Elsevier, Artículos de Revistas y búsqueda inversa.

Resultados-Intervenciones

El equipo multidisciplinar debe mantener informada a la familia en todo momento, pues resulta vital en la decisión final. Podríamos destacar ciertos aspectos en la ayuda a la familia como: transmitirle información detallada, honesta, clara y directa (solo si tenemos claro que el familiar quiere oírla en ese momento), identificar y aceptar los sentimientos y comportamientos del familiar con el fin de estimular un proceso de duelo adaptativo, disminuir el impacto y daño potencial de la muerte directa, posibilitar una pérdida realista, animando (si se considera conveniente) a que vea al ser querido y se despida de él, ayudar a que tome sus decisiones para que recupere las habilidades de afrontar la crisis. Así mismo, debemos proporcionar un ambiente privado a los familiares y que sean capaces de verbalizar sus deseos, ya que se encuentran bajo condiciones de mucho estrés, y a veces, se sienten cohibidos ante una atmósfera como la de la UCI plena de máquinas y elementos extraños.

Conclusiones

Los familiares necesitan sentir que estamos ahí verbalizando las necesidades que ellos no pueden expresar. Ello les permitirá manifestar su duelo. Si la familia decidiera no donar, debemos respetar su opinión y continuar el apoyo emocional.

Palabras clave

Donación de órganos · Cuidados intensivos · Comunación · Muerte encefálica

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Pantalla nº 8. **Lunes 11 de Junio de 2018 de 17:05 a 17:20 h.**

ID 168

ROL E IMPLICACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA PROCURACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS PARA TRASPLANTE

I. Cano Hernández; V. Gallego Herrera; MªJ. Arce Ortiz; J. Mayor Barrancos; P.F. Collado de Gea; MªC. Cuines Rodríguez; S. Jiménez Olivares; I. Fernández Tarazaga; A. García Tomas; F. Hernández Fernández
Hospital Morales Meseguer

Introducción-Objetivos

Los donadores de órganos y tejidos, son pacientes quienes han sido diagnosticados de muerte encefálica, es necesario que enfermería mantenga en óptimas condiciones y así logre el máximo número de órganos.

Objetivos: Describir y enumerar las funciones y cuidados de enfermería para asegurar el correcto mantenimiento de órganos candidatos a trasplantar.

Metodología-Observación Clínica

Revisión de la literatura científica, consultando bases de datos de fuentes primarias: Medline, Pubmed, Cochrane, Scielo, Cuiden, Elsevier, y fuentes secundarias: ECAs, Guías de Práctica Clínica, Revisión Sistemática, Artículos de Revistas y búsqueda inversa. Utilizamos los descriptores DECs: Donación de órganos, cuidados intensivos, intervenciones de enfermería, cuidado, muerte encefálica.

Resultados-Intervenciones

Ante un potencial donante de órganos, Enfermería es fundamental y necesaria en sus cuidados, ya que permanece al lado el paciente la mayor parte del tiempo, los cuidados van a ir enfocados a preservar los sistemas básicos del organismo. Mantendrá al donante de órganos, mediante la monitorización de constantes vitales y control hemodinámico (hipotensión arterial e hipertensión, arritmias, oxigenación adecuada, temperatura sobre 35ºC), el equilibrio hidroelectrolítico y endocrino (hipernatremia, hipopotasemia e hiperglucemia), cuidando de las corneas, así como, controlando los posibles focos de infección y previniendo estos (ventilación mecánica, inserción de catéteres y sondas, traumatismos y úlceras por presión). Al mimos tiempo detectará y precozmente las complicaciones que puedan aparecer en el paciente donante.

Conclusiones

Enfermería debe apoyar a la familia durante el proceso, siendo imprescindible estar formados para tales funciones. Enfermería es una parte importante de la cadena, podríamos decir que es la primera en detectar los posibles donantes y activar el proceso, no solo en unidades de cuidados intensivos sino también, en áreas como urgencias, extrahospitalaria, neurología.

Financiación

No existe.

Palabras clave

Donación de órganos · Cuidados intensivos · Intervenciones de enfermería

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Pósters

Pantalla nº 9. **Lunes 11 de Junio de 2018 de 17:05 a 17:20 h.**

ID 390
ENTORNO FAMILIAR. DIAGNÓSTICOS EN ATIC

ID 391
MANEJO DE LA TOS MECÁNICA EN PACIENTES INGRESADOS EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

ID 392
OTROS USOS DEL SISTEMA DE CONTENCIÓN FECAL FLEXI-SEAL

ID 393
CÓDIGO ICTUS. ENFERMERAS ACTIVADAS

Pantalla nº 9. **Lunes 11 de Junio de 2018 de 17:05 a 17:20 h.**

ID 390

ENTORNO FAMILIAR. DIAGNÓSTICOS EN ATIC

Montserrat Nolla Benavent
Hospital Joan XXIII, Tarragona

Introducción-Objetivos

La estancia de las familias en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) conlleva unas situaciones de stress y cambios. Conlleva un cambio de rol de la familia. En dichas circunstancias la familia puede tener dificultades para tomar decisiones, cuidarse mutuamente o solucionar problemas. Puede sobrepasar su capacidad de afrontamiento y precisar de cuidados de los profesionales de la salud. Un 80% de los familiares de los pacientes ingresados en UCI desarrollan ansiedad, depresión, estrés post-traumático relacionado con su experiencia vivida y el sufrimiento como sentimiento aparejado a la posibilidad de muerte. La terminología de enfermería ATIC en su dimensión: entorno familiar, permite abordar los diagnósticos enfermeros con términos y conceptos concretos.

Objetivos: Identificar los diagnósticos enfermeros en ATIC referentes al concepto familia con el fin de cubrir sus necesidades y proporcionar unos cuidados de calidad.

Metodología-Observación Clínica

Identificar los diagnósticos enfermeros en ATIC referentes al concepto familia con el fin de cubrir sus necesidades y proporcionar unos cuidados de calidad. Escalas valoración familias.

Resultados-Intervenciones

El diagnostico enfermero relacionado con las familias de los pacientes ingresados en una UCI son de riesgo o reales. Según la terminología ATIC se pueden dividir en 4 campos conceptuales: Estado de ánimo: Ansiedad fisiológica familiar, Ansiedad familiar, Ansiedad de incertidumbre familiar, Temor familiar. Funcionamiento familiar: Deterioro de la dinámica familiar Mecanismos de Afrontamiento familiar: Afrontamiento defensivo familiar, Afrontamiento familiar ineficaz, Desesperanza familiar, Impotencia familiar, Tareas de Afrontamiento: Duelo familiar, Duelo anticipado familiar, Impotencia familiar.

Conclusiones

Las intervenciones encaminadas a una mayor implicación de la familia en el cuidado de la persona ingresada en la UCI, una política de puertas abiertas y una relación terapéutica con una comunicación efectiva enfermera-paciente-familia disminuyen los sentimientos de ansiedad, frustración soledad, desánimo, enfado y miedo. ATIC como lenguaje enfermero permite valorar, diagnosticar e iniciar intervenciones para abordar con profesionalidad esta problemática.

Palabras clave

Familias · Enfermeria · ATIC

Pantalla nº 9. **Lunes 11 de Junio de 2018 de 17:05 a 17:20 h.**

ID 391

MANEJO DE LA TOS MECÁNICA EN PACIENTES INGRESADOS EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Cristina Herrera López; Fca. Lachica Liñán; M. Benavides Ortiz
Hospital PTS Granada

Introducción-Objetivos

Las complicaciones pulmonares en el paciente crítico, derivadas de la enfermedad de base, inmovilidad e infecciones nosocomiales, representan uno de los mayores problemas a la hora de manejarlo. En los últimos años las técnicas de fisioterapia aplicadas en los pacientes crónicos están siendo utilizadas en pacientes críticos, mejorando la oxigenación y limpieza de secreciones. Se ha demostrado la eficacia de la tos asistida manual, insuflador exuflador mecánico o Cough Assist, percusión intrapulmonar en la mejora del aclaramiento de las vías respiratorias En esta comunicación revisamos las recomendaciones relacionadas con el manejo de esta técnica en la fisioterapia de los pacientes críticos y así unificar criterios y poder realizar un protocolo estandarizado para el personal de enfermería sobre el manejo de este dispositivo y cuidados y posibles complicaciones en los pacientes que requieran de esta terapia.

Metodología-Observación Clínica

Para la realización de este trabajo realizaremos una revisión sistemática en las bases de datos enfermería como scielo, pubmed, cuiden y bvs, con los DeCS obtenidos en el tesauro formando la siguiente ecuación de búsqueda “tos mecanica AND cuidados de enfermería AND cuidados críticos” y su correspondiente en inglés. Los criterios de inclusión fueron artículos en español e inglés, fuentes primarias, relacionados con la temática y publicados en los últimos cinco años.

Resultados-Intervenciones

Una vez hecha la revisión destacaremos los datos y actividades de enfermería más relevantes acerca del manejo de la tos mecánica en pacientes críticos elaborando un protocolo de enfermería para la UCC del hospital PTS de Granada.

Conclusiones

Valoraremos la necesidad de realizar un protocolo sobre el manejo y cuidados de la tos mecanica en pacientes ingresados en UCI y propondremos la realización de talleres o sesiones de formación entre los profesionales de la unidad de manejo de la técnica y cuidados durante su realización.

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Pantalla nº 9. **Lunes 11 de Junio de 2018 de 17:05 a 17:20 h.**

ID 392

OTROS USOS DEL SISTEMA DE CONTENCIÓN FECAL FLEXI-SEAL

Mº Victoria Herranz Ayesa; B. Zariquiegui; M. Ciriza
Complejo Hospitalario de Navarra

Introducción-Objetivos

El sistema flexi-seal es un dispositivo de contención fecal temporal, en incontinencia fecal Diseñado para contener y desviar la materia fecal segura y eficazmente Este sistema es habitual en nuestra unidad. Recientemente aplicamos enemas de lactulosa a través de este sistema para manejo de las deposiciones en el tratamiento de encefalopatia hepatica

Metodología-Observación Clínica

El sistema Flexi-seal consta: catéter de silicona blando con un globo de retención, que se implanta en la ampolla rectal, permite desviar las heces a una bolsa colectora. Consta de 2 salidas una para inflado del globo y otra para irrigación a través de la cual se administra el enema. Diariamente las enfermeras realizaron una evaluación para valorar la eficacia del dispositivo comprobando:

- Retención del dispositivo
- Fugas en torno al dispositivo
- Estado de la piel perianal
- Presencia o ausencia de olor

Se aplicó en 5 pacientes críticos con patología hepática Controlando la administración del enema a través del dispositivo ,su retención y posterior expulsión valorando la existencia de complicaciones (acodamientos, fugas, obstrucción..). Posteriormente se actualizó el protocolo ya existente sobre manejo del dispositivo Flexi-seal.

Resultados-Intervenciones

Se procedió a la administración de enemas de lactulosa a través de flexi-seal 3 veces al día con un control de la cantidad introducida como extraida, características, estado de la piel y olor. disminuyo el numero de cambios de cama disminuyendo notablemente los tiempos de enfermería. Dicho dispositivo ya tiene una excelente valoración por parte de los profesionales de enfermería ya que además de aumentar el confort del paciente y disminuir movilizaciones innecesarias facilita un control más exacto de las heces en cuanto a cantidad y aspecto

Conclusiones

El dispositivo aporta claras ventajas:manejo paciente crítico incontinenente fecal ,evita olor, lesiones, facilita la administración de enemas, aumenta su eficacia disminuye tiempos de enfermería.

Palabras clave

enema · dispositivo · rectal · incontinencia

Pantalla nº 9. **Lunes 11 de Junio de 2018 de 17:05 a 17:20 h.**

ID 393

CÓDIGO ICTUS. ENFERMERAS ACTIVADAS

Montserrat García González[1]; ME. Félix Ramos[1]; R. González Blanco[2]; Z. Sobrado Canosa[1]; N. López Tordesillas[1]; R. Gómez Robles[1]; J. Timón Guerra[1]
1. Complejo hospitalario de Toledo; 2. Hospital Ramón y Cajal

Introducción-Objetivos

El código ICTUS funciona en Castilla-La Mancha desde 2015. En el complejo hospitalario de Toledo se llevan a cabo numerosas intervenciones derivadas de la activación de este plan de reperfusión en la enfermedad cerebro vascular. El paciente critico incluido en este plan regional ingresa en la unidad de cuidados intensivos.

Objetivos:

- Implementar un protocolo de cuidados específicos de enfermería para el paciente de Código ICTUS.
- Conocer los procedimientos realizados al paciente y su probable evolución.
- Identificar de forma precoz signos, síntomas y valores anormales de monitorización neurocrítica.
- Establecer lineas de actuación temprana para iniciar una rehabilitación precoz en el servicio de UCI.

Metodología-Observación Clínica

Revisión bibliográfica en bases de datos: pubmed, cuiden, scielo, cochrane, utilizando como palabras clave los términos Ictus, repercusión urgente, monitorización neurocritica, cuidados de enfermería. Periodo de búsqueda: 2010-2017. Artículos y documentos en inglés y español. Analisisis

Resultados-Intervenciones

La enfermedad cerebro vascular presenta gran incidencia y mortalidad en la actualidad. La implementación del código ICTUS en nuestro hospital consigue aplicar tratamiento efectivos de forma emergente. Los cuidados de enfermería en UCI en la fase aguda y postaguda de la enfermedad son cruciales. Para las enfermeras es importante conocer y poner en marcha medidas de primer, segundo y tercer nivel. Igualmente, debe tener un control estrico sobre la monitorización neurocritica (Presión intracraneal, BIS, PPC, SVO, pupilas, PitO2, etc).

Conclusiones

Protocolo de cuidados al paciente neurocrítico. Medidas a desarrollar. Monitorización neurocritica: valores normales, valores de alerta. Pronóstico y seguimiento estrecho de evolución. Inicio de medidas de rehabilitación temprana. La actuación de la enfermera de uci es muy importante para el cuidado exhaustivo y específico de estos pacientes, identificando posibles complicaciones y trabajando para minimizar las secuelas que pueden quedar.

Palabras clave

Código ictus · Monitorización neurocrítico

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Pósters

Hall Sala García Lorca. **Martes 12 de Junio de 2018**

De 11.40 a 12.10 h.

- Pantalla nº 1
- Pantalla nº 2
- Pantalla nº 3
- Pantalla nº 7
- Pantalla nº 8
- Pantalla nº 9

De 17.05 a 17.20 h.

- Pantalla nº 1
- Pantalla nº 2
- Pantalla nº 3
- Pantalla nº 4
- Pantalla nº 5
- Pantalla nº 6
- Pantalla nº 7
- Pantalla nº 8
- Pantalla nº 9

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Pósters

Pantalla nº 1. **Martes 12 de Junio de 2018 de 11:40 a 12:10 h.**

ID 162
PROTOCOLO DE HUMIDIFICACIÓN ACTIVA EN PACIENTES CON VENTILACIÓN MECÁNICA

ID 163
ESTADO ACTUAL DE LAS CONTENCIONES EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) DEL PARC SANITARI SANT JOAN DE DÉU (PSSJD)

ID 175
ASPECTOS MÁS IMPORTANTES EN EL CUIDADO DIARIO DEL PACIENTE NEUROCRÍTICO EN NUESTRA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

ID 177
PAPEL DE ENFERMERIA EN LA DETECCIÓN Y PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES ASOCIADAS A LA DEGLUCIÓN EN PACIENTE CRÍTICOS TRAQUEOSTOMIZADOS

ID 180
IMPORTANCIA DE LA CORRECTA CALIBRACIÓN Y MONTAJE DEL SISTEMA PICO®

ID 182
STORYTELLING: IMPACTO DE LA NARRACIÓN DE HISTORIAS EN LAS ENFERMERAS DE CUIDADOS INTENSIVOS

ID 184
EXPERIENCIAS DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN CUIDADOS INTENSIVOS: HISTORIAS CON DOS ETAPAS

ID 223
SOS: DESNUTRICIÓN INTENSIVA. IMPORTANCIA DEL INICIO DEL SOPORTE NUTRICIONAL PRECOZ EN EL PACIENTE CRÍTICO

Pantalla nº 1. **Martes 12 de Junio de 2018 de 11:40 a 12:10 h.**

ID 162

PROTOCOLO DE HUMIDIFICACIÓN ACTIVA EN PACIENTES CON VENTILACIÓN MECÁNICA

Aurora Capuchino Casanova; F. Paredes Garza; N. Garrido Arribas; B. García Gómez; A. López Pérez
HULP

Introducción-Objetivos

Los sistemas artificiales de humidificación activa (HH: "heated humidifiers") son dispositivos que proporcionan un alto nivel de temperatura y humedad controlada a través de un sistema cerrado con control de alarmas (9). Pueden ser utilizados en caso de (10):

- Secreciones copiosas, espesas o hemáticas.
- Aplicación de estrategias de ventilación protectora.
- Hipotermia.
- Volumen tidal espirado inferior al 70% del volumen tidal administrado.
- Pacientes con volúmenes minuto espontáneos altos (10 l/min).

Objetivos:

- Aportar una asistencia de calidad.
- Conseguir una humidificación óptima en pacientes sometidos a VM.
- Conocer los sistemas de humidificación disponibles, así como sus ventajas e inconvenientes.
- Describir el sistema de humidificación activa y sus indicaciones.
- Lograr una destreza en el montaje y manejo del sistema de humidificación activa.
- Evitar complicaciones asociadas a un manejo inadecuado del sistema.

Dirigido a todo el personal de enfermería de la unidad de cuidados intensivos del Hospital Universitario La Paz. Población diana: Todo paciente ingresado, sometido a VM, en el que esté indicada la utilización de un sistema de humidificación activa, que requiere asistencia en la unidad de cuidados intensivos.

Metodología-Observación Clínica

Revisión bibliográfica en bases de datos: PuB Med, Scielo, ENFISPO, CINHAL y Biblioteca Cochrane Library Plus.

Resultados-Intervenciones

Recursos humanos: se necesitará una enfermera para el montaje y manejo del HH. **Recursos materiales:** Ventilador mecánico con los parámetros ajustados. **Sistema humidificador-calefactor:** AquaVENT®, humidificador respiratorio servo-controlado. **Tubuladuras no condensantes:** AquaVENT®, circuito calefactado en los dos ramales para ventilación invasiva con tecnología BioCote®. **Cámara humidificadora autorrellenable;** incorporada en el kit de montaje junto con las tubuladuras Agua para inyectables (500ml). **Filtro antibacteriano-viral. Sondas de temperatura específicas. Soporte del humidificador para colocar en el ventilador.**

Conclusiones

Algoritmo de actuación:

- Montaje de HH.
- Encendido y autochequeo.
- Seleccionar modo invasivo.
- Confirmar temperatura y modo correcto.
- Conexión al paciente.
- Verificar adecuado funcionamiento.

Palabras clave

HME · HH · Ventilación mecánica

Pantalla nº 1. **Martes 12 de Junio de 2018 de 11:40 a 12:10 h.**

ID 163

ESTADO ACTUAL DE LAS CONTENCIONES EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) DEL PARC SANITARI SANT JOAN DE DÉU (PSSJD)

Teresa Liria Mellado; D. Nogué Juristo; A. Fernández Trujillo; J. Prieto Domínguez
Parc Sanitari Sant Joan de Déu

Introducción-Objetivos

"La contención mecánica" es un método utilizado para restringir la movilidad con el fin de evitar que se produzcan daño al propio enfermo, a terceras personas y/o al entorno cuando hayan fracasado otras medidas como la contención verbal y la farmacológica. Debido a sus implicaciones éticas y legales, debe estar plenamente justificada y ser considerada como el último recurso terapéutico. La indicación fundamental o la utilización suele ser en pacientes con delirio o Síndrome confusional, éste suele presentarse al tercer día de estancia en UCI y suele desaparecer al alta a hospitalización. El objetivo principal es revisar la prevalencia de las contenciones mecánicas en la UCI del PSSJD durante el año 2017.

Metodología-Observación Clínica

Estudio descriptivo longitudinal retrospectivo del año 2017. La población de estudio fueron los 489 pacientes ingresados en UCI del PSSJD. Se usó como muestra el conjunto de pacientes a los que se han aplicado las medidas de contención mecánica que constan en el registro del servicio.

Resultados-Intervenciones

El 19,63% (96 pacientes) fueron contenidos, de los cuáles fueron por intubación un 13,08% (64 pacientes) frente a un 8,22% (32 pacientes) por agitación o desorientación, de éstos un 62,7% provenían del servicio de urgencias, un 21,87% de hospitalización, un 12,5% del bloque quirúrgico y finalmente solo un 3,12% de otro centro. En lo que respecta al sexo, un 78,12% (25 pacientes) fueron hombres y un 21,87% (7 pacientes) fueron mujeres.

Conclusiones

Consideramos que el uso adecuado de las contenciones supone uno de los elementos clave para mejorar la seguridad de los pacientes por ello, se intenta reducir al máximo las medidas restrictivas en nuestro centro, ya que solo un 19,63% fueron contenidos. Cabe destacar la gran diferencia de prevalencia de hombres frente a mujeres, esto puede ser debido a un mayor porcentaje de varones ingresados en nuestra unidad.

Palabras clave

Contención mecánica · Sindrome Confusional · Cuidados Intensivos

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Pantalla nº 1. **Martes 12 de Junio de 2018 de 11:40 a 12:10 h.**

ID 175

ASPECTOS MÁS IMPORTANTES EN EL CUIDADO DIARIO DEL PACIENTE NEUROCRÍTICO EN NUESTRA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

Rosa María Lozano Ordax; MM. Pérez Martínez; G. Martínez Mateo; AM. Santamaría González; B. Fernández Pantigoso; P. García Jáñez; D. Carrillo López; MT. García Hernández; I. Muñoz Balasteguis
Hospital Clínico Universitario de Valladolid

Introducción-Objetivos

Implantar un protocolo de enfermería para mejorar la calidad de los cuidados en la atención de pacientes neurocríticos.

Metodología-Observación Clínica

Describir las medidas que componen nuestro protocolo para pacientes neurocríticos basándonos en la práctica clínica y previa revisión bibliográfica.

Resultados-Intervenciones

7 componentes del FAST HUG ("abrazo rápido"):

F *Feeding* / Alimentación
A *Analgesia* / Analgesia
S *Sedation* / Sedación
T *Thromboembolic prevention* / Prevención del tromboembolismo
H *Head of the bed elevated* / Cabecera de la cama elevada
U *Stress Ulcer prophilaxis* / Profilaxis de la úlcera por estrés
G *Glucosa control* / Control glucemia

La revisión de estos componentes se hará diariamente para mejorar la seguridad y calidad de la atención del paciente; por todo el equipo de salud. **1. Feeding:** Comienzo temprano de la alimentación enteral para prevenir la motilidad y peristaltismo gastrointestinal. **2. Analgesia:** El dolor aumenta la presión intracraneal (PIC). La infusión continua es más efectiva. **3. Sedación:** El dolor y la ansiedad aumentan el consumo de oxígeno y la PIC. Por el contrario, la sedación excesiva puede causar depresión respiratoria, hipotensión y neumonía asociada a intubación. **4. T de profilaxis de tromboembolismo:** Terapia mecánica con menos riesgo: compresión neumática; o terapia farmacológica: heparina, si el paciente puede. **5. H de Head:** Elevación de la cabeza 30 ó 40 grados, disminuye la PIC. **6. U de úlcera por estrés:** Nutrición enteral precoz; evitar hemorragia gastrointestinal relacionada con el estrés. **7. G de glucemia:** Las glucemias elevadas implican un peor pronóstico en pacientes neurocríticos.

Conclusiones

En el año 2017, de 584 pacientes ingresados en nuestra UCI, 123 fueron pacientes neurocríticos; de todos ellos:

- Accidente cerebro-vascular (ACV) hemorrágico: 38
- ACV isquémico: 32
- Traumatismo craneoencefálico (TCE) grave: 16
- Hemorragia subaracnoidea no traumática: 17
- Resto (TCE leve, moderado, embolizaciones...): 20

"Un ABRAZO RÁPIDO al menos una vez al día"

Palabras clave

Neurocrítico · "Fast Hug"

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Pantalla nº 1. **Martes 12 de Junio de 2018 de 11:40 a 12:10 h.**

ID 177

PAPEL DE ENFERMERIA EN LA DETECCIÓN Y PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES ASOCIADAS A LA DEGLUCIÓN EN PACIENTE CRÍTICOS TRAQUEOSTOMIZADOS.

Lourdes Bañón Fernández; P. Rodríguez; R. Mellado; A. Ordoño; M. Lafuente; L. Santiago
Hospital universitario de la Ribera

Introducción-Objetivos

La traqueostomía es un procedimiento frecuente en la UCI, sin embargo las complicaciones a largo plazo de ésta no se identifican habitualmente durante el ingreso del paciente. La disfagia como complicación de la traqueostomía y la VM prolongada, es un evento prevenible que de presentarse puede conllevar alto riesgo de morbimortalidad en estos pacientes. El objetivo es detectar la disfagia en pacientes traqueostomizados en UCI, mediante la instauración de un protocolo multidisciplinar (logopeda, intensivistas, fisioterapeuta, enfermería y auxiliares). En este se realiza el registro de las condiciones previo, durante y después de cada toma oral. Todo esto para prevenir la incidencia de complicaciones asociadas, como las broncoaspiraciones y las infecciones respiratorias.

Metodología-Observación Clínica

Una vez obtenida una valoración favorable, se decide el inicio de la vía oral. Se realiza un check-list previo de las condiciones del paciente, entre que incluye: adecuada sedestación, aspiración previa de secreciones, interrupción de la nutrición enteral y deshinchado de neumotaponamiento. Previo al inicio de la toma se realiza un registro de la FC, SpO2 y voz basal. Durante la ingesta y posterior a ella, se documentan los cambios en la FC (>aumento de 10% sobre la basal), SpO2 (disminución de > 3 puntos de la basal), tono de voz y la presencia de tos y restos de alimentos en boca o salida de éstos peritraqueostomía. Cualquiera de los anteriores implica una interrupción inmediata de la vía oral y revaloración por parte del equipo.

Resultados-Intervenciones

El 60% (n=21) de los pacientes incluidos en el protocolo sobrevivió hasta completarlo. Del 40% restante solo 1 (3%), falleció por causa respiratoria.

Conclusiones

La labor de enfermería en la detección de los signos precoces de disfagia en pacientes traqueostomizados, es fundamental, pues su labor a pie de cama del paciente, permite actuar inmediatamente y evitar complicaciones que repercuten significativamente en la morbimortalidad.

Financiación

N/A

Palabras clave

disfagia · traqueostomia · broncoaspiración

Pantalla nº 1. **Martes 12 de Junio de 2018 de 11:40 a 12:10 h.**

ID 180

IMPORTANCIA DE LA CORRECTA CALIBRACIÓN Y MONTAJE DEL SISTEMA PICO®

Rayco Álvarez Díaz; V. Padrón Noda; AM. Leal Pérez; FJ. Clemente López; H. Martín Ávila; J. Felipe Vargas; Z. Álvarez Díaz
Hospital Universitario Nuestra Señora de La Candelaria

Introducción-Objetivos

Enfermería tiene un papel fundamental en el manejo hemodinámico de la unidad de cuidados intensivos. Trabajo para estandarizar el procedimiento de la correcta calibración y montaje del Sistema PICO® para obtener datos fiables basados en las curvas hemodinámicas y la termodilución transpulmonar.

Metodología-Observación Clínica

Búsqueda bibliográfica en pubmed-medline de artículos publicados durante 2007-2017 con las gráficas de monitorización, curvas hemodinámicas y termodilución pulmonar en situaciones de error y normalidad. Basándonos en artículos encontrados, para evitar errores de un montaje y calibración incorrectos, recogemos las siguientes recomendaciones.

Resultados-Intervenciones

Intervenciones para una calibración óptima: Nivelación, Presión de manguito presurizado, cero, Test de lavado de Onda cuadrada. Intervenciones de un correcto. Montaje: Correcto montaje de sistema PICO® según Bacteriemia Zero, manejo de catéter arterial y venoso y posición de las líneas y termistor, realización de la termodilución transpulmonar y monitorización de sistema para resultados óptimos.

Conclusiones

Enfermería tiene un papel fundamental en el correcto montaje, manejo y cuidado en el sistema PICO®. Debe de poseer un mínimo de conocimiento sobre el manejo hemodinámico y de los sistemas de presión, para evitar errores y artefactos derivados de la mala utilización y prever posibles incidencias para conseguir el mejor control terapéutico. Debido a ello realizamos protocolo para la Unidad.

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Pantalla nº 1. **Martes 12 de Junio de 2018 de 11:40 a 12:10 h.**

ID 182

STORYTELLING: IMPACTO DE LA NARRACIÓN DE HISTORIAS EN LAS ENFERMERAS DE CUIDADOS INTENSIVOS

Silvia Serrano Jaureguizar; A. Cardenete Villarroya; B. Vázquez Guillamet; L. Anton Serrano; J. Fernández Álvarez; MC. Monje Muñoz
Hospital Universitari de Bellvitge

Introducción-Objetivos

El uso de la narración de historias conocido como Storytelling puede ayudar al personal de enfermería a conocer la percepción de los pacientes sobre los cuidados que reciben y promover acciones de mejora. Este estudio tiene como objetivo conocer las percepciones de las enfermeras que participan como oyentes en una intervención de Storytelling a los pacientes de una Unidad de Cuidados Intensivos.

Metodología-Observación Clínica

Estudio cualitativo fenomenológico hermenéutico, realizado a cuatro enfermeras de una Unidad de Cuidados Intensivos que participaron como oyentes en una intervención de Storytelling a los pacientes para conocer sus experiencias durante la estancia en la UCI. La información se obtuvo a través de una pregunta abierta: ¿Qué te ha aportado la realización de los Storytelling a los pacientes ingresados en tu unidad? Las respuestas fueron analizadas por un grupo de expertos utilizando el procedimiento de siete pasos de Colaizzi.

Resultados-Intervenciones

Las enfermeras tomaron conciencia del impacto que ejercen sus cuidados en los pacientes de la UCI al escuchar sus historias. Surgió la necesidad de fomentar el cuidado holístico y tomaron conciencia de que la UCI supone un entorno hostil y desconocido para los pacientes mientras que ellas lo viven como un proceso rutinario que han normalizado. El impacto emocional de las historias creó la necesidad de mejorar la calidad de los cuidados.

Conclusiones

El Storytelling ha promovido que las enfermeras empaticen con las necesidades de los pacientes en la UCI, creando así la necesidad de mejorar y personalizar los cuidados enfermeros, fomentando el cuidado holístico.

Financiación

No se precisa.

Palabras clave

Storytelling · Enfermeras · Cuidados intensivos

Pantalla nº 1. **Martes 12 de Junio de 2018 de 11:40 a 12:10 h.**

ID 184

EXPERIENCIAS DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN CUIDADOS INTENSIVOS: HISTORIAS CON DOS ETAPAS

Aitor Cardenete Villarroya; S. Serrano Jaureguizar; B. Vázquez Guillamet; L. Antón Serrano; S. Lozano Gomariz; O. Vallès Fructuoso
Hospital Universitari de Bellvitge

Introducción-Objetivos

El ingreso en una unidad de cuidados intensivos (UCI) supone un elevado impacto emocional para los pacientes comprometiendo su bienestar psicológico. Se pretende conocer las experiencias de los pacientes ingresados en una UCI mediante la narración de historias conocida como Storytelling e identificar los Diagnósticos de Enfermería relacionados con esta vivencia.

Metodología-Observación Clínica

Estudio cualitativo fenomenológico, realizado a seis pacientes ingresados en una UCI polivalente con estancia superior a cuatro días. La información se obtuvo a través del Storytelling que engloba tres etapas:

1) los pacientes piensan durante 1 minuto en la experiencia más impactante de su estancia en la UCI,

2) seleccionan entre un grupo de 20 fotografías relacionadas con emociones la que mejor explique su historia y

3) narran la historia y justifican la elección de la fotografía. Las narraciones fueron grabadas y las transcripciones se analizaron mediante el procedimiento de siete pasos de Colaizzi.

La muestra final se alcanzó con la saturación de los datos.

Resultados-Intervenciones

El tema principal fue la superación de la enfermedad, identificándose dos categorías: etapa crítica y etapa post-crítica. En la etapa crítica resaltaron vivencias relacionadas con sensaciones de: vulnerabilidad, peligro, agobio, aislamiento, miedo a la muerte y desconocimiento. En la etapa post-crítica resaltaron: aceptación del proceso, superación y liberación; identificando la labor de los profesionales y la confianza en los cuidados y en el tratamiento como elementos de ayuda. Se asociaron los Diagnósticos Enfermeros NANDA (00146) Ansiedad en la primera etapa y NANDA (00158) Disposición para mejorar el afrontamiento en la segunda etapa.

Conclusiones

El uso del Storytelling permitió conocer las vivencias de los pacientes durante su estancia en la UCI. Se diferencia una etapa crítica y una post-crítica con predominio de sensaciones negativas y positivas respectivamente. Los Diagnósticos enfermeros permiten establecer intervenciones dirigidas a mejorar su bienestar psicológico.

Financiación

No se precisa.

Palabras clave

Storytelling · Experiencias · Paciente crítico

Pantalla nº 1. **Martes 12 de Junio de 2018 de 11:40 a 12:10 h.**

ID 223

SOS: DESNUTRICIÓN INTENSIVA. IMPORTANCIA DEL INICIO DEL SOPORTE NUTRICIONAL PRECOZ EN EL PACIENTE CRÍTICO

Patricia Piñas Viñambres; M. Manso; SI. Jiménez; B. Fernandez; S. García; ME. Lázaro; V. Benito
Fundación Jiménez Díaz

Introducción-Objetivos

Introducción: La nutrición administrada durante las primeras 24-48h del ingreso ha demostrado ser una herramienta muy importante en el manejo del paciente crítico.

Objetivos:

- Dar a conocer la importancia de la implantación precoz del soporte nutricional en los pacientes críticos.
- Realizar un estudio observacional en nuestro servicio para conocer nuestra dinámica de trabajo.
- Plantear la elaboración de un protocolo sobre soporte nutricional.

Metodología-Observación Clínica

Se procedió a una búsqueda bibliográfica en la literatura ya existente para recabar información y se realizó un estudio observacional en nuestra UCI polivalente durante un periodo de un mes, con un ingreso total de 74 pacientes.

Resultados-Intervenciones

El estudio constó de 81 pacientes, 47 hombres y 34 mujeres de edades comprendidas entre los 17-84 años de edad con una estancia media de ingreso de 1,3 días. Dicho estudio reveló que tan solo precisaron nutrición artificial 15 de los pacientes, de los cuales sólo 2 recibieron nutrición parenteral frente a los 13 que la recibieron vía enteral. Tan sólo 6 pacientes recibieron dicho aporte en las primeras 24h de su ingreso y 3 en las primeras 48h, mientras que los 6 restantes la recibieron a partir de las 72h.

Conclusiones

La nutrición enteral es el método de soporte nutricional más empleado en nuestra UCI frente a la nutrición parenteral. En nuestra UCI tan sólo se realizó inicio de nutrición precoz en un 8.10% de nuestros pacientes. Nuestros profesionales sanitarios no se encuentran muy concienciados en el inicio precoz de la nutrición en el paciente crítico y comprobamos que es completamente necesaria la realización de un protocolo y de una formación para la mejora de la calidad asistencial. La nutrición enteral precoz disminuye el riesgo de infecciones y de complicaciones.

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Pósters

Pantalla nº 2. **Martes 12 de Junio de 2018 de 11:40 a 12:10 h.**

ID 186
TIEMPO DE RESPUESTA A UNA PARADA INTRAUCI. “EL TIEMPO ES VIDA”

ID 188
DESBRIDAMIENTO PRECOZ DE QUEMADURAS CON ENZIMAS PROTEOLÍTICAS

ID 189
PREVENCIÓN DE LA NEUMONÍA ASOCIADA A VENTILACIÓN MECÁNICA. UN RETO EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

ID 190
VISITA DE LOS MENORES DE EDAD EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. ¿QUÉ OPINA EL PERSONAL SANITARIO?

ID 191
USO DE VÁLVULAS FONATORIAS EN PACIENTES TRAQUEOSTOMIZADOS CONECTADOS A VENTILACIÓN MECÁNICA

ID 193
CASO CLÍNICO: INTOXICACIÓN POR ORGANOFOSFORADOS EN UCI. INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

ID 195
PROTOCOLO DE COLOCACIÓN EN DECÚBITO PRONO DEL PACIENTE TRAQUEOSTOMIZADO CON SÍNDROME DE DISTRÉS RESPIRATORIO AGUDO

ID 196
PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO ATENCIÓN A LA FAMILIA DEL PACIENTE EN CUIDADOS INTENSIVOS

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Pantalla nº 2. **Martes 12 de Junio de 2018 de 11:40 a 12:10 h.**

ID 186

TIEMPO DE RESPUESTA A UNA PARADA INTRAUCI. “EL TIEMPO ES VIDA”

Gloria Valera; Magdalena López; Silvia Peláez; Antonio Campanario; Manuel Montes; Francisco Lucena
HUVVALME

Introducción-Objetivos

Introducción: El tiempo de respuesta entre la identificación de un evento mortal y su resolución , es lo que definirá la supervivencia de los pacientes, de ahí la intervención precoz ante una PCR.

Objetivos: Analizar el tiempo de respuesta ante una PCR por parte del personal de enfermería.

Metodología-Observación Clínica

Estudio observacional, retrospectivo y unicéntrico. Analizar PCR intraUCI (2013-2017) en una UCI polivalente de 14 camas. Variables: sexo ,edad, etiología de la PCR, tiempo de respuesta, tipo de desfibrilación, numero de choques, tiempo ROSC y mortalidad. Análisis estadístico descriptivo expresando variables cualitativas en porcentajes y cuantitativas en medias ± ST.

Resultados-Intervenciones

16 PCR intra-UCI desfibrilables (FV/TV), 14 hombres (87.5%) y 2 mujeres (12.5%). Edad media 62.81 +/- 11.7 años. 62.5% FV y 37.5% TVSP. Onda bifásica 93.8%. Tiempo desde PCR hasta desfibrilación 1.5 +/- 1.03 min. Choques eléctricos 2.5 +/-2.4. 8 casos se precisa un choque eléctrico y 4 casos 4 o más descargas. 10 pacientes (62.5%) recuperaron circulación espontánea tras mas de 20 minutos de reanimación, 4 pacientes (25%) recuperaron la circulación antes de 20 minutos y 2 pacientes fallecen.

Conclusiones

Realizamos una atención precoz a la PCR en nuestra unidad con elevada tasa de supervivencia.

Financiación

No financiado.

Palabras clave

PCR · intra · UCI

Pantalla nº 2. **Martes 12 de Junio de 2018 de 11:40 a 12:10 h.**

ID 188

DESBRIDAMIENTO PRECOZ DE QUEMADURAS CON ENZIMAS PROTEOLÍTICAS

Susana Navarro Bautista; M. Baeza Mirete; E. Muñoz Borrachero; R. Martínez Hurtado; F. Expósito Barroso; J. Sáez Sánchez; A. Rojo Rojo; R. Gallego Fernández
Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca

Introducción-Objetivos

En Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), el paciente gran quemado sigue siendo un verdadero reto para todo el equipo multidisciplinario debido a las consecuencias que conlleva la pérdida de piel, de ahí la importancia de seguir investigando en tratamientos especializados que ayuden a regenerar la piel y reduzcan el tiempo de recuperación. De reciente aparición, y como alternativa al desbridamiento quirúrgico clásico, encontramos NexoBrid (NXB), un concentrado de enzimas proteolíticas con bromelaína, indicado como desbridante del tejido necrótico en quemaduras. Objetivo: Evaluar los beneficios, contraindicaciones y limitaciones de NXB en quemaduras.

Metodología-Observación Clínica

Paciente de 37 años ingresado en UCI con múltiples quemaduras en cuello, tórax, brazos, antebrazos y muslos, superficie corporal quemada del 33%. Tras una minuciosa limpieza y desinfección de las quemaduras, se aplicó NXB según indicación sobre las de 2º y 3º grado, cubriéndose con apósito trasparente y dejando actuar cuatro horas, durante las cuales pudo observarse hipertermia y leve sangrado. Posteriormente fue retirado cuidadosamente, evidenciando ya la precoz acción desbridante.

Resultados-Intervenciones

Disminuyó la proporción de quemaduras de 2º grado que precisaban cirugía para eliminar el tejido desvitalizado o injerto de piel. En quemaduras de 3º grado, se evidenció mayor rapidez en la eliminación de escaras con respecto a otros tratamientos de referencia.

Conclusiones

La eliminación precoz de escaras reduce las complicaciones locales y sistémicas. Entre las limitaciones de NXB encontramos que su aplicación no debe superar el 15% de la superficie corporal y una vez preparada la mezcla, debe usarse en 15 minutos, en única aplicación y por personal sanitario instruido. Su única indicación en quemaduras térmicas de 2º profundas y 3º grado, limita la disponibilidad de datos, y por tanto, no se recomienda en pediatría, embarazo o lactancia o resto de quemaduras.

Palabras clave

Quemaduras · escaras · desbridamiento enzimático

Pantalla nº 2. **Martes 12 de Junio de 2018 de 11:40 a 12:10 h.**

ID 189

PREVENCIÓN DE LA NEUMONÍA ASOCIADA A VENTILACIÓN MECÁNICA. UN RETO EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

Susana Navarro Bautista; M. Baeza Mirete; E. Muñoz Borrachero; R. Martínez Hurtado; F. Expósito Barroso; J. Sáez Sánchez; M. Balsas Sánchez; A.Rodríguez García
Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca

Introducción-Objetivos

La Neumonía asociada a ventilación mecánica (NAV), es una de las principales complicaciones de la ventilación mecánica invasiva (VMI) en pacientes de Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) y actualmente de las más preocupantes, debido a su mayor morbilidad, mortalidad, estancia hospitalaria y coste sanitario. En la prevención de esta complicación, Enfermería juega un papel primordial, por su continuidad en el mantenimiento y cuidados sobre la vía aérea.

Objetivo: Evaluación y propuesta de mejora en cuidados de Enfermería para prevenir NAV en pacientes con VMI ingresados en UCI del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.

Metodología-Observación Clínica

Se realizó: **1ª Fase:** Estudio retrospectivo transversal, sobre cumplimento y registro en historias clínicas de 5 criterios con nivel de evidencia alto en prevención de NAV, en pacientes de UCI con VMI 48h: (C1) Higiene bucal c/6-8h con Clorhexidina, (C2) Mantenimiento de presión del neumotaponamiento >20 cm H2O, (C3) Cabecera cama 30°, (C4) Aspiración de secreciones subglóticas y (C5) Descontaminación orofaríngea con pasta antibiótica. **2ª Fase:** Evaluación del cumplimiento. Propuesta de medidas correctoras. **3ª Fase:** Implementación de medidas correctoras. Re-evaluación.

Resultados-Intervenciones

El mayor % de cumplimientos se obtuvo en C5 (80%), seguido de C2 (56,6%), C3 (35%), C4 (15%) y por último, C1 (0%), donde destaca su nulo registro. Como medidas correctoras, se establecieron: Formación en manejo de vía aérea. Cambios en el Registro para reflejar modelo TOT y el cumplimiento/excepciones de los criterios. Incorporación de tubos orotraqueales (TOT) con conexión para aspiración subglótica y dispositivos para controlar la presión del neumotaponamiento. En la re-evaluación, se observó un incremento del cumplimiento, a excepción de C3 (21,6%). El mayor incremento fue en C1 (65%).

Conclusiones

La implementación de medidas correctoras incrementó el cumplimiento de algunos criterios para prevenir NAV. Es evidente, el papel de Enfermería y la necesidad de elaborar un protocolo estandarizado sobre cuidados al paciente con VMI.

Palabras clave

ventilación mecánica · neumonía · prevención · enfermería

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Pantalla nº 2. **Martes 12 de Junio de 2018 de 11:40 a 12:10 h.**

ID 190

VISITA DE LOS MENORES DE EDAD EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. ¿QUÉ OPINA EL PERSONAL SANITARIO?

Josefa Valls Matarín; RM. Peradejordi; E. Calvet; A. Jorge; S. Calvo; I. Sandalinas
Hospital Universitari Mútua Terrassa

Introducción-Objetivos

La organización en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) suele restringir la visita de los menores. El objetivo fue: determinar la actitud del personal sanitario ante la visita de menores en una UCI de adultos.

Metodología-Observación Clínica

Estudio descriptivo transversal en una UCI polivalente con 62 profesionales(enfermería/médicos), entre septiembre-diciembre 2017. Se utilizó el cuestionario de Knutsson(2007), con 10 preguntas cerradas y dos abiertas, que fue traducido del inglés al castellano y viceversa. Estadística:frecuencias absolutas y porcentajes. Prueba de X2. Significación p<0,05.

Resultados-Intervenciones

Se recogieron 61 cuestionarios (98,4% de la población):18 médicos (29,5%) y 43 de enfermería (70,5%). El 50% de los médicos admitiría la entrada de menores de 0-6 años frente al 23,8% de enfermería(p=0,04). Igualmente, si el menor tuviera entre 7-12 años, el personal médico con el 83,3% permitiría la visita frente al 53,3% de enfermería (p=0,02). El 94,4% de los médicos y el 90,7% de enfermería aceptarían la entrada si el menor tuviera entre 13-17 años (p=0,6). El 60% de los encuestados (69,1%enfermería frente al 38,9%médicos, p=0,03) creyó que el entorno podía intimidar al menor y el 66,7% (74,4%enfermería frente al 47,1%médicos, p=0,04) que les podía impresionar el estado del paciente. No obstante, permitirían la entrada de menores de 0-6 años, si el paciente estuviera muriendo (70,6% médicos frente al 41%enfermería, p=0,04), inconsciente(58,8% médicos frente al 16,2% enfermería, p<0,01) o muy crítico (52,9%medicina frente al 18% enfermería, p<0,01). (Tabla 1) El 69% del personal sanitario opinó que la entrada podía significar riesgo de infección para el menor y un 53,5% para el paciente.

Conclusiones

Los principales motivos de restricción de visita son: edad<12 años, entorno, estado y riesgo de infección. Las razones para permitirla: edad>12 años, estado crítico o muerte. Los médicos se muestran más positivos ante la visita de los menores que enfermería, esto puede ser debido a que enfermería tiene más contacto con la familia y puede temer las reacciones del menor.

Tabla 1

Opinión ante la visita de menores en UCI		Enfermería n(%)	Médicos n(%)
Entorno asusta al menor*		29(69,1)	7(38,9)
Estado intimida al menor*		32(74,4)	8(47,1)
Riesgo Infección del	menor	30(75)	10(55,6)
	paciente	22(55)	9(50)

Motivos Permiso						
	0/6 años		7/12 años		13/17 años	
n(%)	Enfermería	Médicos	Enfermería	Médicos	Enfermería	Médicos
Edad menor	10(23,8)*	9(50)*	23(53,5)*	15(83,3)*	39(90,7)	17(94,4)
Muriendo	16(41)*	12(70,6)*	28(70)	15(88,2)	40(97,6)	17(100)
Inconsciente	6(16,2)*	10(58,8)*	20(52,6)	13(76,5)	37(92,5)	17(100)
Crítico	7(18)*	9(52,9)*	18(47,4)	12(70,6)	38(92,7)	17(100)

* p<0,05

Financiación

Ninguna.

Palabras clave

menores · política de visitas · actitud · cuidados intensivos · enfermería

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Pantalla nº 2. **Martes 12 de Junio de 2018 de 11:40 a 12:10 h.**

ID 191

USO DE VÁLVULAS FONATORIAS EN PACIENTES TRAQUEOSTOMIZADOS CONECTADOS A VENTILACIÓN MECÁNICA

Samuel Tenorio Torres[1]; L. Juguera Rodríguez[1]; ME. López Martínez[1]; MI. del Saz Caja[1]; R. Jurado Pellicer[1]; RS. Lázaro Meca[1]; AC. Hernández Alcahud[2]; D. Rodenas Martínez[1]; MA. Gil González[1]
1. UCI Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca; 2. Hospital de Molina

Introducción-Objetivos

Las válvulas fonatorias (VFs) mejoran la comunicación del paciente traqueostomizado, pero se utilizan con poca frecuencia en unidades de cuidados intensivos debido al desconocimiento o preocupaciones con respecto a su efecto perjudicial sobre el reclutamiento pulmonar. Por ello, nos planteamos como objetivos conocer el efecto de su uso en la mecánica respiratoria de los pacientes traqueostomizados durante la ventilación mecánica (VM) así como determinar otros posibles beneficios asociados.

Metodología-Observación Clínica

Se ha realizado una revisión sistemática de la evidencia científica publicada en los últimos diez años. La estrategia de búsqueda se ha llevado a cabo en las siguientes bases de datos: PubMed, MEDLINE, EBSCO, WEB OF SCIENCE durante octubre y noviembre de 2017. En la selección de artículos se siguieron las premisas del programa CASPe y la declaración Prisma, incluyendo un total de 10 artículos.

Resultados-Intervenciones

Los estudios revisados muestran que el uso de una VF junto con la VM, produce un aumento en los volúmenes pulmonares al final de la espiración durante y después de su uso, con un efecto positivo en el reclutamiento alveolar. Además, no produce cambios en la saturación de oxígeno, disminuye la frecuencia respiratoria y no modifica la frecuencia cardiaca. Se ha comprobado que provoca una mayor actividad del diafragma. Por último, su uso no ha demostrado un menor tiempo en el destete del respirador y el tiempo de decanulación, pero ha tenido un gran impacto en los efectos psicológicos de estos pacientes, al facilitarles la comunicación.

Conclusiones

El uso de las VFs durante la VM no tienen efectos nocivos sobre la mecánica respiratoria del paciente traqueostomizado y no perjudican en el reclutamiento alveolar durante esta fase. Los estudios no muestran que el uso de la VF acorte el tiempo de destete de la VM.

Palabras clave

Válvula fonatoria · Traqueostomía · Ventilación Mecánica · Destete · Comunicación

Pantalla nº 2. **Martes 12 de Junio de 2018 de 11:40 a 12:10 h.**

ID 193

CASO CLÍNICO: INTOXICACIÓN POR ORGANOFOSFORADOS EN UCI. INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

Amadeo Puebla Martín; I. Vázquez Rodríguez-Barbero; MA. Puebla Martín; MP. Rubio Serrano; MM. del Fresno Sánchez; MP. López Guillen; MC. López-Orozco Isaac; S. García-Castillo Muñoz; I. Fernández Paredes; JP. Trujillo Juárez
Hospital General de Ciudad Real

Introducción-Objetivos

El cuadro de intoxicación por organofosforados (IOF) genera un síndrome clínico característico que puede llevar a la muerte por insuficiencia respiratoria y cardiaca Los síntomas comprenden náuseas, sudoración, salivación, lagrimeo, debilidad general y broncoespasmo en los casos leves y bradicardia, temblor, diarrea, dolor torácico, edema pulmonar, crisis convulsivas y coma en los graves. La rápida instauración de cuidados de soporte vital son las claves en el tratamiento del síndrome agudo.

Objetivo: Proporcionar los cuidados de enfermería basados en la evidencia necesarios en pacientes con intoxicación por organofosforados.

Metodología-Observación Clínica

Mujer de 71 años que ingresa en UCI tras ingesta voluntaria de organofosforados, tras más de 3h de la ingesta y sin precisar dosis ingerida. Inicialmente ya presentaba sialorrea, miosis, somnolencia, debilidad y trabajo respiratorio importante. Ingresa bajo efectos de sedoanalgesia y conectada a VMI.

Resultados-Intervenciones

Plan de cuidados: Ante el cuadro de IOF se realiza valoración enfermera según modelo de Virginia Henderson y taxonomía (NANDA, NIC-NOC), destacando como principales diagnósticos:

- Riesgo de aspiración relacionado con incremento de secreciones, salivación, nauseas, vómitos, ausencia de reflejos y depresión del nivel de conciencia.
- Perfusión tisular inefectiva de origen cardiopulmonar relacionado con vasodilatación, hipotensión y envenenamiento enzimático.
- Perfusión tisular inefectiva de origen cerebral relacionado con hipoxemia, hipotensión, acidosis, coma metabólico de origen tóxico.
- Déficit de volumen de líquidos relacionado con vómitos diarreas, sudoración, hipersecreción bronquial y aumento de la salivación
- Deterioro del intercambio gaseoso relacionado con cambios sobre la membrana alveolo capilar, aspiración de contenido gástrico, insuficiencia de los músculos respiratorios, hipo ventilación y/o broncospasmo.
- Riesgo de lesión relacionado con compromiso sensorial y/o presencia de convulsiones

Conclusiones

La existencia de un plan de cuidados de enfermería para casos de IOF ofrece calidad asistencial, eficiencia y mayor implicación en nuestros pacientes, pues un adecuado manejo de estos pacientes puede significar la diferencia entre la vida y la muerte.

Financiación

Propia

Palabras clave

Intoxicacion · Organofosforados · Enfermeria · UCI

Pantalla nº 2. **Martes 12 de Junio de 2018 de 11:40 a 12:10 h.**

ID 195

PROTOCOLO DE COLOCACIÓN EN DECÚBITO PRONO DEL PACIENTE TRAQUEOSTOMIZADO CON SÍNDROME DE DISTRÉS RESPIRATORIO AGUDO

Sheila García Sánchez; BL. Fernández Gómez; P. Piñas Viñambre; ME. Lázaro Varas; V. Benito Rojas
Fundación Jiménez Díaz

Introducción-Objetivos

La insuficiencia respiratoria aguda (IRA) supone el motivo de ingreso de un elevado número de pacientes en las unidades de cuidados intensivos (UCI). La máxima expresión de gravedad se concentra en el síndrome respiratorio agudo (SDRA), presentando un índice de morbimortalidad importante, con escasas posibilidades terapéuticas. Una estrategia ventilatoria alternativa, la ventilación en decúbito prono (DP), ha mostrado clínicamente que da lugar a una mejoría muy importante en la oxigenación arterial de los pacientes con SDRA, es bien tolerada desde el punto de vista clínico. El tratamiento con DP no parece disminuir la mortalidad, su empleo podría estar justificado en aquellos pacientes en los que las medidas terapéuticas habituales no consigue los efectos deseados. Dicha técnica se hace especialmente dificultosa en los pacientes traqueostomizados, derivada de las complicaciones que pueden pesentarse durante la ejecución de la técnica y el tiempo en dicha posición, por ello requiere unos cuidados y por ello los cuidados y vigilancia debe ser estrecha, por ello la necesidad de la utilización de un protocolo y la estandarización de unos cuidados enfermeros adecuados para estos pacientes.

Metodología-Observación Clínica

Desarrollo y estandarización de los cuidados de la colocación en decúbito prono del paciente traqueostomizado con Síndrome de Distrés Respiratorio Agudo.

Resultados-Intervenciones

Se divide en los siguientes apartados: Recursos humanos y materiales Descripción y procedimiento de la técnica pronación del paciente traqueostomizados Cuidados específicos de enfermería Evaluación continuada mediante hojas de recogida de datos del proceso.

Conclusiones

La realización de un protocolo de actuación en el procedimiento de giro del paciente con SDRA en decúbito prono traqueostomizado pretende, minimizar las complicaciones y aumentar la seguridad del paciente ya que su empleo podría estar justificado en aquellos pacientes en los que las medidas terapéuticas habituales no consigue los efectos deseados.

Palabras clave

decúbito prono · SDRA · traqueostomizado · protocolo

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Pantalla nº 2. **Martes 12 de Junio de 2018 de 11:40 a 12:10 h.**

ID 196

PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO ATENCIÓN A LA FAMILIA DEL PACIENTE EN CUIDADOS INTENSIVOS

Marta María Chust Álvarez; NM. Martínez Lucas; L. Giera Vives; JA. Simarro Blasco
UCI. Hospital Virgen de la Luz, Cuenca

Introducción-Objetivos

La atención a la familia ha sido siempre un pilar fundamental dentro de los cuidados en UCI. Con proyectos de humanización, se ha potenciado los cuidados a la familia. Objetivo: Establecer un plan de cuidados de enfermería estandarizado en la atención a la familia del paciente en UCI.

Metodología-Observación Clínica

Búsqueda bibliográfica en Elservier, Pubmed, Dialnet, Cuiden, Cuiden Plus y ScienceDirect. Plan de cuidados basado en patrones funcionales de Marjory Gordon con diagnósticos según la taxonomía NANDA NOC-NIC.

Resultados-Intervenciones

Se reducen los diagnósticos de enfermería a los necesarios para que nos permitan actuar con la mayor eficiencia en UCI y se plantean las intervenciones de enfermería así como los resultados esperados. Destacamos: NANDA: Ansiedad (00146) NOC: Nivel de ansiedad (1211), Autocontrol de la ansiedad (1402) NIC: Reducción de la ansiedad (5820), Terapia de relajación (6040) NANDA: Temor (00148) NOC: Autocontrol del miedo (1404) NIC: Potenciación de la seguridad (5380), Mejorar el afrontamiento (5230), Apoyo emocional (5270) NANDA: Afrontamiento familiar comprometido (00074) NOC: Normalización de la familia (2604), Rendimiento del cuidador principal: cuidados directos (2205) NIC: Apoyo al cuidador principal (7040), Fomentar la implicación familiar (7110). NANDA: Conflicto de decisiones en pacientes inconscientes (00083) NOC: Toma de decisiones (0906) procesamiento de la información (0907) NIC: Apoyo en la toma de decisiones (5250)

Conclusiones

La familia es una parte fundamental de los pacientes ingresados en UCI. La planificación mejora el cuidado integral del paciente asegurando la continuidad de los cuidados utilizando un lenguaje común.

Financiación

NO

Palabras clave

Familia · Unidad de Cuidados Intensivos · Cuidados de Enfermería

Pósters

Pantalla nº 3. **Martes 12 de Junio de 2018 de 11:40 a 12:10 h.**

ID 80
¿QUÉ OPINAN LOS FAMILIARES DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE RECIBIR FORMACIÓN SOBRE CUIDADOS DE TRAQUEOSTOMÍA?

ID 197
PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADOS DE PACIENTE CON ENCEFALOPATÍA ANÓXICA EN CUIDADOS INTENSIVOS

ID 200
EL DOLOR Y SUS VARIABLES; ANALGESIA CONTROLADA POR EL PACIENTE (PCA)

ID 205
GUÍA RÁPIDA DE ADMINISTRACIÓN DE FÁRMACOS RELACIONADOS CON LA CASCADA DE LA COAGULACIÓN

ID 206
Y TÚ, ENFERMERA ¿CÓMO TE SIENTES?

ID 207
CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE SUSCEPTIBLE DE MOVILIZACIÓN PRECOZ EN UCI

ID 209
VIVENCIA DE UNA ADOLESCENTE Y SU ENTORNO FAMILIAR EN UCI

ID 308
ANÁLISIS DE UNA PRÁCTICA SEGURA: ERRORES DE MEDICACIÓN EN LA ADMINISTRACIÓN EN EL PACIENTE CRÍTICO

Pantalla nº 3. **Martes 12 de Junio de 2018 de 11:40 a 12:10 h.**

ID 80

¿QUÉ OPINAN LOS FAMILIARES DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE RECIBIR FORMACIÓN SOBRE CUIDADOS DE TRAQUEOSTOMÍA?

J. Escobar Lavela; A. Flores Casarrubios; MªC. Martín Gigorro; MªP. González Pascual; L. González Borraz; P. Prudencio García; G. Gonzáñez Pascual; O. Ben Afia Noya
Hospital Universitario del Sureste de Arganda del Rey, Madrid

Introducción-Objetivos

Promover la participación activa del familiar o persona cuidadora del paciente traqueostomizado y que va ser dado de alta en nuestro Servicio, la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital Universitario del Sureste de Arganda del Rey (Madrid), nos llevó a formarles en el 2016 en cuanto a lo que es la traqueostomía, partes que componen la cánula, cuidados de la traqueostomía y signos y síntomas de alarma, para disminuir la inseguridad de los familiares e incluso el miedo y desconfianza que algunos pacientes nos habían comunicado. El objetivo del trabajo es determinar si consideran útil la formación dada por el Diplomado Universitario de Enfermería responsable de su familiar paciente, al alta de UCI.

Metodología-Observación Clínica

Estudio descriptivo de los resultados de las preguntas, referentes a la formación, en las encuestas entregadas a los familiares/cuidadores cuando se les da el alta en UCI, durante los 12 meses del año 2017. Para determinar la opinión de dicha formación, en la encuesta de satisfacción se añadieron dos preguntas que permitieran conocer la opinión de la familia/cuidador. Dichas preguntas son:

- En caso de que su familiar precise ser dado de alta de UCI con una traqueostomía, ¿ha sido formado en los cuidados y signos de alerta por el personal de UCI?
- En caso afirmativo, ¿le ha servido de ayuda?

Resultados-Intervenciones

De las 16 Encuestas entregadas a familiares/cuidadores cuyo familiar ha sido dado de alta portando traqueostomía, en el 100% de ellas se ha respondido que sí se les ha formado. En cuanto a la pregunta de si consideran que le ha servido de ayuda, las respuestas han sido: -93,75 % SI -6,25 % NO

Conclusiones

Los resultados obtenidos permiten determinar que: -Todos los familiares/cuidadores, menos uno, consideran útil la formación que se les ha impartido. -No realizan observaciones al respecto como medida de mejora.

Palabras clave

formación · familiares · cuidadores · traqueostomía

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Pantalla nº 3. **Martes 12 de Junio de 2018 de 11:40 a 12:10 h.**

ID 197

PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADOS DE PACIENTE CON ENCEFALOPATÍA ANÓXICA EN CUIDADOS INTENSIVOS

Laura Giera Vives; MM. Chust Álvarez; NM. Martínez Lucas; JA. Simarro Blasco
UCI. Hospital Virgen de la Luz, Cuenca

Introducción-Objetivos

La encefalopatía post-anóxica es una patología relativamente frecuente en las UCI\'s.

Objetivo: Elaborar un lenguaje estandarizado mediante recogida de datos e identificación de problemas en pacientes ingresados en UCI con encefalopatía anóxica para mejorar la comunicación entre enfermeros.

Metodología-Observación Clínica

Búsqueda bibliográfica en Elservier, Pubmed, Dialnet, Cuiden, Cuiden Plus y ScienceDirect. Plan de cuidados basados en patrones funcionales de Marjory Gordon con diagnósticos NANDA NOC-NIC.

Resultados-Intervenciones

Los diagnósticos de enfermería nos permiten actuar con la mayor eficiencia en UCI y se plantean las intervenciones de enfermería así como los resultados esperados. Destacamos: NANDA: Riesgo Confusión Aguda (00173). NOC: Estado neurológico (0909) Nivel Confusión Aguda(0916). NIC: Control y seguimiento neurológico (2620). NANDA: Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz (00201). N0C: Perfusión tisular: cerebral (0406), Estado respiratorio: ventilación (0403) NIC: Mejora de la perfusión cerebral (2550), Ventilación mecánica (3300), Control y seguimiento respiratorio (3350). NANDA: Riesgo Deterioro de la función Cardiovascular (00239). NOC: Estado de los signos vitales (0802) Consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas (0204)NIC: Cuidado cardiaco (4040) Monitorización Constantes vitales (6680) Prevención del embolismo (4110) NANDA: Deterioro de la integridad cutánea (00046). NOC: Integridad tisular: membranas cutáneas y mucosas (1101) Detección de riesgos (1908) NIC: Prevención de las ulceras por presión (3540) Vigilancia de la piel (3590)

Conclusiones

Este plan de cuidados con la taxonomía diagnóstica NANDA nos permite llevar a la práctica asistencial diaria el proceso enfermero como herramienta de trabajo, proporcionando así unos cuidados continuados y de calidad. El deseo de mejorar en las diferentes áreas de trabajo ha sido y continua siendo, para la enfermería, uno de los principales retos.

Financiación

NO.

Palabras clave

Hipoxia Encefálica · Cuidados de Enfermería · Unidad de Cuidados Intensivos

Pantalla nº 3. **Martes 12 de Junio de 2018 de 11:40 a 12:10 h.**

ID 200

EL DOLOR Y SUS VARIABLES; ANALGESIA CONTROLADA POR EL PACIENTE (PCA)

Rosa Mª Iribarren Romera
Hospital Universitario de Bellvitge

Introducción-Objetivos

El dolor postoperatorio aparece como consecuencia de un acto quirúrgico. Se produce por las manipulaciones propias de la cirugia y la liberación de sustancias productoras del dolor. La analgesia controlada por el paciente (PCA) es una técnica que consiste en la autoadministración de fármacos analgésicos por diferentes vías a través de una bomba de infusión que administra una dosis bolo predeterminada y que es activada por el propio paciente. En nuestro hospital el fármaco utilizado es la morfina y la vía de administración es la endovenosa. el objetivo es identificar las variables involucradas en el el grado de dolor de pacientes postquirúrgicos ingresados en nuestra unidad basándonos en la administración de analgésia mediante PCA.

Metodología-Observación Clínica

Se desarrolló el estudio observacional, descriptivo y transversal durante cuatro meses con una muestra de 95 pacientes ingresados en la unidad de reanimación postquirúrgica y a los que se les inició terapia analgésica mediante bomba de pca. Las variables estudiadas fueron la edad, sexo, tipo de cirugía y cantidad de analgesia administrada en 24 horas mediante pca.

Resultados-Intervenciones

Los pacientes a los que más se le instaura el sistema PCA son a los de cirugía digestiva, aunque los que más la utilizan son los pacientes de cirugía cardiaca, seguidos de los de torácica, digestiva y plástica. En función de la edad, los pacientes que más la utilizan tienen entre 36-45, seguidos de los de 46-55 y los de 26-35 años. Si tenemos en cuenta el sexo de los pacientes, las mujeres se administran menos que los hombres.

Conclusiones

Analizando el uso realizado de la pca, parece ser que las cirugías más dolorosas son las que intervienen en la zona torácica seguidas de cirugía abdominal. Los pacientes más jóvenes son los que más han utilizado la pca y finalmente, las mujeres la utilizan menos.

Palabras clave

dolor · analgesia · edad · sexo · PCA

Pantalla nº 3. **Martes 12 de Junio de 2018 de 11:40 a 12:10 h.**

ID 205

GUÍA RÁPIDA DE ADMINISTRACIÓN DE FÁRMACOS RELACIONADOS CON LA CASCADA DE LA COAGULACIÓN

Virginia Larios Reyes; A. de Onis Santos; MA. Navarro Nicuesa; L. Torres Fernández
Hospital Universitario de Guadalajara

Introducción-Objetivos

Dentro de la hemostasia se incluye el proceso de coagulación y fibrinólisis. Se inicia con la cascada de coagulación, activándose los factores en un orden especifico y finaliza con la fibrinolisis del trombo formado. En situaciones de emergencia los fármacos relacionados con la coagulación requieren una actuación rápida, especial vigilancia del paciente añadiendo el elevado coste que conllevan.

Objetivo: Creación de una guía rápida de administración de los fármacos más usados en nuestra unidad, relacionados con todo el proceso de la coagulación para aumentar la seguridad del paciente, facilitar el trabajo al personal y minimizar los riesgos.

Metodología-Observación Clínica

Tras limitar el listado de fármacos a los disponibles en nuestro hospital consultándolo con el servicio de farmacia, se ha realizado una revisión bibliográfica de cada uno de ellos en la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, el libro farmacológico Vademecum así como sus respectivas fichas técnicas.

Resultados-Intervenciones

Elaboración de una tabla donde se indicará presentación clínica, modo de preparación y administración y posibles efectos adversos de cada medicamento.

- **Procoagulantes:** Novoseven®, Octaplex®, Riastap®, Prothromplex®, Wilate®, Factor IX/X P Behring®.
- **Fibrinolíticos:** Actilyse®, Metalyse®, Urokinasa®.

Conclusiones

Esta guía facilitará la administración de estos medicamentos por parte de enfermería que realizará esta técnica de forma segura y efectiva, disminuyendo el estrés que ocasiona la falta de conocimiento en una situación crítica, proporcionando unos cuidados de calidad y mejorando la seguridad del paciente.

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Pantalla nº 3. **Martes 12 de Junio de 2018 de 11:40 a 12:10 h.**

ID 206

Y TÚ, ENFERMERA ¿CÓMO TE SIENTES?

Sara Tejero Bernardo; MªC. Pavo Galán; E. Cervera Rodríguez; A. García Medina; D. Segura Berzosa; L. Tello Trigo
Hospital Universitari Germans Trias i Pujol

Introducción-Objetivos

Las profesiones que se dedican al servicio de pacientes implican un alto grado de contacto y compromiso con ellos y sus familias, hecho que provoca una reacción empática hacia aquellos que padecen. Debido al estrés constante, puede ser que el profesional padezca un proceso de desgaste en su capacidad empática, reduciendo su capacidad laboral, contacto personal y deterioro de su bienestar psíquico y físico. ¿Cómo separa enfermería estas situaciones al atender a los pacientes? En nuestro entorno asistencial, la medida de la calidad de vida profesional es limitada. Por eso, hemos considerado adecuado realizar una valoración, además de identificar las herramientas que utiliza enfermería para mejorar la satisfacción y evitar situaciones de desgaste emocional.

Objetivos: Identificar la calidad de vida profesional del personal asistencial del Hospital Germans Trias i Pujol de Badalona. Descubrir las herramientas que usa enfermería para combatir las situaciones de desgaste y proporcionar unos cuidados de calidad.

Metodología-Observación Clínica

Estudio observacional descriptivo transversal. Encuesta realizada al personal asistencial de planta y servicios especiales de todos los turnos del Hospital Germans Trias i Pujol de Badalona, independientemente de la antigüedad en la unidad.

Resultados-Intervenciones

Hay una falta de recursos respecto a las estrategias necesarias para tratar con pacientes. Un 60% de los profesionales reclama más actividades formativas. Un 82% asegura haber ido a trabajar sin ganas ni motivación, y un 63% argumenta que ello disminuye la calidad de los cuidados que ofrecen.

Conclusiones

Debemos planificar actividades formativas sobre la relación terapéutica con pacientes/familiares ingresados, así como de técnicas de reducción del estrés, manejo de situaciones difíciles o soporte emocional.

Financiación

No es necesaria.

Palabras clave

Enfermería · Emociones · Calidad asistencial

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Pantalla nº 3. **Martes 12 de Junio de 2018 de 11:40 a 12:10 h.**

ID 207

CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE SUSCEPTIBLE DE MOVILIZACIÓN PRECOZ EN UCI

Juan Manuel Blanco Calonge[1]; I. Martínez Toledo[2]; M. Abanades Contreras[3]; M. Noheda Recuenco[3]; JA. Simarro Blasco[1]; M. Vázquez Fariñas[3]; M. Bascuñana Blasco[3]; A. Poyatos Álvarez[3]; S. Bascuñana Nieto[3]; C. Checa Osma[3]
1. Fisioterapeúta, Urgencias. Hospital Virgen de la Luz, Cuenca; 2. Urgencias. Hospital Virgen de la Luz, Cuenca; 3. UCI. Hospital Virgen de la Luz, Cuenca

Introducción-Objetivos

La mayoría de los pacientes críticos adquieren una debilidad muscular por la inmovilidad, especialmente los asistidos con ventilación más de 5 días, ocasionando secuelas durante meses, aumentando el número de días dependiente de la ventilación mecánica, alargando su estancia en UCI y en planta. Todo esto indica que el ?reposo? tiene un connotación negativa para estos pacientes y hay que hacer un cribado para seleccionar que pacientes necesitan dicho reposo, recibiendo el resto una movilización precoz adecuada.

Objetivos:

- Describir los principales tratamientos, estados y situaciones de pacientes de UCI, en los que es seguro, fiable y beneficioso realizar movilización precoz.
- Reseñar las limitaciones de la movilización precoz en UCI.

Metodología-Observación Clínica

Búsqueda bibliografía en las bases de datos pubmed, lilacs y Cochrane Plus. Palabras clave: seguridad, cuidados críticos, fisioterapia, movilización temprana, (safety) AND (((critical care) AND physiotherapy) AND early mobilization), en los últimos 5 años.

Resultados-Intervenciones

Es seguro, fiable y beneficioso la movilización precoz en cama y fuera en pacientes con tubo endotraqueal o traqueostomia, con escala CAM-ICU ve, con RASS de -1 a +1, con fracción inspiratoria de oxigeno 0.6, saturación de oxigeno 90%, frecuencias respiratoria 30 rpm, PEEP 10, portadores de marcapasos no dependiente de ritmo, con diálisis, con catéteres venosos o arteriales, portadores drenaje pleural, drenaje en heridal, sonda nasogástrica y sonda vesical. En ECMO o con craniectomía, drenajes lumbares abiertos, operaciones de larga duración con heridas de abdomen y tórax, lesión aguda de medula espinal y/o con o sospecha de estenosis severa aórtica se permite movilización precoz en cama. Limitaciones: mala valoración del estado real del paciente, no existir protocolos, desconfianza de los facultativos y escasa formación.

Conclusiones

La identificación correcta de los pacientes críticos susceptibles de distintas formas de movilización precoz, optimiza los resultados de los programas de rehabilitación ya validados.

Financiación

No.

Palabras clave

Ambulación precoz · Unidad de Cuidados Intensivos · Atención al paciente

Pantalla nº 3. **Martes 12 de Junio de 2018 de 11:40 a 12:10 h.**

ID 209

VIVENCIA DE UNA ADOLESCENTE Y SU ENTORNO FAMILIAR EN UCI

Mª Ángeles Navarro Nicuesa; A. de Onis Santos; V. Larios Reyes; L. Torres Fernández
Hospital Universitario de Guadalajara

Introducción-Objetivos

El ingreso hospitalario es un proceso estresante para el individuo y su familia. Genera altas cargas de ansiedad y miedo, máxime cuando el paciente parte de un estado pleno de salud y se encuentra en edades tempranas de la vida. En una UCI esto se incrementa debido a su instrumentalización, a la amenaza vital que implica, a la separación de la familia... A esto se añade la despersonalización por parte de los profesionales que muchas veces olvidamos la atención integral del paciente centrándonos solamente en los aspectos médicos. Debemos conocer sus opiniones, sus vivencias y el significado del proceso por el que están pasando para poder identificar las necesidades y ofrecer una atención más holista.

Objetivos: Describir la experiencia vivida por una adolescente ingresada en nuestra unidad y de sus familiares directos observando si existen diferencias por ser personal sanitario o no, para demostrar la necesidad de conocer y profundizar en el proceso individual que cada persona experimenta acerca de su enfermedad identificando sus necesidades o demandas de apoyo.

Metodología-Observación Clínica

Estudio cualitativo de enfoque fenomenológico, para conseguir una visión más completa y subjetiva de la experiencia. El método de selección de la muestra ha sido no probabilístico, basado en el consentimiento y voluntariedad de las personas implicadas. Realizamos una entrevista semiestructurada a la paciente, a la madre (personal sanitario) y al padre (personal no sanitario).

Resultados-Intervenciones

Profundizamos en la experiencia que ha supuesto para la paciente su paso por nuestra unidad. Intentamos encontrar diferencias entre el proceso vivido por sus padres, ya que las diferencias de profesiones, experiencias previas y la relación con el entorno pueden modificarla.

Conclusiones

Resaltamos la importancia de una profundización en la experiencia del paciente y de una atención holística que se centre en sus verdaderas necesidades, avanzando en la humanización de cuidados.

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Pantalla nº 3. **Martes 12 de Junio de 2018 de 11:40 a 12:10 h.**

ID 308

ANÁLISIS DE UNA PRÁCTICA SEGURA: ERRORES DE MEDICACIÓN EN LA ADMINISTRACIÓN EN EL PACIENTE CRÍTICO

Stefanie Suclupe Obregón[1]; G. Robleda[2]; A. Font Vaquer[2]; A. Castillo Masa[2]
1. Universidad Autónoma de Barcelona. Escuela Superior de Enfermería del Mar. Universidad Pompeu Fabra. Centro Cochrane Iberoamericano. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau; 2. Hospital de la Santa Creu i de Sant Pau, Barcelona

Introducción-Objetivos

En el contexto del paciente crítico, las circunstancias o hechos que tienen la capacidad de causar error en el sistema de utilización de medicamentos son frecuentes.

Objetivo: Analizar qué factores de los pacientes críticos y de los profesionales se asocian a errores en la administración de fármacos.

Metodología-Observación Clínica

Estudio unicéntrico, observacional, analítico y transversal. Se establecieron 11 posibles errores de administración en base a investigaciones previas (Tabla 1). Se evaluó por observación directa la prevalencia global y específica de error y la magnitud de error. Se incluyeron variables sociodemográficas y clínicas de pacientes y variables laborales de las enfermeras. Se diseñó un instrumento ad-hoc y se calculó una muestra de 200 registros asumiendo una prevalencia de errores próxima al 80% con una precisión del 5% y unas pérdidas del 5%. Para el cálculo de dicho valor se partió de resultados publicados con metodología similar.

Resultados-Intervenciones

Se incluyeron 52 pacientes con edad media de 65 ± 17 años y se realizaron 249 observaciones directas de administración de fármacos. La prevalencia global de error fue del 73,5% (183), siendo el más frecuente el de las interrupciones en un 55% de las observaciones. La magnitud total del error fue del 11%. Las enfermeras que manifestaron tener más carga de trabajo fueron las que estadísticamente tuvieron más interrupciones (70% vs 41%; p<0.01) y más retrasos en la hora de administración de medicación (14% vs 5%; p 0.029). La autopercepción de carga de trabajo resultó un factor de riesgo asociado a errores en la administración relacionados con las interrupciones en la unidad de semicríticos (OR 3.46 95% CI 1.96 - 6.14; p 0.005).

Conclusiones

En el paciente crítico existe una elevada prevalencia de errores de administración asociados a interrupciones y la autopercepción de carga de trabajo en las enfermeras es el principal factor de riesgo.

Tabla 1. Posibles errores de administración de fármacos

1. Preparación en un espacio y momento inadecuado
2. Identificación de interrupciones durante la preparación y/o administración (timbres, teléfono, pacientes, familias, otros profesionales)
3. Identificación incompleta del nombre, dosis, frecuencia y/o vía de administración del fármaco que se administra
4. No coincidencia entre el profesional que prepara el fármaco y el que lo administra
5. Administración fuera del horario prescrito (antes o después de 1h)
6. La medicación no fue administrada
7. Conciliación con los horarios de la medicación crónica de los pacientes
8. Prescripciones verbales
9. Incompatibilidades con el pyxis (paciente virtual)
10. Desconocimiento de fármacos nuevos y/o en la administración de un fármaco
11. Falta de información al paciente consciente

Financiación

No.

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Pósters

Pantalla nº 7. **Martes 12 de Junio de 2018 de 11:40 a 12:10 h.**

ID 213
GESTANTE EN UCI CON INSUFICIENCIA CARDÍACA

ID 214
EL PAPEL DE ENFERMERÍA EN DECISIONES DE EXTUBACIÓN TERMINAL EN UCI

ID 220
PAPEL ACTIVO DE ENFERMERÍA EN LA LIMITACIÓN DE TERAPIAS DE SOPORTE VITAL

ID 221
CUANDO LA MUERTE TIENE COMO FINAL LA VIDA. MAASTRICHT III

ID 222
IDENTIFICAR INTERVENCIONES PARA LA ELABORACIÓN DE UN CHECK LIST EN EL MANTENIMIENTO DEL PACIENTE DONANTE EN MUERTE ENCEFÁLICA

ID 224
IDENTIFICAR LAS NECESIDADES DE LOS PACIENTES Y FAMILIARES EN UNA UCI. HACIA LA HUMANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS

ID 365
REVISIÓN SISTEMÁTICA: ESCALAS DE VALORACIÓN DEL DOLOR EN EL PACIENTE CON VENTILACIÓN MECÀNICA

ID 217
TEMOR-INQUIETUD EN EL MANEJO DE AMINAS POR ENFERMERÍA ANTE EL PACIENTE CRÍTICO

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Pantalla nº 7. **Martes 12 de Junio de 2018 de 11:40 a 12:10 h.**

ID 213

GESTANTE EN UCI CON INSUFICIENCIA CARDÍACA

Javier Sáez Sánchez[1]; S. Navarro Bautista[1]; M. Baeza Mirete[1]; E. Muñoz Borrachero[1]; R. Martínez Hurtado[1]; F. Expósito Barroso[1]; RB. Fernández Ariza[2]; N. Molina Sánchez[3]; J. Inocencio Sánchez[4]; V. López Hurtado[5]
1. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca; 2. Hospital General Unversitaro Santa Lucía; 3. Hospital General Unversitaro Los Arcos del Mar Menor; 4. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete; 5. Ibermutuamur

Introducción-Objetivos

El presente trabajo se centra en una paciente gestante en la unidad de cuidados intensivos (UCI) como mujer útil para habilitar los circuitos asistenciales necesarios, que conduzcan a resolver de manera planificada los cuidados que orientan al confort y recuperación de este tipo de paciente y su familia.

Metodología-Observación Clínica

Mujer de 43 años gestante de 30 semanas que ingresa en nuestra unidad procedente de ginecología por hipotensión y taquicardia supraventricular. Desde varias semanas refiere disnea de esfuerzos mínimos, sin notar palpitaciones. Durante las primeras horas en la unidad se estabiliza hemodinamicamente y sin alteraciones que manifiesten un riesgo para el feto. En días posteriores la frecuencia cardiaca es más controlada (110 latidos) con momentos de aumento de hasta 180 latidos, por lo que se le realiza una primera ablación con la que no se consigue revertir la taquicardia, lo cual que prolonga su estancia en nuestro servicio hasta una segunda ablación que revierte su ritmo sinusal.

Resultados-Intervenciones

Conocer por parte de los profesionales este tipo de caso clínico nos ayudara a poner en marcha en situaciones venideras, las herramientas y los cuidados necesarios para planificar una correcta actuación dentro del equipo multidisciplinar. Utilizar la taxonomía NANDA, NIC y NOC nos facilita unificar los cuidados prestados por los profesionales sanitarios. Consiguiendo una fácil herramienta para monitorizar en todo momento las actuaciones los profesionales que intervienen en los cuidados continuados que requieren los pacientes críticos.

Conclusiones

Trabajar conjuntamente con el equipo de ginecología nos ayuda a tomar conciencia de que somos parte de un equipo, necesario para llegar a la correcta ejecución de la actuación que necesitan nuestros pacientes. Concienciando en este caso particular restablecer la salud de la madre y asegurar el confort de feto.

Palabras clave

Gestante · UCI · Taquicardia · Arritmia

Pantalla nº 7. **Martes 12 de Junio de 2018 de 11:40 a 12:10 h.**

ID 214

EL PAPEL DE ENFERMERÍA EN DECISIONES DE EXTUBACIÓN TERMINAL EN UCI

Manuela Bautista Tellez; L. Novas Baena; M. Torres Rodríguez; A. Estella García
Hospital SAS Jerez

Introducción-Objetivos

En Andalucía está legislado que las decisiones de limitación de tratamiento de soporte vital (LTSV) han de contemplar el criterio profesional de enfermería. Las series describen una participación enfermera cercana al 25%. La extubación terminal como práctica minoritaria de LTSV está escasamente estudiada. Los objetivos del estudio son analizar el papel de enfermería en las decisiones de LTSV consistentes en extubaciones terminales y describir su registro en la gráfica de cuidados e historia clínica.

Metodología-Observación Clínica

Estudio prospectivo observacional realizado durante un año en una UCI de 17 camas. Se incluyeron pacientes en los que se decidió realizar extubación terminal como LTSV, fueron criterios de exclusión las donaciones Maastricht tipo III. Variables analizadas: características demográficas, registros en historia clínica y cuidados aplicados al final de la vida. Análisis estadístico mediante programa SPSSv24.

Resultados-Intervenciones

Se analizaron 8 pacientes, 5 mujeres y 3 hombres. La edad media fue de 75±4,9 años. El índice de comorbilidad de Charlson resultó mayor de 5 en un 87,5%. En la mitad de casos se planteó algún tipo de LTSV desde su ingreso en UCI. Aunque las decisiones fueron tomadas en equipo y se informó a familiares, sólo en un 12,5% aparece recogido en la gráfica de enfermería. La mitad de historias clínicas contemplan por escrito la participación enfermera en las decisiones de LTSV. Se registró acompañamiento familiar en un 62,5%. El 75% de pacientes recibieron tratamiento sintomático con sedoanalgesia.

Conclusiones

- La extubación terminal es infrecuente en UCI. Los cuidados de enfermería al final de la vida han de contemplar medidas de confort, facilitar el acompañamiento familiar y empoderar el papel de enfermería en las decisiones de LTSV en equipo.
- El registro de prácticas de LTSV en gráficas e historia clínica son mejorables.

Palabras clave

extubación terminal · cuidados enfermería

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Pantalla nº 7. **Martes 12 de Junio de 2018 de 11:40 a 12:10 h.**

ID 220

PAPEL ACTIVO DE ENFERMERÍA EN LA LIMITACIÓN DE TERAPIAS DE SOPORTE VITAL

J. Saez Sánchez[1]; F. Expósito Barroso[1]; R. Martínez Hurtado[1]; S. Navarro Bautísta[1]; M. Baeza Mirete[1]; E. Muñoz Borrachero[1]; V. López Hurtado[2]; H. Serna Martín[3]; RB. Férnandez Ariza[4]; RB. Inocencio Sánchez[5]
1. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca; 2. Ibermutuamur; 3. Centro de Día Casa Verde; 4. Hospital General Universitario Santa Lucía; 5. Complejo Hopitalario Universitario de Albacete

Introducción-Objetivos

La limitación de terapias de soporte vital (LTSV) trata de unificar una decisión clínica que se deriva hacia el equipo asistencial al unísono con el paciente y/o familia, realizando un abordaje de calidad e integral del paciente crítico. Objetivo: disminuir el grado de preocupación y sufrimiento manifestado por la familia.

Metodología-Observación Clínica

Varón de 69 años ingresado en una unidad de cuidados intensivos, con pronóstico caótico sin capacidad de recuperación por su estado basal, neoplasia pulmonar estadio IV con metástasis en hígado y colón. Tras intentar recuperar al paciente por su deterioro respiratorio, lo que motivó su ingreso en UCI, se instauró ventilación mecánica invasiva por no poder restablecer un correcto patrón respiratorio. El equipo toma la decisión de limitar, siendo aceptado por la familia.

Resultados-Intervenciones

Implementación de circuitos asistenciales al final de la vida centrados en las necesidades particulares del paciente y sus Rocio allegados. Atención integral y multidisciplinar (confort físico, emocional y espiritual) con la finalidad de mejorar, unificar y hacer más fácil y fluida la comunicación de los profesionales con los familiares involucrados en tomar las decisiones sobre la aplicación de LTSV. Aplicaremos la taxonomía NANDA, NIC, NOC para dar respuesta a las necesidades y problemas que se puedan presentar a lo largo de la planificación, ejecución y evaluación de los cuidados realizados.

Conclusiones

Hemos conseguido poner en marcha una serie de actuaciones que facilitan la aplicación de todos los medios necesarios para unificar nuestro trabajo, aumentando por consiguiente el confort físico y emocional tanto del paciente y sus familiares. Todo ser humano tiene derecho a morir con dignidad, para enfermería es una posibilidad acompañar en el proceso de duelo cuando la muerte pasa a ser una elección y la vida una obligación llena de sufrimiento y tratamientos fútiles, aportando una asistencia profesional y humanizada.

Financiación

Ninguna.

Palabras clave

Enfermería · Limitación Terapias · Soporte Vital

Pantalla nº 7. **Martes 12 de Junio de 2018 de 11:40 a 12:10 h.**

ID 221

CUANDO LA MUERTE TIENE COMO FINAL LA VIDA. MAASTRICHT III

J. Saez Sánchez[1]; F. Expósito Barroso[1]; R. Martínez Hurtado[1]; S. Navarro Bautista[1]; M. Baeza Mirete[1]; E. Muñoz Borrachero[1]; V. López Hurtado[2]; H. Serna Martín[3]; RB. Fernández Ariza[4]; J. Inocencio Sánchez[5]
1. Hospital Clínico Universtiario Virgen de la Arrixaca; 2. Ibermutuamur; 3. Centro de Día Casa Verde; 4. Hospital General Universitario Santa Lucía; 5. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

Introducción-Objetivos

España ha desarrollado una actividad extraordinaria de donación y trasplante, sin embargo, dicha actividad es insuficiente para cubrir las necesidades de trasplante de nuestra población. Fruto del descenso en la potencialidad de donación en muerte encefálica (ME), se han desarrollado fuentes alternativas de donación entre las que se encuentran la donación en asistolia. La donación en asistolia controlada o donación tipo III Maastricht, incluye pacientes a los que se le aplica limitación del tratamiento de soporte vital tras el acuerdo entre el equipo sanitario y este con los familiares o representantes del enfermo. Objetivo: Formar a los profesionales de enfermería en el acompañamiento de familiares de donantes en asistolia

Metodología-Observación Clínica

Mujer de 43 años sin ningún tipo de patología previa que presenta daño neurológico devastador con pronóstico funcional desfavorable por previsión de graves secuelas y en las que la evolución a muerte encefálica ya no es previsible.

Resultados-Intervenciones

La familia de estos donantes atraviesa una situación de crisis a la hora de decidir la donación o no de los órganos de un ser querido, de aquí la importancia de la intervención de enfermería para guiar y acompañar a estos familiares, se crea pues, un vínculo entre la familia y el equipo multidisciplinar implicado. Para ello nos hemos apoyado en la taxonomía NANDA, NIC, NOC a fin de responder a las necesidades y problemas que se puedan presentar a lo largo de la planificación, ejecución y evaluación de las intervenciones realizadas.

Conclusiones

Una adecuada y correcta información a la familia ayuda en esta complicada toma de decisiones, primando siempre el máximo respeto y dignidad del enfermo. Este proceso afecta a los miembros del equipo, por los roles desempeñados y por la connotación humana de la situación que se afronta, sufrimiento y actitud ante la muerte.

Financiación

Ninguna.

Palabras clave

Enfermería · Trasplantes · Donación Asitolia

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Pantalla nº 7. **Martes 12 de Junio de 2018 de 11:40 a 12:10 h.**

ID 222

IDENTIFICAR INTERVENCIONES PARA LA ELABORACIÓN DE UN CHECK LIST EN EL MANTENIMIENTO DEL PACIENTE DONANTE EN MUERTE ENCEFÁLICA

Paloma Calero Martín de Villodres[1]; S. Rosillo San Juan[1]; Z. Molina Jiménez[1]; N. Cantón Cordón[1]; B. Martín Puga[1]; I. Leyva Vigil[1]; MI. Quesada Iañez[1]; JM. Pérez Villares[2]; N. Pérez Izquierdo[3]; EP. Fuentes García[3]
Hospital de Rehabilitación y Traumatología de Granada; 2. Hospital Virgen de Las Nieves, Granada; 3. Hospital Campus de La Salud, Granada

Introducción-Objetivos

La fisiopatología de la muerte encefálica impacta considerablemente en el mantenimiento del donante de órganos, la inestabilidad hemodinámica es habitual por lo que precisan de un control clínico intensivo y constante. La Organización Nacional de Trasplantes pone de manifiesto la realidad de que el mejor mantenimiento es el que se realiza atendiendo a protocolos cuyo objetivo sea la excelencia en el cuidado de los órganos.

Objetivo: Identificar acciones e intervenciones interdisciplinares para la elaboración un Check List o Lista de Verificación como herramienta de trabajo para el mantenimiento del donante potencial en muerte encefálica.

Metodología-Observación Clínica

Revisión bibliográfica en un período de estudio de 2012 a 2017 en español o inglés. Las bases de datos utilizadas fueron CUIDEN, CINAHL, MEDLINE y COCHRANE. Se seleccionaron aquellos artículos cuyo abstracts ofrecía datos concretos relacionados con nuestro objetivo.

Resultados-Intervenciones

Se seleccionaron 3 artículos originales y 7 revisiones. Encontramos diferentes intervenciones, destacando la monitorización continua y el control hemodinámico, balance electrolítico, manejo hormonal, la corroboración de pruebas diagnósticas y funcionales, toma de muestras y la realización de una variabilidad de técnicas ajustándonos a la demanda y evolución del paciente. El valor de la familia es considerado relevante, son fundamentales las actividades dirigidas a proporcionar alivio, comodidad y confort.

Conclusiones

La lista de verificación es una medida de seguridad y estandarización de los cuidados. En este caso, las intervenciones identificadas ofrecen evidencias para responder a las necesidades de control de los parámetros fisiológicos en el manejo adecuado del paciente donante, así como la incorporación de otros matices como el auxilio espiritual o el ofrecimiento de acompañamiento familiar. La elaboración de un Check List o Lista de Verificación como herramienta de trabajo tiene como fin estandarizar los procedimientos de los profesionales de enfermería implicados en este proceso, certificando la buena praxis y fundamentando sus actuaciones en la mejor evidencia disponible.

Financiación

Sin financiación.

Palabras clave

Donación/obtención de órganos (Organ Procurement) · Cuidados de Enfermería (Nursing Care) · Trasplante (Transplantantion) · Muerte Cerebral (Brain Death)

Pantalla nº 7. **Martes 12 de Junio de 2018 de 11:40 a 12:10 h.**

ID 224

IDENTIFICAR LAS NECESIDADES DE LOS PACIENTES Y FAMILIARES EN UNA UCI. HACIA LA HUMANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS

Miguel Ángel Giménez Lajara; Ernest Andres Casamiquela; Montse Venturas Nieto
Hospital Clínico de Barcelona

Introducción-Objetivos

La cada vez mayor tecnificación sanidad en UCI ha creado distancia entre profesionales, paciente y familia. El uso intensivo tecnología ha podido relegar necesidades humanas y emocionales pacientes, familiares y profesionales a 2º plano. Es momento reflexionar sobre si replantearse una rehumanización asistencia de profesionales sanitarios de excelencia y mejorar relación con pacientes y familiares. El proceso humanización es fundamental para calidad servicio prestado. Una persona enferma, su dignidad se encuentra temporalmente amenazada. Enfermar hace que las personas se sientan vulnerables y frágiles, por lo que resulta crucial la actitud de los profesionales, dispuestos a respetar a las personas y su dignidad. La presencia humana ante las personas con enfermedad, sufrimiento y dolor es insustituible: mirar, hablar, sonreír, mostrar calidez, escuchar, mostrar sensibilidad y comprensión a la situación del otro. Queremos conocer que piensa el paciente y la familia sobre los cuidados recibido en UCI para buscar las posibles soluciones y conseguir reducir este distanciamiento con los profesionales.

Objetivos: Identificar expectativas, necesidades, demandas paciente y familia para promover humanización cuidados enfermería en UCI

Metodología-Observación Clínica

Utilizar cuestionario con preguntes referentes al trato recibido y el grado de satisfacción en la UCI. Preguntas selección simple con opciones cerradas y otras tipo Likert con una de 1 a 5. Una pregunta abierta.

Resultados-Intervenciones

Muestra 115 cuestionarios. P 125 -92%. Promedios satisfacción elevados todos aspectos actividad profesional con relación comida, confort, descanso nocturno, respeto intimidad. Satisfacción global entre 4,36 y 4,71 de 5. Pregunta abierta: Casi todo agradecimientos, las quejas se engloban 7 grupos:

1. Soledad. Visitas restringidas.
2. Falta información/incertidumbre.
3. Vulnerabilidad
4. Ruido.
5. Mucho frio.
6. Falta escucha.
7. Imposibilidad moverse/ir baño

Conclusiones

En base a los resultados obtenidos se programan reuniones de los gestores del servicio donde se toman las medidas oportunas para solucionar cada uno de los 7 puntos de los resultados que no era satisfactorio. Se explica en poster o CO.

Palabras clave

UCI · satisfacción · cuidados · familia

Pantalla nº 7. **Martes 12 de Junio de 2018 de 11:40 a 12:10 h.**

ID 365

REVISIÓN SISTEMÁTICA: ESCALAS DE VALORACIÓN DEL DOLOR EN EL PACIENTE CON VENTILACIÓN MECÀNICA

I. Sabaté Cordero; M. Martínez Albertín; R. Pascual Climent; M. Corretgé Giné; B. Rubinat Brusau; M. Castellanos Vidal
UCI Hospital Universitario Arnau de Vilanova

Introducción-Objetivos

Un reto para enfermería en el paciente crítico siempre ha estado asegurar el confort durante toda la estancia en UCI (unidad de cuidados intensivos). El control del dolor en el paciente que por definición no puede comunicarse, como es el paciente con ventilación mecánica, se ha visto facilitado por las escalas de valoración conductuales. Un buen control del dolor y uso de la analgesia adecuado mejora en gran medida el confort del pacient tanto en fase crítica como su recuerdo de este episodio posteriormente, el cual puede ser traumatico. Los objetivos marcado son los siguientes: Conocer las escalas conductuales de valoración del dolor. Identificar que escala es considerada mejor para la valoración del dolor en el paciente con ventilación mecánica.

Metodología-Observación Clínica

En la búsqueda bibliográfica se utilizaron las bases de datos de Pubmed, Scielo y cochrane; realizada entre el 20 y el 30 de enero del 2017. Se escogieron los artículos en español e inglés publicados en los últimos 8 años.

Resultados-Intervenciones

Las principales escalas observadas en la evidencia científica son la ESCID (Escala de Conductas indicadoras del dolor) y la BPS (Behavioral Pain Scale). La bibliografia encontrada indica que, a pesar de ser 2 escalas distintas que valoran con diferentes variables conductuales el dolor del paciente crítico, tienen resultados que son muy con mucha correlación y que son equiparables En algunos estudios se compara los resultados obtenidos entre ESCID i BPS en situaciones que se realizan cuidados de enfermería como en situaciones de reposo absoluto, teniendo valores estadísticamente correlativos.

Conclusiones

En conclusión, el dolor en el paciente crítico es y debe ser una preocupación primordial para todo el personal sanitario, en especial en la actuaciones enfermeras como son mobilizaciones, aspiración de secrecions orotraqueales, entre otras.

Palabras clave

Valoración dolor · ventilación mecánica · monitorización dolor

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Pantalla nº 7. **Martes 12 de Junio de 2018 de 11:40 a 12:10 h.**

ID 217

TEMOR-INQUIETUD EN EL MANEJO DE AMINAS POR ENFERMERÍA ANTE EL PACIENTE CRÍTICO

Jesús Sánchez Martín[1]; Nl. Martín Camacho[1]; Cl. Pérez González[1]; A. Sánchez Gómez[2]
1. Hospital General de La Palma; 2. Hospital Universitario Santa Lucia, Cartagena

Introducción-Objetivos

Las aminas son usadas y manejadas cada día en las Unidades de Cuidados Intensivos por enfermería. Su manejo nunca está fuera de riesgo y puede suponer miedo, temor o estrés al profesional.

Objetivos: Valorar la percepción del profesional enfermero en la administración de aminas en UCI. Estudiar relación entre diluciones usadas y el temor con respecto a los efectos secundarios de su administración. Valorar percepción del profesional sobre la formación específica en la materia

Metodología-Observación Clínica

Iniciamos el trabajo con revisión bibliográfica en metabuscadores sin documentación apenas. Realizamos a posteriori una encuesta, usando Google Forms como plataforma con diez ítems sobre datos generales del profesional(edad, sexo, experiencia, lugar de trabajo..) y diez ítems específicos sobre el manejo de medicación con respuesta múltiple (forma de administración, presencia de temor, posibilidad de formación..). Obtuvimos 116 encuestados en 19 Hospitales del SNS.

Resultados-Intervenciones

Datos relevantes: Demográficos: un 44% tenían una experiencia en uci mayor a 10 años y un 21,6% entre 5-10 años. En cuanto la experiencia laboral como enfermero, un 69% mayor a 10 años. 74% mujeres y 26% hombres. Específicos: 91.4% presento temor o inquietud en el manejo de fármacos en UCI. Un 84,5% especial temor o inquietud frente a agonistas adrenérgicos. Dentro de las aminas un 75% a la Noradrenalina. De la muestra escogida un 73% utiliza la bomba de jeringa. Y se usa diluida en el 77,6% de los casos. Prácticamente toda la muestra valora positivamente una formación específica al respecto. Se ratifican en comentarios finales.

Conclusiones

Dados los datos parece evidente que los profesionales muestran temor en el manejo de medicación propia de UCI. El que se administre diluida o pura no cambia esa percepción, aunque seria positivo ampliar el estudio sobre este aspecto. Una formación específica y practica respecto al manejo de vías y medicación podría ser un factor positivo al respecto.

Financiación

Ninguna.

Palabras clave

temor · noradrenalina · cuidados intensivos · enfermeria · aminas · fear · norepinephrine · intensive care · nurse

Pósters

Pantalla nº 8. **Martes 12 de Junio de 2018 de 11:40 a 12:10 h.**

ID 226
CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE ADULTO CON ECMO (OXIGENADOR DE MEMBRANA EXTRACORPOREA)

ID 227
EL MANEJO ENFERMERO DURANTE LA VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA DEL PACIENTE NEUROCRÍTICO

ID 229
LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO: ENCUESTA Y RESULTADOS

ID 230
LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES EN UCI: EXPERIENCIA DEL GRUPO GESTOR MULTIDISCIPLINAR DE INCIDENTES (UCI HOSPITAL GALDAKAO)

ID 231
¿REALMENTE CONOCEMOS LAS PERCEPCIONES NEGATIVAS DE LOS PACIENTES DURANTE SU ESTANCIA EN UCI?

ID 232
SÍNDROME DE BURNOUT EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE RECIENTE APERTURA

ID 371
¿QUÉ SIENTEN LOS PACIENTES A LOS QUE SE LES VA A IMPLANTAR UN MARCAPASOS DEFINITIVO?

ID 228
ENFERMERÍA Y EL DOLOR EN EL PACIENTE CRÍTICO

Pantalla nº 8. **Martes 12 de Junio de 2018 de 11:40 a 12:10 h.**

ID 226

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE ADULTO CON ECMO (OXIGENADOR DE MEMBRANA EXTRACORPOREA)

Inmaculada Álvarez Carrascal; Laura García López
H.G.U. Gregorio Marañón

Introducción-Objetivos

El ECMO, es un sistema de asistencia mecánica circulatoria y respiratoria capaz de proporcionar soporte cardiaco y pulmonar, en pacientes con insuficiencia cardiaca o respiratoria refractaria al tratamiento convencional. Su uso ha aumentado considerablemente en los últimos años en las ucis (unidades de críticos) de adultos. Los cuidados específicos del paciente portador de ECMO, requieren personal especializado y formado para ello.

Objetivo: Proporcionar al personal de enfermería pautas básicas claras para el cuidado del paciente adulto portador de ECMO. Estandarizar cuidados para reducir la variabilidad en la práctica clínica diaria y lograr una mejora en la calidad asistencial y seguridad del paciente.

Metodología-Observación Clínica

Se ha llevado a cabo una exhaustiva búsqueda bibliográfica en las bases de datos: Pubmed, Cochrane, Cinahl, Cuiden, Lilacs, Enfispo.

Resultados-Intervenciones

Tras la revisión bibliográfica se propone la creación de listados de verificación de seguridad (CHECK LISTS) en el cuidado de estos pacientes y del funcionamiento del sistema. Esta herramienta, desconocida por gran parte del personal sanitario, es muy útil para evitar olvidar pasos importantes en las tareas a realizar. Se considera que podrían mejorar los cuidados de enfermería favoreciendo la reducción de errores y complicaciones, aumentando así la seguridad del paciente. La “enfermera ECMO”, verificara el sistema, controlará parámetros, presiones, cambios del circuito o membrana y proporcionará cuidados propios de paciente crítico. Es importante resaltar, la importancia de atender las necesidades psicológicas y sociales del paciente y familiares y el estrés al que están sometidos.

Conclusiones

Con la realización de este trabajo, y la aportación del check lists a pie de cama, se estandarizarán y unificarán los cuidados enfermeros en nuestra unidad, aumentando así la calidad asistencial y seguridad del paciente.

Palabras clave

ECMO · UCI · cuidados enfermeros · plan de cuidados

Pantalla nº 8. **Martes 12 de Junio de 2018 de 11:40 a 12:10 h.**

ID 227

EL MANEJO ENFERMERO DURANTE LA VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA DEL PACIENTE NEUROCRÍTICO

Sonia Inmaculada Jiménez Luque; B. Fernández Gómez; P. Piñas Viñambres; M. Manso Nevado; V. Benito Rojas
Fundación Jiménez Díaz

Introducción-Objetivos

Introducción. La Ventilación Mecánica Invasiva (VMI) es un procedimiento que asegura la función respiratoria cuando ésta se falla por determinados motivos, siendo una de las técnicas más habituales en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), abarcando más de un 46% de pacientes que precisan dicho soporte en sus primeras 24 horas de estancia en la unidad. Los pacientes neurocríticos quirúrgicos y no quirúrgicos que presentan deterioro del nivel de conciencia, precisan intubación endotraqueal y VMI. La importancia de la VMI en estos pacientes guarda una estrecha relación con presión parcial de oxígeno y dióxido de carbono, pues afectan directamente a la regulación del flujo sanguíneo cerebral, resistencias vasculares cerebrales y aporte de oxígeno al cerebro. La Enfermería debe de tener conocimientos y formación en cuidados específicos al paciente neurocrítico, cómo afecta la forma de ventilación y advertir de posibles complicaciones.

Objetivos. La Enfermería es fundamental para una atención inmejorable, por lo que nos replanteamos los siguientes objetivos:

1. Formación para el personal.
2. Constituir un plan de cuidados de Enfermería para el correcto manejo del paciente neurocrítico.
3. Conocer la fisiopatología neurológica y como afectan parámetros ventilatorios.
4. Adquirir conocimientos sobre el manejo del paciente neurocrítico.
5. Actuación ante las posibles complicaciones.

Metodología-Observación Clínica

Realizaremos una búsqueda bibliográfica que permita elaborar una guía de formación para nuestro personal y adecuar los cuidados de enfermería descritos en la literatura y los obtenidos en nuestra experiencia para elaborar un protocolo.

Resultados-Intervenciones

Realizaremos las siguientes intervenciones:

- Monitorización avanzada del paciente neurocrítico.
- Control de parámetros ventilatorios.
- Control y monitorización de parámetros neurológicos.
- Monitorización de gases arteriales.
- Cuidados de Enfermería en el paciente neurológico.

Conclusiones

El trabajo enfermero en UCI es determinante para el óptimo cuidado del paciente neurológico crítico y su evolución favorable. El aprendizaje específico en este ámbito es imprescindible para llevar a cabo dichas atenciones y poder desarrollar cuidados que conlleven a una pronta mejora del paciente, evitando complicaciones potenciales.

Palabras clave

ventilación mecánica · neurología

Pantalla nº 8. **Martes 12 de Junio de 2018 de 11:40 a 12:10 h.**

ID 229

LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO: ENCUESTA Y RESULTADOS

Carmen Ballesteros Plata; AL. Algaba Andrade; MC. Torrejón Martínez de Carvajal
Hospital Universitario Virgen del Rocío

Introducción-Objetivos

La LET (Limitación del Esfuerzo Terapéutico), es la retirada o falta de inicio de medidas terapéuticas cuando son inútiles porque lo único que hacen es mantener la vida biológica, pero sin posibilidad de otorgar al paciente una calidad de vida mínima. Así, es la enfermedad la que produce la muerte del enfermo y no la actuación del profesional. La humanización de la asistencia, ha evidenciado la necesidad de procurar una "muerte digna", respetando los valores, creencias y derechos de la persona.

Objetivo: Averiguar el conocimiento de nuestro personal sobre la LET, su implicación y actitud frente al mismo.

Metodología-Observación Clínica

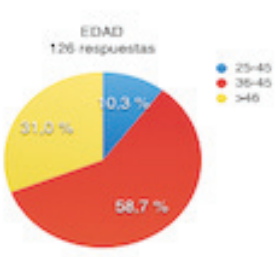
Cuestionario anónimo realizado a través de Google Drive, compuesto por 15 items para explorar las dimensiones más relevantes de la LET. Se incluyen variables sociodemográficas. Difusión del cuestionario: se hizo uso de las nuevas tecnologías de redes sociales (whatsapp) a médicos, enfermeros y auxiliares de enfermería.

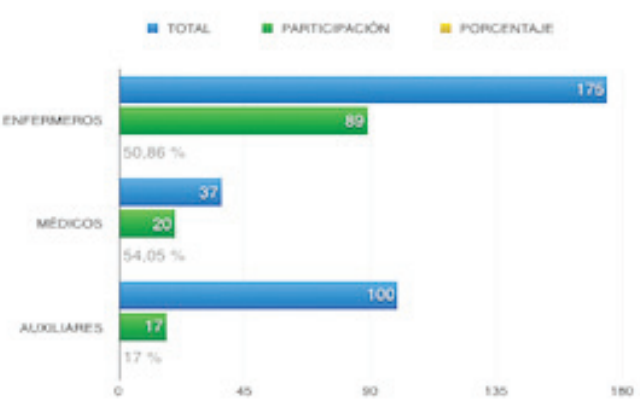
Resultados-Intervenciones

Se obtuvieron 126 encuestas, el 70,6% correspondió a enfermería, el 15,9% a médicos y el 13,5% a auxiliares de enfermería. Las variables sociodemográficas se muestran en gráfico. Un 40, 5% de los encuestados reconoce la existencia de un protocolo para la LET, aunque el 57,9% manifiesta el desconocimiento de su contenido. Un 68,8% considera que su opinión no es tenida en cuenta a la hora de decidir la LET, pese a que un 84% participa en el procedimiento. Un 66,7% es partidario de la eutanasia, un 99,2% está a favor de la sedación paliativa y en un 81% la opinión del paciente prevalece sobre instaurar o no medidas extraordinarias.

Conclusiones

Es necesario difundir conocimiento acerca de la LET, y el protocolo de nuestro servicio a través de sesiones conjuntas para todo el equipo profesional que forma parte del proceso. Se debe reforzar la participación de forma activa de la enfermería por su visión humanizadora de los cuidados hacia el paciente y entorno familiar.





XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Pantalla nº 8. **Martes 12 de Junio de 2018 de 11:40 a 12:10 h.**

ID 230

LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES EN UCI: EXPERIENCIA DEL GRUPO GESTOR MULTIDISCIPLINAR DE INCIDENTES (UCI HOSPITAL GALDAKAO)

Ainara Arana Azula; T. Esteban Galbete; M. Etxeandia Juaristi; A. López Martín; V. Arnaiz Arnaiz; P. Olaechea Astigarraga
Hospital Galdakao-Usansolo

Introducción-Objetivos

Contribuir a establecer Cultura de Seguridad del paciente en UCI. Divulgar el análisis de los incidentes de seguridad notificados y las acciones practicadas.

Metodología-Observación Clínica

Estudio descriptivo en la UCI del H. Galdakao (10 boxes polivalentes, 58 profesionales). Se estudian los incidentes notificados por el personal, periodo Junio 2016 - Diciembre 2017, en Sistema de Notificación y Aprendizaje en Seguridad del Paciente de Osakidetza (SNASP). Actividad del grupo gestor multidisciplinar de incidentes: 2 médicos, 3 enfermeras y 1 auxiliar enfermería.

Resultados-Intervenciones

Año y medio de actividad. 11 reuniones. 79 incidencias: 41 (52%) llegaron al paciente sin daño. 48% (38) no llegaron al paciente. 47 (59.4%) notificados por personal de enfermería y 32 (40,5%) por facultativos. Se clasifican según tipo de incidencia y factores contribuyentes : trabajo en equipo 6; comunicación entre profesionales 5; factores dispersos 18; fármacos 6; protocolos 5; factores individuales de profesionales 3; equipos y dispositivos 5. Se comunicaron 21 incidentes sobre malfuncionamiento de equipos y dispositivos y 10 referidas a recursos humanos que fueron cerradas. 22 incidentes (27,8%) permanecen abiertos por posibilidad de repetición o para reevaluar las acciones adoptadas. Acciones adoptadas: Protocolo de colocación correcta de pacientes en coma o sedados; medidas vigilancia, por riesgo de caídas, en pacientes postsedados tras CPR; protocolizar la vigilancia del funcionamiento de los marcapasos transvenosos; realización de check- list de Intubación oro-traqueal y de traqueotomía percutánea; modificación en preparación y administración de medicaciones orales y perfusiones; inclusión de medidas preventivas para correcto funcionamiento de los respiradores y material relacionado; protocolo de vigilancia nocturna en prevención de accidentes y medidas preventivas para evitar extubaciones no programadas.

Conclusiones

La notificación de incidentes ha puesto de manifiesto problemas en la seguridad del paciente cuyo análisis, desde un punto de vista multidisciplinar, ha permitido implementar medidas efectivas . Sigue siendo prioritario instaurar una cultura de seguridad en UCI.

Financiación

Ninguna.

Palabras clave

seguridad paciente · unidad de cuidados críticos

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Pantalla nº 8. **Martes 12 de Junio de 2018 de 11:40 a 12:10 h.**

ID 231

¿REALMENTE CONOCEMOS LAS PERCEPCIONES NEGATIVAS DE LOS PACIENTES DURANTE SU ESTANCIA EN UCI?

Elena Muñoz Arranz[1]; M. Roman López[2]; CR. Hernández Romero[2]
1. Hospital General Universitario Santa Lucía. Cartagena, Murcia; 2. Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor. San Javier, Murcia

Introducción-Objetivos

Describir mediante categorías las percepciones y experiencias negativas de los pacientes diagnosticados de infarto agudo de miocardio (IAM) durante su estancia en UCI.

Metodología-Observación Clínica

- Estudio descriptivo-etnográfico con enfoque cuali-cuantitativo.
- Desde el 01/05/2015 hasta el 31/10/2015.
- Muestra: 20 pacientes (16 hombres y 4 mujeres).
- Criterios de inclusión: primer evento de IAM, primer ingreso en UCI, pernoctar mínimo una noche en UCI, sin inestabilidad hemodinámica o clínica, sin barrera idiomática, conscientes, orientados y sin déficits neurológicos.
- Aprobado por el Comité Ético del hospital.
- Participación voluntaria: consentimiento informado.
- Limitaciones del estudio: reclutamiento, sesgo del entrevistador, reflexividad.
- Recogida de datos: entrevistas abiertas semiestructuradas grabadas digitalmente, observación participante.
- Análisis de datos: trascripción, saturación de datos y análisis del contenido del discurso.

Resultados-Intervenciones

La media de edad fue de 65,2 años (DE: 45-79). La categoría que destaca por excelencia con una frecuencia del 90% es la INMOVILIZACIÓN, ya sea por la monitorización (mayoritariamente) o por el reposo prescrito. NO PODER DORMIR refleja el 70%. Los RUIDOS en general representan el 65%. El ABURRIMIENTO lo percibe el 55% y la SOLEDAD un 40%. La FALTA DE AUTONOMÍA es destacada por un 45%. La DESORIENTACIÓN TEMPORAL (?nunca sé la hora que es?) queda reflejada por un 25%. El hecho de sentirse ?ENCERRADO? supone un 20%. Sólo un 15% hace referencia a los HORARIOS DE VISITA estrictos.

Conclusiones

Como hemos visto, son varias las experiencias que destacan como negativas de su estancia en UCI, la mayoría relacionadas con la monitorización y la soledad que supone su ingreso. Manifestando la ausencia de unas rutinas diarias relacionadas sobre todo con su autonomía personal para desarrollarlas. Desde que nuestra unidad se sumó al Programa de Proyecto HUCI durante el año 2017 son numerosos los cambios que se han producido para mitigar estas experiencias.

Palabras clave

UCI · enfermería · percepciones negativas · IAM

Pantalla nº 8. **Martes 12 de Junio de 2018 de 11:40 a 12:10 h.**

ID 232

SÍNDROME DE BURNOUT EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE RECIENTE APERTURA

Carmen Rita Hernández Romero[1]; M. Roman López[1]; E. Muñoz Arranz[2]; ND. Escudero López[1]; D. Hernández Romero[3]

1. Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor. San Javier, Murcia; 2. Hospital General Universitario Santa Lucía. Cartagena, Murcia; 3. Instituto Murciano de Investigación Biosanitaria IMIB-Arrixaca

Introducción-Objetivos

- Determinar la prevalencia del Síndrome de desgaste profesional *(Burnout)* en el personal sanitario de una UCI de un hospital comarcal de reciente apertura.
- Comparar las distintas subescalas del *Síndrome de Burnout* (SD) con variables sociodemográficas y laborales del personal sanitario.

Metodología-Observación Clínica

- Estudio analítico transversal.
- Muestra: 30 profesionales (Facultativos, Enfermería y Auxiliar de Enfermería).
- Inclusión: más de un año de antigüedad en la unidad.
- Entrega de cuestionario *Maslach Burnout Inventory* (ya validado). Subescalas: Agotamiento Emocional (AE), Despersonalización (D) y Realización Personal (RP).
- Variables sociodemográficas y laborales.
- Análisis: tratamiento estadístico con SPSS 19.0. Significación estadística $p<0.05$. Normalidad de las variables mediante test de Komolgorov-Smirnov. Variables continuas mediante T-Student o U-de Mann-Whitney. Variables cualitativas con test de Chi-cuadrado o por razón de verosimilitud, en su caso. Asociación entre variables mediante regresión logística o lineal según variables categóricas o continuas.

Resultados-Intervenciones

- Participación: 88%. Edad 44 ±8. 70% mujeres. Antigüedad en la unidad 3,9±1,9 años. Antigüedad profesional 16 ±7 años. Auxiliares 37%, Enfermeros 40% y Facultativos 23%.
- Más mujeres entre auxiliares ($p=0.005$).
- Facultativos más jóvenes ($p=0.013$)
- Todos mostraron un nivel medio de AE. 70% nivel medio de D y 30% bajo. 86,7% nivel alto de RP y 13.3% nivel medio.
- Nivel medio D: son más jóvenes que con un nivel bajo ($p=0,016$; razón de verosimilitud).
- Por categorías. Auxiliares: 27,3% nivel bajo de D y 72,7% nivel medio, 90,9% nivel alto de RP y 9,1% nivel medio. Enfermería: 33,3% nivel bajo de D y 66,7% nivel medio, 75% nivel alto de RP y 25% nivel medio. Facultativos: 28,6% nivel bajo de D y 71,4% nivel medio, 100% nivel alto en RP.

Conclusiones

- No encontramos casos de SD en nuestra unidad.
- Al resaltar un nivel más alto de RP entre facultativos y una asociación entre nivel medio de D con ser más joven, nos hace cuestionarnos el por qué de estas asociaciones e indagar más en profundidad.

Pantalla nº 8. **Martes 12 de Junio de 2018 de 11:40 a 12:10 h.**

ID 371

¿QUÉ SIENTEN LOS PACIENTES A LOS QUE SE LES VA A IMPLANTAR UN MARCAPASOS DEFINITIVO?

Leandra Díaz Garrido; Juan Ángel Hernández Ortiz; Rosa María Ratia Anguita
Complejo Hospitalario Jaen

Introducción-Objetivos

La UCI de Jaen gestiona el implante de todos aquellos marcapasos que ingresan en UCI y los que son consultados por urgencias. El implante se realiza en UCI y es atendido en todo el proceso hasta que es dado de alta. Como parte de la humanización de los cuidados nos planteamos conocer que sentían, que les preocupaba o que temores tenían. El objetivo planteado: Describir las preocupaciones y temores sentidas por el paciente que va a someterse a un implante de marcapasos definitivo.

Metodología-Observación Clínica

Se llevó a cabo mediante metodología cualitativa. Se realizo una pequeña entrevista semiestructurada realizada a un total de 10 pacientes(6 hombres y 4 mujeres) hasta que obtuvimos saturación de datos. Se realiza análisis del contenido.

Resultados-Intervenciones

Los resultados que obtuvimos fueros:

- Miedo a lo desconocido,al hospital, a las agujas, a la UCI: "...no quiero ver nada...que me tapen la cabeza...", "...no me gustan los hospitales..."
- Temor a sentir dolor: basado principalmente en experiencias previas "...cuando me operaron se me pasó la anestesia y lo sentí todo..."
- Preocupación por la calidad de vida posterior: "dice mi mujer que cuando me lo pongan no podré salir a pasear..." "no voy a poder volver a cuidar de mi campo..."
- Desconfianza en el personal. Dudan de la necesidad del implante: "...yo ya me encuentro bien... puede que me lo pongan sin que lo necesite..."

Conclusiones

Gran parte de las preocupaciones descritas podrían paliarse reforzando la información previa al implante. La información que proporcionamos esta relacionada con lo que es un marcapasos y la necesidad de implantarlo, técnica, tipo de anestesia y posibles complicaciones. Ninguna preocupación sentida está relacionada con las complicaciones inherentes al proceso.

Palabras clave

implante · marcapasos · temor

Pantalla nº 8. **Martes 12 de Junio de 2018 de 11:40 a 12:10 h.**

ID 228

ENFERMERÍA Y EL DOLOR EN EL PACIENTE CRÍTICO

Ascensión Ruiz Flores; C. López Gómez; R. Navarrete González; M. Montes Vázquez
Hospital de Valme

Introducción-Objetivos

La mayoría de los pacientes de Unidades de Cuidados Críticos (UCI) sienten dolor,miedo y ansiedad. A pesar de ello, el dolor es poco valorado en estas unidades. Aunque otros profesionales de la salud están directa o indirectamente involucrados en la valoración y manejo del dolor de los pacientes,las enfermeras tienen un mayor contacto con las personas que reciben los cuidados. Esta relación coloca a las enfermeras en una posición única para detectar el dolor,y para realizar una valoración continuada de la experiencia del dolor en el paciente crítico. Una correcta valoración enfermera del dolor contribuye a disminuir las respuestas psicológicas, hemodinámicas, metabólicas y neuroendocrinas que pueden producir una mayor morbilidad y mortalidad.

Objetivos: Concienciar de la importancia de una correcta valoración enfermera del dolor para disminuir la incidencia de complicaciones por un dolor no controlado, y encaminarse a una recuperación más rápida, disminuyendo así la estancia en UCI y conseguir la ausencia del dolor como objetivo de calidad asistencial en todos los Servicios de Medicina Intensiva.

Metodología-Observación Clínica

Revisión bibliográfica sistemática en base de datos como Pubmed, Scielo, CINAHL y Cuiden plus con los descriptores Dolor, paciente crítico,ESCID y valoración enfermera.

Resultados-Intervenciones

A pesar de la dificultad de medir el dolor, existen herramientas para hacerlo. Enfermería debe tener en cuenta tanto los indicadores fisiológicos cómo (taquicardia, hipertensión,...) como conductuales (ceño fruncido, dientes apretados...). La escala visual analógica (EVA) y la escala verbal numérica (EVN) son las recomendadas para la evaluación del dolor del paciente consciente,y la escala de conductas indicadoras del dolor (ESCID) para el paciente con incapacidad para comunicarse.

Conclusiones

Razones científicas, humanitarias y económicas avalan la importancia de la valoración y control del dolor en pacientes críticos. Las enfermeras son una figura clave que puede influir positivamente en la valoración y manejo del control del dolor.

Financiación

Este trabajo no cuenta con financiación.

Palabras clave

Dolor · Paciente crítico · ESCID · Valoración enfermera

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Pósters

Pantalla nº 9. **Martes 12 de Junio de 2018 de 11:40 a 12:10 h.**

ID 404
LA IMPORTANCIA DE LA CICATRIZACIÓN DE LESIONES POR EDEMA EN EL PACIENTE CRÍTICO

ID 405
TRANSPORTE INTRAHOSPITALARIO DEL PACIENTE CRÍTICO

ID 407
BENEFICIOS DE LA ANESTESIA POR VIA EPIDURAL EN EL PACIENTE CRÍTICO

ID 408
TÉCNICAS DE REEMPLAZO RENAL CONTINUO (TRRC)-ANTICOAGULACIÓN CON HEPARINA SÓDICA: MANEJO Y MANTENIMIENTO DEL CIRCUITO EXTRACORPÓREO DE LOS MONITORES PRISMAFLEX®

ID 409
HELMET LA VENTILACIÓN NO INVASIVA MÁS COMODA

ID 411
¿QUÉ “QUEMA” MÁS: URGENCIAS O UCI?

ID 413
SISTEMA DE CONTROL DE LA INCONTINENCIA FECAL EN UCI

Pantalla nº 9. **Martes 12 de Junio de 2018 de 11:40 a 12:10 h.**

ID 404

LA IMPORTANCIA DE LA CICATRIZACIÓN DE LESIONES POR EDEMA EN EL PACIENTE CRÍTICO

Sara Tejero Bernardo; E. Cervera Rodríguez; MC. Pavo Galán; A. García Medina; D. Segura Berzosa; L. Tello Trigo
Hospital Germans Trias i Pujol

Introducción-Objetivos

Edema: Líquido en los tejidos de forma intersticial que eventualmente puede dar lugar a acúmulos más o menos delimitados que pueden dar lugar a disección de las capas de tejido y a ruptura de los mismos. El mantenimiento y/o la presencia de edema intratisular es una de las principales causas de fallo en la cicatrización de heridas. El edema en condiciones patológicas y complicaciones primarias y secundarias de heridas ralentiza la evolución y cicatrización de estas. Para disminuir el edema hay medidas farmacológicas o físicas y medidas más agresivas como la terapia continua de remplazamiento renal.

Objetivos: Aplicar de manera temprana la hidratación,la mov ilización de miembros, así como la rehabilitación muscular, la alineación, elevación y compresión cuando sea necesario. Controlar balance hídrico en pacientes críticos.

Metodología-Observación Clínica

Estudio descriptivo observacional prospectivo. Con revisión bibliográfica de bases de datos, PUBMED, CUIDATGE, CUIDEN y revista electrónica ELSEVIER.

Resultados-Intervenciones

La movilización, la elevación y rehabilitación temprana disminuye el edema. La hidratación con aceites hiperoxigenados ayudan a evitar la rotura tisular y la úlcera por presión, en el caso que se produzcan por el exceso de líquido intersticial, tendremos en cuenta la cura por segunda intención y la protección de la piel que rodea a la parte dañada por la corrosividad del líquiquido

Conclusiones

Se debe concienciar al personal de la importancia de iniciar las medidas preventivas lo antes posible, así como intensificar la hidratación. El tiempo de cicatrización en un paciente edematoso/anasarcado será mayor que en pacientes con un control con balance hídrico adecuado.

Financiación

Financiación coste 0

Palabras clave

edema · cicactrización dificil · anasarca

Pantalla nº 9. **Martes 12 de Junio de 2018 de 11:40 a 12:10 h.**

ID 405

TRANSPORTE INTRAHOSPITALARIO DEL PACIENTE CRÍTICO

Elena San José Sánchez; A. Bautista Tejero; JA. Espigares Carrasco; MJ. Merino Blanco
CA de Segovia

Introducción-Objetivos

El traslado del paciente en estado grave dentro del propio hospital, supone un riesgo para la estabilidad y un reto para los profesionales. El cuidado que supone la atención al enfermo y la necesidad de coordinación entre los participantes, obliga a hacer una revisión de las actuaciones que se llevan a cabo con el fin de prever y reducir los efectos adversos que pudieran acaecer. El motivo de esta movilización de riesgo es la realización de pruebas diagnósticas o terapéuticas que no se pueden realizar en la Unidad de Cuidados Intensivos.

Objetivos: Revisar nuestro protocolo de traslado intrahospitalario. Mantener y vigilar la estabilidad del paciente para garantizar los cuidados médicos y de enfermería durante el transporte. Prevenir y resolver eficazmente las posibles complicaciones que puedan presentarse durante el traslado.

Metodología-Observación Clínica

Revisión y adaptación del protocolo de traslado elaborado previamente en la unidad. Búsqueda bibliográfica. Consulta de protocolos y guías de otros centros.

Resultados-Intervenciones

El protocolo se haya estructurado en los apartados:

- Material y personal necesarios
- Fase de preparación: con 14 puntos de comprobación
- Fase de transporte: con 13 puntos de comprobación
- Fase de recepción en Cuidados Intensivos: con 12 puntos de comprobación.
- Precauciones / Observaciones

Conclusiones

La revisión del protocolo nos ha permitido comprobar que las medidas habituales son las adecuadas y siguen un esquema de actuación consensuado. Se dispone de un maletín de transporte que facilita el traslado del material. Pero hemos concluido que la revisión de todos los puntos de comprobación mejoraría con la trasformación de nuestros datos en una lista de verificación añadiendo puntos en un apartado de organización.

Financiación

No

sigue –>

Pósters

PERSONAL:

- Médico.
- Enfermera/o responsable del paciente.
- TCAE.
- Celador.

MATERIAL:

- Bata de GI con conexión para respirador, si precisa ventilación mecánica o caudalímetro si está con respiración espontánea.
- Respirador portátil.
- Resucitador manual con reservorio y mascarilla, conflitro desechable.
- Monitor portátil.
- Bombas volumétricas para infusión intravenosa.
- Material desechable que se precise.
- Medicación.

Para la preparación:

1. Informar al paciente/s está consciente.
2. Planificar el material estrictamente necesario que se vaya a utilizar.
3. Confirmar con el médico las perfusiones que se vayan a mantener durante el traslado.
4. Revisar fijaciones de vías, tubos, drenajes, etc. Para evitar retiradas accidentales.
5. Comprobar que la bala de O2 tiene suficiente cantidad de gas para realizar el transporte.
6. Seleccionar los parámetros respiratorios según indicaciones médicas.
7. Poner filtro bacteriano en las tubuladuras del respirador.
8. Conectar el respirador a la bala.
9. Conectar el respirador al paciente y comprobar el correcto funcionamiento.
10. Monitorizar al paciente, hasta el momento del traspaso mantener el enchufe en la red.
11. Colocar las bombas de infusión en los soportes para sueros.
12. Desconectar la SNG de la N. Enteral, si la tuviera y conectar temporalmente a bolsa o dejarla pinzada, según indicaciones médicas.
13. Si el paciente tiene drenaje pleural, desconectarlo de la aspiración. No hay que pinzar el tubo torácico.
14. Aspirar secreciones del tubo endotraqueal y/o boca.

Para el transporte:

1. Vigilar las constantes hemodinámicas y respiratorias del paciente.
2. Supervisar el paso por puertas y ascensor para evitar desconexiones accidentales.
3. Preparar al paciente para el paso a la camilla.
4. Coordinar el momento del paso a la camilla. El médico o la enfermera/o de UCI darán la orden.
5. Conectar el respirador portátil o mascarilla a la toma de O2 revisando las tubuladuras durante la prueba.
6. Colocar el monitor en un lugar visible.
7. Revisar la colocación del tubo endotraqueal, vías, drenajes, etc...
8. Si fuera necesario, hacer la curva del paciente.
9. Valorar la necesidad de sedación o relajación.
10. Valorar la necesidad de aspiración de secreciones.
11. Al terminar la prueba, vigilar el paso de camilla a cama para que se haga de forma coordinada.
12. Colocar de forma adecuada al paciente y el aparataje.
13. Vigilar de nuevo al paciente durante el transporte.

Para la recepción en UCI:

1. Conectar al paciente a su respirador o caudalímetro con los parámetros necesarios.
2. Monitorizar al paciente al monitor del box.
3. Conectar y calibrar los transductores, si tuviera.
4. Si tiene drenaje pleural, volver a conectarlo a la aspiración.
5. Restaurar las infusiones que habían sido interrumpidas.
6. Tomar constantes vitales.
7. Colocar el arsénometro en el lateral de la cama y comprobar que la sonda está drenando.
8. Conectar la SNG a la N. enteral, según la pauta prescrita.
9. Anotar en la gráfica, la hora de salida y de ingreso en UCI y el servicio al que ha sido trasladado para la realización de la prueba.
10. Retirar las sábanas sobrantes.
11. Revisar y reponer el material y la medicación que se haya utilizado durante el traspaso.
12. Limpiar y reponer el aparataje utilizado.

PRECAUCIONES / OBSERVACIONES:

- Inestabilidad hemodinámica y/o respiratoria.
- Acumulación de secreciones.
- Fallo o error en el funcionamiento del aparataje.
- Descarga de la batería del monitor o respirador, así como de las bombas de infusión.
- Vaciamiento de la bala de O2.
- Retirada o desconexión accidental de catéteres, tubos, tracciones, drenajes, etc.

Pantalla nº 9. **Martes 12 de Junio de 2018 de 11:40 a 12:10 h.**

ID 407

BENEFICIOS DE LA ANESTESIA POR VÍA EPIDURAL EN EL PACIENTE CRÍTICO

R. Pascual Climent; I. Sabaté Cordero; M. Castellanos Vidal; M. Corretgé Giné; B. Rubinat Brusau; M. Martínez Albertín
UCI Hospital Universitario Arnau de Vilanova

Introducción-Objetivos

El dolor es una experiencia multifactorial, sensorial, emocional y desagradable asociada a una lesión tisular real o potencial. En el periodo postoperatorio, la agresión quirúrgica y la duración del dolor. El uso combinado de anestesia regional-general mejora la recuperación inmediata tras la cirugía y permite un control analgésico superior al de los opiáceos sistémicos. La anestesia epidural, se administra en el espacio entre la duramadre y el canal espinal. Su aplicabilidad es el alivio del dolor en pacientes quirúrgicos, politraumatizados e ingresados en unidades de cuidados intensivos, pero también en pacientes con dolor crónico. Tradicionalmente, se habían utilizado en intervenciones de extremidades inferiores, pero desde que se tiene más experiencia en esta técnica, se realiza prácticamente en todos los segmentos de la columna vertebral.

Objetivos: Conocer los beneficios e inconvenientes de la anestesia por vía epidural.

Metodología-Observación Clínica

Se realizó una revisión bibliográfica en las bases de datos PubMed, Cochrane y Cuiden, con las palabras clave: “anestesia peridural”, “catéter epidural”. Se seleccionaron los artículos publicados en los últimos 10 años escritos en español y en inglés.

Resultados-Intervenciones

La evidencia científica muestra que la analgesia epidural ofrece más ventajas que la analgesia sistémica con opioides. Los estudios indican que proporciona una analgesia eficaz facilitando una recuperación precoz, atenuando el estrés quirúrgico y mejorando la función cardiorrespiratoria. La administración epidural proporciona una rápida movilización, una extubación precoz, menos complicaciones pulmonares postoperatorias, menor duración de íleo paralítico, así como una disminución de episodios tromboembólicos pudiendo reducir la morbimortalidad un 30%. Entre las posibles complicaciones asociadas están la cefalea postraquinestesia, las parestesias, el compromiso medular, los hematomas e infecciones, meningitis e infecciones superficiales de la piel.

Conclusiones

En conclusión, la anestesia epidural puede dar beneficios a ciertos tipos de pacientes críticos, y es de capital importancia conocer sus posibles efectos adversos.

Palabras clave

Anestesia epidural · Politraumatizado · Postquirúrgico · Control del dolor

Pantalla nº 9. **Martes 12 de Junio de 2018 de 11:40 a 12:10 h.**

ID 408

TÉCNICAS DE REEMPLAZO RENAL CONTINUO (TRRC)-ANTICOAGULACIÓN CON HEPARINA SÓDICA: MANEJO Y MANTENIMIENTO DEL CIRCUITO EXTRACORPÓREO DE LOS MONITORES PRISMAFLEX®

Eva Amat Llop; P. Latre Romero; M. Martínez Albertín; JJ. Prados Chica; M. Miralbés Torner
HUAV de Lleida

Introducción-Objetivos

Prolongar la vida del hemofiltro mediante el establecimiento de un protocolo que contempla la preparación, mantenimiento y controles del circuito extracorpóreo durante todo el tratamiento. Unificar los cuidados de enfermería. Proveer al paciente de la máxima calidad y seguridad asistencial.

Metodología-Observación Clínica

El protocolo de anticoagulación con heparina del sistema extracorpóreo ha sido elaborado por personal médico y de enfermería. Ha sido explicado en sesión clínica y mediante taller práctico al resto del equipo previamente a su implantación.

Resultados-Intervenciones

Aplicar todas las medidas estandarizadas según protocolo: Cebado del circuito con 5000 u.i. de heparina sódica en 1 litro de suero fisiológico. Monitoreo continuo de la presión transmembrana (PTM) y de la caída de presión del filtro (?P filtro). Control del tiempo de tromboplastina parcial activado (TPTa) en la línea arterial del circuito. Registro de las presiones de entrada y retorno del circuito, la presión del filtro y especialmente la P filtro. Registro de la TPTa paciente. El médico mediante pauta individualizada de TRRC, prescribe la dosis de inicio de heparina sódica dependiendo del peso (5-15u.i./kg/h), coagulación y patologías asociadas del paciente. El personal de enfermería modificará el ritmo de infusión del anticoagulante del circuito, según algoritmo, para mantener TPTa paciente en rango 60-80, realizándose el primer control a las 6h de iniciada la perfusión de heparina, y c/6h después de cualquier modificación, así como c/24h si se mantiene en rango.

Conclusiones

La coagulación del filtro comporta un aumento de las cargas de trabajo para enfermería, un encarecimiento de los costes, y un mayor riesgo de pérdidas hemáticas iatrogénicas eludibles para el paciente y la subsiguiente politrasfusión. La aplicación del protocolo según algoritmo pretende alargar la vida del filtro hasta las 72h recomendadas por el fabricante, así como evitar riesgos innecesarios al paciente.

Palabras clave

TRRC · CVVHDF · heparina sódica

Pantalla nº 9. **Martes 12 de Junio de 2018 de 11:40 a 12:10 h.**

ID 409

HELMET LA VENTILACIÓN NO INVASIVA MÁS COMODA

Mª Victoria Herranz; B. Zarquiegui; M. Ciriza
Complejo Hospitalario de Navarra

Introducción-Objetivos

La Interfase para Ventilación no Invasiva casco Helmet era conocida en nuestra unidad aunque su uso había sido ocasional en pacientes como tratamiento de la insuficiencia respiratoria de diversas etiologías. Nuestra experiencia durante este último año, donde se han aumentado los casos en que se ha recurrido a este sistema, nos ha demostrado que es un sistema cómodo y bien tolerado por el paciente incluso en estancias prolongadas llegando a evitar incluso la intubación.

Metodología-Observación Clínica

Haremos una revisión del protocolo ya existente en la unidad sobre colocación y cuidados del paciente portador de un sistema Helmet. Además de una actualización en cuanto a los cuidados de enfermería del paciente portador de este dispositivo valorando ventajas, desventajas y complicaciones. Por otra parte valoraremos las dificultades que el personal de enfermería ha encontrado a la hora de implantar más frecuentemente esta técnica

Resultados-Intervenciones

Revision del protocolo existente y de los casos en que se ha aplicado durante este año

Conclusiones

La VNI requiere de un trabajo multidisciplinar y es precisa la implicación de enfermería tanto para la preparación y colocación del casco como para el manejo posterior y la mejoria del confort del paciente. Hemos visto las ventajas de la colocación de este dispositivo para el paciente en cuanto a su manejo respiratorio y confort y la facilidad con la que el personal se ha adaptado a este sistema.

Palabras clave

Helmet · Ventilación mecanica no invasiva · Confort

Pantalla nº 9. **Martes 12 de Junio de 2018 de 11:40 a 12:10 h.**

ID 411

¿QUÉ "QUEMA" MÁS: URGENCIAS O UCI?

Salvador Hernández de Andrés; MJ. Henche Correa; RM. García-Vandewalle García; M. Galera Martínez; ME. Caro Nieto; PN. Rodríguez Rodríguez; A. García Olert; FJ. Miralles Andujar; Jesús Cortés Carmona; MA. Domínguez Bernal
Hospital Comarcal Melilla

Introducción-Objetivos

El personal sanitario de Medicina Intensiva (MI) y Urgencias trabaja en un permanente estado de tensión y con una fuerte implicación emocional y compromiso personal. En estas condiciones puede aparecer el llamado síndrome de burnout o de desgaste profesional como respuesta al stress laboral crónico, caracterizado por agotamiento emocional, baja autoestima profesional, falta de empatía hacia el paciente y hostilidad hacia familiares y compañeros. Este síndrome afecta especialmente al personal de enfermería. La herramienta más utilizada para medirlo es el Maslach Burnout Inventory (MBI) que consta de 22 preguntas agrupadas en 3 categorías (Cansancio emocional, Despersonalización y Falta de realización personal). El objetivo del trabajo es medir y comparar la incidencia del síndrome de desgaste profesional en el personal de enfermería de los servicios de MI y Urgencias de un hospital de nivel 2.

Metodología-Observación Clínica

Se realizó estudio transversal en el personal sanitario de los servicios de MI y Urgencias, mediante la cumplimentación voluntaria de MBI. Se realizó análisis estadístico de los resultados del test mediante t de Student de las distribuciones correspondientes a cada servicio. Se utilizó paquete estadístico SPSS©18.0.

Resultados-Intervenciones

Participaron en el estudio 32 profesionales sanitarios (17 de MI y 15 de Urgencias). El personal de Urgencias obtuvo una puntación media de 41,33 puntos en el apartado de "Cansancio Emocional" frente a 23 puntos obtenidos por el personal de UCI ($p< 0,05$). No se obtuvo diferencias significativas en los apartados de "Despersonalización" y "Falta de realización personal". Tampoco existieron diferencias significativas en relación al sexo.

Conclusiones

1. El personal de Urgencias mostró un "Cansancio emocional" significativamente mayor que el personal de MI, mientras que la ?Despersonalización? y la "Falta de realización personal" reflejaron valores semejantes en ambos colectivos
2. No se observaron diferencias significativas en ninguna de las otras variables analizadas: sexo, edad o antigüedad en el servicio.

Palabras clave

Estrés · Enfermería · Burnout · UCI · MBI

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Pantalla nº 9. **Martes 12 de Junio de 2018 de 11:40 a 12:10 h.**

ID 413

SISTEMA DE CONTROL DE LA INCONTINENCIA FECAL EN UCI

Maria Encabo Nieva; C. Alcuña García; A. Muñoz Moreno; Mºl. Fernández González; V. Carrera Martín; C. Hernández Sánchez
Hospital Nuestra Señora de Sonsoles

Introducción-Objetivos

Los objetivos son desarrollar un protocolo sobre cómo utilizar correctamente los dispositivos de control fecal y los cuidados que hay que llevar a cabo.

Metodología-Observación Clínica

El dispositivo de control fecal consta de varias partes y presenta unas indicaciones y contraindicaciones. Tras valorar la necesidad de colocación del dispositivo se deben llevar a cabo unas intervenciones previas, durante y posteriores a su inserción. Es una vía de administración de medicamentos y recogida de muestras. existen varios criterios para su retirada, así como posibles complicaciones. Todo ello hay que anotarlo en una hoja de registro.

Resultados-Intervenciones

Nos encontramos con escasa información que se centre en nuestro tema de estudio, principalmente sobre el registro de los dispositivos, aumentando la información en el método de utilización y las complicaciones.

Conclusiones

Con una buena valoración y manejo de sistemas de retención fecal conseguimos una mejora de la calidad asistencial, siendo de ayuda la elaboración de protocolos y hojas de registro para el personal de enfermería.

Palabras clave

Diarrea · Incontinencia Fecal · Flexi-Seal · Unidad de cuidados intensivos · Rol de Enfermería

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Pósters

Pantalla nº 1. **Martes 12 de Junio de 2018 de 17:05 a 17:20 h.**

ID 234
¿HACEMOS USO INDISCRIMINADO DE LA CONTENCIÓN MECÁNICA?

ID 233
RESOLUCIÓN POR TERCERA INTENCIÓN, DE HERIDA POR DEHISCENCIA DE SUTURA, EN PACIENTE DE INTENSIVOS, TRAS APLICACIÓN DE TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA CON INSTILACIÓN Y USO DE APÓSITO VERAFLO CLEANSE CHOICE DRESSING

ID 235
MÉTODO PARA DIAGNOSTICAR EL DELIRIUM EN LA UCI (UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS): ESCALA CAM-ICU (CONFUSSION ASSESSMENT METHOD FOR THE INTENSIVE CARE UNIT)

ID 342
PROTOCOLO DE CONTENCIÓN TERAPÉUTICA DEL PACIENTE INGRESADO EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

Pantalla nº 1. **Martes 12 de Junio de 2018 de 17:05 a 17:20 h.**

ID 234

¿HACEMOS USO INDISCRIMINADO DE LA CONTENCIÓN MECÁNICA?

Blanca Sanz Pacheco; MJ. Molero Pardo; MC. Nuñez Toscano; I. Rivas Rodríguez; JM. Fernández Añón; S. García Aragón
Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga

Introducción-Objetivos

En la UCI son frecuentes los episodios de agitación y desorientación que ponen en peligro la seguridad del paciente por caidas, desplazamiento de catéteres, drenajes o tubos respiratorios necesarios para el tratamiento y del que son responsables los profesionales de enfermería. El nivel de conciencia disminuido dificulta que ellos velen por su seguridad, por lo que se recurre a la restricción física. Analizar el grado de conocimiento del protocolo de CM por parte de los profesionales de la unidad de cuidados intensivos del hospital Virgen de la Victoria de Málaga. Describir las alternativas que proponen estos profesionales para solucionar situaciones de peligro para pacientes y sanitarios.

Metodología-Observación Clínica

Estudio descriptivo transversal, dirigido a médicos y enfermeras, de la UCI del HUVV Málaga. La población a estudio son 70 profesionales, participando voluntariamente 50 a los que se les pasa un cuestionario no validado y anónimo durante el mes de enero 2018. Dicho cuestionario consta de 6 preguntas sobre inmovilización, responsabilidad y sedación.

Resultados-Intervenciones

El 22% de los profesionales afirman conocer el protocolo de CM. Son los enfermeros en su mayoría (90%) los que toman la decisión del uso de la CM, decisión que solo el 68% sabe que debe consultar, y no registra. El 84% de médicos y enfermeras creen necesario el uso de sedantes y otros fármacos para controlar los estados de agitación de los pacientes, como medida principal.

Conclusiones

El uso de la CM es una práctica habitual en las UCIs. Las decisiones del uso de la técnica no solo no se comunican al médico responsable sino que además no se registra en la hoja de evolución del paciente. Creemos que existe falta de conocimientos tanto del protocolo, como de las repercusiones éticas y legales de su uso indebido.

Palabras clave

Inmovilización · seguridad · sedación

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Pantalla nº 1. **Martes 12 de Junio de 2018 de 17:05 a 17:20 h.**

ID 233

RESOLUCIÓN POR TERCERA INTENCIÓN, DE HERIDA POR DEHISCENCIA DE SUTURA, EN PACIENTE DE INTENSIVOS, TRAS APLICACIÓN DE TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA CON INSTILACIÓN Y USO DE APÓSITO VERAFLO CLEANSE CHOICE DRESSING

Juan Ángel Hernández Ortiz; A. Navarro; J. Perea; P. Expósito; S. Cruz; L. Díaz
Hospital Universitario Médico Quirúrgico, Jaén

Introducción-Objetivos

Con este caso se pretende resaltar la importancia de aplicar prácticas asistenciales y cuidados integrales e interdisciplinares, para resolver problemas de salud. Asimismo, intentamos recalcar el poder contar con terapias y tecnologías lo más avanzadas posibles, que pueden parecer al principio excesivamente costosas, pero que en realidad, cuando evaluamos el sufrimiento que evitan a los enfermos y el auténtico coste por proceso final, podemos concluir que son las prácticas más adecuadas.

Metodología-Observación Clínica

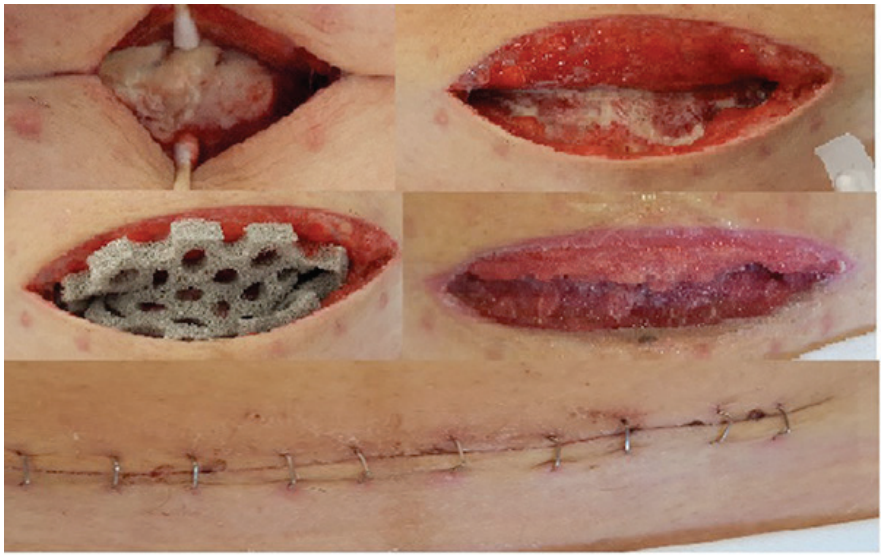
Paciente de 42 años, primípara, con eclampsia, que durante el parto es necesario realizar cesárea de urgencia. Posteriormente sufre dehiscencia de sutura de la herida, con zonas de abundantes esfacelos, que plantea un problema de salud grave. Nos centramos fundamentalmente en los diagnósticos de deterioro de la integridad cutánea y tisular, riesgo de infección, retraso en la recuperación quirúrgica, dolor agudo, ansiedad y deterioro de la movilidad física.

Resultados-Intervenciones

Nuestras intervenciones se basan en Protección contra infecciones (6550), Control de infecciones (6540), Cuidados de la piel: tratamiento tópico (3584), Cuidados del sitio de incisión (3440), Enseñanza: actividad/ ejercicio (5612), Manejo del dolor (1400), Administración de analgésicos (2210), Disminución de la ansiedad (5820), Manejo de la nutrición (1100), todos ellos encauzados al Noc curación de la herida por segunda intención (y/o tercera intención). Nuestra praxis consistió en desbridamiento total de la zona aplicando TPN con apósito veraflo cleanse choice dressing junto a instilación con antimicrobiano tópico, que evito la infección y permitió posteriormente continuar con TPN con apósito veraflo, hasta conseguir un adecuado tejido de granulación, para ulteriormente realizar cierre por tercera intención, en menos de un mes.

Conclusiones

La aplicación del concepto TIME y el uso de tecnologías avanzadas en el abordaje de las heridas, así como la interrelación de profesionales (enfermería experta en heridas y ginecólogo en este caso) permiten resolver situaciones potencialmente graves para nuestros pacientes de manera exitosa y satisfactoria para todos.



Financiación

No conflictos de financiación.

Palabras clave

Herida postquirúrgica · Dehiscencia de sutura · Terapia de Presión Negativa · Cierre por tercera intención

Pantalla nº 1. **Martes 12 de Junio de 2018 de 17:05 a 17:20 h.**

ID 235

MÉTODO PARA DIAGNOSTICAR EL DELIRIUM EN LA UCI (UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS): ESCALA CAM-ICU (CONFUSSION ASSESSMENT METHOD FOR THE INTENSIVE CARE UNIT)

Elsa García Puvia; M. Boix Bosch; F. Perellé Raich; M. Villuendas Álvarez; N. Sabariego Santamaría; M. Vilalta Pérez; E. Salazar Castellanos; E. Piñol Montoy; A. Pomes Aixut
HUAV de LLeida

Introducción-Objetivos

Introducción: El "delirium" es un estado de inicio agudo caracterizado por cambios fluctuantes en el estado mental, inatención y alteración de la consciencia manifestado por hiperactividad, agitación o hipoactividad. Es una complicación muy frecuente en pacientes ingresados en UCI. Son factores de predisposición: edad avanzada, alteraciones cognitivas previas, hipertensión, alcoholismo, fumadores. Pueden ser factores desencadenantes: hipoxia, alteraciones metabólicas, privación de drogas y uso de medicaciones psicoactivas. El delirium implica aumento de los días de ingreso y un manejo ineficaz de la medicación.

Objetivos:
- Saber manejar la escala CAM-ICU para evaluar el delírium.
- Detección precoz del delírium.
- Actuar en caso de delírium.

Metodología-Observación Clínica

Elaboración de un video poster donde se pueda visualizar paso a paso cada ítem de la escala CAM-ICU. Búsqueda bibliográfica sobre el correcto manejo de ésta escala de valoración.

Resultados-Intervenciones

Descripción y visualización de la escala CAM-ICU en nuestra unidad, para poder actuar de forma eficaz ante el posible delirium, disminuyendo el tiempo de la detección, para poder administrar la medicación adecuada en cada caso. Hemos observado algunas dificultades en el momento de su utilización: algunos pacientes han verbalizado sentirse sorprendidos por la obviedad de las respuestas a las preguntas de la escala, no respondiendo así, de forma suficientemente clara como para poder hacer una valoración precisa del resultado obtenido.

Conclusiones

Pese al corto período de tiempo en que llevamos utilizando esta escala, hemos detectado que se ha podido diagnosticar el delírium en las primeras fases de instauración, ya que se ha protocolizado la utilización de la escala CAM-UCI una vez por turno mínimo o ante cualquier cambio de consciencia. Así se ha podido actuar precoz y eficazmente sobre el delírium.

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Pantalla nº 1. **Martes 12 de Junio de 2018 de 17:05 a 17:20 h.**

ID 342

PROTOCOLO DE CONTENCIÓN TERAPÉUTICA DEL PACIENTE INGRESADO EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

Concepción Faura Santos; E. Bernal Pérez; A. González Ponce; P. Rebollo Góme; S. Somolinos Horcajuelo; G. Heras de La Calle; M. Martín Delgado
Hospital Universitario de Torrejón

Introducción-Objetivos

Introducción: El uso de Contenciones Físicas (CF) es aquella intervención terapéutica extrema en la cual se utilizan dispositivos inmovilizadores que limitan la libertad de movimientos del paciente con el fin de garantizar la seguridad del mismo o de los demás. Se trata de una acción con connotaciones ético legales y no exenta de riesgos que debe utilizarse como medida extrema, y plantearse como la última indicación terapéutica una vez agotados todos los abordajes alternativos.

Objetivos: Proporcionar a los profesionales sanitarios y no sanitarios que colaboren en el manejo de los pacientes que precisan Inmovilización terapéutica (IT) conocimientos, herramientas y las pautas necesarias para realizar un manejo efectivo, seguro, ético y respetuoso del paciente crítico con IT.

Metodología-Observación Clínica

Tras realizar una búsqueda en bases de datos (PubMed, Cochrane Library Plus, Web of Knowledge, Medline Plus, Up to Date, Índex de enfermería, Dialnet, Google académico) se normalizan las actuaciones respecto al uso de IT usando registros de su aplicación, seguimiento... que permitan posteriormente su evaluación.

Resultados-Intervenciones

Es llamativo que solo conociendo las implicaciones legales que pueden derivar del uso fraudulento de las CF se reduce su uso y se conciencia a los profesionales de la importancia de formación específica sobre abordajes alternativos y necesidad de contar con un protocolo multidisciplinar que regule su uso, especialmente en pacientes críticos vulnerables por su situación de gravedad y dependencia.

Conclusiones

La Inmovilización con CF es una terapia aplicada en muchas ocasiones por falta de conocimientos, criterios y sin regulación ni protocolos asistenciales unificados. Modular su uso de manera interdisciplinar será beneficioso para los pacientes y para los profesionales garantizando la seguridad y confort del paciente crítico respetando los principios generales de proporcionalidad, mínima restricción, medida temporal, valoración individualizada de la necesidad de su uso y utilización de la IT como último escalón del abordaje terapéutico.

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Pósters

Pantalla nº 2. **Martes 12 de Junio de 2018 de 17:05 a 17:20 h.**

ID 236
"TEST DE FLUJO" PARA ASEGURAR UN FUNCIONAMIENTO ÓPTIMO DEL CATÉTER EN EL SISTEMA DE DEPURACIÓN RENAL EXTRACORPÓREA "PRISMAFLEX". VIDEOPÓSTER

ID 237
NEBULIZACIONES CON VENTILACIÓN MECÁNICA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO ARNAU DE VILANOVA DE LLEIDA. VIDEOPÓSTER

ID 238
PROGRAMA DE EJERCICIOS DE MOVILIZACIÓN PASIVA EN PACIENTES DE UCI EN LA NUEVA UNIDAD DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO ARNAU DE VILANOVA DE LLEIDA (HUAV)

ID 385
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE EL USO DE UN DIARIO PERSONAL EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Pantalla nº 2. **Martes 12 de Junio de 2018 de 17:05 a 17:20 h.**

ID 236

"TEST DE FLUJO" PARA ASEGURAR UN FUNCIONAMIENTO ÓPTIMO DEL CATÉTER EN EL SISTEMA DE DEPURACIÓN RENAL EXTRACORPÓREA "PRISMAFLEX". VIDEOPÓSTER

Mónica Boix Bosch; E. García Puvia; F. Perelló Raich; M.Villuendas Álvarez; N. Piñol Montoy; M. Vilalta Pérez; A. Pomes Aixut; E. Salazar Castellanos; MC. Águila Barranco; E Piñol Montoy
HUAV de LLeida

Introducción-Objetivos

Introducción: El "Test de flujo" garantiza que la vía aporta un flujo adecuado para realitzar la CRRT (Terapia Continua de Reemplazo Renal) con "Prismaflex". Son muchas las ocasiones en que un flujo insuficiente del catéter de hemodiafiltración ocasiona: paradas continuas de la terapia por alarmas de flujo insuficiente y relacionadas con el catéter, coagulaciones del hemofiltro por mal funcionamiento, pérdidas innecesarias de sangre, etc.

Objetivos:

- Elaborar una guía de cuidados de enfermería para la correcta realización del "Test de flujo"
- Obtener un flujo de sangre óptimo del catéter en la terapia con Prismaflex.
- Evitar alarmas innecesarias con paradas intermitentes en el tratamiento.
- Conseguir mayor efectividad en la terapia renal continua.

Metodología-Observación Clínica

Elaboración de un video poster donde se visualiza paso a paso el "Test de flujo" que llevamos a cabo en nuestra unidad con el hemofiltro. Búsqueda bibliográfica y comparación con protocolos de otras unidades de UCI.

Resultados-Intervenciones

Con la elaboración del "Test de flujo" cada vez que utilizamos el hemofiltro, estamos evitando posibles complicaciones y alargando el período de tratamiento con el set de la terapia renal.

Conclusiones

Con la realización de forma estandarizada del "Test de flujo" en el momento de la inserción del catéter y en cada nueva conexión del set, se ha conseguido, minimizar los problemas derivados por un aporte de flujo sanguíneo insuficiente a las líneas del set de hemodiafiltración. También ha aumentado el tiempo de terapia eficaz, se han coagulado menor número de sets y han tenido que recambiarse menor número de catéteres, ya que al encontrase en una posición óptima para su funcionamiento, no se han deteriorado precozmente.

Pantalla nº 2. **Martes 12 de Junio de 2018 de 17:05 a 17:20 h.**

ID 237

NEBULIZACIONES CON VENTILACIÓN MECÁNICA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO ARNAU DE VILANOVA DE LLEIDA. VIDEOPÓSTER

Mónica Boix Bosch; E. García Puvia; N. Sabariego Santamaría; F. Perelló Raich; M. Villuendas Álvarez; N. Piñol Montoy; E. Piñol Montoy; N. Aragones Muniesa; M. Vilalta Pérez
HUAV de LLeida

Introducción-Objetivos

Introducción: La administración de un fármaco por vía inhaladora representa una forma sencilla de dirigir el fármaco directamente a su lugar de acción, las vías aéreas; permite el empleo de dosis menores del fármaco y proporciona una respuesta terapéutica más rápida y, en general, ocasiona menos efectos sistémicos.

Objetivos: Estandarizar el procedimiento de la administración de medicación nebulizada prescrita a pacientes conectados con ventilación mecánica (antibióticos, broncodilatadores, glucocorticoides, mucolíticos,?) para la fluidificación de secreciones, favorecer la absorción y efecto del fármaco.

Metodología-Observación Clínica

Elaboración de un video poster sobre el procedimiento de nebulizaciones en los enfermos de nuestra unidad de cuidados intensivos según el protocolo.

Resultados-Intervenciones

Este procedimiento se ha llevado a cabo en muchos pacientes de nuestra unidad y se ha observado varias ventajas: la coordinación con la respiración del enfermo no es necesaria, la supervisión de la técnica inhaladora que se precisa no es muy alta, el flujo inspiratorio que se requiere es menor, mayor accesibilidad al tracto respiratorio...

Conclusiones

El video elaborado ha sido una guía pedagógica útil para realizar las nebulizaciones en la respiración asistida de nuestros pacientes. Además, se consigue la fluidificación de las secreciones de los enfermos para mejorar la respiración asistida ya que al ser un método que se puede aplicar en el circuito cerrado del respirador, aumenta la eficacia del tratamiento.

Pantalla nº 2. **Martes 12 de Junio de 2018 de 17:05 a 17:20 h.**

ID 238

PROGRAMA DE EJERCICIOS DE MOVILIZACIÓN PASIVA EN PACIENTES DE UCI EN LA NUEVA UNIDAD DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO ARNAU DE VILANOVA DE LLEIDA (HUAV)

Elsa García Puvia; M. Boix Bosch; Ml. Capella Roca; L. Merino Martorell; M. Villuendas Álvarez; MC. Águila Barranco; N. Aragones Muniesa; N. Piñol Montoy; E. Salazar Castellanos
HUAV de LLeida

Introducción-Objetivos

Introducción: La movilización pasiva se ha relacionado con la disminución de la morbilidad y mortalidad, ya que la inactividad en los pacientes de la unidad de cuidados intensivos (UCI) tiene profundos efectos adversos como atrofias musculares, atelectasias, miopatías, polineuropatías, trombosis venosas, úlceras etc... Es importante establecer un programa de ejercicios que ayude y sea beneficioso para los pacientes y pueda ser fácilmente implementado por el personal de nuestra unidad de críticos.

Objetivos:

- Formar a los familiares sobre ejercicios de movilización pasiva.
- Evitar aparición de la polineuropatía y miopatía del enfermo crítico.
- Mantener buen trofismo muscular.
- Disminuir el dolor durante las movilizaciones.
- Prevenir úlceras por presión.
- Disminuir estancia hospitalaria.

Metodología-Observación Clínica

Elaboración de un video sobre el programa de ejercicios pasivos dirigido a los cuidadores/ familiares del enfermo ingresado en nuestra unidad.

Resultados-Intervenciones

Actualmente este programa aún no se ha llevado a cabo en suficientes pacientes como para poder evaluar los resultados obtenidos, pero esperamos poder integrar la figura del cuidador/familiar en el trabajo del equipo sanitario de nuestra unidad, para poder elaborar un buen plan de curas reforzando el apoyo emocional del enfermo y la familia.

Conclusiones

Éste vídeo formativo ha sido una herramienta pedagógica muy útil para reforzar la comunicación entre cuidadores y el equipo sanitario, incrementando el compromiso de la figura del cuidador en el plan terapéutico del paciente. Conseguimos de forma simultánea aumentar el tiempo dedicado a los ejercicios de movilidad pasiva de nuestros enfermos. Por otro lado, también disminuimos la incidencia de la morbilidad y las secuelas residuales de su estancia en UCI.

Pantalla nº 2. **Martes 12 de Junio de 2018 de 17:05 a 17:20 h.**

ID 385

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE EL USO DE UN DIARIO PERSONAL EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Ingrid Argente Bono; M. Garrido
Unidad de Cuidados Intensivos. Traumatología Hospital Vall d´Hebron

Introducción-Objetivos

Analizar la evidencia científica existente en la actualidad sobre la efectividad del uso de un diario personal en la unidad de cuidados intensivos.

Metodología-Observación Clínica

Revisión bibliográfica en las bases de datos Pubmed, Cinahl y Cohrane con los descriptores “Critical care and Diary”. Criterios inclusión: Estudios publicados en español o inglés entre los años 2016-2018 en territorio europeo.

Resultados-Intervenciones

La recuperación emocional que se produce después de una enfermedad crítica puede ser compleja, prolongada y estar caracterizada por estados de confusión y pérdidas de memoria. Tanto los pacientes como familiares, con frecuencia experimentan angustia psicológica, la cual incluye ansiedad, depresión y estrés postraumático. Al analizar los datos obtenidos se han identificado:

- El diario del paciente resulta una intervención eficaz en su recuperación después de una estancia en la UCI, pero necesita más investigación. (Nikayin, 2016).
- Se recomienda la participación conjunta de profesionales y familiares para un abordaje técnico y emocional (Ednel, 2017).
- El trato personal al paciente en las notas por parte del equipo de enfermería conlleva un mayor sentimiento de valoración en el paciente como persona (Ednel, 2017).
- Las fotografías son unas de los recursos que generan un mayor impacto y agradecimiento en el paciente para entender y visualizar aquello que no recuerda (Strandberg, 2017).
- La continuidad en el diario es uno de los principales puntos de mejora, así como una formación específica al personal de la unidad sobre cómo deben escribir en el diario (Teece and Baker, 2017).

Conclusiones

El diario personal del paciente tiene el potencial de ser una herramienta terapéutica que mejore de manera sustancial la recuperación de estos pacientes. No obstante, pese a los indicios, existe todavía una falta de evidencia científica en cómo debe realizarse la intervención.

Financiación

No hay,

Palabras clave

Diario · Cuidados Intensivos · Rehabilitación · Estrés postraumático

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Pósters

Pantalla nº 3. **Martes 12 de Junio de 2018 de 17:05 a 17:20 h.**

ID 242
AUDITORÍAS ALEATORIAS EN TIEMPO REAL COMO HERRRAMIENTA DE SEGURIDAD EN LOS CUIDADOS ENFERMEROS

ID 244
EFECTO SOBRE LA GLUCEMIA DEL MÉTODO DE ADMINISTRACIÓN DE NUTRICIÓN ENTERAL BASADO EN VOLUMEN

ID 245
HIPOTERMIA INVASIVA VS NO INVASIVA

ID 247
LA HORA DE LA MUERTE EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Pantalla nº 3. **Martes 12 de Junio de 2018 de 17:05 a 17:20 h.**

ID 242

AUDITORÍAS ALEATORIAS EN TIEMPO REAL COMO HERRRAMIENTA DE SEGURIDAD EN LOS CUIDADOS ENFERMEROS

Ana Belén Calero Pizarro[1]; JMª. Blanco Rodríguez[2]; A. García-Gallardo Mosquera[1]; M. Sánchez Pozo[1]; C. López López[1]
1. Hospital Universitario 12 de Octubre; 2. Facultad de Enfermería. Fisioterápia y Podología. Universidad Complutense de Madrid

Introducción-Objetivos

Determinar la utilidad de las auditorías aleatorias para detectar y corregir errores por omisión en los cuidados de enfermería.

Metodología-Observación Clínica

Estudio piloto observacional prospectivo realizado en la UCI de un hospital de nivel III. Criterios de inclusión: paciente politraumatizado, edad > 18 años y estancia > 24 horas. Se excluyeron pacientes diagnosticados de muerte cerebral o con limitación del soporte vital. Las auditorías consistían en evaluar 12 cuidados agrupados en 4 bloques: sedoanalgesia, nutricional-metabólico, Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica (NAVM) y Bacteriemia Relacionada con Catéter (BRC), correspondiendo 3 cuidados a cada bloque. Las auditorías se realizaron aleatorizando el día, turno y el 50% de los cuidados y pacientes. El equipo investigador observaba la correcta realización de los cuidados junto a la enfermera responsable del paciente. Se recogieron variables demográficas y variables de cada bloque a auditar. Se realizó análisis descriptivo y comparación de variables mediante distribuciones de frecuencia y tablas de contingencia.

Resultados-Intervenciones

Se auditaron 28 pacientes, con una edad de 43.18 (19.02) años, siendo 26 (92.9%) hombres. Bloque sedoanalgesia: se registraron 30 (56.6%) auditorias, el cuidado realizado con menor frecuencia fue la valoración de la sedación 4 (44%), la auditoría corrigió entre un 70-80% de los errores. Bloque nutricional-metabólico: se realizaron 55 (88.7%) auditorias, corrigiendo tras la auditoría el 100% de los errores. Bloque NAVM: se registraron 38 (79.1%) auditorias, el cuidado del neumotaponamiento fue el menos realizado 6 (60%), rectificando el 100% tras la auditoría. Bloque BRC: se realizaron 66 (84.6%) auditorias, el registro de la fecha de conexión de los equipos de infusión fue el cuidado menos cumplimentado 14 (58.3%), la auditoría corrigió un 90-100% de los errores.

Conclusiones

Las auditorias aleatorias en tiempo real permiten analizar la práctica enfermera habitual y son útiles para la detección y corrección de errores por omisión.

Palabras clave

Cuidados críticos · Auditorías aleatorias en tiempo real · Seguridad del paciente · Efectos adversos

Pantalla nº 3. **Martes 12 de Junio de 2018 de 17:05 a 17:20 h.**

ID 244

EFECTO SOBRE LA GLUCEMIA DEL MÉTODO DE ADMINISTRACIÓN DE NUTRICIÓN ENTERAL BASADO EN VOLUMEN

Laura Díaz Castellano; V. Arjona Díaz; AM. Cruz Ramos; M. Morales Cifuentes; M. Plaza Bono; T. Grau Carmona
Hospital Universitario Doce de Octubre

Introducción-Objetivos

El método de administración de nutrición enteral basado en volumen (VBNE) pretende mejorar de forma proactiva el volumen diario de dieta administrado al paciente crítico, mejorando así el aporte calórico y proteico tan importante en estos pacientes. Conlleva administrar bolos adicionales de dieta que pueden producir elevaciones significativas de la glucemia y un aumento de las necesidades de insulina.

Metodología-Observación Clínica

Comparamos 132 días en 24 pacientes alimentados según protocolo habitual de nuestra unidad (un descanso/día sin reinfusión del volumen de residuo gástrico (VRG), y 54 días de 15 pacientes según VBNE: Calculamos la prescripción calórica diaria y obtenemos el volumen de fórmula para 20 horas (A). Cada 6 horas determinamos el VRG, reinfundiendo hasta 300 mililitros en bolo de dieta fresca. El exceso de 300 se calcula (B). Determinamos el volumen recibido por el paciente en el período previo (C), y calculamos el volumen a administrar el resto del día (E) = (A-C)+B. Analizamos los valores de glucemia máximos y mínimos diarios, así como la cantidad de insulina administrada diariamente. Datos cuantitativos presentados como mediana y desviación estándar, y cualitativos en valores absolutos y porcentajes. Realizamos un análisis múltiple de la varianza para las variables cuantitativas y de Chi-cuadrado para las cualitativas.

Resultados-Intervenciones

Sin diferencias significativas en los datos demográficos ni en mortalidad. 76% enfermos médicos (APACHE II 21, SOFA9). Niveles de glucemia máxima en pacientes con VBNE: 234 miligramos/decilitro (166, 267), con glucemia mínima de 121 (108,146), frente a 162 miligramos/decilitro (134,196) y 113 (98,129) del grupo control. En ambos casos ($p<0,01$). Necesidades de insulina también más elevadas: 61 unidades/día (0,162) versus 0 (0,39) del grupo control ($p<0,01$).

Conclusiones

El método de administración de nutrición enteral basado en volumen aumenta el aporte calórico y proteico en los pacientes críticos, aumentando los niveles de glucemia y por tanto las necesidades de insulina diarias.

Financiación

Sin financiación.

Palabras clave

Glucemia · Insulina · VBNE · Nutrición

Pantalla nº 3. **Martes 12 de Junio de 2018 de 17:05 a 17:20 h.**

ID 245

HIPOTERMIA INVASIVA VS NO INVASIVA

Jessica Castaño Camuñez; C. Sanz Mellado; J. Pérez Sánchez; I. Romera Peregrina; M. González Romero; MA. Rios Rodríguez
Hospital Universitari de Bellvitge

Introducción-Objetivos

La Hipotermia terapéutica (HT) consiste en aplicar temperaturas de entre 32-34º C para aumentar la supervivencia y minimizar el daño neurológico. Actualmente existen dos tipos de terapias para la inducción y mantenimiento de HT efectivas: invasiva a través de la infusión de suero frío por un catéter y no invasiva a partir de almohadillas adhesivas.

- Identificar la efectividad de la terapia de HT.
- Describir los principales cuidados enfermeros en la aplicación de la HT.

Metodología-Observación Clínica

Revisión bibliográfica realizada en las bases de datos Medline, Cinhal, Enfispo y Cochrane usando las palabras clave hypothermia, invasive, critical care, nurse, hipotermia, uci y enfermería. Se aplican los criterios de inclusión seleccionando 12 artículos publicados entre los años 2013-2018, escritos en inglés o español, excluyendo los estudios realizados en pediatría y priorizando aquellos trabajos con participación enfermera.

Resultados-Intervenciones

De los 12 artículos seleccionados, 8 evaluaron la efectividad de las terapias de HT. Tanto la HT invasiva como la no invasiva alcanzaron la temperatura objetivo en el mismo tiempo. La diferencia se encontró en el mantenimiento de la temperatura, siendo la intravascular más efectiva. En cuanto a los cuidados enfermeros en la HT, hubo 5 artículos que afirmaron que los pacientes que reciben HT necesitan cuidados y soporte cardíaco avanzado, por lo que se precisa de ingreso en UCI y equipo enfermero formado. La HT puede conllevar riesgos como las arritmias, problemas dermatológicos, alteraciones hidroelectrolíticas y otros. A pesar de eso, la implementación de la HT no supone un aumento de la carga de trabajo enfermero.

Conclusiones

La HT ha demostrado ser efectiva post-PCR, siendo la HT invasiva la más efectiva en cuanto al mantenimiento de la temperatura objetivo. Su uso no se asocia a mayor carga de trabajo enfermero, aunque el paciente requiere de enfermeras de críticos formadas para implementar el tratamiento con seguridad.

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Pósters

Pantalla nº 3. **Martes 12 de Junio de 2018 de 17:05 a 17:20 h.**

ID 247

LA HORA DE LA MUERTE EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Juan Rosselló Sancho; E. Cusí; A. Roel; M. Moreno; J. Modrego; L. Merino; C. Díez; E. Galve; C. Serrano; AM. Moral
Hospita Clínic de Barcelona

Introducción-Objetivos

El fallecimiento de un paciente en una unidad de cuidados intensivos (UCI) provoca no sólo unos cuidados de enfermería específicos al paciente y a su familia, sino que también aumenta el nivel de estrés y cansancio emocional en el profesional asistencial. Este estudio pretende conocer el turno de enfermería en el que fallecen más pacientes y si hay diferencias entre pacientes con o sin orden de Limitación de Esfuerzo Terapéutico (LET).

Metodología-Observación Clínica

Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes fallecidos en la Unidad de Vigilancia Intensiva Respiratoria (UVIR) del Hospital Clínic de Barcelona desde el 1 de enero de 2013 hasta el 31 de diciembre de 2017. Las variables recogidas a partir de la revisión de historias clínicas son: demográficas, días de estancia, hora y turno del éxitus (mañana de 8h a 15h; tarde de 15h a 22h y noche de 22h a 8h), paciente con o sin LET.

Resultados-Intervenciones

Se incluyen 209 pacientes (128 hombres y 81 mujeres) con una edad media de 66,86 + 14,94 años y una estancia media de 17,89+23,52 días. Por turnos, 65 (31,1%) fallecieron en el turno de mañana, 84 (40,2%) de tarde y 60 (28,7%) de noche. Por horas destaca: de 16h a 17h con 22 éxitus y de 17h a 18h con 18. De 10h a 19h hay 117 éxitus (56%). Si se separan en pacientes con orden de LET (40% del total) el mayor número de éxitus se observa en el turno de tarde con 48 (57%), con un pico de 31 pacientes de 16h a 19h.

Conclusiones

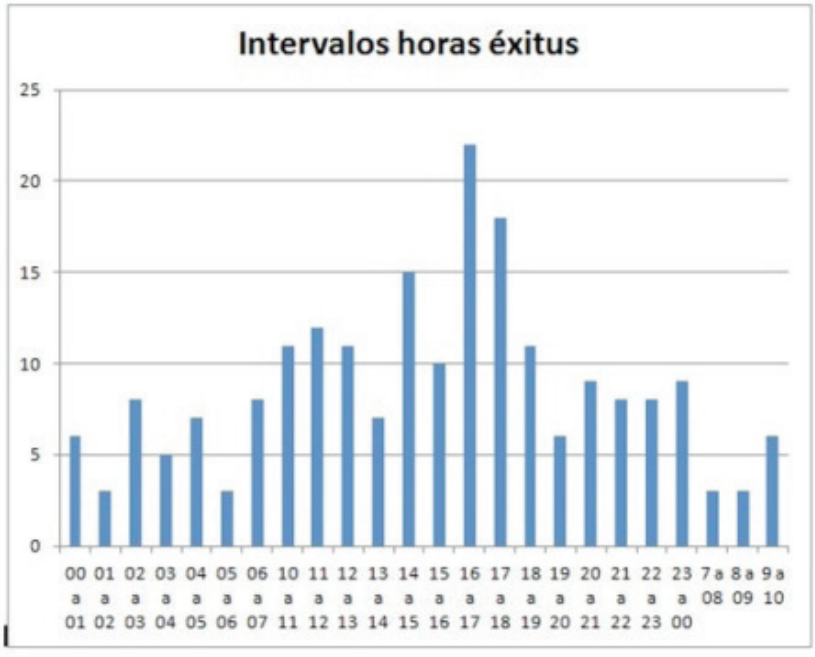
Más de la mitad del total se registran entre las 10h y las 19h. El turno de tarde es el que concentra mayor número de éxitus, tengan LET o no.

Financiación

Sin financiación.

Palabras clave

Muerte · Cuidados Intensivos · Enfermería



XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Pósters

Pantalla nº 4. **Martes 12 de Junio de 2018 de 17:05 a 17:20 h.**

ID 248
ASUMIENDO RETOS PARA HUMANIZAR LA UCI

ID 249
UNA ECMO EN LA UCI: A PROPÓSITO DE UNA FAMILIA

ID 252
NUTRICIÓN, EMPUJE PARA LA MEJORÍA DEL PACIENTE CRÍTICO

ID 253
SEDACIÓN PROFUNDA-EFECTOS EN LOS PACIENTES OCTOGENARIOS DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

Pantalla nº 4. **Martes 12 de Junio de 2018 de 17:05 a 17:20 h.**

ID 248

ASUMIENDO RETOS PARA HUMANIZAR LA UCI

Maider Etxeandia Juaristi; T. Esteban Galbete; A. Arana Azula
UCI Hospital de Galdakao (Osakidetza)

Introducción-Objetivos

Una UCI donde se tenga en cuenta al paciente, la familia y los profesionales, debe subsanar las áreas susceptibles de mejora para poder hablar de "La UCI humanizada". Introducir acciones que den respuesta y solución, a las necesidades de los pacientes, familiares y profesionales en los ámbitos insuficientes detectados, implementando cambios en nuestra labor asistencial.

Metodología-Observación Clínica

Realizamos una serie de intervenciones, en áreas previamente verificadas durante el año 2016 y en base a varios estudios (descriptivo acción participativa, observacional, y revisión bibliográfica) en la UCI de 10-14 boxes polivalentes y 58 profesionales de la OSI Barrualde-Galdakao.

Resultados-Intervenciones

Durante los años 2017 y 2018 hemos podido incorporar medidas de mejora:

- Protocolo de paseo en pacientes de larga estancia, que favorezca su relación y percepción del entorno.
- Protocolo de dispositivos móviles para uso del paciente, que fomenten la comunicación con sus familias y con el exterior, y que además sirven de entretenimiento, paliando el sentimiento de soledad.
- Ampliación del régimen de visitas, ajustándose a las necesidades del paciente y la familia, teniendo en cuenta la situación y las circunstancias personales de ambos colectivos.
- Medidas que evitan las sujeciones mecánicas innecesarias, respetando la dignidad de las personas. Tratando de prevenir la desorientación y la pérdida de la realidad (o la conexión con el entorno).
- Medidas que favorecen el descanso nocturno, para preservar en la mayor proporción los ritmos circadianos (disminución del ruido y la luminosidad del entorno; adaptación del perfil del monitor, ajustando el volumen de las alarmas e inactivando las innecesarias)
- Proyecto para la formación del personal de enfermería en habilidades de comunicación y manejo de procesos delicados.

Conclusiones

Para seguir avanzando en humanización dotamos de valor las necesidades detectadas, realizando intervenciones que centren la asistencia en las personas: paciente, familia y profesional.

Financiación

Ninguna

Palabras clave

Humanizar · Unidad de cuidados intensivos · Humanizar los cuidados críticos

Pantalla nº 4. **Martes 12 de Junio de 2018 de 17:05 a 17:20 h.**

ID 249

UNA ECMO EN LA UCI: A PROPÓSITO DE UNA FAMILIA

Cristina Sanz Mellado; J. Castaño Camúñez; M. González Romero; J. Pérez Sánchez; I. Romera Peregrina
Hospital Universitari de Bellvitge

Introducción-Objetivos

Un problema frecuente en los familiares de los pacientes ingresados en unidades de cuidados intensivos (UCI) es la ansiedad, la depresión y/o trastorno de estrés postraumático a largo plazo. Conocer la experiencia de los familiares durante el ingreso de un paciente portador de ECMO en la UCI de un hospital de tercer nivel.

Metodología-Observación Clínica

Investigación cualitativa estudio de un caso. Se selecciona una familia de un paciente de 42 años que es derivado de otro hospital por insuficiencia respiratoria aguda (IRA) hipoxémica con síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA) secundario a inhalación de humo. El núcleo familiar del paciente se compone de tres miembros: padre, madre y hermano. Tras firmar el consentimiento informado, se les realizó una entrevista compuesta de 23 preguntas abiertas organizadas en 2 grandes temáticas: Gestión emocional/evolución del paciente y gestión de la información/relación con los profesionales.

Resultados-Intervenciones

Del primer grupo, a partir del análisis de contenido, se identifican las siguientes palabras: dudas, angustia, familia incondicional, situación crítica/delicada y riesgos. Se destacaron las citas siguientes:

Ya casi nos estábamos habituando, porque en ese tiempo fueron muchos días que todo se hacía al límite...

Yo me conciencié que no me podía dejar. Que no podía dejar de comer ni de dormir (...) no sé de donde he sacado las fuerzas...

Respecto a gestión de la información/relación con los profesionales se destaca: gratitud, liberación, trato humano, solución, dudas y alabanzas al equipo.

Entendiendo todo perfectamente. Tanto el consentimiento, convencidos de que podía ser la solución...

Nos habéis enseñado vosotros. Aprendizaje conjunto...

Conclusiones

A pesar de la angustia, miedos y dudas que la familia refirió, destacamos que gracias al “trato, no profesional sino humano, fue admirable por parte de todos”. Se sienten muy agradecidos y destacan que ?la máquina sin la formación del personal, no valdría nada.Estas situaciones generan una carga emocional para la familia que enfermería debe abordar.

Pantalla nº 4. **Martes 12 de Junio de 2018 de 17:05 a 17:20 h.**

ID 252

NUTRICIÓN, EMPUJE PARA LA MEJORÍA DEL PACIENTE CRÍTICO

Javier Sáez Sánchez[1]; S. Navarro Bautista[1]; M. Baeza Mirete[1]; E. Muñoz Borrachero[1]; R. Martínez Hurtado[1]; F. Expósito Barroso[1]; RB. Fernández Ariza[2]; H. Serna Martín[3]; N. Molina Sánchez[4]; A. Inocencio Sánchez[5]
1. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Aririxaca; 2. Hospital Genral Universitario Santa Lucía; 3. Centro de día Casaverde; 4. Hospital General Universitario Los Arcos del Mar Menor; 5. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

Introducción-Objetivos

Hoy día existen abundantes estudios que hablan sobre el aporte nutricional específico en el paciente crítico, pues un correcto aporte nutricional de los alimentos es necesario para cualquier enfermo pero decisivo para el paciente crítico, pues una carencia de energía en dichos pacientes puede ir acompañada de una sucesiva degradación de la masa celular corporal, provocando atrofia muscular y acarreando por ello, una mayor dependencia del soporte ventilatorio, alteraciones en el sistema inmunológico y un incremento de la morbimortalidad.

Nuestro objetivo es evidenciar que existe un aporte nutricional adecuado para el paciente crítico de la unidad de cuidados intensivos, al mismo tiempo que describir los aspectos esenciales y actuales de la nutrición artificial en el paciente crítico.

Metodología-Observación Clínica

Se realiza una revisión bibliográfica de estudios clínicos aleatorizados prospectivos sobre la nutrición artificial requerida en los pacientes críticos a cargo de las unidades de cuidados críticos, mediante las bases de datos de la Sciencitific Electronic Library Online (SciELO), PubMed, Cochrane Library, Medline, Elsevie.

Los criterios de inclusión fueron estudios publicados en español y en inglés desde el 2007 al 2017, de ensayos clínicos prospectivos con las palabras claves “nutrición enteral, nutritional support, enteral nutrition, critical care, malnutrition”. Los criterios de exclusión fueron estudios pediátricos y estudios animales.

Resultados-Intervenciones

Existen varias razones por que los pacientes críticos presentan alteraciones en el metabolismo de los nutrientes, y por ello no reciben la cantidad de nutrición adecuada, llevando a una desnutrición de comienzo rápido.

Conclusiones

La desnutrición en los paciente ingresados en unidad de cuidados críticos (UCI) puede progresar muy rápidamente, provocando una requerimiento de proteínas y energía enorme, es por ello que el personal que se ocupa de estos pacientes tenga el cometido de saber de estas necesidades metabólicas y los métodos para adecuar un soporte nutricional adecuado.

Palabras clave

Nutrición · Desnutrición · UCI · Artificial

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Pantalla nº 4. **Martes 12 de Junio de 2018 de 17:05 a 17:20 h.**

ID 253

SEDACIÓN PROFUNDA-EFECTOS EN LOS PACIENTES OCTOGENARIOS DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

María Dolores Castillo Lag[1]; C. Carrilero López[1]; MJ. Piqueras Díaz[1]; I. López Sánchez[1]; A. Prado Mira[1]; F. Romero Navarro[1]; V. Rojano Ibáñez[1]; MD. Saiz Vinuesa[1]; B. Bonaga Serrano[2]; E. Ruiz-Escribano Taravilla[1]
1. Complejo Hospitalario Universitario Albacete; 2. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza

Introducción-Objetivos

Los pacientes críticos frecuentemente precisan sedación profunda, existiendo un mayor impacto en los pacientes > 80 años, incrementando la morbimortalidad.

Objetivos: Analizar los efectos de la sedación profunda en octogenarios y factores relacionados.

Metodología-Observación Clínica

Observacional longitudinal prospectivo en enfermos mayores de 80 años que ingresaron en UCI de un hospital terciario en 2017. Excluidos donantes de órganos. Variables: demográficas, clínicas, comorbilidades y de manejo terapéutico, estancia y mortalidad en UCI. Grado de sedación profunda: Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS) (puntuación -4/-5). Gravedad: Acute Physiology And Chronic Health Evaluation II (APACHEII). Paquete estadístico SPSSv17.

Resultados-Intervenciones

Evaluamos 60 pacientes, 36 varones (60%), edad mediana 82 (81-84), APACHE medio 19.9 (DE 6.01, IC95% (18.2-21.6)), ventilación mecánica invasiva (VMI) 29 casos (48.3%) y sedación profunda al ingreso en 23 pacientes (38.3%). Tuvieron dolor moderado 17 pacientes (28.3%) con estancia mediana de 3 días (1-5). Los pacientes con sedación profunda tuvieron mayor APACHE respecto a los que no la tuvieron (21.6 DE6.01, IC95% (18.7-21.4) vs 17.8 DE5.7, IC95% (15.6-20); p0.05) , requirieron más drogas vasoactivas (15 (62.5%) vs 6 (21.4%); p<0.01) y VMI (22 (95.7%) vs 5 (15.6%);p<0.01). Mediana de días de intubación de 2.5 (1-5) y de sedación profunda 1.5 (1-2). Precisaron más opiáceos (18 (82%) vs 10 (37%); p<0.01) y tienden a tener mayor dolor (9 (56.3%) vs 7 (43.8%); p0.19). Requirieron más propofol por delirium hiperactivo tras extubación (7 (77.8%) vs 13 (33.3%); p0.02), mayor estancia en UCI (5 (3-8) vs 2 (1-4); p0.001) y mayor mortalidad (13 (57%) vs 6 (19.4%); p0.005).

Conclusiones

Los octogenarios con sedación profunda son los más graves, requirieron más aminas, VMI y más opiáceos, estancias más prolongadas y mayor mortalidad, aunque la duración de dicha sedación no se ha considerado como prolongada. La sedación profunda además se asocia al desarrollo de delirium, siendo necesario valorar diariamente.

Palabras clave

pacientes críticos · sedación

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Pósters

Pantalla nº 5. **Martes 12 de Junio de 2018 de 17:05 a 17:20 h.**

ID 254
¿INFLUYE LA NECESIDAD DE VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA (VMI) EN LA APARICIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN (UPP) EN PACIENTES CRÍTICOS?

ID 256
PROTOCOLO DE ENFERMERÍA DEL LAVADO BRONCOALVEOLAR TOTAL (LBAT) EN PROTEINOSIS ALVEOLAR PULMONAR (PAP)

ID 255
UCI INFORMATIZADA, UCI SIN PAPELES, ¿UCI MAS SEGURA?

ID 257
COMUNICACIÓN DURANTE LA TRANSFERENCIA DEL PACIENTE CRÍTICO EN UCI

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Pantalla nº 5. **Martes 12 de Junio de 2018 de 17:05 a 17:20 h.**

ID 254

¿INFLUYE LA NECESIDAD DE VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA (VMI) EN LA APARICIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN (UPP) EN PACIENTES CRÍTICOS?

Paloma Prudencio García; J. Escobar Lavela; MªP. González Pascual; O. Ben Afia Noya; G. González Pascual
Hospital Universitario del Sureste

Introducción-Objetivos

Es muy frecuente que los pacientes críticos requieran terapia ventilatoria asistida y en muchas ocasiones Ventilación Mecánica Invasiva, por lo que son pacientes que precisan fármacos para adaptarles a dicha terapia y por consiguiente, se limita su posibilidad de automovilización. Esto nos llevo a plantearnos en nuestra Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario del Sureste en Arganda del Rey (Madrid), que debía existir un grado de influencia entre la necesidad de VMI y la aparición de UPP. El Objetivo de este estudio es determinar el grado de influencia de desarrollar una UPP en pacientes que precisan VMI.

Metodología-Observación Clínica

Se realiza estudio descriptivo de los pacientes ingresados en la UCI y son sometidos a VMI, durante el 2016 y 2017 y que desarrollan UPP, independientemente de otros factores que puedan ser condicionantes a desarrollarlas.

Resultados-Intervenciones

En el año 2016, de 22 pacientes que desarrollaron UPP, 17 necesitaron apoyo ventilatorio invasivo mientras que 5 no. Por tanto precisan VMI (77,27% Sí, 31,82% No). En el año 2017, de 31 pacientes que presentaron UPP, 24 necesitaron VMI y 7 no. Por tanto 77,42% Sí, 22,58% No

Conclusiones

Dicho estudio ha permitido conocer que gran número de pacientes que presentaron UPP, necesitaron VMI durante su ingreso en la Unidad.

Palabras clave

ventilación · invasiva · úlceras · influencia

Pantalla nº 5. **Martes 12 de Junio de 2018 de 17:05 a 17:20 h.**

ID 256

PROTOCOLO DE ENFERMERÍA DEL LAVADO BRONCOALVEOLAR TOTAL (LBAT) EN PROTEINOSIS ALVEOLAR PULMONAR (PAP)

Noris Rodríguez
Hospital Ramon y Cajal

Introducción-Objetivos

Dar a conocer al personal de enfermería los cuidados que deben administrarse en la realización LBAT ya que es en nuestro hospital el único que realiza esta técnica en España en posición supino y prono.

Metodología-Observación Clínica

Esta técnica de gran complejidad consiste en la administración en uno de los pulmones de 1000 ml. de suero salino a un flujo elevado en el menor tiempo posible; a una temperatura similar a la corporal con el fin de que por arrastre se elimine el material lipídico que se acumula en los alveolos, repitiéndose las veces necesarias para conseguir un aclaramiento del liquido obtenido tras la infusión del suero del pulmón por gravedad. Este procedimiento implica la ventilación a través de un tubo de doble luz de uno solo de los pulmones mientras se procede al lavado del otro primero en posición supina y posteriormente en prono mediante el uso de una cama circoelectrica.

Resultados-Intervenciones

Relativas a la preparación del material y personal necesario Relativas a la preparación del material y Cama circoeléctrica Relativas a la seguridad del paciente Relativas a la intubación y colocación de vías y sondas Relativas a los cuidados posteriores tras la realización del procedimiento.

Conclusiones

Esta técnica de gran complejidad conlleva un papel determinante por parte del personal de enfermería que lo lleva a cabo, este personal está altamente cualificado en cuidados intensivos y no debe dejarse nada a la improvisación es por ello que se ha elaborado este protocolo de enfermería que asegura unos cuidados seguros y de alta calidad.

Pantalla nº 5. **Martes 12 de Junio de 2018 de 17:05 a 17:20 h.**

ID 255

UCI INFORMATIZADA, UCI SIN PAPELES, ¿UCI MÁS SEGURA?

Verónica Segura Candalija; M. Solà Ferre; N. Tomàs Ordiñana
Altahia Xarxa Assitencial Manresa

Introducción-Objetivos

La transcripción de los datos en las historias clínicas puede comportar errores humanos graves, por lo que evitarlos y conseguir disminuirlos debería de ser uno de los principales objetivos de la sanidad. Nuestro objetivo es que reducir o eliminar los posibles errores de transcripción i así aumentar la seguridad de los pacientes. Homogeneizar los registros con el resto de la institución hace que se puedan consultar desde cualquier lugar del mismo y poderlos recuperar para ser evaluados.

Metodología-Observación Clínica

En junio de 2010 se escoge el programa Gacela Care del que obtenemos los registros enfermeros y de la ETM, Estación de Trabajo Médico los registros clínicos y pruebas diagnósticas. Después de 6 reuniones conseguimos un soporte logístico durante las 24 horas los 7 días de la semana, se amplió la red Wifi, se instalaron pantallas táctiles que sirven para la monitorización. En 2014 se instauro el Cardex táctil para las prescripciones, se detectaron un 19?4% de errores de prescripción y se instaló el balance via on-line. En 2014, Better Care consigue volcar los datos de los monitores y los respiradores al sistema ETM, integrándolo en la historia. En 2016 la ETF, Estación de Trabajo Farmacéutico proporciona la correcta prescripción.

Resultados-Intervenciones

Disminución los errores de prescripción a un 1\'3% Consulta a pie de cama de los datos clínicos Reduce en uso de papel i los posibles errores de trascripción. Asegura el seguimiento de los planes de curas en las plantas. Facilita el sistema de evaluación mediante indicadores. Permite cuantificar las intervenciones enfermeras.

Conclusiones

Para finalizar el proceso faltaría poder integrar las pruebas de laboratorio y algunas variables como la diuresis, glicemias? Los profesionales de la UCI tenemos la capacidad de adaptación a las nuevas situaciones y tecnologías. Es un proceso largo que requiere soporte de otros servicios.

Palabras clave

seguridad del paciente · informatización

Pantalla nº 5. **Martes 12 de Junio de 2018 de 17:05 a 17:20 h.**

ID 257

COMUNICACIÓN DURANTE LA TRANSFERENCIA DEL PACIENTE CRÍTICO EN UCI

Laura Rodríguez Corominas; JM. Gómez Mercader; E. Díaz González; P. Miguel Puigbarraca
Hospital Universitario Vall d'Hebron

Introducción-Objetivos

La comunicación en el momento del traspaso está relacionada con el proceso de pasar la información específica de un paciente de un equipo de atención a otro a efectos de asegurar la continuidad y la seguridad de la atención del paciente. En ese momento, la información transferida, podría no incluir todos los datos esenciales, o podría darse una interpretación incorrecta. Estas brechas en la comunicación pueden provocar graves interrupciones en la continuidad de la atención, un tratamiento inadecuado y un daño potencial para el paciente. Los errores en la comunicación, estarían dentro de lo que se conoce como efectos adversos. (EA), un accidente imprevisto e inesperado que causa algún daño o complicación y que afecta directamente a la asistencia sanitaria que recibe. La etiología e multicausal. Según el estudio APEAS, sobre los efectos adversos podríamos atribuir un 26% a errores relacionados con la comunicación. Actualmente no existe una práctica ideal para mejorar la comunicación al momento del traspaso, pero se han implementado varias estrategias, como por ejemplo el método SBAR y el método IDEAS.

Objetivo: La utilización de un check list para la transmisión del paciente mejora la asistencia inicial.

Metodología-Observación Clínica

Revisión bibliográfica sobre la transferencia de pacientes segura en el ámbito hospitalario.

Resultados-Intervenciones

- Comunicación precisa y no ambigua
- Cara a cara entre las personas
- Utilizar un enfoque estandarizado para minimizar la confusión.
- Asignar el tiempo suficiente para que el personal formule y responda preguntas.
- Incorporar los pasos de repetición y relectura como parte del proceso de traspaso.
- Limitar el intercambio a la información que sea necesaria para prestar una atención segura al paciente.

Conclusiones

Los métodos de traspaso de información clínica de pacientes es una alternativa simple, fácil y organizada de transmisión entre profesionales ya que siguen una estructura y lógica sobre los principales datos del paciente, que el equipo receptor debe de conocer.

Palabras clave

Transferencia de pacientes · Transmisión información · Efectos adversos · Traspaso de pacientes

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Pósters

Pantalla nº 6. **Martes 12 de Junio de 2018 de 17:05 a 17:20 h.**

ID 258
¿AUMENTA EL INGRESO EN UCI EL GRADO DE DEPENDENCIA EN MAYORES DE 80 AÑOS?

ID 259
ADAPTACIÓN DE FLUIDOS SEGÚN EL MÉTODO DE EXPLORACIÓN CLÍNICA VOLUMENVISCOSIDAD

ID 260
ADMINISTRACIÓN ASÉPTICA DE NUTRICIÓN PARENTERAL POR CATÉTER DE VÍA CENTRAL

ID 261
CONTROL DE LA GLUCEMIA EN UCI: GLUCÓMETRO VS GASÓMETRO

Pantalla nº 6. **Martes 12 de Junio de 2018 de 17:05 a 17:20 h.**

ID 258

¿AUMENTA EL INGRESO EN UCI EL GRADO DE DEPENDENCIA EN MAYORES DE 80 AÑOS?

Maria del Mar Fuster Gómez; A. Cuenca Sánchez; F. Giménez García; E. Gómez
UCI Hospital General de Requena, Valencia

Introducción-Objetivos

Analizar el grado de dependencia en personas mayores de 80 años que ingresan en UCI, en el momento del ingreso, a los 3 y 6 meses. Examinar el informe de ingreso en UCI y la historia clínica para ver si existe evaluación del grado de dependencia y si ésta se correlaciona con las escalas validadas.

Metodología-Observación Clínica

Estudio descriptivo de 35 pacientes mayores de 80 años que ingresaron en UCI de Julio a Octubre de 2017 , de un total de 137 ingresos (25 %). Se evaluó el grado de dependencia al ingreso en UCI referido en la historia y con las escalas validadas de Barthel , Pfeiffer y Lawton y Brody, y se hizo seguimiento telefónico a los 3 y 6 meses. habiéndose firmado previamente consentimiento informado. Datos procesados con paquete estadístico SPSS.

Resultados-Intervenciones

La edad media fue de 85 ±3 años y el 37% eran varones. El 34 % ingresaron por patología cardíaca, el 8% quirúrgica y el resto médica. Exitus 3 meses 34%. Al ingreso, la puntuación de la escalas de dependencia era: Barthel era de 76±29; Lawton y Brody 4±3;Pfeiffer 4±4. A los 3 meses(n25) : Barthel 69±32; Lawton y Brody 3,5±3; Pfeiffer 2,7±3. A los 6 meses (n 15): Barthel 66±31; Lawton y Brody 2,8±3; Pfeiffer 3±3. $p < 0.05$ en comparativa ingreso-3 meses para Barthel y Lawton y Brody. El 91% de las historia clínicas no reflejaban escalas sobre dependencia. En las que sí lo hacían, la similitud con los resultados de las escalas era sólo del 34%.

Conclusiones

Los pacientes mayores de 80 años presentan un grado de dependencia variable al ingreso en UCI, pero mayormente moderado, que no se refleja adecuadamente en la historia clínica. El ingreso en UCI contribuye significativamente a empeorar el grado de dependencia de estos pacientes.

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Pantalla nº 6. **Martes 12 de Junio de 2018 de 17:05 a 17:20 h.**

ID 259

ADAPTACIÓN DE FLUIDOS SEGÚN EL MÉTODO DE EXPLORACIÓN CLÍNICA VOLUMEN-VISCOSIDAD

Emma Moreno; A. Ros; A. Martín; C. Vázquez; E. Lavado; V. Arreola
Hospital de Mataró

Introducción-Objetivos

La disfagia orofaríngea (DO) indica dificultad para transportar alimentos/líquidos desde la boca hasta el esófago. Este síntoma expresa la existencia de una alteración orgánica o funcional que origina alteraciones al iniciar la deglución, en el trayecto faríngeo y en la apertura de Esfínter Esofágico Superior (EES). Las complicaciones más frecuentes de la DO son: deshidratación-desnutrición e infecciones respiratorias por broncoaspiración. La DO aumenta la morbimortalidad en estos pacientes siendo necesario conocer sus características deglutorias.

Objetivos: Analizar los signos deglutorios de pacientes ingresados en la UCI. Describir alteraciones de seguridad-eficacia y la adaptación de fluidos según el MECV-V.

Metodología-Observación Clínica

Mediante un estudio descriptivo transversal (11/2016-12/2017) en una UCI general usando el Método de Exploración Clínica Volumen-Viscosidad (MECV-V) incluyendo todos los pacientes >18 años que iniciaron dieta oral. Variables de estudio: edad, sexo, resultado del MECV-V y adaptación de fluidos.

Resultados-Intervenciones

Se exploraron 309 pacientes con una media de edad de 69.75±15.25 años (36.57%?). De un total de 330 exploraciones clínicas el 30% (99) presentaron DO. Entre las exploraciones positivas el 68,68% (68) mostraron signos de alteración de la seguridad, siendo el signo clínico más frecuente la tos (66.12%). El 38.70% (24) presentaron alteración de seguridad con néctar, el 29.03% (18) con líquido y el 32.25% (20) con pudding. El 62.62% (62) mostraron alteración de la eficacia, siendo el signo más frecuente la deglución fraccionada. Después del MECV-V el 55,56% (55) de los usuarios requirieron espesantes (29.9% néctar y 26.67% pudding) para compensar la deglución. En el 8.08% (8) de los usuarios se contraindicó la vía oral por presentar graves alteraciones deglutorias.

Conclusiones

Durante el periodo de estudio el 30% de los pacientes estudiados presentaron DO. Se recomienda el cribaje sistemático y la reevaluación de la DO en UCI por parte de enfermería mediante el MECV-V e iniciar el seguimiento y adaptación precoz de fluidos.

Financiación

El proyecto no ha tenido financiación.

Palabras clave

Disfagia · UCI · Deglución

Pantalla nº 6. **Martes 12 de Junio de 2018 de 17:05 a 17:20 h.**

ID 260

ADMINISTRACIÓN ASÉPTICA DE NUTRICIÓN PARENTERAL POR CATÉTER DE VÍA CENTRAL

Nazaret Cantón Cordón; B. Martín Puga; P. Calero Martín de Villodres; Z. Molina Jiménez; S. Rosillo San Juán; L. Andújar Fernández; CM. Martín Pérez; S. Fernández Cruz; I. Ruiz Martínez; MJ. Santoyo Fernández
Hospital de Rehabilitación y Traumatología de Granada

Introducción-Objetivos

El soporte nutricional es esencial para la recuperación del paciente crítico. La nutrición parenteral (NP) consiste en la administración de nutrientes directamente al torrente circulatorio, y la vía más frecuente de administración es el catéter venoso central (CVC). La bacteriemia asociada al catéter (BAC) es una de las complicaciones más graves en pacientes portadores de un CVC. Cualquier técnica de infusión debe realizarse de forma aséptica, pero las características de la NP hacen que presente alto riesgo de crecimiento bacteriano. La gran variabilidad en la práctica de administración de NP hace necesario la elaboración de un protocolo adecuado. El objetivo de este trabajo es analizar la evidencia científica de la importancia de extremar las medidas asépticas en el manejo de NP.

Metodología-Observación Clínica

Revisión bibliográfica consultando documentos en español e inglés en las bases Cuiden, Cochrane y Pubmed, sin limitación de período de tiempo.

Resultados-Intervenciones

La colonización del catéter, conexiones y zona de punción son las responsables de la infección en la mayoría de los casos. Se ha comprobado que estandarizar la práctica de administración es efectiva para disminuir el riesgo de BAC. No existen recomendaciones de asepsia específicas, pero los documentos consultados señalan la importancia de un procedimiento estricto. Una buena práctica es la técnica aséptica no táctil: higiene de manos, manipulación correcta y desinfección de piezas clave, uso de guantes y campos estériles. La utilización de conectores de presión positiva en el extremo del catéter es altamente recomendable, ya que permiten tener la luz sellada y nunca abierta al exterior. La NP debe administrarse por una luz exclusiva, en un plazo de 24 horas.

Conclusiones

La administración de NP no está exenta de riesgos. El papel que desempeña Enfermería es fundamental, por lo que es necesario la elaboración de un protocolo estándar, evaluación del mismo, difusión y entrenamiento de los profesionales.

Palabras clave

nutrición parenteral · asepsia · bacteriemia · cuidados de enfermería

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Pantalla nº 6. **Martes 12 de Junio de 2018 de 17:05 a 17:20 h.**

ID 261

CONTROL DE LA GLUCEMIA EN UCI: GLUCÓMETRO VS GASÓMETRO

Tamara Raquel Velasco Sanz; A. Corniero Picó; A. García López; E. Iglesias Rodríguez; I. Ilzarbe Ucelay; R. Lastras Ortiz; E. Marín García; E. Plaza Pastor
Hospital Clínico San Carlos

Introducción-Objetivos

Introducción: El uso de diferentes métodos para medir la concentración de glucosa en sangre, es una de las causas que produce mayor variabilidad durante la práctica clínica, complicando la interpretación y comparación de los niveles adecuados, especialmente para el manejo de pacientes que requieren un tratamiento con insulina.

Objetivos: Comparar los niveles de glucosa en sangre en pacientes críticos, mediante el uso de 2 medidores, Glucómetro frente a Gasómetro, para mejorar el control de la glucemia en la práctica clínica

Metodología-Observación Clínica

Metodología: estudio observacional, prospectivo, aleatorizado realizado durante los meses de noviembre-diciembre 2017, en la unidad UCI SUR del Hospital Clínico San Carlos. **Población de estudio:** todos los pacientes ingresados en UCI portadores de catéter arterial. **Intervención:** extracción de una muestra arterial de los pacientes seleccionados por muestro aleatorio a la misma hora y día, en la que se realiza un análisis a través de los 2 medidores a estudio. Glucómetro marca Accu-Chek y gasómetro marca. **Análisis de datos:** las variables cualitativas se presentan con frecuencias y porcentajes, mientras que las cuantitativas se presentan con medias, desviación estándar.

Resultados-Intervenciones

Se obtuvo un total de 146muestras. Además de las variables sociodemográficas, se obtuvo que en el 82% de las mediciones el valor de las glucemias medido a través del glucómetro era mayor que el valor de las glucemias obtenido a través del gasómetro, siendo en un 60,8% de los casos superior a 11 mg/dl, que en función de la medida seleccionada podría suponer casos de hipo/hiperglucemia.

Conclusiones

Existe una gran variabilidad en los niveles de glucosa en sangre medidos entre el glucómetro y el gasómetro, siendo necesario unificar el método de medición para evitar la variabilidad en el control de glucemias en el paciente crítico.

Financiación

Sin financiación.

Palabras clave

Control Glucemia · Paciente Crítico · Cuidados Intensivos

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Pósters

Pantalla nº 7. **Martes 12 de Junio de 2018 de 17:05 a 17:20 h.**

ID 264
EVALUACIÓN DE LAS ESCALAS DE SEDO-ANALGESIA Y DELIRIO EN UCI

ID 268
MONITORIZACIÓN DEL ACINETOBACTER BAUMANNII EN FÓMITES DE UCI

ID 269
EFICACIA DE UNA GUÍA DE PERFUSIÓN CONTINUA DE INSULINA BASADA EN ALGORITMOS EN PACIENTES CRÍTICOS ANTES Y DESPUÉS DE UNA NUEVA FORMACIÓN AL PERSONAL DE ENFERMERÍA

Pantalla nº 7. **Martes 12 de Junio de 2018 de 17:05 a 17:20 h.**

ID 264

EVALUACIÓN DE LAS ESCALAS DE SEDO-ANALGESIA Y DELIRIO EN UCI

Cristina Paños Espinosa; Laura Martínez Reyes; Judit López Calvo; Rosalia Cepero Martí
Hospital Sant Pau i Santa Tecla

Introducción-Objetivos

El dolor está presente en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). El personal de enfermería es consciente de su evaluación, en nuestra unidad se empezó a utilizar la Escala Behavorial Pain Scale (BPS) en pacientes sometidos a ventilación mecánica. En los últimos años han aparecido nuevos conceptos en nuestra UCI como son el delirio y la agitación, hemos detectado la necesidad de disponer de herramientas útiles que nos permitan valorarlo de forma objetiva. En nuestra unidad se introdujeron este último año la Escala de agitación-sedación de Richmond (RASS) y la Escala Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU) con intención de realizar una valoración integral del paciente crítico ya que el buen manejo de las escalas por parte de los profesionales favorece el confort y la seguridad.

Objetivos:

- Evaluar el registro de las escalas RASS, CAM-ICU y BPS.
- Valorar el manejo del personal de enfermería respecto a la valoración de la sedación, delirio y dolor.

Metodología-Observación Clínica

Estudio realizado mediante investigación cuantitativa, de manera observacional retrospectiva y descriptiva. Muestra accidental de 50 historias clínicas de pacientes bajo sedación y ventilación mecánica. Utilización de un cuestionario observacional.

Resultados-Intervenciones

La escala Rass es evaluada por el personal de enfermería en un 92 %. En menor porcentaje, un 38%, se evalúa la escala CAM-ICU y la escala BPS tiene un elevado cumplimiento, de un 98%. El manejo del personal de enfermería en relación a la valoración del dolor y la sedación es efectivo en el 82% de los casos. El manejo de la escala CAM-ICU es solamente efectivo en un 30%.

Conclusiones

El personal de enfermería está sensibilizado con la evaluación y manejo del dolor del paciente. La valoración y utilización de la escala de agitación se lleva a cabo en menor porcentaje en nuestra unidad. Todo ello nos lleva a plantearnos la necesidad de realizar sesiones formativas.

Palabras clave

escalas · sedación · agitación · dolor · UCI

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Pantalla nº 7. **Martes 12 de Junio de 2018 de 17:05 a 17:20 h.**

ID 268

MONITORIZACIÓN DEL ACINETOBACTER BAUMANNII EN FÓMITES DE UCI

Rocío Lucas García; MI. Tolmo Aranda; JA. Simarro Blasco; M. Bascuñana Blasco; M. Noheda Recuenco; JM. Blanco Calonge; I. Martínez Toledo; MT. de las Heras Lain; MC. Carralero Palomero; S. Bascuñana Nieto
UCI, Hospital Virgen de la Luz. SESCAM, Cuenca

Introducción-Objetivos

El Acinetobacter baumannii (AB) multirresistente ocasiona neumonías, bacteriemias..., con tasa de mortalidad cruda asociada a bacteriemia del 52% y a neumonía 23%-73%. Sobrevive en superficie hasta 25 días. Ante un brote ocurrido en el hospital....

Objetivos: Análisis de las estructuras físicas, material y personal, para comprobar la existencia o no de AB multirresistente. Proponer y evaluar puntos de mejora en medidas RZ.

Metodología-Observación Clínica

Muestras de superficie, material y máquinas de UCI julio 2016-diciembre 2017. Procesadas: frotando la superficie con una torunda humedecida con caldo de enriquecimiento (Thioglycolato). Sembrada en Agar MacConkey y se inoculó en Thioglycolato, incubándose ambos a 36ºC y realizando subcultivos a las 48 horas. Éstos se mantuvieron 48 horas a 36ºC antes de descartarlos como negativos. Las colonias presuntivas se identificaron mediante sistema Vitek (Biomerieux). El estudio de sensibilidad se realizó por difusión disco-placa y/o CMI siguiendo los criterios de EUCAST. Reunión de equipo multidisciplinar, análisis de datos e implementación o modificación de actividades por consenso.

Resultados-Intervenciones

707 cultivos: 99 en zonas comunes, 521 en boxes, 24 en quirófano y 63 en personal. 5 positivos en zonas comunes, todos en teclados, negativizándose en siguientes tomas. 50 positivos en boxes (respiradores, mesas de trabajo, paredes, cama,...), con pacientes con AB y en boxes sin AB. Los positivos con el mismo resultado de multirresistencia.

Conclusiones

Medidas:

- Pintar la unidad con pintura liberadora de iones de Ag. Limpieza profundidad.
- Limpieza de boxes 3 veces al día con desinfectante de superficie. Registro
- Limpieza por Auxiliar 3 veces al día. Registro.
- Tratamiento de todos los pacientes como aislados de contacto.
- Sesiones de concienciación, higiene de manos y aislamientos.
- Pacientes con AB en una misma unidad con boxes cerrados y personal exclusivo.
- Introducción de amonios cuaternarios en aerosol.
- Alta UCI aislados.
- Control periódico. Los positivos han ido disminuyendo.

Financiación

No.

Palabras clave

Acinetobacter baumannii · Fómites · Unidad de Cuidados Intensivos

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Pantalla nº 7. **Martes 12 de Junio de 2018 de 17:05 a 17:20 h.**

ID 269

EFICACIA DE UNA GUÍA DE PERFUSIÓN CONTINUA DE INSULINA BASADA EN ALGORITMOS EN PACIENTES CRÍTICOS ANTES Y DESPUÉS DE UNA NUEVA FORMACIÓN AL PERSONAL DE ENFERMERÍA

Airam Sabina del Castillo; N. Hernández de Leon; P. Ramos Rodríguez; M. González García; MR. Merino de Paz; MS. Ramos Ángel de La Rosa; D. Delgado Perera; AM. García Gutiérrez; SR. Velázquez Dorta; L. Raja Yanes
Complejo Hospitalario Universitario de Canarias

Introducción-Objetivos

En 2016 la Unidad de Vigilancia Intensiva (UVI) del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (CHUC) elaboro una guía de perfusión continua (PC) de insulina basada en algoritmos en pacientes críticos. En el mismo año se inicio su puesta en marcha y con ello surgieron dudas y errores que hacían dudosa la correcta utilización de la Guía, por tal motivo decidimos elaborar nuevas sesiones de formación al personal de Enfermería para su correcta utilización

Objetivo: Comparar la eficacia de una guía de PC de insulina basada en algoritmos en pacientes críticos desde su inicio y posteriormente tras la nueva formación al personal de Enfermería para su correcta utilización.

Metodología-Observación Clínica

Estudio analítico, comparativo , retrospectivo realizado en la UVI del CHUC durante el periodo 2016 y 2017 mediante recogida de datos de pacientes críticos con necesidades de insulina en PC.Sesión de Enfermería en Mayo del 2017 con duración de 2 horas a todo el personal de Enfermería de nuestra UVI.

Resultados-Intervenciones

118 Pacientes estudiados, 88 (74%) varones, Diabéticos 73 (62%). Edad media 63 años. Previa a la formación: 87 (73%) pacientes, 48 (55%) errores, 33 (69%) en cambio de algoritmo, 20 (42%) en tiempo de controles de glucemias, 2 (4%) en inicio de pauta incorrecta. Control de normoglucemia en 6,7 horas. Tras formación: 31 (26%) pacientes, 10 (32%) errores, 8 (80%) en cambio de algoritmo, 2 (20%) en tiempo de controles de glucemias y 0 en inicio de pauta incorrecta. Control de normoglucemia en 5,8 horas

Conclusiones

Fue efectiva la formación al personal donde se evidencia un descenso de errores en la utilización de la guía. El mayor problema estriba en saber cuando cambiar de algoritmo.El control de la normoglucemia si influye en la correcta utilización de la guía.Pese a los errores cometidos, se consigue llegar a la normoglucemia en un corto periodo de tiempo.

Palabras clave

perfusión continua · insulina · algoritmos · unidad de

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Pósters

Pantalla nº 8. **Martes 12 de Junio de 2018 de 17:05 a 17:20 h.**

ID 270
OPTIMIZACIÓN EN LA INSERCIÓN DE CATÉTER CENTRAL DE INSERCIÓN PERIFÉRICA (PICC) EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO GUADALAJARA (HUG); ANÁLISIS Y PROPUESTAS

ID 272
MANEJO DEL PACIENTE CON SEPTICEMIA MENINGOCÓCICA. ATENCION DE ENFERMERÍA

ID 274
MUSICOTERAPIA COMO TRATAMIENTO ALTERNATIVO EN EL DESPERTAR DE LOS PACIENTES EN COMA INDUCIDO

ID 275
UN NUEVO CORAZÓN EN UNA VIDA ADOLESCENTE

Pantalla nº 8. **Martes 12 de Junio de 2018 de 17:05 a 17:20 h.**

ID 270

OPTIMIZACIÓN EN LA INSERCIÓN DE CATÉTER CENTRAL DE INSERCIÓN PERIFÉRICA (PICC) EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO GUADALAJARA (HUG); ANÁLISIS Y PROPUESTAS

Pablo Rojo Villar; N. Arriero Fernández; MJ. Lanillos de la Cruz; Z. Eguileor Marín; E. Pérez González; JM. Román Sánchez; A. Estrella Alonso; P. Rivas Valenzuela
Hospital Universitario de Guadalajara

Introducción-Objetivos

El acceso venoso es la piedra angular de la atención hospitalaria efectiva y segura. El objetivo del PICC es la preservación del capital venoso.

Objetivos: evaluar la prevalencia de la canalización del catéter PICC e identificar la tasa de canalizaciones exitosas en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del HUG por el personal de Enfermería, sin apoyo ecográfico

Metodología-Observación Clínica

Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo desde febrero/2016 hasta septiembre de 2017. Se analizaron los pacientes a los que se les solicitó canalización de PICC. Se recogieron: motivo de solicitud, tipo de paciente, canalización y elección del vaso canalizado, y complicaciones relacionadas con la inserción. En caso de fracaso de canalización se registró el motivo. Variables expresadas como n y porcentaje (%) mediante SPSS

Resultados-Intervenciones

Se registraron 50 solicitudes de canalización de PICC entre febrero de 2016 y septiembre de 2017. Motivos de solicitud: 29 (58%) nutrición, 12 (24 %) acceso venoso difícil, 3 (6%) tratamiento, otros motivos 6 (12%). Tipo de paciente: 37 (74%) cirugía, 8 (16%) médico, 5 (10% onoco-hematología) 24 (48%) son canalizados; 5 (20,83%) basílica derecha (1ª elección), 19 (79,17%) en vasos de 2ª o 3ª elección. La canalización fracasó en 26 (52 %); 17 (81%) infructuosa, 7 (34,62%) por ausencia de vena accesible y 2 son desestimados por carga de enfermería y por desestimación del médico responsable Complicaciones relacionadas con la inserción 5 (16,67%): 4 (80%) malposición de la punta 1 hemorrágicas (20%).

Conclusiones

La tasa de canalización de PICC ecoguiada en la literatura está cercana al 100% y varía sin guía ecográfica. Nuestra tasa de canalización es menor (48%). La canalización mediante guía ecográfica disminuiría la tasa de complicaciones, aumentaría nuestra tasa de exito y permitiría la elección de la vena adecuada (basílica derecha). Disminuiría el fracaso en la canalización por agotamiento del capital venoso, aumentando la calidad de vida nuestros pacientes.

Palabras clave

PICC · Ecoguía

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Pantalla nº 8. **Martes 12 de Junio de 2018 de 17:05 a 17:20 h.**

ID 272

MANEJO DEL PACIENTE CON SEPTICEMIA MENINGOCÓCICA. ATENCION DE ENFERMERÍA

Ana Belén García García; Susana Navarro Bautista; Andrés Rojo Rojo
Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca

Introducción-Objetivos

El shock meningocócico es el prototipo de shock séptico, poco frecuente en su presentación clínica, con graves implicaciones tanto a nivel físico como psicológico del paciente afectado y su familia. En las situaciones mas complejas, el shock meningocócico implica la aparición de petequias de distinta extensión, y su posterior necrosis. Si el paciente es capaz de sobrevivir en las primeras 72 horas, las complicaciones se concentran del manejo de las heridas derivadas de la necrosis de partes acras-distales y de las erosiones cutáneas de las flictenas consecuencia de la fisiopatología del schock meningocócico. El actual manejo de estas heridas, se trataran como quemaduras y cirugías seriadas, que pueden llegar a la amputación de los miembros afectados. La atención psicológica pasa con frecuencia a un segundo plano. Por tanto nos planteamos la realización de un Plan de Cuidados de Enfermería en base a NANDA-NOC-NIC, para brindar un enfoque holístico.

Metodología-Observación Clínica

Se realiza un estudio de caso sobre un paciente de 24 años afectado de shock meningocócico. El manejo inicial del paciente implicó su sedación y analgesia rápida, sin tiempo para explicar al paciente situación, pronostico, tratamiento y complicaciones potenciales. Tras 10 días en situación clínica grave, se muestran afectación severa de manos y pies, planteándose la amputación de los mismos como medida terapéutica.

Resultados-Intervenciones

El paciente experimenta una evolución favorable, en el manejo de la ansiedad y control de ideas ireales, aceptación de la enfermedad, disminuyendo el consumo de ansiolíticos y mejora del sueño.

Conclusiones

La atención de enfermería específica sobre este tipo de pacientes y sus familiares, con especiales repercusiones físicas (amputaciones) y psicológicas, se platea como una medida eficaz para el manejo del paciente en sepsis meningocócica, especialmente cuando éste se encuentra en fase de recuperación franca.

Palabras clave

Sepsis Meningocócica · Proceso de Enfermería · Atención Psicológica · Cuidados Intensivos

Pantalla nº 8. **Martes 12 de Junio de 2018 de 17:05 a 17:20 h.**

ID 274

MUSICOTERAPIA COMO TRATAMIENTO ALTERNATIVO EN EL DESPERTAR DE LOS PACIENTES EN COMA INDUCIDO

Silvia Rosillo Sanjuan; P. Calero Martín de Villodres; N. Cantón Cordón; B. Martín Puga; Z. Molina Jiménez; I. Leyva Vigil; A. Navarro García; S. Fernández Cruz; I. Ruíz Martínez; RM. Correa Martín
Hospital de Rehabilitación y Traumatología de Granada

Introducción-Objetivos

Los pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados intensivos (UCI) experimentan ansiedad y estrés, influyendo negativamente en su recuperación. Actualmente existe un creciente interés para desarrollar tratamientos alternativos como la Musicoterapia que favorezcan el despertar y la recuperación tras un coma profundo.

Objetivo: Analizar la evidencia disponible sobre el uso de la musicoterapia en el despertar del paciente crítico en coma inducido.

Metodología-Observación Clínica

Revisión sistemática de estudios publicados en ingles o español, del 2012 al 2017. Bases de datos CUIDEN, CINAHL, MEDLINE y COCHRANE. Criterios de exclusión estudios realizados en pacientes menores de 14 años.

Resultados-Intervenciones

Se identificaron 10 estudios de los cuales solo se seleccionaron 6 mediante evaluación GRADE. En todos los estudios se pudo ver que las variables mayormente evaluadas fueron la ansiedad, el dolor, la sedación y los parámetros fisiológicos. Los resultados arrojan que la musicoterapia es efectiva para la reducción de la ansiedad. Los estudios que evaluaron los niveles de sedación observaron un efecto favorable tanto en la intensidad como en el nivel de sedación/agitación. Estos resultados concuerdan con la monitorización de los signos vitales. Referente a la variable del dolor no todos los estudios la analizan y solo uno de ellos encuentra significación. En la mayoría de los estudios la música la elige el paciente y en uno solo el musicoterapeuta.

Conclusiones

La musicoterapia ofrece variados beneficios concluyentes como la reducción de la ansiedad y la mejora de los parámetros fisiológicos. Teniendo en cuenta que la musicoterapia es una intervención de bajo coste y sin efectos perjudiciales para el paciente, sería conveniente explorar sus efectos no solo sobre la ansiedad sino también sobre otras variables, como dolor, sedación, tiempo del destete del ventilador, sueño, duración del ingreso, satisfacción de cuidado y tipo de música más apropiada para poder evaluarla el despertar del paciente crítico en coma inducido.

Financiación

Estudio no financiado

Palabras clave

Musicoterapia · Monitoreo Fisiológico · Sedación · Unidad de cuidados intensivos

Pantalla nº 8. **Martes 12 de Junio de 2018 de 17:05 a 17:20 h.**

ID 275

UN NUEVO CORAZÓN EN UNA VIDA ADOLESCENTE

Fracisco Expósito Barroso[1]; J. Sáez Sánchez[1]; S. Navarro Bautista[1]; M. Baeza Mirete[1]; E. Muñoz Borrachero[1]; R. Martínez Hurtado[1]; N. Molina Sánchez[2]; S. Sánchez Camara[1]; RB. Fernández Ariza[3]; L. Hernández Martínez

1. Unidad de cuidados intensivos, HCUVA; 2. UCI, Hospital los Arcos San Javier; 3. Hopital Santalucía, Cartagena; 4. Urgencias pediátricas, Hospital Santa Lucía. Cartagena

Introducción-Objetivos

Mujer 21 años, ingresada para para ser intervenida de un trasplante cardiaco orto-tópico por técnica Bicava. Salida de CEC con drogas inotrópica a dosis altas y dependiente de marcapasos. Ingresa en UCI con apoyo hemodinámico de ECMO y Óxido Nítrico. Se intenta disminuir apoyo ECMO, presentando elevación de presiones pulmonares y hemodinámicamente dependiente de volumen, Se disminuye dosis de aminas en los días de ingreso. Reintervención quirúrgica por sangrado. Posteriormente vuelve a ser intervenida por taponamiento cardiaco y trombosis venosa, yugular y subclavia derecha. Tras una larga estancia en UCI, la paciente consigue ser dada de alta a planta. Dado el impacto psicosocial y fisiológico de la paciente, los profesionales de enfermería, requieren de una preparación y sensibilidad adecuada. Saber manejar situaciones estresantes y la complejidad de soportes asistenciales tales como: medicamentos inotrópicos, Óxido Nítrico, medios de control de normotermia, soportes de hemofiltración , aislamiento inverso , parámetros de inmunosupresión. Será primordial para la correcta evolución de estos pacientes en una unidad de cuidados intensivos.

Metodología-Observación Clínica

Ante la total dependencia de nuestra paciente, se requerirá de nuestra intervención para cubrir las necesidades básicas y problemas que vayan surgiendo durante el proceso en la unidad, para lo cual nos guiaremos por los patrones funcionales de la NANDA.

Resultados-Intervenciones

PLan de cuidados en base, NIC NOC

Conclusiones

Apoyándonos en los patrones hemos conseguido resolver las necesidades de la paciente y es importante destacar que conocer las funciones de enfermería en este tipo de casos y el manejo de todo lo necesario para mantener la estabilidad, son fundamentales para saber transmitir lo aprendido a nuestros compañeros haciendo frente de manera eficaz a sucesivas situaciones similares. En estos casos se toma conciencia de la importancia que tiene el equipo multidisciplinar al ser parte activa en el proceso terapéutico al que se enfrenta el paciente.

Palabras clave

Trasplante cardiaco · Adolescente · ECMO · Cuidados

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Pósters

Pantalla nº 9. **Martes 12 de Junio de 2018 de 17:05 a 17:20 h.**

ID 417
IMPLANTACIÓN DE UN CHECKLIST DE SEGURIDAD PARA EL MONTAJE DEL SISTEMA DE OXIGENACIÓN POR MEMBRANA EXTRACORPÓREA (ECMO) EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

ID 420
EQUIPO DE RESPUESTA RÁPIDA EN EL PLAN HOSPITALARIO DE RESUCITACIÓN CARDIOPULMONAR Y SOPORTE VITAL

ID 421
PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DEL SINDROME POSTUCI (PICS) EN EL HOSPITAL COMARCAL VEGA BAJA

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Pantalla nº 9. **Martes 12 de Junio de 2018 de 17:05 a 17:20 h.**

ID 417

IMPLANTACIÓN DE UN CHECKLIST DE SEGURIDAD PARA EL MONTAJE DEL SISTEMA DE OXIGENACIÓN POR MEMBRANA EXTRACORPÓREA (ECMO) EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

Borja Violant Gómez[1]; JR. Ricart Martín[1]; S. Santamaría López[2]
1. Hospital Germans Trías i Pujol; 2. Hospital Universitari de Bellvitge

Introducción-Objetivos

La ECMO es un procedimiento asociado a un significativo número de efectos adversos y complicaciones, por lo que con el fin de minimizarlos e incrementar la seguridad del paciente y la calidad asistencial, hemos desarrollado una versión del modelo de checklist quirúrgico, que la Organización Mundial de la Salud (OMS) propuso en 2008 como herramienta para unificar criterios y mantener los niveles de seguridad dentro de unos estándares.

Los objetivos del presente trabajo son:

- Evitar prácticas clínicas inadecuadas.
- Reducir la incidencia de infección nosocomial.
- Mejorar la comunicación entre los miembros del equipo asistencial.
- Estandarizar el montaje del sistema ECMO.
- Verificar estrictamente que tiene todas las condiciones de seguridad acordadas.
- Hacer el seguimiento todos los turnos del paciente y del sistema.

Metodología-Observación Clínica

Revisión bibliográfica a través de las bases de datos de MEDLINE, EMBASE y PsycINFO, extrayendo artículos de contrastada relevancia referentes al uso de la terapia ECMO, aplicación del checklist en el uso de procedimientos quirúrgicos y percepción del personal en su uso.

Resultados-Intervenciones

El checklist se compone de diversos aspectos a confirmar de manera sistemática que nosotros hemos divido en tres fases: Primera fase: Hace referencia a la comprobación estricta y ordenada del montaje siguiendo los pasos detallados. Segunda fase: Hace referencia a la adecuada transmisión de información acerca de la actual condición clínica del paciente entre los miembros del equipo asistencial. Está deberá hacerse de manera sistemática y eficiente. Tercera fase: Comprende una inspección física detallada y minuciosa del paciente y del sistema ECMO a pie de cama llevada a cabo paso a paso por el equipo entrante y el saliente.

Conclusiones

Proponemos una versión del checklist de seguridad quirúrgico adaptada al paciente portador de ECMO. Creemos que representa una estrategia sencilla y segura para incrementar la seguridad y asegurar la calidad y continuidad de los cuidados de enfermería.

Financiación

Hospital Germans Trías i Pujol

Palabras clave

checklist · seguridad · ECMO

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Pantalla nº 9. **Martes 12 de Junio de 2018 de 17:05 a 17:20 h.**

ID 420

EQUIPO DE RESPUESTA RÁPIDA EN EL PLAN HOSPITALARIO DE RESUCITACIÓN CARDIOPULMONAR Y SOPORTE VITAL

Inmaculada García Gómez; MV. de la Torre Prados; M. Nieto González; P. Lara Domínguez; M. Mateos Rodríguez; P. Martínez López; P. Rubio Sarabia; N. Arroyo Mora; JM. Fernández Añón; C. Ipiales Marín
Hospital Virgen de la Victoria

Introducción-Objetivos

La evaluación de los circuitos asistenciales con análisis de los aspectos de mejora en el Plan Hospitalario de Resucitación CardioPulmonar y Soporte Vital (PHRCP-SV) puede favorecer la prevención y una detección precoz de la parada cardio-rrespiratoria.

Metodología-Observación Clínica

Desde 2013 el PHRCP-SV incluye entrenamiento del equipo asistencial de las diferentes áreas asistenciales (hospitalización y consultas) en la prevención de la parada cardiorrespiratoria, la detección de los signos de alerta a través de las constantes clínicas, valoración del grado pronóstico y la activación del equipo de respuesta rápida por la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). En el año 2015 se diseñaron microtalleres acreditados por la Agencia de calidad sanitaria de Andalucía (ACSA) de 6 horas (4 horas “on line” y 2 horas presenciales); junto al material formativo teórico, se incluye simulación y entrenamiento de las habilidades en SVB-DEA, Soporte Vital Inmediato y Avanzado.

Resultados-Intervenciones

Se formaron 330 alumnos (70% enfermer@s, 25% auxiliares de enfermería y 15% médicos) en el periodo noviembre y diciembre del 2015. Analizamos los 93 episodios clínicos en los cuales se activó el equipo de respuesta rápida de la UCI en 2015 y 2016. La edad media de los pacientes atendidos fué 72±12 años. Un 62% fueron varones. La etiología fue debido a las alteraciones cardiovasculares en el 37%, seguido de sepsis (20%) y respiratoria (16%). Un 36% falleció en el lugar de la emergencia (61% con >48 h de estancia), un 37% ingresó en UCI y un 13% se recuperó en el lugar de la emergencia. Hospitalización en el 70% fue el lugar de la emergencia (Medicina Interna (26%), Traumatología 14%). El 51% ocurrió durante las 48 horas del ingreso con un mayor% en los ingresados en Hospitalización.

Conclusiones

Es necesario afianzar los circuitos asistenciales basados en la detección de signos de alertas para prevenir las PCR

Palabras clave

Plan Hospitalario de Resucitación Cardiopulmonar · Equipo de respuesta rápido · Circuitos asistenciales intrahospitalarios

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Pantalla nº 9. **Martes 12 de Junio de 2018 de 17:05 a 17:20 h.**

ID 421

PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DEL SINDROME POSTUCI (PICS) EN EL HOSPITAL COMARCAL VEGA BAJA

Laura Párraga; M. Sarmiento; MM. García; JA. Hernández
Hospital Vega Baja

Introducción-Objetivos

El sindrome postcuidados intensivos es el síndrome que experimentan los pacientes que sobreviven a su estancia en uci y sus familiares. Engloba secuelas físicas, cognitivas y psíquicas, y pueden impactar de forma negativa a su calidad de vida. Este protocolo se ha implantado en nuestra unidad dentro del plan de humanización, utilizandolo de forma multidisciplinar entre personal facultativo y de enfermería. Va dirigido a todos los pacientes ingresados en la unidad

Se plantean los siguientes objetivos:

- Prevención y detección del sindrome postuci
- Tratar las alteraciones detectadas

El sindrome postcuidados intensivos es el síndrome que experimentan los pacientes que sobreviven a su estancia en uci y sus familiares. Engloba secuelas físicas, cognitivas y psíquicas, y pueden impactar de forma negativa a su calidad de vida. Este protocolo se ha implantado en nuestra unidad dentro del plan de humanización, utilizandolo de forma multidisciplinar entre personal facultativo y de enfermería. Va dirigido a todos los pacientes ingresados en la unidad.

Metodología-Observación Clínica

Este protocolo se encuentra adscrito al plan de humanización de la Generalitat Valenciana. Al ser un protocolo incipiente hemos encontrado poca bibliografía al respecto.

Resultados-Intervenciones

Se aplicarán una serie de medidas **ABCDF** con una alta evidencia científica, que se realizará en la unidad de cuidados intensivos. **A:** evaluar ,prevenir y tratar dolor. **B:** pruebas de despertar y respiración espontánea. **C:** elegir analgesia y sedación. **D:** delirium,evaluar, prevenir y tratar. **E:** ejercicio y movilización precoz. **F:** familia: compromiso y empoderamiento.

Conclusiones

Beneficio para el paciente y su familia del Plan de Humanización Necesidad de instaurar un protocolo de detección y seguimiento del paciente que es susceptible de PICS y su familia.

Palabras clave

sindrome postuci · enfermeria · humanización

Pósters

Hall Sala García Lorca. **Miércoles 13 de Junio de 2018**

De 10:40 a 11:10 h.

- Pantalla nº 1
- Pantalla nº 2
- Pantalla nº 3
- Pantalla nº 4
- Pantalla nº 5
- Pantalla nº 6
- Pantalla nº 7
- Pantalla nº 8
- Pantalla nº 9

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Pósters

Pantalla nº 1. **Miércoles 13 de Junio de 2018 de 10:40 a 11:10 h.**

ID 279
SISTEMA DE CONTROL FECAL FLEXI-SEAL EN EL PACIENTE CRÍTICO

ID 280
VALORES Y ACTITUDES PREDOMINANTES EN EL TRABAJO DIARIO DE UCI

ID 284
INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA DE MINDFULNESS PARA FAMILIARES DE PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

ID 285
TRATAMIENTO ESPECÍFICO DE LA ATELECTASIA EN EL PACIENTE CRÍTICO

ID 288
CALIDAD DE LA INFORMACIÓN CLÍNICA A FAMILIARES DE PACIENTES CRÍTICOS

ID 290
TRASLADO DEL PACIENTE CRÍTICO INTRAHOSPITALARIO (VIDEOPOSTER)

Pantalla nº 1. **Miércoles 13 de Junio de 2018 de 10:40 a 11:10 h.**

ID 279

SISTEMA DE CONTROL FECAL FLEXI-SEAL EN EL PACIENTE CRÍTICO

Lorena Lavín Meruelo; R. Fuentes Covian; E. Liaño Fernández; MJ. Mantilla Cordovil; I. Portal Llaneza
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

Introducción-Objetivos

El control de la diarrea es una prioridad en el cuidado de pacientes críticos tanto para reducir el riesgo de dermatitis y lesiones perineales, como para evitar la transmisión de infecciones y mejorar el confort.

Objetivo: Conocer el dispositivo flexi-seal, sus ventajas, contraindicaciones, así como los cuidados de enfermería.

Metodología-Observación Clínica

Revisión bibliográfica basasa en bases de datos: Cuiden, pubmed, dialnet Periodo de búsqueda: septiembre 2017-octubre 2017 consiguiendo 10 referencias de las cuales 6 se consideraron útiles.

Resultados-Intervenciones

Indicaciones:

- Pacientes con heces líquidas-semilíquidas.
- Pacientes con lesiones en la piel en la región glútea y/o perineal o zona posterior del muslo (H.Q., quemaduras, gangrena de fournier).
- Pacientes con diarrea asociada a nutrición enteral y/o secundaria a infección nosocomial.
- Pacientes en los que está la movilización contraindicada (inestabilidad hemodinámica, politraumatismo grave, decúbito prono, compromiso neurológico y/o respiratorio: hipertensión intracraneal, lesionados medulares, etc...).

Contraindicaciones:

- Menores de 18 años.
- Alteración de la mucosa rectal, lesión rectal y/o anal, tumoración.
- IQ rectal en el último año.
- Hemorroides importantes.
- Coagulopatías severas.
- Deposiciones sólidas.

Modo de empleo:

- Comprobar el balón (inflar con 45 ml de agua destilada).
- Paciente en DLI.
- Lubricar el globo/dedo índice, colocando éste en la hendidura señalada en azul.
- Introducir la sonda hasta la ampolla rectal.
- Retirar el dedo de forma cuidadosa.
- Inflar el balón con 45 ml de agua destilada.
- Tirar suavemente de la sonda.
- Evitar acodamientos.
- Colocar la bolsa colectora en un nivel más bajo.

Cuidados de enfermeria:

- Valorar tolerancia del paciente.
- Valorar estado de la piel y/o lesiones.
- Lavar sonda a través del puerto de irrigación/8 horas con 20cc de agua.
- Progresar las heces con movimientos de ordeño/8 horas.
- Cambiar bolsa colectora cuando este llena.

sigue –>

Conclusiones

El sistema flexi-seal es un dispositivo para el control de la incontinencia fecal de los pacientes críticos proporcionando mejores cuidados en forma de bienestar y confort, aunque se precisa de nuevas líneas de investigación para demostrar su efectividad.

Financiación

No.

Palabras clave

Incontinencia fecal · diarrea · cuidados críticos · atención de enfermería

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Pantalla nº 1. **Miércoles 13 de Junio de 2018 de 10:40 a 11:10 h.**

ID 280

VALORES Y ACTITUDES PREDOMINANTES EN EL TRABAJO DIARIO DE UCI

Fracisco Expósito Barroso[1]; J. Sáez Sánchez[1]; S. Navarro Bautista[1]; M. Baeza Mirete[1]; E. Muñoz Borrachero[1]; R. Martínez Hurtado[1]; S. Sánchez Camara[1]; N. Molina Sánchez[2]; RB. Fernández Ariza[3]; S. de Gea García[1]
1. Unidad de cuidados intensivos, HCUVA; 2. UCI, Hospital los Arcos San Javier; 3. Hopital Santalucía, Cartagena

Introducción-Objetivos

El hombre es efímero e inexorablemente tiene que adaptarse al perfil de estos tiempos para no convertir las leyes humanas en formulas huecas de toda eficacia. Debemos alcanzar el equilibrio entre el deber teórico y las exigencias del momento, equilibrio necesario en el quehacer profesional de la enfermería. Trataremos de descubrir la originalidad habitual del profesional de enfermería para reforzar su praxis asistencial, centrados en los valores y actitudes que los definen.

Metodología-Observación Clínica

Destacaremos los valores y actitudes que definen la profesión enfermera, se repartieron cuestionarios de evaluación. Constaban de preguntas tipo test de opción múltiple y están validados por la “American Association of Colleges of Nursing” (AACN). Los datos fueron añadidos a un fichero Excell y analizados con el programa Stata en su versión 14.

Resultados-Intervenciones

Muestra de 65 enfermeros con una media de edad de 42,6 años y un rango de 23 a 60 años. El x% fueron de sexo masculino. Un 82% de los encuestados (OR 0,82, IC 95% 0,74-0,87, p < 0,04) considera la sensibilidad moral una competencia que debe acompañar al cuidado. Analizando los distintos parámetros se observa que no existen diferencias estadísticamente significativas con respecto a la AACN. Los participantes expresaron un grado de acuerdo con los enunciados propuestos del 70%. El análisis de la consistencia interna a través del coeficiente alfa de Cronbach resultó de 0.83. Sin diferencias entre sexos (p=0,54) en los puntos estudiados. No hay diferencias en relación a la edad (se estratificó a la población en 3 grupos utilizando el P25, p50 y P75 para su comparación) (p=0,25).

Conclusiones

El modelo teórico propuesto, considera la sensibilidad moral como una competencia basada en valores profesionales que debe preceder y acompañar cualquier actividad del cuidado. La evaluación de la sensibilidad moral ha demostrado índices aceptables de validez y fiabilidad en todas sus facetas.

Palabras clave

Valores · Actitudes · Enfermería · Ética · Cuidados

Pantalla nº 1. **Miércoles 13 de Junio de 2018 de 10:40 a 11:10 h.**

ID 284

INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA DE MINDFULNESS PARA FAMILIARES DE PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Marta Navarro Colom; J. Arán; A. Gil; I. Ramírez; C. Jover; M. Vega
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

Introducción-Objetivos

El ingreso en una unidad de cuidados intensivos (UCI) produce estrés y ansiedad en el entorno familiar del paciente dificultando una interrelación y comunicación efectivas.

Objetivo: Diseñar un protocolo basado en una intervención psicoeducativa de Mindfulness para los familiares de pacientes ingresados en la UCI.

Metodología-Observación Clínica

Elaboración de un protocolo adaptando el programa Mindfulness Based Stress Reduction, dirigido a las familias de pacientes ingresados en una UCI polivalente de un hospital de nivel III. Se evaluará el nivel de autoconocimiento, autocuidado, estrés y ansiedad mediante escalas validadas y la satisfacción mediante un cuestionario ad-hoc, valorando los indicadores de: 1. Grado de mejora en el autoconocimiento y autocuidado 2. Grado de mejora en los niveles de estrés y ansiedad 3. Grado de satisfacción con el programa.

Resultados-Intervenciones

El programa se estructura en 8 sesiones de 1 hora y media de duración. Cada sesión consta de una parte teórica y una práctica. Está coordinado por un equipo de enfermeras expertas en UCI y formadas en Mindfulness.

Conclusiones

Una intervención psicoeducativa basada en Mindfulness puede proporcionar las herramientas necesarias a las familias de los pacientes de la UCI para aumentar su autoconocimiento y autocuidado, así como disminuir la ansiedad y el estrés que experimentan.

SESIONES	TEORIA	PRÁCTICA
1	ORIGEN DEL MINDFULNESS	MEDITACIÓN DE LA RESPIRACIÓN
2	TRIÁNGULO DE LA ATENCIÓN	MEDITACIÓN CAMINANDO
3	REGULACIÓN EMOCIONAL	MEDITACIÓN DE LA ESPIRACIÓN
4	REGULACIÓN DEL ESTRÉS	MEDITACIÓN DE LOS SONIDOS
5	RESILIENCIA	BODY SCAN COMPASIVO
6	BONDAD AMOROSA	MEDITACIÓN DE LA BONDAD AMOROSA
7	COMPASIÓN	MEDITACIÓN DE LA FATIGA DEL CUIDADOR
8	AUTOCOMPASIÓN	MEDITACIÓN DE LA AUTOCOMPASIÓN

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Pantalla nº 1. **Miércoles 13 de Junio de 2018 de 10:40 a 11:10 h.**

ID 285

TRATAMIENTO ESPECÍFICO DE LA ATELECTASIA EN EL PACIENTE CRÍTICO

Andrés Luzón Pérez; M. Vicente López; A. Sanz Sánchez; V. Gago Gómez; Y. Torrejón Pulido; MI. Ramos Soriano; J. Valderrama Viso; M. Ortiz Jiménez; D. Valderas Castilla; R. Martínez Serna
Hospital del Tajo

Introducción-Objetivos

La atelectasia en pacientes con ventilación mecánica es un problema frecuente que empeora el pronóstico y la estancia. En nuestra Unidad nos propusimos describir los tratamientos más efectivos para prevenir y tratar la atelectasia en el paciente crítico.

Metodología-Observación Clínica

Se realizó una revisión bibliográfica por un equipo de 10 profesionales de Septiembre a Diciembre de 2017, explotando las principales bases de datos en ciencias de la salud.

Resultados-Intervenciones

Se revisaron 91 artículos. Entraron en el estudio 18: 9 ensayos, 8 descriptivos y 1 casos y controles. Se clasificaron los estudios según la técnica:

- Fibrobroncoscopia: Se analizaron 6 estudios que acumulaban 135 (70%) atelectasias resueltas en 193 pacientes.
- Humidificación: 2 estudios mostraban la aparición de 5 atelectasias (6,8%) para 73 pacientes usando esta técnica.
- Fisioterapia respiratoria y drenaje postural: 6 estudios, en dos la incidencia fue menor (14% y 15.8%) que los datos de referencia, los otros 4 reflejaban mejoría de todos los parámetros respiratorios, aunque no específicamente de la atelectasia.
- Ventilación protectora, uso de presión positiva al final de la espiración (PEEP) y reclutamiento: 5 estudios no reportaban datos de resolución de atelectasia, pero en sus conclusiones todos señalan la mejoría de parámetros respiratorios.

Conclusiones

Encontramos pocos estudios que describan específicamente la prevención o resolución de atelectasias en función de las técnicas. Frecuentemente se combinan varias técnicas. La fibrobroncoscopia es eficaz para la resolución de la mayoría de atelectasias. La fisioterapia respiratoria parece bajar su incidencia. La ventilación protectora, uso de PEEP y reclutamiento presentan resultados dispares, aunque mayoritariamente suelen intuir beneficios. Existen pocos estudios concluyentes sobre humidificación y atelectasia, si bien en ellos la aparición de atelectasias con esta técnica fue mínima. Es necesario conocer la efectividad de las distintas técnicas encaminadas a mejorar la atelectasia, así como elaborar planes de actuación para su prevención y tratamiento.

Palabras clave

Atelectasia pulmonar · ventilación mecánica · paciente crítico · unidad de cuidados intensivos · terapia respiratoria · drenaje postural · broncoscopia · fibrobroncoscopia · broncoscopia flexible · humidificación de vía aérea · fisioterapia respiratoria · ventilación protectora · reclutamiento alveolar

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Pantalla nº 1. **Miércoles 13 de Junio de 2018 de 10:40 a 11:10 h.**

ID 288

CALIDAD DE LA INFORMACIÓN CLÍNICA A FAMILIARES DE PACIENTES CRÍTICOS

Mónica Ortiz Jiménez; V. Gago Gómez; L. Medina Sánchez; R. Martínez Serna; DF. Rodríguez Tristán; J. Valderrama Viso; Y. Torrejón Pulido; L. Real Villena; A. Luzón Sánchez; D. Valderas Castilla
Hospital del Tajo

Introducción-Objetivos

La información a familiares de pacientes críticos es un proceso complejo que influye en el nivel de ansiedad y a menudo puede resultar inexacta o mal comprendida. Diversos estudios han reportado que los familiares consideran deficiente la información recibida. Los profesionales de nuestra Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) se propusieron revisar la información suministrada, con el fin de valorar la compresión de la información, su grado de ambigüedad y la opinión de los familiares.

Metodología-Observación Clínica

Se realizó una encuesta anónima y voluntaria a los familiares tras haber sido informados por el médico. En ella se preguntaba por el diagnóstico, el nivel de gravedad, el uso de lenguaje excesivamente técnico, el trato recibido, la utilidad de la información, su suficiencia. El diagnóstico referido se comparó con el reflejado en la historia y el nivel de gravedad con el Simplified Acute Physiologic Score III (SAPS3). Se registraron todos los datos con Microsoft Access 2016 y se calcularon sus frecuencias con SPSS 18.0.

Resultados-Intervenciones

Se recogieron 30 encuestas durante el mes de diciembre de 2017. El diagnóstico médico fue distinto al reflejado por los familiares en el 40%. Y el nivel de gravedad no concordaba en el 46,7%. Todos los encuestados refirieron haber recibido un trato humano y accesible, así como una información útil para disminuir su nivel de ansiedad. Sólo dos casos señalaron que el lenguaje fue demasiado técnico. Y para el 30% la información fue insuficiente.

Conclusiones

La información clínica suministrada en nuestra Unidad resulta útil, se dispensa con un lenguaje entendible y el trato percibido es accesible y humano. El diagnóstico y nivel de gravedad que entienden los familiares no coinciden, a menudo, con los del médico. Podría ser conveniente modificar los protocolos informativos, comprobando que tanto el médico informante como el familiar coinciden en la situación objetiva del paciente.

Palabras clave

Unidad de Cuidados Intensivos · Información médica · Acompañantes · Familiares · Opiniones

PREGUNTA	SI
¿Concuerda el diagnostico real con el entendido?	60%
¿Concuerda el nivel de gravedad entendido con el SAPS3 calculado?	53.3%
¿El lenguaje suministrado fue demasiado técnico y poco entendible?	6.7%
¿Ha recibido un trato cercano, humano y accesible?	100%
¿Considera la información fue útil y que ayuda a reducir su nivel de ansiedad?	100%
¿Considera que la información ha sido suficiente?	70%

Resultados generales. Encuesta a familiares sobre la información médica recibida. N=30.

Pantalla nº 1. **Miércoles 13 de Junio de 2018 de 10:40 a 11:10 h.**

ID 290

TRASLADO DEL PACIENTE CRÍTICO INTRAHOSPITALARIO (VIDEOPOSTER)

M. Martínez Albertín; M. Corretgé Giné; M. Castellanos Vidal; B. Rubinat Brusau; R. Pascual Climent; I. Sabaté Cordero
UCI Hospital Universitario Arnau de Vilanova

Introducción-Objetivos

A pesar de que el desarrollo tecnológico actual ha permitido cierta autonomía de trabajo en las unidades de cuidados intensivos (UCI), aún hay un gran número de procedimientos, sean diagnósticos o terapéuticos, imposibles de realizar dentro de la propia unidad.

Los objetivos son los siguientes:

- Conocer las guias sobre el traslado intrahospitalario del paciente critico.
- Describir las fases del traslado y los posibles traslados que se pueden dar.

Metodología-Observación Clínica

Búsqueda bibliográfica en la base de datos Medline. Revisión de la guía de traslado de nuestra unidad.

Resultados-Intervenciones

Aunque los traslados intrahospitalarios se van convirtiendo en algo rutinario en los hospitales de nuestro país, no deben someterse a la improvisación, si no que se debe tratar de un procedimiento planificado en el que se deben conocer las fases del traslado: Fase de preparación, en la que se deben minimizar los riesgos, conociendo el estado del paciente, y minimizar las consecuencias de posibles adversidades, debe prepararse todo el material necesario y el material de parada o emergente en un maletín o método de traslado optimo. Fase de traslado, debe realizarse acompañados, como minimo, de una enfermera y un intensivista y en esta fase debe mantenerse la monitorización y el estado del paciente lo mas estable posible. Fase de retorno y estabilización., en esta fase se restituirán las medidas terapéuticas y los equipos de los que se hayan prescindido durante el traslado y se comprobara que el paciente sique estable, tomando nota de las constantes a la vuelta.

Conclusiones

El transporte de un paciente grave dentro del propio hospital donde recibe asistencia debe ajustarse a ciertas normas de actuación que resguarden la seguridad del enfermo y evidencien una serie de medidas que permitan anticipar los posibles riesgos.

Palabras clave

traslado intrahospitalario · pruebas complementarias · enfermeria UCI

Pósters

Pantalla nº 2. **Miércoles 13 de Junio de 2018 de 10:40 a 11:10 h.**

ID 291
CUIDADOS DE LAS FAMILIAS DE PACIENTES INGRESADOS EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

ID 292
MONITORIZACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL AL INGRESO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

ID 294
MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE CON PATOLOGÍA CRÍTICA COMPLEJA INGRESADO EN UCI DURANTE EL TRASLADO INTRAHOSPITALARIO

ID 295
OXIGENOTERAPIA DE ALTO FLUJO EN ADULTOS MENDIANTE OPTIFLOW F&P Y RESPIRADOR DRÄGER

ID 296
ACCESOS VASCULARES EN SITUACIONES DE URGENCIA Y EMERGENCIA: VÍA INTRAÓSEA

ID 297
EL PAPEL DE ENFERMERÍA EN EL PROCESO DE LA LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO EN PACIENTES CRÍTICOS

ID 298
INVENTIVA EN CUIDADOS CRÍTICOS: LA NECESIDAD OBLIGA

ID 301
EVOLUCIÓN DE LOS PATÓGENOS MULTIRRESISTENTES TRAS UN CAMBIO EN LA POLÍTICA DE AISLAMIENTO PREVENTIVOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Pantalla nº 2. **Miércoles 13 de Junio de 2018 de 10:40 a 11:10 h.**

ID 291

CUIDADOS DE LAS FAMILIAS DE PACIENTES INGRESADOS EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

María del Carmen Torrejón Martínez de Carvajal; C. Ballesteros Plata; AL. Algaba Andrade
Hospital Universitario Virgen del Rocío

Introducción-Objetivos

La atención a la familia del paciente crítico requiere de planes de cuidados sistemáticos, liderados por las enfermeras como profesionales estratégicos que aborden las necesidades del paciente y su familia. Por otro lado, el rápido desarrollo profesional y la alta tecnificación de las unidades de cuidados intensivos (UCIs) han hecho posibles obtener cifras extraordinarias de supervivencia. Sin embargo, en esta lucha centrada en el paciente y su proceso, no se tiene en cuenta suficientemente a la familia y sus necesidades: confort, seguridad, comunicación, participación activa en los cuidados, ayuda en la toma de decisiones... Abordar estas necesidades contribuirá positivamente en la recuperación del paciente y en la satisfacción de la familia con los cuidados prestados.

Objetivo: Conocer estudios que describan cuidados dirigidos a las familias de pacientes ingresados en UCIs de adultos.

Metodología-Observación Clínica

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos PubMed, Scopus y Web of Science (WOS) de artículos publicados en los últimos diez años. Se utilizaron los siguientes descriptores: “family care” AND “intensive care unit” NOT neonat* NOT pediactric.

Resultados-Intervenciones

Se localizaron 57 artículos: 17 en PubMed, 21 en Scopus y 19 en WOS. Se seleccionaron 19 artículos todos ellos elaborados por enfermeras. De ellos 9 estudios abordan opiniones, percepciones y experiencias de las enfermeras con las familias, 4 se ocupan de las familias y un estudio explora necesidades tanto en familias como profesionales. Solo 4 artículos describen intervenciones que se llevaron a cabo con las familias.

Conclusiones

Son necesarios estudios futuros, que aporten evidencia en la implementación de planes de cuidados, en los que las enfermeras aborden la atención al paciente crítico y familia como unidad de cuidado. En la recuperación del paciente crítico intervienen profesionales, pacientes y familias; las enfermeras debemos tomar la iniciativa, poner en valor lo que aportan las familias y cuidarlas para que puedan cuidar.

Palabras clave

Cuidados familia · Enfermería · Unidades de cuidados intensivos

Pantalla nº 2. **Miércoles 13 de Junio de 2018 de 10:40 a 11:10 h.**

ID 292

MONITORIZACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL AL INGRESO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Inés Loder; D. Cardona; G. Navarro; G. Robleda
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

Introducción-Objetivos

Conocer el estado nutricional de los pacientes que ingresan en una unidad de cuidados intensivos y factores que se asocian a desnutrición.

Metodología-Observación Clínica

Estudio piloto observacional, analítico, transversal y prospectivo en pacientes de uci con una previsión mínima de 48 horas de ingreso que dieran su consentimiento para participar. Se excluyeron embarazadas y pacientes con deterioro cognitivo sin apoyo familiar (no capaces de responder al screening). Se evaluó la desnutrición con la NRS 2002 que consta de 4 preguntas de screening inicial y cuatro niveles de deterioro nutricional y gravedad de la enfermedad en el cribado. Otras variables fueron: edad, sexo, diagnóstico, IMC y comorbilidades. Se diseñó un cuaderno de recogida de datos específico para el estudio.

Resultados-Intervenciones

Se incluyeron 49 pacientes de 69 años ± 13; el 65% (32) eran mujeres y un 92% (45) fueron pacientes médicos. El 96% (47) de pacientes tenían riesgo de desnutrición (cribado inicial NRS positivo) y un 61% (30) tenían desnutrición. El principal factor que llevó a considerar a los pacientes de riesgo fue la enfermedad grave (96%). La edad ?70 años fue un factor que mostró una tendencia a la significación en la desnutrición (60% vs 40%, p.052). En el cribado final, un 24,5% de los pacientes tenían deterioro nutricional de leve a grave y en un 72% la severidad de la enfermedad era moderada-grave. La estancia en la uci fue estadísticamente superior en los pacientes con desnutrición (24,6 ± 17 vs 11 ± 7,8; p<0.01). Un grado de severidad moderada y grave de la enfermedad se asoció con más días de estancia (p 0.021)

Conclusiones

La prevalencia de pacientes críticos con riesgo a la desnutrición y desnutrición en el ingreso en una UCI es elevada. La severidad de la enfermedad en pacientes desnutridos se asocia con más días de estancia.

Pantalla nº 2. **Miércoles 13 de Junio de 2018 de 10:40 a 11:10 h.**

ID 294

MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE CON PATOLOGÍA CRÍTICA COMPLEJA INGRESADO EN UCI DURANTE EL TRASLADO INTRAHOSPITALARIO

Pilar Lara Domínguez, MV. de la Torre Prados; B. Sanz Pacheco; JM. Castillo Caballero; M. Carballo Ruíz
UCI Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga

Introducción-Objetivos

En la UCI, los pacientes que se encuentran ingresados, precisan de cuidados especiales y pruebas específicas, muchas de ellas teniendo que realizarse fuera de la unidad.Las áreas más comunes donde el paciente precisa ser movilizado para la realización de pruebas, son el escáner, la resonancia magnética, quirófano, rayos vasculares, área de hemodinámica, etc.El desplazamiento de pacientes con patología crítica compleja se decide realizarlo cuando la situación hemodinámica es la más óptima posible, garantizando la estabilidad durante el tiempo que se encuentre fuera de la unidad.La preparación necesaria debe ser precisa y cuidada a la perfección para evitar incidentes.

Objetivo: Aumentar la seguridad del paciente de UCI durante los traslados intrahospitalarios (TIH).

Metodología-Observación Clínica

Con el fin de evitar errores en el momento de preparar al paciente, y con la intención de mejorar la seguridad del mismo durante los traslados a otras áreas, en la UCI del HUVVde Málaga, se elaboró un check list el cual abordase todos los aspectos importantes a revisar antes de la movilización.

Resultados-Intervenciones

Tras la elaboración del check list, se pone en conocimiento de todos los profesionales de la unidad para posterior puesta en marcha cada vez que un paciente salga de UCI.

Conclusiones

El cumplimiento del mismo, disminuirá la incidencia de posibles efectos adversos relacionados con los TIH. La implicación de todos los profesionales, es importante para su puesta en marcha y para conseguir la finalidad de su elaboración.

Palabras clave

traslado · UCI

sigue –>

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Check list Traslado Intrahospitalario (TIH), UCI HUVV

Traslado Programado: **Traslado Urgente:**

Listado de componentes del procedimiento, especificar o señalar con redondel	**Señalar con X si confirmado**
Indicación/Forma de TIH, Médico referente UCI: Enfermero referente UCI:	Hora Indicación:
Consensuar hora traslado en UCI: Médico referente, Enfermero referente, Auxiliar referente y celador	Hora Traslado:
Recepción en servicio destino: RX, Hemodinámica, Medicina Nuclear, Quirófano	Hora Llegada:
Nombre del médico y enfermero receptor:	**OBSERVACIONES:**
Soporte hemodinámico necesario por médico referente: FC TANI TAI	
Soporte respiratorio necesario por médico referente: Sat O2 FR VM Bombona Oxígeno	
Funcionamiento Monitor: Enfermero Supervisor@ de enfermería Médico	
Funcionamiento Respirador : Enfermero Supervisor@ de enfermería Médico	
Bombona oxígeno, presión al inicio TIH: Celador Enfermero Médico	
Estabilidad hemodinámica antes traslado: FC TA	
Estabilidad respiratoria antes traslado: FR Sat O2	
Estabilidad psicomotriz: Analgesia Sedación	
Enfermero referente con acompañamiento durante: Traslado Técnica	
Médico referente con acompañamiento durante: Traslado Técnica	
HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE: SÍ NO	
AVISO A LA FAMILIA: SÍ NO	

ETIQUETA DEL PACIENTE

Pantalla nº 2. **Miércoles 13 de Junio de 2018 de 10:40 a 11:10 h.**

ID 295

OXIGENOTERAPIA DE ALTO FLUJO EN ADULTOS MENDIANTE OPTIFLOW F&P Y RESPIRADOR DRÄGER

María José Rodríguez Rodríguez; Esther Delgado Mingorance
Hospital Clínico de Barcelona

Introducción-Objetivos

La oxigenotearapia de alto flujo es un soporte respiratorio, no invasivo, que permite administrar un flujo (hasta 60 litros/minuto) termohumidificado y con una fracción inspiratoria de oxígeno variable. Éste puede ser administrado mediante cánulas nasales de silicona o, en paciente traqueotomizado, mediante un adaptador conectado a la cánula. Dada la expansión de su uso en nuestra unidad (UCI adultos), creemos necesario desarrollar una guía clínica que incluya los principales mecanismos de acción, una descripción detallada del montaje y funcionamiento y los cuidados de enfermería.

Metodología-Observación Clínica

Búsqueda bibliográfica en bases de datos: CUIDEN, SciELO, Biblioteca Cochrane, Pubmed y Medline.

Resultados-Intervenciones

Tras revisión bibliográfica, elaboramos una guía clínica dónde se describen los principales aspectos a tener en cuenta para prestar una atención adecuada:

- Mecanismos de acción
- Indicaciones y contraindicaciones
- Ventajas e inconvenientes
- Material necesario y montaje del sistema
- Criterios a tener en cuenta al inicio de la terapia
- Cuidados de enfermería
- Criterios de destete

Conclusiones

Esta terapia presenta ventajas fisiológicas frente a la oxigenoterapia convencional como mejorar la oxigenación, disminuir el trabajo y frecuencia respiratorios así como disminuir la probabilidad de requerir tratamientos más invasivos. La bibliografía sugiere que es efectiva para tratar precozmente pacientes críticos con insuficiencia respiratoria aguda secundaria a diferentes condiciones patológicas. Todo ello ha motivado que haya habido un aumento de su empleo. La literatura establece unas pautas generales para iniciar/finalizar el tratamiento y las principales indicaciones. No obstante, se precisarían estudios más concluyentes para identificar, específicamente, la población diana que se beneficiaria de su uso y confirmar efectos a largo plazo. Comprender el correcto funcionamiento de la terapia y estandarizar los cuidados de enfermería posibilita su eficacia y una mayor eficiencia al limitar el tiempo del montaje y la planificación de cuidados, permitiendo siempre su individualización para evitar la despersonalización en la prestación de los mismos y detectar complicaciones potenciales.

Palabras clave

Oxigenoterapia de alto flujo · Lentillas nasales de alto flujo · High-flow oxygen therapy · High-flow nasal cannula

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Pantalla nº 2. **Miércoles 13 de Junio de 2018 de 10:40 a 11:10 h.**

ID 296

ACCESOS VASCULARES EN SITUACIONES DE URGENCIA Y EMERGENCIA: VÍA INTRAÓSEA

Juan José Rodríguez Mondéjar; O. Segura Alba[2]; JA. Jiménez Hernández[3]; M. Martínez Martínez[4]
UME-2 (Alcantarilla). Gerencia de Urgencias y Emergencias 061. SMS; 2. Facultad Enfermería (UMU). Campus Mare Nostrun. IMIB-Arrixaca; 3. HCU Virgen de la Arrixaca. SMS; 4. Residencia Virgen del Mar, Cartagena

Introducción-Objetivos

El conocimiento y uso de la vía intraósea en situaciones de emergencia es una realidad propuesta en las guías de actuación en pacientes con parada cardiorrespiratoria, trauma grave y otros procesos vitales en los que no se ha podido canalizar una vía venosa periférica. A través de un plan formativo en distintas organizaciones públicas regionales se está potenciando su conocimiento. El objetivo de este estudio es determinar el grado de conocimiento y/o uso de vía intraósea en profesionales que han solicitado esta formación.

Metodología-Observación Clínica

Estudio descriptivo, prospectivo y transversal. Temporalidad: 2016-17. Sujetos a estudio: profesionales de enfermería que participaron en cursos de formación sobre paciente con trauma grave, taller de vía intraósea, y/o cursos de Soporte Vital. Desarrollo: Cuestionario ad hoc con variables sociodemográficas, así como datos de conocimientos generales sobre la vía intraósea y sus usos. Procesamiento estadístico: IBM SPSS Statistics v23, estadística descriptiva con medias y DE para variables cuantitativas, frecuencias y porcentajes en cualitativas. Normas éticas: se han cumplido las normas sobre protección de datos y respeto a la intimidad de los profesionales participantes, según normativa vigente.

Resultados-Intervenciones

Muestra 115 enfermeros. Edad media 37 años DE9,56 (21-58). Mujeres 68,5%. Con contrato fijo un 35%. Desean formación en el tema el 93%. En periodo de formación han realizado entre 0 y 12 punciones intraóseas, en la práctica clínica entre 0 y 20. Un 60% tienen equipos de punción intraósea en su unidad. Consideran sus conocimientos como: Ninguno 14%, suficientes 29%, de experto 1%. Han realizado algún taller de vía intraósea un 28%, entre el 2008 y 2017.

Conclusiones

Se detecta interés en la formación específica sobre acceso de vía intraósea en urgencias y emergencias. El conocimiento y experiencia práctica es muy variable considerándose pocos como muy bien formados, lo que potencia la idea de realizar talleres y actividades docentes a propósito.

Financiación

No ha existido financiación ni pública, ni privada para realizar este estudio.

Palabras clave

Enfermería de urgencia · Enfermería de cuidados críticos · Medicina de emergencia · Dispositivos de Acceso Vascular

Pantalla nº 2. **Miércoles 13 de Junio de 2018 de 10:40 a 11:10 h.**

ID 297

EL PAPEL DE ENFERMERÍA EN EL PROCESO DE LA LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO EN PACIENTES CRÍTICOS

Mª Elisa López Martínez[1]; RS. Lázaro Meca[1]; R. Jurado Pellicer[1]; S. Tenorio Torres[1]; L. Juguera Rodríguez[1]; MI. del Saz Caja[1]; D. Ródenas Martínez[2]; AC. Hernández Alcahud[3]
1. HCU Virgen Arrixaca; 2. Clínica Ródenas; 3. Hospital de Molina

Introducción-Objetivos

Se entiende por Limitación del Esfuerzo Terapéutico (LET), la decisión de no iniciar o de retirar, si ya se hubiese iniciado, cualquier tipo de tratamientos, incluidos los tratamientos de soporte vital. Esta decisión supone un proceso, por un lado, de comunicación y, por otro, de asistencia, no abandono y cuidados; en ambos, la participación de Enfermería es fundamental para su desarrollo y consecución. El objetivo es conocer el grado de implicación percibido por el personal de enfermería de las unidades de cuidados intensivos, en la toma de decisiones de la LET.

Metodología-Observación Clínica

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Pubmed, Cuiden, Biblioteca Cochrane Plus, Google Académico, incluyendo artículos de los últimos 10 años en inglés y castellano. Se han incluido un total de 39 artículos y dos guías de práctica clínica.

Resultados-Intervenciones

A pesar de que todos los autores insisten en que la decisión de LET debe tomarse por consenso entre todos los miembros del equipo de salud, los estudios analizados indican que la participación enfermera en la toma de decisiones al final de la vida es insuficiente, incluso “invisible”. La profesión enfermera, cada vez más, ha de formarse en estrategias de tomas de decisiones, y conocer la metodología recomendada por los bioeticistas. Debe conocer y hacer valer su aportación en el seno del equipo, y debe actuar representando y fomentando la participación de todos los profesionales, el intercambio de ideas y la resolución de problemas.

Conclusiones

La enfermera de cuidados intensivos percibe que no participa de forma activa en la toma de decisiones al final de la vida, aunque realiza importantes contribuciones.

Palabras clave

Limitación del Esfuerzo Terapéutico · Humanización de la Atención · Enfermería · Cuidados Críticos · Toma de decisiones

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Pantalla nº 2. **Miércoles 13 de Junio de 2018 de 10:40 a 11:10 h.**

ID 298

INVENTIVA EN CUIDADOS CRÍTICOS: LA NECESIDAD OBLIGA

Salvador Hernández de Andrés; RM. García-Vandewalle García; M. Galera Martínez; MJ. Henche Correa; MA. Domínguez Bernal; J. Cortés Carmona; PN. Rodríuez Rodríguez; ME. Caro Nieto; FJ. Miralles Andújar; A. García Olert
Hospital Comarcal de Melilla

Introducción-Objetivos

El tubo en t para ventilación es un dispositivo que permite mantener aislada la vía aérea del paciente y asegurar la oxemia sin apoyo ventilatorio siempre que el paciente tenga respiración espontanea. Presentamos caso clínico de paciente de 45 años diagnosticado de esclerosis lateral amiotrófica que desarrolla insuficiencia ventilatoria.

Los objetivos planteados son validar la eficacia de un dispositivo de fabricación casera para mantener la oxemia en las condiciones que describimos y garantizar la seguridad del paciente con la transición a un dispositivo de ventilación convencional.

Metodología-Observación Clínica

El paciente es trasladado a nuestro hospital desde un centro sanitario de Marruecos. Se recibe intubado, con respiración espontánea y conectado a una pieza de tubo en T de fabricación casera consistente en un jeringa de Guyon sin émbolo y con una perforación para unirla al conector de 15 mm del tubo endotraqueal. Los gases al ingreso demostraron hipoventilación con acidosis respiratoria. La SpO2 se mantenía conservada (98%).

Resultados-Intervenciones

Al ingreso en UCI, fue conectado a ventilador mecánico para corregir la acidosis. El paciente precisó de traqueostomía por la persistencia de parálisis de bomba respiratoria y fue dado de alta en el día 15.

Diagnósticos NANDA

- Complicaciones posibles NIC 6650 Vigilancia 4120 Manejo de líquidos
- Requerimientos terapeúticos NIC 3300 Ventilación Mecánica 3320 Oxigenoterapia
- Requerimientos diagnósticos NIC 4238 Flebotomía: muestra de sangre venosa

Conclusiones

El tubo en t de fabricación casera fue eficaz para mantener la oxemia del paciente en el contexto que describimos. Los costes que genera el material fungible en los sistemas sanitarios, a menudo no pueden ser asumidos por todos los países, o no existe disponibilidad en todos los centros hospitalarios. Así, hay ocasiones en que la necesidad, obliga a los profesionales sanitarios a poner en marcha toda su inventiva para tratar a los pacientes con unas mínimas garantías de seguridad.

Palabras clave

Ventilación Mecánica · Oxemia · Precariedad

Pantalla nº 2. **Miércoles 13 de Junio de 2018 de 10:40 a 11:10 h.**

ID 301

EVOLUCIÓN DE LOS PATÓGENOS MULTIRRESISTENTES TRAS UN CAMBIO EN LA POLÍTICA DE AISLAMIENTO PREVENTIVOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

María Dolores González Caro; MI. Canton Bulnes; MC. González Delgado; J. Garnacho Montero
HUV Macarena

Introducción-Objetivos

En UCI existe alto riesgo de transmisión cruzada de bacterias multirresistentes (BMR). Una de las medidas recomendadas para su prevención es la detección de portadores y aislamiento de contacto preventivo en pacientes con alto riesgo de presentar colonización por BMR.

Objetivo: Describir de las BMR aisladas en los cultivos de vigilancia (CV)durante el ingreso. Analizar el cambio en la política de aislamientos preventivos y su reflejo en los resultados

Metodología-Observación Clínica

Estudio prospectivo de incidencia realizado desde Mayo 2014 hasta Junio de 2017, en una UCI polivalente de 30 camas sin ingresos coronarios. Los datos se obtienen de la base de datos ENVIN y se presentan como porcentajes. Las BMR monitorizadas fueron las establecidas en el proyecto Resistencia Zero. Durante todo el periodo de estudio se tomaron CV al ingreso y cada 15 días. Desde el inicio del proyecto realizamos aislamiento preventivo al ingreso en pacientes con factores de riesgo (FR) para BMR, hasta resultados de los cultivos y a partir de los 15 días de ingreso. Desde Marzo de 2016 se realizaron aislamientos preventivos únicamente al ingreso en pacientes con FR para BMR

Resultados-Intervenciones

Se analizaron un total de 4300 pacientes. El número total de BMR detectados intraUCI fue de 46. Lo cual supone 1.07 pac con BMR por cada 100 pac ingresados en UCI. Se muestran los resultados en la Fig. 1.

Conclusiones

Con la nueva política de aislamientos no hay incremento en la detección de BMR, y ha repercutido en un descenso en la tasa de aislamientos. La disminución de tasas de aislamientos conlleva una disminución de las cargas de trabajo para enfermería, disminución de las consecuencias negativas del aislamiento para el paciente (aumento de eventos adversos prevenibles, disminución de cuidados documentados, aislamiento psicológico del paciente).

Palabras clave

Aislamiento · prevencion & control

Fig 1: Patógenos multiresistentes desde el inicio proyecto RZ por 100 pacientes.

	Mayo2014-Febrero 2016			Marzo2016-Junio 2017		
	GLOBAL	COLONIZACIÓN	INFECCIÓN	GLOBAL	COLONIZACIÓN	INFECCIÓN
Acinetobacter. spp	0.28	0.16	0.12	0	0	0
Enterobacteria productora de beta lactamasa de espectro extendido (BLEE)	0.28	0.04	0.24	0.32	0.16	0.16
BGN carbapenemasas	0.2	0.12	0.08	0.16	0.10	0.05
Pseudomonas multiR	0.52	0.12	0.40	0.27	0	0.27
ERV	0	0	0	0	0	0
SARM	0	0	0	0	0	0
Pacientes con BMR	1.22	0.45	0.85	0.7	0.27	0.49
Tasa de aislamientos	225.01			126.47		

Se analizan un total de 4300 pacientes (2457 1º periodo) y (1843 3l 2º). Nº total de BMR 46, supone 1.07 pac con BMR por cada 100 pac ingresados en UCI.

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Pósters

Pantalla nº 3. **Miércoles 13 de Junio de 2018 de 10:40 a 11:10 h.**

ID 302
PROYECTO H-AVI: QUÉ OPINAN LOS PROFESIONALES DE LA AMPLIACIÓN DE LOS HORARIOS DE VISITAS EN EL ÁREA DE VIGILANCIA INTENSIVA (AVI) DEL HOSPITAL CLÍNICO DE BARCELONA?

ID 305
MANEJO DE LOS CONECTORES LIBRES DE AGUJA “CARESITE LUER ACCESS DEVICE®” EN LA BACTERIEMIA ASOCIADA A CATÉTERES VENOSOS CENTRALES

ID 306
OXIGENADOR DE MEMBRANA EXTRACORPÓREA (ECMO): CASO CLÍNICO

ID 307
PLAN DE MEJORA DE CONFORT DE PACIENTES EN UCI

ID 309
SEPSIS MENINGOCOCICA

Pantalla nº 3. **Miércoles 13 de Junio de 2018 de 10:40 a 11:10 h.**

ID 302

PROYECTO H-AVI: ¿QUÉ OPINAN LOS PROFESIONALES DE LA AMPLIACIÓN DE LOS HORARIOS DE VISITAS EN EL ÁREA DE VIGILANCIA INTENSIVA (AVI) DEL HOSPITAL CLÍNICO DE BARCELONA?

Inmaculada Carmona; C. Cuzco; L. Salvador
Hospital Clínic Barcelona

Introducción-Objetivos

Conocer la opinión del equipo asistencial sobre la ampliación del horario de visitas en la AVI del Hospital Clínico de Barcelona.

Metodología-Observación Clínica

Estudio descriptivo. Mediante encuesta de carácter anónimo y voluntario. Muestra: Equipo asistencial que trabajó durante los días de la ampliación del horario de visitas en la AVI del Hospital Clínico de Barcelona. Recogida de las encuestas: 2 semanas después. Encuesta con 24 preguntas divididas en 3 apartados: Efectos de la ampliación del horario de visitas sobre el paciente, efectos sobre la familia y efectos sobre el equipo asistencial. Las respuestas se ordenan en una escala Lickert de 4 puntos: 1 “totalmente en desacuerdo”, 2 “en desacuerdo”, 3 “de acuerdo” y 4 “totalmente de acuerdo”.

Resultados-Intervenciones

Total: 37 participantes (100%), 34 encuestas, 2 no válidas y 32 (86,4%) encuestas válidas. Datos sociodemográficos: 34 encuestas: 10 de Auxiliares de Enfermería y 24 de Enfermería, 50% personal fijo, 93% mujeres, 59% edad entre 23-30 años y el 56% de 1-5 años de experiencia en el servicio. Resultados de la encuesta: Efectos de la ampliación del horario de visitas en el paciente: 24 (75%) de los profesionales están en “desacuerdo” que la estancia de la familia hace que el paciente esté más inestable. Efectos en la familia: 19 (59,3%) están “de acuerdo” que la ampliación del horario de visitas ha disminuido la ansiedad de la familia. Efectos sobre el equipo asistencial: 24 (75%) están “en desacuerdo” que la ampliación del horario de visitas conlleva a una disminución en la proporción de cuidados al paciente.

Conclusiones

El equipo asistencial opina que la ampliación del horario de visitas no interfiere en la inestabilidad del paciente, sí influye en la ansiedad de la familia y no provoca una disminución de la administración de cuidados al paciente. Los resultados obtenidos sugieren aspectos de mejora en el horario de visitas establecido hasta ahora en la unidad.

Palabras clave

UCI · familia · visita

Pantalla nº 3. **Miércoles 13 de Junio de 2018 de 10:40 a 11:10 h.**

ID 305

MANEJO DE LOS CONECTORES LIBRES DE AGUJA "CARESITE LUER ACCESS DEVICE®" EN LA BACTERIEMIA ASOCIADA A CATÉTERES VENOSOS CENTRALES

Zoraida Molina Jiménez; N. Cantón Cordón; B. Martín Puga; S. Rosillo San Juan; P. Calero Martín de Villodres; S. Fernández Cruz; I. Ruiz Martínez; A. Navarro García; CM. Martín Pérez; AI. Algarra López
Hospital de Rehabilitación y Traumatología de Granada

Introducción-Objetivos

Según el estudio EPINE 2017, la bacteriemia se sitúa en el cuarto lugar dentro de las infecciones nosocomiales más importantes del medio hospitalario. Los avances tecnológicos, han facilitado el uso de Los conectores libres de aguja; dispositivo que admite la unión directa principalmente de jeringas o equipos de infusión, sin que medie el uso de agujas. La tendencia es fomentar su utilidad en pacientes requirentes de abordaje vascular continúo y prolongado disminuyendo la infección asociada al uso de catéteres venosos centrales (CVCs) ya que es una de las complicaciones más severa.

Objetivo: Conocer la importancia de usar los conectores libres de aguja CARESITE Luer Access Device® para reducir bacteriemia asociada a CVC.

Metodología-Observación Clínica

Se ha realizado una revisión bibliográfica sin límite de tiempo limitándonos a aquellos artículos en español relacionados directamente con nuestro objetivo en la base de datos Cuiden, Scielo, PudMed, y Google Académico

Resultados-Intervenciones

En este estudio se describen las características de los conectores libres de aguja CARESITE Luer Access Device® y sus ventajas a la hora de incluirlos en los sistemas de CVCs ya que se ha evidenciado una reducción importante de la bacteriemia asociada a CVCs.

Conclusiones

Enfermería debe utilizar los conectores libres de aguja, para así reducir el riesgo de bacteriemia asociada a CVC. Hay que realizar un entrenamiento apropiado para el uso de los conectores sin aguja de presión positiva antes de utilizarlos. Con la adopción de estas y de otras muchas medidas asepsia se pretende que en un futuro las tasas de bacteriemia asociadas a CVCs sean de mucha menor incidencia.

Palabras clave

conectores libres de aguja · catéteres intravasculares · infecciones asociadas a CVC

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Pantalla nº 3. **Miércoles 13 de Junio de 2018 de 10:40 a 11:10 h.**

ID 306

OXIGENADOR DE MEMBRANA EXTRACORPÓREA (ECMO): CASO CLÍNICO

Cecilia Cuzco; I. Carmona; A. Rodríguez; S. Valdeperez
Hospital Clínic de Barcelona

Introducción-Objetivos

El oxigenador de membrana extracorpórea (ECMO) es un sistema de asistencia mecánica que proporciona soporte circulatorio y/o respiratorio en pacientes con insuficiencia cardíaca, insuficiencia cardiorespiratoria o respiratoria; refractaria al tratamiento convencional. Tipos: Veno-Venosa (VV) para situaciones de fracaso respiratorio aislado, y Veno-Arterial (VA) en fracaso cardiaco, o cardiorrespiratorio. El dispositivo trasporta sangre venosa (desoxigenada) desde el paciente hasta un intercambiador de gases (oxigenador) donde la sangre se enriquece con oxígeno y se extrae dióxido de carbono. Esta sangre oxigenada se retorna a la circulación del paciente. Los avances en el desarrollo de las técnicas cardiovasculares, ha beneficiado a numerosos pacientes y mejorado la sobrevivencia.

Metodología-Observación Clínica

Mujer de 55 a. El 11/01/18 a las 19:20h acude a urgencias, orientación diagnóstica: Pneumonía e Insuficiencia respiratoria. FR 40x?, SatO2 92% con mascarilla venturi al 60%, FC 130x? en Ritmo Sinusal. Se realiza IOT + VM en VC, FiO2 100% con VT 440, PEEP +8, FR 17. El 13/01 ingresa en Área de Vigilancia Intensiva bajo IOT+VM, VC, se permiten presiones pico y mesetas elevadas (32-34 cmH2O), se aumenta PEEP progresivamente con adecuada tolerancia y discreta mejoría gasométrica. HDM con bajo requerimiento de noradrenalina, mantiene adecuada perfusión periférica y diuresis. NRL sedo-analgésia: remifentanilo y propofol, RASS -5, miorrelajación con cisatracurio, TOF1. Presenta deterioro gasométrico progresivo con hipoxemia (PaFi 0.7) e hipercapnia (pCO2 60), se procede a instauración de ECMO veno-venosa y se cambia a PS. El 18/01 se observa mejora relativa de los parámetros respiratorios, se disminuye FiO2 de ECMO al 80%. El 24/01 se procede a la retirada de ECMO V-V con buena tolerancia. IOT+VM en PC 21, PEEP+8, FiO2 50%, FR20.

Resultados-Intervenciones

Tabla

Conclusiones

La inclusión en el Plan de Cuidados de Enfermería de los problemas derivados de la ECMO ayuda a controlar las complicaciones, garantizando una atención de calidad al paciente crítico con ECMO.

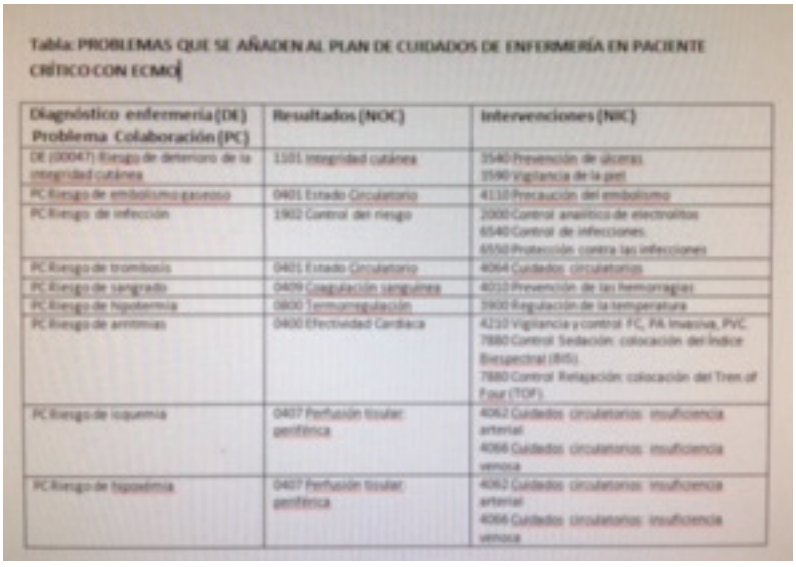


Tabla: PROBLEMAS QUE SE AÑADEN AL PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CRÍTICO CON ECMO

Diagnóstico enfermería (DE) Problema Colaboración (PC)	Resultados (NOC)	Intervenciones (NIC)
DE (00047) Riesgo de deterioro de la integridad cutánea	1101 Integridad cutánea	3540 Prevención de úlceras 3590 Vigilancia de la piel
PC Riesgo de embolismo gaseoso	0401 Estado Circulatorio	4110 Precaución del embolismo
PC Riesgo de infección	1902 Control del riesgo	2000 Control analítico de electrolitos 6540 Control de infecciones 6550 Protección contra las infecciones
PC Riesgo de trombosis	0401 Estado Circulatorio	4064 Cuidados circulatorios
PC Riesgo de sangrado	0409 Coagulación sanguínea	4010 Prevención de las hemorragias
PC Riesgo de hipotermia	0800 Termorregulación	3900 Regulación de la temperatura
PC Riesgo de arritmias	0400 Efectividad Cardiaca	4210 Vigilancia y control FC, PA Invasiva, PVC 7880 Control Sedación: colocación del Índice Biespectral (BIS) 7880 Control Relajación: colocación del Tren of Four (TOF)
PC Riesgo de isquemia	0407 Perfusión tisular periférica	4062 Cuidados circulatorios: insuficiencia arterial 4066 Cuidados circulatorios: insuficiencia venosa
PC Riesgo de hipovolemia	0407 Perfusión tisular periférica	4062 Cuidados circulatorios: insuficiencia arterial 4066 Cuidados circulatorios: insuficiencia venosa

Palabras clave

ECMO · complicaciones · intervenciones · enfermería

Pantalla nº 3. **Miércoles 13 de Junio de 2018 de 10:40 a 11:10 h.**

ID 307

PLAN DE MEJORA DE CONFORT DE PACIENTES EN UCI

Elena San José Sánchez; R. Arranz de Andrés; F. Cuerdo Martín; F. Herrera Santa Engracia
CA de Segovia

Introducción-Objetivos

Los pacientes en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) se enfrentan a una situación nueva de enfermedad grave acompañada de estrés físico y psicológico. Se añaden a la enfermedad por la que ingresan, la incertidumbre del futuro, la dificultad para comunicarse y conciliar el sueño y la separación familiar. La UCI es un lugar del hospital donde se trabaja con prisa y cambios de ritmo, con el objetivo de tratar y cuidar al paciente. Los pacientes además de dolor, miedo, desorientación, se encuentran separados de familiares por una política de visitas históricamente restrictiva.

Objetivos: Humanizar la estancia de pacientes y familiares en UCI Elevar la satisfacción respecto a los cuidados prestados en nuestra unidad

Metodología-Observación Clínica

Constitución de un grupo de trabajo interdisciplinar para elaborar un plan de mejora para confort de pacientes y familias. Revisión de literatura en Pubmed y Medline. Debate del grupo de trabajo, análisis de consenso priorizando áreas de mejora. Establecimiento de mejoras en tres ámbitos: tecnología, profesionales y relación paciente-familia-profesional. Para cada de actuación se determinan: Objetivos/Indicadores, responsable y cronograma.

Resultados-Intervenciones

Tecnología Espacio físico confortable para trabajar y para la estancia del paciente y familia. Mejorar luz ambiente adaptada a necesidades del paciente Superficie y espacio adecuado con luz natural, reloj, entretenimiento personal. Bajar el nivel acústico de alarmas e informar sobre las mismas. Concienciar al personal sobre el volumen de voz Relojes en habitaciones. Profesionales Reuniones de equipo. Grupos de Humanización Hospitalaria Detección de necesidades formativas en humanización de cuidados. Relación paciente-familia-profesional Persona referente para la familia al ingreso. Flexibilización, ampliación de horarios. Potenciar comunicación paciente-familia-profesional. Disminuir ruidos y tono de voz.

Conclusiones

Los profesionales se van adaptando al sistema de trabajo con la presencia familiar como consecuencia de la ampliación de horarios de visita. Forma parte de nuestra responsabilidad fomentar y crear un ambiente respetuoso que ayude al paciente a obtener el reposo adecuado que contribuya a su recuperación.

Financiación

No

Pantalla nº 3. **Miércoles 13 de Junio de 2018 de 10:40 a 11:10 h.**

ID 309

SEPSIS MENINGOCOCICA

Esther Muñoz Borrachero[1]; R. Martínez Hurtado[1]; Francisco Expósito Barroso[1]; J. Sáez Sánchez[1]; S. Navarro Bautista[1]; M. Baeza Mirete[1]; L. Hernández Martínez[2]; E. Tortosa López[3]; N. Aupi Solís[1]
Unidad de Cuidados Intensivos HCUVA; 2. Urgencias Pediatría Hospital Santa Lucía, Cartagena; 3. Hospital Universitario Reina Sofía

Introducción-Objetivos

Varón de 24 años, de origen italiano que se encuentra estudiando en nuestro país, ingresó en nuestra unidad por probable sepsis meningocócica. En su primer contacto con el servicio de urgencias, es diagnosticado de un cuadro gripal. Tras empeoramiento de la clínica, vómitos, diarreas, parestesia en MMII, fiebre alta y púrpura en tronco y extremidades, vuelve a consultar presentando brusco deterioro hemodinámico-respiratorio precisando ingreso en la unidad de cuidados intensivos. En las siguientes 24h presenta fallo multiorgánico, Shock séptico, síndrome de wateerhouse-friderichsen caracterizado por fracaso renal, AKIN 3, trombocitopenia y CID. Dado el impacto familiar, hallándose esta en su país de origen, las consecuencias físicas y la posterior rehabilitación, nos parece un caso a destacar. Hemos precisado un equipo multidisciplinar y de un sensibilidad en el cuidado, en el trato hacia la familia para conseguir un óptimo confort de la familia y una buena relación terapéutica.

Metodología-Observación Clínica

Precisó medicación inotrópica a altas dosis, derivando en necrosis tanto de MMII como MMSS, con amputación desde las falanges proximales en MMSS y transtibial en los MMII. Necesitó hemofiltración con protocolo de CI-Ca, retirándola a los 10 días pasando a diálisis convencional. Respiratoriamente TOT, sustituido por traqueo a los 15 días, manteniéndola para intervenciones posteriores por parte del equipo de trauma y CCV

Resultados-Intervenciones

Cubrimos sus necesidades básicas y los problemas que se derivaron de su evolución apoyándonos en la taxonomía NANDA Se preciso de la ayuda de traductores para facilitar la comunicación Fue abordado a nivel psiquiátrico, tanto a él como la familia, para darle herramientas para manejar el estrés y la ansiedad.

Conclusiones

Apoyándonos en los patrones y con un trato empático, siendo conscientes en todo momento de la grave y compleja situación, y siendo exquisitos en los cuidados, pudimosresol ver las necesidades tanto del paciente como de la familia, consiguiendo así su mejoría.

Palabras clave

Meningitis meningococica · shock séptico · síndrome de wateerhouse-friderichsen

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Pósters

Pantalla nº 4. **Miércoles 13 de Junio de 2018 de 10:40 a 11:10 h.**

ID 310
REVISIÓN SISTEMÁTICA: BENEFICIOS DE LA SEDACIÓN INHALATORIA CON EL SISTEMA ANACONDA

ID 311
PROTOCOLO DE MONTAJE Y CUIDADOS DEL OXIDO NÍTRICO EN VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA

ID 312
REVISIÓN SISTEMÁTICA: EL DELIRIO EN EL PACIENTE CRÍTICO Y EL USO DE LA ESCALA CAM-ICU EN EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO

ID 315
BENEFICIOS DE LA LUZ Y EL RESPETO AL CICLO CIRCADIANO EN EL PACIENTE CRÍTICO

ID 317
TÉCNICAS DE REEMPLAZO RENAL CONTINUO (TRRC)-ANTICOAGULACIÓN REGIONAL CON CITRATO-CALCIO: MANEJO Y MANTENIMIENTO DEL CIRCUITO EXTRACORPÓREO DE LOS MONITORES PRISMAFLEX®

ID 318
Y DESPUES DE LA IMPLANTACIÓN DEL PROTOCOLO BACTERIEMIA ZERO (BZ), LA EXPERIENCIA DE ENFERMERÍA A TRAVÉS DE LOS AÑOS, EN LA IMPLANTACIÓN DE CATÉTER VENOSO CENTRAL PERIFÉRICO (PICC) Y SU PROBLEMÁTICA

ID 399
CUELA PARA FAMILIAS ANTES DEL ALTA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Pantalla nº 4. **Miércoles 13 de Junio de 2018 de 10:40 a 11:10 h.**

ID 310

REVISIÓN SISTEMÁTICA: BENEFICIOS DE LA SEDACIÓN INHALATORIA CON EL SISTEMA ANACONDA

Marta Castellanos Vidal; Iván Sabaté Cordero; Roser Pascual Climent; Marina Corretge Gine; Blai Rubinat Brusau; Mireia Martínez Albertín
Hospital Universitari Arnau de Vilanova

Introducción-Objetivos

La mayoría de los pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos (UCI) por su complejidad patológica, recibe sedación en algún momento debido a su grave estado físico, invasividad de las técnicas, cuidados de enfermería y a muchos otros factores. Las sedaciones prolongadas en estos pacientes, ofrece con frecuencia problemas en el manejo con los sedantes habituales. Una alternativa a los sedantes convencionales es la sedación por vía inhalatoria, utilizados de forma análoga en las intervenciones quirúrgicas.

Objetivo: Conocer beneficios de la sedación inhalatoria con el sistema AnaConDa en UCI.

Metodología-Observación Clínica

Se realizó una revisión bibliográfica en las siguientes bases de datos: PubMed, Cochrane, Lilacs y Cuiden. Con los descriptores: “anaconda anesthesia”, “volatile anesthetics”, “isoflurane and sevoflurane sedation” y “anaesthetic conserving device”. Se aplicaron los siguientes filtros: artículos publicados en los 5 anteriores años, publicaciones en español e inglés y publicaciones nacionales e internacionales. Los criterios establecidos fueron: estudios que describan los beneficios del sistema de sedación anaconda en las diferentes patologías tratadas en una UCI, que aporten datos contrastados sobre el estado de la cuestión, acceso al texto completo y escritos en inglés o español. De 178 publicaciones fueron seleccionadas 27 para análisis según criterios de inclusión.

Resultados-Intervenciones

Mediante la administración de gases inhalados, en patologías respiratorias, se ha obtenido una mejoría significativa gracias al efecto broncodilatador del fármaco, una disminución de la necesidad de vasopresores gracias a una mejoría de los valores gasométricos y volumen tidal. Así mismo, otros autores afirman la reducción de utilización de mórficos durante la sedación. Reducción de tiempo de weaning respiratorio y una extubación programada. Referente a la metabolización del fármaco, ausènci a de marcadores de nefro y hepatotoxicidad.

Conclusiones

Aunque hay muchos estudios que tratan la sedación inhalada, no són específicos de UCI. No existe suficiente evidencia para afirmar con seguridad los beneficios de la terapia.

Financiación

Sin financiación.

Palabras clave

Sedación UCI · Beneficios sedación inhalada · Sistema AnaConDa

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Pantalla nº 4. **Miércoles 13 de Junio de 2018 de 10:40 a 11:10 h.**

ID 311

PROTOCOLO DE MONTAJE Y CUIDADOS DEL OXIDO NÍTRICO EN VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA

Ignacio Zaragoza García[1]; Sandra Ramos Sánchez[2]; Francisco Javier Sánchez Chillón[2]; Susana Villar García[3]; Luis Fernando Carrasco Rodríguez-Rey[2]; Marta María Torres Romero[2]; María Rosario Hernández García[2]; Cristina Bravo Páramo[2]; Elena de la Vera Arias[2]

1. Universidad Complutense de Madrid; 2. Hospital Universitario 12 de Octubre; 3. Hospital Universitario Puerta de Hierro

Introducción-Objetivos

La administración de óxido nítrico(NO) por vía inhalada en ventilación mecánica es un tratamiento que requiere adecuado control y manejo debido a su potencial toxicidad. Es una terapia habitual en cuidados críticos infantiles, no siéndolo tanto en adultos, generando inseguridades, que pueden poner en riesgo la salud de paciente y sanitarios.

Objetivo: Describir mediante un protocolo actualizado para adultos, el montaje y cuidados de la administración de NO en ventilación mecánica invasiva.

Metodología-Observación Clínica

Se realizó una revisión bibliográfica en: Google Académico, Dialnet, Pudmed y Web of Science. Utilizando los términos: Óxido nítrico, Cuidados, Protocolo, Lesión pulmonar aguda, Hipoxemia. Se incluyeron artículos en español e inglés de los últimos 5 años con uso en humanos. Existe suficiente información de los efectos del NO, no encontrando apenas literatura sobre el montaje y cuidados del mismo. Se hacen necesarias las indicaciones del fabricante para su montaje.

Resultados-Intervenciones

1. Preparación del material:

- Sistema de inyección y monitoreo del gas
- Bombonas de NO.
- Tubuladura específica NO.
- Kit para administración y monitoreo de ON

2. Montaje del dispositivo y acoplamiento a la ventilación mecánica invasiva (video).

3. Monitorización y cuidados posteriores:

- iNO, ajustar alarma 2ppm de la dosis prescrita; y NO2 no superior a 0,5ppm. Si NO2 >0,5ppm con dosis <20ppm de iNO: revisar por si existiera mal funcionamiento. Calibrar NO2 y/o reducir FIO2. Si NO2 excede 1ppm en algún momento, reducir inmediatamente dosis de iNO.
- Saturación de O2, tensión arterial invasiva y frecuencia cardiaca.
- Gases arteriales. 30 minutos post-iniciar terapia, después cada 8-12 horas.
- Valores analíticos:
- Metahemoglobina. Mantener rangos <5%. -NO2 <1ppm.
- Control plaquetario y coagulación -Función renal

Conclusiones

Son necesarios protocolos claros y sencillos de los dispositivos utilizados en nuestras unidades, en mayor medida los que no se manejan de forma rutinaria. Pese a la evidencia actual, encontramos una carencia de cuidados de enfermería, siendo un campo a explorar.

Pantalla nº 4. **Miércoles 13 de Junio de 2018 de 10:40 a 11:10 h.**

ID 312

REVISIÓN SISTEMÁTICA: EL DELIRIO EN EL PACIENTE CRÍTICO Y EL USO DE LA ESCALA CAM-ICU EN EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO

Blai Rubinat Brusau; R. Pascual Climent; M. Corretgé Giné; M. Martínez Albertín; M. Castellanos Vidal; I. Sabaté Cordero
Hospital Universitario Arnau de Vilanova

Introducción-Objetivos

El delirio o síndrome confusional agudo es un problema frecuente en los enfermos críticos, cuyo diagnóstico a menudo se pasa por alto en las unidades de cuidados intensivos. El delirio se asocia a un aumento de la mortalidad a corto y largo plazo, a la prolongación de la ventilación mecánica, a estancias prolongadas en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) y en el hospital y a un deterioro cognitivo tras el alta hospitalaria. Por todo lo anterior, es importante disponer de herramientas válidas para detectar el delirio en los enfermos críticos. De ellas, una de las más utilizadas es el "método para la valoración del estado confusional en la UCI" CAM-ICU (del inglés Confusion Assesment Method for the Intensive Care Unit). El objetivo es mostrar la importancia del diagnóstico del delirio en el paciente crítico utilizando herramientas válidas como el CAM-ICU.

Metodología-Observación Clínica

Revisión sistemática. Las bases de datos utilizadas son PubMed, CUIDEN, PsychoInfo, MEDES, SciELO, elSevier y Cochrane Plus, con los descriptores del tesauro MeSH: Delirium, unidad de cuidados intensivos, sensibilidad y especificidad. Las palabras claves: Delirio, paciente crítico, Confusion Assessment Method y CAM-ICU. Se limita la búsqueda de artículos publicados en inglés y español desde el año 2007 hasta la actualidad. Se incluyen únicamente artículos gratuitos y completos y se excluyen casos clínicos y artículos con poca relevancia científica.

Resultados-Intervenciones

En todas las UCI debe establecerse en todos los pacientes un sistema de monitorización rutinaria del delirio que pueda servir como indicador de calidad. Una de las herramientas recomendadas para detectar el delirio es el CAM-ICU. Es importante realizar una correcta formación al personal y establecer un protocolo escrito que incluya un registro fácilmente accesible.

Conclusiones

El CAM-ICU es una escala reproducible y válida para el diagnóstico del delirio en pacientes críticos. Puede ser utilizada por médicos y enfermeras previamente formados en su manejo.

Palabras clave

Delirio · Paciente crítico · CAM-ICU · Confusion Assesment Method

Pantalla nº 4. **Miércoles 13 de Junio de 2018 de 10:40 a 11:10 h.**

ID 315

BENEFICIOS DE LA LUZ Y EL RESPETO AL CICLO CIRCADIANO EN EL PACIENTE CRÍTICO

Jesús Sánchez Martín[1]; S. Alonso Hernández[1]; Y. Pérez Morera[1]; A. Sánchez Gómez[2]; S. Alonso Hernández[1]
1. Hospital General de La Palma; 2. Hospital Universitario Santa Lucía (Cartagena)

Introducción-Objetivos

La luz natural, el ruido ,la temperatura ambiental son elementos de gran importancia en UCIs y del cuidado al paciente critico. Ya en 1912, Nightingale describió la luz y el ritmo de la noche y el día como dos factores importantes para apoyar y restablecer la salud del paciente.

Objetivos: Estudiar la influencia de luz natural, ciclo circadiano y medidas no farmacológicas en la evolución del paciente crítico.

Metodología-Observación Clínica

Revisión bibliográfica a través de bases de datos tales Scielo, Medline, Cuiden ,REMI, Revista Enfermería Intensiva y Cochrane, sobre luz natural, ciclo circadiano y sus beneficios. Seleccionando los artículos con mayor relevancia.

Resultados-Intervenciones

Existen escasos artículos que hablan sobre el efecto de la luz natural en los pacientes críticos, equiparándose a la luz artificial. Se asocian el mal uso de la luz con la alteración del ciclo circadiano, alteración del patrón sueño-vigilia, aparición del síndrome confusional agudo, desequilibrio simpatico-parasimpatico incluso con la disminución de la eficacia en el proceso de destete. En muchos de los artículos la luz se engloba junto con otros elementos como el ruido y factores ambientales. Uno de los estudios con más relevancia es el realizado en cuidados intensivos con un sistema de iluminación cíclica que nos aporta datos muy interesantes, además de conclusiones de gran calado “Los niveles de iluminación apropiados en el entorno ayudaron a los pacientes y al personal a conectarse entre sí, lo que generó sentimientos de calma y seguridad”.

Conclusiones

Creemos que se hace necesario incluir dentro cuidados de enfermería el uso de la luz de forma adecuada durante el dia y limitación durante la noche. Asociado a otros factores ambientales(silencio, temperatura adecuada). Valoración patrón sueño-vigilia de forma meticulosa. Necesidad estudiar de forma independiente los factores ambientales dentro del cuidado en UCI.

Pantalla nº 4. **Miércoles 13 de Junio de 2018 de 10:40 a 11:10 h.**

ID 317

TÉCNICAS DE REEMPLAZO RENAL CONTINUO (TRRC)-ANTICOAGULACIÓN REGIONAL CON CITRATO-CALCIO: MANEJO Y MANTENIMIENTO DEL CIRCUITO EXTRACORPÓREO DE LOS MONITORES PRISMAFLEX®

Eva Amat Llop; P. Latre Romero; M. Martínez Albertín; JJ. Prados Chica; M. Miralbés Torner
HUAV de Lleida

Introducción-Objetivos

Prolongar la vida del hemofiltro mediante la instauración de un protocolo que contempla la preparación, mantenimiento y controles del circuito extracorpóreo durante todo el tratamiento. Garantizar la máxima calidad y seguridad asistencial del paciente.

Metodología-Observación Clínica

El protocolo de anticoagulación regional citrato-calcio ha sido elaborado por personal médico y de enfermería. Previamente a su implantación, ha sido explicado en sesión clínica y mediante taller práctico al resto del equipo. Uso de nomograma de monitorización dosis citrato/calcio y apoyo 24h del equipo referente en TRRC.

Resultados-Intervenciones

Preparación, montaje y mantenimiento riguroso del circuito. Monitoreo y registro de la presión del filtro, presión transmembrana (PTM), especialmente de la caída de presión del filtro (P filtro), presiones de entrada y retorno del circuito. El médico mediante pauta individualizada de TRRC, prescribe la dosis de inicio de citrato-calcio según peso, hematocrito, coagulación y patologías asociadas del paciente. El personal de enfermería realizará controles gasométricos del calcio del paciente y del circuito, y modificará la dosis de citrato así como la compensación del calcio según nomograma, para mantener valores: calcio iónico sistémico (paciente) entre 4-4 8mg/dl y calcio iónico del circuito entre 1-1 4mg/dl. Realización del primer control a los 15 minutos, 1ª hora, 2ª hora y 3ªhora de inicio del tratamiento, seguir c/6h si los rangos de calcio paciente-circuito son los correctos. Repetir a la hora, cada vez que realicemos una modificación de los parámetros.

Conclusiones

La anticoagulación regional permite trabajar a bajos flujos de sangre y por consiguiente bajas presiones de entrada, retorno, PTM comportando menor tasa de coagulación de los circuitos, disminuyendo las cargas de trabajo para enfermería, los costes y las pérdidas hemáticas iatrogénicas en el paciente. Además,permite alargar la vida del filtro hasta las 72h recomendadas por el fabricante optimizando los recursos y minimiza complicaciones para el paciente.

Palabras clave

TRRC · CVVHDF · citrato-calcio

Pantalla nº 4. **Miércoles 13 de Junio de 2018 de 10:40 a 11:10 h.**

ID 318

Y DESPUES DE LA IMPLANTACIÓN DEL PROTOCOLO BACTERIEMIA ZERO (BZ), LA EXPERIENCIA DE ENFERMERÍA A TRAVÉS DE LOS AÑOS, EN LA IMPLANTACIÓN DE CATÉTER VENOSO CENTRAL PERIFÉRICO (PICC) Y SU PROBLEMÁTICA

Pilar Latre Romero; EM. Amat Llop; Mireia Martínez Albertín; T. Calafell Navau
Hospital Universitario Arnau de Vilanova de LLeida

Introducción-Objetivos

Enfermería juega un papel importante tanto en la inserción de dispositivos PICC, como en el mantenimiento y prevención de las complicaciones. Tras la puesta en marcha del protocolo BZ en la Unidad de cuidados intensivos (CI) polivalente de 22 camas, la instauración de la PICC por enfermería a lo largo de estos años y la experiencia adquirida por este colectivo, da pie para investigar y determinar la frecuencia de su uso, las complicaciones, las causas de la retirada, etc... todo bajo la visión y supervisión única de enfermería.

Objetivos:

- Determinar la valoración, percepción, satisfacción y seguimiento multifactorial por el equipo enfermero de las diversas directrices del protocolo de PICC, su puesta en práctica y las complicaciones a lo largo del tiempo.
- Resultados de bacteriémias a posteriori al protocolo.

Metodología-Observación Clínica

Estudio prospectivo, observacional y analítico de corte transversal, a través del diseño de un instrumento de recogida de datos (encuesta) y análisis estadístico. Se conformó un equipo de trabajo integrado por los profesionales de la UCI Recogida sistemática de resultados en bacterièmias y complicaciones producidas por PICCs

Resultados-Intervenciones

Los datos de participación del personal en el estudio, superan el 90%. La formación continuada y las estrategias al marco de la actividad profesional fueron muy valoradas. Demostramos la reducción de bacteriemias en el transcurso del tiempo y el seguimiento. Las PICCs se retiraron mayoritariamente por finalización del tratamiento.

Conclusiones

El estudio muestra el éxito de la aplicación del proyecto, en nuestra Unidad. El conocimiento de las distintas técnicas de implantación y los riesgos que ello conlleva determinarán la toma de decisiones enfermeras. Una correcta protocolización del trabajo permitió mejorar los resultados. Equipos de enfermería informados, formados y entrenados son la mejor garantía de calidad, seguridad, eficacia y eficiencia en la prestación de cuidados.

Palabras clave

Bacteriemia · Enfermeria · PICC

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Pantalla nº 4. **Miércoles 13 de Junio de 2018 de 10:40 a 11:10 h.**

ID 399

ESCUELA PARA FAMILIAS ANTES DEL ALTA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS

Sonia Gil Domínguez; MC. Tercero Cano; S. Belda Hofheinz; SA. Torrente Vela
REA-UCIP Hospital Doce de Octubre

Introducción-Objetivos

Introducción: El ingreso en una Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrica (UCIP) supone un gran impacto emocional para el niño y su familia. Las UCIPs han sufrido grandes cambios en las últimas décadas, los padres pueden estar presentes las 24 horas y forman parte activa en el cuidado de su hijo. El momento del alta de la UCIP es vivido con angustia por la familia presentando dudas, inseguridades y miedo. Los profesionales de enfermería también debemos prestar atención a las necesidades de los padres destacando la necesidad de formación en cuidados al alta para minimizar la ansiedad que conlleva esta situación.

Objetivo: Creación de una escuela para familias en una Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos.

Metodología-Observación Clínica

Se estableció una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Pubmed, Cinahl y Cochrane, utilizando la siguiente estrategia: critical care, needs family, family-centred care, Cardiopulmonary resuscitation, CPR training, parent, Knowledge, combinados con AND y OR. Los límites fueron el idioma (inglés o español), y la evidencia de los últimos 5 años (2012-2017).

Resultados-Intervenciones

La revisión de la bibliografía consultada recomienda establecer sesiones con las familias para una disminución del estrés y un aumento de la satisfacción familiar, así como un entrenamiento cardiopulmonar integrado en familias de pacientes con riesgo; por ello implantamos las siguientes intervenciones: Sesiones formativas teórico-prácticas con las familias sobre diferentes dispositivos así como maniobras de resucitación cardiopulmonar pediátrica en familias de pacientes con riesgo de parada cardiorespiratoria; entrega de documentación informativa y servicio de consultas al alta.

Conclusiones

En la escuela de padres las familias reciben formación y pueden expresar sus dudas. En futuros estudios, deberemos monitorizar la satisfacción familiar mediante indicadores de calidad a través de encuestas; así como mejorar la documentación informativa entregada.

Palabras clave

critical care · needs family · family-centred care · Cardiopulmonary resuscitation · CPR training · parent · Knowledge

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Pósters

Pantalla nº 5. **Miércoles 13 de Junio de 2018 de 10:40 a 11:10 h.**

ID 319
DEXMEDETOMIDINA: PRECAUCIONES DE ENFERMERÍA ANTE UN FÁRMACO DE CUIDADOS CRÍTICOS

ID 320
VIA INTRAÓSEA: UNA ALTERNATIVA SEGURA

ID 321
INFORMATIZACIÓN DE LA GRÁFICA DE ENFERMERÍA (CENTRICITY CRITICAL CARE)

ID 323
REGISTRO DEL DOLOR: RESULTADOS TRAS LA IMPLANTACIÓN DE UNA ESCALA DE VALORACIÓN

ID 324
VALORACIÓN DEL GRADO DE SATISFACCIÓN DE LOS FAMILIARES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

ID 327
ACTUALIZACIÓN DE RECOMENDACIONES EN EL MANEJO DE FÁRMACOS INMUNOSUPRESORES

ID 328
HERNIA BOCHDALEK: MANEJO DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA

ID 384
GUÍA PARA EL MANEJO DE LA PAUTA DE INSULINA EN PERFUSIÓN CONTINUA BASADA EN ALGORITMO EN PACIENTES CRÍTICOS ELABORADA EN UNA UVI

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Pantalla nº 5. **Miércoles 13 de Junio de 2018 de 10:40 a 11:10 h.**

ID 319

DEXMEDETOMIDINA: PRECAUCIONES DE ENFERMERÍA ANTE UN FÁRMACO DE CUIDADOS CRÍTICOS

Amadeo Puebla Martín; I. Vázquez Rodríguez-Barbero; MA. Puebla Martín; MP. Rubio Serrano; MM. del Fresno Sánchez; ME. Magallón Buitrago; JP. Trujillo Juárez; G. García Fernández; M. García Ayala
Hospital General de Ciudad Real

Introducción-Objetivos

En UCI, la sedación en personas sometidas a ventilación mecánica es utilizada para mejorar el confort, optimizar la tolerancia a la ventilación mecánica y proporcionar disminución del dolor, agitación y estrés. La dexmedetomidina (DEX) es un agonista de los adrenoceptores ?-2 con propiedades simpaticolíticas, sedativas, amnésicas y analgésicas ofreciendo la capacidad única de sedación y analgesia sin depresión respiratoria. La DEX tiene un gran margen de seguridad, pero para su administración se ha de tener en cuenta una serie de precauciones.

Objetivo: Conocer las precauciones de uso en torno a la DEX por parte de la enfermera de UCI.

Metodología-Observación Clínica

Búsqueda en bases de datos de las características y propiedades de la DEX así como de su repercusión sobre el paciente.

Resultados-Intervenciones

- La administración intravenosa de DEX puede conllevar la aparición de hipotensión, hipertensión y bradicardia, ocurriendo aproximadamente en el 25%, 15% y 13% de pacientes respectivamente, debiendo estar el enfermo correctamente monitorizado y vigilado por enfermería.
- Vasoconstricción local pudiendo ser más significativa en pacientes con cardiopatía isquémica o enfermedad cerebrovascular grave, los cuales deben ser estrechamente monitorizados.
- Cuidado cuando se combina la DEX con sustancias con acción sedante o cardiovascular ya que pueden producirse efectos aditivos.
- La DEX puede reducir el flujo sanguíneo cerebral y la presión intracraneal.
- El tratamiento con DEX se debe interrumpir en caso de fiebre sostenida de origen desconocido.
- Administrar solo como perfusión diluida y con bombas de perfusión.
- Tras la dilución posee estabilidad fisico-quimica en uso durante 24 horas a 25°C.
- Se puede diluir en glucosa 5%, solución Ringer, manitol o suero fisiológico 0,9%.
- Revisar compatibilidad con otros medicamentos para administración por la misma vía.

Conclusiones

Conocer las precauciones de uso en torno a la DEX ayuda a un mejor manejo de este medicamento minimizando los posibles efectos adversos, mejorando la calidad asistencial de nuestros pacientes.

Financiación

Propia.

Palabras clave

Dexmedetomidina · Enfermeria · Precauciones

Pantalla nº 5. **Miércoles 13 de Junio de 2018 de 10:40 a 11:10 h.**

ID 320

VIA INTRAÓSEA: UNA ALTERNATIVA SEGURA

Luz María Delgado Pavón; J. Nogueras Haro; CE. Rodríguez Esteban
Hospital Universitario de Bellvitge

Introducción-Objetivos

El acceso vascular intraóseo (AVIO) es la alternativa ante la imposibilidad de canalización de un acceso venoso periférico según las normas publicadas en 2015 de la ERC (European Resuscitation Council) dentro de la secuencia de Soporte Vital Avanzado en paciente crítico La cavidad medular de huesos largos está ocupada por una rica red de capilares sinusoides que drenan al gran seno venoso central. La correcta canalización del AVIO, permite administrar fármacos y líquidos a la circulación general con una rapidez similar a una vena periférica. Debido a la importancia del uso de esta técnica en situaciones de extrema urgencia, es necesario que el equipo enfermero conozca el manejo y los cuidados necesarios en la inserción y mantenimiento del AVIO.

Objetivo: Realizar una guía práctica y visual que facilite al equipo enfermero el uso del acceso vascular intraóseo.

Metodología-Observación Clínica

Revisión bibliográfica: bases de datos (Medline, Pubmed, Enfispo, Biblioteca Cochrane, Fuden, Elsevier) de artículos relacionados con el AVIO entre los años 2010 y 2018. Revisión de las guías de sociedades científicas como European Resuscitation Council (ERC), Intensive Care Society y Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias.

Resultados-Intervenciones

La vía intraósea es un acceso venoso rápido, temporal, de fácil aprendizaje y colocación y escasas contraindicaciones. Está indicado en una urgencia vital en pacientes de difícil acceso venoso. La zona más adecuada para su inserción es la porción proximal y distal de la tibia. Permite la toma de muestras para laboratorio y la administración de líquidos, electrolitos y fármacos comparable a una vía venosa. Las complicaciones son pocas, siendo la más grave el síndrome compartimental.

Conclusiones

Es importante que el personal de enfermería conozca las técnicas y el manejo de la vía intraósea para actuar de forma rápida y eficaz. Esta guía nos orientará a la realización de un protocolo no existente en nuestro hospital.

Palabras clave

Vía intraósea · acceso vascular · paciente crítico

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Pantalla nº 5. **Miércoles 13 de Junio de 2018 de 10:40 a 11:10 h.**

ID 321

INFORMATIZACIÓN DE LA GRÁFICA DE ENFERMERÍA (CENTRICITY CRITICAL CARE)

Jordi Nogueras Haro; LM. Delgado Pavón; A. Chacón Osuna; CE. Rodríguez Esteban; Susana Navarro Ros; N. Molero Sánchez; F. González López; P. Jiménez Ramos
Hospital Universitario de Bellvitge

Introducción-Objetivos

En mayo del 2017, la Unidad de Reanimación de Urgencias para la atención de pacientes críticos agudos del Hospital de Bellvitge inició el proceso de informatización de la gráfica de enfermería con el programa Centricity Critical Care (CCC), hecho pionero en nuestro centro. Esto supuso un cambio sustancial en la metodología de trabajo de la unidad así como un proceso adaptativo por parte de todo el equipo enfermero al nuevo paradigma digital. En el CCC tenemos unificadas las diferentes partes de la gráfica de enfermería, historia médicas, pruebas diagnósticas... el programa es dinámico y nos permite realizar cambios estructurales en el mismo.

Objetivo: Conocer cómo valora el equipo enfermero la gráfica informatizada de enfermería e identificar mejoras a realizar en la misma con la finalidad de aplicarlas al programa para optimizar sus recurso.

Metodología-Observación Clínica

Estudio cualitativo mediante una encuesta anónima y voluntaria para todo el equipo enfermero de Reanimación de Urgencias del Hospital Universitario de Bellvitge, con criterio de inclusión: llevar 6 meses trabajando con el CCC.

Resultados-Intervenciones

La instauración del CCC supuso un cambio significativo en la metodología de trabajo de la unidad y no estuvo exenta de dificultades.A pesar de ello el equipo enfermero valora positivamente la gráfica informatizada de enfermería aunque se han identificado diferentes aspectos mejorables en la misma.

Conclusiones

Una vez superada la fase de instauración del CCC e identificado las mejoras a realizar, la aplicación de estas mejoras nos permitirá optimizar los recursos con los que trabajamos facilitando nuestra labor y consiguiendo unos registros de mayor calidad.Si este proceso lo repetimos de manera periódica conseguiremos unos registros actualizados y de calidad.

Palabras clave

Centricity Critical Care · gráfica de enfermería

Pantalla nº 5. **Miércoles 13 de Junio de 2018 de 10:40 a 11:10 h.**

ID 323

REGISTRO DEL DOLOR: RESULTADOS TRAS LA IMPLANTACIÓN DE UNA ESCALA DE VALORACIÓN

Noemí Alonso León; Ll. Banco Tura; X. Sist Viaplana; S. Fernández Rozas; D. Roldán Rubio; AM. Sedano Herrero
Hospital General de Granollers

Introducción-Objetivos

El dolor según OMS está influenciado por diversos factores: culturales, sociales y cognitivos. Las experiencias previas que ha tenido una persona condicionaran la manera de controlarlo y afrontarlo en el futuro. Se ha implantado un nuevo protocolo de sedación y analgesia en la UCI de nuestro hospital comarcal donde se ha incluido nueva escala ESCID, que junto a la escala EVA permite abarcar a todos nuestros pacientes.

Objetivos:

- Valorar la mejora del registro de dolor tras la implantación del protocolo
- Comparar la pauta de analgesia postimplantacion del protocolo

Metodología-Observación Clínica

Estudio descriptivo prospectivo que se llevará a cabo en UCI de nuestro centro. Se realizó un corte de tres meses (setiembre a noviembre del 2016) antes de la implantación del protocolo y otro posterior (setiembre a noviembre del 2017), con un total de 2012 registros

Resultados-Intervenciones

El registro de dolor en los pacientes conscientes fue de un 63% en el periodo de estudio del 2017 frente a un 46 % en el 2016, es decir se consiguió un aumento del 17% del registro. El registro de dolor en los pacientes sedados fue de un 33% en el periodo del 2017 frente a un 2 % en el 2016, es decir se consiguió un aumento del 31% del registro. La pauta de analgesia ha variado entre los dos cortes: -2016: 52 % bomba de perfusión continua, 24% pauta condicional, 17% fija, 7% sin pauta -2017: 23 % bomba de perfusión continua, 38% pauta condicional, 28% fija, 10% sin pauta

Conclusiones

Tras la implantación del protocolo de analgesia ha permitido el aumento del registro del dolor, sobretodo en los pacientes sedados debido a que no se disponía de una escala. Aún nos queda un largo camino para mejorar el registro del dolor y conseguir cifras más elevadas. Referente a las pautas analgésicas habrá que trabajar el aumento de pacientes sin pauta.

Palabras clave

dolor · escalas · pauta analgesia

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Pantalla nº 5. **Miércoles 13 de Junio de 2018 de 10:40 a 11:10 h.**

ID 324

VALORACIÓN DEL GRADO DE SATISFACCIÓN DE LOS FAMILIARES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

X. Viaplana Sist; ML. Vicente Martínez; Ll. Banco Tura; N. Alonso León; S. Fernández Rozas
Hospital General de Granollers

Introducción-Objetivos

Los familiares en la UCI son parte de nuestra unidad, que viven un momento delicado, donde los profesionales de la unidad deben tener unos cuidados hacia ellos. Su satisfacción es parte de nuestro trabajo

Objetivos:

- Conocer el grado de satisfacción de los familiares de los pacientes ingresados en la UCI
- Valorar la información que reciben los familiares por parte del equipo asistencial
- Identificar acciones de mejora para aumentar la calidad asistencial

Metodología-Observación Clínica

Estudio descriptivo observacional prospectivo. **Muestra:** familiares de los paciente ingresados. **Variables:** valoración de la información y trato, aspectos ambientales, horarios de visitas, valoración global de satisfacción relacionado con la asistencia. **Método:** encuesta con 15 ítem, se pasó durante 5 días a todos los familiares y se depositaba en una urna a la entrada de la unidad. **Limitaciones:** escasa muestra dado que la unidad solo dispone de 10 boxes.

Resultados-Intervenciones

Se contestaron un total de 18 encuestas. Respeto a la información recibida en el momento de ingreso un 94.4% valora como Muy buena/ Buena. Sobre el conocimiento del nombre del médico un 93.7% lo conocía y el de la enfermera un 66.6% siempre y un 27.7% a veces. Los dos puntos peor valorados fueron el ruido ambiental con un 17.5% malo o muy malo y el horario de visitas con un 16.6% malo o muy malo. El grado de satisfacción global de la asistencia fue el 77.7% Muy bien, bien

Conclusiones

La satisfacción general de los familiares de los pacientes ingresados en la UCI es buena. Se tendrá que mejorar aspectos que hacen referencia al ruido ambiental y a los horarios de visitas. Es por ello que se trabaja en la ampliación de los horarios para crear una UCI de puertas abiertas. En futuras investigaciones se comparará la satisfacción de nuestras familias después de la implantación

Palabras clave

satisfacción · familia · información

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Pantalla nº 5. **Miércoles 13 de Junio de 2018 de 10:40 a 11:10 h.**

ID 327

ACTUALIZACIÓN DE RECOMENDACIONES EN EL MANEJO DE FÁRMACOS INMUNOSUPRESORES

Ana Leticia Algaba Andrade; MC. Torrejón Martínez de Carvajal; C. Ballesteros Plata; I. Alonso Araujo
Hospital Universitario Virgen del Rocío

Introducción-Objetivos

Los medicamentos peligrosos son aquellos que presentan una o más de las siguientes características: Carcinogenicidad. Teratogenicidad. Toxicidad reproductiva. Toxicidad en órganos a bajas dosis. Genotoxicidad. Nuevos medicamentos similares a aquellos que se determinaron como peligrosos según los criterios anteriores. Sus efectos nocivos sobre la salud quedan justificados en los pacientes por su balance beneficio/riesgo favorable, pero se deben evitar en el personal sanitario adoptando medidas que eviten/minimicen su exposición y garanticen condiciones óptimas de trabajo y seguridad. Tras la reciente publicación del documento técnico Medicamentos Peligrosos. Medidas de prevención para su preparación y administración, y comprobando que en él se incluyen la mayoría de los inmunosupresores en uso en nuestra unidad para la prevención/tratamiento del rechazo agudo en el postoperatorio inmediato del paciente trasplantado, se hace necesaria una revisión del mismo para modificar la práctica asistencial.

Objetivo: Actualizar conocimientos sobre los riesgos para la salud del profesional asociados a la manipulación de Medicamentos Peligrosos, así como sobre las medidas necesarias a adoptar.

Metodología-Observación Clínica

Revisión y síntesis del documento técnico mencionado y de la siguiente bibliografía complementaria: ? Guía de buenas prácticas para trabajadores profesionalmente expuestos a agentes citostáticos. Asociación Madrileña de Medicina del Trabajo en el Ámbito Sanitario. Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Economía y Competitividad. Madrid, 2014. NTP 1051 Exposición laboral a compuestos citostáticos. Sistemas seguros para su preparación. 2015 Para inmunosupresores no incluidos en el documento se han consultado sus Fichas Técnicas.

Resultados-Intervenciones

En el póster se presenta una tabla con las recomendaciones de preparación y administración para todos los inmunosupresores utilizados en la unidad y se aclaran medidas organizativas en cuanto a dispensación desde Farmacia o gestión de residuos.

Conclusiones

La difusión de estas medidas puede contribuir a mejorar las condiciones óptimas de trabajo y seguridad del personal sanitario.

Palabras clave

Inmunosupresión · Riesgos laborales

Pantalla nº 5. **Miércoles 13 de Junio de 2018 de 10:40 a 11:10 h.**

ID 328

HERNIA BOCHDALEK: MANEJO DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA

Manuel Baeza Mirete[1]; B. Alloza Vicente[1]; CE. Muñoz Olivenza[2]; ML. Alcaraz Escribano[2]; JE. Martínez Abril[2]; R. Bernal Marín[3]; J. Saa Rojo[4]; MA. Ruiz Cantalejo[5]

1. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca; 2. Hospital Universitario Virgen de las Nieves; 3.Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor; 4. Hospital Universitario Morales Messeguer; 5. Hospital Universitario Sagrat Cor

Introducción-Objetivos

La hernia diafragmática congénita es el desplazamiento del contenido abdominal dentro del tórax a través de un defecto diafragmático. Las vísceras abdominales, se alojan en la cavidad torácica comprimiendo el pecho e impidiendo tanto el crecimiento como el desarrollo normal de los pulmones, provocando una hipoplasia pulmonar.

Objetivos:

- Evaluar la Ventilación Mecánica Invasiva en Hernia Diafragmática Congénita.
- Analizar la atención y cuidados proporcionados.

Metodología-Observación Clínica

Revisión bibliográfica de bases de datos de Ciencias de la Salud. Se tienen en cuenta estudios en el ámbito de las emergencias pediátricas, traslado pediátrico e intervenciones extrahospitalarias pediátricas. El análisis de la evidencia tiene lugar estratificando los datos en dos grandes grupos: ?Respuesta ante una emergencia pediátrica? y ?Actuación ante una HDC?.

Resultados-Intervenciones

De todo lo anterior extraemos que las Intervenciones de enfermería son:

- Colocar monitor multiparamétrico.
- Controlar oximetría de pulso, de ser posible pre y post ductal
- Rotar el monitor transcutáneo de PCO2, cada tres horas para evitar lesiones en la piel.
- Controlar la temperatura axilar y de la servocuna para mantener el ambiente térmico neutro evitando hipoxia y acidosis.
- Controlar signos de hipoperfusión.

Conclusiones

Debe implantarse un protocolo de manejo de la vía aérea, con una intubación precoz, evitando la oxigenación con mascarilla autohinchable, debido a que parte de este, inevitablemente, se desviará al estómago, creando una presión intrabdominal que empeorará el pronóstico y la estabilización respiratoria. Hay que iniciar una ventilación mecánica con volúmenes tidales bajos, alta frecuencia de flujo y presión pico reducida (< 20-25 cm H2O), manteniendo los valores gasométricos.

Financiación

Ninguna.

Palabras clave

Bochdalek · Hernia Diafragmática · Ventilación Mecánica · Neonatología · Congénita · HDC

Pantalla nº 5. **Miércoles 13 de Junio de 2018 de 10:40 a 11:10 h.**

ID 384

GUÍA PARA EL MANEJO DE LA PAUTA DE INSULINA EN PERFUSIÓN CONTINUA BASADA EN ALGORITMO EN PACIENTES CRÍTICOS ELABORADA EN UNA UVI

Nadia Hernández de León; A. Sabina del Castillo; MS. Ramos Ángel de la Rosa; D. Delgado Perera; AM. García Gutiérrez; MR. Merino de Paz; M. González García; P. Ramos Rodríguez; SR. Velázquez Dorta; L. Raja Yanes
Complejo Hospitalario Universitario de Canarias

Introducción-Objetivos

En el paciente crítico la hiperglucemia es un problema debido a muchos factores que afectan a estos pacientes.En la Unidad Intensiva del CHUC se usaba un protocolo de tendencias para intentar estabilizar los valores de glucemia pero médicos y enfermeros comprobaban que no se conseguía controlar la hiperglucemia en un corto espacio de tiempo, ni mantenerla dentro de rangos durante la duración de la misma por lo que se inicia la búsqueda de datos para la elaboración de una nueva guía. En 2016 se puso en marcha una guía de perfusión continua (PC) de insulina basada en algoritmos para pacientes críticos, actualmente sigue en uso en la Unidad de Vigilancia Intensiva (UVI) del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (CHUC), con resultados muy productivos.

Objetivo: Dar a conocer la guía de PC de insulina basada en algoritmos al personal de Enfermería de la UVI del CHUC.

Metodología-Observación Clínica

Se realiza revisión bibliográfica sobre guías para la perfusión de insulina, aspectos a tener en cuenta para la preparación de la perfusión, características de la insulina (incompatibilidades, dilución, durabilidad). Se realiza sesiones de Enfermería de dos horas con casos reales durante los años 2016 y 2017 para su correcta utilización.

Resultados-Intervenciones

Presentación de la pauta de insulina en PC basada en algoritmos para pacientes críticos , mediante sesiones formativas. Durante estos dos años se analizaron 118 pacientes con necesidades de insulina en PC, siendo varones 88 (74%), edad media de 63 años, 73 (62%) pacientes fueron diabéticos, Media de horas totales de PC, 64.Se consigue llegar a la normoglucemia en 6.4 horas, Horas por encima de rango 17, siendo por debajo de rango 11 y horas en rango 31, registrándose 9 casos de hipoglucemias (<60 mg/dl).

Conclusiones

La nueva guía permite controlar la glucemia en un corto espacio de tiempo, manteniendo la mayoría de horas en normoglucemia y registrándose pocos casos de hipoglucemia

Palabras clave

algoritmo · perfusión continua de insulina · UVI

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Pósters

Pantalla nº 6. **Miércoles 13 de Junio de 2018 de 10:40 a 11:10 h.**

ID 329
COMPLICACIONES INMEDIATAS DE MARCAPASOS DEFINITIVOS

ID 330
CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA INSERCIÓN Y MANEJO DEL DRENAJE VENTRICULAR EXTERNO

ID 333
HIPERTENSIÓN INTRAABDOMINAL EN EL PACIENTE QUEMADO CRÍTICO

ID 334
VENTAJAS E INCONVENIENTES DE UNA UNIDAD ABIERTA DE CUIDADOS INTENSIVOS

ID 338
MEDIDAS PREVENTIVAS DE ITU ASOCIADA AL SONDAJE VESICAL

ID 339
MUSICOTERAPIA EN PERFUSIÓN CONTINÚA

ID 340
EVALUACIÓN DE LA PUESTA EN MARCHA DEL PRIMER PROGRAMA DE REPOSICIÓN HEMOSTÁTICA PREHOSPITALARIA CON CONCENTRADOS DE HEMATÍES EN ESPAÑA

ID 344
LA SEGURIDAD ESTÁ EN TUS MANOS. REVISIÓN DEL CORRECTO LAVADO HIGIÉNICO DE MANOS

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Pantalla nº 6. **Miércoles 13 de Junio de 2018 de 10:40 a 11:10 h.**

ID 329

COMPLICACIONES INMEDIATAS DE MARCAPASOS DEFINITIVOS

Laura Medina Sánchez; Y. Torrejón Pulido; A. Sanz Sánchez; A. Luzón Sánchez; M. Vicente López; J. Valderrama Viso; MI. Ramos Soriano; M. Ortiz Jiménez; V. Gago Gómez; D. Valderas Castilla
Hospital del Tajo

Introducción-Objetivos

La implantación de marcapasos ha aumentado en las últimas décadas. El elevado volumen de esta técnica en nuestra Unidad, motivó a los profesionales para realizar una revisión bibliográfica.

Objetivo: Describir las complicaciones inmediatas más frecuentes de la implantación de marcapasos.

Metodología-Observación Clínica

Se realizó una revisión bibliográfica por un equipo de 10 profesionales de septiembre a diciembre de 2017. Se explotaron las principales bases de datos en ciencias de la salud.

Resultados-Intervenciones

Fueron revisados 96 artículos de los cuáles se descartaron 79. Se analizaron 17 artículos: 13 descriptivos, 2 ensayos y 2 de cohortes. Para las complicaciones generales se revisaron 5 estudios, que mostraron 668 (8,9%) complicaciones de una muestra total de 7460 pacientes. Los estudios se clasificaron según las complicaciones:

- Endocarditis: se analizaron 5 estudios que obtuvieron 556 casos (1,06%) de 52015 pacientes.
- Perforación miocárdica: 4 estudios. La perforación aparece en 69 casos (0.4%) de 17032.
- Dislocación del electrodo (4): Describían 58 casos (0.62%) de dislocación en 9272 pacientes.
- Complicaciones de la bolsa (4): Obteniendo 2.37% de infecciones y 2.5% de hematomas.
- Interferencias por móvil: Sólo un estudio concluye que sólo durante la programación se pueden producir interferencias.
- Neumotórax (4): El neumotórax aparecía en el 1,4% de 6610 pacientes.
- Derrame pericárdico (2): Con una incidencia del 0,64%.
- Estimulación diafragmática: sólo un estudio con 1307 pacientes obtuvo 169 casos (12.9%).
- Trombosis venosa profunda (2): 38 (16,7%) pacientes de 228 la desarrollaron con diferente relevancia clínica.

Conclusiones

Las complicaciones inmediatas tras implantación de marcapasos aparecen de manera relativamente frecuente. Las complicaciones más frecuentes (exceptuando las interferencias que aparecen durante la programación) fueron la trombosis venosa y la estimulación diafragmática. Y por su relevancia clínica, caben destacar la endocarditis (1.06%) y el neumotórax (1.4%). Se hace necesaria la profundización en las citadas complicaciones, en su prevención, vigilancia y tratamiento.

Complicaciones inmediatas de marcapasos. Tabla de resultados generales.

COMPLICACIÓN	PORCENTAJE
Alguna complicación	8.9%
Endocarditis	1.06%
Perforación miocárdica	0.4%
Dislocación del electrodo	0.62%
Infección o hematoma de la bolsa	2.43%
Interferencia por móvil (durante programación)	50%
Neumotórax	1.4%
Derrame pericárdico	0.64%
Estimulación diafragmática	12.9%
Trombosis venosa	16.7%

Palabras clave

marcapasos definitivo · complicaciones de marcapasos · Unidad de Cuidados Intensivos · endocarditis · infección de marcapasos · perforación miocárdica · bolsa de marcapasos · neumotórax · derrame pericárdico · trombosis · estimulación del nervio frénico · estimulación diafragmática

Pantalla nº 6. **Miércoles 13 de Junio de 2018 de 10:40 a 11:10 h.**

ID 330

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA INSERCIÓN Y MANEJO DEL DRENAJE VENTRICULAR EXTERNO

Mª Celia Díaz Tobajas; Mª del Amor Hernado Cotillas; Mª Teresa Arnaiz Ruiz; Isabel González Arnaiz; Mª Cristina Mate Barga; Olga Sdornil Franco; Mª Eugenia Pereda Rodríguez; María Gero Escapa; Mª Jesús Arranz Andrés; Mª Susana Carpintero Pérez
Hospital Universitario de Burgos

Introducción-Objetivos

El drenaje ventricular externo (DVE)consiste en la colocación de un cateter en el ventriculo lateral cerebral con salida hacia el exterior, con fines diagnósticos y/o terapeúticos. Eso nos permite la monitorización continua de la presión intracraneal (PIC) , el drenaje del líquido cefalorraquídeo y la administración de fármacos. Existe evidencia de infecciones en el DVE (que debería ser inferior al 10%). Estas infecciones suponen un aumento de la mortalidad entre el 10% y 20% y un incremento de la morbilidad.

Objetivos generales: seguridad de paciente y calidad de cuidados.

Específicos: Conocer la técnica de colocación y manejo del DVE, detectar factores de riesgo relacionados con el manejo del DVE, identificar los componentes del sistema y unificar cuidados de enfermería en el DVE.

Metodología-Observación Clínica

Para la elaboración de este protocolo, hemos consultado bases bibliográficas como Medline, Scielo y manuales sobre cuidados intensivo y protocolos elaborados en otros hospitales. La finalidad de este protocolo es establecer unas pautas de cuidados, que impliquen al profesional de enfermería,tanto en el momento de la inserción como en el mantenimiento del cateter, y en el adecuado manejo del sistema externo.

Resultados-Intervenciones

Descripción del protocolo: Indicaciones y colocación del DVE, población diana y profesionales implicados, descripción del sistema, cuidados de enfermería, que incluye el correcto manejo del sistema, cuidados del DVE, correcta a administración de farmacos, y finalmente las complicaciones y criterios de evaluación.

Conclusiones

Para evaluar la correcta aplicación de este protocolo, hemos elaborado dos listas de verificación: Una en el momento de la implantación y otra de seguimiento durante los días de que ee DVE está implantado. Indicadores de calidad: conocimiento del protocolo, evaluable trimestralmente, e incidencia de infecciones en portadores de DVE que se valora anualmente.

Palabras clave

Cateter intraventicular · cuidados de enfermería

sigue –>

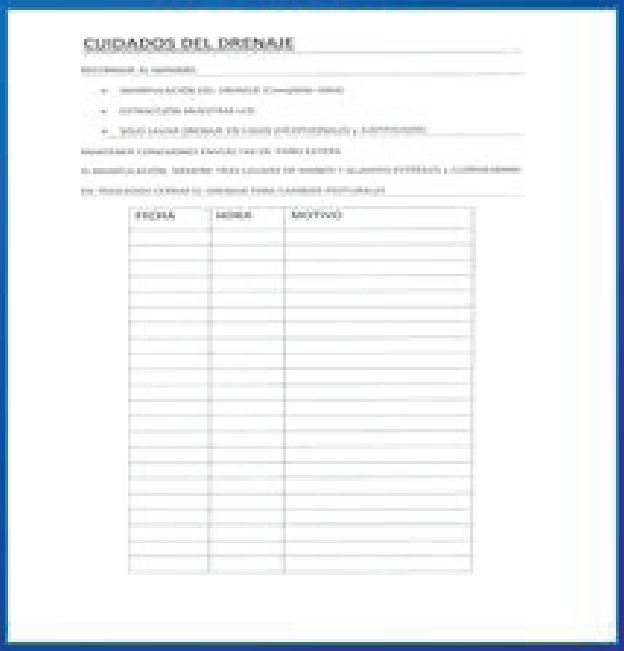
XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

CHECK-LIST Drenaje ventricular

IMPLANTACIÓN

IMPLANTACIÓN DRENAJE VENTRICULAR

CUIDADOS



CUIDADOS DEL DRENAJE

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Pantalla nº 6. **Miércoles 13 de Junio de 2018 de 10:40 a 11:10 h.**

ID 333

HIPERTENSIÓN INTRAABDOMINAL EN EL PACIENTE QUEMADO CRÍTICO

Eva Díaz González; I. Pujol Marcelo; ML. Pérez del Prado; L. González Gilarte; J. Rubio García; L. Rodríguez Corominas; J. Barba Pedrazo
Hospital Vall d'Hebron

Introducción-Objetivos

Cuando la presión intraabdominal se mantiene por encima de 12 mmHg se considera hipertensión intraabdominal. El síndrome compartimental abdominal se produce cuando el incremento de la presión intraabdominal de manera mantenida compromete la correcta irrigación de los órganos vitales. Esto da lugar al deterioro del paciente causando síndrome de disfunción orgánica múltiple y muerte.

Objetivo: Describir la incidencia y complicaciones del aumento de la presión intraabdominal y el síndrome compartimenal abdominal en el paciente quemado crítico

Metodología-Observación Clínica

Se realizó una revisión bibliográfica en las bases de datos PubMed, elsevier y Cochrane con los descriptores "burn, Intra-abdominal hypertension, abdominal compartment síndrome" entre los años 2015-2017.

Resultados-Intervenciones

El aumento de la PIA puede provocar un deterioro significativo de complicaciones cardíacas, pulmonares, renales, gastrointestinales, hepáticas y de la función del SNC. Este síndrome está asociado a una morbi-mortalidad significativa en pacientes quirúrgicos y críticos. Según la World Society of the Abdominal Compartment Syndrome, los factores de riesgo para desarrolar dichas complicaciones en el paciente crítico son: la disminución de la compliancia de la pared abdominal, el aumento del volumen intraabdominal y la combinación de ambos factores.En el paciente quemado define como factores de riesgo: las quemaduras graves, las quemaduras extensas y la resucitación masiva con fluidos. (>5l/24h) Si a la SIRS le añadimos el uso de la reanimación con grandes volúmenes de líquidos, hace que el paciente quemado sea particularmente vulnerables en el desarrollo de dicha complicación.

Conclusiones

El paciente quemado crítico (>20% SCQ) y con lesiones por inhalación tiene una prevalencia de hipertensión intraabdominal del 64.7% a 74.7% y de síndrome compartimental intraabdominal del 4.01% al 16.6%. Con una tasa mortalidad del 50-80% en pacientes con síndrome compartimental abdominal. Dada la alta incidencia sería conveniente una monitorización de la PIA regular y la instauración de medidas terapéuticas para disminuir las complicaciones asociadas a este síndrome.

Financiación

No hay.

Palabras clave

quemado crítico · síndrome compartimental abdominal · hipertensión abdominal

Pantalla nº 6. **Miércoles 13 de Junio de 2018 de 10:40 a 11:10 h.**

ID 334

VENTAJAS E INCONVENIENTES DE UNA UNIDAD ABIERTA DE CUIDADOS INTENSIVOS

R. Martínez Serna; M. Ortiz Jiménez; V. Gago Gómez; L. Medina Sánchez; DF. Rodríguez Tristán; J. Valderrama Viso; Y. Torrejón Pulido; L. Real VIllena; A. Sanz Sánchez; D. Valderas Castilla
Hospital del Tajo

Introducción-Objetivos

Las unidades de cuidados intensivos (UCI) siempre han sido cerradas y con horarios restringidos, pero no podemos obviar que los familiares son una parte importante en el proceso de la enfermedad de los pacientes.

Objetivo: Conocer las opiniones de los profesionales sobre el acceso permanente de familiares en una UCI.

Metodología-Observación Clínica

Realizamos un estudio descriptivo con cierto matiz cualitativo mediante una encuesta anónima y voluntaria de respuesta abierta, en el que podían expresar libremente las ventajas e inconvenientes del horario flexible.

Resultados-Intervenciones

Los encuestados señalaron mayor número de ventajas que de inconvenientes, el 78.8% reflejó el apoyo psicológico y la disminución de la ansiedad del paciente y sus familiares, como una ventaja de las unidades con horario flexible. El 60,6% de los participantes en la encuesta sugerían que la presencia familiar disminuiría los síndromes confusionales. Los profesionales resaltaron la mejora de la comunicación e información entre familia y equipo sanitario. En cuanto a los inconvenientes, los encuestados refirieron con más frecuencia la incomodidad en el desempeño profesional, y dificultades en la organización de los cuidados del paciente. Y los que potencialmente podrían ser más graves para el paciente (vulnerabilidad de la privacidad, riesgo de infecciones y aumento de la ansiedad y/o agotamiento de los pacientes), aparecieron con poca frecuencia en las encuestas (<30%).

Conclusiones

Según se desprende de la encuesta, los profesionales de nuestra Unidad refieren más ventajas con un horario flexible. A la vista de las nuevas tendencias y proyectos de humanización en cuidados intensivos, se hace necesaria la revisión de protocolos y la preparación de los trabajadores para cambios profundos en sus rutinas, minimizando los inconvenientes señalados y contribuyendo al bienestar de pacientes y familiares.

Palabras clave

Unidad de Cuidados Intensivos · presencia familiar · opinión profesional · ansiedad · acompañante · organización · bienestar

Pantalla nº 6. **Miércoles 13 de Junio de 2018 de 10:40 a 11:10 h.**

ID 338

MEDIDAS PREVENTIVAS DE ITU ASOCIADA AL SONDAJE VESICAL

Sonia Ramírez López[1]; GM. Casado Domínguez[1]; JI. Torres González[1]; MR. Merino Martínez[1]; S. Sánchez-Arévalo Morato[2]
1. Hospital Clínico San Carlos; 2. Hospital Severo Ochoa

Introducción-Objetivos

Actualmente la infección nosocomial más frecuente en nuestra UCI es la infección del tracto urinario (ITU) asociadas al sondaje urinario (SU). Previo a implantar un paquete de medidas preventivas se propone evaluar el conocimiento que los profesionales de enfermería tienen sobre el procedimiento del SU.

Metodología-Observación Clínica

Estudio descriptivo transversal (diciembre 2017- enero 2018), unicéntrico. Se recogieron variables demográficas y se evaluó el nivel de conocimiento de todos los profesionales de la UCI mediante un cuestionario creado ad-hoc de 10 preguntas. Se realizó a través de la plataforma google forms. Las variables cuantitativas se expresan en media (desviación típica) y las cualitativas en porcentaje. Análisis mediante test Chi-cuadrado o test de Fisher para variables discretas y T de Students para variables continuas. Nivel de significación $p<0,05$. Programa estadístico SPSS versión 22.

Resultados-Intervenciones

Participaron el 22% de profesionales, 81% mujeres, el 38% entre 31- 40 años y el 71,4% con más de 10 años de experiencia en UCI. El 70.5% piensan que las ITUs han ido disminuyendo a lo largo de los últimos 20 años. El 46.3% tiene una concepción errónea de la indicación del sv.

Conclusiones

La mayoría de los profesionales presenta un escaso conocimiento del procedimiento del SU. Para reducir la IN es preciso difundir medidas preventivas.

Pantalla nº 6. **Miércoles 13 de Junio de 2018 de 10:40 a 11:10 h.**

ID 339

MUSICOTERAPIA EN PERFUSIÓN CONTÍNUA

Evelin Bernal Pérez; C. Faura Santos; A. González Ponce; P. Rebollo Gómez; S. Somolinos Horcajuelo; T. Ferreño Ocampo; G. Heras de La Calle; M. Martín Delgado
Hospital Universitario de Torrejón

Introducción-Objetivos

Introducción: La musicoterapia es uso de la música y/o sus elementos en un proceso creado para facilitar, promover la comunicación, las relaciones, el movimiento, la expresión y otros objetivos terapéuticos relevantes, para así satisfacer las necesidades físicas, emocionales, mentales, sociales y cognitivas. La musicoterapia en UCI puede favorecer el bienestar físico y emocional de los pacientes críticos y sus familias a través de la estimulación cognitiva y motora y/o favoreciendo la reducción del estrés y ansiedad en situaciones emocionalmente críticas.

Objetivos: Describir la puesta en marcha de un programa de musicoterapia, la satisfacción de los profesionales y la percepción del impacto en el funcionamiento de la unidad.

Metodología-Observación Clínica

Se inicia un programa sesiones de musicoterapia, promovidas por "Fundación Diversión Solidaria", en la UCI polivalente del Hospital Universitario de Torrejón. El programa consta de sesiones de 20 minutos por paciente / 90 minutos, 1 día por semana desarrolladas por dos musicoterapeutas profesionales. La selección de paciente se consensua de forma multidisciplinar, siendo candidatos preferentes pacientes con media o larga estancia en los que la terapia puede tener un mayor impacto y efecto sumativo. Se solicita el consentimiento al paciente y o familia. Se recogen como variables la duración de la sesión, los gustos musicales del paciente, si está acompañado, los instrumentos utilizados y se describe cómo transcurre la sesión, así como si el paciente y la familia declinan la sesión y el motivo.

Resultados-Intervenciones

En 9 semanas se han realizado 59 sesiones, en 29 pacientes (entre 1 y 6 sesiones por paciente). Un porcentaje elevado de pacientes/familias aceptan participar. La satisfacción de los profesionales fue elevada, sin interferir en el funcionamiento de la unidad.

Conclusiones

Los primeros resultados de la puesta en marcha de un programa de musicoterapia son positivos tanto para pacientes, familias y profesionales.

Financiación

Proyecto financiado por "Fundación Diversión Solidaria"

Palabras clave

Musicoterapia · paciente crítico

Pantalla nº 6. **Miércoles 13 de Junio de 2018 de 10:40 a 11:10 h.**

ID 340

EVALUACIÓN DE LA PUESTA EN MARCHA DEL PRIMER PROGRAMA DE REPOSICIÓN HEMOSTÁTICA PREHOSPITALARIA CON CONCENTRADOS DE HEMATÍES EN ESPAÑA

Roberto Carlos Estévez Montes[1]; Md Phd. A. Pacheco Rodríguez[1]; Md. ME. Madrigal Sánchez[2]; MV. Megía Sánchez[1]; JJ. Martínez Briñas[1]; A. Cortina Nieto[2]
1. Helicóptero Medicalizado Gigante 2. CREAL-Sescam; 2. Banco de Sangre. HGCR-Sescam

Introducción-Objetivos

Los manuales y artículos recomiendan la reposición con hemoderivados en la fase aguda y avanzada del paciente sangrante. El helicóptero medicalizado GIGANTE 2 de Ciudad Real porta desde Marzo de 2014 dos unidades de concentrados de hematíes 0- que se incorporan a su arsenal terapéutico para atender al paciente en shock hemorrágico.

Metodología-Observación Clínica

Valorar si la implantación de este procedimiento de transfusión prehospitalario ha sido seguro y de calidad.

Resultados-Intervenciones

Realizando una evaluación retrospectiva de la implantación del programa que se inició 4 años atrás, podemos afirmar que:

1. La trazabilidad y la hemovigilancia se han mantenido durante todo el programa, por lo que la conservación de los concentrados ha sido buena, con una temperatura media de almacenamiento de 4,1ºC (IC95%3,98-4,2).
2. Los concentrados salen a todos los avisos del helicóptero independientemente de si puede requerir sangre o no. El transporte en helicóptero y este procedimiento no afectan a su calidad. El descenso medio de temperatura en todas las salidas, a lo largo del año, es de 0,3ºC (IC95%0,5-0,01).
3. La preentrega de concentrados de hematíes no administrados antes de su caducidad para utilización en el arsenal hematológico del hospital, es un procedimiento seguro y de calidad.
4. La legislación y correlación administrativa se ha seguido tal como se realiza en otros servicios del hospital.
5. La implicación del personal de ambos servicios, unido a la actitud no punitiva de los mismos ha generado un ambiente de trabajo de confianza y seguro.

Conclusiones

El procedimiento de Transfusión Prehospitalaria del HEMS GIGANTE2, es una práctica segura y de calidad que nos ha permitido transfundir pacientes sangrantes a nivel prehospitalario con éxito.

Palabras clave

Transfusión · Prehospitalario · SEM · HEMS

Pantalla nº 6. **Miércoles 13 de Junio de 2018 de 10:40 a 11:10 h.**

ID 344

LA SEGURIDAD ESTÁ EN TUS MANOS. REVISIÓN DEL CORRECTO LAVADO HIGIÉNICO DE MANOS

H. Rubio Pinillos; Y. Granda Miranda; MJ. Lanillos de la Cruz; EM. Medina González; L. Molina Pereda
Hospital General Universitario Sescam Guadalajara

Introducción-Objetivos

La higiene de manos es la medida más efectiva, de fácil aplicación y bajo coste de la que disponemos los profesionales sanitarios para evitar la diseminación de microorganismos multirresistentes.

Objetivo general:

- Prevenir y controlar las enfermedades nosocomiales mediante la correcta higiene de manos.

Objetivos Específicos:

- Valorar los conocimientos previos sobre la higiene de manos en el personal de nuestra Unidad de Cuidados Intensivos.
- Proporcionar la información y habilidades necesarias para realizar la higiene de manos de forma correcta y en el momento adecuado.
- Evaluar los conocimientos adquiridos mediante cuestionario de seguimiento. - Programar actividades periódicas de observación de cumplimiento.

Metodología-Observación Clínica

Formación de grupo de trabajo, revisión bibliográfica Cuestionario acerca de los conocimientos sobre la higiene de manos destinado a todo el personal de la UCI. Estudio observacional descriptivo prospectivo. Análisis de resultados. Realización de charla-taller, práctica individual, vídeo difusión.

Resultados-Intervenciones

59 cuestionarios cumplimentados.

- 28% ha recibido formación reglada sobre higiene de manos en los últimos tres años.
- 95% considera las manos principal vía de transmisión cruzada de microorganismos.
- 74,5% utiliza la solución alcohólica.
- 51% considera que la fricción con solución alcohólica causa más sequedad en las manos que el lavado con agua y jabón.
- 49% considera la solución alcohólica menos eficaz.
- 31% desconoce el tiempo mínimo necesario para que la fricción de manos de base alcohólica elimine los gérmenes de las manos.

Conclusiones

Tras el análisis de los cuestionarios se evidencia la necesidad de formación periódica sobre el lavado de manos en nuestra unidad con el objetivo de mejorar la seguridad del paciente. Los principales aspectos a reforzar sería el uso de la solución alcohólica, momentos y duración de la aplicación, desmintiendo mitos sobre su uso.

Palabras clave

Higiene de manos · Seguridad del paciente · Unidad de cuidados intensivos · Formación · Solución alcohólica

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Pósters

Pantalla nº 7. **Miércoles 13 de Junio de 2018 de 10:40 a 11:10 h.**

ID 346
PAPEL DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DE LOS PACIENTES SOMETIDOS A LA IMPLANTACIÓN DE VÁLVULA AÓRTICA TRANSCATETER (TAVI)

ID 350
SOBREDOSIS DE GHB: UN NAS REDIRIGIBLE HACIA EL CONTROL DE ETSS

ID 352
SCREENING DE MALARIA EN PACIENTE DONANTE DE ORGANOS

ID 355
IMPLANTACIÓN DEL EQUIPO DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN A LA PARADA CARDIORESPIRATORIA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GIRONA: DOCTOR JOSEP TRUETA

ID 360
UTILIZACIÓN DE CÁNULAS NASALES DE ALTO FLUJO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE ONCOHEMATOLOGÍA

ID 370
INTERPRETACIÓN DE CURVAS DE VENTILACIÓN MECÁNICA. UN AVANCE PARA LA ENFERMERÍA

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Pantalla nº 7. **Miércoles 13 de Junio de 2018 de 10:40 a 11:10 h.**

ID 346

PAPEL DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DE LOS PACIENTES SOMETIDOS A LA IMPLANTACIÓN DE VÁLVULA AÓRTICA TRANSCATETER (TAVI)

María Eugenia Espinoza Ruiz; MP. Márquez Pérez; P. Millán Estañ; JL. Pérez Vela; T. Grau
Hospital La Luz

Introducción-Objetivos

El procedimiento de TAVI es una técnica mínimamente invasiva percutánea que consiste en la colocación de una prótesis valvular aórtica a través de un acceso vascular, principalmente femoral. Se aplica a pacientes con estenosis aórtica severa sintomática y con un riesgo quirúrgico tan alto que han sido descartados para cirugía convencional. Analizar los cuidados de enfermería en las TAVI realizadas en el Hospital La Luz.

Metodología-Observación Clínica

Análisis prospectivo de los pacientes sometidos a TAVI entre junio 2016 hasta enero 2018, siguiendo un protocolo de cuidados de enfermería al ingreso y tras el procedimiento. Cuidados de Enfermería al ingreso (pre-TAVI). El procedimiento se ha realizado bajo sedación, conservando la respiración espontánea. Se accede habitualmente por ambas femorales y el tipo de válvula es Corevalve. Cuidados de Enfermería post-TAVI. Vigilar posibles complicaciones. Los resultados se presentan como media, rango y porcentajes.

Resultados-Intervenciones

Se analizaron catorce pacientes con implante de TAVI. El 64,3% varones con edad entre 58-86 años y 35,7% mujeres con edad entre 79-84 años. El 85,71% de los pacientes fueron hipertensos, 57,14% dislipémicos y 28,57% diabéticos. Se observaron en cuatro pacientes complicaciones, ninguna de gravedad: Hematoma femoral derecho (sin necesidad de transfusión); un hematoma cervical derecho secundario a complicación en la canalización del introductor yugular; dos bloqueos auriculoventricular con colocación de MCP definitivo. Los cuidados de enfermería han sido factibles, según la escala NEMS, media de 24,928 con rango de 23-36. El 57.14% de los pacientes tuvieron una estancia de 2 días; el 21.4% de 3 días; el 7.14% 5 días; 7,14% de 4 días y 7.14% 1 día. La supervivencia hospitalaria fue del 100%. Y en el último seguimiento a día 26 de enero 2018 es del 100%.

Conclusiones

1º Los cuidados de enfermería aplicados son viables y asumibles.
2º En nuestro centro, el implante de TAVI tiene buenos resultados clínicos.
3º Este procedimiento asocia una buena supervivencia a largo plazo.

Palabras clave

TAVI · Estenosis Aórtica

Pantalla nº 7. **Miércoles 13 de Junio de 2018 de 10:40 a 11:10 h.**

ID 350

SOBREDOSIS DE GHB: UN NAS REDIRIGIBLE HACIA EL CONTROL DE ETSS

Julia Castro Rodríguez; JU. Dominguez Martín
Fundación Jiménez Díaz

Introducción-Objetivos

El gamma-hidroxibutirato, GHB, es una droga consumida frecuentemente por hombres en contexto de chemsex, consumo intencionado de sustancias psicoactivas para mantener relaciones sexuales con otros hombres durante varias horas con múltiples parejas, ocasionando un aumento de ingresos por sobredosis en Intensivos. Además del daño por consumo, aparece riesgo de infección y transmisión de enfermedades sexuales (ETSs). Su manejo se basa en soporte hasta desaparecer los efectos, suponiendo un NAS medio de 76 puntos como consecuencia de un manejo rutinario.

Objetivos: describir la población que ingresa en UCI por intoxicación con GHB, identificar el uso de los recursos para cuantificar el NAS y averiguar si existe relación significativa entre contagio de ETSs y Chemsex.

Metodología-Observación Clínica

Estudio: cuantitativo, descriptivo, observacional, longitudinal, retrospectivo. Muestra: 68 pacientes ingresados en UCI de la Fundación Jiménez Díaz desde 2012 hasta 2017 por sobredosificación de GHB. Recogida de variables de BICU, HORUS. Análisis con SPSS mediante frecuencias, contingencias y Chi cuadrado.

Resultados-Intervenciones

De 68 pacientes, el 92,6% son varones con una edad media de 32,2 años (DE7,3). Todos precisaron IOT, extubándose el 48,3% antes de las 5 primeras horas. Se realizó TAC al 51,5% y solo el 7,3% refería traumatismo previo. Ninguno tuvo hallazgos patológicos. Se colocó sonda nasogástrica al 100%, vesical 97,8% y arteria 96,6%, ninguno precisó drogas. El 92,4% se fue de alta antes del segundo día siendo el 73,1% alta voluntaria. Acudió a consulta el 52,9% (42,8% interna, psiquiatría, primaria), de ellos, 34% desarrolló ETSs, analizándose relación significativa p= 0,027, para el contagio de ETS tras chemsex.

Conclusiones

Existe oportunidad de incidir en el diagnóstico temprano de ETSs en población vulnerable con beneficio individual y de salud pública. Elaborar un protocolo permitiría optimizar recursos y tiempo de enfermería, reduciendo el NAS y permitiendo enfocar cuidados a mejorar la atención y celeridad diagnóstica de ETSs.

Palabras clave

GHB · intoxicación · chemsex · ETSs · NAS

Pantalla nº 7. **Miércoles 13 de Junio de 2018 de 10:40 a 11:10 h.**

ID 352

SCREENING DE MALARIA EN PACIENTE DONANTE DE ÓRGANOS

Nuria Pérez Santamaría; G. Jerez Abajo
Hospital Universitario de Burgos

Introducción-Objetivos

El objetivo es mostrar un caso clínico interesante y poco frecuente por dos motivos: en primer lugar por la localización de la hemorragia cerebral y en segundo lugar porque el paciente requirió de screening serológico de malaria debido a su país de procedencia ya que se trataba de un potencial donante de órganos.

Metodología-Observación Clínica

Se trata de un paciente sin antecedentes personales de interés, de mediana edad, natural de Angola, que reside desde hace 3 años y medio en España. El paciente sufre ACV hemorrágico 2º a hemorragia infratentorial masiva con signos de herniación transtentorial ascendente. En este contexto el paciente fallece en ME. Dada la procedencia del paciente se inicia el screening serológico de malaria para donantes de órganos que hayan nacido, vivido o viajado a áreas endémicas de paludismo durante 6 meses en los últimos 5 años.

Resultados-Intervenciones

El screening de la malaria en los donantes incluye:
1. Cribado mediante frotis y gota gruesa en sangre periférica: negativo.
2. Ag por Inmunocromatografia: negativo.
3. Serología: Ac anti-malaria (“Elisa”): positivo.
4. Screening de parasitemia (PCR) en presencia de Ac ani-malaria positivo: negativo.

Conclusiones

Con todos estos datos concluimos que el paciente tuvo contacto con el parásito pero no padecía la enfermedad en la actualidad. Se puede proceder con la donación pendiente de los resultados serológicos de malaria. Si los resultados positivos de las serologías anti-malaria se conocen después del transplante de órganos, no contraindica la donación, pero se recomienda un seguimiento adecuado de los receptores. Sólo se contraindica la donación si la malaria es la causa de la muerte del donante.

Palabras clave

Sreenning · Malaria · Donación

Pantalla nº 7. **Miércoles 13 de Junio de 2018 de 10:40 a 11:10 h.**

ID 355

IMPLANTACIÓN DEL EQUIPO DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN A LA PARADA CARDIORESPIRATORIA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GIRONA: DOCTOR JOSEP TRUETA

Jordina Teixidó Llurià; M. Molas Pla; L. Sidera Domènech; X. Mercader Pi; È. Planella Albi; S. Martín Hernández; C. Cordón Bueno; A. Sánchez Ginés; C. Lorencio Cárdenas
Hospital Universitario de Girona Doctor Josep Trueta

Introducción-Objetivos

En enero de 2017 se implantó el Equipo de Prevención y Atención a la Parada Cardiorespiratoria (EPAPCR) en el Hospital Universitario de Girona: Doctor Josep Trueta (HUGDJT). Éste tiene un doble circuito: por un lado el Equipo de Prevención de la Parada o Equipo de Respuesta Rápida (ERR) y, por otro, el Equipo de Parada Cardiorespiratoria (EPCR). Su principal objetivo es mejorar la atención al paciente grave fuera de las unidades de críticos y evitar la progresión del proceso patológico hasta desencadenar en una Parada Cardiorespiratoria (PCR). No obstante, en caso de PCR intrahospitalaria este equipo también será el responsable de realizar las actuaciones correspondientes.

Metodología-Observación Clínica

Los profesionales del ERR son: médico adjunto y residente de medicina intensiva, enfermería de críticos y celador. En caso de PCR a este equipo se suman los médicos adjuntos y residentes de anestesia y cardiología. La activación del EPAPCR la puede realizar cualquier trabajador, sanitario o no sanitario, a través de todos los teléfonos del recinto hospitalario ya sea en modo de ERR o EPCR . En el primer caso se asegura la atención del paciente grave en menos de 5 minutos desde su activación y en caso de PCR en menos de 3 minutos.

Resultados-Intervenciones

En las unidades de hospitalización se ha facilitado al personal de enfermería la escala Early Warning Score (EWS), un nuevo elemento de valoración objetivo que permite identificar las prioridades asistenciales de todos los pacientes hospitalizados y que, en caso necesario, puede activar directamente al ERR. El EPAPCR dispone de material específico para realitzar primeras intervenciones de Soporte Vital Basico (SVB).

Conclusiones

La disposición de medidas organizativas y de difusión del conocimiento ante estas situaciones aumenta la calidad asistencial y la seguridad clínica de los pacientes atendidos, asegurando una mejora en el tiempo de respuesta y la reducción de la morbimortalidad asociada.

Financiación

La implantación del proyecto del Equipo de Prevención y Atención a la Parada Cardiorespiratoria (EPAPCR) ha sido posible gracias a los recursos humanos, materiales y formativos que el Hospital Universitario de Girona: Doctor Josep Trueta (HUGDJT) ha dispuesto para ello.

Palabras clave

equipo hospitalario de respuesta rápida · sistema de respuesta rápida · paro cardíaco · asistencia crítica · paciente deteriorado

Pantalla nº 7. **Miércoles 13 de Junio de 2018 de 10:40 a 11:10 h.**

ID 360

UTILIZACIÓN DE CÁNULAS NASALES DE ALTO FLUJO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE ONCOHEMATOLOGÍA

Raquel Muñoz Muñoz; A. Mosquera Fontan; I. Araujo Camacho; AI. Cadenas Fernández; M. Fernández Alemany; A. Garnica Goyanes
Md Anderson Cancer Center

Introducción-Objetivos

La intubación orotraqueal (IOT) en los pacientes oncohematológicos conlleva una alta mortalidad, tal y como se ha descrito a lo largo de numerosos estudios. Para evitarla, surgen alternativas que se están extendiendo cada vez más en las unidades de cuidados intensivos (UCIs) como son las cánulas nasales de alto flujo (CNAF). El objetivo de este estudio es describir la experiencia con el uso de este dispositivo en una unidad de cuidados intensivos oncohematológicos.

Metodología-Observación Clínica

Estudio descriptivo y retrospectivo que analiza los pacientes que recibieron terapia con CNAF en la UCI del Hospital MD Anderson Cancer Center en el periodo comprendido desde el 1 de mayo 2016 - 15 enero 2018. Se recogieron variables demográficas, tiempo de uso del dispositivo y complicaciones asociadas al mismo. Se analizó la tasa de IOT así como la mortalidad en UCI.

Resultados-Intervenciones

Analizamos 28 pacientes (2,96% de los ingresos totales en ese periodo) con una edad media de 66,64 años (42,85% mujeres y 57,14% hombres). La duración media del empleo de CNAF fueron 36,71 horas. No se registraron complicaciones asociadas durante el uso de la terapia que obligaran a su retirada. Se evitó la IOT en el 57,14% de los casos que fueron dados de alta de la Unidad; de los 12 casos que precisaron IOT (42,85%) el 75% de ellos fallecieron.

Conclusiones

El uso de las CNAF ha demostrado ser una terapia segura en nuestros pacientes y ha contribuido a la reducción en la tasa de IOT. Nuestro estudio revela una incidencia de uso de CNAF baja así como unos datos de mortalidad elevada. Creemos que esto puede estar sesgado al tratarse de una unidad oncohematológica, principalmente posquirúrgica, requiriendo estudios complementarios para su análisis.

Financiación

No hay financiación.

Palabras clave

oncohematología · canula nasal alto flujo · unidad cuidados intensivos

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Pantalla nº 7. **Miércoles 13 de Junio de 2018 de 10:40 a 11:10 h.**

ID 370

INTERPRETACIÓN DE CURVAS DE VENTILACIÓN MECÁNICA. UN AVANCE PARA LA ENFERMERÍA

María Dolores Castro González[1]; S. Torres Cómitre[1]; C. Fernández Bravo[1]; J. Timón Guerra[1]; M. García González[1]; S. Muñoz Puebla[1]; D. Tapial Rodríguez[1]; R. Blanco González[2]
1. Complejo Hospitalario de Toledo; 2. Hospital Ramón y Cajal

Introducción-Objetivos

La enfermera es el profesional que se mantiene 24 horas al día a pie de cama con el paciente crítico, que con mucha frecuencia va a precisar ventilación mecánica invasiva. Es importante para nosotros saber interpretar las diferentes curvas mostradas en los monitores de los ventiladores para identificar de forma precoz y rigurosa problemas que presenta nuestro paciente.

Objetivos:

- analizar e interpretar la información que nos proporcionan las curvas de los ventiladores.
- Conocer el significados de las curvas de ventilación mecánica en situaciones estables.
- Identificar e interpretar alteraciones de las curvas de ventilación mecánica (desconexión, asíncronía, obstrucción, secreciones, tos, fugas, etc).

Metodología-Observación Clínica

Revisión bibliográfica en bases de datos: medline, cochrane, cuiden y scielo. Palabras clave utilizadas: curvas ventilación mecánica, interpretación de curvas, cuidados de enfermería, paciente intubado. El periodo de búsqueda va de 2007 a 2017, incluyendo artículos en ingles y castellano. Se excluyen artículos en otros idiomas.

Resultados-Intervenciones

Se analizan y se registran las curvas de ventilación mecánica invasiva en diferentes modos ventilatorios (volumen control, presión control, volumen control regulado por presión, presión de soporte). Se registran y se analizan curvas que identifican situaciones de alerta que requieren intervención enfermera emergente o urgente (desconexión, asíncronía, obstrucción, secreciones, tos, fugas, etc).

Conclusiones

Paciente conectado a ventilación mecánica invasiva. Dentro de los cuidados de enfermería se incluye el análisis e interpretación de las curvas de ventilación mecánica. Comprobar correcto funcionamiento de la ventilación mecánica invasiva y adaptación del paciente a la terapia. Identificar situaciones anormales mostradas en las curvas de ventilación mecánica y actuar de forma correcta para solucionar el problema existente. Anotar la realización de la actividad en los registros de enfermería.

Palabras clave

curvas ventilación mecánica · interpretación

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Pósters

Pantalla nº 8. **Miércoles 13 de Junio de 2018 de 10:40 a 11:10 h.**

ID 215
CONTROL DE LA GLUCEMIA EN EL POSTOPERATORIO INMEDIATO DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR

ID 225
IMPLANTACIÓN DE FLEXIBILIZACIÓN DE VISITAS EN UCI DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA

ID 358
RABDOMIOLISIS GRAVE QUE REQUIERE CUIDADOS INTENSIVOS EN VARÓN JOVEN, UN CASO COMPLEJO CON EVOLUCIÓN TÓRPIDA

ID 359
VALORACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS EN EL MANEJO DE LA SEDOANALGESIA EN EL PACIENTE CRÍTICO DEL PERSONAL DE UNA UCI

ID 361
GESTIÓN DEL CONTROL DE INFECCIONES EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

ID 362
UN NUEVO RETO PARA LA COORDINACIÓN DE TRASPLANTES DE ENFERMERÍA HOSPITALARIA: ¿QUE ACTITUD MUESTRAN LOS ADOLESCENTES SOBRE LA DONACIÓN?

ID 363
EVALUACIÓN DEL CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE UCI SOBRE EL DELIRIO DEL PACIENTE CRÍTICO

ID 364
PRINCIPALES USOS DEL DRENAJE VENTRICULAR EXTERNO (DVE) Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA, EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Pantalla nº 8. **Miércoles 13 de Junio de 2018 de 10:40 a 11:10 h.**

ID 215

CONTROL DE LA GLUCEMIA EN EL POSTOPERATORIO INMEDIATO DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR

F. Javier Arroyo Muñoz; MD. González Caro; J. Garnacho Montero
Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla

Introducción-Objetivos

La cirugía produce una respuesta neuroendocrina provocando, resistencia a la insulina, disminución de su secreción y aumento de producción hepática de glucosa. Esta situación puede desencadenar hiperglucemia en sujetos con y sin diabetes. La hiperglucemia se asocia a aumento de la morbimortalidad en pacientes sometidos a cirugía cardiaca. Los datos disponibles muestran que el control estricto de la glucemia mediante la infusión de insulina mejora el pronóstico. Aunque existe variabilidad en la bibliografía sobre las cifras de control de la glucemia se objetiva la cifra de 180mg/dl como valor que no sebe superar. Nos planteamos conocer la evolución de la glucemia en las primeras 48h del postoperatorio de cirugía cardíaca; así mismo detectar qué factores se asocian con niveles altos de glucemia.

Metodología-Observación Clínica

Estudio observacional prospectivo descriptivo y analítico. Muestra aleatoria, analizamos 125 pacientes intervenidos por cirugía cardíaca entre el 1 de enero y el 31 de octubre de 2017. Se midieron las glucemias mediante gasometrías arterial o venosa al igreso, 6h, 18h, 30h y 42h. Se excluyen urgencias, reintervenciones y TCRR (técnicas contínuas reeplazo renal). Otras variables: edad, sexo, intervención, CEC (circulación extracorpórea),tiempo CEC, diabetes, lactato, insulinoterapia, dosis Noradrenalina, extubación, estancia y exitus. Se calculan medidas de tendencia central, chi cuadrado, t de student y medidas de correlación para $p<0,05$.

Resultados-Intervenciones

Pacientes 117. El porcentaje más alto de glucemia > 180mg/dl se observa a las 6h, 70%. Se realizan test para relacionar esta subida con las distintas variables. Sí hay relación con edad >70, CEC, lactato >2mmol/l ingreso y a las 6h. No hay relación con sexo, diabetes, tiempo CEC, glucemias ingreso >150mg/dl, ventilación mecánica invasiva ingreso y estancia.

Conclusiones

En el postoperatorio inmediato aparecen niveles de glucemias elevados, sobre todo a las 6h, requieriendo empleo de protocolo de insulización i.v. para un control adecuado. También habrá que plantearse el inicio de pautas i.v. de forma precoz en determinadas circunstancias.

Palabras clave

Glucemia · Cirugía cardiovascular · Postoperatorio · Control

Pantalla nº 8. **Miércoles 13 de Junio de 2018 de 10:40 a 11:10 h.**

ID 225

IMPLANTACIÓN DE FLEXIBILIZACIÓN DE VISITAS EN UCI DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA

F. Javier Arroyo Muñoz; MC. González Delgado; MD. González Caro; J. Garnacho Montero
Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla

Introducción-Objetivos

En las familias, cualquier elemento adverso que afecte a uno de sus miembros repercute en los demás, provocando una situación de desestabilización. Las UCIs se han caracterizado por ser espacios cerrados, altamente tecnificados, donde el esfuerzo asistencial se centra en la resolución del proceso patológico, permaneciendo los pacientes aislados de su entorno más cercano. Hemos querido facilitar el acceso para que los pacientes y familiares aumenten el contacto físico y comunicación, buscando influir de forma positiva en su recuperación. Para ello pusimos en marcha la flexibilización de visitas.

Objetivo: comparar resultados pre y post.

Metodología-Observación Clínica

Estudio observacional descriptivo transversal, con encuesta validada, analizando resultados de las visitas y observaciones de mejora en dos períodos: marzo y noviembre de 2017. Previo a flexibilización, el horario de visitas eran tres. Tras análisis del primer período se detecta la necesidad de aumento de visitas, pasando a cinco y se hacen coincidir con las horas de las comidas: 8.30-8.45 13.45-14.30 *17.00-19.00 19.00-19.30 *20.30-22.30

Resultados-Intervenciones

Obtuvimos rellenas 62 marzo / 53 noviembre. Respecto a las visitas, el número es aceptado por 81% / 96%, el horario por 64% / 74%, la duración por 66% / 76%, el número de familiares 87%/ 98%. Recibieron información sobre: las normas de la unidad 98% / 100%, cuidados 86% / 92%, aparataje y alarmas 53% / 56%. Conocían el nombre de médicos 69% / 51%, de enfermería 53% / 46%. En las observaciones de mejora los comentarios más frecuentes son: visitas 47% / 26%, información 18% / 16% , trato 16% / 3%, y ruido 5% / 15%. Valoración global de la atención recibida 9,2 / 9,1.

Conclusiones

Se observa un mayor grado de aceptación de las visitas. El mayor tiempo de permanencia en la unidad ha disminuido las observaciones respecto al trato, sin embargo se mantiene la demanda de información, sobre todo del aparataje y se solicita una disminución del ruido del personal. Se muestra también la necesidad de mejorar el conocimiento de los nombres del personal. La valoración global se mantiene alta.

Palabras clave

Visita fexible · Cuidados intensivos · Familia

Pantalla nº 8. **Miércoles 13 de Junio de 2018 de 10:40 a 11:10 h.**

ID 358

RABDOMIOLISIS GRAVE QUE REQUIERE CUIDADOS INTENSIVOS EN VARÓN JOVEN, UN CASO COMPLEJO CON EVOLUCIÓN TÓRPIDA

José María Martínez Oliva[1]; T. Herrera Romero[1]; JJ. Rodríguez Mondéjar[2]; L. Navarro Sanz; F. Núnez Fuentes[3]; MJ. Navarro Marco[1]; L. Climent Coronado[1]; C. Egio Meseguer[1]; FJ. Paredes Pérez[3]; MC. Armero Sánchez[1]

1. UCI. HGU Reina Sofía. Gerencia Área VII-Murcia Este. SMS; 2. UME-2. Alcantarilla. Gerencia Urgencias y Emergencias 061. SMS; 3. Facultad de Enfermería (UMU). Campus Mare Nostrum. IMIB-Arrixaca

Introducción-Objetivos

Describir un caso clínico poco común en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI): miopatía no inflamatoria, secundaria a la alteración de la betaoxidación de ácidos grasos, que ingresa por elevación de la Creatín-Kinasa (CK) y posterior deterioro neurológico. Elaborar un plan de cuidados individualizado para la paciente en el servicio de urgencias utilizando el modelo conceptual de Margory Gordon y las taxonomías NANDA-NIC-NOC.

Metodología-Observación Clínica

Varón de 20 años que ingresa en neurología procedente de urgencias para monitorización y otros cuidados con mialgia, debilidad, y una elevación de la enzima creatininfosfoquinasa, Antecedentes: Miopatía por depósito de lípidos diagnosticado a los 14 días de vida, polineuropatía sensitiva-motora axonal crónica y retinosis pigmentaria revisado por neurología cardiología y oftalmología. Anulación funcional de riñón izquierdo. Ingreso por rabdomiolisis en 2009 por ejercicio físico intenso. Enfermedad actual Desde hace una semana pérdida de fuerza en MMII, y caídas continuas. En planta presenta agresividad, mutismo, desviación de mirada... Datos objetivos y exploración física: Consciente y orientado, lenguaje conservado. Resto de exploración dentro de la normalidad. Fuerza 5/5. Tras 5 días en planta presenta PCR intrahospitalaria con asistolia y luego fibrilación ventricular reanimadas, tras ello ingresa en UCI. Constantes vitales: Presión arterial 90/60. Fc 94 lat/m. Fr 18 r.p.m., Sat O2 99%, Tª timpánica 35,7ºC. Parámetros analíticos a destacar HB 9,9g/dl, glucosa 50, K 2,5mm/l, CK 3573.

Resultados-Intervenciones

Aplicación del proceso enfermero y plan de cuidados personalizado en paciente con grave compromiso vital Se centra en dos diagnósticos enfermeros (principalmente): (00029) Disminución del gasto cardiaco relacionado con alteración de la frecuencia o ritmos cardiacos manifestado por arritmias vitales (asistolia y FV). (00032) Patrón respiratorio ineficaz relacionado con fatiga (y deterioro musculoesquelético) manifestado por disnea y respiración agónica, que precisa vía aérea artificial y ventilación mecánica. Se aplicaron NIC y NOC relacionados.

Conclusiones

Caso complejo, no común en UCI, que evolucionó tórpidamente desarrollando (y reincidiendo) PCR, fibrilación ventricular refractaria y éxitus.

Financiación

No ha habido financiación pública ni privada.

Palabras clave

Rabdomiolisis · Cuidados críticos · Caso clínico

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Pantalla nº 8. **Miércoles 13 de Junio de 2018 de 10:40 a 11:10 h.**

ID 359

VALORACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS EN EL MANEJO DE LA SEDOANALGESIA EN EL PACIENTE CRÍTICO DEL PERSONAL DE UNA UCI

Moisés Abraham Pérez Vera[1]; Y. Marrero Cárdenes[1]; P. Eugenio Robaina[1]; L. Ugalde Jauregui[1]; L. Santana Cabrera[1]; JD. Martín Santana[2]
1. Hospital Insular de Gran Canaria; 2. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria

Introducción-Objetivos

Introducción: El manejo inadecuado de la sedación y la analgesia, en el paciente crítico, comporta eventos adversos, prolongando la ventilación mecánica e incrementando la morbimortalidad, las estancias y, por tanto, los costes. La utilización de escalas de sedación validadas ha demostrado ser útil en el manejo de estos enfermos, recomendándose su uso en las guías de práctica clínica.

Objetivo: Evaluar los conocimientos del personal de enfermería de la UCI sobre el manejo y monitorización de la sedoanalgesia en el paciente crítico

Metodología-Observación Clínica

Estudio descriptivo y transversal utilizando una encuesta personal totalmente estructurada y autoadministrada a una muestra de 68 enfermeras de la UCI, con una experiencia profesional superior a 6 meses.

Resultados-Intervenciones

En nuestros resultados encontramos que hasta un 20.6% desconoce que una sedación insuficiente puede provocar un incremento en la mortalidad en el paciente crítico. Sólo el 32?4% conoce escalas de monitorización del dolor tal como la ESCID (Escala de Conductas Indicadoras de Dolor). El 94.1% reconoce que no conoce algún método objetivo para monitorizar la sedación o el 42.6% alguna escala de monitorización de sedación. Sólo 9 (13.2%) conocen las indicaciones de la monitorización BIS (Índice Biespectral) y el 42.6% no hace uso correcto de la Escala de Sedación RASS (Richmond Agitation-Sedation Scale).

Conclusiones

Consideramos que el personal de enfermería no supera las expectativas de conocimiento esperadas, sobre todo a la hora de valorar la monitorización del dolor en pacientes no comunicativos o sedados y la aplicación correcta de las escalas de monitorización de sedación o dolor. Es necesario llevar a cabo una intervención educativa entre el personal.

Palabras clave

cuidados críticos · enfermería · monitorización · ana

Pantalla nº 8. **Miércoles 13 de Junio de 2018 de 10:40 a 11:10 h.**

ID 361

GESTIÓN DEL CONTROL DE INFECCIONES EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

María Teresa Martí Merino; Ricardo Bou Monterde; Beatriz Martínez Llopis; Gemma Isabel Furio Mateo; Aurora Amoros Cantero; Rafael Garces González
Hospital de la Ribera

Introducción-Objetivos

Estudiar factores asociados a las infecciones nosocomiales mediante monitorización de pacientes, personal sanitario y entorno.

Metodología-Observación Clínica

Estudio prospectivo sobre los pacientes ingresados en la Unidad y personal sanitario de la misma durante el año 2017. Análisis de incidencia de infecciones y fracción atribuible en los expuestos. Test de tendencia lineal Chi cuadrado o exacto de Fisher.

Resultados-Intervenciones

Ingresaron en la Unidad 1870 pacientes. La incidencia de neumonía asociada a ventilación mecánica (VM) fue 6,8 por 1.000 días de VM, la incidencia de bacteriemia asociada a catéter venoso central (CVC) 4,3 por 1.000 días de CVC y la infección de orina (ITU) asociada a sondaje fue 5,4 por 1.000 días de sonda urinaria, observándose un aumento en las tendencias de las infecciones durante los meses de verano en las BRC (P = 0,03) y las ITUs (P = 0,07). La fracción atribuible en los expuestos a procedimientos invasivos durante el tercer trimestre fue 54,4 % en las BRC, 41 % en las ITUs y 40 % en las NAV. El número medio de pacientes aislados fue de 43 por mes aumentando durante el tercer trimestre. Contrariamente, el porcentaje de ocasiones en las que se realizó higiene de manos disminuyó durante estos meses, pasando de una media anual del 52% a 42,5 % durante el verano (P = 0,02). El 9,2 % (173/1870) de los pacientes fueron portadores de bacterias multirresistentes. Se detectaron contaminaciones ambientales relevantes tanto por la localización como por el microorganismo en 27 % (16/59) de las muestras.

Conclusiones

Todos los parámetros de infección monitorizados empeoraron durante el tercer trimestre. Este análisis nos permite identificar aspectos para mejorar el control de las infecciones nosocomiales.

Financiación

N/A.

Palabras clave

infección nosocomial · incidencia · monitorización

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Pantalla nº 8. **Miércoles 13 de Junio de 2018 de 10:40 a 11:10 h.**

ID 362

UN NUEVO RETO PARA LA COORDINACIÓN DE TRASPLANTES DE ENFERMERÍA HOSPITALARIA: ¿QUÉ ACTITUD MUESTRAN LOS ADOLESCENTES SOBRE LA DONACIÓN?

Jorge Vallejo[1]; R. Pérez Dormido[2]; P. Lara Domínguez[1]; MJ. Molero Pardo[1]
1. Hospital Universitario Virgen de La Victoria; 2. Hospital Antequera

Introducción-Objetivos

Una de las bases del éxito del modelo español en donación y trasplantes es la concienciación de la población; esto hace necesario un análisis continuo de la actitud de la sociedad. los jóvenes se encuentran en un proceso de crecimiento personal y educacional, por lo que debatir sus inquietudes y resolver sus dudas ayudará a fomentar una actitud positiva, ya que podrían ser futuros decisores en las entrevistas familiares

Metodología-Observación Clínica

Estudio descriptivo-transversal realizados a 300 alumnos de la ESO de diferentes Institutos de Málaga en base a una encuesta validada-modificada de actitud hacia la D.T.O. (PCID D.T.O. Ríos)

Resultados-Intervenciones

El 75,7% no ha recibido charlas sobre donación de órganos El 58,7 % no ha comentado con su familia la idea de la donación, aumenta a un 72 % si es con los amigos El 26% no donaría los órganos de un familiar El 35,2% piensa que las necesidades de donación están cubiertas El 31 % no donaría o tiene dudas sobre hacerlo; de los que el 47% no lo haría por miedo a que cojan los órganos antes de morir. El 69% de los encuestados donaría sus órganos, de los cuales el 77,9% lo haría por solidaridad. El 50,5% no conoce la opinión de los padres, que aumenta a un 64% en relación a los amigos.

Conclusiones

Detectamos posibles campos de mejora en la formación de los jóvenes para mejorar la actitud hacia la donación. Se objetiva de nuevo que la muerte y todo lo relacionado con ella, sigue siendo un tabú para la población, ya que la mayoría de los encuestados no habla con la familia sobre estos términos. Se detectan conceptos erróneos a las negativas a la donación, que serían interesantes corregir para su desarrollo formativo y personal.

Financiación

No existe.

Palabras clave

donación · enfermería · adolescentes

Pantalla nº 8. **Miércoles 13 de Junio de 2018 de 10:40 a 11:10 h.**

ID 363

EVALUACIÓN DEL CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE UCI SOBRE EL DELIRIO DEL PACIENTE CRÍTICO

Moisés Abraham Pérez Vera; Y. Marrero Cárdenes; P. Eugenio Robaina; L. Ugalde Jauregui; L. Santana Cabrera; JD. Martín Santana
Hospital Insular de Gran Canaria

Introducción-Objetivos

Introducción: El delirio tiene una incidencia elevada en cuidados intensivos y se asocia a una importante morbilidad, lo cual conlleva un incremento en los costes. Su identificación es difícil, siendo recomendable la utilización de sistemas que permitan reconocerlo y tratarlo de forma adecuada tal como la escala Confusion Assessment Method for the ICU (CAM-ICU).

Objetivo: Evaluar el conocimiento del personal de enfermería sobre el delirio y los factores que influyen en la aparición del delirio.

Metodología-Observación Clínica

Estudio descriptivo y transversal utilizando una encuesta personal totalmente estructurada y autoadministrada a una muestra de 68 enfermeras de la UCI, con una experiencia profesional superior a 6 meses.

Resultados-Intervenciones

En relación al conocimiento acerca del diagnóstico del delirio, sólo el 38,2% de las enfermeras conocían la escala CAM-ICU de monitorización del delirio, aunque una amplia mayoría (92,6%) era capaz de reconocer los síntomas del delirio. En cuanto a los factores desencadenantes o predisponentes, el 41,2% de la enfermería no identificó la edad, el uso de sujeciones o la inmovilización prolongada como factores predisponentes del delirio.

Conclusiones

El delirio es una entidad poco conocida por parte del personal que trabaja con los pacientes críticos. Prácticamente dos tercios del personal desconoce la escala CAM_ICU de monitorización del delirio. Son necesarias llevar a cabo actividades formativas sobre el delirio entre el personal que maneja pacientes críticos y evaluaciones periódicas de la realización de medidas de prevención y utilización de escalas de monitorización del mismo.

Palabras clave

Delirio · Enfermería · Cuidados críticos · Monitoriza

Pantalla nº 8. **Miércoles 13 de Junio de 2018 de 10:40 a 11:10 h.**

ID 364

PRINCIPALES USOS DEL DRENAJE VENTRICULAR EXTERNO (DVE) Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA, EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Beatriz Martín Puga, Z. Molina Jiménez; S. Rosillo San Juan; N. Cantón Cordón; P. Calero Martín de Villodres; CM. Martín Pérez; A. Navarro García; ML. Quesada Iañez; E. Asensio Martínez; S. Fernández Cruz
Hospital de Traumatología y Rehabilitación de Granada

Introducción-Objetivos

Es muy común encontrar drenajes intracraneales externos en pacientes de cuidados intensivos, ya sea por cirugía o por un proceso traumático que haya precisado de su inserción, tanto como herramienta diagnostica como terapéutica. Los cuidados de enfermería juegan un papel muy importante en el portador de este drenaje para evitar complicaciones. El objetivo es analizar el principal uso de los DVE en el servicio de UCI.

Metodología-Observación Clínica

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en la bases de datos, Scielo y Pubmed , de los últimos 10 años, utilizando los siguientes descriptores de la salud; drenaje ventricular, enfermería, cuidados intensivos, complicaciones.

Resultados-Intervenciones

Los principales usos del DVE son: monitorizar la PIC, administración de medicación a través del mismo y el drenado del LCR si fuese necesario. Entre los cuidados de enfermería incluyen, entre otros: manejo de forma aséptica , administración de medicación prescrita por él medico, vigilancia neurológica, registrar volumen y características del LCR , tras movilización del paciente volver a hacer el cero en el sistema comprobando que todo está correctamente alineado, vigilar permeabilidad y posición del catéter, vigilar la zona de inserción...

Conclusiones

Tras esta revisión sistemática, concluimos que los principales usos de los DVE son: Drenaje de LCR para el tratamiento de patologías como la hidrocefalia, la hipertensión intracraneal, monitorización de la PIC, obtención de muestras para análisis bioquímico y microbiológico de LCR, administración de medicación intratecal... El papel de la enfermería en el mantenimiento óptimo del sistema de DVE y su asepsia es fundamental.

Palabras clave

drenaje ventricular · enfermería · UCI

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Pósters

Pantalla nº 9. **Miércoles 13 de Junio de 2018 de 10:40 a 11:10 h.**

ID 397
DE UCI A HUCI

ID 401
NUESTRA REALIDAD EN BACTERIAS MULTIRESISTENTES EN UNA UCI POLIVALENTE

ID 403
CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA

ID 406
WEANING PROLONGADO EN EL PACIENTE CON LESIÓN MEDULAR CERVICAL

ID 422
MOVILIDAD PRECOZ EN UCI

ID 423
SESIONES FORMATIVAS PARA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA PREVIO AL INICIO DE OXIGENOTERAPIA DE ALTO FLUJO (OAF)

ID 211
VALORACIÓN DE LA ACOGIDA DEL PERSONAL NUEVO EN UCI

ID 212
PROCESO DE CUIDADOS A UNA PACIENTE CON MENINGITIS BACTERIANA

Pantalla nº 9. **Miércoles 13 de Junio de 2018 de 10:40 a 11:10 h.**

ID 397

DE UCI A HUCI

Mireia Martínez Albertín; EM. Amat Llop; P. Latre Romero
HUAV

Introducción-Objetivos

Enmarcados por una corriente a nivel mundial sobre la Humanización de los cuidados Intensivos, nuestra UCI crea una comisión de trabajo para llegar a ser una HUCI.

Metodología-Observación Clínica

Dar a conocer como se ha iniciado el proceso de UCI A HUCI, pasos a seguir y valorar el inicio de UCI de puertas abiertas

Resultados-Intervenciones

El equipo HUCI del hospital universitario de Lleida, formado por personal de todos los estamentos, ha trabajado durante 10 meses basándose en el trabajo realizado por proyecto HUCI para poder adaptar nuestra UCI, de horario cerrado y donde se trabaja de manera tradicional sin adaptación para que la familia pueda participar y con la infraestructura poco adaptada para que el usuario se sienta cómodo en nuestro servicio, a una HUCI en la que se pueda hacer partícipe a familia del cuidado de su familiar, ahora enfermo, y una mejor infraestructura donde el paciente encuentre un apoyo para su salud también emocional. En estos 10 meses se han hecho encuestas y entrevistas al personal y a las familias, se ha hablado con la dirección del centro y varias reuniones del equipo que de ello se encarga en nuestro servicio, que han proporcionado un cambio que de momento está pendiente de revalorar, pero que seguro que nos va a llevar a un mejor ambiente de trabajo y una mejor experiencia para nuestros usuarios.

Conclusiones

Tras casi un año de trabajo las puertas de la UCI del hospital Universitario de Lleida van a abrirse 24h y está programada la revisión por parte del personal a los 3 y 6 meses de haberlo hecho, estos resultados serán presentados en el Congreso.

Palabras clave

HUCI

Pantalla nº 9. **Miércoles 13 de Junio de 2018 de 10:40 a 11:10 h.**

ID 401

NUESTRA REALIDAD EN BACTERIAS MULTIRESISTENTES EN UNA UCI POLIVALENTE

Araceli Carreira Coria; A. Balan; M. Valledor; DE. Olivo; E. García; N. Trinidad
Hospital San Agustín

Introducción-Objetivos

Las bacterias multirresistentes (BMR) constituyen un grave problema de salud pública mundial. El chequeo microbiológico de vigilancia activa ha sido efectivo, identificando precozmente pacientes portadores de BMR y evitando su dispersión. Numerosos pacientes llegan a nuestra unidad siendo portadores de alguna BMR y asociadas a varios factores de riesgo (FR).

Objetivo:

- Describir los aislamientos microbiológicos positivos para BMR, diferenciando los identificados al ingreso y los que aparecen en 48h de estancia.
- Identificar los FR asociados a infección/colonización (I/C) por BMR.

Metodología-Observación Clínica

Estudio observacional descriptivo ,enmarcado en la estrategia: vigilancia activa del Proyecto Resistencia Zero, a todos los pacientes ingresados >24h en UCI del Hospital San Agustín entre Enero 2014 - Diciembre 2016. Tomados cultivos de vigilancia a todos los pacientes al ingreso y semanalmente durante su estancia, según recomendaciones Proyecto Resistencia Zero. Criterios de inclusión, todos los pacientes >14 años ingresados durante dicho periodo.

Variables:

- Edad, sexo, SAPs
- Comorbilidades previas como FR intrínsecos de I/C por BMR: diabetes, EPOC, cirrosis, insuficiencia renal crónica, neoplasia, inmunodepresión, neutropenia.
- I/C por SAMR, Acinetobacter baumanii (AB), Pseudomonas aeruginosa, enterobacterias productoras de betalactamasas (BLEE)

Recogida base de datos ENVIN-HELIC

Resultados-Intervenciones

Rango edad: 15-91 años. El 66% fueron hombres. Pacientes ingresados 1736:

- El 5,5%(96 pacientes) eran portadores de BMR al ingreso.
- El 4,5%(90 pacientes) adquirieron I/C por BMR durante su estancia.
- Bacteria más frecuente entre portadores extra UCI fue: SAMR (2,9%), seguido AB (2,1%) y BLEE (0,8%).
- bacteria más frecuente entre las I/C intraUCI fue AB (2,9%) y PS Aeruginosa (1%). Pacientes con uno o más FR son más frecuentemente portadores de BMR,con significación estadística.

Conclusiones

- Pacientes portadores de BMR al ingreso son más frecuentes que los infectados/colonizados en UCI.
- El SAMR es la bacteria más frecuente seguido de AB.
- Edad, FR y gravedad se asocian a >frecuencia de portadores de BMR al ingreso.
- Obtenidos estos datos, se desprende la importancia de la vigilancia extraUCI

Palabras clave

SAMR · Acinetobacter baumanii · Bacteriemia Zero · BLEE · Pseudomona aeuroginosa

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Pantalla nº 9. **Miércoles 13 de Junio de 2018 de 10:40 a 11:10 h.**

ID 403

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA

Lorena Tello Trigo; MC. Pavo Galán; A. García Medina; S. Tejero Bernardo; E. Cervera Rodríguez; D. Segura Berzosa
Hospital Germans Trias i Pujol

Introducción-Objetivos

La VMNI es una modalidad menos agresiva, más cómoda, menos costosa y con menos complicaciones que la ventilación mecánica convencional, al mantener intactos los mecanismos de defensa de la vía aérea. Aportando ventajas para el paciente como la disminución de la morbi-mortalidad, menor intubación orotraqueal y menor estancia en UCI. Antes de iniciarla hay que tener en cuenta el tipo de paciente al que va dirigido, todos son aptos para esta terapia (traumas faciales, tributarios de intubación endotraqueal...). Enfermería es la encargada de la adecuada elección de la interfase, la adecuada posición, y verificar el correcto funcionamiento del aparataje y material, así como de mantener hidratada piel y mucosa. Encontrando dificultad en el confort del paciente con humidificador, en especial con la interfase facial.

Objetivos: Detectar signos de inefectividad del tratamiento, de mala tolerancia o de posibles complicaciones, como UPP, sequedad de las mucosas, inadaptación a la terapia y conseguir el confort. Homogeneizar los criterios de actuación de enfermería para mejorar la calidad asistencial y ofrecer una correcta. Proporcionar una herramienta de trabajo para los trabajadores de nueva incorporación.

Metodología-Observación Clínica

Estudio descriptivo observacional. Con revisión bibliográfica de bases de datos, PUBMED, CUIDATGE, CUIDEN.

Resultados-Intervenciones

La descripción del procedimiento que se emplea, nos sirve de guía para el buen funcionamiento del proceso. Una mejor adaptación cuando los parámetros de la VMNI son progresivos hasta llegar a los niveles óptimos.

Conclusiones

La enfermería es de importancia en el proceso del paciente que precisa de VMNI, por eso es necesario el buen entrenamiento del personal. Su éxito depende de dos factores fundamentalmente, el primero referido a la situación basal del paciente y el segundo el grado de tolerancia de este a la terapia, principal motivo de fracaso de esta, por lo que es muy importante la elección del material adecuado a cada paciente de forma individualizada.

Financiación

Este estudio no precisa de financiación.

Palabras clave

VMNI · cuidados de la mucosa · confort con humificador

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Pantalla nº 9. **Miércoles 13 de Junio de 2018 de 10:40 a 11:10 h.**

ID 406

WEANING PROLONGADO EN EL PACIENTE CON LESIÓN MEDULAR CERVICAL

Mercedes Garrido Martín[1]; B. Planas[2]; MJ. Pauta[2]; I. Argente[1]; L.Rodríguez[1]; P. Miguel[1]; A. Blancafort[1]; E. Díaz[1]; M. Puchol[3]

1. Unidad de Cuidados intensivos Traumatología Hospital Vall d'Hebron; 2. Fisioterapia Hospital Vall d'Hebron; 3. Unidad de Lesionados Medulares Hospital Vall d'Hebron

Introducción-Objetivos

Describir los cuidados de enfermería y fisioterapia durante el proceso de weaning prolongado en el paciente con lesión medular cervical

Metodología-Observación Clínica

Se realizará una Revisión bibliográfica en las bases de datos Cinahl, PubMed y Cochrane con los descriptores "cervical spinal cord injury and weaning" entre los años 2015-2017. Consenso de expertos del equipo multidisciplinar.

Resultados-Intervenciones

1. Abordaje interdisciplinar

- Factores psicológicos: información al paciente del plan de weaning, progresos, motivación y reafirmación, estímulo ambiental, disminuir la ansiedad y control del dolor, sueño adecuado.
- Factores hemodinámicos: paciente estable con adecuado balance líquidos, nutrición, minerales y electrolitos.
- Cuidados respiratorios:
  - Parámetros respiratorios: VC 6-8ml/Kg, PEEP 5 cm H_2O y presión meseta< 30 cm H_2O.
  - Pruebas de tubo en T diarias y progresivas en su duración ya que aumentan la fuerza muscular.
  - Traqueostomía: en pacientes que requieran más de 7 de VMI. Ventajas: menor necesidad de sedación, menor resistencia y espacio muerto, higiene bronquial más eficaz, menor lesión glótica, facilitar la movilización precoz, el descanso nocturno.
  - Valorar el uso de la ventilación mecánica no invasiva.
  - Desinflado del neumotaponamiento durante las desconexiones.
  - Optimizar los tiempos de desconexión y asegurar los descansos.

2. Fisioterapia respiratoria

- Técnicas para la permeabilización de las vías: tos asistida manual (compresiones torácicas) y/o instrumental (Cough Assist®)
- Técnicas de reeducación respiratoria

3. Decanulación. Es el último paso, previamente, deberemos evaluar la posibilidad de deglutir y la capacidad de toser y expectorar.

Conclusiones

El weaning en el paciente con Lesión Medular Cervical requiere de un abordaje multidisciplinar. Son necesarios más estudios que pongan en práctica protocolos de weaning para reducir el tiempo de ventilación mecánica.

Financiación

No hay.

Palabras clave

weaning · lesionado medular cervical · fisioterapia respiratoria · manejo multidisciplinar

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC
Granada
10/13 Junio 2018

Pantalla nº 9. **Miércoles 13 de Junio de 2018 de 10:40 a 11:10 h.**

ID 422

MOVILIDAD PRECOZ EN UCI

Raquel Arranz; Elena Fuencisla Herrera; José Fuencisla Cuerdo
Complejo Asistencial de Segovia

Introducción-Objetivos

Una de las secuelas más frecuentes que padecen los pacientes de su estancia en la unidad de cuidados intensivos (UCI), a corto- medio plazo, derivada de la inmovilidad en cama, son las úlceras por presión(UPP) y debilidad muscular adquirida(poli-neuropatía del paciente crítico). Es evidente que un mayor tiempo de estancia en UCI tiene efectos negativos sobre la movilidad articular,la pérdida de fuerza muscular y la capacidad funcionalen en todos los pacientes,incluso los más jóvenes.Se ha demostrado que las secuelas derivadas de la falta de movilidad posteriores a un ingreso prolongado en UCI, perduran hasta varios años después.

Objetivos: Sensibilizar al personal de enfermería de la importancia de una captación precoz al ingreso de los pacientes con alto riesgo de padecer UPP y complicaciones asociadas a la inmovilidad. Realizar un protocolo de movilización precoz personalizado. Hacer partícipe a la familia en el cuidado del paciente.Humanización de los cuidados.

Metodología-Observación Clínica

Recogida de información: Búsqueda bibliográfica Organizar un grupo interdisciplinar para elaborar un protocolo de trabajo. Revisión de la literatura en Pubmed y Medline.Debate del grupo de trabajo y análisis de consenso, priorizando áreas de mejora. Establecimiento de mejoras en tres ámbitos: Tecnología,profesionales y relación paciente-familia-profesional, Para cada actuación se determinaran: Objetivos/indicadores, responsable y cronograma. Elaborar un plan de concienciación para el personal implicado en el cuidado del paciente. Seguimiento y valoración de pacientes incluidos en el protocolo y análisis de resultados.

Resultados-Intervenciones

Seguimiento y valoración posterior de los pacientes incluidos en el protocolo, recogida y análisis de los resultados y presentar conclusiones finales.

Conclusiones

Según varios estudios, los protocolos de movilidad temprana pueden reducir varios días la estancia de los pacientes en UCI y evitar el 95% de las UPP y complicaciones asociadas. Un adecuado protocolo de movilidad junto con un programa de fisioterapia que aplique ejercicios pasivo/activos puede contribuir a mejorar la capacidad funcional del paciente a corto medio plazo y reducir sus secuelas.

Financiación

No.

Palabras clave

Movilidad Precoz · Úlceras Por Presión · Secuelas

Pantalla nº 9. **Miércoles 13 de Junio de 2018 de 10:40 a 11:10 h.**

ID 423

SESIONES FORMATIVAS PARA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA PREVIO AL INICIO DE OXIGENOTERAPIA DE ALTO FLUJO (OAF)

Fuencisla Cuerdo Martín; E. San José Sánchez
Complejo Asistencial de Segovia

Introducción-Objetivos

Introducción: En marzo de 2016 se inició en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de Segovia la terapia de oxigenación con cánula nasal de alto flujo. Al ser una terapia nueva en nuestra unidad se programaron sesiones formativas para el personal de enfermería previo a su inicio.

Objetivos: Formar al personal de enfermería sobre el tipo de terapia y los pacientes y patologías en los que está indicada. Presentación y manejo del sistema de alto flujo; partes , montaje correcto, mantenimiento y limpieza. Atención de enfermería en el paciente sometido a oxigenoterapia con cánula nasal de alto flujo.

Metodología-Observación Clínica

Se consultaron Bases de Datos Pubmed, Scielo y Dialnet y se revisaron artículos publicados sobre las indicaciones y el uso de la OAF. Palabras Clave; oxígeno, humedad, gafas nasales, alto flujo, paciente crítico.

Resultados-Intervenciones

Se realizaron talleres teórico-prácticos dentro de la UCI, dirigidos a todo el personal de enfermería de dos horas de duración en diferentes horarios para facilitar la participación de todos los turnos de trabajo. La primera parte del taller era de formación teórica sobre la OAF y la segunda parte se disponía del dispositivo de oxigenoterapia, sus circuitos y componentes (y con la colaboración del comercial de la empresa suministradora) se entrenaba en su montaje, funcionamiento, mantenimiento y limpieza.

Conclusiones

Los profesionales de enfermería en una UCI necesitan estar permanentemente formándose en nuevas terapias y protocolos para procurar a sus pacientes unos cuidados seguros y de calidad en un ámbito con continuos cambios científicos y técnicos. Los talleres y sesiones formativas permiten afrontar con mayores conocimientos y garantías de éxitos las nuevas terapias que administramos a nuestros pacientes.

Pantalla nº 9. **Miércoles 13 de Junio de 2018 de 10:40 a 11:10 h.**

ID 211

VALORACIÓN DE LA ACOGIDA DEL PERSONAL NUEVO EN UCI

Ana de Onis Santos; V. Larios Reyes; MA. Navarro Nicuesa; L. Torres Fernández
Hospital Universitario de Guadalajara

Introducción-Objetivos

La UCI la forma un equipo de profesionales que dan una atención integral al paciente crítico, siendo muchas veces la rapidez en la actuación, vital para el paciente. Es preciso personal con el conocimiento y destrezas suficientes que garanticen la seguridad, calidad y eficiencia en la atención. La inexperiencia provoca inquietud y ansiedad por no poder realizar bien el trabajo. La docencia es una parte fundamental de la práctica enfermera, debemos trabajar en equipo, persiguiendo todos los mismos objetivos y unos cuidados de calidad.

Objetivos: Conocer el perfil del personal nuevo y su relación con los compañeros y pacientes, así como el conocimiento sobre cuidados críticos previo a su incorporación. Valorar los aspectos de nuestro trabajo diario que presentan más dificultad y si han tenido la ayuda o conocimientos suficientes para afrontarlo.

Metodología-Observación Clínica

Estudio descriptivo, distribuyendo una encuesta de elaboración propia de 27 preguntas a todo el personal de nueva incorporación en nuestra UCI durante el año 2017.

Resultados-Intervenciones

Sorprende que el 33% no tenga experiencia previa en UCI y el 40% no tenía formación en cuidados críticos. Al 53% le ha costado pedir ayuda, pero ninguno se ha sentido solo ante una situación complicada. Al 73% le ha parecido difícil el manejo del paciente crítico y el 46% sentía que su preparación práctica y teórica no era suficiente. La técnica más complicada para ellos es el busca de parada, seguida del hemofiltro.

Conclusiones

El buen desarrollo del trabajo en equipo dependerá de cómo se afronte la acogida al personal nuevo influyendo en su integración en el equipo. La elaboración de un protocolo de acogida facilitará su incorporación, sociabilización y adiestramiento. Es importante una buena gestión de la bolsa de trabajo específica que pueda garantizar personal eventual con experiencia previa en el servicio.

Pantalla nº 9. **Miércoles 13 de Junio de 2018 de 10:40 a 11:10 h.**

ID 212

PROCESO DE CUIDADOS A UNA PACIENTE CON MENINGITIS BACTERIANA

Leticia Torres Fernández; A. de Onis Santos; V. Larios Reyes; MA. Navarro Nicuesa
Hospital Universitario de Guadalajara

Introducción-Objetivos

La sepsis meningocócica es una enfermedad rápidamente progresiva que puede llevar al shock y al fracaso multiorgánico en escaso periodo de tiempo por lo que constituye una verdadera emergencia médica. El shock séptico meningocócico (SSM), se asocia a un rápido colapso cardiovascular con hipotensión, hemorragia suprarrenal aguda y fallo multiorgánico. El SSM da lugar al síndrome conocido como coagulación intravascular diseminada (CID) síndrome secundario que se caracteriza por una gran activación de la coagulación. Se presenta caso de mujer de 18 años diagnosticada de meningitis bacteriana por Neisseria meningiditis, que se complica en SSM dando lugar al síndrome CID.

Objetivo: Mejorar el conocimiento sobre la meningitis bacteriana y elaboración de un plan de cuidados que contribuya a dar un cuidado integral y de calidad.

Metodología-Observación Clínica

Se presenta el caso clínico de una mujer de 18años que ingresa en la uci por un cuadro grave de shock séptico generalizado siendo diagnosticada en menos de 24 h de meningitis bacteriana por Neisseria meningiditis serogrupo Y/W135.

Resultados-Intervenciones

- Formación de grupo de trabajo.
- Valoración según Patrones funcionales de Gordon.
- Elaboración de un plan de cuidados de Enfermería individualizado en la meningitis bacteriana utilizando la taxonomía NANDA, NIC Y NOC.

Conclusiones

La planificación de cuidados aporta: unificar criterios, evidencia y refleja la eficacia de enfermería, aumenta la calidad, garantiza la atención integral al paciente y proporciona una mayor satisfacción de los profesionales de enfermería. Nos permite la individualización de los cuidados para evitar la despersonalización en la prestación de la atención. Además, posibilita medir y evaluar la producción enfermera haciendo uso de un lenguaje común.